

Prijs van een jaarabonnement :

België : € 114,15; buitenland : € 507,60.

Prijs per nummer : € 4,24.

Voor abonnementen en voor verkoop per nummer kan U terecht bij het Bestuur van het Belgisch Staatsblad, Leuvenseweg 40-42, 1000 Brussel. Telefoon 02-552 22 11.



Prix de l'abonnement annuel :

Belgique : € 114,15; étranger : € 507,60.

Prix par numéro : € 4,24.

Pour les abonnements et la vente au numéro, prière de s'adresser à la Direction du Moniteur belge, rue de Louvain 40-42, 1000 Bruxelles. Téléphone 02-552 22 11.

172e JAARGANG

N. 179

172e ANNEE

DONDERDAG 30 MEI 2002

DERDE UITGAVE

JEUDI 30 MAI 2002

TROISIEME EDITION

## WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 2002 — 1866

[C — 2002/22335]

**25 APRIL 2002.** — Koninklijk besluit betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

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

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 88, gewijzigd bij de wetten van 30 december 1988 en 14 januari 2002, artikel 94, gewijzigd bij de wetten van 6 augustus 1993 en 14 januari 2002, artikel 97, vervangen bij de wet van 14 januari 2002, artikel 102, gewijzigd bij de wet van 14 januari 2002, en de artikelen 104bis en 104ter, beide ingevoegd bij de wet van 14 januari 2002;

Gelet op de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg, inzonderheid artikel 127;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling financiering, van 8 november 2001, 14 november 2001 en 17 januari 2002;

Gelet op het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten gewijzigd door de ministeriële besluiten van 21 april 1987, 11 augustus 1987, 7 november 1988, 12 oktober 1989, 20 december 1989, 23 juni 1990, 10 juli 1990, 28 november 1990, 26 februari 1991, 20 maart 1991, 10 april 1991, 20 november 1991, 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, 26 augustus 1998, 30 december 1998, 24 maart 1999, 15 juni 1999, 22 juni 1999, 25 september 2000, 12 januari 2001, 4 juli 2001, 4 oktober 2001;

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

F. 2002 — 1866

[C — 2002/22335]

**25 AVRIL 2002.** — Arrêté royal relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

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

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 88, modifié par les lois du 30 décembre 1988 et 14 janvier 2002, l'article 94, modifié par les lois du 6 août 1993 et 14 janvier 2002, l'article 97, remplacé par la loi du 14 janvier 2002, l'article 102, modifié par la loi du 14 janvier 2002, et les articles 104bis et 104ter, tous deux insérés par la loi du 14 janvier 2002;

Vu la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé, notamment l'article 127;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section financement, donné les 8 novembre 2001, 14 novembre 2001 et 17 janvier 2002;

Vu l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation modifié par les arrêtés ministériels des 21 avril 1987, 11 août 1987, 7 novembre 1988, 12 octobre 1989, 20 décembre 1989, 23 juin 1990, 10 juillet 1990, 28 novembre 1990, 26 février 1991, 20 mars 1991, 10 avril 1991, 20 novembre 1991, 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, 26 août 1998, 30 décembre 1998, 24 mars 1999, 15 juin 1999, 22 juin 1999, 25 septembre 2000, 12 janvier 2001, 4 juillet 2001, 4 octobre 2001;

Gelet op het ministerieel besluit van 5 maart 2002 houdende vaststelling, voor het dienstjaar 2002, van de voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van de prijs per verpleegdag, het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 1 maart 2002;

Gelet op het akkoord van de Minister van Begroting, gegeven op 4 maart 2002;

Gelet op het advies nr 33.108/3 van de Raad van State, gegeven op 19 maart 2002;

Op voorstel van Onze Minister van Sociale Zaken,

Besluit :

### HOOFDSTUK I. — *Begripsomschrijvingen*

**Artikel 1.** Voor de toepassing van dit besluit dient te worden verstaan onder :

- het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 : het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten;

- het koninklijk besluit van 14 augustus 1989 : het koninklijk besluit van 14 augustus 1989 tot bepaling van de algemene criteria voor de vaststelling en de goedkeuring van de kalender bedoeld in artikel 46*bis*, eerste lid, van de wet op de ziekenhuizen;

- het koninklijk besluit van 30 januari 1989 : het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen;

- het koninklijk besluit van 12 augustus 2000 : het koninklijk besluit van 12 augustus 2000 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst nucleaire geneeskunde waarin een PET-scanner wordt opgesteld moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

- het koninklijk besluit van 10 november 2001 : het koninklijk besluit van 10 november 2001 tot uitvoering van artikel 94, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

- de B-, C, D-, E-, H-, L-, M-, MIC-, NIC-, G-, Sp-, A-, T- en K-diensten : respectievelijk de diensten voor tuberculosebehandeling, voor diagnose en heelkundige behandeling, voor diagnose en geneeskundige behandeling, voor kindergeneeskunde, voor gewone verpleging, voor besmettelijke aandoeningen, de kraamdiensten, voor intensieve kraamdiensten, voor intensieve neonatale zorgen, voor geriatrie, gespecialiseerd voor behandeling en functionele readaptatie, neuro- psychiatrie voor observatie en behandeling, psychiatrisch voor behandeling en neuro-psychiatrische voor kinderen;

- PAL en NAL : het verschil in aantal van respectievelijk de positieve ligdagen en negatieve ligdagen zoals bedoeld in artikel 46*bis* van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986.

### HOOFDSTUK II. — *Algemene bepalingen*

**Art. 2.** § 1. Dit besluit bepaalt voor de ziekenhuizen en bepaalde ziekenhuisdiensten

a) de voorwaarden en regels voor de vaststelling van het aan het ziekenhuis toegekende budget van financiële middelen, hieronder « het budget » genoemd en van de verschillende delen ervan, met name :

- de periode voor dewelke het budget toegekend wordt;
- de splitsing van het budget in een vast gedeelte en variabel gedeelte;
- de criteria en modaliteiten van berekening, met inbegrip van de vaststelling van de verantwoorde activiteiten en de indexeringsmodaliteiten;

- wat het variabel gedeelte betreft : de vergoeding van de activiteiten, ten aanzien van een referentieaantal dat meer gerealiseerd is of niet gerealiseerd;

- de vaststelling van het referentieaantal bedoeld in het vorige lid met betrekking tot de activiteitenparameters die in rekening worden gebracht;

- de voorwaarden en modaliteiten ter herziening van bepaalde bestanddelen;

b) de modaliteiten voor de betaling van het budget van financiële middelen.

Vu l'arrêté ministériel du 5 mars 2002 fixant pour l'exercice 2002 les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du prix de la journée d'hospitalisation, le budget des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation des hôpitaux et services hospitaliers;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 1<sup>er</sup> mars 2002;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 4 mars 2002;

Vu l'avis du Conseil d'Etat n° 33.108/3, donné le 19 mars 2002;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Arrête :

### CHAPITRE I<sup>er</sup>. — *Définitions*

**Article 1<sup>er</sup>.** Pour l'application du présent arrêté, il y a lieu d'entendre par :

- l'arrêté ministériel du 2 août 1986 : 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,

- l'arrêté royal du 14 août 1989 : l'arrêté royal du 14 août 1989 déterminant les critères généraux pour la fixation et l'approbation du calendrier visé à l'article 46*bis*, alinéa 1<sup>er</sup> de la loi sur les hôpitaux;

- l'arrêté royal du 30 janvier 1989 : l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter;

- l'arrêté royal du 12 août 2000 : l'arrêté royal du 12 août 2000 fixant les normes auxquelles un service de médecine nucléaire où est installé un scanner PET doit répondre pour être agréé comme service médico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonné le 7 août 1987;

- l'arrêté royal du 10 novembre 2001 : l'arrêté royal du 10 novembre 2001 portant exécution de l'article 94, alinéa 3 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987;

- les services B, C, D, E, H, L, M, MIC, NIC, G, Sp, A, T et K : respectivement les services de traitement de la tuberculose, de diagnostic et traitement chirurgical, de diagnostic et traitement médical, de pédiatrie, d'hospitalisation simple, de maladies contagieuses, de maternité, de maternité intensive, de soins neonataux intensifs, de gériatrie, spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle, neuro-psychiatriques d'observation et de traitement, psychiatriques de traitement et de neuropsychiatrie infantile;

- DJP et DJN : respectivement les nombres de différence de journées positive et de différence de journée négative visés à l'article 46*bis* de l'arrêté ministériel du 2 août 1986.

### CHAPITRE II. — *Dispositions générales*

**Art. 2.** § 1<sup>er</sup>. Le présent arrêté détermine pour les hôpitaux et certains services hospitaliers :

a) les conditions et règles de fixation du budget des moyens financiers accordé à l'hôpital, dénommé ci-après "le budget", et de ses divers éléments constitutifs et notamment :

- la période d'octroi du budget;
- la scission du budget en une partie fixe et une partie variable;
- les critères et modalités de calcul, en ce compris la fixation des activités justifiées et les modalités d'indexation;

- en ce qui concerne la partie variable, l'indemnisation des activités par rapport à un nombre de référence qui sont réalisés en plus ou qui ne sont pas réalisés;

- la fixation du nombre de référence visé à l'alinéa précédent, concernant les paramètres d'activités pris en considération;

- les conditions et les modalités de révision de certains éléments.

b) les modalités de paiement du budget des moyens financiers.

§ 2. In uitvoering van artikel 97, § 1, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen zijn alle bepalingen van hetzelfde artikel, § 1, tweede lid, van toepassing op de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen, met uitzondering van punt c) met betrekking tot de vaststelling van de verantwoorde activiteiten, dewelke overeenstemmen met de erkende bedden van dit type van afdeling of ziekenhuis.

§ 3. Dit besluit bepaalt eveneens de voorwaarden en regelen krachtens dewelke activiteiten in rekening kunnen worden gebracht bij de dekking van de kosten die veroorzaakt zijn door het naleven van de normen, rekening houdend met de specifieke omstandigheden die van aard zijn deze activiteiten te beïnvloeden en die een afwijkende regeling ten aanzien van de voormelde voorwaarden rechtvaardigen.

**Art. 3.** § 1. De bepalingen van dit besluit kunnen door Ons worden geconcretiseerd en desgevallend aangevuld door regelen die specifiek gelden voor één of voor meerdere dienstjaren.

§ 2. Onder dienstjaar wordt verstaan, de periode die begint op 1 juli van een jaar en op 30 juni van het volgende jaar eindigt.

#### HOOFDSTUK III. — *Het budget van financiële middelen*

**Art. 4.** Overeenkomstig artikel 87 van de wet op de ziekenhuizen bepaalt de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheden heeft een budget van financiële middelen voor elk ziekenhuis, bestaande uit een vast en een variabel gedeelte. In voorkomend geval kan op 1 januari van ieder jaar een wijziging van het budget gebeuren.

**Art. 5.** § 1. Voor de hieronder bedoelde diensten wordt er een afzonderlijk budget vastgesteld :

1° gespecialiseerde diensten voor de behandeling en de readaptatie (kenletter Sp) buiten Sp-diensten voor palliatieve verzorging en psychogeriatrische aandoeningen Sp-diensten in de psychiatrische ziekenhuizen, hierna Sp-diensten genoemd, welke deel uitmaken van een ziekenhuisentiteit met één of meer diensten van verschillende aard;

2° de gespecialiseerde diensten voor de behandeling en de readaptatie - Sp-diensten voor palliatieve zorgen;

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

§ 2. De bepalingen van dit besluit met betrekking tot de ziekenhuizen, gelden mutatis mutandis voor de in § 1 bedoelde diensten.

#### HOOFDSTUK IV. — *Periode voor dewelke het budget toegekend wordt*

**Art. 6.** Behoudens expliciete vermelding wordt het budget voor een dienstjaar vastgesteld.

#### HOOFDSTUK V. — *Vaststelling van het budget en van zijn onderscheidene delen, onderdelen en samenstellende bestanddelen*

##### *Afdeling I. — Het budget en zijn delen*

**Art. 7.** Het budget dat voor elk ziekenhuis wordt vastgesteld, bestaat uit drie delen :

1° Deel A dat bestaat uit drie Onderdelen die respectievelijk volgende soorten van lasten dekken :

a) Onderdeel A1 : de investeringslasten;

b) Onderdeel A2 : de korte termijn kredietlasten;

c) Onderdeel A3 : investeringslasten van medisch-technische diensten.

2° Deel B bestaat uit acht Onderdelen die respectievelijk volgende soorten lasten dekken :

a) Onderdeel B1 : de kosten voor de gemeenschappelijke diensten;

b) Onderdeel B2 : de kosten voor de klinische diensten;

c) Onderdeel B3 : de werkkosten voor medisch-technische diensten;

d) Onderdeel B4 : de kosten die gedekt worden door het bijzonder bedrag voorzien in artikel 99 van de voormelde wet op de ziekenhuizen evenals de kosten die op een forfaitaire wijze worden gedekt;

e) Onderdeel B5 : kosten voor de werking van de ziekenhuisapotheek;

f) Onderdeel B6 : de kosten voortvloeiend uit de aanvullende voordelen, waarin voorzien wordt door de sociale akkoorden van 4 juli 1991, 22 november 1991, 1 maart 2000 en 28 november 2000, toegekend aan het ziekenhuispersoneel waarvan de financiering geheel of gedeeltelijk ten laste valt van de erelonen en die hun oorsprong vinden in de in artikel 95, 2°, van de wet op de ziekenhuizen bedoelde gezondheidsverstrekkingen;

§ 2. En exécution de l'article 97, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3 de la loi sur les hôpitaux toutes les dispositions du même article, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2 sont applicables aux sections psychiatriques des hôpitaux généraux et aux hôpitaux psychiatriques à l'exception du point c) en ce qui concerne la fixation des activités justifiées, lesquelles sont assimilées aux lits agréés de ce type de section ou d'hôpital.

§ 3. Le présent arrêté détermine également les conditions et les règles suivant lesquelles des activités peuvent être prises en compte pour la couverture des frais induits par le respect des normes, en tenant compte des situations spécifiques susceptibles d'influencer ces activités et qui justifient un régime dérogatoire aux conditions et règles ainsi établies.

**Art. 3.** § 1<sup>er</sup>. Les dispositions du présent arrêté peuvent être concrétisées par Nous et, le cas échéant, complétées par des règles spécifiques à un ou plusieurs exercices.

§ 2. Par exercice, il faut entendre la période qui débute le 1<sup>er</sup> juillet d'une année et se termine le 30 juin de l'année suivante.

#### CHAPITRE III. — *Le budget des moyens financiers*

**Art. 4.** Conformément à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions fixe un budget des moyens financiers pour chaque hôpital, composé d'une partie fixe et d'une partie variable. Le cas échéant, une modification du budget peut intervenir le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

**Art. 5.** § 1<sup>er</sup>. Pour les services mentionnés ci-dessous, est fixé un budget distinct :

1° les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (index Sp) hors services Sp soins palliatifs et hors services Sp affections psycho-gériatriques dans les hôpitaux psychiatriques, dénommés ci-après services Sp, faisant partie d'un ensemble hospitalier comptant un ou plusieurs services de type différent;

2° les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation - services Sp soins palliatifs;

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

§ 2. Les dispositions du présent arrêté relatives aux hôpitaux s'appliquent, mutatis mutandis, aux services visés au § 1<sup>er</sup>.

#### CHAPITRE IV. — *Période pour laquelle le budget est attribué*

**Art. 6.** Sauf mention explicite, le budget est fixé pour un exercice.

#### CHAPITRE V. — *Fixation du budget et de ses parties, sous-parties et éléments constitutifs distincts*

##### *Section 1<sup>re</sup>. — Le budget et ses parties*

**Art. 7.** Le budget fixé pour chaque hôpital est composé de trois parties :

1° la Partie A qui comporte trois Sous-parties couvrant respectivement les sortes de charges suivantes :

a) Sous-partie A1 : les charges d'investissement;

b) Sous-partie A2 : les charges de crédits à court terme;

c) Sous-partie A3 : charges d'investissement des services médico-techniques.

2° la Partie B qui comporte huit Sous-parties couvrant respectivement les sortes de coûts suivants :

a) Sous-partie B1 : les coûts des services communs;

b) Sous-partie B2 : les coûts des services cliniques;

c) Sous-partie B3 : les frais de fonctionnement des services médico-techniques;

d) Sous-partie B4 : les coûts qui sont couverts par le montant spécifique prévu à l'article 99 de la loi sur les hôpitaux précitée ainsi que ceux couverts d'une manière forfaitaire;

e) Sous-partie B5 : des coûts pour le fonctionnement de l'officine hospitalière;

f) Sous-partie B6 : les coûts découlant des avantages complémentaires prévus dans les accords sociaux des 4 juillet 1991, 22 novembre 1991, 1<sup>er</sup> mars 2000 et 28 novembre 2000, octroyés au personnel hospitalier dont le financement est, en tout ou partie, à charge des honoraires et qui sont occasionnés par des prestations de santé visées à l'article 95, 2° de la loi sur les hôpitaux;

g) Onderdeel B7 : de specifieke kosten voor de specifieke taken op het gebied van de patiëntenzorg, het klinisch onderricht, het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evaluatie van de medische activiteiten.

Onderdeel B7 wordt gesplitst in :

1° een Onderdeel B7A voor wat de universitaire ziekenhuizen betreft a rato van één ziekenhuis per universiteit dat over een faculteit geneeskunde beschikt die een volledige opleiding aanbiedt, zijnde :

- le Centre hospitalier universitaire du Sart-Tilman te Luik;
- les Cliniques universitaires de Bruxelles - Hôpital Erasme te Anderlecht;
- les Cliniques universitaires Saint-Luc te Sint-Pieters-Woluwe;
- het Akademisch ziekenhuis V.U.B. te Jette;
- het Universitair ziekenhuis te Gent;
- de Universitaire klinieken K.U.L. te Leuven;
- het Universitair ziekenhuis Antwerpen te Antwerpen.

2° een Onderdeel B7B voor de ziekenhuizen die genieten van een financiering voorzien voor de ontwikkeling, de evaluatie en de toepassing van de nieuwe medische technologieën en/of de opleiding van de kandidaat-specialisten, behoudens de ziekenhuizen die genieten van de B7A;

h) Onderdeel B8 : de specifieke kosten van een ziekenhuis met een op sociaal-economisch vlak zeer zwak patiëntenprofiel.

3° Deel C dat bestaat uit vier Onderdelen die respectievelijk de volgende soorten van kosten dekken :

a) Onderdeel C1 : de aanloopkosten;

b) Onderdeel C2 : de kosten met betrekking tot vorige of lopende dienstjaren die via inhaalbedragen worden gerectificeerd;

c) Onderdeel C3 : het te verminderen bedrag voor de kamers met 1 bed en met 2 bedden, waarvoor overeenkomstig artikel 90 van de wet op de ziekenhuizen, supplementen boven het budget van financiële middelen worden geïnd;

d) Onderdeel C4 : het geraamd teveel aan ontvangsten voor een bepaald dienstjaar voor wat de Sp-diensten voor palliatieve zorgen, de eenheden voor zware brandwonden en de psychiatrische ziekenhuizen betreft.

#### Afdeling II. — Bestanddelen van de onderscheidene delen van het budget en van hun onderdelen

##### Onderafdeling 1. — Algemene bepalingen

**Art. 8.** De onderscheidene delen en Onderdelen van het budget van een ziekenhuis dekken, binnen de hierna bepaalde voorwaarden en regelen, de kost van de verschillende bestanddelen bedoeld in de artikelen 9 tot en met 23, voor zover die betrekking heeft op de volgende diensten :

a) de verpleegeenheden voor de in artikel 7,1), a), b), 2), a), b), d), g) h) en 3), a), b), c), d), bedoelde elementen;

b) de hiernavolgende hulpdiensten : de anesthesie, het operatiekwartier, de gipskamer, het verloskwartier, de centrale sterilisatie, de spoedgevallendienst, de aan de A-, T-, K-, G- en Sp-diensten verbonden revalidatie- en readaptatiediensten voor de in artikel 7,1), a), b), en 2), a), b), en d), en 3), a), en b), bedoelde elementen;

c) de volgende medisch-technische diensten : de magnetische resonantie tomograaf met geïntegreerd elektronisch telsysteem, de radiotherapiedienst, de scanners met positronemissie, voor de in artikel 7, 1), c), en 2), c), bedoelde elementen;

d) de apotheek, zoals bedoeld in artikel 7, 1), a), 2), c), en 3), a);

e) de daghospitalisatie wat betreft de elementen bedoeld in artikel 7, 1), a), en b), 2), a), en b), en 3), a) en c).

##### Onderafdeling 2. — Deel A van het budget

**Art. 9.** Onderdeel A1 heeft betrekking op de investeringslasten. De bestanddelen waarvan de kost door Onderdeel A1 van het budget wordt gedekt, zijn :

1° de afschrijvingen van de lasten van opbouw, verbouwing, uitrusting en apparatuur;

2° de afschrijving van de lasten van grote onderhoudswerken, meer bepaald van belangrijke herstellings- en onderhoudswerken, al dan niet periodiek;

3° de afschrijving van de lasten van verbouwingswerken die de structuur van het gebouw niet wijzigen;

g) Sous-partie B7 : les coûts spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique, de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales.

Cette Sous-partie B7 est scindée en :

1° une Sous-partie B7A qui concerne les hôpitaux universitaires à raison d'un seul hôpital pour chaque université qui dispose d'une faculté de médecine offrant un cursus complet, à savoir :

- le Centre hospitalier universitaire du Sart-Tilman à Liège;
- les Cliniques universitaires de Bruxelles - Hôpital Erasme à Anderlecht;
- les Cliniques universitaires Saint-Luc à Woluwé-Saint-Pierre;
- l'Akademisch ziekenhuis V.U.B. à Jette;
- l'Universitair ziekenhuis à Gand;
- les Universitaire klinieken K.U.L. à Louvain;
- l'Universitair ziekenhuis Antwerpen à Anvers.

2° une Sous-partie B7B qui concerne les hôpitaux bénéficiant du financement prévu en matière de développement, d'évaluation et d'application des nouvelles technologies médicales et/ou de formation des candidats spécialistes, hormis les hôpitaux bénéficiant du B7A;

h) Sous-partie B8 : les coûts spécifiques générés par l'hôpital ayant un profil de patients très faible sur le plan socio-économique.

3° la Partie C qui comporte quatre Sous-parties couvrant respectivement les sortes de coûts suivants :

a) Sous-partie C1 : les frais de pré-exploitation;

b) Sous-partie C2 : les coûts relatifs à des exercices précédents ou en cours qui sont rectifiés par des montants de rattrapage;

c) Sous-partie C3 : le montant à diminuer pour les chambres à 1 lit et à 2 lits pour lesquelles, conformément à l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, des suppléments au-delà du budget des moyens financiers sont perçus;

d) Sous-partie C4 : le surplus de recettes estimé pour un exercice déterminé en ce qui concerne les services Sp soins palliatifs, les unités de grands brûlés et les hôpitaux psychiatriques.

#### Section II. — Eléments constitutifs des différentes parties du budget et de leurs sous-parties

##### Sous-section 1<sup>re</sup>. — Dispositions générales

**Art. 8.** Les différentes parties et Sous-parties du budget d'un hôpital couvrent, dans les limites des conditions et règles fixées ci-après, le coût des différents éléments constitutifs visé aux articles 9 à 23 inclus pour autant qu'il se rapporte aux services suivants :

a) les unités de soins pour les éléments visés à l'article 7, 1); a) et b), 2), a), b), d), g), h), et 3), a), b), c), d);

b) les services auxiliaires suivants : l'anesthésie, le quartier opératoire, la salle de plâtre, le quartier d'accouchements, la stérilisation centrale, le service des urgences, les services de revalidation et de réadaptation liés aux services A, T, K, G et Sp pour les éléments visés à l'article 7,1), a), b), et 2), a), b), et d), et 3), a), et b);

c) les services médico-techniques suivants : le tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré, le service de radiothérapie, les scanners à émission de positrons pour les éléments visés à l'article 7, 1), c), et 2), c);

d) la pharmacie, comme visée à l'article 7, 1), a), 2), c), et 3), a);

e) l'hospitalisation de jour pour les éléments visés à l'article 7, 1), a), et b); 2), a), et b), et 3), a), et c).

##### Sous-section 2. — Partie A du budget

**Art. 9.** La Sous-partie A1 concerne les charges d'investissements. Les éléments constitutifs dont le coût est couvert par la Sous-partie A1 du budget, sont :

1° les amortissements des charges de construction, de reconditionnement, d'équipement et d'appareillage;

2° l'amortissement des charges de gros travaux d'entretien, plus précisément les travaux importants de réparation et d'entretien, périodiques ou non;

3° l'amortissement des charges de transformations qui ne modifient pas la structure du bâtiment;

4° de afschrijving van de lasten voor de aankoop van rollend materiaal;

5° de afschrijving van de lasten voor een eerste inrichting;

6° de financiële lasten, meer bepaald de lasten van leningen aangegaan ter financiering van de hierboven vermelde investeringen.

Voor de toepassing van dit besluit worden de lasten voor het huren van gebouwen gelijkgesteld met afschrijvingen.

**Art. 10.** Onderdeel A2 van het budget heeft betrekking op de korte termijn kredietlasten. Het dekt de financiële lasten van de korte termijn kredietlasten om de normale werking van de in artikel 8 bedoelde verpleegeenheden en diensten te verzekeren.

**Art. 11.** Onderdeel A3 van het budget dekt de investeringslasten van de medisch-technische diensten bedoeld in artikel 8, c), en dit zowel voor de uitrusting als voor de gebouwen waarin deze worden geïnstalleerd.

#### Onderafdeling 3. — Deel B van het budget

**Art. 12.** § 1. Onderdeel B1 van het budget heeft betrekking op de gemeenschappelijke diensten met name :

- a) algemene kosten;
- b) onderhoud;
- e) verwarming;
- d) administratie;
- e) was en linnen;
- f) voeding;
- g) internaat.

§ 2. De onderscheidene bestanddelen van ieder der gemeenschappelijke diensten waarvan de kost door Onderdeel B1 van het budget worden gedekt zijn :

a) voor de algemene kosten :

1° de personeelslasten van huisbewaarders, portiers, nachtwakers, parkingbewakers, tuiniers, liftpersoneel, wagenbestuurders uitgezonderd deze van ziekenwagens;

2° de werkings- en onderhoudskosten van siertuinen, wegen, koeren, parkings, vervoermiddelen met uitzondering van die van ziekenwagens;

3° de vervoerkosten voor het :

- interne en externe vervoer van de verbruiksgoederen;
- interne patiëntenvervoer;
- externe patiëntenvervoer op voorwaarde dat dit vervoer niet het gevolg is van een opname in een ander ziekenhuis;
- vervoer van bloed.

4° de belastingen en taksen, zoals patrimoniumtaksen, onroerende voorheffingen, belastingen op het afhalen van huisvuil en afvalstoffen of op de aansluiting op het rioolnet, alsmede die op gevaarlijke, hinderlijke en schadelijke bedrijven en op tewerkgesteld personeel;

5° de verzekeringskosten voor risico's van brand, waterschade en andere risico's, voor burgerrechtelijke aansprakelijkheid van de instelling en van het tewerkgesteld personeel;

6° de kosten van brandbestrijding;

7° de kosten van ophaling en behandeling van vuilnis en van afvalstoffen;

8° de kosten van erediensten en gelijkgestelde diensten;

9° de kosten van het mortuarium.

b) voor de kosten voor onderhoud :

1° de kosten van personeel voor schoonmaak, technisch onderhoud, en veiligheid;

2° de normale kosten van schoonmaak, van technisch onderhoud, en van de herstelling van werkhuizen;

3° de kosten van water, gas en elektriciteit;

4° de onderhoudskosten van de liften en de verwarming;

c) voor de kosten van verwarming :

1° de kosten van het personeel voor het toezicht op de verwarmingsinstallaties;

2° de kosten van brandstoffen;

3° de herstellingskosten van de stookinstallaties.

4° l'amortissement des charges de l'achat de matériel roulant;

5° l'amortissement des charges de première installation;

6° les charges financières, c'est-à-dire les charges d'intérêt des emprunts contractés pour le financement des investissements susmentionnés.

Pour l'application de cet arrêté, les charges de loyer sont assimilées aux charges d'amortissements.

**Art. 10.** La Sous-partie A2 du budget concerne les charges de crédits à court terme. Elle couvre les charges financières des crédits à court terme contractés en vue d'assurer le fonctionnement normal des unités de soins et des services visés à l'article 8.

**Art. 11.** La Sous-partie A3 du budget couvre les charges d'investissement des services médico-techniques visés à l'article 8, c), tant pour l'équipement que pour les immeubles où ils sont installés.

#### Sous-section 3. — Partie B du budget

**Art. 12.** § 1<sup>er</sup>. La Sous-partie B1 du budget concerne les services communs :

- a) frais généraux;
- b) entretien;
- c) chauffage;
- d) administration;
- e) buanderie et lingerie;
- f) alimentation;
- g) internat.

§ 2. Les différents éléments constitutifs de chacun des services communs dont le coût est couvert par la Sous-partie B1 du budget sont :

a) pour les frais généraux :

1° les frais de personnel se rapportant aux concierges, portiers, veilleurs de nuit, gardiens de parkings, jardiniers, personnel d'ascenseur, conducteurs de voitures à l'exception des ambulances;

2° les frais de fonctionnement et d'entretien des jardins d'agrément, chemins, cours, parkings, moyens de transport à l'exception des ambulances;

3° les frais de transport :

- interne et externe des biens de consommation;
- interne des patients;
- externe des patients à condition que ce transport ne soit pas nécessité par une hospitalisation dans un autre hôpital;
- du sang.

4° les impôts et taxes, tels que taxes sur le patrimoine, précompte immobilier, impôt sur enlèvement des immondices et des déchets ou sur le raccordement aux égouts ainsi que sur les entreprises dangereuses, incommodes et insalubres, et sur le personnel occupé;

5° les frais d'assurances contre les risques d'incendie, dégâts des eaux et autres risques, pour la responsabilité civile de l'établissement et du personnel occupé;

6° les frais de lutte contre l'incendie;

7° les frais de collecte et de traitement des immondices et des déchets;

8° les frais du culte et des services assimilés;

9° les frais de la morgue.

b) pour les frais d'entretien :

1° les frais du personnel de nettoyage, d'entretien technique et de sécurité;

2° les frais normaux de nettoyage, d'entretien technique et de réparation d'ateliers;

3° les frais d'eau, de gaz et d'électricité;

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

c) pour les frais de chauffage :

1° les frais du personnel de surveillance des installations de chauffage;

2° les frais de combustibles;

3° les frais de réparation des installations de chaufferie.

## d) voor de administratieve kosten :

1° de personeels- en werkingskosten van de directie, de administratie, de boekhouding, de personeelsdienst, het onthaal, de sociale dienst voor de patiënten, de tarificatie, de geschillen, de gecentraliseerde archieven, de kasdienst, het econoomaat, de magazijnen, de telefooncentrale, de deurwachters, de loopjongens en de boodschappers;

2° de kosten van beheer en representatie;

3° de informaticakosten;

4° de kosten voor aansluiting bij ziekenhuisorganisaties;

5° de kantoorbenodigdheden, drukwerken en documentatie;

6° de verzendingskosten;

7° de kosten voor de werving van personeel, de kosten voor opleiding en vervolmaking, waarin door artikel 15, 10°, niet wordt voorzien;

8° de kosten voor het functioneren van verschillende raden en comités die ingesteld zijn krachtens de vigerende wetgeving.

Indien de beheerder taken vervult in verband met de tarificatie, de facturatie en de inning van honoraria, dan worden voor de toepassing van dit besluit de administratiekosten forfaitair verminderd, naar gelang van het geval, met 2 %, 4 % of 6 % van de geïnde honoraria of met elk ander bedrag, mits dat bedrag, dat overeenstemt met het reglement betreffende de werking van de inningsdienst, afgehouden wordt bij toepassing van artikel 140, § 2, van de wet op de ziekenhuizen.

## e) voor de kosten van was en linnen :

1° de kosten van personeel en werking van wasserij en linnenkamer;

2° de aankoopkosten van linnen, beddengoed, wasproducten en herstelbenodigdheden.

## f) voor de voedingskosten :

1° de kosten van het personeel en de werking van de keuken;

2° de aankoopkosten van voedingsproducten en dranken;

3° de kosten van het personeel van de diëtkeuken en de kosten voor de aankoop van diëtproducten.

## g) voor de internaatskosten :

1° de kosten van lokalen voorbehouden voor het inwonend personeel, tewerkgesteld in het ziekenhuis of de ziekenhuisdiensten;

2° de kosten van personeelsvoorzieningen (kleedkamers, eetzaal, eetmalen).

**Art. 13.** De bestanddelen waarvan de kostprijs door Onderdeel B2 van het budget wordt gedekt zijn :

1° de kosten van het verplegend en verzorgend personeel;

2° de kosten van de courante geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 1, 1° van het koninklijk besluit van 6 juni 1960 betreffende de fabricage, de bereiding en distributie in het groot en de terhandstelling van geneesmiddelen, en de kosten van medische gassen en magistrale bereidingen;

3° de verbandmiddelen;

4° de medische verbruiksgoederen, de producten voor de zorgverlening en het klein instrumentarium met uitzondering van het endoscopisch materiaal en het materiaal voor viscerosynthese, wanneer dit het voorwerp is van een tegemoetkoming door de ziekte- en invaliditeitsverzekering of wanneer dit voorkomt op een door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, vast te stellen lijst;

5° de kosten van bewaring van het bloed;

6° de kosten van revalidatie en herscholing met betrekking tot gehospitaliseerde patiënten in de A-, T-, K-, G en Sp- diensten.

**Art. 14.** Onderdeel B3 van het budget heeft betrekking op de in artikel 8, c) bedoelde medisch-technische diensten. De bestanddelen waarvan de kosten gedekt worden door Onderdeel B3 van het budget, zijn :

1° de kosten van onderhoud voor de uitrusting en van de lokalen;

2° de kosten van verbruiksgoederen;

3° de algemene onkosten;

4° de kosten van verplegend en technisch gekwalificeerd personeel;

5° de administratiekosten.

## d) pour les frais administratifs :

1° les frais de personnel et de fonctionnement de la direction, de l'administration, de la comptabilité, du service du personnel, de l'accueil, du service social pour les patients, de la tarification, du contentieux, des archives centralisées, du service de caisse, de l'économat, des magasins, du central téléphonique, des messagers-huissiers, garçons de course et commissionnaires;

2° les frais de gestion et de représentation;

3° les frais d'informatique;

4° les frais d'affiliation aux organisations hospitalières;

5° les fournitures de bureau, imprimés et documentation;

6° les frais d'expédition;

7° les frais de recrutement du personnel, les frais de formation et de perfectionnement autres que ceux visés à l'article 15, 10°;

8° les frais de fonctionnement des différents conseils et comités institués en vertu de la législation en vigueur.

Si le gestionnaire accomplit des tâches se rapportant à la tarification, à la facturation et à la perception des honoraires, pour l'application du présent arrêté, les frais administratifs seront diminués forfaitairement, selon le cas, de 2 %, 4 % ou 6 % des honoraires perçus ou de tout autre montant pour autant que ce montant, correspondant au règlement relatif au fonctionnement du service de perception, soit retenu en application de l'article 140, § 2, de la loi sur les hôpitaux.

## e) pour les frais de buanderie et lingerie :

1° les frais de personnel et de fonctionnement de la buanderie-lingerie;

2° les frais d'achat de linge, literie, produits de lessivage et fournitures pour réparation.

## f) pour les frais d'alimentation :

1° les frais du personnel et de fonctionnement de la cuisine;

2° les frais d'achat des produits alimentaires et boissons;

3° les frais du personnel de cuisine diététique et les frais d'achat de produits diététiques.

## g) pour les frais d'internat :

1° les frais des locaux réservés au personnel interne occupé dans l'hôpital ou les services hospitaliers;

2° les frais des commodités prévues pour le personnel (vestiaires, réfectoires, repas).

**Art. 13.** Les éléments constitutifs dont le coût est couvert par la Sous-partie B2 du budget sont :

1° les frais du personnel infirmier et soignant;

2° les frais des médicaments courants visés à l'article 1, 1° de l'arrêté royal du 6 juin 1960 relatif à la fabrication, à la préparation et à la distribution en gros des médicaments et à leur distribution, et les frais des gaz médicaux et préparations magistrales;

3° les pansements;

4° les produits médicaux de consommation, les produits pour la dispensation des soins et les petits instruments à l'exception du matériel endoscopique et du matériel de viscérosynthèse lorsque celui-ci fait l'objet d'une intervention de l'assurance maladie-invalidité ou lorsqu'il figure sur une liste à fixer par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions;

5° les frais de conservation du sang;

6° les frais de rééducation et de réadaptation relatifs aux patients hospitalisés dans les services A, T, K, G et Sp.

**Art. 14.** La Sous-partie B3 du budget porte sur les services médico-techniques visés à l'article 8, c). Les éléments dont le coût est couvert par la Sous-partie B3 du budget, sont :

1° les frais d'entretien de l'équipement et des locaux;

2° le coût des biens de consommation;

3° les frais généraux;

4° les frais du personnel infirmier et technique qualifié;

5° les frais d'administration.

**Art. 15.** Onderdeel B4 bevat de middelen die forfaitair de lasten dekken met betrekking tot :

1° de verbetering van de kwaliteit van de zorgverstrekking zoals bedoeld in artikel 99 van voormelde wet op de ziekenhuizen; de toegekende middelen vertegenwoordigen een deel van het budget dat door de buitengebruikstelling van bedden vrijgemaakt wordt;

2° de hoofdgeneesheer;

3° de verpleegkundige en geneesheer-ziekenhuishygiënist en de registratie van de nosocomiale ziekenhuisinfecties;

4° de registratie van de minimale verpleegkundige gegevens, de minimale klinische gegevens, de minimale psychiatrische gegevens en de activiteit van de spoedgevallendienst en de MUG;

5° de bedrijfsrevisor;

6° het personeel toegekend aan de openbare ziekenhuizen om het intern transport van de gehospitaliseerde patiënten te verzekeren;

7° samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten die als overlegplatform fungeren alsmede initiatieven die betrekking hebben op de verzevenlijking van piloot projecten betreffende de bemiddelingsfunctie in de sector psychiatrie;

8° de evaluatie van de kwaliteit van de medische en verpleegkundige activiteiten en de bevordering van de integratie van de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteiten;

9° de kosten die met de overeenkomsten van eerste tewerkstelling gepaard gaan;

10° de permanente opleiding van het verpleegkundig personeel;

11° voor de psychiatrische ziekenhuizen, de bijkomende kosten voor de contractuele personeelsleden die gesubsidieerd worden door het Interdepartementaal Begrotingsfonds, ter bevordering van de werkgelegenheid;

12° de kosten met betrekking tot het personeel dat belast is met de coördinatie, op een multidisciplinaire wijze, van de verzorging van de patiënten, teneinde het ontslag van de patiënt voor te bereiden met het oog op het waarborgen van de continuïteit van een efficiënte zorgverlening en van de kwaliteit;

13° voor de acute ziekenhuizen, de kosten met betrekking tot de analyse en het gebruik van de statistische gegevens met het oog op de coördinatie van de kwaliteitsstrategie van het ziekenhuis;

14° de kosten met betrekking tot de palliatieve functie;

15° de middelen toegekend om de verhoging van de werkgeversbijdragen voor de pensioenen in de openbare ziekenhuizen te dekken;

16° de middelen toegekend om de vervanging van de afwezigheden van lange duur van het statutair personeel in de openbare ziekenhuizen te dekken;

17° de toegekende middelen met het oog op de registratie van de minimale psychiatrische gegevens in de psychiatrische verzorgingshuizen;

18° de kosten voor de banen toegekend op 1 juli 1990, 1 januari 1991, 1 januari 1992, 1 januari 1993 en 1 januari 1994 in de psychiatrische ziekenhuizen met erkende T-diensten;

19° de middelen die worden toegekend teneinde de financiering van de erkende MUG-functie en de in de dringende geneeskundige hulpverlening opgenomen te waarborgen;

20° de middelen toegekend met het oog op de realisatie van pilootstudies over de registratie en verzameling van gegevens waardoor de financiering kan verrijkt worden en de kwaliteit van zorgen kan verbeterd worden;

21° de middelen toegekend met het oog op de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening in psychiatrische voorzieningen, overeenkomstig de voorwaarden en modaliteiten nader bepaald in artikel 52, § 2;

22° de middelen die worden toegekend met het oog op de bevordering van een doelmatig opname- en ontslagbeleid in de acute ziekenhuizen;

23° de middelen toegekend om de kosten voor de vakbondspremie van het personeel van de in artikel 8 bedoelde diensten alsmede de kosten voor aansluiting bij de Confederatie van de non-profitsector of elke andere gelijkwaardig organisatie voor de openbare sector te financieren;

24° de middelen toegekend voor de uitvoering van pilootstudies over de psychiatrische ziekenhuizen, met name over de behandeling van patiënten met gedragsstoornissen en/of agressieve stoornissen, over de resocialisering van de geïnterneerden, over de gezinsplaatsing van kinderen met geestesstoornissen, over de behandeling van kinderen met gedragsstoornissen en/of agressieve stoornissen en over de behandeling thuis van kinderen met geestesstoornissen;

25° de financiële tegemoetkoming ter compensatie van de genomen vrijstellingen van arbeidsprestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek;

**Art. 15.** La Sous-partie B4 comprend les moyens qui couvrent d'une manière forfaitaire les charges concernant :

1° l'amélioration de la qualité de la dispensation de soins visée à l'article 99 de la loi sur les hôpitaux précitée. Les moyens attribués représentent une partie du budget libéré par la désaffectation des lits;

2° le médecin-chef;

3° l'infirmière et le médecin hygiénistes hospitaliers et l'enregistrement des infections nosocomiales;

4° l'enregistrement du résumé infirmier minimum, du résumé clinique minimum, du résumé psychiatrique minimum et de l'activité du service des urgences et du SMUR;

5° le réviseur d'entreprise;

6° le personnel accordé aux hôpitaux publics pour assurer le transport interne des patients hospitalisés;

7° les accords de collaboration entre des institutions et services psychiatriques qui fonctionnent en tant que plate-forme de concertation et les initiatives portant sur la réalisation d'études pilotes relatives à la fonction de médiation dans le secteur psychiatrique;

8° l'évaluation de la qualité des activités médicales et infirmières et la promotion de l'intégration de l'activité médicale dans l'ensemble des activités de l'hôpital;

9° les coûts qui vont de pair avec les conventions de premier emploi;

10° la formation permanente du personnel infirmier;

11° pour les hôpitaux psychiatriques, le coût supplémentaire des contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire interdépartemental pour la promotion de l'emploi;

12° les coûts relatifs au personnel chargé de coordonner d'une manière multidisciplinaire les soins pour les patients de manière à préparer la sortie du patient en vue d'assurer la continuité des soins efficaces et de qualité;

13° pour les hôpitaux aigus, les coûts relatifs à l'analyse et à l'utilisation des données statistiques en vue de coordonner la stratégie de qualité de l'hôpital;

14° les coûts relatifs à la fonction palliative;

15° les moyens octroyés en vue de prendre en charge la hausse des cotisations patronales des pensions dans les hôpitaux publics;

16° les moyens octroyés en vue de prendre en charge le remplacement des absences de longue durée du personnel statutaire dans les hôpitaux publics;

17° les moyens octroyés en vue de l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum dans les maisons de soins psychiatriques;

18° le coût des emplois accordés les 1<sup>er</sup> juillet 1990, 1<sup>er</sup> janvier 1991, le 1<sup>er</sup> janvier 1992, 1<sup>er</sup> janvier 1993 et 1<sup>er</sup> janvier 1994 dans les hôpitaux psychiatriques comptant des services agréés T;

19° les moyens octroyés en vue d'assurer le financement de la fonction agréée SMUR et reprise dans l'aide médicale urgente;

20° les moyens octroyés en vue de la réalisation d'études pilotes portant sur l'enregistrement et la collecte de données permettant l'affinement du financement et l'amélioration de la qualité des soins;

21° les moyens accordés en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge dans les structures psychiatriques, conformément aux conditions et modalités déjà définies à l'article 52, § 2;

22° les moyens octroyés en vue de promouvoir une politique efficace d'admissions et de sortie dans les hôpitaux aigus;

23° les moyens accordés en vue de financer les coûts de la prime syndicale pour le personnel des services visés à l'article 8 et les frais d'affiliation à la Confédération du secteur non marchand ou tout autre organisme équivalent pour le secteur public;

24° les moyens octroyés en vue de la réalisation d'études pilotes portant sur les hôpitaux psychiatriques et, plus particulièrement, sur le traitement des patients avec des troubles comportementaux et/ou agressifs, sur la resocialisation des internés, sur le placement en familles des enfants atteints de troubles mentaux, sur le traitement des enfants avec des troubles comportementaux et/ou agressifs et sur le traitement à domicile des enfants atteints de troubles mentaux;

25° l'intervention financière en compensation des dispenses de prestations de travail prises dans le cadre de la problématique de la fin de carrière;

26° de op 30 juni 2002 toegekende middelen voor de medische producten voor transplantaties, het krachtens de sociale akkoorden toegekende aanvullende personeel, het aanvullende personeel toegekend voor de erkende K-bedden, de bedden voor pediatrie oncologie, voor de oprichting van een mobiel team, voor het personeel ter begeleiding van het verplegend en verzorgend personeel, hetwelk pas aangeworven werd of een loopbaanonderbreking beëindigd heeft en voor het aanvullende personeel belast met ludieke activiteiten en psychisch-sociale ondersteuning in de E-bedden;

27° de middelen toegekend aan de ziekenhuizen met niet in artikel 18 bedoelde universitaire bedden;

**Art. 16.** Onderdeel B5 dekt werkingskosten van de ziekenhuisapotheek.

**Art. 17.** Onderdeel B6 dekt de in de bepalingen van het koninklijk besluit van 10 november 2001 bedoelde kosten.

**Art. 18.** § 1. Onderdeel B7A dekt de specifieke lasten gekoppeld aan de specifieke taken van door de in artikel 7, 2), g), 1°, bedoelde ziekenhuizen.

§ 2. Onderdeel B7B dekt de specifieke kosten van de ziekenhuizen bedoeld onder artikel 7, 2), g), 2°.

**Art. 19.** Onderdeel B8 dekt de specifieke kosten veroorzaakt door een ziekenhuis met een op het sociaal-economisch vlak zeer zwak patiëntenprofiel.

#### Onderafdeling 4. — Deel C van het budget

**Art. 20.** Onderdeel C1 heeft betrekking op de aanloopkosten. De onderscheiden bestanddelen waarvan de kostprijs door Onderdeel C1 van het budget wordt gedekt zijn :

a) voor de bestaande ziekenhuizen of bestaande ziekenhuisdiensten :

1° de oprichtingskosten van een V.Z.W. of van andere rechtspersonen zonder winstoogmerk;

2° de kosten van hypothecaire akten.

b) voor de ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten in opbouw :

1° de bouwbelastingen;

2° de verzekeringskosten;

3° de kosten van verwarming;

4° de kosten van schoonmaak voor de ingebruikstelling;

5° de financiële lasten van leningen of overbruggingskredieten voor financiering van het eigen aandeel;

6° de notaris- en registratiekosten ingevolge de sub 5° bedoelde leningen.

**Art. 21.** Onderdeel C2 van het budget bevat de inhaalbedragen voor een tekort of een teveel aan ontvangsten ten opzichte van een budget vastgesteld voor het lopend dienstjaar of voor één of meerdere vorige dienstjaren vastgesteld budget.

**Art. 22.** Onderdeel C3 bevat het bedrag voor de kamers met één en met twee bedden, waarvoor, overeenkomstig artikel 90 van de voornoemde wet, supplementen boven het budget van financiële middelen worden geïnd en waarmee het budget der financiële middelen van het ziekenhuis wordt verminderd.

**Art. 23.** Onderdeel C4 omvat een bedrag dat overeenstemt met een geraamd teveel aan ontvangsten voor het dienstjaar waarvoor het budget is vastgesteld.

#### HOOFDSTUK VI. — Modaliteiten voor de vaststelling van het budget en criteria volgens dewelke de kosten worden aanvaard

##### Afdeling 1. — Deel A van het budget

##### Onderafdeling 1. — Onderdeel A1 van het budget

**Art. 24.** De investeringslasten, die gedekt worden door Onderdeel A1 van het budget, worden afgeschreven overeenkomstig de bepalingen en de termijnen bepaald door het koninklijk besluit van 14 december 1987 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen.

**Art. 25.** § 1. De afschrijvingen voor de lasten van opbouw, verbouwing, uitrusting en apparatuur, worden berekend op de werkelijke investeringswaarden, en zijn begrensd tot de daarvoor geldende maximumbedragen, verminderd met de om niet-verkregen toelagen verleend door de overheden bevoegd voor het gezondheidsbeleid op grond van de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet.

26° les moyens alloués au 30 juin 2002 en ce qui concerne les produits médicaux pour les transplantations, le personnel supplémentaire octroyé en vertu des accords sociaux, le personnel supplémentaire octroyé pour les lits agréés K, pour les lits d'oncologie pédiatrique, pour la constitution d'une équipe mobile, pour le personnel accompagnant le personnel infirmier et soignant nouvellement recruté ou ayant mis fin à une interruption de carrière et pour le personnel supplémentaire chargé des activités ludiques et du soutien psycho-social dans les lits E;

27° les moyens alloués aux hôpitaux comptant des lits universitaires non visés par les dispositions de l'article 18.

**Art. 16.** La Sous-partie B5 couvre des coûts de fonctionnement de l'officine hospitalière.

**Art. 17.** La Sous-partie B6 couvre les coûts visés par les dispositions de l'arrêté royal du 10 novembre 2001.

**Art. 18.** § 1<sup>er</sup>. La Sous-partie B7A couvre les coûts spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées par les hôpitaux visés à l'article 7, 2), g), 1°.

§ 2. La Sous-partie B7B couvre les coûts spécifiques des hôpitaux visés à l'article 7, 2), g), 2°.

**Art. 19.** La Sous-partie B8 couvre les coûts spécifiques générés par l'hôpital ayant un profil de patient très faible sur le plan socio-économique.

#### Sous-section 4. — Partie C du budget

**Art. 20.** La Sous-partie C1 du budget concerne les frais de pré-exploitation. Les différents éléments dont le coût est couvert par la Sous-partie C1 du budget sont :

a) pour les hôpitaux ou services hospitaliers existants :

1° les frais de constitution d'une A.S.B.L. ou de toute personne morale sans but lucratif;

2° les frais d'actes hypothécaires.

b) pour les hôpitaux ou services hospitaliers en construction :

1° les taxes sur la construction;

2° les frais d'assurance;

3° les frais de chauffage;

4° les frais de nettoyage avant la mise en service;

5° les charges financières d'emprunts ou de crédits intercalaires pour le financement de la partie propre;

6° les frais de notaire et d'enregistrement résultant des emprunts visés au 5°.

**Art. 21.** La Sous-partie C2 du budget comprend les montants de rattrapage pour un manque ou un surplus de recettes par rapport à un budget fixé pour l'exercice en cours ou pour un ou plusieurs exercices antérieurs.

**Art. 22.** La Sous-partie C3 comprend le montant pour les chambres d'un lit et de deux lits, pour lesquelles, conformément à l'article 90 de la loi précitée, des suppléments au-delà du budget des moyens financiers sont perçus, et à raison duquel le budget des moyens financiers de l'hôpital est diminué.

**Art. 23.** La Sous-partie C4 comprend un montant qui correspond à un surplus de recettes estimé pour l'exercice pour lequel le budget est fixé.

#### CHAPITRE VI. — Modalités de fixation du budget et critères selon lesquels les coûts sont admis

##### Section 1<sup>re</sup>. — Partie A du budget

##### Sous-section 1<sup>re</sup>. — Sous-partie A1 du budget

**Art. 24.** Les charges d'investissement, couvertes par la Sous-partie A1 du budget sont amorties conformément aux dispositions et aux délais visés par l'arrêté royal du 14 décembre 1987 relatif aux comptes annuels des hôpitaux.

**Art. 25.** § 1<sup>er</sup>. Les amortissements des charges de construction, de reconditionnement, d'équipement et d'appareillage sont calculés sur les valeurs réelles d'investissement et sont limités aux montants maxima déterminés à cet effet, sous déduction des subventions à fonds perdus, accordées par les autorités compétentes pour la politique de santé sur la base des articles 128, 130 et 135 de la Constitution.



§ 2. De overeenkomstig § 1, vastgestelde afschrijvingen mogen niet hoger zijn dan 40 % van de werkelijke investeringswaarden, beperkt tot de voormelde maximumbedragen, voor zover er betoelaging werd bekomen. Deze betoelaging moet blijken uit de in artikel 7 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1989 bedoelde beslissing van de terzake bevoegde overheid. Indien het bovengenoemde bewijs niet geleverd wordt, of indien er geen subsidie werd verkregen, worden de afschrijvingslasten niet in aanmerking genomen.

In geval van toepassing van het koninklijk besluit van 30 juli 1986 wordt het percentage van 40 % tot 70 % opgetrokken.

§ 3. De afschrijvingslasten voor onroerende goederen die niet betoelaagbaar zijn worden ten belope van 100 % van de werkelijke investeringswaarde gedekt in het budget van financiële middelen.

§ 4. De afschrijvingslasten van de investeringen die uitgevoerd worden om te voldoen aan de architectonische normen voor de ziekenhuisapotheek en de chirurgische daghospitalisatie, mogen, voorzover er een subsidie uitgekeerd werd, 40 % van de werkelijke investeringswaarden, beperkt tot de in § 1, bedoelde maxima, niet overschrijden. Die subsidies moeten aan de hand van de in artikel 7 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1989 bedoelde beslissing van de terzake bevoegde overheid worden bewezen.

Wanneer het bovengenoemde bewijs niet geleverd is of als er geen subsidie verkregen werd, worden de afschrijvingslasten niet in aanmerking genomen.

§ 5. De aankoopprijs van de grond wordt uitgesloten van de in § 1, tot 4, bedoelde afschrijving..

§ 6. De in §§ 1 en 4 bedoelde afschrijvingen kunnen op een provisionele wijze worden vastgesteld bij de ingebruikname van de betreffende investering.

**Art. 26.** Voor de afschrijvingen van lasten van grote onderhoudswerken evenals voor de lasten van eerste inrichting, zoals bedoeld in artikel 9, 2° en 5°, worden de werkelijke lasten in aanmerking genomen.

**Art. 27.** § 1. Voor de financiële lasten van leningen aangegaan ter financiering van de in artikelen 25 en 26 bedoelde investeringen, worden eveneens de werkelijke lasten weerhouden mits inachtneming van dezelfde beperkingen als deze vermeld in artikel 25 §§ 1, 2, 4, en 5.

§ 2. De in § 1, bedoelde financiële lasten kunnen provisioneel worden vastgesteld, wanneer die betrekking hebben op de in artikel 25, § 1, en § 4, bedoelde investeringen.

**Art. 28.** De lasten voor het huren van gebouwen worden beperkt tot het niveau van de afschrijvingen en financiële lasten berekend overeenkomstig de artikelen 25 en 27, alsof de beheerder eigenaar zou geweest zijn.

**Art. 29.** § 1. In afwijking van artikel 25 worden de volgende lasten, na afschrijving van de betoelaagde investeringen, forfaitair vergoed :

1° de lasten die verband houden met de afschrijving van medische uitrusting;

2° de lasten die verband houden met de afschrijving van de niet-medische uitrusting, met inbegrip van informatica-apparatuur alsmede van meubilair;

3° de lasten die verband houden met de afschrijving van het rollend materieel.

§ 2. Het forfaitair bedrag dat krachtens § 1, 1°, aan de acute ziekenhuizen, bedoeld in artikel 46 van de wet op de ziekenhuizen wordt toegekend, wordt als volgt berekend :

1° het beschikbare budget wordt in eerste instantie verdeeld onder de groepen van ziekenhuizen, bedoeld in artikel 40, op basis van de kosten vastgesteld gedurende een dienstjaar.

§ 2. Les amortissements déterminés conformément au § 1<sup>er</sup>, ne peuvent dépasser 40 % des valeurs réelles d'investissement, limitées aux montants maximums précités pour autant qu'il y ait eu subvention. Ces subventions doivent être prouvées par la décision visée à l'article 7 de l'arrêté royal du 14 août 1989 de l'autorité compétente en cette matière. Lorsque la preuve précitée n'est pas fournie ou qu'il n'y a pas eu de subvention, les charges d'amortissement ne sont pas prises en compte.

En cas d'application de l'arrêté royal du 30 juillet 1986, le pourcentage de 40 % est porté à 70 %.

§ 3. Les charges d'amortissements des investissements immeubles non subventionnables sont couvertes par le budget des moyens financiers à 100 % de leur valeur d'investissement réelle.

§ 4. Les charges d'amortissements des investissements réalisés en vue de répondre aux normes architecturales prévues pour la pharmacie hospitalière et pour l'hospitalisation chirurgicale de jour ne peuvent dépasser 40 % des valeurs réelles d'investissement limitées aux montants maxima visés au § 1<sup>er</sup>, pour autant qu'il y ait eu subvention. Ces subventions doivent être prouvées par la décision, visée à l'article 7 de l'arrêté royal du 14 août 1989, de l'autorité concernée compétente en cette matière.

Lorsque la preuve précitée n'est pas fournie ou qu'il n'y a pas eu de subvention, les charges d'amortissement ne sont pas prises en compte.

§ 5. Le prix d'achat du terrain est exclu de la possibilité d'amortissement telle que prévue aux §§ 1, à 4.

§ 6. Les amortissements visés au §§ 1<sup>er</sup> et 4 peuvent être fixés de manière provisionnelle lors de la mise en exploitation de l'investissement concerné.

**Art. 26.** Pour les amortissements des charges de gros travaux d'entretien et des frais de première installation visés à l'article 9, 2° et 5°, les charges réelles sont retenues.

**Art. 27.** § 1<sup>er</sup>. Pour les charges financières des emprunts contractés pour le financement des investissements visés aux articles 25 et 26, les charges réelles sont également retenues, les limitations de l'article 25, §§ 1, 2, 4, et 5, devant être respectées.

§ 2. Les charges financières visées au § 1<sup>er</sup>, peuvent être fixées de manière provisionnelle lorsqu'elles se rapportent aux investissements dont question à l'article 25, § 1<sup>er</sup> et § 4.

**Art. 28.** Les charges du loyer des bâtiments sont limitées au niveau des amortissements et des charges financières calculés conformément aux articles 25 et 27, comme si le gestionnaire eût été le propriétaire.

**Art. 29.** § 1<sup>er</sup>. Par dérogation à l'article 25, sont couvertes forfaitairement, après la période d'amortissement des investissements subventionnés, les charges suivantes :

1° les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement médical;

2° les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement non médical, y compris l'appareillage d'informatique et le mobilier;

3° les charges liées à l'amortissement du matériel roulant.

§ 2. Le forfait attribué en vertu du § 1<sup>er</sup>, 1° pour les hôpitaux aigus visés à l'article 46 de la loi sur les hôpitaux est calculé de la manière suivante :

1° le budget disponible est en premier lieu réparti entre les groupes d'hôpitaux dont question à l'article 40, sur base des dépenses constatées pendant un exercice.

Binnen elke groep wordt het beschikbare budget verdeeld over de volgende activiteiten, op basis van de hiernavolgende waarden uitgedrukt in percentages :

A l'intérieur de chaque groupe, le budget disponible est réparti entre les activités suivantes selon les valeurs exprimées en pourcentage ci-après :

	Universitaire groep — Groupe universitaire	– 200 bedden — – 200 lits	200 tot 299 bedden — 200 à 299 lits	300 tot 449 bedden — 300 à 449 lits	> 450 bedden — > 450 lits
Spoedgevallendienst — Service d'urgence	2	3	2	4	2
Operatiekwartier — Quartier opératoire	51	51	55	46	56
Materniteit — Maternité	1	4	5	3	4
Intensieve neonatologie — Néonatalogie intensive	6	1	2	2	10
Intensieve zorgen — Soins intensifs	23	17	10	17	11
Andere diensten — Autres services	17	24	26	28	17

2° a) het beschikbare budget voor de spoedgevallendiensten wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal punten dat met toepassing van het hiernavolgende artikel 46, § 3, 2°, b) aan elk ziekenhuis wordt toegekend;

b) het beschikbare budget voor de operatiekwartieren wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal operatiezalen dat met toepassing van het hiernavolgende artikel 46, § 3, 2°, a), aan elk ziekenhuis wordt toegekend;

c) het beschikbare budget voor de kraaminrichtingen wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal bevallingen van het laatst gekende dienstjaar;

d) het beschikbare budget voor de diensten intensieve neonatologie wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal erkende NIC-bedden;

e) het beschikbare budget voor de diensten intensieve zorg wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal punten dat met toepassing van het artikel 46, § 2, 2°, c), aan elk ziekenhuis wordt toegekend;

f) het beschikbare budget voor de andere diensten wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het budget van Onderdeel B2, bedoeld in het artikel 45, § 7 voor het laatst gekende dienstjaar.

3° De bedragen berekend met toepassing van 2°, a) tot f) worden voor elk ziekenhuis opgeteld. Het forfaitair bedrag dat aan het ziekenhuis wordt toegekend, bestaat voor 50 % uit het voormelde totaal, verhoogd met 50 % van het forfaitair bedrag dat het ziekenhuis na de herziening van het budget van financiële middelen met betrekking tot het dienstjaar 1991 ontvangt, echter rekening houdende met wijzigingen in het aantal bedden voor 31 december 1996.

§ 3. Het forfaitair bedrag dat krachtens § 1, 2° aan de acute ziekenhuizen wordt toegekend, wordt als volgt berekend :

1° het beschikbare budget wordt eerst verdeeld onder de groepen van ziekenhuizen, bedoeld in artikel 40 op basis van de kosten gedurende een dienstjaar. Vervolgens wordt het beschikbare budget binnen elke groep verdeeld naar rata van de som van de budgetten van Onderdeel B1 en Onderdeel B2 en dit met toepassing van de artikelen 42, 9° operatie en 45, § 7, voor het laatst gekende dienstjaar;

2° het per ziekenhuis toegekende forfaitair bedrag bestaat uit 50 % van het sub 1° berekende bedrag, verhoogd met 50 % van het forfaitair bedrag dat het ziekenhuis ontvangt na de herziening van het budget van financiële middelen met betrekking tot het dienstjaar 1991, echter rekening houdende met wijzigingen in het aantal bedden voor 31 december 1996.

§ 4. 1° Het forfaitair bedrag dat krachtens § 1, 1° en 2°, aan de ziekenhuizen en Sp-diensten en geïsoleerde G-diensten wordt toegekend, wordt berekend door het beschikbare budget onder de ziekenhuizen te verdelen naar rata van het aantal erkende en bestaande bedden per ziekenhuis.

2° a) le budget disponible pour les services d'urgence est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de points attribué à chaque hôpital en application de l'article 46, § 3, 2°, b) ci-après pour le dernier exercice connu;

b) le budget disponible pour les quartiers opératoires est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de salles d'opération attribué à chaque hôpital en application de l'article 46, § 3, 2°, a) ci-après pour le dernier exercice connu;

c) le budget disponible pour les services de maternité est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre d'accouchements du dernier exercice connu;

d) le budget disponible pour les services de néonatalogie intensive est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés NIC;

e) le budget disponible pour les soins intensifs est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de points attribué à chaque hôpital en application de l'article 46, § 2, 2°, c) pour le dernier exercice connu;

f) le budget disponible pour les autres services est réparti entre les hôpitaux au prorata du budget relatif à la Sous-partie B2 visé à l'article 45, § 7 pour le dernier exercice connu.

3° Les montants calculés en application de 2°, a) à f) sont additionnés pour chaque hôpital. Le forfait octroyé à l'hôpital est constitué à raison de 50 % du total précité augmenté de 50 % du forfait dont l'hôpital bénéficie après la révision du budget des moyens financiers portant sur l'exercice 1991, compte tenu cependant des adaptations découlant de modifications du nombre de lits intervenues avant le 31 décembre 1996.

§ 3. Le forfait attribué en vertu du § 1<sup>er</sup>, 2°, pour les hôpitaux aigus est calculé de la manière suivante :

1° le budget disponible est réparti en premier lieu entre les groupes d'hôpitaux dont question à l'article 40 sur base des dépenses constatées pendant un exercice. A l'intérieur de chaque groupe, la répartition du budget disponible s'effectue au prorata de la somme des budgets relatifs aux Sous-parties B1 et B2 fixés en application des articles 42, 9° opération et 45, § 7, pour le dernier exercice connu;

2° le forfait attribué à chaque hôpital est constitué de 50 % du montant calculé sous 1°, augmenté de 50 % du forfait dont l'hôpital bénéficie après la révision du budget des moyens financiers portant sur l'exercice 1991, compte tenu cependant des adaptations découlant de modifications du nombre de lits intervenues avant le 31 décembre 1996.

§ 4. 1° le forfait attribué en vertu du § 1, 1° et 2° pour les hôpitaux et services Sp et G isolés est calculé en répartissant le budget disponible, entre les hôpitaux au prorata du nombre de lits agréés et existants de chaque hôpital.

2° het per ziekenhuis toegekende forfaitair bedrag bestaat uit 50 % van het sub 1°, berekende bedrag, verhoogd met 50 % van het forfaitair bedrag dat het ziekenhuis ontvangt na de herziening van het budget van financiële middelen met betrekking tot het dienstjaar 1991, echter rekening houdende met wijzigingen in het aantal bedden voor 31 december 1996.

§ 5. 1° het forfaitair bedrag dat krachtens § 1, 1°, en 2°, aan de psychiatrische ziekenhuizen wordt berekend door het beschikbare budget onder de ziekenhuizen te verdelen pro rata het aantal erkende en bestaande bedden per ziekenhuis.

Om het aantal bedden te berekenen, wordt het aantal bedden voor daghospitaisatie vermenigvuldigd met 0,7.

2° het per ziekenhuis toegekende forfaitair bedrag bestaat uit 50 % van het sub 1°, berekende bedrag, verhoogd met 50 % van het forfaitair bedrag dat het ziekenhuis ontvangt na de herziening van het budget van financiële middelen met betrekking tot het dienstjaar 1991, echter rekening houdende met wijzigingen in het aantal bedden voor 31 december 1996.

§ 6. De bepalingen vermeld in de §§ 2, tot 5, zijn voor de eerste maal van toepassing vanaf 1 januari 1997.

Echter, voor de ziekenhuizen die genieten, gedurende de dienstjaren 1992 tot en met 1996, van een herziening van hun afschrijvingslasten van niet-medisch materieel wegens gesubsidieerde investeringen, afgeschreven voor de eerste maal tijdens één van de betreffende dienstjaren, worden de in §§ 3, tot 5, berekende forfaits vervangen tot het einde van de afschrijvingsperiode van de gesubsidieerde investering door de bedragen vastgesteld volgens de voornoemde herziening.

§ 7. De bepalingen vermeld in de §§ 2 tot 5, kunnen om de drie jaar worden herzien.

§ 8. De ziekenhuizen die vanaf het dienstjaar 1997 voor het eerst betoelaagde investeringen afschrijven, krijgen een herziening gebaseerd op de reële afschrijvingslasten, voor zover de betoelaagde investering deel uitmaakt van een uitbreidings- en/of verbouwingsproject ten belope van ten minste 25 % van de maximumprijs van de bouw, berekend met toepassing van de ministeriële besluiten van 1 en 4 september 1978 tot wijziging van de ministeriële besluiten van 1 juli 1971 en 8 november 1973 tot vaststelling van de maximumkostprijs per bed die in aanmerking moet worden genomen voor de toepassing van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de apparatuur en de uitrusting van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend. Indien de reële lasten lager zijn dan de forfaitaire bedragen die overeenkomstig de §§ 2 tot 5, worden vastgesteld, dan zijn die forfaitaire bedragen van toepassing. De in aanmerking genomen reële lasten beperken zich echter tot het forfaitair bedrag berekend met toepassing van de §§ 2 tot 5, verhoogd met de afschrijving op het niet-betoelaagde gedeelte van de betoelaagde investering.

Indien niet aan de in het vorige lid vermelde voorwaarden wordt voldaan, blijven de forfaitaire bedragen berekend met toepassing van de §§ 2 tot 5, behouden.

§ 9. Het krachtens § 1, 3°, toegekende forfaitaire bedrag wordt vastgesteld op het niveau van de voor 2001 weerhouden lasten.

#### Onderafdeling 2. — Onderdeel A2 van het budget

**Art. 30.** § 1 De in artikel 10 bedoelde korte-termijnlasten worden vóór elk dienstjaar vastgesteld en berekend door een getal dat voor de algemene ziekenhuizen 21 % en voor de psychiatrische ziekenhuizen 13 % vertegenwoordigt van het budget van financiële middelen buiten Onderdeel A2 berekend voor het beschouwde dienstjaar, te vermenigvuldigen met de laagste marktinterestvoet die jaarlijks overeenkomstig de regels van het onderstaande § 2, vastgesteld wordt.

§ 2. De laagste intrestvoet van de markt waarvan sprake in § 1, wordt bepaald door het gemiddelde te nemen van de gemiddelde basisrente van het kaskrediet verhoogd met 0,50 punt en de gemiddelde intrestvoet van de straight loans op 1 maand verhoogd met 0,50 punt. De bovengenoemde intrestvoeten zijn die van het voorlaatste burgerlijk jaar vóór het dienstjaar waarin het budget vastgelegd wordt.

De aldus berekende intrestvoet wordt door Ons vastgesteld aan het begin van elk dienstjaar. Als het dienstjaar afgelopen is, kan die intrestvoet worden herzien, indien de intresten aanzienlijk zijn gestegen.

#### Onderafdeling 3. — Onderdeel A3 van het budget

**Art. 31.** § 1. De investeringslasten die gedekt worden door Onderdeel A3 van het budget, worden afgeschreven overeenkomstig de bepalingen en de termijnen waarin het koninklijk besluit van 14 december 1987 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen voorziet.

2° le forfait attribué à chaque hôpital est constitué de 50 % du montant calculé sous 1°, augmenté de 50 % du forfait dont l'hôpital bénéficie après la révision du budget des moyens financiers portant sur l'exercice 1991, compte tenu cependant des adaptations découlant de modifications du nombre de lits intervenues avant le 31 décembre 1996.

§ 5. 1° le forfait attribué en vertu du § 1, 1°, et 2°, pour les hôpitaux psychiatriques est calculé en répartissant le budget disponible entre les hôpitaux au prorata du nombre de lits agréés et existants de chaque hôpital.

Pour le calcul du nombre de lits, le nombre de lits de jour est multiplié par 0,7.

2° le forfait attribué à chaque hôpital est constitué de 50 % du montant calculé sous 1°, augmenté de 50 % du forfait dont l'hôpital bénéficie après la révision du budget des moyens financiers portant sur l'exercice 1991, compte tenu cependant des adaptations découlant de modifications du nombre de lits intervenues avant le 31 décembre 1996.

§ 6. Les modalités reprises aux §§ 2, à 5, sont pour la première fois d'application au 1<sup>er</sup> janvier 1997.

Pendant, pour les hôpitaux qui bénéficient, pendant les exercices 1992 à 1996 inclus, d'une révision de leurs charges d'amortissement du matériel d'équipement non médical en raison d'investissements subsidiés amortis pour la première fois pendant un des exercices concernés, les forfaits calculés selon les §§ 3, à 5, sont remplacés, jusqu'au terme de la période d'amortissement de l'investissement subsidié, par les montants déterminés à la suite de la révision précitée.

§ 7. Les modalités reprises aux §§ 2 à 5, peuvent être revues tous les trois ans.

§ 8. Les hôpitaux amortissant pour la première fois à partir de l'exercice 1997 des investissements subventionnés bénéficient d'une révision basée sur les charges réelles d'amortissement pour autant que l'investissement subventionné fasse partie d'un projet d'extension et/ou de reconditionnement dont la valeur représente au moins 25 % du coût maximum à la construction calculé en application des arrêtés ministériels des 1<sup>er</sup> et 4 septembre 1978 modifiant les arrêtés ministériels des 1<sup>er</sup> juillet 1971 et 8 novembre 1973 fixant les coûts maxima par lit à prendre en considération pour l'application de l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux. Si les charges réelles retenues sont inférieures aux forfaits déterminés conformément aux §§ 2 à 5, ces forfaits sont d'application. D'autre part, les charges réelles retenues sont limitées à la valeur du forfait calculé en application des §§ 2 à 5, augmentée de l'amortissement sur la partie non subsidiée de l'investissement subsidié.

Si les conditions de l'alinéa précédent ne sont pas remplies, les forfaits calculés en application des §§ 2 à 5, restent maintenus.

§ 9. Le forfait attribué en vertu du § 1, 3°, est fixé au niveau des charges retenues pour 2001.

#### Sous-section 2. — Sous-partie A2 du budget

**Art. 30.** § 1<sup>er</sup>. Les charges de crédit à court terme visées à l'article 10, sont déterminées avant chaque exercice et calculées en multipliant un montant représentant 21 % pour les hôpitaux généraux et 13 % pour les hôpitaux psychiatriques du budget des moyens financiers, hors Sous-partie A2, calculé pour l'exercice considéré, par le taux d'intérêt le plus bas du marché déterminé annuellement selon les modalités reprises au § 2.

§ 2. Le taux d'intérêt le plus bas du marché dont question au § 1<sup>er</sup>, est déterminé en effectuant la moyenne entre le taux de base moyen du crédit de caisse augmenté de 0,50 point et le taux moyen des straight loans à 1 mois augmenté de 0,50 point. Les taux d'intérêt précités sont ceux constatés durant l'année civile pénultième à l'exercice de fixation du budget.

Le taux d'intérêt ainsi calculé est fixé par Nous au début de chaque exercice. Il peut être revu, l'exercice terminé, en cas de hausse significative des taux.

#### Sous-section 3. — Sous-partie A3 du budget

**Art. 31.** § 1<sup>er</sup>. Les charges d'investissement couvertes par la Sous-partie A3 du budget sont amorties conformément aux dispositions et dans les délais prévus par l'arrêté royal du 14 décembre 1987 relatif aux comptes annuels des hôpitaux.

§ 2. Onverminderd andersluidende bepalingen worden afschrijvingen voor de lasten van opbouw, verbouwing, uitrusting en apparatuur, berekend op de werkelijke investeringswaarden, verminderd met de om niet verkregen toelagen verleend door de overheden die op basis van artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet bevoegd zijn voor het gezondheidsbeleid. Deze subsidies moeten worden bewezen door de in artikel 7 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1989 bedoelde beslissing van de terzake bevoegde overheid.

Wanneer het bovengenoemde bewijs niet is geleverd of er geen subsidie werd verkregen, wordt er met de afschrijvingen van de kosten voor opbouw of verbouwing en de erop betrekking hebbende financiële leningslasten geen rekening gehouden.

Wat de afschrijvingen voor de lasten van opbouw en verbouwing betreft en de financiële lasten die daarop betrekking hebben, wordt enkel rekening gehouden met de werken die betrekking hebben op de architectonische normen, voorzien in de koninklijke besluiten houdende vaststelling van de erkenningsnormen waaraan de betrokken medisch-technische diensten moeten voldoen. Er wordt eveneens rekening gehouden met de afschrijvingslasten en de financiële lasten die op de grote onderhoudswerken betrekking hebben.

§ 3. In afwijking van §§ 1 en 2, worden de lasten van de uitrusting en apparatuur forfaitaire als volgt gedekt :

1° voor de magnetische resonatietomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem, geïnstalleerd in een erkende dienst voor beeldvorming, overeenkomstig het koninklijk besluit van 27 oktober 1989, houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst waarin een magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem wordt opgesteld moet voldoen om te worden erkend als zware medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gewijzigd door het koninklijk besluit van 26 februari 1991, wordt er een bedrag van 148.736,11 EUR toegekend.

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 upgradation van 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.

2° voor de apparatuur geïnstalleerd in een dienst radiotherapie erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 5 april 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst radiotherapie moet voldoen om te worden erkend als zware medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 oktober 1991, wordt de financiering toegekend waarover de dienst beschikt op 30 juni 2002.

3° voor de tomograaf met positron-emissie (PET-scanner), geïnstalleerd in een dienst voor nucleaire geneeskunde, erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 12 augustus 2000, wordt er een forfaitair bedrag van 282.598,62 EUR toegekend.

## Afdeling II. — Deel B van het budget

### Onderafdeling 1. — Algemene bepalingen

#### Rubriek 1. — Onderdeel B1

**Art. 32.** De door Onderdeel B1 van het budget gedekte kosten worden forfaitair gefinancierd overeenkomstig de onderstaande artikelen 37 tot 44.

**Art. 33.** § 1. Van de in artikel 32 bedoelde forfaitaire financiering worden die ziekenhuizen uitgesloten waarin uitsluitend voor kinderen of uitsluitend met betrekking tot tumoren gespecialiseerde heelkundige en geneeskundige verstrekkingen uitgevoerd worden. Met deze categorie van ziekenhuizen worden de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden gelijkgesteld. In dit geval blijven de ziekenhuizen met dergelijke eenheden, voor de andere types ziekenhuisdiensten, vallen onder de bepalingen van artikel 32.

§ 2. Worden eveneens uitgesloten van de in artikel 32 bedoelde forfaitaire financiering de ziekenhuizen waarvan de erkende bedden bij het begin van het dienstjaar waarop het budget wordt vastgesteld, met 25 % is toegenomen of verminderd t.o.v. het gemiddelde aantal erkende bedden van het jaar waarop de gegevens slaan, gebruikt voor de vaststelling van het aantal in artikel 46 bedoelde verantwoorde bedden.

§ 2. Sauf dispositions contraires les amortissements des charges de constructions, d'aménagement, d'équipement et d'appareillage, calculés sur les valeurs d'investissement réelles sont diminués des subsides à fonds perdus accordés par les autorités compétentes pour la politique de santé sur la base des articles 128, 130 et 135 de la Constitution. Ces subventions doivent être prouvées par la décision visée à l'article 7 de l'arrêté royal du 14 août 1989 de l'autorité compétente en cette matière.

Lorsque la preuve précitée n'est pas fournie ou qu'il n'y a pas eu de subvention, les amortissements des coûts de construction ou d'aménagement et les charges financières d'emprunt s'y rapportant ne sont pas prises en compte.

En ce qui concerne les amortissements des charges de construction et d'aménagement et les charges financières des emprunts s'y rapportant, sont uniquement retenus les travaux se rapportant aux normes architecturales prévues par les arrêtés royaux fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les différents services médico-techniques concernés. Sont également retenues, les charges d'amortissements et les charges financières se rapportant aux gros travaux d'entretien.

§ 3. Par dérogation aux §§ 1<sup>er</sup> et 2, les charges des équipements et appareillages sont couvertes forfaitairement de la manière suivante :

1° pour le tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré installé dans un service d'imagerie agréé conformément à l'arrêté royal du 27 octobre 1989 fixant les normes auxquelles un service où est installé un tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifié par l'arrêté royal du 26 février 1991, un montant de 148.736,11 EUR est alloué.

Le forfait précité est accordé 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.

2° pour l'appareillage installé dans un service de radiothérapie agréé conformément à l'arrêté royal du 5 avril 1991, fixant les normes auxquelles un service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifié par l'arrêté royal du 17 octobre 1991, il est attribué le financement dont le service bénéficie au 30 juin 2002.

3° pour le tomographe à émission de positrons (PET scanner) installé dans un service de médecine nucléaire agréé conformément à l'arrêté royal du 12 août 2000, un montant forfaitaire de 282.598,62 EUR est alloué.

## Section II. — Partie B du budget

### Sous-section 1<sup>re</sup>. — Dispositions générales

#### Rubrique 1<sup>re</sup>. — Sous-partie B1

**Art. 32.** Les coûts couverts par la Sous-partie B1 du budget sont financés forfaitairement conformément aux dispositions des articles 37 à 44, ci-après.

**Art. 33.** § 1<sup>er</sup>. Sont exclus du financement forfaitaire, visé à l'article 32, les hôpitaux où sont effectuées à la fois des prestations chirurgicales et médicales exclusivement pour enfants ou exclusivement en rapport avec les tumeurs. Sont assimilés à cette catégorie d'hôpitaux les unités de traitement de grands brûlés. Dans ce cas, les hôpitaux où sont situées ces unités restent, pour les autres types de services hospitaliers, visés par les dispositions de l'article 32.

§ 2. Sont également exclus du financement forfaitaire, visé à l'article 32, les hôpitaux dont le nombre de lits agréés au début de l'exercice de fixation du budget est augmenté ou diminué de 25 % par rapport au nombre de lits moyen agréés de l'année à laquelle se rapportent les données utilisées pour la détermination du nombre de lits justifiés visés à l'article 46.

§ 3. Het in §§ 1 en 2 bedoelde budget B1 van de ziekenhuizen wordt vastgesteld als volgt :

- voor de ziekenhuizen bedoeld onder § 1, eerste zin en § 2 wordt de waarde op 30 juni dat het dienstjaar van de vaststelling van Onderdeel B1 voorafgaat, behouden;

- voor de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden is de waarde per bed van het budget B1 gelijk aan 77.993,2 EUR voor de privé-ziekenhuizen en aan 79.006,44 EUR voor de openbare ziekenhuizen (index 1 januari 2002).

**Art. 34.** Voor de berekening van de in artikel 32 bedoelde forfaitaire financiering worden er op basis van de in artikel 37 bepaalde kenmerken 5 groepen van ziekenhuizen opgericht.

**Art. 35.** § 1. Voor de toepassing van de kenmerken op de ziekenhuizen die, benevens een Sp-dienst of een eenheid voor de behandeling van zware brandwonden, over andere types ziekenhuisdiensten beschikken, worden de Sp-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden niet in aanmerking genomen.

§ 2. De bepalingen van afdeling II zijn afzonderlijk van toepassing op alle Sp-diensten en de psychiatrische ziekenhuizen

#### Rubriek 2. — Onderdeel B2

**Art. 36.** Onderdeel B2 van het budget van financiële middelen wordt bepaald op basis van een systeem van basispunten en bijkomende punten ten opzichte van de verantwoorde activiteiten van het klassieke hospitalisatie en het chirurgisch dagziekenhuis.

#### Onderafdeling 2. — Onderdeel B1 van het budget van de acute ziekenhuizen

##### Rubriek 1. — Samenstelling van de ziekenhuisgroepen

**Art. 37.** Bij toepassing van artikel 34, worden de groepen van ziekenhuizen op basis van de volgende kenmerken gevormd :

- a) het al dan niet-universitaire karakter van het ziekenhuis;
- b) de grootte van het ziekenhuis.

**Art. 38.** De ziekenhuizen waarvan 75 % van de bedden als universitair aangewezen zijn, worden als een ziekenhuis met universitair karakter beschouwd.

**Art. 39.** Onder de grootte van een ziekenhuis wordt verstaan het aantal bestaande en erkende bedden op 1 januari voorafgaand aan het jaar waarin het budget werd vastgesteld.

**Art. 40.** Er worden vijf groepen van ziekenhuizen opgericht, te weten :

1. de groep van ziekenhuizen met een universitair karakter, zoals bedoeld in artikel 38;
2. de groep van ziekenhuizen met minder dan 200 bedden;
3. de groep van ziekenhuizen van 200 tot 299 bedden;
4. de groep van ziekenhuizen met 300 tot 449 bedden;
5. de groep van ziekenhuizen met 450 bedden en meer.

#### Rubriek 2. — Vaststelling van het forfait B1

**Art. 41.** § 1. De vaststelling van het forfait B1 van een ziekenhuis betreft de volgende gemeenschappelijke diensten :

1. algemene kosten;
2. onderhoud;
3. verwarming;
4. administratie;
5. wasserij - linnen;
6. voeding
7. internaat

§ 2. Vallen niet onder het forfait de in de artikelen 14, 15, 16, 17 en 19 bedoelde kosten, die respectievelijk door de onderdelen B3, B4, B5, B6 en B8 gedekt worden.

**Art. 42.** Met het oog op de vaststelling van het forfait B1 worden de volgende bewerkingen uitgevoerd :

**1<sup>e</sup> bewerking :** het landelijk beschikbare budget van elk van de in artikel 40 bedoelde groepen wordt gevormd door de samenstelling van de budgetten waarover de ziekenhuizen van elke groep beschikken de dag die het dienstjaar voorafgaat waarin het budget B1 vastgesteld werd, en dat na aftrek van de internaatkosten.

§ 3. Le budget B1 des hôpitaux visés aux §§ 1<sup>er</sup> et 2 est fixé comme suit :

- pour les hôpitaux visés dans le § 1 première phrase et le § 2, la valeur au 30 juin qui précède l'exercice de fixation de la Sous-partie B1 est maintenue;

- pour les unités de grands brûlés, la valeur par lit du budget B1 est égale à 77.993,2 EUR pour les hôpitaux privés et 79.006,44 EUR pour les hôpitaux publics (index 1<sup>er</sup> janvier 2002).

**Art. 34.** Pour le calcul du financement forfaitaire visé à l'article 32, il est constitué 5 groupes d'hôpitaux sur base des caractéristiques définies à l'article 37.

**Art. 35.** § 1<sup>er</sup>. Pour l'application des caractéristiques aux hôpitaux qui disposent, outre un service Sp ou une unité de grands brûlés, d'autres types de services hospitaliers, les services Sp et les unités de grands brûlés ne sont pas pris en considération.

§ 2. Les dispositions de la Section II s'appliquent séparément à tous les services Sp et aux hôpitaux psychiatriques.

#### Rubrique 2. — Sous-partie B2

**Art. 36.** La Sous-partie B2 du budget des moyens financiers est déterminée sur base d'un système de points de base et de points supplémentaires par rapport aux activités justifiées de l'hospitalisation classique et de l'hospitalisation de jour chirurgicale.

#### Sous-section 2. — Sous-partie B1 du budget des hôpitaux aigus

##### Rubrique 1<sup>re</sup>. — Composition des groupes d'hôpitaux

**Art. 37.** En application de l'article 34, des groupes d'hôpitaux sont formés sur base des caractéristiques suivantes :

- a) le caractère universitaire ou non de l'hôpital;
- b) la taille de l'hôpital.

**Art. 38.** Les hôpitaux dont 75 % des lits sont désignés comme universitaires sont considérés comme un hôpital ayant un caractère universitaire.

**Art. 39.** Il faut entendre par taille de l'hôpital, le nombre de lits agréés et existants au 1<sup>er</sup> janvier précédant l'exercice de fixation du budget.

**Art. 40.** Il est constitué cinq groupes d'hôpitaux, à savoir :

1. le groupe des hôpitaux avec un caractère universitaire, comme visé à l'article 38;
2. le groupe des hôpitaux de moins de 200 lits;
3. le groupe des hôpitaux de 200 à 299 lits;
4. le groupe des hôpitaux de 300 à 449 lits;
5. le groupe des hôpitaux de 450 lits et plus.

#### Rubrique 2. — Fixation du forfait B1

**Art. 41.** § 1<sup>er</sup>. La fixation du forfait B1 d'un hôpital concerne les services communs suivants :

1. frais généraux;
2. entretien;
3. chauffage;
4. administration;
5. buanderie - lingerie;
6. alimentation;
7. internat.

§ 2. Ne sont pas repris dans le forfait les frais visés aux articles 14, 15, 16, 17 et 19 couverts respectivement par les sous-parties B3, B4, B5, B6, et B8.

**Art. 42.** En vue de fixer le forfait B1, il est procédé aux opérations suivantes :

**1<sup>re</sup> opération :** le budget national disponible de chacun des groupes dont question à l'article 40 est constitué de l'addition des budgets dont disposaient les hôpitaux de chaque groupe le jour précédant l'exercice de fixation du budget B1, déduction faite des frais d'internat.

Voor de vaststelling van het budget op 1 juli 2002 verstaat men onder budget waarover het ziekenhuis op 30 juni 2002 beschikt, het budget waarop het ziekenhuis aanspraak kan maken, en berekend als volgt :

1° indien  $JR > Q$

$$(B1 \times Q) + [(JR - Q) \times X \times X B1'] - \text{Int}$$

2° indien  $JR = Q$

$$(B1 \times Q) - \text{Int}$$

3° indien  $JR < Q$

$$(B1 \times JR) + [(Q - JR) \times X \times X B1'] - \text{Int}$$

Waarbij :

JR = gedurende het dienstjaar 2000 gerealiseerde dagen;

Q = verpleegdagenquotum 2002, bedoeld in artikel 53 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986;

x = 25 % behalve als het ziekenhuis in 2001 een aantal NAL verkregen heeft, vastgesteld bij toepassing van artikel 46bis van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986. In dit geval wordt x 60 % voor de dagen tussen 90 en 95 % bezetting en/of 45 % voor de in 2000 gerealiseerde ligdagen, die hoger liggen dan de in 1996 gerealiseerde ligdagen. Voor de in 1996 gerealiseerde ligdagen nog gerealiseerd in 2000 die hoger liggen dan de dagen 1989 is x gelijk aan 45 % voorzover deze tijdens de dienstjaren 1990 en 1996 tegen 45 % vergoed werden;

x' = 0 % behalve wanneer de instelling in 2001 een aantal NAL verkregen heeft. In dat geval wordt x 25 %;

B1 = dagwaarde op 31 december 2001 van Onderdeel B1 buiten toepassing van de middelen betreffende de kosten voor aansluiting, bedoeld in artikel 15, 23°;

B1' = dagwaarde op 31 december 2001 van Onderdeel B1, buiten toepassing van artikel 46bis van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 en de middelen betreffende de in artikel 15, 23°, bedoelde kosten voor aansluiting;

Int = op 31 december 2001 toegekende budget voor het internaat.

2° bewerking : binnen elke groep wordt het beschikbare budget verdeeld over elke gemeenschappelijke dienst overeenkomstig de onderstaande percentages :

Gemeenschappelijke dienst — Service commun	Percentage — Pourcentage					
	Groepen/Groupes	Univ.	< 200 bedden/lits	200 tot/à 299	300 tot/à 449	450 en meer/et plus
Algemene kosten/Frais généraux		6	6	6	7	7
Onderhoud/Entretien		29	30	29	30	30
Verwarming/Chauffage		2	2	2	2	2
Administratieve kosten/Frais administratifs		35	30	29	29	28
Wasserij-linnen/Buanderie-lingerie		11	10	10	10	10
Voeding/Alimentation		17	22	24	22	23

3° bewerking : binnen elke groep en voor elke gemeenschappelijke dienst wordt het beschikbare budget verdeeld over de ziekenhuizen van de groep op basis van de volgende verdeelsleutels :

$$1° \text{ Algemene kosten : } (2/3 \times A) + (1/3 \times B)$$

Waarbij :

A = het aantal m<sup>2</sup> in de in artikel 8 bedoelde diensten, gewogen in functie van het aantal m<sup>2</sup> per bed overeenkomstig de volgende formules :

a) voor de niet-universitaire ziekenhuizen :

Aantal m <sup>2</sup> per bed in de eenheden en diensten bedoeld in artikel 8/Nombre de m <sup>2</sup> par lits dans les unités et services visés à l'article 8	Werkeenheden weehouden voor de algemene kosten/Unités d'œuvre retenues pour les frais généraux
Mli < 48	$M^2_i = 48 \times Li$
48 < Mli < 55	$M^2_i = (48 \times Li) + [1/2 (Mli - 48) \times Li]$
55 < Mli	$M^2_i = (51,5 \times Li) + [1/4 (Mli - 55) \times Li]$

Cependant, pour la fixation du budget au 1<sup>er</sup> juillet 2002, on entend, par budget dont dispose l'hôpital au 30 juin 2002, le budget promérité par l'hôpital calculé de la manière suivante :

1° si  $JR > Q$

$$(B1 \times Q) + [(JR - Q) \times X \times X B1'] - \text{Int}$$

2° si  $JR = Q$

$$(B1 \times Q) - \text{Int}$$

3° si  $JR < Q$

$$(B1 \times JR) + [(Q - JR) \times X \times X B1'] - \text{Int}$$

Où :

JR = journées réalisées pendant l'exercice 2000;

Q = quota de journées d'hospitalisation 2002 visé à l'article 53 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986;

x = 25 % sauf si l'hôpital a bénéficié en 2001 d'un nombre DJN fixé en application de l'article 46bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986. Dans ce cas, x devient 60 % pour les journées entre 90 et 95 % d'occupation et/ou 45 % pour les journées réalisées en 2000 qui sont supérieures aux journées réalisées en 1996. Pour les journées réalisées en 1996 encore réalisées en 2000 et qui sont supérieures aux journées 1989, x est égal à 45 % pour autant que ces journées aient été indemnisées à 45 % lors d'un exercice se situant en 1990 et 1996;

x' = 0 % sauf si l'établissement a bénéficié d'un nombre DJN en 2001. Dans ce cas, x devient 25 %;

B1 = valeur par jour au 31 décembre 2001 de la Sous-partie B1 hors application des moyens relatifs aux frais d'affiliation visés à l'article 15, 23°;

B1' = valeur par jour au 31 décembre 2001 de la Sous-partie B1 hors application de l'article 46bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 et des moyens relatifs aux frais d'affiliation visés à l'article 15, 23°;

Int = budget attribué pour l'internat au 31 décembre 2001.

2° opération : à l'intérieur de chaque groupe, le budget disponible est réparti entre chaque service commun suivant les pourcentages ci-dessous :

3° opération : à l'intérieur de chaque groupe et pour chaque service commun, le budget disponible est réparti entre les hôpitaux du groupe sur base des clés de répartition ci-après :

$$1° \text{ Frais généraux : } (2/3 \times A) + (1/3 \times B)$$

Où :

A = le nombre de m<sup>2</sup> dans les services visés à l'article 8 pondéré en fonction du nombre de m<sup>2</sup> par lit suivant les formules suivantes :

a) pour les hôpitaux non-universitaires :

Waarbij :

Mli = aantal m<sup>2</sup> per bed in de eenheden en diensten van het ziekenhuis i bedoeld in artikel 8, a), en b);

Li = aantal bedden in ziekenhuis i;

M<sub>2</sub>i = aantal voor ziekenhuis i in aanmerking genomen m<sup>2</sup>.

b) voor de universitaire ziekenhuizen :

Où :

Mli = nombre de m<sup>2</sup> par lit dans les unités et services de l'hôpital i visés à l'article 8, a), et b);

Li = nombre de lits dans l'hôpital i;

M<sub>2</sub>i = nombre de m<sup>2</sup> retenu pour l'hôpital i.

b) pour les hôpitaux universitaires :

Mli < 75	M <sub>2</sub> i = 75 × Li
75 < Mli < 86	M <sub>2</sub> i = [(75 × Li) + (1/2 (Mli - 75))] × Li
86 < Mli	M <sub>2</sub> i = (80 × Li) + [1/4 (Mli - 86)] × Li

De bovenstaande letters hebben dezelfde betekenis als in de formules vermeld onder a).

B = aantal m<sup>2</sup> berekend onder A, a) en b) en aangepast door het aandeel van het operatiekwartier, van de spoedgevallendiensten en van de C-, D- en E - bedden van intensieve aard in het geheel van de diensten met 25 % te vermeerderen en door het aandeel van de administratie met 25 % te verminderen.

Om de oppervlakte van de C-, D- en E-bedden van intensieve aard te berekenen, wordt rekening gehouden met een percentage van bedden van intensieve aard, vastgesteld overeenkomstig artikel 46, § 2, 2°, c), in verhouding tot het totaal aantal C, D en E-bedden.

2° Onderhoud : het aantal m<sup>2</sup> van de in artikel 8 bedoelde diensten, gewogen volgens de formule van punt 1°, a), en b), vermeerderd met 50 % voor het gedeelte betreffende het operatiekwartier en met 25 % voor de intensieve neonatologie, de spoedgevallendienst en de C-, D- en E - bedden van intensieve aard in het geheel van de diensten en verminderd met 50 % voor het gedeelte betreffende de administratie.

Om de oppervlakte van de C-, D- en E-bedden van intensieve aard te berekenen, wordt rekening gehouden met een percentage van bedden van intensieve aard, vastgesteld overeenkomstig artikel 46, § 2, 2°, c), in verhouding tot het totaal aantal C-, D- en E-bedden.

3° Verwarming : het aantal m<sup>2</sup> van de in artikel 8 bedoelde diensten, gewogen volgens de formule van punt 1°, A), a) en b)

4° Administratieve kosten : het aantal resulterend uit de volgende formule :

$$A + 0,05 J + 43 P$$

Waarbij :

A = aantal opnamen van het laatst gekende dienstjaar;

J = aantal verpleegdagen gerealiseerd gedurende het laatst gekende dienstjaar, beperkt evenwel tot een bezetting van 100 %;

P = aantal verpleegkundige en verzorgende personeelsleden in de artikel 8, a), en b), bedoelde eenheden en diensten, uitgedrukt in voltijdse equivalenten. Dat aantal houdt rekening met de volgende maxima :

- voor de verpleegeenheden de in artikel 45, § 8, bedoelde normen, berekend op basis van de erkende bedden, vermeerderd met het krachtens de verschillende sociale akkoorden toegekend personeel;

- voor de bedden van intensieve aard, het aantal bedden berekend overeenkomstig artikel 46, § 2, 2°, c), vermenigvuldigd met 2 voltijdse equivalenten;

- voor de operatiekwartier, de spoedgevallendiensten en de centrale sterilisatie, het aantal punten toegekend bij toepassing van artikel 46, § 3, 2°, a), b) en d), gedeeld door 2,5;

- 1 VTE hoofd van het verpleegkundig departement per ziekenhuis;

- 1 VTE middenkader per 150 erkende bedden;

- voor de openbare ziekenhuizen, het personeel gefinancierd voor de vervangingen van de afwezigheden van lange duur;

- voor de overeenkomsten van eerste tewerkstelling, het aantal, beperkt tot twee percent, van de personeelsformatie, uitgedrukt in voltijdse equivalenten, dat in dienst was op 30 juni van het burgerlijk jaar dat het beschouwde dienstjaar voorafging;

- voor de door het interdepartementaal Fonds voor de bevordering van de werkgelegenheid gesubsidieerde contractuelen, het aantal tewerkgestelden uitgedrukt in voltijdse equivalenten die gedurende het beschouwde burgerlijk jaar in dienst zijn;

- de verpleegkundige ziekenhuishygiënist(e) waarvan het aantal vastgesteld wordt in toepassing van artikel 56;

- het in het kader van de "Sociale Maribel" aangeworven personeel;

- het bij toepassing van artikel 51 toegekende personeel;

- het bijkomend personeel, bedoeld in artikel 15, 26) van dit besluit.

5° Wasserij - linnen : het aantal verpleegdagen gerealiseerd gedurende het laatst gekende dienstjaar, beperkt evenwel tot een bezetting van 100 %, met dien verstande dat de verpleegdagen gerealiseerd in de diensten C, M, NIC en G en de D- en E-bedden van intensieve aard gewogen worden met een coëfficiënt gelijk aan 1,25.

Les lettres reprises ci-dessus ont la même signification que pour les formules reprises sous a).

B = le nombre de m<sup>2</sup> calculé sous A, a) et b) adapté en augmentant de 25 % la partie relative au quartier opératoire, aux services d'urgences et aux lits C, D, E à caractère intensif dans l'ensemble des services et en diminuant de 25 % la partie relative à l'administration.

Pour calculer les surfaces relatives aux lits C, D, E à caractère intensif, il est tenu compte d'un pourcentage de lits à caractère intensif tel que fixé conformément à l'article 46, § 2, 2°, c), par rapport au nombre total de lits C, D et E.

2° Entretien : le nombre de m<sup>2</sup> des services visés à l'article 8, pondéré selon la formule reprise sous le point 1°, A), a) et b), augmenté de 50 % pour la partie relative au quartier opératoire et de 25 % pour la néonatalogie intensive, le service d'urgence et les lits C, D, E à caractère intensif dans l'ensemble des services et diminué de 50 % pour la partie relative à l'administration.

Pour calculer les surfaces relatives aux lits C, D, E à caractère intensif, il est tenu compte d'un pourcentage de lits à caractère intensif tel que fixé conformément à l'article 46, § 2, 2°, c), par rapport au nombre total de lits C, D et E.

3° Chauffage : le nombre de m<sup>2</sup> des services visés à l'article 8 pondéré selon la formule reprise sous le point 1°, A), a) et b).

4° Frais administratifs : le nombre résultant de la formule suivante :

$$A + 0,05 J + 43 P$$

Où :

A = nombre d'admissions du dernier exercice connu;

J = nombre de journées d'hospitalisation réalisées durant le dernier exercice connu, limité toutefois à une occupation de 100 %;

P = nombre de membres du personnel infirmier et soignant présents dans les unités et services visés à l'article 8, a), et b), exprimé en équivalents temps plein. Ce nombre tient compte des maxima suivants :

- pour les unités de soins, les normes visées à l'article 45, § 8, calculées sur base des lits agréés, augmentées du personnel octroyé en vertu des différents accords sociaux;

- pour les lits à caractère intensif, le nombre de lits calculé conformément à l'article 46, § 2, 2°, c), multiplié par 2 équivalents temps plein;

- pour le bloc opératoire, l'urgence et la stérilisation centrale, le nombre de points attribués en application de l'article 46, § 3, 2°, a), b), et d), divisé par 2,5;

- 1 ETP chef du département infirmier par hôpital;

- 1 ETP cadre intermédiaire par 150 lits agréés;

- pour les hôpitaux publics, le personnel financé pour les remplacements des absences de longue durée;

- pour les conventions de premier emploi, le nombre limité à deux pour cent de l'effectif exprimé en équivalent temps plein occupé au 30 juin de l'année civile précédant l'exercice considéré;

- pour les contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire interdépartemental pour la promotion de l'emploi, le nombre exprimé en équivalents temps plein occupés pendant l'année civile considérée;

- l'infirmier(e) en hygiène hospitalière dont le nombre est fixé en application de l'article 56;

- le personnel recruté "Maribel Social";

- le personnel octroyé en application de l'article 51;

- le personnel supplémentaire visé à l'article 15, 26) du présent arrêté.

5° Buanderie - lingerie : le nombre de journées d'hospitalisation réalisées durant le dernier exercice connu, limité toutefois à une occupation de 100 %, étant entendu que les journées réalisées dans les services C, M, NIC, G et lits D et E à caractère intensif sont pondérées par un coefficient égal à 1,25.

Om het aantal verpleegdagen gerealiseerd in de bedden van intensieve aard te berekenen wordt er rekening gehouden met een percentage verpleegdagen, vastgesteld overeenkomstig artikel 46, § 2, 2°, c), ten opzichte van het aantal verpleegdagen van de D- en E-diensten.

**6° Voeding** : het aantal gedurende een te bepalen dienstjaar gerealiseerde aantal verpleegdagen, beperkt evenwel tot een bezetting van 100 %.

**4e bewerking** : het gedeelte van de voor elke gemeenschappelijke dienst verkregen bedragen voor de personeelsuitgaven wordt aangepast om voor elke gemeenschappelijke dienst rekening te houden met het loongemiddelde van het ziekenhuis t.o.v. het loongemiddelde van de groep waarvan het deel uitmaakt.

Voor die berekening wordt er rekening gehouden met de laatste bekende gegevens met dien verstande dat de loonkosten niet hoger mogen liggen dan die welke voortvloeien uit de toepassing van de loonschalen van de ondergeschikte besturen op 1 november 1993, vermeerderd met 2,5 % voor de privé-ziekenhuizen en met 3,93 % voor de openbare ziekenhuizen en met de toepassing van andere wettelijke verplichtingen van de beheerder.

Die aanpassing wordt niet uitgevoerd voor de bestanddelen « algemene kosten » en « verwarming », noch voor de bestanddelen waarvan de loonkosten lager liggen dan 33 % van de totale kosten.

**5e bewerking** : de bedragen berekend overeenkomstig de vierde bewerking en de internaatskosten worden voor elk ziekenhuis opgeteld.

Het aldus verkregen bedrag wordt desgevallend lineair aangepast opdat het beschikbare nationale budget voor het geheel van de ziekenhuizen toegekend wordt. Het aldus verkregen budget wordt budget B1 genoemd.

**6e bewerking** : de overgang van het huidige budget naar budget B1 geschiedt geleidelijk.

De aanpassing wordt vastgesteld :

- op 34 % van het verschil tussen het op 1 juli 2002 vastgestelde budget en het huidige in de eerste bewerking bedoelde budget, met inbegrip evenwel van het internaat;

- op 67 % van het verschil tussen het op 1 juli 2003 vastgestelde budget en het in de eerste bewerking bedoelde huidige budget met inbegrip evenwel van het internaat;

- op 100 % van het verschil tussen het op 1 juli 2004 vastgestelde budget en het huidige in de eerste bewerking bedoelde budget, met inbegrip evenwel van het internaat.

**7e bewerking** : 50 % van de na de vierde bewerking verkregen bedragen voor de bestanddelen algemene onkosten, onderhoud, verwarming en de administratieve kosten en 100 % van de na de vierde bewerking verkregen bedragen voor de bestanddelen was-linnen en voeding wordt aangepast door die te delen door het aantal ligdagen gerealiseerd tijdens het referentiedienstjaar voor de berekening van de in artikel 46 bedoelde verantwoorde bedden en omgezet in vergoede dagen, zoals bedoeld bij de eerste bewerking - berekening van het budget op 1 juli 2002 en door ze te vermenigvuldigen met het aantal verantwoorde dagen waarvan sprake in de laatste zin van punt 5 van bijlage 3 van dit besluit.

Het verschil tussen de aldus verkregen bedragen en de bedragen verkregen na de vierde bewerking komen in aanmerking voor 10 % vanaf het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002. Voor de volgende dienstjaren wordt het percentage door Ons bepaald.

**8e bewerking** : de na de zesde en zevende bewerking verkregen bedragen worden opgeteld. Voor het geheel van de ziekenhuizen mogen die het voor dat Onderdeel nationale beschikbare budget niet overschrijden.

**9e bewerking** : ter dekking van de lasten m.b.t. de heelkundige daghospitalisatie wordt het na de 8e bewerking toegekende budget vermeerderd met een budget M, dat als volgt berekend wordt :

$$M = \frac{BHCJ}{ACJland} \times ACJhi \times \frac{\text{Budget B1hi}}{\text{Gemidd.Budget B1}}$$

Waarbij :

BHCJ = het nationaal beschikbare budget B1 voor het chirurgisch daghospitaal, bepaald door het voor het chirurgisch daghospitaal beschikbare budget te verdelen onder de Onderdelen B1 en B2 op basis van de relatieve waarde van elk van die onderdelen B1 en B2 voor elk ziekenhuis;

ACJland = het aantal chirurgische activiteiten voor het gehele land;

ACJhi = het aantal chirurgische dagactiviteiten voor het beschouwde ziekenhuis.

Deze drie elementen worden vastgesteld op basis van de gegevens van het Nationaal Instituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en dewelke betrekking hebben op de tijdens het laatste bekende dienstjaar gerealiseerde activiteiten.

Pour calculer le nombre de journées d'hospitalisation réalisé dans les lits à caractère intensif, il est tenu compte d'un pourcentage de journées d'hospitalisation, fixé conformément à l'article 46, § 2, 2°, c), par rapport au nombre de journées d'hospitalisation des services D et E.

**6° Alimentation** : le nombre de journées d'hospitalisation réalisés durant le dernier exercice connu, limité toutefois à une occupation de 100 %.

**4e opération** : la partie des montants obtenus pour chaque service commun se rapportant aux dépenses de personnel est adaptée pour tenir compte, pour chaque service commun, de la moyenne salariale de l'hôpital par rapport à la moyenne salariale du groupe dont il fait partie.

Pour ce calcul, il est tenu compte des dernières données connues étant entendu que les coûts salariaux ne peuvent pas dépasser ceux découlant de l'application des échelles barémiques des pouvoirs publics subordonnés au 1<sup>er</sup> novembre 1993 augmentées de 2,5 % pour les hôpitaux privés et de 3,93 % pour les hôpitaux publics et de l'application d'autres obligations légales vis-à-vis du gestionnaire.

Cette adaptation ne s'effectue pas pour les éléments « frais généraux » et « chauffage », ni pour les éléments dont le coût salarial est inférieur à 33 % du coût total.

**5e opération** : les montants calculés conformément à la 4<sup>e</sup> opération et les frais d'internat sont additionnés pour chaque hôpital.

Le montant ainsi obtenu est, le cas échéant, adapté linéairement afin que pour l'ensemble des hôpitaux, le budget national disponible soit attribué. Le budget ainsi obtenu est appelé le budget B1.

**6e opération** : le passage du budget actuel vers le budget B1 s'effectue progressivement.

L'ajustement est fixé à :

- 34 % de la différence entre le budget fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2002 et le budget actuel visé à la 1<sup>ère</sup> opération mais y compris l'internat;

- 67 % de la différence entre le budget fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2003 et le budget actuel visé à la 1<sup>ère</sup> opération mais y compris l'internat;

- 100 % de la différence entre le budget fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2004 et le budget actuel visé à la 1<sup>ère</sup> opération mais y compris l'internat.

**7e opération** : 50 % des montants obtenus après la 4<sup>e</sup> opération en ce qui concerne les éléments frais généraux, entretien, chauffage et Frais administratifs et 100 % des montants obtenus après la 4<sup>e</sup> opération en ce qui concerne les éléments buanderie-lingerie et alimentation sont adaptés en les divisant par le nombre de journées d'hospitalisation réalisées durant l'exercice de référence pour le calcul des lits justifiés visés à l'article 46 et traduites en journées indemnisées tel que prévu à la 1<sup>re</sup> opération - calcul du budget au 1<sup>er</sup> juillet 2002 - et en les multipliant par le nombre de journées justifiées dont question à la dernière phrase du point 5 de l'annexe 3 au présent arrêté.

La différence entre les montants ainsi obtenus et les montants obtenus après la 4<sup>e</sup> opération sont retenus à raison de 10 % à partir de l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002. Pour les exercices suivants, le pourcentage sera fixé par Nous.

**8e opération** : les montants obtenus après les 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> opération sont additionnés et ne peuvent, pour l'ensemble des hôpitaux, dépasser le budget national disponible pour cette Sous-partie.

**9e opération** : en vue de couvrir les charges liées à l'hospitalisation chirurgicale de jour, le budget attribué après la 8<sup>e</sup> opération est augmenté d'un montant M calculé comme suit :

$$M = \frac{BHCJ}{ACJPays} \times ACJhi \times \frac{\text{Budget B1hi}}{\text{Budget B1 moyen}}$$

où :

BHCJ = le budget B1 national disponible pour l'hôpital de jour chirurgical, établi en répartissant le budget disponible pour l'hôpital de jour chirurgical entre les Sous-parties B1 et B2 sur base de la valeur relative de chacune de ces Sous-parties B1 et B2 pour chaque hôpital;

ACJPays = le nombre d'activités chirurgicales de jour pour l'ensemble du pays;

ACJhi = le nombre d'activités chirurgicales de jour pour l'hôpital considéré.

Ces 3 éléments sont déterminés sur base des informations communiquées par l'Institut National d'assurance Maladie-invalidité et qui ont trait aux activités réalisées durant le dernier exercice connu.



Budget B1hi = het budget B1 vastgesteld na de 8<sup>e</sup> bewerking voor het beschouwde ziekenhuis, gedeeld door het aantal dagen gerealiseerd gedurende het dienstjaar dat dient als referentie voor de berekening van de in artikel 46 bedoelde verantwoorde bedden;

Gemiddelde budget B1 = het totale budget B1, vastgesteld na de 8<sup>e</sup> bewerking voor het geheel van de ziekenhuizen van het land, gedeeld door het aantal gerealiseerde ligdagen van alle ziekenhuizen gedurende het dienstjaar dat dient als referentie voor de toekenning van de in artikel 46 bedoelde verantwoorde bedden.

#### 10<sup>e</sup> bewerking :

1° Binnen de limieten van het beschikbare budget en om de sociale dienst van het ziekenhuis te versterken, wordt er :

a) aan de ziekenhuizen waaraan bij toepassing van artikel 46 verantwoorde G-bedden toegekend worden, een forfaitair bedrag toegekend, berekend als volgt :

A + B

Waarbij :

A = 25 % van het beschikbare budget gedeeld door het aantal betrokken ziekenhuizen. Om het aantal betrokken ziekenhuizen te bepalen, worden de ziekenhuizen dewelke genieten van verantwoorde G-bedden maar niet over erkende G-bedden beschikken, geteld voor 0,25;

B = 75 % van het beschikbare budget gedeeld door het totale aantal verantwoorde G-bedden en vermenigvuldigd met het aantal verantwoorde G-bedden van het betrokken ziekenhuis.

b) aan alle acute ziekenhuizen een forfaitair bedrag toegekend, berekend als volgt :

- de ziekenhuizen worden in opklimmende volgorde van de in artikel 80, 1<sup>o</sup> bedoelde scores in decielen gerangschikt. Aan elk deciel wordt de volgende vermenigvuldigingscoëfficiënt toegekend :

1<sup>e</sup> deciel : 1,50

2<sup>e</sup> deciel : 1,40

3<sup>e</sup> deciel : 1,30

4<sup>e</sup> deciel : 1,20

5<sup>e</sup> deciel : 1,10

6<sup>e</sup> deciel : 1,00

7<sup>e</sup> deciel : 0,90

8<sup>e</sup> deciel : 0,80

9<sup>e</sup> deciel : 0,70

10<sup>e</sup> deciel : 0,60

- het aantal in bijlage 3 bedoelde verantwoorde dagen van het ziekenhuis wordt gewogen door de vermenigvuldigingsfactor toe te passen, die overeenstemt met de plaats die het ziekenhuis in de in het eerste gedachtenstreepje bedoelde rangschikking in decielen inneemt.

- het beschikbare budget wordt gedeeld door het totale aantal verantwoorde dagen waarvan sprake in het tweede gedachtenstreepje en vermenigvuldigd met het aantal verantwoorde dagen van het betrokken ziekenhuis

Om de voormelde bedragen van het Onderdeel B1 te behouden, moeten de ziekenhuizen :

- meewerken aan het systematisch verzamelen en het tijdig doorsturen aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu van correcte en volledige gegevens met betrekking tot de activiteit van de sociale dienst en het ontslagbeheer;

- deelnemen aan projecten die leiden tot het bevorderen van de uitbouw van de sociale dienst en het ontslagbeheer van de patiënten;

- jaarlijks een verslag uitbrengen aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu waaruit de besteding der middelen in relatie met de doelgroep blijkt.

De Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, kunnen door een overeenkomst met ieder ziekenhuis, de praktische modaliteiten definiëren, inbegrepen deze met betrekking tot de registratie, op basis waarvan voornoemde verplichtingen worden uitgevoerd en gecontroleerd.

Indien aan het geheel der modaliteiten niet beantwoord wordt stellen de voornoemde Ministers, de percentages vast van het voorheen toegekend bedrag alsook de kalender van terugbetaling.

2° Aan de ziekenhuizen met erkende K-dag- en/of K-nachtbedden wordt er met het oog op de dekking van de lasten voor het patiëntenvervoer een forfaitair bedrag toegekend van :

- 2.478,94 EUR voor de diensten met minder dan 5 bedden;

- 12.394,68 EUR voor de diensten met 5 tot 10 bedden;

- 24.789,35 EUR voor de diensten van 11 tot 15 bedden;

- 37.184,03 EUR voor de diensten met meer dan 15 bedden.

Budget B1hi = le budget B1 fixé après la 8<sup>e</sup> opération pour l'hôpital considéré divisé par le nombre de journées réalisées durant l'exercice qui sert de référence pour le calcul des lits justifiés visés à l'article 46;

Budget B1 moyen = le budget total B1 fixé après la 8<sup>e</sup> opération pour l'ensemble des hôpitaux du pays divisé par le nombre de journées réalisées par tous les hôpitaux durant l'exercice qui sert de référence pour le calcul des lits justifiés visés à l'article 46.

#### 10<sup>e</sup> opération :

1° Dans les limites du budget disponible et afin de renforcer le service social de l'hôpital, il est octroyé :

a) aux hôpitaux pour lesquels des lits justifiés G sont attribués en application de l'article 46, un montant forfaitaire calculé comme suit :

A + B

Où :

A = 25 % du budget disponible divisé par le nombre hôpitaux concernés. Pour déterminer le nombre d'hôpitaux concernés, les hôpitaux bénéficiant de lits justifiés G mais ne disposant pas de lits agréés G sont comptés pour 0,25;

B = 75 % du budget disponible divisé par le nombre total de lits justifiés G et multiplié par le nombre de lits justifiés G de l'hôpital concerné.

b) à tous les hôpitaux aigus, un montant forfaitaire calculé comme suit :

les hôpitaux sont classés en déciles selon la valeur croissante des scores déterminés à l'article 80, 1<sup>o</sup>. A chaque décile est attribué le coefficient multiplicateur suivant :

1<sup>er</sup> décile : 1,50

2<sup>e</sup> décile : 1,40

3<sup>e</sup> décile : 1,30

4<sup>e</sup> décile : 1,20

5<sup>e</sup> décile : 1,10

6<sup>e</sup> décile : 1,00

7<sup>e</sup> décile : 0,90

8<sup>e</sup> décile : 0,80

9<sup>e</sup> décile : 0,70

10<sup>e</sup> décile : 0,60

- le nombre de journées justifiées de l'hôpital visées à l'annexe 3 est pondéré en y appliquant le coefficient multiplicateur correspondant à la place occupée par l'hôpital dans le classement en déciles visé au premier tiret.

- le budget disponible est divisé par le nombre total de journées justifiées dont question au deuxième tiret et multiplié par le nombre de journées justifiées dont question au deuxième tiret de l'hôpital concerné.

Pour conserver les montants susmentionnés de la Sous-partie B1, les hôpitaux doivent :

- collaborer à la collecte systématique et transmettre en temps voulu au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement des données correctes et complètes concernant l'activité du service social et la gestion des sorties;

- participer à des projets qui visent à améliorer le développement du service social et la gestion des sorties des patients;

- communiquer annuellement au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement un rapport duquel il ressort que les moyens utilisés sont en relation avec le groupe cible.

Le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions et le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peuvent définir par convention avec chaque hôpital concerné les modalités pratiques, y compris celles relatives à l'enregistrement, sur la base desquels les obligations précitées sont exécutées et contrôlées.

Lorsqu'il n'est pas répondu à l'ensemble des modalités, les Ministres, dont question ci-dessus, fixent les pourcentages du montant octroyé devant être remboursé ainsi que le calendrier de remboursement.

2° Aux hôpitaux disposant de lits agréés Kjour et/ou Knuit, il est alloué, en vue de prendre en charge les frais de transport des patients, un montant forfaitaire de :

- 2.478,94 EUR pour les services de moins de 5 lits;

- 12.394,68 EUR pour les services comptant de 5 à 10 lits;

- 24.789,35 EUR pour les services comptant de 11 à 15 lits;

- 37.184,03 EUR pour les services comptant plus de 15 lits.

Om het voordeel van deze financiering te behouden moeten de betrokken ziekenhuizen tegen 1 mei van elk jaar aan het Bestuur van de Gezondheidszorg - Boekhouding en beheer van de ziekenhuizen - een verslag bezorgen waarin de volgende elementen vermeld moeten worden :

- een uittreksel uit de boekhouding met betrekking tot de vervoerskosten;
- de organisatie en een samenvatting van de activiteiten inzake patiëntenvervoer.

#### Onderafdeling 3. — Onderdeel B1 van de Sp-diensten

**Art. 43.** § 1. Het budget B1 van de Sp-diensten buiten de Sp-diensten voor palliatieve zorg wordt vastgesteld op zijn waarde van 30 juni voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget B1 vastgesteld wordt. Voor het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002 wordt het budget B1 berekend als volgt :

1° indien  $JR > Q$

$(B1 \times Q) + [(JR - Q) \times 0,25 \times B1]$

2° indien  $JR = Q$

$B1 \times Q$

3° indien  $JR < Q$

$B1 \times JR$

waarbij :

$JR$  = tijdens het dienstjaar 2000 gerealiseerde dagen

$Q$  = quotum van verpleegdagen 2002, bedoeld in artikel 53 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986

$B1$  = waarde per dag op 30 juni 2002 van Onderdeel B1 buiten toepassing van de middelen betreffende de kosten van aansluiting, bedoeld in artikel 15, 23°.

§ 2. Het budget B1 van de Sp-diensten voor palliatieve zorg wordt vastgesteld op 17.821,03 EUR (index op 1 januari 2002) per bed.

#### Onderafdeling 4. — Onderdeel B1 van de psychiatrische ziekenhuizen

**Art. 44.** § 1. Het budget B1 van de psychiatrische ziekenhuizen wordt vastgesteld op zijn waarde van 30 juni voorafgaand aan het dienstjaar waarop het budget B1 vastgesteld wordt. Voor het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002 wordt het budget B1 niettemin vastgesteld als volgt :

$B1 \times Q$

Waarbij :

$Q$  = quotum van verpleegdagen 2002, bedoeld in artikel 54 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986.

$B1$  = waarde per dag op 30 juni 2002 van Onderdeel B1 buiten toepassing van de middelen betreffende de kosten van aansluiting, bedoeld in artikel 15, 23°.

§ 2. De bepalingen van artikel 42, 10° bewerking, 2°, zijn van toepassing op de psychiatrische ziekenhuizen.

#### Onderafdeling 5. — Onderdeel B2 van het budget van de acute ziekenhuizen

**Art. 45.** § 1. Het globale budget voor Onderdeel B2 wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van een puntensysteem. Deze verdeling geldt niet voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1, en 2.

Het budget B2 van de in artikel 33, §§ 1, en 2, bedoelde ziekenhuizen wordt vastgesteld als volgt :

- voor de ziekenhuizen bedoeld in § 1, 1° zin, en § 2, wordt de waarde op 30 juni van het dienstjaar dat de vaststelling van Onderdeel B2 voorafgaat, behouden;

- voor de eenheden voor verzorging van zwaar verbranden is het budget B2 per bed gelijk aan 186.920,88 EUR voor de privé-ziekenhuizen en aan 189.350,32 EUR voor de openbare ziekenhuizen (index van 1 januari 2002).

§ 2. De regels van het puntensysteem, bedoeld in § 1, kunnen slechts om de drie jaar herzien worden, te beginnen vanaf het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002. De verfijning en/of toevoeging van parameters kunnen evenwel gedurende de periode van drie jaar uitgevoerd worden.

Pour conserver le bénéfice de ce financement, les hôpitaux concernés doivent transmettre à l'Administration des Soins de Santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux - pour le 1<sup>er</sup> mai de chaque année, un rapport mentionnant les éléments suivants :

- un extrait de la comptabilité en ce qui concerne les coûts relatifs au transport;
- l'organisation et le résumé des activités de transport des patients.

#### Sous-section 3. — Sous-partie B1 des services Sp

**Art. 43.** § 1<sup>er</sup>. Le budget B1 des services Sp hormis les services Sp-soins palliatifs est fixé à sa valeur au 30 juin précédant l'exercice de fixation du budget B1. Cependant, pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002, le budget B1 est calculé de la manière suivante :

1° si  $JR > Q$

$(B1 \times Q) + [(JR - Q) \times 0,25 \times B1]$

2° si  $JR = Q$

$B1 \times Q$

3° si  $JR < Q$

$B1 \times JR$

où

$JR$  = journées réalisées pendant l'exercice 2000

$Q$  = quota de journées d'hospitalisation 2002 visé à l'article 53 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

$B1$  = valeur par jour au 30 juin 2002 de la Sous-partie B1 hors application des moyens relatifs aux frais d'affiliation visés à l'article 15, 23°.

§ 2. Le budget B1 des services Sp-soins palliatifs est fixé à 17.821,03 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) par lit.

#### Sous-section 4. — Sous-partie B1 des hôpitaux psychiatriques

**Art. 44.** § 1<sup>er</sup>. Le budget B1 des hôpitaux psychiatriques est fixé à sa valeur au 30 juin précédant l'exercice de fixation du budget B1. Cependant, pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002, le budget B1 est calculé de la manière suivante :

$B1 \times Q$

Où :

$Q$  = quota de journées d'hospitalisation 2002 visé à l'article 54 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

$B1$  = valeur par jour au 30 juin 2002 de la Sous-partie B1 hors application des moyens relatifs aux frais d'affiliation visés à l'article 15, 23°.

§ 2. Les dispositions de l'article 42, 10° opération, 2°, sont d'application pour les hôpitaux psychiatriques.

#### Sous-section 5. — Sous-partie B2 du budget des hôpitaux aigus

**Art. 45.** § 1<sup>er</sup>. Le budget global pour la Sous-partie B2 est réparti entre les hôpitaux sur base d'un système de points. De cette répartition sont exclus les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup>, en 2.

Le budget B2 des hôpitaux visés dans l'article 33, §§ 1<sup>er</sup>, et § 2, est fixé comme suit :

- pour les hôpitaux visés au § 1<sup>er</sup>, 1<sup>ère</sup> phrase, et § 2, la valeur au 30 juin qui précède l'exercice de fixation de la Sous-partie B2 est maintenue;

- pour les unités de grands brûlés, le budget B2 par lit est égal à 186.920,88 EUR pour les hôpitaux privés et 189.350,32 EUR pour les hôpitaux publics (index 1<sup>er</sup> janvier 2002).

§ 2. Les modalités du système de points visé au § 1<sup>er</sup>, ne peuvent être revues que tous les trois ans, à dater de l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002. Cependant, l'affinement et/ou l'ajout de paramètres peuvent être effectués pendant la période de trois ans.

De bedoelde parameters zijn die van :

- artikel 46, § 2, 2°, c), : de reanimatieverstrekingen;
- artikel 46, § 2, 2°, a), : de geneeskundige en heelkundige verstrekingen, de meerkostindex en het aantal M.V.G.-punten;
- artikel 46, § 2, 2°, b), : de geneeskundige en heelkundige verstrekingen en het aantal M.V.G.-punten;
- artikel 46, § 3, 2°, a), : de standaardtijden;
- artikel 46, § 3, 2°, b), : de dringende geneeskundige verstrekingen en de basispunten per 100 bedden;
- artikel 46, § 3, 2°, c), : de geneeskundige verstrekingen.

Ingeval deze bepaling wordt toegepast tijdens de periode van 3 jaar, brengt dat geen wijziging mee in de andere Onderdelen van het budget waarvan de vaststelling naar de bepalingen van de artikelen 45 en 46 verwijst.

§ 3. Onder totaal budget wordt verstaan het bedrag verkregen door de optelling van het budget voor Onderdeel B2 van elk ziekenhuis op 30 juni, voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget B2 vastgesteld wordt.

Voor de vaststelling van het totale budget op 1 juli 2002 wordt het budget B2 op 30 juni 2002 van elk ziekenhuis als volgt vastgesteld :

1° indien  $JR > Q$

$$(B2 \times Q) + [(JR - Q) \times x \times B2']$$

2° indien  $JR \leq Q$

$$(B2 \times JR) + [(B2' \times x' \times (Q - JR))]$$

3° indien  $JR = Q$

$$(B2 \times Q)$$

Waarbij :

JR = tijdens het dienstjaar 2000 gerealiseerde dagen;

Q = verpleegdagenquotum 2002, zoals bedoeld in artikel 53 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986;

x = 25 % tenzij het ziekenhuis in 2001 een aantal NAL verkregen heeft, vastgesteld bij toepassing van artikel 46bis van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986. In dat geval wordt x 60 % voor de dagen tussen 90 en 95 % bezetting en/of 45 % voor de in 2000 gerealiseerde dagen die hoger liggen dan de in 1996 gerealiseerde dagen. Voor de in 1996 gerealiseerde dagen die nog gerealiseerd worden in 2000 en die hoger liggen dan de dagen 1989 wordt x 45 % voorzover deze dagen gedurende een dienstjaar tussen 1990 en 1996 tegen 45 % vergoed werden;

x' = 0 % tenzij de instelling in 2001 een aantal NAL verkregen heeft, wordt x in dat geval 25 %;

B2 = waarde per dag op 31 december 2001 van Onderdeel B2, buiten toepassing van de in artikel 15, 26° bedoelde middelen en na aftrek van de in artikel 76 en 79 bedoelde middelen.

B2' = dagwaarde op 31 december 2001, buiten toepassing van artikel 46bis van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986, van de in artikel 15, 26° bedoelde middelen en na aftrek van de in artikel 76 en 79 bedoelde middelen.

Aan het aldus vastgestelde budget wordt, voor elk ziekenhuis, het bedrag toegevoegd met betrekking tot Onderdeel B2 van de gerealiseerde prestaties in chirurgische daghospitalisatie bedoeld in punt 6 van bijlage 3 voortkomend uit de verdeling van het beschikbare budget voor het chirurgisch dagziekenhuis tussen Onderdeel B1 en B2 op basis van de relatieve waarde van elkeen van deze Onderdelen B1 en B2 voor elk ziekenhuis.

§ 4. Aan elk ziekenhuis wordt een aantal punten toegekend overeenkomstig de modaliteiten voorzien in artikel 46.

§ 5. Het aantal punten toegekend aan ieder ziekenhuis wordt opgeteld om het totaal aantal punten voor alle ziekenhuizen samen te bepalen.

§ 6. De waarde van het punt wordt bepaald door het globaal budget voor Onderdeel B2, bedoeld in § 3, te delen door het totaal aantal punten, bedoeld in § 5.

Les paramètres visés sont ceux dont question à :

- l'article 46, § 2, 2° c), : les prestations de réanimation;
- l'article 46, § 2, 2° a), : les prestations médicales et chirurgicales, l'indice de coût supplémentaire et le nombre de points-RIM;
- l'article 46, § 2, 2° b), : les prestations chirurgicales et médicales et le nombre de points-RIM;
- l'article 46, § 3, 2° a), : les temps standards;
- l'article 46, § 3, 2° b), : les prestations médicales d'urgence et les points de base par 100 lits;
- l'article 46, § 3, 2° c), : les prestations médicales.

Dans le cas où il serait fait application de cette disposition pendant la période de 3 ans, cela n'entraîne pas de modification des autres Sous-parties du budget dont la fixation fait référence aux dispositions des articles 45 et 46.

§ 3. Par budget global, on entend le montant représenté par l'addition du budget pour la Sous-partie B2 de chaque hôpital au 30 juin précédant l'exercice de la fixation du budget B2.

Cependant, pour la détermination du budget global au 1<sup>er</sup> juillet 2002, le budget B2 au 30 juin 2002 de chaque hôpital est déterminé de la manière suivante :

1° si  $JR > Q$

$$(B2 \times Q) + [(JR - Q) \times x \times B2']$$

2° si  $JR \leq Q$

$$(B2 \times JR) + [(B2' \times x' \times (Q - JR))]$$

3° si  $JR = Q$

$$(B2 \times Q)$$

Où

JR = journées réalisées pendant l'exercice 2000;

Q = quota de journées d'hospitalisation 2002 tel que visé à l'article 53 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986;

x = 25 % sauf si l'hôpital a bénéficié en 2001 d'un nombre DJN fixé en application de l'article 46bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986. Dans ce cas, x devient 60 % pour les journées entre 90 et 95 % d'occupation et/ou 45 % pour les journées réalisées en 2000 qui sont supérieures aux journées réalisées en 1996. Pour les journées réalisées en 1996 encore réalisées en 2000 et qui sont supérieures aux journées 1989, x devient 45 % pour autant que ces journées aient été indemnisés à 45 % lors d'un exercice se situant entre 1990 et 1996;

x' = 0 % sauf si l'établissement a bénéficié d'un nombre DJN en 2001. Dans ce cas, x devient 25 %;

B2 = valeur par jour au 31 décembre 2001 de la Sous-partie B2 hors application des moyens visés à l'article 15, 26° et déduction faite des moyens visés aux articles 76 et 79;

B2' = valeur par jour au 31 décembre 2001 hors application de l'article 46bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, des moyens visés à l'article 15, 26°, et déduction faite des moyens visés aux articles 76 et 79;

Au budget ainsi déterminé, pour chaque hôpital, il est ajouté le montant relatif à la Sous-partie B2 des prestations réalisées en hospitalisation chirurgicale de jour visée au point 6 de l'annexe 3 découlant de la répartition du budget disponible pour l'hôpital de jour chirurgical entre les Sous-parties B1 et B2 sur base de la valeur relative de chacune de ces Sous-parties B1 et B2 pour chaque hôpital.

§ 4. A chaque hôpital est attribué un nombre de points conformément aux modalités prévues à l'article 46.

§ 5. Le nombre de points attribué à chaque hôpital est additionné afin de déterminer le nombre total de points pour l'ensemble des hôpitaux.

§ 6. La valeur du point est déterminée en divisant le budget global pour la Sous-partie B2, visé au § 3, par le nombre total de points visé au § 5.

§ 7. Aan ieder ziekenhuis wordt een bedrag toegekend, bekomen door het puntenaantal van het ziekenhuis, bedoeld in § 4 te vermenigvuldigen met de waarde van het punt, vastgesteld overeenkomstig § 6.

§ 8. Indien blijkt dat de toegekende budgetten van respectievelijk :

1. het personeel van de heilkundige, medische en pediatrie verpleegeenheden;

2. het personeel van de onder andere kenletters erkende verpleegeenheden dan die bedoeld onder 1;

3. het personeel van de spoedgevallendiensten

lager liggen dan het budget dat nodig is om de basisactiviteit van de drie groepen te dekken, wordt het in § 7, bedoelde budget aangepast met een bedrag M dat berekend wordt als volgt :

- voor elk van de drie groepen diensten wordt het verschil tussen de twee bovengenoemde budgetten bepaald, zijnde D1 voor de C-, D-, E-bedden en D2 voor de andere bedden dan C, D, E en D3 voor de spoedgevallendienst;

- indien D1, D2 en D3 positief zijn, wordt hun waarde tot 0 teruggebracht;

- het bedrag (M) is het resultaat van de optelling van D1, D2 en D3.

Onder budget voor het personeel van de verpleegeenheden C, D en E, enerzijds, en voor het personeel van de verpleegeenheden anders dan C, D en E, anderzijds, en voor het personeel van de spoedgevallendienst verstaat men het resultaat van de vermenigvuldiging van het voor elk van de groepen van diensten toegekende aantal punten met de waarde van het punt, zoals bedoeld in § 6.

Het budget dat nodig is ter dekking van de basisactiviteit voor elk van de drie voornoemde groepen van diensten is gelijk aan de lasten voor het verpleegkundig en verzorgend personeel van die groepen verpleegeenheden berekend in toepassing van de onderstaande normen en op grond van de in artikel 46, § 4 bedoelde theoretische loonschalen.

In voorkomend geval worden bovengenoemde kosten beperkt :

- tot het aanwezig personeel in elk van de voornoemde groepen van diensten gedurende het laatste gekende dienstjaar;

- er mee rekening houdend dat het percentage gekwalificeerd personeel ten opzichte van het totale verplegend en verzorgend personeel de 75 procent niet mag overschrijden.

Voor de toepassing van de voorgaande leden moeten de volgende personeelsnormen in acht genomen :

§ 7. A chaque hôpital est attribué un montant représenté par la multiplication du nombre de points de l'hôpital visé au § 4 par la valeur du point fixée conformément au § 6.

§ 8. S'il apparaît que les budgets octroyés respectivement pour :

1. le personnel des unités de soins de chirurgie, médecine et pédiatrie;

2. le personnel des unités de soins agréées sous d'autres index d'agrément que ceux visés au 1;

3. le personnel du service d'urgences

sont inférieurs aux budgets nécessaires pour couvrir les activités de base de ces 3 groupes de service, le budget visé au § 7, est adapté d'un montant M calculé comme suit :

- pour chacun des 3 groupes de service, on établit la différence entre les deux budgets précités, soit D1 pour les lits C, D, E et D2 pour les lits autres que C, D, E et D3 pour le service d'urgences;

- si D1, D2 et D3 sont positifs, leur valeur est ramenée à 0;

- le montant (M) est le résultat de l'addition de D1, D2 et D3.

Par budget pour le personnel des unités de soins C, D et E, pour le personnel des unités de soins autres que C, D et E et pour le personnel du service d'urgences, est entendu le résultat de la multiplication du nombre de points attribués pour chacun des groupes de services précités par la valeur du point, telle que visée au § 6.

Le budget nécessaire pour couvrir l'activité de base pour chacun des trois groupes de services précités est égal aux charges de personnel infirmier et soignant de ces groupes d'unités de soins calculées en application des normes reprises ci-dessous et sur base des barèmes théoriques visés à l'article 46, § 4.

Le cas échéant, les charges précitées sont limitées :

- au personnel présent dans chacun des groupes de services précités pendant le dernier exercice connu;

- en tenant compte que le pourcentage de personnel qualifié par rapport au total du personnel infirmier et soignant ne peut dépasser 75 pourcent.

Pour l'application des alinéas précédents, les normes de personnel suivantes sont à observer :

Dienst — Service	Normen — Normes	Per aantal verantwoorde bedden — Par nombre de lits justifiés
C, D, B, L	12,-	30 bedden — lits
E	13,-	30 bedden — lits
M	14,-	24 bedden — lits
MIC	1,5,-	per bed — par lit
NIC	2,5,-	per bed — par lit
G	12,-	24 bedden - 24 lits
G paramedisch — paramédical	1,33	24 bedden — lits
H	8,-	30 bedden — lits
A	16,-	30 bedden — lits
K	16,-	20 bedden — lits
Erkende functie intensieve zorg ten belope van een functie van maximum 6 bedden per ziekenhuis — Fonction agréée de soins intensifs à raison d'une fonction de 6 lits maximum par hôpital	2,-	per bed voor 2 % van de verantwoorde C + D + E bedden met een minimum van 6 bedden — par lit pour 2 % des lits C + D + E justifiés avec un minimum de 6 lits
of/ou :		
C + D + E van intensieve aard indien het ziekenhuis niet beschikt over een erkende functie intensieve zorg — C + D + E à caractère intensif si l'hôpital ne dispose pas de fonction agréée de soins intensifs	2,-	per bed voor 2 % van de verantwoorde bedden C + D + E bedden — par lit pour 2 % des lits justifiés C + D + E
Spoedgevallendienst — Services d'urgences	6,-	Indien het ziekenhuis erkend is voor een functie van eerste opvang van de spoedgevallen of voor een functie van gespecialiseerde spoedgezondheidszorg — Si l'hôpital est agréé soit pour une fonction de première prise en charge des urgences soit pour une fonction de soins urgents spécialisés
Directie nursing — Direction de nursing	1,-	per ziekenhuis — par hôpital
Middenkader — Cadre intermédiaire	1,-	per 150 bedden — par 150 lits

Het aldus aangepaste budget B2 wordt het definitieve budget B2 genoemd.

§ 9. De overgang van het huidige budget B2 naar het definitieve budget B2 geschiedt geleidelijk, met dien verstande dat de aanpassing vastgesteld wordt op 10 % voor het dienstjaar beginnend op 1 juli 2002 voor wat betreft het deel van het budget over de verantwoorde activiteiten. Voor het deel van het budget betreffende het aantal bijkomende punten wordt de aanpassing vastgesteld op 34 % voor het dienstjaar beginnend op 1 juli 2002. Voor de volgende dienstjaren worden beide aanpassingspercentages door Ons vastgesteld.

Onder huidig budget dient men te verstaan het budget waarvan sprake in § 3, tweede lid, waarvan het bij toepassing van bijlage 2 van dit besluit bepaalde bedrag moet afgetrokken worden.

Niettemin wordt in afwachting van de aanpassing tot 100 %, de aanpassing van het huidig budget met betrekking tot de ligduur en de substitutiegraad van klassieke hospitalisatie door daghospitalisatie herzien op basis van de regelen van bijlage 13 rekening houdend met de gegevens uit het laatst gekende dienstjaar.

**Art. 46.** § 1. Het aantal punten toegekend aan elk ziekenhuis wordt vastgesteld overeenkomstig de regelen in de hiernavolgende paragrafen.

Voor de toepassing van de hiernavolgende paragrafen wordt verstaan onder :

1° verantwoorde bedden : het aantal bedden vastgesteld in toepassing van bijlage 3 van dit besluit

2° waarde van de geneeskundige verstrekkingen : het door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering verschuldigde bedrag voor verstrekkingen, vermeld in bijlage 4 van dit besluit, verleend tussen 1 januari en 31 december en opgenomen in de bij Hoofdstuk XIV, afdeling 4 van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering bedoelde statistische tabellen voor het betreffende dienstjaar en het eerste en tweede kwartaal van het daaropvolgende dienstjaar;

3° per bezet bed : het aantal verpleegdagen waarvoor een verzekeringstegemoetkoming vanwege de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering verschuldigd is, gerealiseerd tussen 1 januari en 31 december, en opgenomen in de voornoemde statistische tabellen voor het betreffende dienstjaar en het eerste en tweede trimester van het daaropvolgend dienstjaar, gedeeld door 365.

4° de minimale verpleegkundige gegevens (MVG) : de statistische gegevens bedoeld in het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 houdende bepaling van de regels volgens dewelke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft met betrekking tot het laatst gekende dienstjaar.

§ 2. Verpleegeenheden.

1° Basisfinanciering

a) Voor de personeelskosten van de hiernavolgende ziekenhuisdiensten worden punten toegekend als volgt :

- voor de C-, D-, E-, B- en L-bedden : 1 punt;
- voor de M-bedden : 1,46 punten (inbegrepen het bevallingskwartier);
- voor de MIC-bedden : 3,75 punten.

De punten toegekend voor de M-bedden worden voor de functie plaatselijke neonatale zorg (functie N\*) verhoogd, rekening houdende met het aantal bevallingen tijdens het laatst gekende dienstjaar, met dien verstande dat wordt toegekend :

- voor een kraaminrichting met minder dan 1 000 bevallingen per jaar : 15 punten, voor een kraaminrichting met minder dan 400 bevallingen per jaar, is artikel 18 van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 van toepassing;
- voor een kraaminrichting met 1 000 bevallingen per jaar en meer : voor de eerste 1 000 bevallingen : 17 punten, verhoogd met drie punten per volledig bijkomende schijf van 150 bevallingen;
- voor de NIC-bedden : 6,25 punten;
- voor de G-bedden : 1,36 punten (met inbegrip van de ergotherapeuten en logopedisten);
- voor de H-bedden : 0,68 punten;
- voor de A-bedden : 1,33 punten;
- voor de K-bedden : 2 punten.

c) voor de hoofden van verpleegkundige diensten en het middenkader worden punten toegekend op basis van de volgende modaliteiten :

- ziekenhuizen tot 149 verantwoorde bedden : 6,45 punten;
- ziekenhuizen van 150 tot 250 verantwoorde bedden : 7,63 punten;

Le budget B2 ainsi adapté est appelé le budget définitif B2.

§ 9. Le passage du budget actuel B2 vers le budget définitif B2 s'effectue progressivement étant entendu que l'ajustement est fixé à 10 % pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002 en ce qui concerne la partie du budget relative aux activités justifiées. Pour la partie du budget relative au nombre de points supplémentaires, l'ajustement est fixé à 34 % pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002. Pour les exercices suivants, les deux pourcentages d'ajustement seront fixés par Nous.

Par budget actuel, il faut entendre le budget dont question au § 3, 2<sup>e</sup> alinéa duquel il y a lieu de déduire le montant fixé en application de l'annexe 2 du présent arrêté.

Cependant, en attendant l'ajustement à 100 %, l'adaptation du budget actuel relative à la durée de séjour et au degré de substitution de l'hospitalisation classique par l'hôpital de jour est revue sur base des règles figurant en annexe 13 en prenant en compte les données du dernier exercice connu.

**Art. 46.** § 1<sup>er</sup>. Le nombre de points attribué à chaque hôpital est fixé conformément aux règles reprises dans les paragraphes suivants.

Pour l'application des paragraphes ci-après il faut entendre par :

1° par lits justifiés : le nombre de lits déterminé en application de l'annexe 3 au présent arrêté;

2° valeur des prestations médicales : le montant dû par l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité pour les prestations, reprises à l'annexe 4 du présent arrêté, dispensées entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre et figurant dans les tableaux statistiques visés au chapitre XIV, section 4 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et se rapportant à l'exercice concerné et au premier et deuxième trimestres de l'exercice suivant;

3° par lit occupé : le nombre de journées d'hospitalisation pour lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité est due, réalisées entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre et figurant dans les tableaux statistiques précités et se rapportant à l'exercice concerné et au premier et deuxième trimestres de l'exercice suivant, divisé par 365;

4° le résumé infirmier minimum (RIM) : les données statistiques, visées à l'arrêté royal du 14 août 1987 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et se rapportant au dernier exercice connu.

§ 2. Unités de soins.

1° Financement de base.

a) Pour les coûts de personnel des services hospitaliers repris ci-après, des points par lit justifié sont attribués comme suit :

- pour les lits C, D, E, B et L : 1 point;
- pour les lits M : 1,46 points (y compris le quartier obstétrique);
- pour les lits MIC : 3,75 points.

Les points octroyés pour les lits M sont augmentés pour la fonction de soins néonataux locaux (fonction N\*), en tenant compte du nombre d'accouchements réalisés durant le dernier exercice connu étant entendu qu'il est attribué pour :

- une maternité réalisant moins de 1 000 accouchements par an : 15 points, si une maternité réalise moins de 400 accouchements par an, l'article 18 de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 doit être appliqué;
- 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;
- les lits NIC : 6,25 points;
- les lits G : 1,36 point (y compris les ergothérapeutes et les logopèdes);
- les lits H : 0,68 point;
- les lits A : 1,33 point;
- les lits K : 2 points.

c) Pour les chefs de services infirmiers et le cadre intermédiaire, des points sont attribués selon les modalités suivantes :

- hôpitaux jusqu'à 149 lits justifiés : 6,45 points;
- hôpitaux de 150 à 250 lits justifiés : 7,63 points;

- ziekenhuizen van 251 tot 299 verantwoorde bedden : 9,50 punten;
- ziekenhuizen van 300 tot 449 verantwoorde bedden : 12,29 punten;
- ziekenhuizen van 450 tot 500 verantwoorde bedden : 13,95 punten;
- ziekenhuizen van 501 tot 599 verantwoorde bedden : 16,22 punten;
- ziekenhuizen van 600 tot 749 verantwoorde bedden : 19,45 punten;
- ziekenhuizen van 750 tot 899 verantwoorde bedden : 22,86 punten;
- ziekenhuizen van 900 tot 1.200 verantwoorde bedden : 27,28 punten;
- ziekenhuizen met meer dan 1.200 verantwoorde bedden : 35,02 punten.

#### 2° Aanvullende financiering

Het aantal punten toegekend overeenkomstig punt 1°, a), voor de verantwoorde C-bedden, uitgezonderd de C-bedden voor daghospitalisatie, D- en E-bedden, wordt verhoogd op basis van de volgende regeling :

a) voor de verantwoorde C- en D-bedden wordt een bijkomend aantal punten toegekend, berekend als volgt :

1° op basis van de totale waarde van de geneeskundige en heelkundige verstrekkingen per bezet C- en D-bed voor de patiënten die tijdens de twee laatst gekende dienstjaren in C- en D-diensten zijn opgenomen, berekend overeenkomstig de voormelde nomenclatuur, met uitzondering van de verstrekkingen van klinische biologie, radiologie, fysiotherapie en met uitzondering van de forfaitaire honoraria, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van de voormelde verstrekkingen per bezet C- en D-bed.

De ziekenhuizen krijgen bijkomende punten naar gelang van het deciel waarbij ze zijn ingedeeld, namelijk :

Decielen — Déciles	Aantal bijkomende punten per bed — Nombre de points supplémentaires par lit
1	0
2	0
3	0
4	0,03
5	0,05
6	0,09
7	0,10
8	0,16
9	0,20
10	0,22

De aldus toegekende punten worden in aanmerking genomen ten belope van 30 %. De punten die de overige 70 % vertegenwoordigen worden samengeteld voor het hele land en worden verdeeld overeenkomstig het hiernavolgende tweede en derde lid.

2° Naar gelang van het aantal M.V.G.-punten per verpleegdag vastgesteld op basis van de minimale verpleegkundige gegevens voor de voormelde bedden volgens de bepalingen vermeld in bijlage 5 van dit besluit, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen naar gelang van de stijgende waarde van het aantal M.V.G.-punten per verpleegdag.

De ziekenhuizen krijgen bijkomende punten per verantwoord bed naargelang het deciel waarin ze zijn ingedeeld en voor de waarden vermeld in het eerste lid.

Het totale aantal punten aldus toegekend wordt met een coëfficiënt aangepast tot deze gelijk zijn aan 30 % van de overeenkomstig het eerste lid toegekende punten.

3° Op basis van een meerkostindex (MKI) per bezet bed, vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van bijlage 6 van dit besluit, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen naargelang de stijgende waarde van de MKI per bezet bed.

De ziekenhuizen krijgen bijkomende punten per verantwoord bed naar gelang van het deciel waartoe ze behoren en voor de waarden vermeld in het eerste lid.

Het aldus toegekende puntenaantal wordt met een coëfficiënt aangepast tot het gelijk is aan 40 % van de overeenkomstig het eerste lid toegekende punten.

b) voor de verantwoorde E-bedden wordt er een aantal bijkomende punten toegekend, berekend als volgt :

1° op basis van de totale waarde van de heelkundige en geneeskundige verstrekkingen per bezet E-bed, berekend overeenkomstig de voormelde nomenclatuur en toegekend aan de patiënten die in een

- hôpitaux de 251 à 299 lits justifiés : 9,50 points;
- hôpitaux de 300 à 449 lits justifiés : 12,29 points;
- hôpitaux de 450 à 500 lits justifiés : 13,95 points;
- hôpitaux de 501 à 599 lits justifiés : 16,22 points;
- hôpitaux de 600 à 749 lits justifiés : 19,45 points;
- hôpitaux de 750 à 899 lits justifiés : 22,86 points;
- hôpitaux de 900 à 1.200 lits justifiés : 27,28 points;
- hôpitaux de plus de 1.200 lits justifiés : 35,02 points.

#### 2° Financement complémentaire.

Le nombre de points attribué conformément au point 1°, a), pour les lits justifiés C, hormis les lits C d'hospitalisation de jour, D et E est augmenté selon les modalités reprises ci-après :

a) pour les lits justifiés C et D, il est attribué un nombre de points supplémentaires calculé comme suit :

1° sur base de la valeur totale par lit occupé C et D des prestations chirurgicales et médicales pour des patients hospitalisés dans les services C et D pendant les deux derniers exercices connus, calculée conformément à la nomenclature précitée, à l'exception des prestations de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante desdites prestations par lit C et D occupé.

Les hôpitaux reçoivent des points supplémentaires selon leur appartenance à un décile, soit :

Les points ainsi attribués sont retenus à raison de 30 %. Les points représentant les 70 % restants sont totalisés pour l'ensemble du pays et sont répartis conformément aux alinéas 2 et 3 ci-après.

2° Sur base du nombre de points RIM par journée d'hospitalisation établi à partir du résumé infirmier minimum pour les lits susmentionnés selon les modalités reprises en annexe 5 du présent arrêté, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du nombre de points RIM par journée d'hospitalisation.

Les hôpitaux reçoivent des points supplémentaires par lit justifié selon leur appartenance à un décile et pour les valeurs mentionnées à l'alinéa premier.

Le nombre total de points ainsi attribués est adapté d'un coefficient afin d'être égal à 30 % des points attribués conformément à l'alinéa premier.

3° Sur base d'un indice de coût supplémentaire (ICS) par lit occupé, établi conformément aux dispositions reprises en annexe 6 du présent arrêté, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante de l'ICS par lit occupé.

Les hôpitaux reçoivent des points supplémentaires par lit justifié selon leur appartenance à un décile et pour les valeurs mentionnées à l'alinéa premier.

Le nombre de points ainsi attribués est adapté d'un coefficient afin d'être égal à 40 % des points attribués conformément à l'alinéa premier.

b) pour les lits justifiés E, il est attribué un nombre de points supplémentaires calculé comme suit :

1° sur base de la valeur totale des prestations chirurgicales et médicales par lit E occupé, calculée conformément à la nomenclature susvisée et octroyée aux patients admis dans un service E pendant les

E-dienst opgenomen zijn tijdens de twee laatst gekende dienstjaren met uitzondering van de verstrekkingen van klinische biologie, radiologie, fysiotherapie en met uitzondering van de forfaitaire honoraria, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen naargelang de stijgende waarde van de verstrekkingen per bezet bed.

De ziekenhuizen krijgen bijkomende punten per verantwoord bed naargelang het deciel waarbij ze zijn ingedeeld, namelijk :

Decielen — Déciles	Aantal bijkomende punten per bed — Nombre de points supplémentaires par lit
1	0
2	0
3	0,01
4	0,04
5	0,05
6	0,07
7	0,10
8	0,14
9	0,19
10	0,38

De aldus toegekende punten worden in aanmerking genomen ten belope van 70 %.

De punten die de overige 30 % vertegenwoordigen, worden voor het hele land samengeteld en verdeeld overeenkomstig het hiernavolgende tweede lid.

2° Naar gelang van het aantal M.V.G.-punten per verpleegdag, vastgesteld op basis van de minimale verpleegkundige gegevens voor de E-bedden volgens de bepalingen vermeld in bijlage 5 van dit besluit, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van het aantal M.V.G.-punten per verpleegdag.

De ziekenhuizen krijgen bijkomende punten per verantwoord bed naar gelang van het deciel waarbij ze zijn ingedeeld en voor de in het eerste lid vermelde waarden.

Het aldus toegekende puntenaantal wordt met een coëfficiënt aangepast tot het gelijk is aan het in het eerste lid bedoelde aantal punten voor het hele land.

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

c.1) eerste berekening :

Op basis van de totale waarde van de reanimatieverstrekkingen verleend aan de patiënten die tijdens de twee laatst gekende dienstjaren in de C-, D-, E- en G-diensten verbleven, berekend overeenkomstig de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, wordt een aantal bijkomende punten per verantwoord bed onder de kenletters C, D en E toegekend.

Met het oog op deze berekening worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van de reanimatieverstrekkingen per bezet bed in de diensten erkend onder de kenletters C, D en E. Het aantal bijkomende punten per verantwoord bed wordt als volgt vastgesteld :

Decielen — Déciles	Aantal punten per bed — Nombre de points par lit
1	0,08
2	0,08
3	0,08
4	0,08
5	0,08
6	0,08
7 laagste helft/7 moitié inférieure	0,10
7 hoogste helft/7 moitié supérieure	0,13
8 laagste helft/8 moitié inférieure	0,20
8 hoogste helft/8 moitié supérieure	0,23
9 laagste helft/9 moitié inférieure	0,30
9 hoogste helft/9 moitié supérieure	0,33
10 laagste helft/10 moitié inférieure	0,38
10 hoogste helft/10 moitié supérieure	0,41

deux derniers exercices connus à l'exception des prestations de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante des prestations par lit occupé.

Les hôpitaux reçoivent des points supplémentaires par lit justifié selon leur appartenance à un décile, soit :

Les points ainsi attribués sont retenus à concurrence de 70 %.

Les points représentant les 30 % restants sont totalisés pour le pays et répartis conformément à l'alinéa 2 ci-après.

2° Sur base du nombre de points RIM par journée d'hospitalisation établi à partir du résumé infirmier minimum pour les lits E selon les modalités reprises en annexe 5 du présent arrêté, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du nombre de points RIM par journée d'hospitalisation.

Les hôpitaux reçoivent des points supplémentaires par lit justifié selon leur appartenance à un décile et pour les valeurs mentionnées à l'alinéa premier.

Le nombre de points ainsi attribué est adapté d'un coefficient afin d'être égal à 30 % du nombre de points pour tout le pays visé à l'alinéa premier.

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

c.1) premier calcul :

Sur base de la valeur totale des prestations de réanimation octroyées aux patients hospitalisés dans les services C, D, E et G dans les deux derniers exercices connus, calculée conformément à la nomenclature des prestations médicales, il est accordé un nombre de points supplémentaires par lit justifié dans 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 C, D et E. Le nombre de points supplémentaires par lit justifié est fixé comme suit :

De aldus toegekende punten per verantwoord bed worden in aanmerking genomen ten belope van 20 %.

c.2) tweede berekening :

Op basis van de scores berekend overeenkomstig de bepalingen vermeld in bijlage 7 van dit besluit, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van de score. Het aantal bijkomende punten per verantwoord bed wordt vastgesteld zoals opgegeven in de bij de eerste berekening vermelde tabel en komen in aanmerking ten belope van 40 %.

c.3.) derde berekening :

Op basis van de scores berekend overeenkomstig bijlage 8 van dit besluit worden de ziekenhuizen in decielen ingedeeld volgens de stijgende waarde van de score. Het aantal bijkomende punten per verantwoord bed wordt vastgesteld zoals opgegeven in de bij de eerste berekening vermelde tabel en komen in aanmerking ten belope van 40 %.

c.4) vierde berekening

De punten per verantwoord bed uit de eerste, tweede en derde berekening worden opgeteld. Het resultaat wordt vermenigvuldigd met het aantal verantwoorde C-, D- en E-bedden hetgeen het aantal supplementaire punten voor de bedden van intensieve aard vertegenwoordigt.

Het aantal bedden van intensieve aard wordt bepaald door het resultaat van de vermenigvuldiging van het eerste lid te delen door 4.

c.5) :

Het behoud van het voordeel van de bijkomende punten zoals bedoeld bij de vierde berekening hangt af van de deelname aan een evaluatieprogramma voor reanimatieverstrekingen, dat georganiseerd wordt door de Overlegstructuur tussen ziekenhuisbeheerders, artsen en verzekeringinstellingen.

3° Totaal van de basisfinanciering en de aanvullende financiering.

Het aantal punten berekend op basis van punt 1° en 2° wordt voor elk ziekenhuis samengeteld.

§ 3. Voor de kosten van het operatiekwartier, de spoedgevallendienst, sterilisatie en deze bedoeld in artikel 13, tweede tot en met zesde lid, worden punten toegekend. Met het oog op deze toekenning wordt een onderscheid gemaakt tussen vier soorten activiteiten :

- a) het operatiekwartier : de kosten van het personeel;
- b) de spoedgevallendienst : de kosten van het personeel;
- c) de kosten van de medische producten : de kosten bedoeld in artikel 13, 2° tot en met 6°, waarbij die worden onderverdeeld in kosten met betrekking tot het operatiekwartier, kosten met betrekking tot de spoedgevallendienst en kosten met betrekking tot de verpleegeenheden;
- d) de kosten voor het personeel van de centrale sterilisatie.

De punten worden op de volgende wijze toegekend :

1° voor ieder van deze activiteiten wordt, voor alle ziekenhuizen van het land, een aantal punten toegekend dat overeenstemt met een percentage van het totaal aantal punten voor alle ziekenhuizen van het land toegekend overeenkomstig § 2.

Dit percentage wordt als volgt berekend :

- personeel van het operatiekwartier : 11,35 %
- personeel van de spoedgevallendienst : 6,32 %
- personeel van de centrale sterilisatie : 1,94 %

Kosten van de medische producten :

- voor het operatiekwartier : 6,18 %
- voor de spoedgevallendienst : 0,53 %
- voor de verzorgeenheden : 7,91 %

2° Het aantal punten bepaald bij toepassing van punt 1° wordt over de ziekenhuizen verdeeld overeenkomstig de volgende regelen :

a) voor het operatiekwartier :

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

a.1) eerste berekening :

Per heelkundige ingreep vermeld in bijlage 9 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 het 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;

- met 30 % voor de ziekenhuizen niet bedoeld door de artikelen 76 en 79 die over erkende stagediensten met een volledige opleiding in chirurgie en anesthesie beschikken op voorwaarde dat deze ziekenhuizen over minstens één kandidaat-specialist per 10 bedden chirurgie beschikken in de volgende disciplines :

- anesthesie

Les points ainsi attribués par lit justifié sont retenus à raison de 20 %.

c.2) deuxième calcul :

Sur base des scores calculés conformément aux dispositions de l'annexe 7 du présent arrêté, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du score. Le nombre de points supplémentaires par lit justifié est fixé comme repris au tableau figurant au premier calcul et retenu à raison de 40 %.

c.3) troisième calcul :

Sur base des scores calculés conformément à l'annexe 8 du présent arrêté, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du score. Le nombre de points supplémentaires par lit justifié est fixé comme repris au tableau figurant au premier calcul et retenu à raison de 40 %.

c.4) quatrième calcul :

Les points par lit justifié résultant des premier, deuxième et troisième calculs sont additionnés. Le résultat est multiplié par le nombre de lits justifiés C, D et E, ce qui représente le nombre de points supplémentaires pour les lits à caractère intensif.

Le nombre de lits à caractère intensif est déterminé en divisant le résultat de la multiplication visée à l'alinéa premier par 4.

c.5) :

Le maintien du bénéfice des points supplémentaires visés au quatrième calcul 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.

3° Totalisation du financement de base et du financement complémentaire

Les nombres de point calculés selon les dispositions des points 1° et 2° sont additionnés pour chaque hôpital.

§ 3. Pour les coûts du quartier opératoire, du service d'urgence, de la stérilisation et ceux visés dans l'article 13, deuxième jusqu'au sixième alinéa y compris, des points sont attribués. En vue de cet octroi, une distinction est faite entre quatre types d'activité :

- a) les coûts du personnel du quartier opératoire;
- b) les coûts de personnel du service d'urgences ;
- c) les coûts des produits médicaux : les coûts visés à l'article 13, 2° à 6° y compris, en les subdivisant entre ceux relatifs au quartier opératoire, ceux relatifs au service d'urgences et ceux relatifs aux unités de soins;

d) les coûts pour le personnel de la stérilisation centrale

Les points sont attribués de la manière suivante :

1° pour chacune de ces activités pour tous les hôpitaux du pays, il est attribué un nombre de points correspondant à un pourcentage du nombre total de points pour tous les hôpitaux du pays attribués conformément au § 2.

Ce pourcentage est fixé comme suit :

- personnel du quartier opératoire : 11,35 %
- personnel de service d'urgence : 6,32 %
- personnel de la stérilisation centrale : 1,94 %

Coût des produits médicaux :

- pour le quartier opératoire : 6,18 %
- pour le service d'urgence : 0,53 %
- pour les unités de soins : 7,91 %

2° Le nombre de points déterminés en application du point 1° est réparti entre les hôpitaux conformément aux règles 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) premier calcul :

Par intervention chirurgicale figurant en annexe 9 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 30 % pour les hôpitaux non visés par les articles 76 et 79 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
- 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 gefactureerde verpleegdagen aan de verzekeringsinstellingen voor dezelfde dienst.

De verzekeringsinstellingen, waarvan sprake, zijn :

- De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten;
- Het Nationale Verbond van Socialistische Mutualiteiten;
- Het 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 deze basis wordt per ziekenhuis een aantal zalen als volgt berekend :

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

#### a.2) Tweede berekening : operatiezaal die permanent beschikbaar is

Bovenop de punten toegekend overeenkomstig punt a.1), worden per operatiezaal in heelkundige diensten die permanent beschikbaar worden gehouden 20 punten toegekend.

Voor het bepalen van het aantal operatiezalen die permanent beschikbaar worden gehouden, worden de hiernavolgende criteria toegepast : voor alle ziekenhuizen wordt een zaal toegekend als :

- het ziekenhuis is opgenomen in de dringende medische hulpverlening;
- het aantal zalen vastgesteld op basis van de eerste berekening minstens 5 bedraagt :
- het ziekenhuis beantwoordt aan de voorwaarden bepaald in het nummer 590225 van voorvermelde nomenclatuur;
- het ziekenhuis beschikt over een erkende dienst voor interventionele hartcatheterisatie of over een erkend zorgprogramma «cardiale pathologie» B2 of een neurochirurgiedienst die minstens, tijdens het laatste gekend dienstjaar 250 ingrepen heeft uitgevoerd, waarvan minstens 150 ingrepen vermeld in de voornoemde nomenclatuur met een waarde gelijk aan of hoger dan K400.

Een tweede bijkomende zaal wordt toegekend als bovendien :

- het aantal zalen bepaald volgens de eerste berekening minstens 8 bedraagt;
- het ziekenhuis, voor zover het niet in aanmerking kwam voor de toekenning van de eerste zaal, beschikt over een erkende dienst voor interventionele hartcatheterisatie of een erkend zorgprogramma « cardiale pathologie » B2 of een neurochirurgiedienst, die, het laatst bekende dienstjaar, minstens 250 heelkundige ingrepen uitvoert, waarvan minstens 150 ingrepen vermeld in de voornoemde nomenclatuur met een waarde gelijk aan of hoger dan K400.

#### a.3) Totaal van de punten :

De na de eerste en tweede berekening toegekende punten worden opgeteld. Het totaal 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.

#### b) voor de spoedgevallendienst :

b.1) Er wordt een aantal basispunten per 100 verantwoorde bedden toegekend. Deze basispunten per 100 verantwoorde bedden zijn de volgende :

- voor de ziekenhuizen die voldoen aan de voorwaarden gesteld in nr. 590166 van de voorvermelde nomenclatuur : 3 punten;
- voor de ziekenhuizen die voldoen aan de voorwaarden gesteld in nr. 590181, 590203 of 590225 van voormelde nomenclatuur : 5 punten.

- 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 :

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

#### a.2) Deuxième calcul : salle d'opération disponible en permanence :

En plus des points attribués conformément au point a.1), 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 tous les hôpitaux, une salle est octroyée si :

- l'hôpital est repris dans l'aide médicale urgente;
- le nombre de salles déterminé en fonction du premier calcul est au moins de 5;
- l'hôpital répond aux conditions fixées dans le numéro 590225 de la nomenclature précitée;
- l'hôpital dispose d'un service de cathétérisme cardiaque interventionnel agréé ou d'un programme de soins « pathologie cardiaque » B2 agréé ou d'un service de neurochirurgie comptant, pendant le dernier exercice connu, 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 salle supplémentaire est octroyée si, en outre :

- le nombre de salles déterminé suivant le premier calcul est au moins 8;
- 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 programme de soins « pathologie cardiaque » B2 agréé ou d'un service de neurochirurgie comptant, pendant le dernier exercice connu, 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.3) Totalisation des points :

Les points attribués en fonction des premier et deuxième calculs sont additionnés. 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.

#### b) pour le service d'urgences :

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

- pour les hôpitaux qui répondent aux conditions fixées dans le n° 590166 de la nomenclature précitée : 3 points;
- pour les hôpitaux qui répondent aux conditions fixées dans le n° 590181, 590203 ou 590225 de la nomenclature précitée : 5 points.

b.2) Het aantal basispunten per ziekenhuis wordt verhoogd in functie van de waarde per bezet bed van de supplementen voor de dringende geneeskundige verstrekkingen voor gehospitaliseerde patiënten gedurende de twee laatste jaren 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 drie eerste decielen, worden de basispunten vermenigvuldigd met 1; voor het 4e, 5e en 6e deciel met 1,20; voor het 7e deciel met 1,40; voor het 8e deciel met 1,60; voor het 9e deciel met 1,80; voor het 10e deciel met 2.

b.3) 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 gehele land te blijven, met dien verstande dat minstens 15 punten worden toegekend aan de ziekenhuizen die voldoen aan nr. 590181, 590203 of aan nr. 590225 van de voormelde nomenclatuur.

Vanaf het ogenblik dat een ziekenhuis erkend is hetzij voor de functie "eerste opvang van spoedgevallen", hetzij voor de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" wordt het minimum van 15 punten slechts één keer per ziekenhuis, ongeacht het aantal sites, verzekerd voor één van de twee functies.

Het aldus bepaalde budget wordt dermate lineair verminderd dat er een besparing van 8.130.907,61 EUR gerealiseerd wordt, met dien verstande dat het minimum van 15 punten bedoeld in het eerste en tweede lid gewaarborgd moet zijn.

Deze besparing wordt voor de in artikel 80, 1°, bedoelde ziekenhuizen slechts ten belope van 80 % toegepast.

b.4) 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 Onze richtlijnen

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

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

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

- voor de verpleegeenheden worden punten toegekend per bed. Dit aantal punten verschilt naargelang van de erkenningsindex van het bed, hetzij :

- voor de A-bedden : 0,18 punten
- voor de C-bedden : 1 punt
- voor de D-bedden : 1,03 punten
- voor de E-bedden : 1,19 punten
- voor de G-bedden : 0,63 punten
- voor de M-bedden : 1,91 punten
- voor de K-bedden : 0,04 punten
- voor de bedden met intensief karakter : 11,33 punten
- voor de NIC-bedden : 8,11 punten
- voor de H-bedden : 0,09 punten

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

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

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

Deze factor bedraagt :

- voor de ziekenhuizen die behoren tot de drie decielen met de laagste waarden : 1,5;
- voor de ziekenhuizen die tot het vierde, vijfde en zesde deciel behoren : 1,7;
- voor de ziekenhuizen die tot het zevende deciel behoren : 2,1;
- voor de ziekenhuizen die tot het achtste deciel behoren : 2,6;
- voor de ziekenhuizen die tot het negende deciel behoren : 3,1;
- voor de ziekenhuizen die tot het tiende deciel behoren : 3,5.

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 durant les deux derniers exercices connus, visées dans l'article 26, § 1<sup>er</sup> 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 trois premiers déciles, les points de base sont multipliés par 1; pour les 4e, 5e et 6e décile par 1,20; pour le 7e décile par 1,40; pour le 8e décile par 1,60; pour le 9e décile par 1,80; pour le 10e décile par 2.

b.3) 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° 590181, 590203 ou 590225 de la nomenclature précitée.

Dès que l'hôpital est agréé soit pour la fonction de première prise en charge des urgences, soit pour la fonction "soins urgents spécialisés", le minimum d'une seule fois 15 points par hôpital quel que soit le nombre de sites lui est assuré pour une seule des deux fonctions.

Le budget ainsi déterminé est diminué linéairement de manière à réaliser une économie de 8.130.907,61 EUR étant entendu que le minimum de 15 points visé aux premier et deuxième alinéas doit être garanti.

Toutefois, l'économie ne sera appliquée qu'à concurrence de 80 % pour les hôpitaux visés à l'article 80, 1°.

b.4) 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 à Nos directives.

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

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

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

- pour les unités de soins, des points sont octroyés par lit justifié. Ce nombre de points est différent selon l'indice d'agrément du lit, soit :

- pour les lits A : 0,18 point
- pour les lits C : 1 point
- pour les lits D : 1,03 point
- pour les lits E : 1,19 point
- pour les lits G : 0,63 point
- pour les lits M : 1,91 point
- pour les lits K : 0,04 point
- pour les lits à caractère intensif : 11,33 points
- pour les lits NIC : 8,11 points
- pour les lits H : 0,09 point

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

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

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

Ce facteur est :

- pour les hôpitaux qui appartiennent aux 3 déciles avec les valeurs les plus basses : 1,5;
- pour les hôpitaux qui appartiennent aux 4e, 5e décile et 6e décile : 1,7;
- pour les hôpitaux qui appartiennent aux 7e décile : 2,1;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 8e décile : 2,6;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 9e décile : 3,1;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 10e décile : 3,5.

Om de waarde per bezet bed te bepalen wordt geen rekening gehouden met de medische prestaties en de verpleegdagen in de bedden erkend onder de kenletters A, T en K. Voor de ziekenhuizen waarvan het aantal verantwoorde bedden onder kenletter G hoger is dan het nationaal gemiddelde, worden de medische prestaties en de verpleegdagen aangepast in toepassing van het volgend percentage :

$$\frac{\text{Aantal Ghi - bedden} - \text{Aantal Gemidd. bedden nationaal}}{\text{Aantal Ghi - bedden}} \times 100$$

Waarbij :

Aantal bedden Ghi = Aantal verantwoorde G-bedden van het beschouwde ziekenhuis.

Gemiddeld nationaal aantal bedden G = het totaal aantal verantwoorde bedden van het beschouwde ziekenhuis vermenigvuldigd met het gemiddeld percentage verantwoorde G-bedden vastgesteld op nationaal vlak met betrekking tot het totaal aantal verantwoorde bedden.

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

d) voor de activiteiten bedoeld onder punt d) van de inleidende zin, worden punten toegekend welke worden berekend door het toepassen van een percentage van 10,22 % op de punten toegekend volgens punt c) hierboven.

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

§ 4. Het geheel van de punten aan ieder ziekenhuis toegekend bij toepassing van de §§ 2 en 3, wordt op de volgende wijze aangepast :

Het aantal punten wordt eveneens gewijzigd om rekening te houden met de gemiddelde loonlast van elk ziekenhuis ten opzichte van de nationale gemiddelde loonlast. In dit geval wordt de volgende formule toegepast :

$$\text{Aantal punten personeel} \frac{\text{gemiddelde loonlast ziekenhuis}}{\text{nationale gemiddelde loonlast}}$$

De berekening van de gemiddelde loonlast van het ziekenhuis en de gemiddelde nationale loonlast wordt vastgesteld op basis van de theoretische loonschalen waarbij rekening wordt gehouden met de volgende elementen :

- de loonschalen van de ondergeschikte openbare besturen op 1 november 1993, vermeerderd met 3,5 % voor de privé-sector en met 4,93 % voor de openbare sector overeenstemmend met elke graad of functie;

- voor elke functie of graad het aantal personen FTE;
- de gemiddelde geldelijke anciënniteit voor elke functie of graad;
- de sociale lasten van toepassing op de openbare en privé-sector.

Onderafdeling 6. — Onderdeel B2 van de Sp-diensten

**Art. 47.** § 1. Voor de Sp-diensten uitgezonderd de Sp-diensten voor palliatieve zorg wordt het budget van Onderdeel B2 vastgesteld op zijn waarde van 30 juni voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget B2 vastgesteld wordt. Voor het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002 wordt het budget echter als volgt berekend :

1° indien  $JR > Q$

$$(B2 \times Q) + [(JR - Q) \times 0,25 \times B2]$$

2° indien  $JR \leq Q$

$$B2 \times JR$$

Waarbij :

JR = gedurende het dienstjaar 2000 gerealiseerde dagen

Q = quotum van verpleegdagen 2002 vastgesteld bij toepassing van artikel 53 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986

B2 = waarde per dag van Onderdeel B2 op 30 juni 2002 buiten toepassing van de middelen voorzien in artikel 15, 26°.

§ 2. Het budget van Onderdeel B2 van de erkende Sp-diensten voor palliatieve zorg wordt vastgesteld op 1 juli 2002 (indexcijfer 1 januari 2002) op 75.832,74 EUR per bed.

Onderafdeling 7. — Onderdeel B2 van de psychiatrische ziekenhuizen

**Art. 48.** Het budget van Onderdeel B2 van de psychiatrische ziekenhuizen wordt vastgesteld op zijn waarde van 30 juni voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget vastgesteld wordt, met dien verstande dat aan de onderstaande normen voldaan moeten worden.

Pour déterminer la valeur par lit occupé, il n'est pas tenu compte des prestations médicales et des journées d'hospitalisation dans les lits agréés sous les index A, T et K. Pour les hôpitaux dont le nombre de lits justifiés sous l'index G est supérieur à la moyenne nationale exprimée en lits justifiés, les prestations médicales et les journées d'hospitalisation sont adaptées en appliquant le pourcentage suivant :

$$\frac{\text{Nbre de lits Ghi} - \text{Nbre de lits moyen national}}{\text{Nbre de lits Ghi}} \times 100$$

Où

Nombre de lits Ghi = Nombre de lits justifiés G de l'hôpital considéré

Nombre de lits G moyen national = le nombre total de lits justifiés de l'hôpital considéré multiplié par le pourcentage moyen de lits justifiés G constaté au niveau national par rapport au nombre total de lits justifiés.

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

d) Pour les activités visées sous le point d) dans la phrase introductive, des points sont octroyés qui sont calculés en appliquant un pourcentage de 10,22 % aux points attribués selon le point c) ci-dessus.

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

§ 4. Le total des points attribués à chaque hôpital en application des §§ 2 et 3 est adapté de la manière suivante :

Le nombre de points est modifié pour tenir compte de la charge moyenne salariale de chaque hôpital par rapport à la charge salariale moyenne nationale. Dans ce cas, la formule suivante est appliquée :

$$\text{Nbre points relatif au personnel} \frac{\text{moyenne salariale de l'hôpital}}{\text{moyenne salariale nationale}}$$

Le calcul de la moyenne salariale de l'hôpital et de la moyenne salariale nationale est établi sur base de barèmes théoriques tenant compte des éléments suivants :

- les barèmes des pouvoirs publics subordonnés du 1<sup>er</sup> novembre 1993 augmenté de 3,5 % pour le secteur privé et de 4,93 % pour le secteur public correspondant à chaque grade ou fonction;

- pour chaque fonction ou grade, le nombre total de personnes E.T.P.;
- l'ancienneté moyenne pécuniaire pour chaque fonction ou grade;
- les charges sociales applicables aux secteurs privés et publics.

Sous-section 6 — Sous-partie B2 des services Sp

**Art. 47.** § 1<sup>er</sup>. Pour les services Sp hormis les services Sp-soins palliatifs, le budget de la Sous-partie B2 est fixé à sa valeur au 30 juin qui précède l'exercice de fixation du budget B2. Toutefois, pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002, le budget est calculé comme suit :

1° si  $JR > Q$

$$(B2 \times Q) + [(JR - Q) \times 0,25 \times B2]$$

2° si  $JR \leq Q$

$$B2 \times JR$$

Où

JR = journées réalisées durant l'exercice 2000

Q = quota de journées d'hospitalisation 2002 fixé en application de l'article 53 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

B2 = valeur par jour de la Sous-partie B2 au 30 juin 2002 hors application des moyens visés à l'article 15, 26°.

§ 2. Le budget de la Sous-partie B2 des services agréés Sp-soins palliatifs est fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2002 (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) à 75.832,74 EUR par lit.

Sous-section 7. — Sous-partie B2 des hôpitaux psychiatriques

**Art. 48.** Le budget de la Sous-partie B2 des hôpitaux psychiatriques est fixé à sa valeur au 30 juin précédant l'exercice de fixation du budget étant entendu que les normes reprises ci-dessous doivent être respectées.

Diensten — Services	Normen/bedden — Normes/lits	Bezetting — Occupations
A (d + n) (j + n)	16/30	tussen/entre 80 en/et 100 %
A (d) (j)	10/30	tussen/entre 80 en/et 100 %
A (n) (n)	11/30	tussen/entre 80 en/et 100 %
T (d + n) (j + n)	20/60	tussen/entre 80 en/et 100 %T
T (d) (j)	11,25/60	tussen/entre 80 en/et 100 %
T (n) (n)	12,37/60	tussen/entre 80 en/et 100 %
T (Vp) (Vp)	12/30	tussen/entre 80 en/ET 100 %
K (d + n) (j + n)	26/20	tussen/entre 70 en/et 100 %
K (d) (j)	13/20	tussen/entre 70 en/et 100 %
K (d) (n)	13/20	tussen/entre 70 en/et 100 %
Directie Nursing/Direction Nursing	1	per ziekenhuis voor de ziekenhuizen met 150 bedden of minder/par hôpital pour les hôpitaux de 150 lits et moins
Middenkader/Cadre intermédiaire	1	per 150 bedden voor de ziekenhuizen met meer dan 150 bedden/Par 150 lits pour les hôpitaux de plus de 150 lits

Voor het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002 wordt het budget B2 echter als volgt vastgesteld : B2 X Q

Waarbij

Q = quotum van verpleegdagen 2002, vastgesteld bij toepassing van artikel 54 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986.

B2 = waarde per dag van Onderdeel B2 op 30 juni 2002, behoudens de financiering van het personeel bedoeld in artikel 15, 26°

#### Onderafdeling 8. — Onderdeel B3 van het budget

**Art. 49.** Onderdeel B3 wordt als volgt vastgesteld :

1° voor de magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem, opgesteld in een dienst beeldvorming die erkend is overeenkomstig het koninklijk besluit van van 27 oktober 1989 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst waarin een magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem wordt opgesteld moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst in de zin van artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 februari 1991, wordt voor de privé-ziekenhuizen een bedrag van 220.641,46 EUR en voor de openbare ziekenhuizen een bedrag van 220.218,95 EUR (index per 1 januari 2002) toegekend.

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.

2° voor een radiotherapiedienst erkend overeenkomstig het voormelde koninklijk besluit van 5 april 1991 blijft de financiering op 30 juni 2002 behouden.

3° Voor de tomograaf met positronemissie (PET-scanner) opgesteld in een dienst voor nucleaire geneeskunde, erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 12 augustus 2000 wordt er een bedrag van 200.178,98 EUR toegekend.

#### Onderafdeling 9. — Onderdeel B4 van het budget

**Art. 50.** § 1. Teneinde de werkgelegenheid in het ziekenhuis te waarborgen en/of te verhogen kan, aan het budget van financiële middelen een bedrag worden toegevoegd gelijk aan 7,5 % van de financiële middelen, vrijgemaakt in functie van de hiernavolgende regelen, voor de ziekenhuizen die een herstructureringsplan doorvoeren dat ertoe strekt een aantal bedden te desaffacteren in toepassing van de artikelen 4, 5 en 6 behalve voor wat betreft de desaffectatie van C-, D-, G- en E- bedden naar Sp- bedden, van het koninklijk besluit van 16 juni 1999 tot vaststelling van de nadere regelen bedoeld in artikel 32 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met betrekking tot de aard en het aantal bedden waarvan de desaffectatie in aanmerking mag komen om de ingebruikneming van ziekenhuisbedden mogelijk te maken, van artikel 4 van het koninklijk besluit van 16 juni 1999 houdende vaststelling van het maximum aantal plaatsen van beschut wonen dat in gebruik mag worden genomen alsmede van de regelen inzake de gelijkwaardige vermindering van een aantal

Toutefois, pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002, le budget B2 est fixé de la manière suivante : B2 x Q

Où

Q = quota de journées d'hospitalisation 2002 fixé en application de l'article 54 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

B2 = valeur par jour de la Sous-partie B2 au 30 juin 2002 hors le financement du personnel visé à l'article 15, 26°

#### Sous-section 8. — Sous-partie B3 du budget

**Art. 49.** La Sous-partie B3 est fixée de la manière suivante :

1° Pour le tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré installé dans un service d'imagerie agréé conformément à l'arrêté royal du 27 octobre 1989 fixant les normes auxquelles un service où est installé un tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré doit répondre pour être agréé comme service médico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, modifiée par l'arrêté royal du 26 février 1991, un montant de 220.641,46 EUR pour les hôpitaux privés et 220.218,95 EUR pour les hôpitaux publics (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) est alloué.

Le maintien du montant précité 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.

2° pour un service de radiothérapie agréé conformément à l'arrêté royal du 5 avril 1991 précité, le financement octroyé au 30 juin 2002 est maintenu.

3° Pour le tomographe à émission de positrons (PET-scanner) installé dans un service de médecine nucléaire agréé conformément à l'arrêté royal du 12 août 2000, un montant de 200.178,98 EUR est alloué.

#### Sous-section 9. — Sous-partie B4 du budget

**Art. 50.** § 1<sup>er</sup>. Afin de garantir et/ou d'augmenter l'emploi dans l'hôpital, il peut être ajouté au budget des moyens financiers un montant, correspondant à 7,5 % des moyens financiers libérés en fonction des règles sous mentionnées, pour les hôpitaux qui établissent un plan de restructuration qui a pour but de désaffecter un nombre de lits, en application des articles 4, 5 et 6, sauf en ce qui concerne la désaffectation des lits C, D, G et E en lits Sp, de l'arrêté royal du 16 juin 1999 précisant les règles, visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relatives au type et au nombre de lits dont la désaffectation peut permettre la mise en service de lits hospitaliers, l'article 4 de l'arrêté royal du 16 juin 1999 fixant le nombre maximum de places d'habitations protégées pouvant être mis en service ainsi que les règles relatives à la réduction équivalente d'un certain nombre de lits d'hôpitaux comme visé à l'article 35 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et de l'article 3 de l'arrêté royal du 16 juin 1999 précisant la réduction équivalente d'un certain nombre

ziekenhuisbedden zoals bedoeld in artikel 35 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, of van artikel 3 van het koninklijk besluit van 16 juni 1999 houdende nadere bepaling van de gelijkwaardige vermindering van bedden zoals bedoeld in artikel 5, § 4, eerste lid, van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging.

§ 2. Binnen de grenzen van een budget komende van onder andere de 2,5 % van de vrijgekomen financiële middelen ingevolge de desaffectatie van bedden bedoeld in § 1 en dat door Ons wordt vastgesteld, wordt het Onderdeel B4, volgens nader te bepalen regelen en modaliteiten, verhoogd met een forfaitair bedrag voor psychiatrische ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van projecten tot verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.

Bedoelde projecten moeten het voorwerp uitmaken van een geschreven overeenkomst met de Minister die de vaststelling van de budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.

**Art. 51.** § 1. Onderdeel B4 van het budget van de algemene ziekenhuizen bevat in voorkomend geval het op 30 juni 2002 verschuldigde bedrag aan recyclage.

§ 2. Voor de acute ziekenhuizen die in het kader van een herstructurering, een fusie, een samenwerkingsverband, een groepering of een samenwerking met een of meer ziekenhuizen vrijwillig bedden sluiten vanaf 1 juli 2002 tot 30 juni 2004 wat leidt tot een vermindering van hun budget bij toepassing van artikel 88, § 1, wordt Onderdeel B4 vermeerderd met een bedrag gelijk aan 20 % van het budget van de Onderdelen B1 en B2, dat voor deze sluiting vrijgemaakt werd, voor zover de sluiting minstens 30 bedden betreft, met het oog op het behoud van de tewerkstelling in het ziekenhuis. De toekenning van dit bedrag is ondergeschikt aan het sluiten van een overeenkomst tussen de instelling en de Minister die het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.

**Art. 52.** § 1. Voor de werkingskosten van erkende samenwerkingsverbanden zoals bedoeld in Hoofdstuk III van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten, wordt een vergoeding toegekend aan de ziekenhuizen die van het samenwerkingsverband deel uitmaken overeenkomstig de hiernavolgende regelen :

1° de vergoeding omvat op jaarbasis :

a) een basisvergoeding per samenwerkingsverband van 1.466,88 EUR;

b) een bedrag van 29.337,59 EUR (index per 1 januari 2002) voor de private sector en 29.716,47 EUR voor de openbare sector per 300 000 inwoners die door het samenwerkingsverband worden bediend.

2° om voor de financiering in aanmerking te komen dienen door de inrichtende macht van het samenwerkingsverband bij de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, te worden ingediend :

a) een afschrift van het besluit van erkenning en van verlenging van erkenning. De inrichtende macht is hiervan vrijgesteld indien de overheid die de erkenning heeft verleend deze beslissing overmaakt aan de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft;

b) een afschrift van de overeenkomst, en van de wijzigingen aan deze overeenkomst, bedoeld in artikel 9 van het voormeld koninklijk besluit.

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

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

4° Om het voordeel van de financiering bedoeld in het eerste lid te behouden moeten de samenwerkingsverbanden elk jaar vóór 1 mei aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur Gezondheidszorgen, een rapport voorleggen betreffende hun activiteiten tijdens het verstreken dienstjaar.

§ 2. Binnen de grenzen van een op 638.070,50 EUR (index per 1 januari 2002) vastgesteld beschikbaar budget wordt via Onderdeel B4 van een psychiatrisch ziekenhuis een forfaitair bedrag toegekend voor de samenwerkingsverbanden zoals bedoeld in artikel 1, 2°, van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten die deelnemen aan de verwezenlijking van de proefprojecten betreffende de bemiddelingsfunctie.

de lits comme visé à l'article 5, § 4, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins.

§ 2. Dans les limites d'un budget provenant entre autres des 2,5 % des moyens financiers libérés suite à la désaffectation de lits telle que précisée au § 1<sup>er</sup> et déterminée par Nous, la Sous-partie B4 est augmentée, selon les règles et des modalités encore à préciser par Nous, d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux psychiatriques qui prennent part à la réalisation de projets visant l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Ces projets doivent faire l'objet d'une convention écrite avec le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions.

**Art. 51.** § 1<sup>er</sup>. La Sous-partie B4 du budget des hôpitaux généraux comprend le cas échéant le montant du recyclage attribué au 30 juin 2002.

§ 2. Pour les hôpitaux aigus qui, dans le cadre d'une restructuration, d'une fusion, d'une association, d'un groupement ou d'une collaboration avec un ou plusieurs hôpitaux, ferment volontairement des lits à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2002 jusqu'au 30 juin 2004, qui entraîne une diminution de leur budget en application de l'article 88, § 1<sup>er</sup>, la Sous-partie B4 est augmentée, pour autant que la fermeture concerne au moins 30 lits, d'un montant égal à 20 % du budget des Sous-parties B1 et B2 libéré par cette fermeture en vue de maintenir l'emploi dans l'hôpital. L'octroi de ce montant est subordonné à la conclusion d'une convention entre l'établissement et le Ministre qui a le budget des moyens financiers dans ses attributions.

**Art. 52.** § 1<sup>er</sup>. Pour les coûts de fonctionnement des associations agréées visées au Chapitre III de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques, il est octroyé aux hôpitaux qui font partie de l'association, une indemnité conformément aux règles suivantes :

1° l'indemnité contient sur base annuelle :

a) une indemnité de base par association fixée à 1.466,88 EUR;

b) un montant de 29.337,59 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) pour le secteur privé et 29.716,47 EUR pour le secteur public par 300 000 habitants desservis par l'association.

2° pour entrer en ligne de compte pour le financement, le pouvoir organisateur de l'association doit transmettre au Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions :

a) une copie de l'arrêté d'agrément et de prorogation d'agrément. Le pouvoir organisateur en est dispensé si l'autorité ayant octroyé l'agrément transmet elle-même cette décision au Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions;

b) une copie de la convention et de ses avenants, visée à l'article 9 de l'arrêté précité.

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

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

4° Pour conserver le bénéfice du financement prévu à l'alinéa premier, les associations doivent communiquer chaque année, pour le 1<sup>er</sup> mai, au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé, un rapport relatif à leurs activités pendant l'exercice écoulé.

§ 2. Dans les limites d'un budget disponible fixé à 638.070,50 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002), il est octroyé, via la Sous-partie B4 d'un hôpital psychiatrique, un montant forfaitaire pour les associations de santé mentale visés à l'article 1, 2°, de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques qui participent à la réalisation des projets-pilotes portant sur la fonction de médiation.

De samenwerkingsverbanden die wensen deel te nemen aan dit project dienen hun aanvraag te richten aan het Bestuur van de Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer van Ziekenhuizen. Het dossier, ingediend ter ondersteuning van hun aanvraag, moet aantonen dat ze aan de volgende criteria voldoen :

- het statuut hebben van een overlegplatform geestelijke gezondheidszorg;

- binnen elk samenwerkingsverband dient minstens één instelling van elk van de volgende vijf deelsectoren voor geestelijke gezondheidszorg deel te nemen aan dit pilootproject : (1) een psychiatrisch ziekenhuis; (2) een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis; (3) een psychiatrisch verzorgingstehuis; (4) een initiatief voor beschut wonen of (5) een centrum voor geestelijke gezondheidszorg;

- de deelnemende samenwerkingsverbanden sluiten een samenwerkingsakkoord waarin onder meer bepaald wordt welk samenwerkingsverband de functie van de globale coördinatie en rapportering op zich neemt.

Het budget voor de betoelaging van de bemiddelaars wordt verdeeld onder de participerende samenwerkingsverbanden met als verdeelsleutel het bevolkingsaantal in de regio van het samenwerkingsverband voor zover zij zullen voldoen aan de contractuele verplichtingen. De samenwerkingsverbanden die de algemene coördinatie en rapportering op zich nemen ontvangen bijkomend jaarlijks een forfaitair budget van 25.522,82 EUR.

De bovengenoemde financiering wordt toegekend aan het psychiatrisch ziekenhuis dat deel uitmaakt van het participerende samenwerkingsverband. Een schriftelijke overeenkomst tussen het ziekenhuis en het samenwerkingsverband regelt de modaliteiten inzake overmaking van de financiering.

Er worden schriftelijke overeenkomsten gesloten tussen de in aanmerking genomen samenwerkingsverbanden, de Minister van Volksgezondheid en de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft. Deze overeenkomsten bepalen met name het voorwerp en de duur van het project, de rechtvaardiging van de uitgaven, de verplichtingen inzake rapportering aan het Ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer der ziekenhuizen.

**Art. 53.** Teneinde te voldoen aan de wettelijke verplichtingen inzake de hoofdgeneesheer wordt Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen verhoogd met een bedrag van 191,83 EUR voor de privé-ziekenhuizen en 190,71 EUR voor de openbare ziekenhuizen, waarde vastgesteld op 1 januari 2002 per bestaand en erkend bed op 1 januari voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget vastgesteld wordt. De aldus toegekende financiering moet verplicht opgelegd worden met aftrek van de kosten met betrekking tot de uitoefening van de functie van hoofdgeneesheer.

**Art. 54.** Teneinde te voldoen aan de aanduiding om een bedrijfsrevisor aan te stellen, zoals voorzien in artikel 80 van de wet op de ziekenhuizen, wordt Onderdeel B4 van het budget op forfaitaire wijze als volgt verhoogd :

1° voor alle ziekenhuizen erkend onder kenletter Sp en voor alle psychiatrische ziekenhuizen : 20,89 EUR, waarde vastgesteld op 1 januari 2002, voor de privésector en 20,47 EUR voor de openbare sector per bestaand en erkend bed op 1 januari, voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget vastgesteld wordt;

2° voor alle andere ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten : 40,74 EUR, waarde vastgesteld op 1 januari 2002, voor de private sector en 40,57 EUR voor de openbare sector per bestaand en erkend bed op 1 januari voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget vastgesteld wordt.

**Art. 55.** §1. Voor de registratie van de activiteiten van de spoedgevallendienst en de MUG's, van de minimale verpleegkundige gegevens en van de minimale klinische gegevens wordt op jaarbasis een basisbedrag toegekend van 18.330,36 EUR voor de algemene privé-ziekenhuizen en 18.118,68 EUR voor de algemene openbare ziekenhuizen vermeerderd met 141,75 EUR voor de algemene privé-ziekenhuizen en 140,74 EUR voor de algemene openbare ziekenhuizen (waarde op 1 januari 2002) per bestaand en erkend bed op 1 januari voorafgaand aan het dienstjaar waarvan het budget wordt vastgesteld. Die bepaling is niet van toepassing op de bestaande en erkende bedden met kenletter A, T en K.

De bedragen per bed worden respectievelijk op 205,36 EUR en 203,65 EUR gebracht op het ogenblik dat de registratie en vermelding van de gegevens met betrekking tot de spoedgevallendienst en MUG's verplicht zullen worden volgens de richtlijnen en modaliteiten door Ons te bepalen.

Les associations qui désirent participer à ce projet doivent transmettre leur demande à l'Administration des Soins de santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux. Le dossier introduit à l'appui de leur demande doit prouver qu'elles répondent aux critères suivants :

- avoir le statut de plate-forme de concertation soins de santé mentale;

- au sein de chaque association, au moins un établissement de chacun des cinq secteurs partiels de soins de santé mentale suivants doit participer à ce projet-pilote : (1) un hôpital psychiatrique; (2) une section psychiatrique d'un hôpital général; (3) une maison de soins psychiatriques; (4) une initiative d'habitation protégée ou (5) un centre de santé mentale;

- les associations participantes concluent un accord de coopération visant à déterminer, entre autres, quelle association assumera les fonctions de coordination globale et de rédaction des rapports.

Le budget pour le subventionnement des médiateurs est réparti entre les associations participantes selon une clé de répartition basée sur le nombre d'habitants de la région de l'association, pour autant qu'elles répondent aux obligations contractuelles. Les associations qui seront chargées de la coordination générale et de la rédaction du rapport recevront annuellement un budget forfaitaire complémentaire de 25.522,82 EUR.

Le financement précité est accordé à l'hôpital psychiatrique faisant partie de l'association participante. Une convention écrite passée entre l'hôpital et la plate-forme règle les modalités de la transmission du financement.

Des conventions écrites seront établies entre les associations retenues, le Ministre de la Santé publique et le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, qui stipulent notamment l'objet et la durée du projet, la justification des dépenses, les obligations en matière de rapport à fournir au Ministère des Affaires sociales, la Santé publique et l'Environnement, Administration des Soins de santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux.

**Art. 53.** Afin de répondre aux obligations légales concernant le médecin-chef, la Sous-partie B4 du budget des moyens financiers est augmentée d'un montant forfaitaire égal à 191,83 EUR pour les hôpitaux privés et 190,71 EUR pour les hôpitaux publics, valeur fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2002, par lit agréé et existant au 1<sup>er</sup> janvier qui précède l'exercice de fixation du budget. Le financement ainsi octroyé doit obligatoirement être imputé en déduction des coûts relatifs à l'exercice de la fonction de médecin-chef.

**Art. 54.** Afin de satisfaire à l'obligation de désignation d'un réviseur d'entreprise prévue à l'article 80 de la loi sur les hôpitaux, la Sous-partie B4 du budget est augmentée de manière forfaitaire :

1° pour tous les hôpitaux agréés sous l'index Sp et pour tous les hôpitaux psychiatriques : de 20,89 EUR, valeur fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2002, pour le secteur privé et de 20,47 EUR pour le secteur public par lit agréé et existant au 1<sup>er</sup> janvier qui précède l'exercice de fixation du budget;

2° pour tous les autres hôpitaux et services : 40,74 EUR, valeur fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2002, pour le secteur privé et de 40,57 EUR pour le secteur public par lit agréé et existant au 1<sup>er</sup> janvier qui précède l'exercice de fixation du budget.

**Art. 55.** § 1<sup>er</sup>. Pour l'enregistrement des activités du service d'urgences et des SMUR, du résumé infirmier minimum et du résumé clinique minimum, il sera, sur une base annuelle, accordé un montant de base de 18.330,36 EUR pour les hôpitaux généraux privés et 18.118,68 EUR pour les hôpitaux généraux publics, augmenté de 141,75 EUR pour les hôpitaux généraux privés et 140,74 EUR pour les hôpitaux généraux publics (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2002) par lit agréé et existant au 1<sup>er</sup> janvier qui précède l'exercice de fixation du budget. Cette disposition ne vise pas les lits agréés et existants sous les index A, T et K.

Les montants par lit seront portés respectivement à 205,36 EUR et 203,65 EUR à partir du moment où l'enregistrement et la collecte des données relatives aux services d'urgence et aux SMUR seront rendus obligatoires selon les règles et modalités à fixer par Nous.

§ 2. Voor de registratie van de minimale psychiatrische gegevens in de diensten A, T en K van de algemene ziekenhuizen worden de volgende bedragen toegekend :

- een eenmalige vergoeding van 3.543,75 EUR voor de private sector en 3.518,39 EUR voor de openbare sector;

- een bedrag van 141,75 EUR voor de private sector en van 140,74 EUR voor de openbare sector (waarde op 1 januari 2002) per erkend en bestaand A-, T- en K-bed op 1 januari voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget vastgesteld wordt.

§ 3. Indien deze gegevens zoals bedoeld in §§ 1 en 2 niet overeenkomstig de gestelde regelen worden medegedeeld aan de Minister van Volksgezondheid, wordt het budget verhoudingsgewijs voor de resterende periode van het dienstjaar verminderd tot op het ogenblik dat de gegevens op een correcte wijze medegedeeld zijn geweest.

**Art. 56.** § 1. Teneinde te voldoen aan de wettelijke verplichtingen met betrekking tot de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en de geneesheer-ziekenhuishygiënist, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 7 november 1988, wordt Onderdeel B4 van het budget, met ingang van 1 juli van het dienstjaar, voor beide functies verhoogd met :

46.650,83 EUR (index op 1 januari 2002) per fulltime equivalent verpleegkundige-ziekenhuishygiënist, 72.908,27 EUR (index 1 januari 2002) per fulltime equivalent geneesheer-ziekenhuishygiënist.

Het respectievelijk aantal fulltime equivalenten wordt als volgt berekend :

- voor de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist :  $Bi \times C / 1\ 000$

- voor de geneesheer- ziekenhuishygiënist :  $Bi \times C / 2\ 400$

Waar :

$Bi$  = aantal verantwoorde bedden vastgesteld volgens bijlage 3 van dit besluit voor de betrokken dienst op 1 juli van het dienstjaar. Voor het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002 zal echter het aantal bestaande en erkende bedden op 1 januari 2002 worden gebruikt.

$C$  = 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 Sp-diensten en geïsoleerd G-diensten

$Sp = 0,2$

$G = 1;$

- voor de acute ziekenhuizen :

$C = 3$

$D = 2,3$

$C+D(I) = 4,6$

$E = 2,3$

$M = 2,3$

$N = 4,6$

$L = 4,6$

$G = 1,5$

$A = 0,2$

$T = 0,1$

$K = 0,2$

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

§ 2. Teneinde de initiatieven "toezicht op de nosocomiale infecties" te bevorderen en te stimuleren in de acute ziekenhuizen, wordt Onderdeel B4 verhoogd met een forfaitair bedrag van 3.920,22 EUR voor de ziekenhuizen die deelnemen aan het opvragen van gegevens in het kader van één van volgende protocollen :

1. toezicht pneumoniën en bacteriemiën in de eenheden intensieve zorgen volgens het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur en de Belgische Maatschappij voor Intensieve en Spoedgevalleneeskunde;

§ 2. Pour l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum dans les services A, T et K des hôpitaux généraux, il est octroyé les montants suivants :

- une indemnité unique de 3.543,75 EUR pour le secteur privé et de 3.518,39 EUR pour le secteur public;

- un montant de 141,75 EUR pour le secteur privé et de 140,74 EUR pour le secteur public (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2002) par lit agréé et existant sous les index A, T et K au 1<sup>er</sup> janvier qui précède l'exercice de fixation du budget.

§ 3. Si les données dont question aux §§ 1 et 2 ne sont pas communiquées conformément aux règles fixées, au Ministre de la Santé publique, le budget sera réduit pour la période restante de l'exercice, jusqu'au moment où les données auront été communiquées d'une manière correcte.

**Art. 56.** § 1<sup>er</sup>. Afin de répondre aux obligations légales concernant l'infirmier(e) hygiéniste hospitalier(e) et le médecin hygiéniste hospitalier, visées à l'arrêté royal du 7 novembre 1988, la Sous-partie B4 du budget est, à partir du 1<sup>er</sup> juillet de l'exercice, augmentée pour les deux fonctions de :

46.650,83 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) par infirmier(e) en hygiène hospitalière équivalent temps plein, 72.908,27 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) 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 :  $Li \times C / 1\ 000;$

- pour le médecin en hygiène hospitalière :  $Li \times C / 2\ 400$

Où :

$Li$  = nombre de lits justifiés déterminés conformément à l'annexe 3 du présent arrêté pour le service concerné au 1<sup>er</sup> juillet de l'exercice. Cependant, pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002, le nombre de lits existants et agréés au 1<sup>er</sup> janvier 2002 sera utilisé.

$C$  = 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

$Sp = 0,2$

$G = 1;$

- pour les hôpitaux aigus

$C = 3$

$D = 2,3$

$C+D(I) = 4,6$

$E = 2,3$

$M = 2,3$

$N = 4,6$

$L = 4,6$

$G = 1,5$

$A = 0,2$

$T = 0,1$

$K = 0,2$

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.

§ 2. Afin de promouvoir et stimuler les initiatives "surveillance des infections nosocomiales" dans les hôpitaux aigus, la Sous-partie B4 est augmentée d'un montant forfaitaire de 3.920,22 EUR pour les hôpitaux qui participent à la récolte des données dans le cadre d'un des protocoles suivants :

1. surveillance des pneumonies et des bactériémies dans les unités de soins intensifs selon le protocole de l'Institut scientifique de la Santé publique - Louis Pasteur et de la Société belge de Médecine intensive et de Médecine d'urgence;

2. toezicht op septicemieën over het hele ziekenhuis volgens het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur

of

3. toezicht op infecties van de operatiewonden volgens het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur.

Om te kunnen genieten van dit bedrag, dienen de ziekenhuizen zich te verbinden tot :

- het verzamelen van gegevens volgens één van voornoemde protocollen gedurende minstens één trimester in het jaar;

- het overdragen van de voormelde gegevens over het betreffende trimester voor het einde van de tweede maand die volgt op het beschouwde trimester aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur;

- het storten aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid Louis Pasteur van een bedrag van 2.231,04 EUR op rekeningnummer 001-1660480-13 aan het IWP Patrimonium met de vermelding "toezicht op nosocomiale infecties" en de naam van het ziekenhuis. Vanaf ontvangst van betaling zal het voormelde Instituut de gevraagde registratiemiddelen doorsturen.

De storting dient voor einde maart van ieder jaar vereffend te zijn.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur zal ieder ziekenhuis een feed-back geven met de analyse van de individuele gegevens en de nationale gegevens. Het zal eveneens iedere zes maanden aan de Minister die de vaststelling van het budget onder zijn bevoegdheid heeft een rapport overmaken met onder andere de nationale gegevens alsook de adviezen of aanbevelingen terzake.

§ 3. Om het voordeel van de financiering voorzien in § 1 te behouden dienen de ziekenhuizen deel te nemen aan een samenwerkingsplatform op het gebied van de ziekenhuishygiëne waarvan de doeleinden zullen worden vastgelegd door een overeenkomst tussen het platform en de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft. Het aantal platforms wordt vastgelegd op één per provincie met een maximum van tien voor het gehele land. Om de kosten van het secretariaat van voornoemd platform te dekken wordt een bedrag van 2.478,94 EUR toegekend via Onderdeel B4 van één van de aan het platform deelnemende ziekenhuizen. Hiertoe dient een overeenkomst gesloten te worden tussen het ziekenhuis en het platform en moet worden medegegeerd aan de Minister van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg.

**Art. 57.** Met het oog op de betaling voor de uitvoering van de administratieve taken van de geneesheren-diensthouders bedoeld in de wet van 26 juni 1990, wordt Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen die geesteszieken opnemen die het voorwerp zijn van een beschermingsmaatregel in het kader van de wet van 26 juni 1990 als volgt verhoogd :

1° met een forfaitair bedrag van 4.970,72 EUR voor de privésector en met 4.935,18 EUR voor de openbare sector (index 1 januari 2002) per jaar, op voorwaarde dat minstens één geesteszieke die het voorwerp is van een beschermingsmaatregel in het kader van de wet van 26 juni 1990 in het ziekenhuis is opgenomen tijdens het dienstjaar voorafgaand aan de vaststelling van het budget;

2° met een forfaitair bedrag van 248,54 EUR voor de privésector en 246,76 voor de openbare sector (index 1 januari 2002) opgenomen geesteszieke die het voorwerp is van een beschermingsmaatregel in het kader van de wet van 26 juni 1990, opgenomen tijdens het dienstjaar voorafgaand aan de vaststelling van het budget.

Voor de vaststelling van het budget op 1 juli 2002 wordt er voor de toepassing van de punten 1 en 2 niettemin rekening gehouden met de gegevens betreffende het jaar 2000.

**Art. 58.** Met het oog op de permanente opleiding van het verpleegkundig personeel bevat Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen een forfaitair bedrag waarvan de waarde gelijk is aan deze van 30 juni 2002.

**Art. 59.** Ter dekking van de lasten van een personeelslid, voor 3/4 tewerkgesteld, voor het interne vervoer van de opgenomen patiënten, wordt Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen vermeerderd met een bedrag waarvan de waarde gelijk is aan die van 30 juni 2002.

**Art. 60.** Om het de psychiatrische ziekenhuizen mogelijk te maken de bijkomende kosten te dragen die niet gedekt worden door de reeds toegekende uitkering ingevolge de tewerkstelling van de gesubsidieerde contractuelen, wordt er aan de bedoelde ziekenhuizen per VTE een forfaitair bedrag van 6.232,22 EUR voor de privé-ziekenhuizen en van 6.309,60 EUR voor de openbare ziekenhuizen toegekend (waarde op 1 januari 2002).

2. surveillance des septicémies au niveau de tout l'hôpital selon le protocole de l'Institut scientifique de la Santé publique - Louis Pasteur

ou

3. surveillance des infections des plaies opératoires selon le protocole de l'Institut scientifique de la Santé publique - Louis Pasteur.

Pour bénéficier de ce montant, les hôpitaux doivent s'engager à :

- récolter les données relatives selon un des protocoles précités pendant au minimum un trimestre dans l'année;

- transmettre les données précitées relatives au trimestre concerné avant la fin du deuxième mois qui suit le trimestre considéré, à l'Institut scientifique de la Santé publique - Louis Pasteur;

- verser un montant de 2.231,04 EUR à l'Institut scientifique de la Santé publique, Louis Pasteur au compte n° 001-1660480-13 de l'ISP Patrimoine avec la mention "surveillance des infections nosocomiales" et le nom de l'hôpital. Dès réception du paiement, l'Institut précité transmettra à l'hôpital les outils d'enregistrement requis.

Le versement doit intervenir avant la fin mars de chaque année.

L'Institut scientifique de la Santé publique - Louis Pasteur communiquera à chaque hôpital un feed back qui contiendra l'analyse de données individuelles et de données nationales. Il fournira également tous les six mois au Ministre qui a la fixation du budget financier dans ses attributions, un rapport reprenant notamment les données nationales ainsi que les avis ou recommandations en la matière.

§ 3. Pour conserver le bénéfice du financement prévu au § 1, les hôpitaux doivent participer à une plate-forme de collaboration en matière d'hygiène hospitalière dont les objectifs seront fixés par convention entre la plate-forme et le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Le nombre de plate-formes est fixé à une par province avec un maximum de dix pour tout le pays. Pour couvrir les frais de secrétariat de ladite plate-forme, un montant de 2.478,94 EUR est alloué via la Sous-partie B4 d'un des hôpitaux participant à la plate-forme. Une convention à cet effet doit être conclue entre l'hôpital et la plate-forme et doit être communiquée au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé.

**Art. 57.** En vue du paiement du traitement pour les missions administratives des Médecins-chefs de service, visés par la loi du 26 juin 1990, la Sous-partie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux qui admettent des malades mentaux faisant l'objet d'une mesure de protection prise dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 est majorée comme suit :

1° d'un montant forfaitaire de 4.970,72 EUR pour le secteur privé et de 4.935,18 EUR pour le secteur public (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) par an, à condition qu'au moins un malade mental faisant l'objet d'une mesure de protection prise dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 ait été admis à l'hôpital durant l'exercice précédant l'exercice de fixation du budget;

2° d'un montant forfaitaire de 248,54 EUR pour le secteur privé et de 246,76 EUR pour le secteur public (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) par malade mental admis durant l'exercice précédant l'exercice de fixation du budget, faisant l'objet d'une mesure de protection prise dans le cadre de la loi du 26 juin 1990.

Cependant, pour la fixation du budget au 1<sup>er</sup> juillet 2002, il sera tenu compte pour l'application des points 1 et 2 des données relatives à l'année 2000.

**Art. 58.** En vue d'assurer la formation permanente du personnel infirmier, la Sous-partie B4 du budget des moyens financiers comprend un montant forfaitaire dont la valeur est égale à celle du 30 juin 2002.

**Art. 59.** En vue de couvrir les charges découlant de l'octroi d'un membre de personnel 3/4 temps, pour assurer le transport interne des patients hospitalisés, par 30 lits occupés, la Sous-partie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux publics est majorée d'un montant dont la valeur est égale à celle du 30 juin 2002.

**Art. 60.** Pour permettre aux hôpitaux psychiatriques de supporter le coût supplémentaire, non couvert par l'allocation déjà attribuée résultant de la mise au travail, des contractuels subventionnés, il est octroyé aux hôpitaux susvisés par E.T.P. un montant forfaitaire 6.232,22 EUR pour les hôpitaux privés et 6.309,60 EUR pour les hôpitaux publics (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2002).



Bovengenoemd bedrag wordt toegekend voor zover aan de volgende voorwaarden wordt voldaan :

- het tewerkstellingsvolume in het psychiatrisch ziekenhuis moet, zoals bepaald in de omzendbrief van 10 juni 1988 behouden blijven;
- het ziekenhuis moet de minimale psychiatrische gegevens overzenden;
- per verpleegeenheid dient een document opgesteld te worden dat de volgende gegevens bevat :
  - de doelgroep van de eenheid;
  - de te bereiken doelstelling;
  - het therapieprogramma (observatie en behandeling);
  - het behandelend team;
  - de planning.

Dit stuk moet per burgerjaar uiterlijk tegen 1 mei van het volgend burgerlijk jaar aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu - Bestuur van de Gezondheidszorg- worden bezorgd.

**Art. 61.** Voor de registratie van de minimale psychiatrische gegevens wordt op jaarbasis een basisbedrag toegekend van 6.987,70 EUR per psychiatrisch privé-ziekenhuis en 7.043,60 EUR per openbaar psychiatrisch ziekenhuis met minder dan 150 erkende bedden en 13.975,40 EUR per psychiatrisch privé-ziekenhuis en 14.087,20 EUR per psychiatrisch openbaar ziekenhuis met minstens 150 erkende bedden, vermeerderd met 139,75 EUR voor de privé-ziekenhuizen en 140,87 EUR voor de openbare ziekenhuizen (waarde op 1 januari 2002) per bestaand en erkend bed op 1 januari dat aan het dienstjaar van vaststelling van het budget voorafgaat.

Indien die gegevens niet overeenkomstig de geldende regels worden medegedeeld aan de Minister van Volksgezondheid, wordt vanaf de betreffende datum het budget voor de resterende periode van het dienstjaar verminderd tot wanneer de gegevens correct medegedeeld zijn geweest.

**Art. 62.** De bedragen toegekend op 30 juni 2002 voor de evaluatie van de kwaliteit van de medische en verpleegkundige activiteiten en de bevordering van de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteiten, blijven vanaf 1 juli 2002 van toepassing.

**Art. 63.** Teneinde de multidisciplinaire coördinatie van de zorg aan patiënten met het oog op hun ontslag en een continuë efficiënte kwaliteitszorg te bevorderen, wordt een forfaitair bedrag, dat hierna vastgesteld wordt, toegekend aan de psychiatrische ziekenhuizen en Sp-diensten die het zorgmodel « Casemanagement » wensen uit te testen.

De deelname van de ziekenhuizen geschiedt op vrijwillige basis via een basisopleiding en een permanente begeleiding door wetenschappelijke teams.

De kandidaturen moeten ingediend worden bij het Ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Directie Gezondheidszorgbeleid.

Voor de ziekenhuizen die in aanmerking komen op grond van de criteria bepaald door de Minister die het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, wordt Onderdeel B4 vermeerderd met een forfaitair bedrag van 18.592,01 EUR (waarde op 1 januari 2002) voor een personeelslid, belast met een actieve caseload van minstens 10 patiënten, die permanent en systematisch gevolgd moeten worden volgens het in het eerste lid bedoelde model.

Om het voordeel van de bovengenoemde financiering te behouden, moeten de ziekenhuizen :

- de onderrichtingen van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Directie Gezondheidszorgbeleid opvolgen;
- elk kwartaal een anoniem gemaakt rapport over de opvolging van elke patiënt indienen.

**Art. 64.** Teneinde de initiatieven "multidisciplinaire kwaliteit ziekenhuizen" te ontwikkelen en te stimuleren en de haalbaarheid van de functie kwaliteitscoördinatie in de verschillende organisatiemodellen binnen het ziekenhuis te onderzoeken, wordt een forfaitair bedrag van 41.104,11 EUR (waarde op 1 januari 2002) toegekend aan de ziekenhuizen die in het kader van de kwaliteitsproefprojecten in aanmerking werden genomen.

L'octroi de ce montant est subordonné aux conditions suivantes :

- le maintien du volume de l'emploi dans l'hôpital psychiatrique tel que mentionné dans la circulaire du 10 juin 1988;
- l'envoi des données relatives au résumé psychiatrique minimum;
- l'élaboration, par unité de soins, d'un document reprenant les données suivantes :
  - le groupe cible de l'unité;
  - le but à atteindre;
  - le programme thérapeutique (observation et traitement);
  - l'équipe traitante;
  - le planning.

Ce document doit être établi par année civile et doit être transmis pour le 1<sup>er</sup> mai de l'année civile suivante au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement - Administration des Soins de Santé.

**Art. 61.** Pour l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum il sera, sur une base annuelle, accordé un montant de base de 6.987,70 EUR par hôpital psychiatrique privé et de 7.043,60 EUR par hôpital psychiatrique public de moins de 150 lits agréés et de 13.975,40 EUR par hôpital psychiatrique privé et de 14.087,20 EUR par hôpital psychiatrique public d'au moins 150 lits agréés, augmenté d'un montant de 139,75 EUR pour les hôpitaux privés et 140,87 EUR pour les hôpitaux publics (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2002) par lit agréé et existant au 1<sup>er</sup> janvier qui précède l'exercice fixation du budget.

Si ces données ne sont pas communiquées, conformément aux règles fixées, au Ministre de la Santé publique, le budget sera, à la date en question, réduit pour la période restante de l'exercice, jusqu'au moment où les données auront été communiquées d'une manière correcte.

**Art. 62.** Les montants octroyés au 30 juin 2002 pour l'évaluation de la qualité des activités médicales et infirmières et la promotion de l'intégration de l'activité médicale dans l'ensemble des activités de l'hôpital, restent d'application à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2002.

**Art. 63.** Afin de promouvoir la coordination multi-disciplinaire des soins aux patients de manière à préparer la sortie du patient en vue d'assurer la continuité des soins efficaces et de qualité, il est octroyé un montant forfaitaire déterminé ci-après aux hôpitaux psychiatriques et aux services Sp qui désirent tester le modèle de soins "Casemanagement".

La participation des hôpitaux se fera sur base volontaire moyennant une formation de base et un accompagnement permanent par des équipes scientifiques.

Les candidatures doivent être transmises au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé, Direction de la Politique des Soins de Santé.

Pour les hôpitaux retenus sur base de critères déterminés par le Ministre qui a le budget des moyens financiers dans ses attributions, la Sous-partie B4 sera augmentée d'un montant forfaitaire de 18.592,01 EUR (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2002) pour un membre de personnel chargé d'un caseload actif d'au moins 10 patients qui doivent être suivis de manière permanente et systématique selon le modèle visé au premier paragraphe.

Pour conserver le bénéfice du financement précité, les hôpitaux devront :

- suivre les instructions émanant du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé, Direction de la Politique des Soins de Santé;
- communiquer chaque trimestre un rapport anonymisé sur le suivi de chaque patient.

**Art. 64.** Afin de promouvoir et stimuler les initiatives "qualité multidisciplinaire dans les hôpitaux" et d'examiner la faisabilité de la fonction de coordination de qualité dans les différents modèles organisationnels à l'intérieur de l'hôpital, il est octroyé un montant forfaitaire de 41.104,11 EUR (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2002) aux hôpitaux qui sont retenus dans le cadre des projets pilotes de qualité.

Om van voormeld bedrag te kunnen genieten, dienen de ziekenhuizen aan het Bestuur van de Gezondheidszorg projectvoorstellen te zenden die volgende elementen moeten bevatten :

1. een gedetailleerde beschrijving van de manier waarop de functie in kwaliteitscoördinatie concreet zal worden ingevuld (curriculum, vorming en profiel - plaats in het organigram van het ziekenhuis - verbinding tussen de verschillende departementen (medisch - verpleegkundig - paramedisch - administratief...) - al dan niet de aanwezigheid van een begeleidende werkgroep en de samenstelling ervan...);

2. een concreet project inzake multidisciplinaire kwaliteit. Het project mag reeds een jaar aan de gang zijn, maar moet nog lopen. De kwaliteitsprojecten in het kader van de BIOMED-projecten zoals decubituspreventie, het verpleegkundig dossier, het medisch dossier, de transfusies... komen hiervoor niet in aanmerking.

De Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft zal de proefprojecten selecteren op advies van een begeleidend comité opgericht bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

Om de voormelde financiering te behouden, dienen de ziekenhuizen tijdens de duur van het proefproject vorderingsstaten en een eindrapport op te maken overeenkomstig de richtlijnen van het voornoemde begeleidend comité.

**Art. 65.** Met het oog op de financiering van de kosten betreffende een mobiele equipe of een mobiel supportteam voor de erkende palliatieve functie wordt Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen als volgt vermeerderd :

a) algemene ziekenhuizen :

- voor de ziekenhuizen met minder dan 500 bedden met een bedrag van 72.740,04 EUR overeenstemmend met een bezetting van 1/2 VTE arts met voldoende vorming en/of ervaring in palliatieve zorgen, 1/2 VTE geïnduceerde verpleegkundige en 1/2 VTE psycholoog;

- voor de ziekenhuizen met 500 bedden of meer, een bedrag van 72.740,04 EUR vermenigvuldigd met het aantal bedden van het ziekenhuis gedeeld door 500.

Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt enkel rekening gehouden met de bestaande en erkende acute bedden op 1 januari voorafgaand aan het dienstjaar van vaststelling van het budget.

b) Geïsoleerde G-diensten of Sp-diensten met uitzondering van Sp-diensten voor palliatieve verzorging :

met een forfaitair bedrag van 11.485,27 EUR (waarde op 1 januari 2002) voor de diensten met minder dan 40 erkende bedden en met 20.418,26 EUR (waarde op 1 januari 2002) voor de diensten met 40 of meer erkende bedden. Het bedrag wordt toegekend op basis van de erkende bedden op 1 januari voorafgaand aan het dienstjaar van vaststelling van het budget

c) Om het voordeel van de in de punten a) en b) bedoelde financiering te behouden, moeten de ziekenhuizen een evaluatierapport met betrekking tot de palliatieve functie indienen.

Dit rapport moet opgemaakt worden volgens het model en de registratievoorwaarden, bepaald door 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 en moet voor de 1e mei die volgt op het beschouwde burgerlijk jaar gezonden worden aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer der Ziekenhuizen.

**Art. 66.** Voor de registratie van de minimale psychiatrische gegevens in de psychiatrische verzorgingstehuizen wordt aan het psychiatrisch ziekenhuis dat een overeenkomst heeft afgesloten met één of meerdere psychiatrische verzorgingstehuizen, op jaarbasis een basisbedrag toegekend van 2.478,94 EUR per psychiatrisch verzorgingstehuis, vermeerderd met 53,73 EUR (waarde op 1 januari 2002) per bestaand en erkend bed in een psychiatrisch verzorgingstehuis op 1 januari dat aan het dienstjaar van vaststelling van het budget voorafgaat.

Dit bedrag wordt, op basis van de in het eerste lid bedoelde overeenkomst, door de beheerder integraal doorgestort aan het desbetreffend psychiatrisch verzorgingstehuis.

De toekenning van het in het eerste lid bedoelde bedrag is afhankelijk van het bewijs dat ten minste twee personeelsleden van het desbetreffend psychiatrisch verzorgingstehuis de registratiecursus, georganiseerd door het Departement van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu hebben gevolgd.

**Art. 67.** Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen van de psychiatrische ziekenhuizen omvat op 1 juli 2002 de toegekende bedragen op 30 juni 2002 voor de banen « T1 en T2 ».

Afin de bénéficier du montant précité, les hôpitaux doivent transmettre à l'Administration des Soins de Santé des propositions de projets qui doivent contenir :

1. une description détaillée de la manière dont la fonction de coordination de la qualité sera remplie concrètement (curriculum, formation et profil - positionnement dans l'organigramme de l'hôpital - liaison entre les différents départements (médical, infirmier, paramédical, administratif...) - s'il y a oui ou non un groupe de travail d'accompagnement et sa composition...);

2. un projet qualité multi-disciplinaire concret. Le projet peut être déjà commencé depuis un an mais doit encore être en cours. Les projets de qualité dans le cadre des projets BIOMED comme la prévention des escarres, le dossier infirmier, le dossier médical, les transfusions... ne peuvent pas être pris en compte pour cet "appel à projet".

La sélection des projets pilotes sera effectuée par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, sur avis d'un comité d'accompagnement constitué au sein du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

Les hôpitaux devront fournir, pendant la durée du projet pilote, des états d'avancement et un rapport final en se conformant aux directives émanant du comité d'accompagnement précité.

**Art. 65.** En vue de financer les coûts relatifs à une équipe mobile ou une équipe mobile de support pour la fonction palliative agréée, la Sous-partie B4 du budget des moyens financiers est augmentée :

a) hôpitaux généraux :

- pour les hôpitaux de moins de 500 lits, d'un montant de 72.740,04 EUR (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2002) correspondant à l'occupation de 1/2 ETP médecin avec la formation requise et/ou l'expérience en soins palliatifs, de 1/2 ETP infirmier(e) gradué(e) et de 1/2 ETP psychologue;

- pour les hôpitaux de 500 lits et plus, d'un montant de 72.740,04 EUR (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2002) multiplié par le nombre de lits de l'hôpital et divisé par 500.

Pour la fixation du nombre de lits, il n'est tenu compte que des lits aigus agréés et existants au 1<sup>er</sup> janvier qui précède l'exercice de fixation du budget.

b) Services G isolés ou Sp isolés à l'exception des lits Sp - soins palliatifs :

d'un montant forfaitaire de 11.485,27 EUR (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2002) pour les services comptant moins de 40 lits agréés et de 20.418,26 EUR (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2002) pour les services comptant 40 lits agréés et plus. Le montant est attribué sur base des lits agréés au 1<sup>er</sup> janvier qui précède l'exercice de fixation du budget.

c) Pour conserver le bénéfice du financement repris aux points a) et b), les hôpitaux doivent faire parvenir un rapport d'évaluation de la fonction palliative.

Ce rapport sera établi par année civile selon le modèle fixé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions et devra être envoyé pour le 1<sup>er</sup> mai qui suit l'année civile considérée au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des soins de santé, Comptabilité et Gestion des hôpitaux.

**Art. 66.** Pour l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum dans les maisons de soins psychiatriques, l'hôpital psychiatrique qui a conclu une convention avec une ou plusieurs maisons de soins psychiatriques se voit octroyer, sur base annuelle, un montant de base de 2.478,94 EUR par maison de soins psychiatriques, majoré de 53,73 EUR (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2002) par lit de maison de soins psychiatriques agréé et existant au 1<sup>er</sup> janvier qui précède l'exercice de fixation du budget.

Ce montant est, sur la base de la convention visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, intégralement versé par le gestionnaire à la maison de soins psychiatriques concernée.

Le montant visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est octroyé moyennant la preuve que deux membres du personnel au moins de la maison de soins psychiatriques ont suivi le cours d'enregistrement organisé par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

**Art. 67.** La Sous-partie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux psychiatriques contient au 1<sup>er</sup> juillet 2002 les montants octroyés au 30 juin 2002 pour les emplois dit « T1 et T2 ».

**Art. 68.** Teneinde de erkende MUG-functie te financieren, wordt een forfaitair bedrag van 222.145,85 EUR (waarde op 1 januari 2002) 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. 69.** § 1. Binnen de grenzen van het beschikbare budget dat vastgesteld is op 2.771.449 EUR, wordt het Onderdeel B4 verhoogd met een forfaitair bedrag voor de ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van de pilootstudies.

Om in aanmerking te komen moeten deze studies aan volgende criteria voldoen :

- de studie moet het ziekenhuisbeheer betreffen, hetzij de constitutionele elementen van het budget van financiële middelen, hetzij de kwaliteit van de ziekenhuiszorgen, hetzij het verzamelen van de ziekenhuisgegevens;

- de studie dient een onderwerp te behandelen hetwelk het geheel der ziekenhuizen of een categorie van ziekenhuizen aanbelangt en de resultaten moeten kunnen veralgemeend worden tot deze ziekenhuizen;

- de promotor van de studie dient feedback te waarborgen van de studie tegen het ziekenhuis of ziekenhuizen dewelke gegevens ter beschikking hebben gesteld alsook naar het geheel van de betrokken sector;

- de gegevens van de studie dienen rechtstreeks vanuit één of meerdere ziekenhuizen te komen.

De studies dienen het voorwerp uit te maken van een geschreven overeenkomst tussen de Minister dewelke het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, de Minister dewelke de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, de betrokken ziekenhuizen en de promotor van de studie.

Deze overeenkomsten dienen de criteria te vermelden die dienden als basis voor de selectie van de betrokken ziekenhuizen en de promotor van de studie, het doel en de duur van de studie, de financiering toegekend aan het ziekenhuis, de verantwoording van de uitgaven, het bedrag en de wijze waarop het ziekenhuis de promotor van de studie vergoedt alsook de verplichtingen van de promotor om de studie betreffende de feedback naar de deelnemende ziekenhuizen en het rapport te bezorgen aan de Minister die het budget van financiële onder zijn bevoegdheid heeft en aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

§ 2. Pilotstudies kunnen eveneens gerealiseerd worden in het kader van de bemiddelingsfunctie in de algemene ziekenhuizen. De na te leven modaliteiten en voorwaarden met betrekking tot deze pilootstudies zullen worden vastgelegd in een overeenkomst met de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

**Art. 70.** Met het oog op de bevordering van een efficiënt opname- en ontslagbeleid in de acute ziekenhuizen, wordt Onderdeel B4 vermeerderd met een forfaitair bedrag van 5.104,56 EUR (waarde op 1 januari 2002) voor de ziekenhuizen die een samenwerkingsprotocol over het bovengenoemde beleid afgesloten hebben met de huisartsen van de aantrekkingszone van het ziekenhuis.

Dit protocol, opgesteld volgens het model en de specifieke doelstellingen bepaald door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft en door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, moet ingediend worden bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg.

Een overleggroep, op voorstel van het Bestuur van de Gezondheidszorg, samengesteld uit vertegenwoordigers van de huisartsen en de hoofdgeneesheren van de acute ziekenhuizen wordt door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft samen met het Bestuur van de Gezondheidszorg belast met de opvolging en de evaluatie van de ingediende projecten.

**Art. 71.** Binnen de grenzen van het beschikbare budget dat op 781.064,81 EUR is vastgesteld (index 1 januari 2002) wordt Onderdeel B4 verhoogd met een forfaitair bedrag voor de ziekenhuizen die deelnemen aan de verwezenlijking van pilootprojecten die verband houden met een betere opvang van kinderen in de ziekenhuizen.

**Art. 68.** En vue de financer la fonction agréée SMUR, il est octroyé un montant forfaitaire de 222.145,85 EUR (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2002).

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. 69.** § 1. Dans les limites du budget disponible fixé à 2.771.449 EUR, la Sous-partie B4 est augmentée d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux qui participent à la réalisation d'études-pilotes.

Pour être prises en considération, lesdites études doivent répondre aux critères ci-après :

- l'étude doit concerner la gestion hospitalière, soit les éléments constitutifs du budget des moyens financiers, soit la qualité des soins hospitaliers, soit la collecte de données hospitalières;

- l'étude doit porter sur un sujet qui concerne l'ensemble des hôpitaux ou une catégorie d'hôpitaux et ses résultats doivent pouvoir être généralisés à ces hôpitaux;

- le promoteur de l'étude doit s'engager à assurer un retour de l'étude vers l'hôpital ou les hôpitaux qui ont fourni les données ainsi que vers l'ensemble du secteur concerné;

- les données de l'étude doivent directement provenir d'un ou de plusieurs hôpitaux.

Les études retenues feront l'objet de conventions écrites entre le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, les hôpitaux concernés et le promoteur de l'étude.

Ces conventions mentionneront notamment, les critères qui ont servi de base pour la sélection des hôpitaux concernés et du promoteur de l'étude, l'objet et la durée de l'étude, le financement accordé à l'hôpital, le mode de justification des dépenses, le montant et la manière par lesquels l'hôpital rémunère le promoteur de l'étude ainsi que les obligations du promoteur de l'étude en matière de feed-back vers les hôpitaux participants et de rapport à fournir au Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions et au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

§ 2. Des études-pilotes pourront également être réalisées dans le cadre de la fonction de médiation dans les hôpitaux généraux. Les modalités et les conditions à respecter pour ces études-pilotes feront l'objet d'une convention avec le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

**Art. 70.** Afin de promouvoir une politique efficace d'admissions et de sorties dans les hôpitaux aigus, la sous-partie B4 est augmentée d'un montant forfaitaire de 5.104,56 EUR (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2002) pour les hôpitaux qui ont conclu un protocole de collaboration avec les médecins généralistes de la zone d'attractivité de l'hôpital portant sur la politique précitée.

Ce protocole, établi selon le modèle et les objectifs spécifiques fixés par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions et par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, doit être transmis au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement - Administration des Soins de santé dans le délai fixé par les deux Ministres précités.

Un groupe de concertation composé, sur proposition de l'Administration des soins de santé, de représentants des médecins généralistes et des médecins-chefs d'hôpitaux aigus est chargé par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions et par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions de collaborer avec l'Administration des soins de santé pour le suivi et l'évaluation, a posteriori, des projets transmis.

**Art. 71.** Dans les limites du budget disponible fixé à 781.064,81 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) la Sous-partie B4 est augmentée d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux qui participent à la réalisation de projets pilotes portant sur l'amélioration de l'accueil des enfants dans les hôpitaux.

Deze pilootstudies hebben betrekking op :

1° het valoriseren van de ervaring opgedaan met specifieke psychiatrische programma's voor adolescenten in de K-diensten.

De ziekenhuizen die aan dit project deelnemen, zullen op basis van volgende criteria geselecteerd worden :

- de diensten moeten zowel voorzien in een residentiële eenheid, partiële hospitalisatie als in ambulante begeleiding;
- er moet een functionele band zijn met de sociale diensten, de jeugdbescherming, enz.;
- het aantal opnamen van adolescenten in de betrokken K-dienst;
- het ziekenhuis moet ervaring hebben inzake onderzoeken met betrekking tot psychische problemen bij adolescenten.

De betrokken ziekenhuizen, 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, zullen geschreven overeenkomsten sluiten die het voorwerp, de duur van het project, de wijze van rechtvaardiging van de uitgaven en de verplichtingen inzake rapportering aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, nader bepalen.

Het bedrag, waarmee het Onderdeel B4 van de betrokken ziekenhuizen zal worden verhoogd, is vastgesteld op 45.317,75 EUR (index 1 januari 2002).

2° De ondersteuning en de ontwikkeling van de opvang van kinderen in de spoedgevallendiensten.

De ziekenhuizen die aan dit project deelnemen, zullen op basis van volgende criteria geselecteerd worden :

- een hoog aantal spoedopnamen van kinderen van minder dan 14 jaar (uitgezonderd de opnamen voor neonatologie);
- minstens beschikken over een E-dienst met minimum 30 bedden, een pediater die permanent aanwezig is in het ziekenhuis en een pediatische verpleegkundige die permanent aanwezig is voor de begeleiding van de kinderen tijdens de eerste opvang;
- beschikken over aparte boxen en aangepaste ruimten voor de opvang van kinderen.

De betrokken ziekenhuizen, 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, zullen geschreven overeenkomsten sluiten die het voorwerp, de duur van het project, de regeling voor de rechtvaardiging van de uitgaven en de verplichtingen inzake rapportering aan 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 nader bepalen.

Het bedrag, waarmee het Onderdeel B4 van de betrokken ziekenhuizen zal worden verhoogd, is vastgesteld op 69.309,51 EUR (index 1 januari 2002).

**Art. 72.** Het budget toegekend aan de ziekenhuizen ter dekking van de kosten betreffende de vakbondspremie en de aansluiting bij de confederatie van de non-profitsector of elke andere gelijkwaardige organisatie voor de openbare sector, bedoeld in artikel 16, 23), wordt vastgesteld op 0,1240 EUR per verantwoorde verpleegdag waarvan sprake in bijlage 3.

**Art. 73.** Binnen de grenzen van het op 8.713.457 EUR (index 1 januari 2002) vastgestelde beschikbare budget wordt Onderdeel B4 vermeerderd met een forfaitair bedrag voor de ziekenhuizen die deelnemen aan de verwezenlijking van proefprojecten betreffende de behandeling van psychiatrische patiënten.

Deze pilootprojecten betreffen :

a) het aanbod van een intensieve klinische behandeling voor de geïnterneerden met als doel een in de mate van het mogelijke mogelijke resocialisatie van deze patiënten.

De ziekenhuizen die aan dit project wensen deel te nemen moeten aan volgende criteria voldoen :

1. beschikken over het statuut van psychiatrisch ziekenhuis;
2. over erkende bedden beschikken;
3. er moet een functionele relatie bestaan tussen de kandidaat-instelling en de Commissie ter bescherming van de maatschappij;
4. minstens 5 jaar ervaring hebben met de verzorging van patiënten die met het statuut « geïnterneerden op proef » door een Commissie ter bescherming van de maatschappij voor verdere behandeling naar een psychiatrisch ziekenhuis zijn gestuurd;

Ces études pilotes concernent

1° la valorisation des expériences de programmes spécifiques psychiatriques pour adolescents dans les services K.

Les hôpitaux participant à ce projet seront sélectionnés sur base des critères suivants :

- les services doivent disposer aussi bien d'une unité résidentielle, d'une hospitalisation partielle que d'un accompagnement ambulatoire;
- une relation fonctionnelle doit exister avec les services sociaux, la protection de la jeunesse, etc.;
- le nombre d'admissions d'adolescents dans le service K;
- avoir une expérience de recherches relatives à la problématique psychique chez les adolescents.

Des conventions écrites seront établies entre les hôpitaux retenus, le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, qui stipuleront notamment l'objet et la durée du projet, le mode de justification des dépenses, les obligations en matière de rapport à fournir au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Le montant, dont la Sous-partie B4 des hôpitaux retenus sera augmentée, est fixé à 45.317,75 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002).

2° Le soutien et le développement de la prise en charge des enfants dans les services d'urgence.

Les hôpitaux participant à ce projet seront sélectionnés sur base des critères suivants :

- un grand nombre d'admissions d'urgence d'enfants de moins de 14 ans (exclus les admissions de néonatalogie);
- disposer au moins d'un service E de minimum 30 lits, d'un pédiatre présent en permanence dans l'hôpital et d'un(e) infirmier(e) pédiatrique présent(e) en permanence pour l'accompagnement des enfants lors de la prise en charge;
- disposer de box architecturalement séparés et d'espaces adaptés pour la prise en charge des enfants.

Des conventions écrites seront établies entre les hôpitaux retenus, le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, qui stipuleront notamment l'objet et la durée du projet, le mode de justification des dépenses, les obligations en matière de rapport à fournir au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et au Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions.

Le montant, dont la Sous-partie B4 des hôpitaux retenus sera augmentée, est fixé à 69.309,51 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002).

**Art. 72.** Le budget octroyé aux hôpitaux pour couvrir les coûts relatifs à la prime syndicale et à l'affiliation à la confédération du secteur non marchand ou tout autre organisme équivalent pour le secteur public visées à l'article 16, 23), est fixé à 0,1240 EUR par journée justifiée dont question à l'annexe 3.

**Art. 73.** Dans les limites du budget disponible fixé à 8.713.457 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002), la Sous-partie B4 est augmentée d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux qui participent à la réalisation de projets pilotes portant sur le traitement des patients psychiatriques.

Ces projets pilotes concernent :

a) l'offre d'un traitement clinique intensif pour les internés avec, comme but, la resocialisation dans la mesure du possible de ces patients.

Les hôpitaux qui participent à ce projet doivent répondre aux conditions suivantes :

1. avoir le statut d'hôpital psychiatrique;
2. disposer de lits agréés;
3. une relation fonctionnelle doit exister entre l'établissement candidat et la Commission pour la défense sociale;
4. avoir une expérience d'au moins 5 ans en matière de soins de patients orientés par la Commission de défense sociale avec le statut de "internés en probation", vers un hôpital psychiatrique pour un traitement ultérieur;

5. de instelling moet gedurende het jaar 2000 patiënten behandeld hebben die voldoen aan het statuut zoals omschreven onder criterium 4;

6. de instelling moet kunnen aantonen dat zij in de mogelijkheid is om een afzonderlijke eenheid van 8 bedden te creëren. De afzonderlijke eenheid dient te beschikken over ontvangst- en consultatieruimten, en bij voorkeur afzonderlijke kamers, voldoende sanitaire voorzieningen en een intern observatie-, alarm- en beveiligingssysteem.

Er moeten schriftelijke overeenkomsten gesloten worden tussen de in aanmerking genomen ziekenhuizen, en de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, die met name het voorwerp en de duur van het project, de rechtvaardigheid van de uitgaven, de verplichtingen inzake rapportering aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer van de Ziekenhuizen bepalen.

b) het onthaal en de behandeling van de patiënten met gedrags- en/of agressieve stoornissen.

De ziekenhuizen die aan dit project wensen deel te nemen moeten aan de volgende criteria voldoen :

1. het statuut hebben van een psychiatrisch ziekenhuis;

2. beschikken over erkende A-bedden;

3. minstens 5 jaar ervaring hebben met het behandelen van patiënten die voldoen aan de volgende insluitings- en uitsluitingscriteria :

\* Insluitingscriteria :

- patiënten die elke therapeutische setting ontwrichten;

- patiënten met uitgesproken gedragsstoornissen of agressief gedrag die in de voorgeschiedenis verschillende overplaatsingen en wijzigingen van settings hebben gekend en waarbij geen of onvoldoende therapeutisch resultaat werd berkeikt;

- de agressieproblematiek kan zowel auto- als heteroagressief gedrag omvatten, kan verwickeld zijn met een toxicomane problematiek en kan eventueel met een acuut psychotisch syndroom overeenstemmen.

\* Uitsluitingscriteria :

- patiënten zijn jonger dan 18 jaar of ouder dan 50 jaar;

- patiënten vertonen een duidelijke mentale handicap (IQ lager dan 65), en zijn niet in staat tot het aanleren van nieuw gedrag;

- patiënten met een chronisch onomkeerbare organische pathologie.

- patiënten met crimineel gedrag zonder specifieke psychiatrische pathologie of toxicomane patiënten zonder uitgesproken agressieproblemen;

- chronische psychotische toestanden waarbij weinig of geen verandering wordt verwacht.

4. De kandidaat-instelling moet kunnen aantonen dat zij in de mogelijkheid is om een afzonderlijke eenheid van minstens 8 bedden en maximum 12 bedden te creëren. De afzonderlijke eenheid dient te beschikken over ontvangst- en consultatieruimten, en bij voorkeur afzonderlijke kamers (minstens 60 %), voldoende sanitaire voorzieningen en een intern observatie-, alarm- en beveiligingssysteem.

Bovendien moet het bewijs geleverd worden van een bijzondere inspanning ter ondersteuning van de kwaliteit van het werk van het personeel via bijkomende vorming of extra begeleiding.

Er moeten schriftelijke overeenkomsten gesloten worden tussen de in aanmerking genomen ziekenhuizen, de Minister van Volksgezondheid en de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft welke het voorwerp, de duur van het project, de wijze waarop de uitgaven gerechtvaardigd worden en de verplichtingen inzake rapportering aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer van de ziekenhuizen nader bepalen.

c) de gezinsplaatsing van kinderen met geestesstoornissen.

De ziekenhuizen die aan dit project wensen mee te werken, moeten hun aanvraag indienen bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer van de ziekenhuizen. Het dossier ingediend ter ondersteuning van hun aanvraag moet aantonen dat ze aan de volgende criteria beantwoorden :

1. beschikken over het statuut van psychiatrisch ziekenhuis;

2. over erkende K-bedden beschikken;

3. in staat zijn de plaatsing van 15 kinderen te waarborgen door het bewijs te leveren van het bestaan van samenwerkingsovereenkomsten met de gezinnen.

5. au cours de l'année 2000, l'établissement doit avoir traité des patients qui satisfont au statut décrit au critère 4.;

6. l'établissement doit pouvoir montrer qu'il est en mesure de créer une unité séparée de 8 lits. L'unité séparée doit disposer d'espaces d'accueil et de consultation, ainsi que de chambres de préférence séparées, de suffisamment d'équipements sanitaires et d'un système interne d'observation, d'alerte et de sécurité.

Des conventions écrites seront établies entre les hôpitaux retenus, le Ministre de la Santé publique et le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, qui stipulent notamment l'objet et la durée du projet, le mode de justification des dépenses, les obligations en matière de rapport à fournir au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et l'Environnement, Administration des Soins de santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux.

b) l'accueil et le traitement des patients avec des troubles comportementaux et/ou agressifs.

Les hôpitaux qui participent à ce projet doivent répondre aux conditions suivantes :

1. avoir le statut d'hôpital psychiatrique;

2. disposer de lits agréés A;

3. avoir une expérience d'au moins 5 ans dans le traitement de patients qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

\* Critères d'inclusion :

- patients perturbant tout cadre thérapeutique;

- patients agressifs ou présentant des troubles du comportement manifestes et dont les antécédents médicaux attestent différents transferts et changements de cadre, avec des résultats thérapeutiques nuls ou insuffisants;

- l'agressivité peut se manifester par des comportements tant auto-agressifs que hétéro-agressifs, peut être liée à une toxicomanie et peut éventuellement correspondre à un syndrome psychotique aigu.

\* Critères d'exclusion :

- patients de moins de 18 ans ou de plus de 50 ans;

- patients présentant clairement un handicap mental (QI inférieur à 65), et incapables d'apprendre un nouveau comportement;

- patients affectés d'une pathologie organique chronique irréversible;

- patients présentant un comportement criminel en l'absence de pathologie psychiatrique spécifique ou patients toxicomanes sans problèmes manifestes d'agressivité;

- états psychotiques chroniques laissant espérer peu ou pas d'évolution.

4. L'établissement candidat doit pouvoir montrer qu'il est en mesure de créer une unité séparée disposant d'au minimum 8 lits et d'au maximum 12 lits. L'unité séparée doit disposer d'espaces d'accueil et de consultation, ainsi que de chambres de préférence séparées (au moins 60 %), de suffisamment d'équipements sanitaires et d'un système interne d'observation, d'alerte et de sécurité.

En outre, la preuve doit être apportée qu'un effort particulier de soutien à la qualité du travail du personnel via la formation complémentaire ou l'accompagnement est réalisé.

Des conventions écrites seront établies entre les hôpitaux retenus, le Ministre de la Santé publique et le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, qui stipulent notamment l'objet et la durée du projet, le mode de justification des dépenses, les obligations en matière de rapport à fournir au Ministère des Affaires sociales, la Santé publique et l'Environnement, Administration des Soins de santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux.

c) le placement en famille des enfants atteints de troubles mentaux.

Les hôpitaux qui désirent participer à ce projet doivent transmettre leur demande au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux. Le dossier introduit à l'appui de leur demande doit prouver qu'ils répondent aux critères suivants :

1. avoir le statut d'hôpital psychiatrique;

2. disposer de lits agréés K;

3. être en mesure d'assurer le placement de 15 enfants en faisant la preuve de l'existence de conventions de collaborations avec les familles.

Er moeten schriftelijke overeenkomsten afgesloten worden tussen de in aanmerking genomen ziekenhuizen, de Minister van Volksgezondheid en de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft. In die overeenkomsten wordt het voorwerp, de duur van het project, de wijze waarop de uitgaven verantwoord worden en de verplichtingen inzake rapportering aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer van de ziekenhuizen bepaald.

d) het onthaal en de behandeling van kinderen met gedrags- en/of agressieve stoornissen.

De ziekenhuizen die aan dit project wensen mee te werken, moeten hun aanvraag indienen bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer van de Ziekenhuizen. Het dossier ingediend ter ondersteuning van hun aanvraag moet aantonen dat ze aan de volgende criteria beantwoorden :

1. beschikken over erkende K-bedden;

2. over minstens vijf jaar ervaring beschikken inzake de behandeling van patiënten die voldoen aan de insluitings- en uitsluitingscriteria :

\* Inclusiecriteria :

- patiënten van 12 tot 19 jaar :

- agressieve patiënten of patiënten met duidelijke gedragsstoornissen;

- de agressiviteit kan zich zowel via auto-agressieve als via hetero-agressieve gedragsstoornissen manifesteren.

\*Uitsluitingscriteria :

- patiënten met een duidelijke geestelijke handicap (IQ lager dan 65) en die niet in staat zijn om nieuw gedrag te leren;

- patiënten met een crimineel gedrag in afwezigheid van een specifieke pathologische handicap of toxicomane patiënten zonder duidelijke problemen van agressiviteit.

3. De kandidaatsinstelling moet kunnen aantonen dat het in staat is om een afzonderlijke eenheid van minstens 8 bedden op te richten. De afzonderlijke eenheid moet over ontvangst- en consultatieruimten beschikken alsmede over, bij voorkeur afzonderlijke, kamers, over voldoende sanitaire voorzieningen en over een intern observatie-, alarm- en beveiligingssysteem.

Bovendien moet het bewijs geleverd worden dat een speciale inspanning ter ondersteuning van de kwaliteit van het werk van het personeel via de bijkomende vorming of begeleiding worden gerealiseerd.

Er moeten schriftelijke overeenkomsten afgesloten worden tussen de in aanmerking komende ziekenhuizen, de Minister van Volksgezondheid en de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, welke het voorwerp, de duur van het project, de wijze waarop de uitgaven verantwoord worden en de verplichtingen inzake rapportering aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer van de ziekenhuizen nader bepalen.

e) de behandeling thuis van kinderen met geestesstoornissen.

De ziekenhuizen die aan dit project wensen mee te werken, moeten hun aanvraag indienen bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer van de ziekenhuizen. Het dossier ingediend ter ondersteuning van hun aanvraag moet aantonen dat ze over K- en/of E-bedden beschikken en dat er een overeenkomst met een centrum voor gezondheidszorg werd afgesloten.

Er moeten schriftelijke overeenkomsten afgesloten worden tussen de in aanmerking komende ziekenhuizen, de Minister van Volksgezondheid en de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft dewelke het voorwerp, de duur van het project, de wijze waarop de uitgaven aangetoond moeten worden en de verplichtingen inzake rapportering aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer van de ziekenhuizen nader bepalen.

**Art. 74.** In het kader van de eindeloopbaanproblematiek wordt Onderdeel B4 van de ziekenhuizen vermeerderd overeenkomstig de bepalingen zoals bedoeld onder de hiernavolgende §§ 1 en 2.

§ 1. Private en openbare ziekenhuizen waarvan het protocolkoord hetzelfde regime voorziet als de privé-sector.

Des conventions écrites seront établies entre les hôpitaux retenus, le Ministre de la Santé publique et le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, qui stipulent notamment l'objet et la durée de projet, le mode de justification des dépenses, les obligations en matière de rapport à fournir au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux.

d) l'accueil et le traitement des enfants atteints de troubles comportementaux et/ou agressifs.

Les hôpitaux qui souhaitent participer à ce projet doivent introduire leur candidature au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux. Le dossier introduit à l'appui de leur demande doit prouver qu'ils répondent aux critères suivants :

1. disposer de lits agréés K;

2. avoir une expérience d'au moins 5 ans en matière du traitement de patients qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion.

\* Critères d'inclusion :

- patients âgés de 12 à 19 ans;

- patients agressifs ou présentant des troubles du comportement manifestes;

- l'agressivité peut se manifester par des comportements tant auto-agressifs que hétéro-agressifs.

\* Critères d'exclusion :

- patients présentant clairement un handicap mental (QI inférieur à 65), et incapables d'apprendre un nouveau comportement;

- patients présentant un comportement criminel en l'absence de pathologie psychiatrique spécifique ou patients toxicomanes sans problèmes manifestes d'agressivité.

3. L'établissement candidat doit pouvoir montrer qu'il est en mesure de créer une unité séparée d'au moins 8 lits. L'unité séparée doit disposer d'espaces d'accueil et de consultation, ainsi que des chambres de préférence séparées, de suffisamment d'équipements sanitaires et d'un système interne d'observation, d'alerte et de sécurité.

En outre, la preuve doit être apportée qu'un effort particulier de soutien à la qualité du travail du personnel via la formation complémentaire ou l'accompagnement est réalisé.

Des conventions écrites seront établies entre les hôpitaux retenus, le Ministre de la Santé publique et le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, qui stipulent notamment l'objet et la durée de projet, le mode de justification des dépenses, les obligations en matière de rapport à fournir au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux.

e) le traitement à domicile des enfants atteints de troubles mentaux.

Les hôpitaux qui désirent participer à ce projet doivent transmettre leur demande au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux. Le dossier introduit à l'appui de leur demande doit prouver qu'ils disposent de lits agréés K et/ou E et d'une convention avec un centre de santé mentale.

Des conventions écrites seront établies entre les hôpitaux retenus, le Ministre de la Santé publique et le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, qui stipulent notamment l'objet et la durée de projet, le mode de justification des dépenses, les obligations en matière de rapport à fournir au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux.

**Art. 74.** Dans le cadre de la problématique de fin de carrière, la Sous-partie B4 des hôpitaux sera augmentée conformément aux règles visées aux §§ 1 et 2 ci-après.

§ 1<sup>er</sup>. Hôpitaux privés et hôpitaux publics dont le protocole d'accord prévoit le même régime que le secteur privé.

## 1° Definities

Voor de toepassing van huidig lid dient men te verstaan onder :

« het sociaal akkoord » : het sociaal akkoord van 1 maart 2000 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profit sector en het protocol nr. 120/2 van 28 november 2000 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;

« de sociale akkoorden » : de collectieve arbeidsovereenkomst, afgesloten in het bevoegde paritaire comité of de protocolakkoorden afgesloten in de bevoegde onderhandelingscomités, voorzien door de wet van 19 december 1974, tot regeling van de betrekkingen tussen de overheid en de vakbonden van haar personeel.;

« eindeloopbaanmaatregelen » : de maatregelen genomen in de sociale akkoorden, zijnde de toekenning van een voordeel vanaf 45 jaar, 50 jaar en 55 jaar, toegekend onder vorm van een vrijstelling van arbeidsprestaties van respectievelijk 2 uur vanaf 45 jaar, 4 uur vanaf 50 jaar en 6 uur vanaf 55 jaar of onder vorm van een bijkomend voordeel equivalent aan de financiering van de toepasbare vrijstelling van arbeidsprestaties voor de personen die opteren voor het voortzetten van hun arbeidstijd.

« personeelsleden » : het verplegend en verzorgend personeel dat effectief verplegende en verzorgende taken uitoefent, evenals het verplegend en verzorgend personeel dat hen omkadert en het gelijkgesteld personeel. Onder gelijkgesteld personeel dient te worden verstaan, de werknemers die elke maand, en dit gedurende de referentieperiode van 12 maanden voorafgaand aan de maand tijdens dewelke de aanvraag is ingediend, 2 van de 5 onregelmatige prestaties (zondag, zaterdag, feestdag, nachtdienst of onderbroken diensten) verrichten, waarbij de ziekte- of vakantieperiode geneutraliseerd worden.

Deze drie personeelscategorieën dienen te werken in het ziekenhuis. Het personeel dat tewerkgesteld is in de diensten die beschouwd worden als niet-ziekenhuisactiviteiten, vallen buiten beschouwing.

« arbeidsduur » : de wekelijkse arbeidsduur zoals overeengekomen in het arbeidscontract of zoals het van toepassing is op het personeelslid van een openbaar ziekenhuis.

## 2° Financieringsregels

a) Teneinde de eindeloopbaanmaatregelen te financieren, wordt aan de ziekenhuizen een forfaitair bedrag toegekend, vastgesteld volgens de hierna vastgestelde regelen en voor zover de principes van het sociaal akkoord ten laatste op 30 juni 2001 omgezet werden in een collectieve arbeidsovereenkomst, afgesloten in het bevoegde paritaire comité of in een protocolakkoord afgesloten in de bevoegde onderhandelingscomités, voorzien in de wet van 19 december 1974 tot regeling van de betrekkingen tussen de overheid en de vakbonden van haar personeel.

Het forfaitair bedrag zal toegekend worden binnen de beperking van de voorwaarden van de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord hierboven beschreven.

Het forfaitair bedrag wordt als volgt berekend :

$$F = F1 + F2$$

Waarbij :

F1 = het verschuldigd bedrag voor het personeelslid dat voor de wekelijkse vrijstelling van arbeidsprestaties opteert en wordt als volgt berekend :

$$F1 = A \times \frac{H}{38} \times \frac{X}{12} \times \frac{T}{5}$$

Waarbij :

A = EUR 34.134,94 (index per 1 juni 2001) verhoogd met 1 % vanaf 1 oktober 2001

H : aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties waarop een voltijdse werknemer recht heeft

S : wekelijkse arbeidsregime toegepast in het ziekenhuis

X : het aantal maanden in de periode vermeld onder c), 1., 2., 3., 4., in de vereiste leeftijd, gedurende dewelke de maatregel van de eindeloopbaan vastgesteld onder 1°, van toepassing is op het personeel

T : aantal te presteren uren per week zoals blijkt uit het arbeidscontract of de individuele benoemingsakte

## 1° Définitions

Pour l'application du présent paragraphe, il convient d'entendre par :

« l'accord social » : l'accord social du 1<sup>er</sup> mars 2000 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et le protocole n° 120/2 du 28 novembre 2000 du Comité commun à l'ensemble des services publics;

« les accords sociaux » : la convention collective de travail conclue au sein de la commission paritaire compétente ou les protocoles d'accords conclus au sein des comités de négociation compétents prévus par la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de cette autorité.

« les mesures de fin de carrière » : les mesures prises dans les accords sociaux, à savoir l'octroi d'un avantage à partir de 45 ans, 50 ans et 55 ans alloué sous la forme d'une dispense de prestations de travail, respectivement de 2, 4 et 6 heures, ou sous la forme d'un avantage supplémentaire équivalent au financement de la dispense de prestations de travail applicable pour les personnes qui optent pour la poursuite de leur temps de travail.

« membres du personnel » : le personnel infirmier et le personnel soignant qui exercent effectivement des tâches infirmières et soignantes, ainsi que le personnel infirmier et le personnel soignant qui les encadrent et le personnel assimilé. Par personnel assimilé, il faut comprendre les travailleurs qui effectuent chaque mois, et ce durant la période de référence de 12 mois précédant le mois pendant lequel la demande est faite, 2 des 5 prestations irrégulières (dimanche, samedi, jour férié, service de nuit ou services ininterrompus), où les périodes de maladie ou de vacances sont neutralisées.

Ces trois catégories de personnel doivent travailler au sein de l'hôpital. Ne sont pas pris en considération les personnels qui travaillent dans des services considérés comme activités non hospitalières.

« durée de travail » : la durée du travail hebdomadaire convenue dans le contrat de travail ou telle qu'elle est applicable au membre du personnel d'un hôpital public.

## 2° Règles de financement

a) En vue de financer les mesures de fin de carrière, il est octroyé aux hôpitaux un montant forfaitaire déterminé suivant les règles fixées ci-après et pour autant que les principes de l'accord social aient été convertis, au plus tard au 30 juin 2001, en une convention collective de travail conclue au sein de la commission paritaire compétente ou en un protocole d'accord conclu au sein des comités de négociation compétents prévus par la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de cette autorité.

Le montant forfaitaire sera accordé dans la limite des conditions contenues dans la convention collective ou dans le protocole d'accord décrits ci-dessus.

Le montant forfaitaire est calculé comme suit :

$$F = F1 + F2$$

Où :

F1 = le montant dû pour le membre du personnel qui opte pour la dispense de prestations hebdomadaires de travail et calculé comme suit :

$$F1 = A \times \frac{H}{38} \times \frac{X}{12} \times \frac{T}{5}$$

Où :

A = EUR 34.134,94 (index 1<sup>er</sup> juin 2001) augmenté de 1 % à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2001

H : nombre d'heures de dispense de prestations de travail auquel a droit un travailleur à temps plein

S : régime hebdomadaire de travail appliqué dans l'hôpital

X : le nombre de mois, dans la période dont mention sous c), 1., 2., 3., 4., dans l'âge requis, pendant lequel la mesure de fin de carrière défini sous 1°, est appliquée au membre du personnel

T : nombre d'heures à prester par semaine tel qu'il résulte du contrat de travail ou de l'acte de nomination individuelle

En waarbij :

F2 = het verschuldigd bedrag voor het personeelslid dat opteert voor de premie, wordt als volgt berekend :

$$F2 = A \times \frac{H}{38} \times \frac{H}{12} \times \frac{T}{5}$$

Waarbij :

A = EUR 40.456,22 (index per 1 juni 2001) verhoogd met 1 % vanaf 1 oktober 2001

H = equivalent aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de toekenning van een premie voor een voltijdse werknemer

En S, T en X hebben dezelfde betekenis als in de formule F1.

b) Inlichtingen te verstrekken door de ziekenhuisinstelling

- 1) de naam en voornaam van het personeelslid,
- 2) zijn geboortedatum,
- 3) zijn functie,
- 4) de gekozen optie tussen de vrijstelling van arbeidsprestaties en de premie,
- 5) de kostenplaats, zoals bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel van de ziekenhuizen waar de lasten in rekening gebracht worden,
- 6) het aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties dat hij kan verkrijgen ten opzichte van zijn leeftijd,
- 7) het wekelijks uurregime van kracht in het ziekenhuis,
- 8) het aantal maanden in de vereiste leeftijd tussen de eerste van de maand waarin de verjaardag valt en het einde van de periode waarvan vermelding onder c), 1., 2., 3. en 4;
- 9) het aantal door het personeelslid te presteren uren zoals blijkt uit het arbeidscontract of de individuele benoemingsakte

Deze inlichtingen dienen medegedeeld worden naargelang de instructies die, indien mogelijk, aan de ziekenhuizen tegen 30 juni 2001 zullen verstuurd worden.

c) Toekenningsmodaliteiten

#### 1. Periode van 1 augustus 2001 tot 30 november 2002

Voor de periode van 1 augustus 2001 tot 30 november 2002 wordt een voorlopig bedrag F toegekend, op basis van de inlichtingen medegedeeld tegen ten laatste 31 juli 2001.

Eens de periode verstreken, zal worden overgegaan tot de definitieve berekening van F op basis van de inlichtingen, opgesteld op 30 november 2002, en medegedeeld tegen ten laatste 28 februari 2003.

Het verschil tussen de definitieve F en de voorlopige F zal via Onderdeel C2 van het budget van financiële middelen vereffend worden.

#### 2. Periode van 1 december 2002 tot 30 november 2003

Voor de periode van 1 december 2002 tot 30 november 2003 wordt een voorlopig bedrag F toegekend, op basis van de inlichtingen medegedeeld tegen ten laatste 31 oktober 2002.

Eens de periode verstreken, zal worden overgegaan tot de definitieve berekening van F op basis van de inlichtingen, opgesteld op 30 november 2003, en medegedeeld tegen ten laatste 28 februari 2004.

Het verschil tussen de definitieve F en de voorlopige F zal via Onderdeel C2 van het budget van financiële middelen vereffend worden.

#### 3. Periode van 1 december 2003 tot 31 december 2004

Voor de periode van 1 december 2003 tot 31 december 2004 wordt een voorlopig bedrag F toegekend, op basis van de inlichtingen medegedeeld tegen ten laatste 31 oktober 2003.

Eens de periode verstreken, zal worden overgegaan tot de definitieve berekening van F op basis van de inlichtingen, opgesteld op 30 december 2004, en medegedeeld tegen ten laatste 31 maart 2005.

Het verschil tussen de definitieve F en de voorlopige F zal via Onderdeel C2 van het budget van financiële middelen vereffend worden.

#### 4. Vanaf 2005

Het voorlopig berekend bedrag bij toepassing van punt 3. vermenigvuldigd met 12/13 vormt de provisie die van toepassing blijft vanaf 1 januari 2005.

Et où :

F2 = le montant dû pour le membre du personnel qui opte pour la prime et calculé comme suit :

$$F2 = A \times \frac{H}{38} \times \frac{H}{12} \times \frac{T}{5}$$

Où :

A = EUR 40.456,22 (index 1<sup>er</sup> juin 2001) augmenté de 1 % à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2001

H = nombre équivalent d'heures de dispense de prestations de travail dans le cadre de l'octroi d'une prime pour un travailleur à temps plein

Et S, T et X ont la même signification que pour la formule F1.

b) Renseignements à fournir par l'institution hospitalière

- 1) le nom et prénom du membre du personnel;
- 2) sa date de naissance,
- 3) sa fonction,
- 4) l'option choisie entre la dispense de prestations de travail et la prime,
- 5) le centre de frais, au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, dans lequel ses charges sont imputées,
- 6) le nombre d'heures de dispense de prestations de travail qu'il peut obtenir par rapport à son âge,
- 7) le régime horaire hebdomadaire en vigueur dans l'hôpital,
- 8) le nombre de mois dans l'âge requis entre le 1<sup>er</sup> du mois d'anniversaire et la fin de la période dont mention sous c), 1., 2., 3. et 4;
- 9) le nombre d'heures à prester par le membre du personnel tel qu'il résulte du contrat de travail ou de l'acte de nomination individuelle.

Ces renseignements devront être communiqués selon les instructions qui seront envoyées aux hôpitaux si possible pour le 30 juin 2001.

c) Modalités d'octroi

#### 1. Période du 1<sup>er</sup> août 2001 au 30 novembre 2002

Pour la période du 1<sup>er</sup> août 2001 au 30 novembre 2002, le montant F sera accordé provisoirement sur base des informations communiquées pour le 31 juillet 2001 au plus tard.

La période terminée, il sera procédé au calcul définitif de F sur base des informations définitives, établies au 30 novembre 2002, communiquées pour le 28 février 2003 au plus tard.

La différence entre F définitif et F provisoire sera indemnisée via la Sous-partie C2 du budget des moyens financiers.

#### 2. Période du 1<sup>er</sup> décembre 2002 au 30 novembre 2003

Pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2002 au 30 novembre 2003, le montant F sera accordé provisoirement sur base des informations communiquées pour le 31 octobre 2002 au plus tard.

La période terminée, il sera procédé au calcul définitif de F sur base des informations définitives, établies au 30 novembre 2003, communiquées pour le 28 février 2004 au plus tard.

La différence entre F définitif et F provisoire sera indemnisée via la Sous-partie C2 du budget des moyens financiers.

#### 3. Période du 1<sup>er</sup> décembre 2003 au 31 décembre 2004

Pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2003 au 31 décembre 2004, le montant F sera accordé provisoirement sur base des informations communiquées pour le 31 octobre 2003 au plus tard.

La période terminée, il sera procédé au calcul définitif de F sur base des informations définitives, établies au 30 décembre 2004, communiquées pour le 31 mars 2005 au plus tard.

La différence entre F définitif et F provisoire sera indemnisée via la Sous-partie C2 du budget des moyens financiers.

#### 4. A partir de 2005

Le montant provisoire calculé en application du point 3. multiplié par 12/13 constitue la provision qui reste d'application à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005.



Het definitieve bedrag voor de periode van 1 januari 2005 tot 31 december 2005 zal vastgesteld worden op basis van de inlichtingen medegedeeld tegen ten laatste 1 mei 2006 en zal het voorlopige budget dat gestort werd voor de beschouwde periode vervangen.

Telkens een definitief bedrag zal berekend zijn, zal dit bedrag de provisie vormen geldig voor het boekjaar dat volgt op de vaststelling van dit definitief bedrag.

Voor elk van de volgende burgerjaren, zal het definitief bedrag vastgesteld worden op basis van de inlichtingen die tegen 1 mei van het jaar dat volgt op het beschouwde boekjaar medegedeeld worden en zal het voorlopige budget vervangen dat gestort werd voor de beschouwde periode.

Het verschil tussen de definitieve F en de voorlopige F zal via Onderdeel C2 van het budget van financiële middelen vereffend worden.

#### d) Bijkomende bepalingen

Voor de personeelsleden die geopteerd hebben voor de wekelijkse vrijstelling van arbeidsprestaties, dient de beheerder het bewijs te leveren dat de vrijgemaakte arbeidstijd gecompenseerd werd door nieuwe aanwervingen of door een verhoging van de wekelijkse arbeidsduur van andere personeelsleden. De werknemers die aangevraagd zijn onder het regime van de Sociale Maribel of het interdepartementaal begrotingsfonds worden niet in aanmerking genomen.

De gerecupereerde arbeidstijd per sector dient gecompenseerd te worden in dezelfde sector, hetzij :

- de diensten waar het personeel gedekt wordt door het Onderdeel B2 van het budget van financiële middelen,
- de gemeenschappelijke diensten waarvan sprake in artikel 11, § 1, van huidig besluit;
- en de medisch-technische diensten, de consultaties en de apotheek.

Daarom dient de beheerder, op hetzelfde ogenblik als de inlichtingen die dienen voor de definitieve berekening, een lijst met volgende inlichtingen over te maken :

- naam en voornaam van het aangeworven personeelslid of van het personeelslid dat het voorwerp uitmaakt van een vermeerdering van zijn arbeidstijd;
- kostenplaats voor imputatie;
- bijkomende VTE;
- aanvangsdatum van het contract;
- einddatum van het contract.

Een kopie van het arbeidscontract of van de individuele benoemingsakte dient bij deze lijst gevoegd te worden.

#### e) Sancties

Indien de beheerder niet binnen de vereiste termijn de inlichtingen betreffende de uitwerking van de definitieve budgetten mededeelt, zullen de voorlopige bedragen zoals bedoeld onder de punten c), 1., 2., 3. en 4., teruggevorderd worden.

### § 2. Andere openbare ziekenhuizen dan deze uit § 1.

#### 1° Definities

Voor de toepassing van huidige paragraaf dient verstaan te worden onder :

« protocol nr. 120/2 » : het protocol nr. 120/2 van 28 november 2000 afgesloten tussen het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;

« de sociale akkoorden » : de protocolakkoorden afgesloten in de bevoegde onderhandelingscomités, voorzien in de wet van 19 december 1974 tot regeling van de betrekkingen tussen de overheid en de vakbonden van haar personeel;

« eindeloopbaanmaatregelen » : de maatregelen genomen binnen de sociale akkoorden, zijnde de toekenning van een voordeel vanaf 45 jaar, 50 jaar en 55 jaar, toegekend onder vorm van een vrijstelling van prestaties van respectievelijk 2 uur vanaf 45 jaar, 4 uur vanaf 50 jaar en 6 uur vanaf 55 jaar of onder vorm van een bijkomend voordeel evenredig met de financiering van de toepasbare vrijstelling van arbeidsprestaties voor de personen die opteren voor het voortzetten van hun arbeidstijd;

« personeelsleden » : het verplegend en verzorgend personeel dat effectief verplegende en verzorgende taken uitoefent, evenals het verplegend en verzorgend personeel dat hen omkadert en het gelijkgesteld personeel. Onder gelijkgesteld personeel dient te worden verstaan, het personeel zoals vastgesteld in de verschillende sociale akkoorden, echter beperkt tot de definitie onder § 1, 1°;

Le montant définitif pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2005 sera fixé sur base des informations définitives communiquées pour le 1<sup>er</sup> mai 2006 au plus tard et remplacera le budget provisionnel versé pour la période considérée.

Chaque fois qu'un montant définitif sera calculé, il constituera la provision valable pour l'exercice suivant la date de fixation de ce montant définitif.

Pour chacune des années civiles suivantes, le montant définitif sera fixé sur base des informations communiquées pour le 1<sup>er</sup> mai au plus tard de l'année qui suit l'exercice considéré et remplacera le budget provisionnel versé pour la période considérée.

La différence entre F définitif et F provisoire sera indemnisée via la Sous-partie C2 du budget des moyens financiers.

#### d) Dispositions complémentaires

Pour les membres du personnel qui ont opté pour la dispense de leurs prestations hebdomadaires de travail, le gestionnaire doit apporter la preuve que ce temps de travail libéré a été compensé par des nouveaux engagements ou par l'augmentation de la durée de travail hebdomadaire d'autres membres du personnel. Ne seront pas pris en considération les travailleurs engagés sous le régime du Maribel social ou du Fonds budgétaire interdépartemental.

Le temps de travail récupéré par secteur doit être compensé dans les mêmes secteurs, à savoir :

- les services dont le personnel est couvert par la Sous-partie B2 du budget des moyens financiers;
- les services communs dont question à l'article 11, § 1<sup>er</sup>, du présent arrêté;
- et les services médico-techniques, les consultations et la pharmacie.

Pour ce faire, le gestionnaire doit transmettre, en même temps que les informations servant au calcul définitif, une liste reprenant les informations suivantes :

- nom et prénom du membre du personnel engagé ou du membre du personnel faisant l'objet d'une augmentation de son temps de travail;
- centre de frais d'imputation;
- ETP supplémentaire;
- date de début du contrat;
- date de fin du contrat.

A cette liste doit être jointe une copie des contrats de travail ou des actes de nomination individuelle.

#### e) Sanctions

Si le gestionnaire ne communique pas, dans les délais requis, les renseignements relatifs à l'élaboration des budgets définitifs, les montants provisoires visés aux points c), 1., 2., 3. et 4., seront récupérés.

### § 2. Autres hôpitaux publics que ceux visés au § 1.

#### 1° Définitions

Pour l'application du présent paragraphe, il convient d'entendre par :

« le protocole n°120/2 » : le protocole n°120/2 du 28 novembre 2000 du Comité commun à l'ensemble des services publics;

« les accords sociaux » : les protocoles d'accords conclus au sein des comités de négociation compétents prévus par la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de cette autorité;

« les mesures de fin de carrière » : les mesures prises dans les accords sociaux, à savoir l'octroi d'un avantage à partir de 45 ans, 50 ans et 55 ans alloué sous la forme d'une dispense de prestations de travail, respectivement de 2, 4 et 6 heures, ou sous la forme d'un avantage supplémentaire équivalent au financement de la dispense de prestations de travail applicable pour les personnes qui optent pour la poursuite de leur temps de travail;

« membres du personnel » : le personnel infirmier et le personnel soignant qui exercent effectivement des tâches infirmières et soignantes, ainsi que le personnel infirmier et le personnel soignant qui les encadrent et le personnel assimilé. Par personnel assimilé, il faut entendre le personnel tel que défini dans les différents accords sociaux, limités, toutefois, à la définition reprise au § 1, 1°.

Deze drie personeelscategorieën dienen te werken in het ziekenhuis. Het personeel dat tewerkgesteld is in de diensten die beschouwd worden als niet-ziekenhuisactiviteiten, vallen buiten beschouwing;

« arbeidsduur » : de wekelijkse arbeidsduur zoals deze van toepassing is op het personeelslid van een openbaar ziekenhuis.

## 2° Financieringsregels

a) Teneinde de eindeloopbaanmaatregelen te financieren, wordt aan de ziekenhuizen een forfaitair bedrag (F) toegekend, vastgesteld volgens de hierna vastgestelde regelen en voor zover de principes van het protocol nr. 120/2 ten laatste op 30 juni 2001 omgezet werden in een protocolakkoord afgesloten in de bevoegde onderhandelingscomités, voorzien in de wet van 19 december 1974, tot regeling van de betrekkingen tussen de overheid en de vakbonden van haar personeel.

Het forfaitair bedrag zal toegekend worden binnen de beperking van de voorwaarden van de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord hierboven beschreven.

Het forfaitair bedrag wordt als volgt berekend :

$$F = F1 + F2$$

Waarbij :

F1 = het verschuldigd bedrag voor het personeelslid dat voor de wekelijkse vrijstelling van arbeidsprestaties opteert en als volgt wordt berekend :

$$F1 = A \times \frac{H}{38} \times \frac{X}{12} \times \frac{T}{5}$$

Waarbij :

A = EUR 34.134,94 (index per 1 juni 2001) verhoogd met 1 % vanaf 1 oktober 2001

H : aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties waarop een voltijdse werknemer recht heeft

S : wekelijks arbeidsregime toegepast in het ziekenhuis

T : aantal te presteren uren per week zoals blijkt uit de individuele benoemingsakte of het arbeidscontract

X : het aantal maanden in de periode vermeld onder c), 1., 2., 3., 4., in de vereiste leeftijd, gedurende dewelke de maatregel van de eindeloopbaan vastgesteld onder 1°, van toepassing is op het personeel

En waarbij :

F2 = het verschuldigd bedrag voor het personeelslid dat opteert voor de premie, wordt als volgt berekend :

$$F2 = A \times \frac{H}{38} \times \frac{X}{12} \times \frac{T}{5}$$

Waarbij :

A = EUR 40.456,22 (index per 1 juni 2001) verhoogd met 1 % vanaf 1 oktober 2001;

H = equivalent aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de toekenning van een premie voor een voltijdse werknemer;

S, T en X hebben dezelfde betekenis als in de formule F1.

b) Inlichtingen te verstrekken door de ziekenhuisinstelling :

1. de naam en voornaam van het personeelslid;
2. zijn geboortedatum;
3. zijn functie;
4. de gekozen optie tussen de vrijstelling van arbeidsprestaties en de premie;
5. de kostenplaats, zoals bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel van de ziekenhuizen waar de lasten in rekening gebracht worden;
6. het aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties dat hij kan verkrijgen, naargelang zijn leeftijd;
7. het wekelijks uurregime van kracht in het ziekenhuis;
8. aantal maanden in de vereiste leeftijd tussen de eerste van de maand waarin de verjaardag valt en het einde van de periode waarvan vermelding onder c), 1., 2., 3. en 4.;
9. het aantal door het personeelslid te presteren uren zoals blijkt uit het arbeidscontract of de individuele benoemingsakte.

Deze inlichtingen dienen medegedeeld te worden overeenkomstig de instructies die, indien mogelijk, aan de ziekenhuizen tegen 30 juni 2001 zullen verstuurd worden.

Ces trois catégories de personnel doivent travailler au sein de l'hôpital. Ne sont pas pris en considération les personnels qui travaillent dans des services considérés comme activités non hospitalières;

« durée de travail » : la durée du travail hebdomadaire telle qu'elle est applicable au membre du personnel d'un hôpital public.

## 2° Règles de financement

a) En vue de financer les mesures de fin de carrière, il est octroyé aux hôpitaux un montant forfaitaire (F) déterminé suivant les règles fixées ci-après et pour autant que les principes du protocole n° 120/2 aient été convertis, au plus tard au 30 juin 2001, en un protocole d'accord conclu au sein des comités de négociation compétents prévus par la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de cette autorité.

Le montant forfaitaire sera accordé dans la limite des conditions contenues dans la convention collective ou dans le protocole d'accord décrits ci-dessus.

Le montant forfaitaire est calculé comme suit :

$$F = F1 + F2$$

Où :

F1 = le montant dû pour le membre du personnel qui opte pour la dispense de prestations hebdomadaires de travail et calculé comme suit :

$$F1 = A \times \frac{H}{38} \times \frac{X}{12} \times \frac{T}{5}$$

Où :

A = EUR 34.134,94 (index 1<sup>er</sup> juin 2001) augmenté de 1 % à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2001

H : nombre d'heures de dispense de prestations de travail auquel a droit un travailleur à temps plein

S : régime hebdomadaire de travail appliqué dans l'hôpital

T : nombre d'heures à prester par semaine tel qu'il résulte de l'acte de nomination individuelle ou du contrat de travail

X : le nombre de mois, dans la période dont mention sous c), 1., 2., 3., 4., dans l'âge requis, pendant lequel la mesure de fin de carrière défini sous 1°, est appliqué au membre du personnel

Et où :

F2 = le montant dû pour le membre du personnel qui opte pour la prime et calculé comme suit :

$$F2 = A \times \frac{H}{38} \times \frac{X}{12} \times \frac{T}{5}$$

Où :

A = EUR 40.456,22 (index 1<sup>er</sup> juin 2001) augmenté de 1 % à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2001;

H = nombre équivalent d'heures de dispense de prestations de travail dans le cadre de l'octroi d'une prime pour un travailleur à temps plein;

S, T et X ont la même signification que pour la formule F1.

b) Renseignements à fournir par l'institution hospitalière :

- 1) le nom et prénom du membre du personnel;
- 2) sa date de naissance;
- 3) sa fonction;
- 4) l'option choisie entre la dispense de prestations de travail et la prime;
- 5) le centre de frais, au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, dans lequel ses charges sont imputées;
- 6) le nombre d'heures de dispense de prestations de travail qu'il peut obtenir par rapport à son âge;
- 7) le régime horaire hebdomadaire en vigueur dans l'hôpital;
- 8) le nombre de mois dans l'âge requis entre le 1<sup>er</sup> du mois d'anniversaire et la fin de la période dont mention sous c), 1., 2., 3. et 4.;
- 9) le nombre d'heures à prester par le membre du personnel tel qu'il résulte du contrat de travail ou de l'acte de nomination individuelle.

Ces renseignements devront être communiqués selon les instructions qui seront envoyées aux hôpitaux si possible pour le 30 juin 2001.

## c) Toekenningsmodaliteiten

1. Voor de periode van 1 juli 2001 tot 30 juni 2002 wordt een voorlopig bedrag F toegekend, op basis van de inlichtingen medegedeeld tegen ten laatste 31 juli 2001.

Eens de periode verstreken, zal worden overgegaan tot de definitieve berekening van F op basis van de inlichtingen, opgesteld op 30 juni 2002, en medegedeeld tegen ten laatste 30 september 2002.

Het verschil tussen de definitieve F en de voorlopige F zal via Onderdeel C2 van het budget van financiële middelen vereffend worden.

Zowel voor de voorlopige berekening als voor de definitieve, indien blijkt dat het totale bedrag van de tussenkomst voor het personeel dat onder een vastgesteld protocolakkoord valt groter is dan het budget zoals bedoeld onder punt 5, zal een lineaire verminderingscoëfficiënt toegepast worden overeenkomstig punt 6.

## 2. Periode van 1 juli 2002 tot 30 juni 2003

Voor de periode van 1 juli 2002 tot 30 juni 2003 wordt een voorlopig bedrag F toegekend, op basis van de inlichtingen medegedeeld tegen ten laatste 31 mei 2002.

Eens de periode verstreken, zal worden overgegaan tot de definitieve berekening van F op basis van de inlichtingen, opgesteld op 30 juni 2003, en medegedeeld tegen ten laatste 30 september 2003.

Het verschil tussen de definitieve F en de voorlopige F zal via Onderdeel C2 van het budget van financiële middelen vereffend worden.

Zowel voor de voorlopige berekening als voor de definitieve, indien blijkt dat het totale bedrag van de tussenkomst voor het personeel dat onder een vastgesteld protocolakkoord valt, groter is dan het budget zoals bedoeld onder punt 5, zal een lineaire verminderingscoëfficiënt toegepast worden overeenkomstig punt 6.

## 3. Periode van 1 juli 2003 tot 30 juni 2004

Voor de periode van 1 juli 2003 tot 30 juni 2004 wordt een voorlopig bedrag F toegekend, op basis van de inlichtingen medegedeeld tegen ten laatste 31 mei 2003.

Eens de periode verstreken, zal worden overgegaan tot de definitieve berekening van F op basis van de inlichtingen, opgesteld op 30 juni 2004, en medegedeeld tegen ten laatste 30 september 2004.

Het verschil tussen de definitieve F en de voorlopige F zal via Onderdeel C2 van het budget van financiële middelen vereffend worden.

Zowel voor de voorlopige berekening als voor de definitieve, indien blijkt dat het totale bedrag van de tussenkomst voor het personeel dat onder een vastgesteld protocolakkoord valt, groter is dan het budget zoals bedoeld onder punt 5, zal een lineaire verminderingscoëfficiënt toegepast worden overeenkomstig punt 6.

## 4. Vanaf 2004

Het voorlopig bedrag berekend bij toepassing van punt 3. vormt de provisie die van toepassing blijft vanaf 1 juli 2004.

Het definitieve bedrag voor de periode van 1 januari 2004 tot 31 december 2004 zal vastgesteld worden op basis van de inlichtingen medegedeeld tegen ten laatste 1 mei 2005 en zal het voorlopige budget dat gestort werd voor de beschouwde periode vervangen.

Telkens een definitief bedrag wordt berekend, zal dit bedrag de provisie vormen geldig voor het boekjaar dat volgt op de vaststelling van dit definitief bedrag.

Voor elk van de volgende burgerlijke jaren, zal het definitief bedrag vastgesteld worden op basis van de inlichtingen die tegen 1 mei van het jaar dat volgt op het beschouwde boekjaar medegedeeld worden en zal het voorlopige budget dat gestort werd voor de beschouwde periode vervangen.

Het verschil tussen de definitieve F en de voorlopige F zal via Onderdeel C2 van het budget van financiële middelen vereffend worden.

5. Het budget waarvan sprake onder de punten 1., 2. en 3., wordt als volgt per protocolakkoord vastgesteld :

1° het protocolakkoord gesloten in het Onderhandelingscomité C voor de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten, onderafdeling Vlaams Gewest en Vlaamse Gemeenschap :

- voor 2001 : 2.330.942,81 EUR
- voor 2002 : 4.684.939,72 EUR
- voor 2003 : 6.633.134,94 EUR

## c) Modalités d'octroi

1. Période du 1<sup>er</sup> juillet 2001 au 30 juin 2002 pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2001 au 30 juin 2002, le montant F sera accordé provisoirement sur base des informations communiquées pour le 31 juillet 2001 au plus tard.

La période terminée, il sera procédé au calcul définitif de F sur base des informations définitives, établies au 30 juin 2002, communiquées pour le 30 septembre 2002 au plus tard.

La différence entre F définitif et F provisoire sera indemnisée via la Sous-partie C2 du budget des moyens financiers.

Tant pour le calcul provisoire que pour le calcul définitif, s'il apparaît que le montant total des interventions pour le personnel qui ressortit à un protocole d'accord déterminé est plus grand que le budget visé au point 5., un coefficient linéaire de réduction sera appliqué conformément au point 6.

2. Période du 1<sup>er</sup> juillet 2002 au 30 juin 2003

Pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2002 au 30 juin 2003, le montant F sera accordé provisoirement sur base des informations communiquées pour le 31 mai 2002 au plus tard.

La période terminée, il sera procédé au calcul définitif de F sur base des informations définitives, établies au 30 juin 2003, communiquées pour le 30 septembre 2003 au plus tard.

La différence entre F définitif et F provisoire sera indemnisée via la Sous-partie C2 du budget des moyens financiers.

Tant pour le calcul provisoire que pour le calcul définitif, s'il apparaît que le montant total des interventions pour le personnel qui ressortit à un protocole d'accord déterminé est plus grand que le budget visé au point 5., un coefficient linéaire de réduction sera appliqué conformément au point 6.

3. Période du 1<sup>er</sup> juillet 2003 au 30 juin 2004

Pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2003 au 30 juin 2004, le montant F sera accordé provisoirement sur base des informations communiquées pour le 31 mai 2003 au plus tard.

La période terminée, il sera procédé au calcul définitif de F sur base des informations définitives, établies au 30 juin 2004, communiquées pour le 30 septembre 2004 au plus tard.

La différence entre F définitif et F provisoire sera indemnisée via la Sous-partie C2 du budget des moyens financiers.

Tant pour le calcul provisoire que pour le calcul définitif, s'il apparaît que le montant total des interventions pour le personnel qui ressortit à un protocole d'accord déterminé est plus grand que le budget visé au point 5., un coefficient linéaire de réduction sera appliqué conformément au point 6.

## 4. A partir de 2004

Le montant provisoire calculé en application du point 3. constitue la provision qui reste d'application à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2004.

Le montant définitif pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2004 sera fixé sur base des informations définitives communiquées pour le 1<sup>er</sup> mai 2005 au plus tard et remplacera le budget provisionnel versé pour la période considérée.

Chaque fois qu'un montant définitif sera calculé, il constituera la provision valable pour l'exercice suivant la date de fixation de ce montant définitif.

Pour chacune des années civiles suivantes, le montant définitif sera fixé sur base des informations communiquées pour le 1<sup>er</sup> mai au plus tard de l'année qui suit l'exercice considéré et remplacera le budget provisionnel versé pour la période considérée.

La différence entre F définitif et F provisoire sera indemnisée via la Sous-partie C2 du budget des moyens financiers.

5. Le budget dont question aux points 1., 2., et 3., est fixé comme suit par protocole d'accord :

1° protocole d'accord conclu dans le Comité de concertation C pour les administrations provinciales et locales, sous-section Région flamande et Communauté flamande :

- pour 2001 : 2.330.942,81 EUR
- pour 2002 : 4.684.939,72 EUR
- pour 2003 : 6.633.134,94 EUR

2° het protocolakkoord gesloten in het Onderhandelingscomité C voor de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten, onderafdeling Waals Gewest en Franse Gemeenschap :

voor 2001 : 3.545.868,98 EUR

voor 2002 : 7.126.690,94 EUR

voor 2003 : 10.091.249,61 EUR

3° het protocolakkoord gesloten in het Onderhandelingscomité C voor de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten, onderafdeling Brussels Hoofdstedelijk Gewest

voor 2001 : 919.932,87 EUR

voor 2002 : 1.849.285,69 EUR

voor 2003 : 2.618.499,30 EUR

4° het protocolakkoord gesloten in het Comité van de sector XVIII voor het universitair ziekenhuis van Gent en voor de de psychiatrische ziekenhuizen van Rekem en Geel

voor 2001 : 1.267.231,70 EUR

voor 2002 : 2.547.105,97 EUR

voor 2003 : 3.604.123,96 EUR

5° protocolakkoord gesloten in het Comité van de sector IX, onderwijs van de Franse Gemeenschap, voor het universitair ziekenhuis Sart-Tilman in Luik :

voor 2001 : 642.292,12 EUR

voor 2002 : 1.291.277,37 EUR

voor 2003 : 1.826.975, EUR

6° protocolakkoord gesloten in het Comité van de sector XVI voor de psychiatrische ziekenhuizen van Doornik en Bergen

voor 2001 : 373.575,54 EUR

voor 2002 : 751.117,38 EUR

voor 2003 : 1.062.719,54 EUR

6. De lineaire verminderingcoëfficiënt waarvan sprake in de punten 1., 2. en 3., wordt op volgende manier vastgesteld :

$$C = \frac{B}{\sum_{i=1}^n Fi}$$

Waarbij :

C = verminderingcoëfficiënt toe te passen per protocolakkoord zoals bedoeld onder punt 5.

B = het budget waarvan sprake onder punt 5. voor het betreffende protocolakkoord

F = het forfaitair bedrag zoals bedoeld onder punt 2°, a),

d) Bijkomende bepalingen

Voor de personeelsleden die geopteerd hebben voor de wekelijkse vrijstelling van arbeidsprestaties, dient de beheerder het bewijs te leveren dat de vrijgemaakte arbeidstijd gecompenseerd werd door nieuwe aanwervingen of door een verhoging van de wekelijkse arbeidsduur door andere personeelsleden. De werknemers die aangeworven zijn onder het regime van de Sociale Maribel of onder dat van het inderdepartementaal begrotingsfonds worden niet in aanmerking genomen.

De gecompenseerde arbeidstijd per sector dient gecompenseerd te worden in dezelfde sector, hetzij :

- de diensten waar het personeel gedekt wordt door het Onderdeel B2 van het budget van financiële middelen;

- de gemeenschappelijke diensten waarvan sprake in artikel 11, § 1, van huidig besluit;

- en de medisch-technische diensten, de consultaties en de apotheek.

Daartoe dient de beheerder, op hetzelfde ogenblik als de inlichtingen die dienen voor de definitieve berekening, een lijst met volgende inlichtingen over te maken :

- naam en voornaam van het aangeworven personeelslid en van het personeelslid dat het voorwerp uitmaakt van een vermeerdering van zijn arbeidstijd;

- kostenplaats voor verrekening;

- bijkomende VTE;

- aanvangsdatum van het contract;

- einddatum van het contract.

Een kopie van het arbeidscontract of van de individuele benoemingsakte dient bij deze lijst gevoegd te worden.

2° protocole d'accord conclu dans le Comité de concertation C pour les administrations provinciales et locales, sous-section Région wallonne et Communauté française :

- pour 2001 : 3.545.868,98 EUR

- pour 2002 : 7.126.690,94 EUR

- pour 2003 : 10.091.249,61 EUR

3° protocole d'accord conclu dans le Comité de concertation C pour les administrations provinciales et locales, sous-section Région de Bruxelles-Capitale :

- pour 2001 : 919.932,87 EUR

- pour 2002 : 1.849.285,69 EUR

- pour 2003 : 2.618.499,30 EUR

4° protocole d'accord conclu dans le Comité de secteur XVIII pour l'hôpital universitaire de Gand et les hôpitaux psychiatriques de Rekem et Geel :

- pour 2001 : 1.267.231,70 EUR

- pour 2002 : 2.547.105,97 EUR

- pour 2003 : 3.604.123,96 EUR

5° protocole d'accord conclu dans le Comité de secteur IX, enseignement de la Communauté française, pour l'hôpital universitaire du Sart-Tilman à Liège :

- pour 2001 : 642.292,12 EUR

- pour 2002 : 1.291.277,37 EUR

- pour 2003 : 1.826.975,28 EUR

6° protocole d'accord conclu dans le Comité de secteur XVI pour les hôpitaux psychiatriques de Tournai et Mons :

pour 2001 : 373.575,54 EUR

pour 2002 : 751.117,38 EUR

pour 2003 : 1.062.719,54 EUR

6. Le coefficient de réduction linéaire dont question au point 1., 2., et 3., est fixé de la manière suivante :

$$C = \frac{B}{\sum_{i=1}^n Fi}$$

Où :

C = coefficient de réduction à appliquer par protocole d'accord visé au point 5.

B = le budget dont question au point 5. pour le protocole d'accord concerné.

F = le montant forfaitaire visé au 2°, a).

d) Dispositions complémentaires

Pour les membres du personnel qui ont opté pour la dispense de leurs prestations hebdomadaires de travail, le gestionnaire doit apporter la preuve que ce temps de travail libéré a été compensé par des nouveaux engagements ou par l'augmentation de la durée de travail hebdomadaire d'autres membres du personnel. Ne seront pas pris en considération les travailleurs engagés sous le régime du Maribel social ou du Fonds budgétaire interdépartemental.

Le temps de travail récupéré par secteur doit être compensé dans les mêmes secteurs, à savoir :

- les services dont le personnel est couvert par la Sous-partie B2 du budget des moyens financiers;

- les services communs dont question à l'article 11, § 1<sup>er</sup>, du présent arrêté;

- et les services médico-techniques, les consultations et la pharmacie.

Pour ce faire, le gestionnaire doit transmettre, en même temps que les informations servant au calcul définitif, une liste reprenant les informations suivantes :

- nom et prénom du membre du personnel engagé ou du membre du personnel faisant l'objet d'une augmentation de son temps de travail;

- centre de frais d'imputation;

- ETP supplémentaire;

- date de début du contrat;

- date de fin du contrat.

A cette liste doit être jointe une copie des contrats de travail ou des actes de nomination individuelle.

## e) Sancties

Indien de beheerder niet binnen de vereiste termijn de inlichtingen betreffende de uitwerking van de definitieve budgetten mededeelt, zullen de voorlopige bedragen zoals bedoeld onder de punten c), 1., 2., 3. en 4., teruggevorderd worden.

**Art. 75.** De bedragen toegekend op 30 juni 2002 en die betrekking hebben op de kosten bedoeld in artikel 15, 9°, 15°, 16° en 26° van dit besluit blijven behouden op 1 juli 2002.

**Art. 76.** Voor de ziekenhuizen bedoeld in art 15, 27°, wordt er een bedrag (M) toegekend berekend als volgt :

$$(M) = A+B$$

Waarbij :

A = het budgetverschil overeenstemmend met het verschil tussen de op 30 juni 2002 toegekende punten en de punten die op 30 juni 2002 toegekend zouden worden, als men de bepalingen van artikel 46 van dit besluit had toegepast;

B = de budgetvermindering bedoeld in artikel 42, § 8 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 op zijn waarde van 30 juni 2002;

Onderafdeling 10. — Onderdeel B5 van het budget

**Art. 77.** § 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, van elk ziekenhuis gedurende het laatst gekende dienstjaar;

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 :

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

2° 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

## e) Sanctions

Si le gestionnaire ne communique pas, dans les délais requis, les renseignements relatifs à l'élaboration des budgets définitifs, les montants provisoires visés aux points c), 1., 2., 3. et 4., seront récupérés.

**Art. 75.** Les montants octroyés au 30 juin 2002 et se rapportant aux coûts visés à l'article 15, 9°, 15°, 16° et 26° du présent arrêté sont maintenus au 1<sup>er</sup> juillet 2002.

**Art. 76.** Pour les hôpitaux visés à l'article 15, 27°, il est accordé un montant (M) calculé comme suit :

$$(M) = A+B$$

Où

A = représente la différence de budget correspondant à la différence de points octroyés au 30 juin 2002 et les points qui auraient été octroyés au 30 juin 2002 si on avait appliqué les dispositions de l'article 46 du présent arrêté;

B = la diminution de budget visée à l'article 42, § 8 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, à sa valeur au 30 juin 2002.

Sous-section 10. — Sous-partie B5 du budget

**Art. 77.** § 1<sup>er</sup>. 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 le dernier exercice connu;

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 :

2° 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

ziekenhuizen met 650 tot 849 gewogen bedden : 3 punten  
 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 het laatst gekende dienstjaar, wat betreft de courante producten, de steriele producten, de producten voor magistrale bereidingen, hechtingsproducten en synthesesmateriaal. 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 hierna vermelde verstrekkingen betreffende het laatst gekende 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 11 van dit besluit;

f) De budgetten die voor elk ziekenhuis op basis van punten a), tot 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.

De correctie voor het dienstjaar dat aanvangt op 1 juli 2002 wordt vastgesteld op 50 % van het verschil tussen het budget dat vastgesteld is op 31 december 1996 en het theoretisch budget. De correctie zal op 100 % gebracht worden over een periode van drie jaren.

Het budget dat voor ieder ziekenhuis wordt vastgesteld na correctie mag niet lager zijn dan 94.697,64 EUR voor de private ziekenhuizen en 93.965,78 EUR voor de openbare ziekenhuizen (index op 1 januari 2002).

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 hierna vermelde regels :

a) per erkend en bestaand bed wordt een bedrag toegekend van 661,11 EUR (index 1. januari 2002);

b) wanneer het een geïsoleerde Sp-dienst betreft, mag het voor het geheel van de bedden van de dienst toegekende bedrag niet minder dan 37.320,50 EUR (index 1. januari 2002) bedragen voor de ziekenhuizen met 75 bedden en meer, en niet minder dan 18.660,25 EUR (index 1. januari 2002) 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 hierna vermelde 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 januari 2002) :

- voor de ziekenhuizen met minder dan 75 gewogen bedden : 21.592,58 EUR

- voor de ziekenhuizen met 75 tot 119 gewogen bedden : 57.446,92 EUR

- voor de ziekenhuizen met 120 tot 149 gewogen bedden : 86.170,38 EUR

- voor de ziekenhuizen met 150 tot 179 gewogen bedden : 114.893,83 EUR

- voor de ziekenhuizen met 180 en meer gewogen bedden : 150.881,46 EUR

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

hospitaux de 650 lits pondérés à 849 lits pondérés : 3 points

hospitaux de 850 lits pondérés à 1.049 lits pondérés : 4 points

hospitaux de 1.050 lits pondérés à 1.249 lits pondérés : 5 points

hospitaux 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 le dernier exercice connu, 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 au dernier exercice connu, 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 11 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 l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002 est fixé à 50 % de la différence entre le budget fixé au 31 décembre 1996 et le budget théorique. L'ajustement sera porté à 100 % sur une période de trois ans.

Le budget fixé pour chaque hôpital après ajustement ne peut être inférieur à 94.697,64 EUR pour les hôpitaux privés et 93.965,78 EUR pour les hôpitaux publics (index 1<sup>er</sup> janvier 2002).

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 661,11 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002);

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 37.320,50 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) pour les hôpitaux de 75 lits et plus et à 18.660,25 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) 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 (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) :

- pour les hôpitaux de moins de 75 lits pondérés : 21.592,58 EUR

- pour les hôpitaux de 75 lits pondérés à 119 lits pondérés : 57.446,92 EUR

- pour les hôpitaux de 120 lits pondérés à 149 lits pondérés : 86.170,38 EUR

- pour les hôpitaux de 150 lits pondérés à 179 lits pondérés : 114.893,83 EUR

- pour les hôpitaux de 180 lits pondérés et plus : 150.881,46 EUR

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

§ 4. Met ingang van 1 juli 2002 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 de titel van ziekenhuisapotheker hebben, bekomen krachtens het koninklijk besluit nr. 77.

Zolang de in het eerste lid bedoelde titel niet is toegekend, 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, van de werking van het medisch-farmaceutisch comité en van het rationeel gebruik van de geneesmiddelen georganiseerd door de Overlegstructuur tussen de ziekenhuisbeheerders, de artsen en de verzekeringsinstellingen.

§ 6. Om het rationele gebruik van de infectiewerende geneesmiddelen in de ziekenhuizen te stimuleren, wordt er een budget van 934.558,59 EUR verdeeld onder de acute ziekenhuizen die op vrijwillige basis verzoeken om een afgevaardigde bij het antibiotieerbeheer te financieren.

De ziekenhuizen worden na advies van de «Commissie ter coördinatie van het antibioticabeleid» van het Ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu geselecteerd door de Minister die het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en dat volgens een rangschikking uitgevoerd op grond van de volgende criteria :

- het bestaan van een functionele beheersgroep antibiotherapie;
- het bestaan van een formulier van de infectiewerende geneesmiddelen in het ziekenhuis;
- het bestaan van schriftelijke aanbevelingen voor de empirische en etiologische infectiewerende behandelingen en de infectiewerende profylaxe;
- de aanwerving van een arts of apothekerafgevaardigde bij het antibiotieerbeheer.

De functie van gedelegeerd arts voor het antibiotieerbeheer kan bekleed worden door iemand die aan de volgende voorwaarden voldoet :

- specialist zijn in de klinische biologie, en over een bijzondere bekwaamheid inzake klinische biologie beschikken;
- specialist zijn in de inwendige geneeskunde of pediatrie en over een bijzondere bekwaamheid inzake infectiewerende pathologie beschikken.

De functie van gedelegeerd apotheker bij het antibiotieerbeheer kan bekleed worden door een apotheker die voldoet aan de voorwaarden van artikel 18 van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapotheek moet voldoen om te worden erkend.

Een wezenlijke voorwaarde geldend voor de drie beschreven profielen bestaat erin dat de afgevaardigde voor het antibiotieerbeleid melding kan maken van een experiment in de antibiotieraad en van een ziekenhuisactiviteit van minstens drie jaar in programma's ter evaluatie en verbetering van het voorschrijven van infectiewerende geneesmiddelen. Die activiteiten kunnen gestaafd worden met interne educatieve documenten en/of enquêteverslagen aan het comité voor ziekenhuishygiëne, aan het medisch-farmaceutisch comité en aan de hoofdgeneesheer alsmede met eventuele mededelingen aan de wetenschappelijke vergaderingen of nationale of internationale wetenschappelijke publicaties.

De dossiers inzake kandidaatstelling van ziekenhuizen moeten gezonden worden aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu - Bestuur van de Gezondheidszorg. Die moeten de volgende gegevens bevatten :

1. De lijst met de personen die deel uitmaken van de beheersgroep antibiotherapie en hun functies in het ziekenhuis;
2. De notulen van de vergaderingen van de beheersgroep antibiotherapie van het verstreken jaar of van stukken waaruit blijkt dat de groep regelmatig vergadert;
3. Een exemplaar van het formulier van de infectiewerende geneesmiddelen in het ziekenhuis;
4. Een exemplaar met de schriftelijke aanbevelingen voor de empirische en etiologische infectiewerende behandelingen en de infectiewerende profylaxe in het ziekenhuis;
5. Een aanvraag voor de financiering van een afgevaardigde voor het antibiotieerbeheer met de naam van de kandidaat of kandidaten voorgesteld door het Comité voor Ziekenhuishygiëne en het Medisch-Farmaceutisch Comité, ondertekend door zowel de beheerder als de hoofdgeneesheer en vergezeld van zijn of haar curriculum vitae, activiteitenrapporten inzake het antibiotieerbeleid in de ziekenhuizen, van een brief met zijn of haar motivering en het advies van de Medische Raad van de instelling over de kandidatuur of kandidaturen.

§ 4. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2002, 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 avoir le titre de pharmacien hospitalier obtenu en application de l'arrêté royal n° 77.

Aussi longtemps que le titre visé au 1<sup>er</sup> alinéa n'est pas accordé, la production de l'attestation qu'une formation complémentaire 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, du fonctionnement du Comité médico-pharmaceutique et de l'utilisation rationnelle des médicaments organisée par la Structure de concertation entre les gestionnaires d'hôpitaux, les médecins et les organismes assureurs.

§ 6. Afin de stimuler l'utilisation rationnelle des médicaments anti-infectieux dans les hôpitaux, un budget de 934.558,59 EUR est réparti entre les hôpitaux aigus qui, sur une base volontaire, demandent à financer un délégué à la gestion de l'antibiothérapie.

Les hôpitaux sont sélectionnés, après avis de la «Commission de coordination de la politique antibiotique» du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions et par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, selon un classement établi d'après les critères suivants :

- l'existence d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie fonctionnel;
- l'existence d'un formulaire des médicaments anti-infectieux de l'hôpital;
- l'existence de recommandations écrites pour les traitements anti-infectieux empiriques et étiologiques et la prophylaxie anti-infectieuse;
- l'engagement d'un médecin ou d'un pharmacien délégué à la gestion de l'antibiothérapie.

La fonction du médecin délégué à la gestion de l'antibiothérapie peut être occupée par une personne répondant aux conditions suivantes :

- soit être spécialiste en biologie clinique et disposer d'une compétence particulière en microbiologie clinique
- soit être spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie et disposer d'une compétence particulière en pathologie infectieuse.

La fonction du pharmacien délégué à la gestion de l'antibiothérapie peut être occupée par un pharmacien qui répond aux conditions visées à l'article 18 de l'arrêté royal du 4 mars 1991 fixant pour les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée.

Une condition essentielle valant pour les trois profils décrits est que le délégué à la gestion de l'antibiothérapie puisse faire état d'une expérience en conseil d'antibiothérapie et d'une activité hospitalière de trois ans minimum dans des programmes d'évaluation et d'amélioration de la prescription de médicaments anti-infectieux. Ces activités peuvent être attestées par des documents éducatifs internes et/ou des rapports d'enquête au comité d'hygiène hospitalière, au comité médico-pharmaceutique et au médecin en chef, ainsi que par d'éventuelles communications à des réunions scientifiques ou publications scientifiques nationales ou internationales.

Les dossiers de candidature des hôpitaux doivent être envoyés au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement - Administration des Soins de Santé. Ils doivent comporter les données suivantes :

1. La liste des personnes faisant partie du groupe de gestion de l'antibiothérapie et leurs fonctions au sein de l'hôpital;
2. Les compte-rendus des réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie de l'année écoulée ou des documents attestant des réunions régulières de ce groupe;
3. Un exemplaire du formulaire des médicaments anti-infectieux de l'hôpital;
4. Un exemplaire de recommandations écrites pour les traitements anti-infectieux empiriques et étiologiques et la prophylaxie anti-infectieuse de l'hôpital;
5. Une demande pour le financement d'un délégué à la gestion de l'antibiothérapie avec le nom du ou des candidats proposé(s) par le Comité d'hygiène hospitalière et le Comité médico-pharmaceutique, co-signée par le gestionnaire et le médecin en chef, accompagnée de son ou de leur curriculum vitae, des rapports d'activité en gestion de la politique antibiotique hospitalière, de sa ou de leur lettre de motivation, et de l'avis du Conseil médical de l'établissement sur la ou les candidatures.

Onderdeel B5 van het budget van de geselecteerde ziekenhuizen wordt vermeerderd met een forfaitair bedrag (M) berekend als volgt :

$$(M) = B / \text{Aantal hS-punten} * \text{aantal hi-punten}$$

Waarbij :

B = het beschikbare budget;

Aantal hS-punten = totaal aantal punten voor de geselecteerde ziekenhuizen;

Aantal hi-punten = aantal punten voor het geselecteerde ziekenhuis.

In voorkomend geval wordt (M) beperkt tot 72.908,26 EUR overeenstemmend met 1 Voltijds Equivalent.

Om het aantal punten te bepalen wordt er rekening gehouden met het aantal C-, D-, L-, NIC-, E-, G- en M-bedden van het geselecteerde ziekenhuis met een weging, vastgesteld als volgt :

- C-, D-, L- en Nic-bedden : 3 punten per bed

- E- en G-bedden : 2 punten per bed

- M-bedden : 1 punt per bed

Na de beëindiging van het dienstjaar moeten de geselecteerde ziekenhuizen hun door de in lid 2 bedoelde Commissie geëvalueerde activiteitenrapport opsturen

#### Onderafdeling 11. — Onderdeel B6 van het budget

**Art. 78.** Onderdeel B6 van het budget wordt vastgesteld op de waarde op 30 juni 2002.

Niettemin, voor wat betreft de uitgaven van prestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek voor wie in de collectieve arbeids-overeenkomsten afgesloten in de bevoegde paritaire commissie of protocolakkoorden afgesloten in de bevoegde overlegcomités voorzien door de wet van 19 december 1974 dewelke de relaties tussen publieke overheden en de vakbonden met betrekking tot deze overheid regelt, zijn de bepalingen van artikel 74, §§ 1, en 2, van dit besluit mutatis mutandis van toepassing op Onderdeel B6.

#### Onderafdeling 12. — Onderdeel B7 van het budget

**Art. 79.** § 1. Onderdeel B7A wordt vanaf 1 juli 2002 vastgesteld als volgt :

$$B7A = A + B + C + D$$

Waarbij :

A. = gelijk aan het bedrag dat resulteert uit de optelling van de volgende elementen :

1. het budgetverschil overeenstemmend met het verschil van de op 30 juni 2002 toegekende punten en de punten dewelke zouden toegekend zijn, indien men de bepalingen van artikel 46 van dit besluit toegepast had;

2. de vermindering van het budget bedoeld in artikel 42, § 8, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 op zijn waarde op 30 juni 2002;

3. de op 30 juni 2002 toegekende bedragen, bij toepassing van artikel 22bis, § 3, 1°, en 47, 1°, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 voor wat de op basis van artikel 7 van het koninklijk besluit van 27 oktober 1989 toegekende uitrusting betreft;

4. de bedragen die equivalent zijn met de vermindering van de totale budgetten voor klinische biologie en medische beeldvorming en de partiële budgettaire doelstellingen voor dialyse en de forfaitaire ligdagen (wat de niet-chirurgische daghospitalisatie betreft), die toegepast zal worden bij wijziging in de financieringsregels in deze verschillende sectoren op dusdanige wijze dat de weerslag voor de betrokken ziekenhuizen geneutraliseerd wordt voor zover deze bedragen tot een verhoging van het globaal budget van de ziekenhuizen bedoeld in artikel 87 van de wet op de ziekenhuizen aanleiding geven.

Deze bedragen worden over de ziekenhuizen verdeeld op basis van eenzelfde percentage van het Onderdeel B2;

B = de waarde op 30 juni 2002 van de financiering toegekend bij toepassing van artikel 48, § 14, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986;

C = de waarde op 30 juni 2002 van de financiering toegekend bij toepassing van artikel 48, § 28, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986.

Om het voordeel van de financiering uit B en C te behouden, dienen de ziekenhuizen te voldoen aan de voorwaarden uit bijlage 12 van dit besluit;

D = het bedrag van de verdeling van een budget van 9.915.741 EUR in functie van de volgende regels :

- de verdeelsleutel van het in het vorige lid bedoelde budget is gelijk aan  $T \times N$

La Sous-partie B5 du budget des hôpitaux sélectionnés est augmentée d'un montant forfaitaire (M) calculé comme suit :

$$(M) = B / \text{Nombre de points hS} * \text{Nbre de points hi}$$

Où

- B = le budget disponible;

- Nbre de points hS = nombre total de points pour les hôpitaux sélectionnés;

- Nbre de points hi = nombre de points pour l'hôpital sélectionné.

Le cas échéant, (M) est limité à 72.908,26 EUR correspondant à 1 Equivalent Temps Plein.

Pour fixer le nombre de points, il est tenu compte du nombre de lits C, D, L, Nic, E, G et M de l'hôpital sélectionné avec une pondération établie comme suit :

- Lits C, D, L, Nic : 3 points par lit

- Lits E et G : 2 points par lit

- Lits M : 1 point par lit

Les hôpitaux sélectionnés doivent, l'exercice terminé, faire parvenir leur rapport d'activité qui doit être évalué par la Commission visée au 2<sup>e</sup> alinéa.

#### Sous-section 11. — Sous-partie B6 du budget

**Art. 78.** La Sous-partie B6 du budget est fixée à sa valeur au 30 juin 2002.

Cependant, en ce qui concerne la dispense de prestations dans le cadre de la problématique de fin de carrière prévue par les conventions collectives de travail conclues au sein de la commission paritaire compétente ou les protocoles d'accords conclus au sein des comités de négociation compétents prévus par la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de cette autorité, les dispositions de l'article 74, §§ 1<sup>er</sup>, et 2, du présent arrêté sont, mutatis mutandis, applicables pour la Sous-partie B6.

#### Sous-section 12. — Sous-partie B7 du budget

**Art. 79.** § 1. La Sous-partie B7A est fixée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2002 de la manière suivante :

$$B7A = A + B + C + D$$

Où

A. = est égal au montant représentant l'addition des éléments suivants :

1. la différence de budget correspondant à la différence de points octroyés au 30 juin 2002 et les points qui auraient été octroyés si on avait appliqué les dispositions de l'article 46 du présent arrêté;

2. la diminution de budget visée à l'article 42, § 8, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, à sa valeur au 30 juin 2002;

3. les montants octroyés au 30 juin 2002 en application des articles 22bis, § 3, 1°, et 47, 1°, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 en ce qui concerne les équipements attribués sur base de l'article 7 de l'arrêté royal du 27 octobre 1989;

4. les montants équivalents à la réduction des budget globaux de biologie clinique et d'imagerie médicale et des objectifs budgétaires partiels pour la dialyse et les journées forfaitaires (en ce qui concerne l'hospitalisation de jour non chirurgicale), appliquée lorsqu' interviendront des modifications dans les règles de financement de ces différents secteurs, de telle façon à neutraliser l'effet pour les hôpitaux concernés de ces modifications, pour autant que ces montants donnent lieu à une augmentation du budget global des hôpitaux visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux.

Ces montants sont répartis entre les hôpitaux sur base d'un même pourcentage de la Sous-partie B2;

B = la valeur au 30 juin 2002 du financement octroyé en application de l'article 48, § 14, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

C = la valeur au 30 juin 2002 du financement octroyé en application de l'article 48, § 28, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986.

Pour conserver le bénéfice du financement prévu au B et C, les hôpitaux concernés doivent respecter les conditions reprises à l'annexe 12 du présent arrêté;

D = le montant de la répartition d'un budget de 9.915.741 EUR en fonction des règles suivantes :

- la clé de répartition du budget visé à l'alinéa précédent est égale à  $T \times N$



## Waarbij

T = het relatieve aandeel uitgedrukt in percentage van de sociale patronale lasten in voorkomend geval beperkt teneinde de equivalente sociale voordelen te bereiken in vergelijking met de brutoverloning van de gesalarieerde artsen weerhouden onder N, gewogen naargelang de categorie van geneesheer namelijk de contractuele geneesheer, de statutaire geneesheer en de geneesheer van openbaar ambt met uitzondering van de assistent-geneesheren;

N = aantal gesalarieerde geneesheren uitgedrukt in aantal voltijdse equivalenten gedurende het laatst gekende jaar voor dewelke de patronale bijdragen werden betaald, en die toebehoren tot de categorieën van de contractuele geneesheren, de statutaire geneesheren en de geneesheren van openbaar ambt, met uitzondering van de assistent-geneesheren.

Om van deze financiering te genieten dienen de betrokken ziekenhuizen het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu de lijst van de geneesheren bedoeld in de eerste alinea te bezorgen met vermelding van de naam, voornaam, nationaal nummer, arbeidstijd uitgedrukt in 11den en hun aantal maanden in dienst.

§ 2. Onderdeel B7B wordt vanaf 1 juli 2002 op de volgende wijze vastgesteld :

$$B7B = A + B + C + D$$

## Waarbij :

A = het budgetverschil overeenstemmend met het verschil tussen de op 30 juni 2002 toegekende punten en de punten die op 30 juni 2002 toegekend zouden worden, als men de bepalingen van artikel 46 van dit besluit zou toepassen;

B = de vermindering van het budget bedoeld in artikel 42, § 8, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 op zijn waarde op 30 juni 2002;

C = de waarde op 30 juni 2002 van de financiering toegekend bij toepassing van artikel 48, § 14, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986;

D = de waarde op 30 juni 2002 van de bij toepassing van artikel 48, § 28, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 toegekende financiering.

Om het voordeel van de in C en D bedoelde financiering te behouden, moeten de betrokken ziekenhuizen aan de voorwaarden van bijlage 12 van dit besluit voldoen.

## Onderafdeling 13. — Onderdeel B8 van het budget

**Art. 80.** Onderdeel B8 wordt op volgende manier vastgesteld :

1° Een bedrag van 17.208.768 EUR wordt verdeeld onder de 20 eerste acute ziekenhuizen van een rangschikking, opgemaakt als volgt :

Voor elk acuut ziekenhuis worden de volgende ratio's berekend :

a) ratio van het aantal O.C.M.W.-dagen t.o.v. het totale aantal dagen;

b) ratio van het aantal alleenstaande patiënten ten opzichte van het totale aantal opnamen;

c) ratio van het aantal patiënten dat de sociale franchise geniet t.o.v. het totale aantal opnamen;

d) ratio van het aantal patiënten met inkomsten lager dan 12.394,68 EUR t.o.v. het totale aantal patiënten.

Om de ratio's b), en d), te bepalen, wordt er met name rekening gehouden met de statistieken terzake van het Nationaal Instituut voor Statistiek. De in de punten a, b, c, en d, bedoelde gegevens hebben betrekking op het laatste bekende dienstjaar.

De vier bovengenoemde ratio's worden als volgt gewogen :

ratio a) : 0,30

ratio b) : 0,20

ratio c) : 0,30

ratio d) : 0,20

De ratio's worden na weging opgeteld om een score te vormen.

De ziekenhuizen worden naar opklimmende waarde van de verkregen score gerangschikt

Het beschikbare budget wordt onder de 20 eerste ziekenhuizen als volgt verdeeld :

- onder de 10 eerste ziekenhuizen : 50 % van het beschikbare budget;

- onder de 20 ziekenhuizen : 50 % van het beschikbare budget.

## Où

T = la part relative exprimée en pourcentage des charges sociales patronales, le cas échéant limitées afin d'atteindre des avantages sociaux équivalents, par rapport aux rémunérations brutes des médecins salariés repris sous N, pondéré selon la catégorie de médecin notamment le médecin contractuel, le médecin statutaire et le médecin de la fonction publique à l'exclusion des médecins assistants;

N = le nombre de médecins salariés exprimés en nombre d'équivalents temps plein durant la dernière année connue pour lesquels des cotisations patronales ont été payées et appartenant aux catégories des médecins contractuels, des médecins statutaires et des médecins de la fonction publique à l'exclusion des médecins assistants

Pour bénéficier de ce financement, les hôpitaux concernés doivent faire parvenir au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé la liste des médecins visés au 1<sup>er</sup> alinéa avec mention de leur nom, prénom, numéro national, de leur temps de travail exprimé en 11èmes et de leur nombre de mois d'occupation.

§ 2. La Sous-partie B7B est fixée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2002 de la manière suivante :

$$B7B = A + B + C + D$$

## Où

A = la différence de budget correspondant à la différence de points octroyés au 30 juin 2002 et les points qui auraient été octroyés au 30 juin 2002 si on avait appliqué les dispositions de l'article 46 du présent arrêté;

B = la diminution de budget visée à l'article 42, § 8, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, à sa valeur au 30 juin 2002

C = la valeur au 30 juin 2002 du financement octroyé en application de l'article 48, § 14, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986;

D = la valeur au 30 juin 2002 du financement octroyé en application de l'article 48, § 28, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986.

Pour conserver le bénéfice du financement prévu au C et au D, les hôpitaux concernés doivent respecter les conditions reprises à l'annexe 12 du présent arrêté.

## Sous-section 13. — Sous-partie B8 du budget

**Art. 80.** La Sous-partie B8 du budget est fixée de la manière suivante :

1° Un montant de 17.208.768 EUR est réparti entre les 20 premiers hôpitaux aigus d'un classement établi comme suit :

Pour chaque hôpital aigu, il est calculé les ratios suivants :

a) ratio du nombre de journées C.P.A.S. par rapport au nombre total de journées;

b) ratio du nombre de patients isolés par rapport au nombre total d'admissions;

c) ratio du nombre de patients bénéficiant de la franchise sociale par rapport au nombre total d'admissions;

d) ratio du nombre de patients ayant des revenus inférieurs à 12.394,68 EUR par rapport au nombre total de patients.

Pour déterminer les ratios b), et d), il est notamment tenu compte des statistiques en la matière émanant de l'Institut national des Statistiques. Les données visées aux points a, b, c, et d, ont trait au dernier exercice connu.

Les 4 ratios précités sont pondérés de la manière suivante :

ratio a) : 0,30

ratio b) : 0,20

ratio c) : 0,30

ratio d) : 0,20

Après pondération, les ratios sont additionnés pour constituer un score.

Les hôpitaux sont classés selon la valeur croissante du score obtenu.

Le budget disponible est réparti entre les 20 premiers hôpitaux de la manière suivante :

- aux 10 premiers hôpitaux : 50 % du budget disponible;

- aux 20 hôpitaux : 50 % du budget disponible.

Voor de verdeling van voornoemde budgetten onder de begunstigde ziekenhuizen wordt 25 % van het budget verdeeld in functie van het aantal geselecteerde ziekenhuizen en 75 % op basis van de verantwoordende dagen waarvan sprake in bijlage 3.

Om het voordeel van de bovengenoemde financiering te behouden moeten de geselecteerde ziekenhuizen voor het geheel van het ziekenhuis het bewijs leveren dat ze de verbintenistarieven naleven volgens de voorwaarden die in het nationaal akkoord artsen-verzekeringsorganisaties van toepassing zijn op de artsen die zich verbonden hebben om zich aan de tarieven te houden. Bij afwezigheid van een dergelijk nationaal akkoord moeten ze voor het geheel van het ziekenhuis de tarieven navolgen die als basis dienen voor de tegemoetkoming van de ziekteverzekering volgens de voorwaarden die in het laatste nationale akkoord artsen-verzekeringsinstellingen van toepassing waren op de artsen die er zich toe verbonden hebben om zich aan de tarieven van dat akkoord te houden.

Om de voormelde bedragen van het Onderdeel B8 te behouden, moeten de ziekenhuizen :

- meewerken aan het systematisch verzamelen en het tijdig doorsturen aan het Departement Volksgezondheid van correcte en volledige gegevens met betrekking tot het sociaal profiel van hun patiënten;

- deelnemen aan informatie- en vormingsdagen m.b.t. de begeleiding van patiënten met een zwak sociaal profiel en aan projecten die leiden tot een betere opvang van patiënten met een zwak sociaal profiel;

- jaarlijks een verslag uitbrengen waaruit de besteding der middelen in relatie met de doelgroep blijkt.

De Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, kunnen door een overeenkomst met de betreffende ziekenhuizen de praktische modaliteiten, inclusief deze van registratie, omschrijven op basis waarvan voormelde verplichtingen worden uitgevoerd en gecontroleerd.

Wanneer niet aan alle criteria werd voldaan, bepalen de Ministers de percentages van het toegekende bedrag dat moet worden teruggestort als ook de timing van de terugbetaling.

2°. Om rekening te houden met de specifieke taalproblemen en de culturele kenmerken van de opgenomen patiënten, wordt een bedrag van 1.239.467,62 EUR verdeeld onder de acute en psychiatrische ziekenhuizen die op vrijwillige basis vragen om een intercultureel bemiddelaar of een coördinator interculturele bemiddeling in dienst te mogen nemen.

Deze ziekenhuizen worden na advies van de Coördinatriceel « Interculturele Bemiddeling » van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu geselecteerd door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft en door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, volgens een rangschikking opgesteld overeenkomstig de volgende criteria :

- het aantal opnamen van onderdanen van een andere Staat dan een Lidstaat van de Europese Unie;

- het aantal opnamen van onderdanen van een Lidstaat van de Europese Unie met uitzondering van het Koninkrijk België;

- voor de ziekenhuizen waar reeds interculturele bemiddelaars of een coördinator interculturele bemiddeling gefinancierd worden : de resultaten van een evaluatie van hun activiteiten door de Coördinatriceel « Interculturele Bemiddeling ».

De functie van intercultureel bemiddelaar 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 « gezondheidszorg »-richtingen, antropologie, ethnologie, filologie, filosofie, sociologie en psychologie, tolk- en vertaalwetenschappen en een beroepservaring kunnen bewijzen in het domein van de interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg;

b) houder zijn van een diploma van het hoger onderwijs van het korte type in de culturele, sociale of « gezondheidszorg »-richtingen, met een theoretische opleiding in het domein van de interculturele gezondheidszorg;

c) houder zijn van een diploma van het hoger secundair onderwijs aangevuld met een attest van een specifieke en erkende opleiding in het domein van de interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg gelijkwaardig aan het hoger secundair technisch onderwijs, en met een begeleide praktijkervaring.

Pour la répartition entre les hôpitaux bénéficiaires des budgets précités, 25 % du budget est réparti en fonction du nombre d'hôpitaux sélectionnés, 75 % sur base des journées justifiées dont question à l'annexe 3.

Pour conserver le bénéfice du financement précité, les hôpitaux sélectionnés doivent faire la preuve que pour l'ensemble de l'hôpital, ils appliquent les tarifs de l'engagement selon les conditions qui, dans l'accord national médecins-organismes assureurs sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter ces tarifs. En cas d'absence d'un tel accord national, ils doivent appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs qui servent de base pour l'intervention de l'assurance-maladie selon les conditions, qui dans le dernier accord national médecins-organismes assureurs sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter les tarifs de cet accord.

Afin de pouvoir conserver le bénéfice des montants précités de la Sous-partie B8, les hôpitaux doivent :

- collaborer à la collecte systématique et à la transmission, au Département de la Santé publique, de données correctes et complètes relatives au profil social de leurs patients;

- participer aux journées d'information et de formation portant sur l'accompagnement de patients à profil social faible et aux projets qui conduisent à un meilleur accueil des patients à profil social faible;

- soumettre annuellement un rapport attestant l'affectation des moyens au profit du groupe cible.

Le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions et le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peuvent définir par voie de convention avec les hôpitaux concernés les modalités pratiques, y compris celles relatives à l'enregistrement, sur la base desquels les obligations précitées sont exécutées et contrôlées.

Lorsqu'il n'est pas répondu à l'ensemble des critères, les Ministres dont question ci-dessus fixent les pourcentages du montant octroyé devant être remboursé ainsi que le calendrier du remboursement.

2° En vue de prendre en compte les problèmes spécifiques des langues et les caractéristiques culturelles des patients hospitalisés, un montant maximum de 1.239.467,62 EUR est réparti entre les hôpitaux aigus et les hôpitaux psychiatriques qui, sur une base volontaire, demandent à engager un médiateur interculturel ou un coordinateur en matière de médiation interculturelle.

Les hôpitaux sont sélectionnés, après avis de la cellule de coordination « Médiation interculturelle » du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers 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 nombre d'admissions de ressortissants d'un Etat non membre de l'Union européenne;

- le nombre d'admissions de ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne à l'exception du Royaume de Belgique;

- pour les hôpitaux disposant déjà de médiateurs interculturels ou d'un coordinateur en matière de médiation interculturelle : les résultats d'une évaluation de leurs activités effectuées par la cellule de coordination « Médiation interculturelle ».

La fonction de médiateur interculturel peut être occupée par une personne répondant aux conditions suivantes :

a) être titulaire d'un diplôme universitaire ou d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type long dans les disciplines suivantes : orientations médicales, paramédicales et « soins de santé », anthropologie, ethnologie, philologie, philosophie, sociologie et psychologie, traduction et interprétation et pouvoir justifier une expérience professionnelle en médiation interculturelle dans le secteur des soins de santé;

b) être porteur d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type court dans les orientations culturelles, sociales ou « soins de santé », ainsi qu'avoir suivi une formation théorique en médiation interculturelle dans le secteur des soins de santé;

c) être porteur d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur, complété par un certificat de formation spécifique et reconnu dans le domaine de la médiation interculturelle en matière de soins de santé, équivalent au diplôme de l'enseignement technique secondaire supérieur, et avec une expérience pratique encadrée.

Een essentiële voorwaarde die geldt voor de drie beschreven profielen is dat een interculturele bemiddelaar, naast een van de nationale talen, tenminste één taal van een van de doelgroepen beheerst. De doelgroepen zijn de verschillende groepen allochtonen die een lage sociaal-economische status hebben en die zich in een achterstandspositie bevinden, evenals de doven en gehoorgestoorden die zich in een doventaal uitdrukken. Voor een coördinator interculturele bemiddeling geldt deze laatste voorwaarde niet.

Afwijkingen van deze profielen kunnen na advies van de Coördinatriceel « Interculturele Bemiddeling » toegestaan worden door de leidinggevende ambtenaar.

De dossiers m.b.t. de kandidatuur van de ziekenhuizen moeten voor 31 maart van het burgerlijk jaar van vaststelling van het budget worden toegestuurd aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu - Bestuur van de Gezondheidszorgen. Ze dienen de volgende gegevens te omvatten :

1. het aantal opnamen van onderdanen van een andere staat dan een Lidstaat van de Europese Unie;

2. het aantal opnamen van onderdanen van een Lidstaat van de Europese Unie met uitzondering van het Koninkrijk België;

3. het type interculturele bemiddelaar (profiel *a*, *b*, of *c*, cf. supra) of coördinator interculturele bemiddeling (profiel *a*, *b*, of *c*) dat men in dienst wenst te nemen evenals het aanstellingspercentage;

4. enkel voor de ziekenhuizen waar reeds interculturele bemiddelaars gefinancierd worden : een verslag van de activiteiten van de interculturele bemiddelaars in het ziekenhuis;

5. enkel voor de ziekenhuizen waar reeds coördinatoren interculturele bemiddeling gefinancierd worden : een verslag van de activiteiten van deze coördinatoren, evenals van de externe of interne tolken, of interculturele bemiddelaars waarop ze in het kader van hun activiteiten een beroep hebben gedaan.

De Coördinatriceel « Interculturele Bemiddeling » zal richtlijnen voor het opstellen van de verslagen genoemd onder 4 en 5 aan de betrokken ziekenhuizen meedelen.

Ziekenhuizen kunnen drie types aanvragen indienen :

1. Een aanvraag voor het aanstellen van een intercultureel bemiddelaar : Voor interculturele bemiddelaars geldt als een absolute voorwaarde dat de betrokkene een taal van een van de doelgroepen beheerst. Er kan een interculturele bemiddelaar gefinancierd worden op voorwaarde dat er een voldoende hoog aantal allochtone patiënten in het ziekenhuis opgenomen wordt, en (voor ziekenhuizen waar reeds een initiatief loopt) er een voldoende hoog aantal kwalitatief hoogstaande interventies plaatsvindt. Interculturele bemiddelaars moeten deelnemen aan de supervisie- en vormingsbijeenkomsten georganiseerd door de Coördinatriceel Interculturele Bemiddeling.

2. Een aanvraag voor het aanstellen van een coördinator interculturele bemiddeling : er kan een coördinator interculturele bemiddeling gefinancierd worden op voorwaarde dat er een voldoende hoog aantal allochtone patiënten in het ziekenhuis opgenomen wordt, en (voor ziekenhuizen waar reeds een initiatief loopt) er een voldoende hoog aantal kwalitatief hoogstaande interventies plaatsvindt uitgevoerd door de coördinator zelf, interne of externe tolken of interculturele bemiddelaars die onder leiding van de betrokken coördinator werken. Een bedrag dat overeenstemt met 0.4 voltijdsequivalent (verder : VTE) kan toegekend worden op voorwaarde dat er maandelijks in een algemeen ziekenhuis minimaal 20 interventies door interne of externe tolken of externe interculturele bemiddelaars gerealiseerd worden, of wanneer er ten minste 1 VTE interculturele bemiddelaar in de instelling in dienst is die de door betrokken coördinator begeleid wordt. In psychiatrische instellingen volstaan 10 interventies per maand. Interculturele bemiddelaars die door het ziekenhuis aangeworven worden op andere middelen dan de B8 dienen aan dezelfde criteria te voldoen als de interculturele bemiddelaars die met dit mechanisme gefinancierd worden. Wanneer dat niet het geval is (en wanneer er geen afwijking van het gevraagde profiel toegestaan werd), kunnen ze niet in aanmerking genomen worden voor de toekenning van een coördinator interculturele bemiddeling. Ook moeten ze deelnemen aan de supervisie- en vormingsbijeenkomsten georganiseerd door de Coördinatriceel « Interculturele Bemiddeling ». Bedragen overeenstemmend met een hoger VTE kunnen toegekend worden bij een hoger aantal interventies door de coördinator, interne of externe tolken of externe interculturele bemiddelaars, en/of de aanwezigheid van een hoger VTE aan interculturele bemiddelaars binnen de instelling.

Une condition essentielle valant pour les trois profils décrits est que le médiateur interculturel maîtrise, en plus de l'une des langues nationales, au moins l'une des langues de l'un des groupes-cibles. Les groupes-cibles sont les différents groupes allophones de statut socio-économique peu élevé et se trouvant dans une position défavorisée, ainsi que les sourds et les malentendants qui s'expriment en langue signée. En ce qui concerne le coordinateur en matière de médiation interculturelle, la condition précitée n'est pas d'application.

Des dérogations à ces profils peuvent être autorisées par le fonctionnaire dirigeant après avis de la cellule de coordination "Médiation interculturelle".

Les dossiers de candidature des hôpitaux doivent être envoyés au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement - Administration des Soins de santé, pour le 31 mars de l'année civile au cours duquel le budget est fixé. Ils doivent comporter les données suivantes :

1. le nombre d'admissions de ressortissants d'un Etat non-membre de l'Union européenne;

2. le nombre d'admissions de ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne à l'exception du Royaume de Belgique;

3. le type de médiateur interculturel (profil *a*, *b*, ou *c*, cf. supra) ou de coordinateur en matière de médiation interculturelle (profil *a*, *b*, ou *c*) que l'on souhaite recruter ainsi que le taux d'utilisation;

4. uniquement pour les hôpitaux disposant déjà de médiateurs interculturels financés : un rapport sur les activités des médiateurs interculturels au sein de l'hôpital;

5. uniquement pour les hôpitaux disposant déjà de coordinateurs en matière de médiation interculturelle financés : un rapport des activités de ces coordinateurs, ainsi que des interprètes internes ou externes ou des médiateurs interculturels auxquels ils ont fait appel.

Des directives pour la rédaction des rapports visés aux points 4 et 5 seront communiquées par la cellule de coordination « Médiation interculturelle » aux hôpitaux concernés.

Les hôpitaux peuvent introduire 3 types de demandes :

1. Une demande de désignation d'un médiateur interculturel : pour les médiateurs interculturels, la maîtrise de la langue d'un des groupes cibles constitue une condition absolue. Un médiateur interculturel peut être financé pour autant que l'hôpital compte un nombre suffisamment important de patients allochtones et (pour les hôpitaux où une initiative est déjà en cours) que l'on y recense un nombre suffisant d'interventions qualifiées. Les médiateurs interculturels doivent participer aux réunions de supervision et de formation organisées par la cellule de coordination « Médiation interculturelle ».

2. Une demande de désignation d'un coordinateur en matière de médiation interculturelle : un coordinateur en matière de médiation interculturelle peut être attribué pour autant que l'hôpital compte un nombre suffisamment important de patients allochtones et (pour les hôpitaux où une initiative est déjà en cours) que l'on y recense un nombre suffisant d'interventions qualifiées effectuées par le coordinateur lui-même ou par des médiateurs interculturels ou interprètes internes ou externes travaillant sous la direction du coordinateur en question (par intervention, on entend notamment le recours à un interprète, mais aussi l'organisation d'une réunion d'information et d'éducation à la santé pour femmes allochtones). Un montant correspondant à 0.4 équivalent temps plein (dénommé ci-après ETP) peut être octroyé à condition que l'hôpital général recense mensuellement au moins 20 interventions effectuées par des interprètes internes ou externes ou par des médiateurs interculturels externes ou que l'établissement occupe au moins 1 médiateur interculturel ETP encadré par le coordinateur concerné. Pour les établissements psychiatriques, 10 interventions par mois suffisent. Les médiateurs interculturels recrutés par l'hôpital par d'autres moyens que le B8 doivent satisfaire aux mêmes critères que les médiateurs interculturels financés au moyen de ce mécanisme. Si tel n'est pas le cas (et si aucune dérogation n'a été accordée en ce qui concerne le profil demandé), ils ne peuvent être pris en compte pour l'octroi d'un coordinateur en matière de médiation interculturelle. En outre, ils doivent participer aux réunions de supervision et de formation organisées par la cellule de coordination « Médiation interculturelle ». Des montants correspondant à un nombre plus élevé d'ETP peuvent être octroyés si le coordinateur, les interprètes internes ou externes ou les médiateurs interculturels externes pratiquent un nombre plus élevé d'interventions et/ou si l'établissement occupe un nombre plus élevé de médiateurs interculturels ETP.

3. Een aanvraag voor de financiering van een coördinator interculturele bemiddeling en een intercultureel bemiddelaar : Het toegekende VTE voor beide functies samen stemt overeen met het VTE dat voor een aanvraag van een intercultureel bemiddelaar (cf. 1) toegekend zou worden. Voor 1 VTE wordt daarbij een bedrag overeenstemmend met 0,4 VTE voor een coördinatiefunctie toegekend, en 0,6 VTE voor een bemiddelingsfunctie.

Voor een ziekenhuis waar het initiatief reeds loopt kan deze financiering enkel voortgezet worden wanneer er of 1 VTE intercultureel bemiddelaar in het ziekenhuis werkt, of wanneer er een halftijdse interculturele bemiddelaar in dienst is en er daarnaast in algemene ziekenhuizen minimaal 10 interventies (voor psychiatrische instellingen 5) per maand uitgevoerd worden door de coördinator zelf, interne of externe tolken, of externe interculturele bemiddelaars.

Het Onderdeel B8 van het budget van de geselecteerde ziekenhuizen wordt verhoogd voor een voltijdsequivalent met een forfaitair bedrag van maximaal :

37.184,03 EUR voor de personen bedoeld onder punt a);

34.705,09 EUR voor de personen bedoeld onder punt b);

29.747,22 EUR voor de personen bedoeld onder punt c)

op basis van :

het kandidatuurdossier;

enkel voor de ziekenhuizen waar reeds interculturele bemiddelaars actief zijn : de resultaten van een evaluatie van de bemiddelingsactiviteiten in de betrokken ziekenhuizen uitgevoerd door de Coördinatiefunctie Interculturele Bemiddeling;

het advies van de Coördinatiefunctie Interculturele Bemiddeling van het hiervoor genoemde Ministerie.

Het totale bedrag dat voor het aanwerven van coördinatoren interculturele bemiddeling uitgegeven kan worden, is beperkt tot 322.261,58 EUR.

De toekenning van deze financiering kan gekoppeld worden aan de deelname aan projecten uitgewerkt door de Coördinatiefunctie Interculturele Bemiddeling

#### Afdeling III. — Deel C van het budget

##### Onderafdeling I. - Onderdeel C1 van het budget

**Art. 81.** De aanloopkosten worden aanvaard op basis van de werkelijke uitgaven, en in het budget opgenomen, overeenkomstig artikel 2, 1°, van het koninklijk besluit van 14 december 1987 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen.

##### Onderafdeling 2. — Onderdeel C2 van het budget

**Art. 82.** De inhaalbedragen worden vastgesteld overeenkomstig de bepalingen voorzien in Hoofdstuk 10.

##### Onderafdeling 3. — Onderdeel C3 van het budget

**Art. 83.** Onderdeel C3 van het budget van de financiële middelen wordt vastgesteld op zijn waarde van 30 juni 2002.

##### Onderafdeling 4. — Onderdeel C4 van het budget

**Art. 84.** Onderdeel C4 van het budget van de financiële middelen van de palliatieve bedden en Sp-diensten voor palliatieve verzorging, de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden en de psychiatrische ziekenhuizen is gelijk aan een bedrag berekend als volgt :

$$(B1 + B2) \times ((JR - Ref)/JR)$$

Waar :

B1 + B2 = het budget voor de onderdelen B1 en B2;

JR = het aantal verpleegdagen gerealiseerd tijdens het laatst bekende dienstjaar;

Ref = het referentieaantal waarvan sprake in artikel 89.

#### Afdeling IV. — Indexering van de delen van het budget

**Art. 85.** § 1. a). Het deel B wordt geïndexeerd overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel tot koppeling aan het indexcijfer van de consumptieprijs, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit nr. 156 van 30 december 1982 en de artikelen 24 en 25 van de programmawet van 2 januari 2001.

3. Une demande de financement d'un coordinateur en matière de médiation interculturelle et d'un médiateur interculturel : Le nombre d'ETP attribué pour les deux fonctions correspond au nombre d'ETP attribué dans le cadre d'une demande de désignation d'un médiateur interculturel (cf. 1). 1 ETP donne lieu à l'octroi d'un montant correspondant à 0,4 ETP pour une fonction de coordination et à 0,6 ETP pour une fonction de médiation.

Pour les hôpitaux où l'initiative est déjà en cours, ce financement ne peut être maintenu qu'à la condition suivante : soit l'hôpital occupe 1 médiateur interculturel ETP, soit l'hôpital occupe un médiateur interculturel à mi-temps et on y recense en outre, s'il s'agit d'un hôpital général, au moins 10 interventions (5 pour les hôpitaux psychiatriques) effectuées par le coordinateur lui-même, par des interprètes internes ou externes ou par des médiateurs interculturels externes.

La Sous-partie B8 du budget des hôpitaux sélectionnés est augmentée d'un montant forfaitaire maximum par équivalent temps plein de :

37.184,03 EUR pour les personnes visées au point a);

34.705,09 EUR pour les personnes visées au point b);

29.747,22 EUR pour les personnes visées au point c).

sur la base :

- du dossier de candidature;

- uniquement pour les hôpitaux disposant déjà de médiateurs interculturels en activité : des résultats d'une évaluation des activités de médiation au sein des hôpitaux concernés effectuée par la cellule de coordination « Médiation interculturelle »;

- de l'avis de la cellule de coordination « Médiation interculturelle » du Ministère susmentionné.

Le montant total pour le recrutement des coordinateurs en matière de médiation interculturelle est limité à 322.261,58 EUR.

L'attribution de ce financement peut être conditionnée à la participation à des projets élaborés par la cellule de coordination « Médiation interculturelle ».

#### Section III. — Partie C du budget

##### Sous-section 1<sup>re</sup>. — Sous-partie C1 du budget

**Art. 81.** Les frais de pré-exploitation sont admis sur la base des dépenses réelles, et inclus dans le budget, conformément à l'article 2, 1°, de l'arrêté royal du 14 décembre 1987 relatif aux comptes annuels des hôpitaux.

##### Sous-section 2. — Sous-partie C2 du budget

**Art. 82.** Les montants de rattrapage seront fixés conformément aux dispositions du Chapitre 10.

##### Sous-section 3. — Sous-partie C3 du budget

**Art. 83.** La Sous-partie C3 du budget des moyens financiers est fixée à sa valeur au 30 juin 2002.

##### Sous-section 4. — Sous-partie C4 du budget

**Art. 84.** La Sous-partie C4 du budget des moyens financiers des lits et services Sp palliatifs, services de grands brûlés et des hôpitaux psychiatriques est égale à un montant calculé comme suit :

$$(B1 + B2) \times ((JR - Ref)/JR)$$

Où :

B1+B2 = le budget pour les Sous-parties B1 et B2;

JR = le nombre de journées d'hospitalisation réalisées pendant le dernier exercice connu;

Ref = le nombre de référence dont question à l'article 89.

#### Section IV. — Indexation des parties du budget

**Art. 85.** § 1<sup>er</sup>. a). La partie B sera indexée conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation, modifiée par l'arrêté royal n° 156 du 30 décembre 1982 et par les articles 24 et 25 de la loi-programme du 2 janvier 2001.

b) Het deel B dat bij het begin van elk dienstjaar wordt vastgesteld, wordt opgesteld in functie van het geldende indexcijfer van de consumptieprijzen en van de indexhypothesen, die in aanmerking worden genomen voor de berekening van de Staatsbegroting, bekend op het ogenblik van de betekening.

Na beëindiging van het dienstjaar wordt er een positieve of negatieve aanpassing uitgevoerd in functie van de werkelijke indexgegevens.

§ 2. De delen A en C van het budget worden niet geïndexeerd.

#### HOOFDSTUK VII. — *Vaststelling van het vaste en variabele gedeelte van het budget*

**Art. 86.** § 1. Het vaste gedeelte van het budget van de financiële middelen wordt gevormd :

door het budget van de Onderdelen A1, A2, A3, B3, B4, B5, B6, B7, B8, C1, C2, C3 en C4. Dat laatste Onderdeel betreft enkel de palliatieve ziekenhuizen en Sp-diensten voor palliatieve verzorging, de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden en de psychiatrische ziekenhuizen;

80 % van de budgetten van de Onderdelen B1 en B2.

§ 2. Het variabel gedeelte van het budget van de financiële middelen wordt gevormd door 20 % van de budgetten van de Onderdelen B1 en B2.

§ 3. Het vaste en variabele gedeelte bepaald overeenkomstig §§ 1, en 2, wordt in twee gedeeltes opgesplitst, waarbij het ene berekend wordt op basis van het aantal verpleegdagen van het laatst bekende dienstjaar voor de in artikel 99, § 2, bedoelde patiënten en het andere op basis van het aantal verpleegdagen van het laatst bekende dienstjaar voor de in artikel 100 bedoelde patiënten.

Zodra het dienstjaar is beëindigd wordt de bovengenoemde opsplitsing op basis van de specifieke gegevens van dit dienstjaar herzien.

#### HOOFDSTUK VIII. — *Vaststelling van het referentieaantal bedoeld in artikel 97, § 1, e), van de wet op de ziekenhuizen*

**Art. 87.** § 1. Voor de acute ziekenhuizen en de Sp-diensten, buiten de Sp-diensten voor palliatieve verzorging, wordt geen referentieaantal vastgesteld.

§ 2. Voor palliatieve ziekenhuizen en Sp-diensten voor palliatieve verzorging en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden wordt er een enkel referentieaantal vastgesteld, en dit op volgende wijze :

Aantal bedden x 365 x 0,8

§ 3. Voor de psychiatrische ziekenhuizen wordt er een enkel referentieaantal vastgesteld, en dat op de volgende wijze :

$\Sigma$  aantal bedden per dienst op 1 januari X 365 X T

waarbij :

T = A, T, Tf = 80 %

Ad, An, Td, Tn = 56 %

K = 70 %

Kd = 35 %

Kn = 42 %

#### HOOFDSTUK IX. — *Aanpassing van het budget*

##### *Afdeling 1. — Acute ziekenhuizen*

##### *Onderafdeling 1. — Afschaffing van ziekenhuisbedden*

**Art. 88.** § 1. In geval van afschaffing van ziekenhuisbedden, begrepen in het aantal verantwoorde bedden bedoeld in artikel 46, § 1, 1°, zijn de volgende regels van toepassing :

1. Onderdeel A1 wordt, voor wat de afschrijvingslasten voor de forfaitair vastgestelde medische en niet-medische uitrusting betreft, proportioneel aangepast in functie van de wijziging van de bedcapaciteit;

2. de Onderdelen B1, B2 en B5 van het budget worden proportioneel verminderd in functie van de wijziging van de bedcapaciteit.

Wanneer de sluiting minstens 30 bedden of minstens 5 % van hun capaciteit betreft voor de ziekenhuizen van 600 of meer bedden en als er na het einde van het dienstjaar blijkt dat de verantwoorde activiteiten, uitgedrukt in termen van verantwoorde bedden, het aantal verantwoorde bedden behouden of op een hoger aantal dan dat vastgelegd na sluiting, worden de verminderingen waarvan sprake in de 1<sup>e</sup> alinea niet meer volledig of gedeeltelijk toegepast, naargelang het geval.

b). La partie B communiquée au début de chaque exercice sera établie en fonction de l'indice des prix à la consommation en vigueur et en fonction des hypothèses d'indexation, retenues pour le calcul du budget de l'Etat, connues au moment de la communication.

L'exercice terminé, un ajustement positif ou négatif selon le cas, sera opéré en fonction des dates réelles d'indexation.

§ 2. Les parties A et C du budget ne seront pas indexées.

#### CHAPITRE VII. — *Fixation des parties fixe et variable du budget*

**Art. 86.** § 1<sup>er</sup>. La partie fixe du budget des moyens financiers est constituée :

du budget des Sous-parties A1, A2, A3, B3, B4, B5, B6, B7, B8, C1, C2, C3 et C4. Cette dernière Sous-partie ne concerne que les hôpitaux et services Sp palliatifs, grands brûlés et psychiatriques;

80 % des budgets des Sous-parties B1 et B2.

§ 2. La partie variable du budget des moyens financiers est constituée de 20 % des budgets des Sous-parties B1 et B2.

§ 3. Les parties fixes et variables déterminées conformément aux §§ 1, et 2, sont scindées en deux parties, l'une calculée sur base du nombre de journées d'hospitalisation du dernier exercice connu pour les patients visés à l'article 99, § 2, l'autre calculée sur base du nombre de journées d'hospitalisation du dernier exercice connu pour les patients visés par l'article 100.

L'exercice considéré terminé, la scission précitée est revue sur base des données propres à cet exercice.

#### CHAPITRE VIII. — *Fixation du nombre de référence visé à l'article 97, § 1, e), de la loi sur les hôpitaux*

**Art. 87.** § 1<sup>er</sup>. Pour les hôpitaux aigus et les services Sp, hors les services Sp soins palliatifs, il n'est pas fixé de nombre de référence.

§ 2. Pour les hôpitaux et services Sp palliatifs et les unités de grands brûlés, un seul nombre de référence est fixé qui est constitué de la manière suivante :

Nombre de lits x 365 x 0,8

§ 3. Pour les hôpitaux psychiatriques, un seul nombre de référence est fixé qui est constitué de la manière suivante :

$\Sigma$  nombre de lits par service au 1<sup>er</sup> janvier x 365 x T

où :

T = A, T, Tf = 80 %

Aj, An, Tj, Tn = 56 %

K = 70 %

Kj = 35 %

Kn = 42 %

#### CHAPITRE IX. — *Adaptation du budget*

##### *Section 1<sup>re</sup>. — Hôpitaux aigus*

##### *Sous-section 1<sup>re</sup>. — Suppression de lits hospitaliers*

**Art. 88.** § 1<sup>er</sup>. En cas de suppression de lits hospitaliers compris dans le nombre de lits justifiés dont question à l'article 46, § 1<sup>er</sup>, 1°, les règles suivantes sont d'application :

1. la Sous-partie A1 est, en ce qui concerne les charges d'amortissements de l'équipement médical et non médical qui sont fixées forfaitairement, adaptée proportionnellement en fonction de la modification de la capacité des lits;

2. les Sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont réduites proportionnellement en fonction de la modification de la capacité des lits.

Lorsque la fermeture concerne au moins 30 lits ou au moins 5 % de leur capacité pour les hôpitaux de 600 lits et plus et s'il apparaît l'exercice terminé, que les activités justifiées exprimées en terme de lits justifiés maintiennent le nombre de lits justifiés de l'hôpital à un nombre supérieur à celui fixé après fermeture, les réductions dont question au 1<sup>er</sup> alinéa ne sont plus appliquées totalement ou partiellement selon le cas.

§ 2. In geval van afschaffing van ziekenhuisbedden die niet begrepen zijn in het aantal verantwoorde bedden bedoeld in artikel 46, § 1, 1°, wordt er geen enkele vermindering van het budget uitgevoerd, behalve voor wat de Onderdelen A1 en B5 waarop de bepalingen van § 1, van toepassing zijn, betreft.

#### Onderafdeling 2. — Opening van ziekenhuisbedden

**Art. 89.** In geval van opening van ziekenhuisbedden zijn volgende regels van toepassing.

In geval het aantal ziekenhuisbedden vermeerderd wordt :

- met een vermindering van het aantal verantwoorde bedden in een ander ziekenhuis, wordt het budget van de onderdelen A1, B1, B2 en B5 vermeerderd met een bedrag dat overeenstemt met die waarvoor het budget van het andere ziekenhuis verminderd wordt bij toepassing van artikel 88, § 1. 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 vermeerderd met een bedrag dat overeenstemt met het respectieve gedeelte van de Onderdelen B1, B2 en B5 van het budget van financiële middelen dat overeenstemt met het aantal uitgebate bedden;

- wanneer de beddenopening minstens 30 bedden of tenminste 5 % van hun capaciteit betreft voor de ziekenhuizen van 600 bedden en meer, wordt er na beëindiging van het dienstjaar onderzocht of de verantwoorde activiteiten uitgedrukt in termen van verantwoorde bedden geheel of gedeeltelijk overeenstemmen met de toename van de bedden in het ziekenhuis. Indien dit niet het geval is, of als de toename maar gedeeltelijk is, wordt het budget van de Onderdelen B1, B2 en B5 die bij toepassing van het eerste en tweede gedachtenstreepje werden toegevoegd, geheel of gedeeltelijk verminderd.

#### Onderafdeling 3. — Omschakeling van ziekenhuisbedden

**Art. 90.** § 1. Indien één of meer acute diensten van een ziekenhuis naar één of meerdere andere acute diensten omgeschakeld worden, wordt Onderdeel B2 van het budget van de financiële middelen van het ziekenhuis in min of in meer herzien, en dit in functie van de waarde van het aantal punten toegekend aan de gesloten dienst of diensten en aan de nieuwe dienst of diensten bij toepassing van artikel 46, § 2.

§ 2. Indien één of meer acute diensten van een ziekenhuis omgeschakeld worden naar één of meer Sp-diensten of diensten van een psychiatrische ziekenhuis, zijn de regels van onderafdeling 1 van toepassing.

#### Afdeling 2. — Sp-diensten, geïsoleerde G-diensten en Psychiatrische Ziekenhuizen

**Art. 91.** § 1. In geval van afschaffing van ziekenhuisbedden of in geval bijkomende bedden in gebruik genomen worden, zijn volgende regels van toepassing :

1° het referentieaantal voor de psychiatrische ziekenhuizen wordt aangepast overeenkomstig de bepalingen van artikel 87, § 3;

2° ingeval van vermindering van het aantal bedden wordt Onderdeel A1 van het budget, voor wat de forfaitair vastgestelde afschrijvingslasten betreft, proportioneel aangepast in functie van de wijziging van de bedcapaciteit. In geval van een beddenoverdracht wordt het erop betrekking hebbende bedrag overgedragen naar het budget van het ziekenhuis dat de overgedragen bedden verkrijgt;

3° a) in geval het aantal ziekenhuisbedden verminderd wordt, worden de onderdelen B1, B2 en B5 verminderd met een bedrag in evenredigheid met de vermindering van de bedcapaciteit van het ziekenhuis;

b) ingeval het aantal ziekenhuisbedden wordt vermeerderd :

- door vermindering van een aantal bedden in een andere Sp-dienst of psychiatrisch ziekenhuis, worden de Onderdelen B1, B2 en B5 van het budget vermeerderd met het bedrag waarmee het budget in het ander ziekenhuis wordt verminderd; in geen geval mag dit bedrag hoger zijn dan dat bedoeld in de volgende gedachtenstreep. Indien de vermindering plaatsvindt in een acuut ziekenhuis is er enkel overdracht van budget indien het bedden betreft zoals bedoeld in artikel 46, § 1, 1°;

- door toepassing van artikel 31 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen, worden de Onderdelen B1, B2 en B5 van het budget vermeerderd met het bedrag dat gelijk is aan het respectievelijk aandeel van de Onderdelen B1, B2 en B5 overeenstemmend met het aantal bedden dat in gebruik genomen wordt.

§ 2. En cas de suppression de lits hospitaliers non compris dans le nombre de lits justifiés dont question à l'article 46, § 1<sup>er</sup>, 1°, aucune diminution du budget n'est appliquée sauf en ce qui concerne les Sous-parties A1 et B5 pour lesquelles les dispositions du § 1<sup>er</sup>, sont d'application.

#### Sous-section 2. — Ouverture de lits hospitaliers

**Art. 89.** En cas d'ouverture de lits hospitaliers les règles suivantes sont d'application.

Au cas où le nombre de lits hospitaliers est augmenté :

- par une réduction d'un nombre de lits justifiés dans un autre hôpital le budget des Sous-parties A1, B1, B2 et B5 est augmenté d'un montant qui correspond à ceux par lequel le budget de l'autre hôpital est diminué en application de l'article 88, § 1. 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-parties B1, B2 et B5 du budget sont augmentées d'un montant qui correspond à la partie respective des Sous-parties B1, B2 et B5 du budget des moyens financiers correspondant au nombre de lits mis en exploitation;

- lorsque l'ouverture de lits concerne au moins 30 lits ou au moins 5 % de leur capacité pour les hôpitaux de 600 lits et plus, il est examiné, l'exercice terminé si les activités justifiées exprimées en termes de lits justifiés correspondent totalement ou partiellement à l'augmentation en lits de l'hôpital. Si ce n'est pas le cas ou si l'augmentation n'est que partielle, le budget des Sous-parties B1, B2 et B5 qui a été ajouté en application des premier et deuxième tirets est réduit totalement ou partiellement.

#### Sous-section 3. — Reconversion de lits hospitaliers

**Art. 90.** § 1<sup>er</sup>. Si un ou plusieurs services aigus d'un hôpital sont convertis en un ou plusieurs autres services aigus, la Sous-partie B2 du budget des moyens financiers de l'hôpital est revue en moins ou en plus en fonction de la valeur du nombre de points attribués au(x) service(s) fermé(s) et au(x) nouveau(x) service(s) en application de l'article 46, § 2.

§ 2. Si un ou plusieurs services aigus d'un hôpital sont convertis en un ou plusieurs services Sp ou services d'hôpital psychiatrique, les règles reprises à la Sous-section 1<sup>re</sup> sont d'application.

#### Section 2. — Services Sp, Services G isolés et Hôpitaux psychiatriques

**Art. 91.** § 1<sup>er</sup>. En cas de suppression de lits hospitaliers ou de mise en exploitation de lits supplémentaires, les règles suivantes sont d'application :

1° le nombre de référence pour les hôpitaux psychiatriques est adapté conformément aux dispositions prévues à l'article 87, § 3;

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;

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 proportionnel à la diminution de capacité en lits de l'hôpital;

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

- par une réduction du nombre de lits dans un autre service Sp ou hôpital psychiatrique, 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. Si la réduction intervient dans un hôpital aigu, il n'y a transfert de budget que s'il s'agit de lits visés à l'article 46, § 1<sup>er</sup>, 1°;

- par application de l'article 31 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, les Sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont augmentées d'un montant qui correspond à la part respective des Sous-parties B1, B2 et B5 correspondant au nombre de lits mis en exploitation.

§ 2. Indien één of meerdere diensten van een psychiatrisch ziekenhuis omgeschakeld worden in één of meerdere andere diensten met andere personeelsnormen wordt Onderdeel B2 van het budget van financiële middelen van het ziekenhuis, zowel naar beneden als naar boven, herzien. In dit laatste geval wordt de herziening slechts toegekend voor zover het bijkomend personeel effectief aangeworven wordt. De personeelsnormen zijn deze zoals bedoeld in artikel 48 van dit besluit.

**HOOFDSTUK X. — Voorwaarden en regelen voor de herziening van het budget**

**Afdeling 1. — Herziening van sommige bestanddelen**

**Art. 92.** Worden na beëindiging van het boekjaar van ambtswege herzien, rekening houdend met de regelen voorzien in Hoofdstuk VI :

1. Onderdeel A1, met uitzondering van de afschrijvingslasten dewelke forfaitair worden bepaald overeenkomstig artikel 29, de Onderdelen A3 en C1;

2. de maatregel betreffende de uitgaven van de in artikel bedoelde verstrekkingen alsmede de naleving van de verschillende maatregelen betreffende de toename van het personeel in de ziekenhuisdiensten;

3. Onderdeel B4 voor wat de activiteiten betreft waarvoor een rapport wordt gevraagd;

4. de splitsing van het vast en variabel gedeelte zoals bedoeld in artikel 86, § 3;

5. voor de Sp-diensten voor palliatieve verzorging, de eenheden voor zware brandwonden en de psychiatrische ziekenhuizen, de vergoeding, overeenkomstig Afdeling 2, van de activiteiten ten opzichte van het referentieaantal die in meer worden gerealiseerd of die niet gerealiseerd worden;

6. de aanpassing aan de werkelijkheid voor de indexhypothesen van Deel B, gebruikt bij de betekening van het budget zoals bedoeld in artikel 85, § 1, b;

7. de correcties aan de budgetten van de Onderdelen B1, B2 en B5 zoals bedoeld in de artikelen 88, § 1, 2 en 8.

**Afdeling 2. — Herziening van de budgetten B1 en B2 ingevolge de niet-realisatie of overschrijding van het referentieaantal**

**Art. 93.** § 1. Op de Sp-diensten voor palliatieve verzorging en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden zijn de volgende regels van toepassing :

1° voor de verpleegdagen die ten opzichte van het referentieaantal niet gerealiseerd worden, wordt er een bedrag toegekend dat overeenstemt met de waarde per referentieaantal van het variabele gedeelte van de budgetten B1 en B2, vermenigvuldigd met het aantal niet-gerealiseerde verpleegdagen;

2° er wordt geen enkel bedrag toegekend voor de verpleegdagen die boven het referentieaantal gerealiseerd worden, en dat met inbegrip van de verpleegdagen die boven een bezetting van meer dan 100 % gerealiseerd worden.

§ 2. Voor de psychiatrische ziekenhuizen is de volgende regel van toepassing :

- er wordt geen enkel bedrag toegekend voor de verpleegdagen die niet of ten opzichte van het referentieaantal in plus gerealiseerd worden, en dat met inbegrip van de dagen die boven een bezetting van meer dan 100 % gerealiseerd worden.

**HOOFDSTUK XI. — Nieuwbouw of belangrijke structurele wijzigingen**

**Afdeling 1. — Algemene bepalingen**

**Art. 94.** Dit hoofdstuk bepaalt voor alle ziekenhuizen de regelen met betrekking tot de vaststelling van het budget voor de hiernavolgende gevallen :

1. nieuwbouw;
2. fusie van twee of meerdere ziekenhuizen

§ 2. Si un ou plusieurs services d'un hôpital psychiatrique 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 48 du présent arrêté.

**CHAPITRE X. — Conditions et règles de la révision du budget**

**Section 1<sup>re</sup>. — Révision de certains éléments**

**Art. 92.** Sont revues d'office l'exercice terminé en tenant compte de règles prévues au Chapitre VI :

1. la Sous-partie A1, sauf les charges d'amortissement fixées forfaitairement conformément à l'article 29, les Sous-parties A3 et C1;

2. la mesure relative aux dispenses de prestations visées à l'article 74 ainsi que le respect des différentes mesures relatives à l'augmentation du personnel dans les services hospitaliers;

3. la Sous-partie B4 en ce qui concerne les activités pour lesquelles un rapport est demandé;

4. la scission des parties fixes et variables telle que visée à l'article 86, § 3;

5. pour les services Sp palliatifs, les unités de grands brûlés et les hôpitaux psychiatriques, l'indemnisation des activités par rapport au nombre de référence qui sont réalisées en plus ou qui ne sont pas réalisées tel que visée à la Section 2;

6. l'ajustement à la réalité pour les hypothèses d'indexation de la Partie B utilisées lors de la communication du budget tel que visé à l'article 85, § 1<sup>er</sup>, b;

7. les corrections aux budgets des Sous-parties B1, B2 et B5 telles que visées aux articles 88, §§ 1, 2 et 8.

**Section 2. — Révision des budgets B1 et B2 en raison de la non-réalisation ou du dépassement du nombre de référence**

**Art. 93.** § 1<sup>er</sup>. Pour les services Sp palliatifs et les unités de grands brûlés, les règles suivantes sont d'application :

1° pour les journées d'hospitalisation non réalisées par rapport au nombre de référence, il est accordé un montant correspondant à la valeur par nombre de référence de la partie variable des budgets B1 et B2 multiplié par le nombre de journées non réalisées;

2° aucun montant n'est accordé pour les journées d'hospitalisation réalisées au-delà du nombre de référence, y compris les journées réalisées au-delà de 100 % d'occupation.

§ 2. Pour les hôpitaux psychiatriques, la règle suivante est d'application :

- aucun montant n'est accordé pour les journées d'hospitalisation non réalisées ou réalisées en plus par rapport au nombre de référence, y compris pour les journées réalisées au-delà de 100 % d'occupation.

**CHAPITRE XI. — Construction nouvelle ou importantes modifications structurelles**

**Section 1<sup>re</sup>. — Dispositions générales**

**Art. 94.** Ce chapitre détermine pour tous les hôpitaux, les règles concernant la fixation du budget pour les cas suivants

1. construction nouvelle;
2. fusion de deux ou plusieurs hôpitaux.

*Afdeling 2. — Nieuwbouw*

**Art. 95.** In geval van uitbating zonder opening van bijkomende bedden, van een nieuw gebouw of een nieuwe vleugel van een ziekenhuis, welke betrekking heeft op minstens de helft van de bedden, en voorzover er in de in artikel 8 bedoelde diensten een vermeerdering van de oppervlakte van minstens 10 % toegepast wordt, wordt Onderdeel B1 vermeerderd met een bedrag berekend 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 met dien verstande dat de psychiatrische ziekenhuizen één enkele groep vormen. Onderdeel B2 wordt niet gewijzigd.

**Art. 96.** De onderdelen A en C en de onderdelen B3, B4, B5 en B6 van het budget worden vastgesteld overeenkomstig de regels van Hoofdstuk VI.

*Afdeling 3. — Fusie van ziekenhuizen*

**Art. 97.** § 1. Ingeval van fusie tussen twee of meer ziekenhuizen gelden de volgende regelen :

1. Onderdelen B1 en B2 van het budget van de nieuwe entiteit worden vastgesteld door optelling van de respectievelijke Onderdelen B1 en B2 van de betrokken ziekenhuizen;

2. in voorkomend geval worden de referentieaantallen van de nieuwe eenheid verkregen overeenkomstig de regels van artikel 87.

§ 2. a) In 2002 wordt aan de tussen 1 januari 2000 en 31 december 2001 gefuseerde ziekenhuizen een eenmalig bedrag toegekend, berekend zoals aangegeven in punt b), voorzover ze aan de volgende voorwaarden voldoen :

1° het tijdens het eerste volledige jaar na de fusie toegekende totale aantal punten ligt voor Onderdeel B2 lager dan het totaal aantal punten dat tijdens het jaar voorafgaand aan de fusie aan de toekomstige fuserende ziekenhuizen werd toegekend;

2° het bij toepassing van 1° vastgestelde puntenverschil is te wijten aan de onderstaande diensten :

- C-, D- en E-bedden wat het aantal bijkomende punten uitgedrukt per bed betreft;

- medische producten van de verpleegeenheden : wat het aantal per bed uitgedrukte punten betreft;

- operatiekwartier : wat de waarborg van financiering van twee operatiezalen per vestigingsplaats betreft waar de erkende chirurgische bedden zich bevinden;

- spoedgevallen : wegens het verschil tussen de vóór en de na fusie toegekende punten;

- pediatrie : wat de waarborg van financiering van 7 voltijdse equivalenten voor 15 erkende bedden betreft.

3° het puntenverschil dat voor de berekening van het bedrag in aanmerking wordt genomen, is gelijk aan :

- datgene berekend bij toepassing van 1° indien dat aantal lager ligt dan dat hetwelk voor de in 2° bedoelde diensten berekend werd;

- datgene hetwelk berekend werd voor de in 2° bedoelde diensten indien dat aantal lager ligt dan dat hetwelk bij toepassing van 1° berekend werd.

b) het bedrag bedoeld onder a), wordt berekend als volgt :

$$[(PAF - PHF) \times V] - (BTHF - BTAF)$$

Waarbij :

PAF = het totaal van de punten toegekend aan de ziekenhuizen vóór fusie voor de betrokken diensten tijdens het jaar vóór de fusie;

PHF = de punten toegekend aan het gefuseerde ziekenhuis voor de betrokken diensten tijdens het jaar na de fusie;

V = de aan de PHF toegekende puntenwaarde;

BTHF = het thesauriebudget van het gefuseerde ziekenhuis van de Onderdelen B1 en B2 berekend bij toepassing van artikel 60, 2°, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986;

BTAF = het totaal van de thesauriebudgetten van de Onderdelen B1 en B2 berekend bij toepassing van artikel 60, 2°, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 van de ziekenhuizen voor de fusie.

Voor de berekening van BTAF en BTHF worden de volgende gegevens in aanmerking genomen :

- het quotum van verpleegdagen vóór en na fusie, vastgesteld bij toepassing van artikel 53;

- het aantal werkelijke dagen vóór en na fusie;

*Section 2. — Construction nouvelle*

**Art. 95.** 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 et pour autant qu'il y ait, pour les services visés à l'article 8, une augmentation de la superficie d'au moins 10 % de ces services, 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. La Sous-partie B2 n'est pas modifiée.

**Art. 96.** Les Parties A et C et les Sous-parties B3, B4, B5 et B6 du budget sont fixées conformément aux règles prévues au Chapitre VI.

*Section 3. — Fusion d'hôpitaux*

**Art. 97.** § 1<sup>er</sup>. En cas de fusion de deux ou de plusieurs hôpitaux, les règles suivantes seront d'application :

1. les Sous-parties B1 et B2 du budget de la nouvelle entité seront fixées par l'addition des Sous-parties B1 et B2 des hôpitaux concernées;

2. le cas échéant, les nombres de référence de la nouvelle entité, sont obtenus conformément aux règles prévues dans l'article 87.

§ 2. a) Il est accordé, en 2002, aux hôpitaux fusionnés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 décembre 2001, un montant unique calculé comme repris au point b), pour autant qu'ils répondent aux conditions suivantes :

1° le nombre de points total accordé la première année complète après la fusion, pour la Sous-partie B2 est inférieur au total des nombres de points attribués, l'année précédant la fusion, aux hôpitaux ayant fait l'objet de la fusion;

2° le différentiel de points constaté en application du 1° est dû aux services ci-après :

- lits C, D et E en ce qui concerne le nombre de points supplémentaires exprimés par lit;

- produits médicaux des unités de soins : en ce qui concerne le nombre de points exprimés par lit;

- quartier opératoire : en ce qui concerne la garantie de financement de 2 salles d'opération par site où sont situés les lits agréés de chirurgie;

- urgence : à raison de la différence entre les points attribués avant et après fusion;

- pédiatrie : en ce qui concerne la garantie de financement de 7 personnes ETP pour 15 lits agréés.

3° le différentiel de points retenu pour le calcul du montant est égal à :

- celui calculé en application du 1° si ce nombre est inférieur à celui calculé pour les services visés au 2°;

- celui calculé pour les services visés au 2° si ce nombre est inférieur à celui calculé en application du 1°.

b) le montant visé au a), est calculé comme suit :

$$[(PAF - PHF) \times V] - (BTHF - BTAF)$$

Où :

PAF = le total des points aux hôpitaux avant fusion pour les services concernés, l'année avant la fusion;

PHF = les points attribués à l'hôpital fusionné pour les services concernés, l'année après la fusion;

V = la valeur du point appliquée à PHF;

BTHF = le budget de trésorerie de l'hôpital fusionné des Sous-parties B1 et B2 calculé en application de l'article 60, 2°, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986;

BTAF = le total des budgets de trésorerie, des Sous-parties B1 et B2 calculé en application de l'article 60, 2°, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 des hôpitaux avant la fusion.

Pour le calcul de BTAF et BTHF, sont retenues les données suivantes :

- le quota de journées d'hospitalisation avant et après fusion fixé en application de l'article 53;

- le nombre de journées réelles avant et après fusion;



- de waarde per dag van de Onderdelen B1 en B2 van kracht de dag vóór en na de fusie.

Indien BTAF hoger is dan BTHF : het resultaat van (BTHF - BTAF) is gelijk aan nul.

Indien BTAF lager is dan BTHF : het resultaat van (BTHF - BTAF) wordt van [(PAH - PHF) x V] afgetrokken.

c) het in punt a) bedoelde bedrag wordt toegekend aan de betrokken ziekenhuizen via Onderdeel C2 van het budget van financiële middelen.

#### HOOFDSTUK XII. — *Gezinsplaatsing*

**Art. 98.** § 1. Voor de erkende functie van gezinsplaatsing wordt jaarlijks een budget van financiële middelen, een afzonderlijk referentiaantal van verpleegdagen en een prijs per referentiaantal toegekend.

§ 2. Het in § 1, bedoeld budget van financiële middelen is gelijk aan een prijs van 37,61 EUR per dag vermenigvuldigd met een referentiaantal dat op jaarbasis gelijk is aan het aantal dagen gedurende dewelke de patiënten effectief in een gezin hebben verbleven evenwel beperkt tot een maximum aantal dagen gelijk aan een 100 % bezetting van de erkende plaatsen.

§ 3. Provisioneel wordt voor het referentiaantal, op jaarbasis, uitgegaan van een aantal dagen gelijk aan 95 % bezetting van het aantal erkende plaatsen.

§ 4. Het budget van financiële middelen voor de functie van gezinsplaatsing kan in min of in meer worden herzien om rekening te houden met een teveel of een tekort van ontvangsten ingevolge de toepassing van § 3, of ingevolge de toepassing van regelen die voor één of voor meerdere dienstjaren gelden.

§ 5. Per dag verblijf in een pleeggezin wordt aan de inrichtende macht van het ziekenhuis dat voor de functie van psychiatrische gezinsverpleging werd erkend provisioneel een forfaitair bedrag van 16,55 EUR ter beschikking gesteld om de kosten in het pleeggezin, andere dan deze verbonden aan de verzorging van de patiënt, te dekken. Hiervan wordt een forfaitair basisbedrag van 15,05 EUR aan het pleeggezin toegekend, vermeerderd met bedragen toegewezen op grond van criteria van kwaliteit van de huisvesting, en van zorgbehoefte van de patiënt. Deze criteria worden door de inrichtende macht bepaald in het inwendig reglement dat dient goedgekeurd te worden door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft. Het globaal bedrag dat aan de pleeggezinnen wordt uitgekeerd mag voor alle patiënten samen nooit meer bedragen dan gemiddeld 16,55 EUR per dag. Indien dit bedrag toch zou worden overschreden zullen de bedragen waarmee het basisbedrag wordt vermeerderd worden aangepast. Teneinde het definitief bedrag per dag verblijf in een pleeggezin te kunnen vaststellen, worden door de inrichtende macht alle noodzakelijke gegevens medegedeeld aan het Bestuur der Verzorgingsinstellingen, Dienst Boekhouding en Beheer der ziekenhuizen, van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

§ 6. De in §§ 2 en 5 bedoelde bedragen worden geïndexeerd overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel tot koppeling aan het indexcijfer van de consumptieprijzen, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 13 december 1989 en door de artikels 24 en 25 van de programmatwet van 2 januari 2001.

§ 7. Voor de inrichtingen bedoeld in artikel 6 van de wet van 18 juni 1850 op de behandeling van de krankzinnigen, gewijzigd bij de wetten van 28 december 1873, 7 april 1964 en 26 juni 1990, wordt het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen verminderd met het budget van financiële middelen en het referentiaantal dat voor de overeenstemmende periode wordt toegekend voor de functie van gezinsplaatsing.

Bij de eerste toepassing van de §§ 1, 2, en 3, van dit artikel gebeurt deze aanpassing verhoudingsgewijs voor de resterende periode van het dienstjaar.

#### HOOFDSTUK XIII. — *Vereffening van het budget*

**Afdeling 1.** — Patiënten die vallen onder één van de verzekeringsinstellingen bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

**Art. 99.** § 1. Onder verzekeringsinstelling bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt verstaan met :

- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten;
- het Nationale Verbond van Socialistische Mutualiteiten;
- het Nationale Verbond van Liberale Mutualiteiten;

- la valeur par jour des Sous-parties B1 et B2 en vigueur le jour avant et le jour après la fusion.

Si BTAF est supérieur à BTHF : le résultat de (BTHF - BTAF) est égal à zéro.

Si BTAF est inférieur à BTHF : le résultat de (BTHF - BTAF) est porté en déduction de [(PAF - PHF) x V].

c) le montant dont question au point a) sera accordé aux hôpitaux bénéficiaires via la Sous-partie C2 du budget des moyens financiers.

#### CHAPITRE XII. — *Placement familial*

**Art. 98.** § 1<sup>er</sup>. Il est octroyé chaque année pour la fonction agréée de placement familial un budget des moyens financiers, un nombre de référence de journées d'hospitalisation et un prix par nombre de référence distinct.

§ 2. Le budget des moyens financiers visé au § 1<sup>er</sup>, est égal au prix de 37,61 EUR par jour multiplié d'un nombre de référence qui est, sur base annuelle, égal au nombre de journées durant lesquelles les patients ont effectivement séjourné dans une famille toutefois limité à un nombre maximum de jours égal à une occupation de 100 % des places agréées.

§ 3. Pour le nombre de référence il est tenu compte, en provision sur base annuelle, d'un nombre de journées égal à une occupation de 95 % du nombre de places agréées.

§ 4. Le budget des moyens financiers pour la fonction de placement familial peut être revu en moins ou en plus pour tenir compte des recettes en trop ou en moins, dues à l'application du § 3, ou par l'application des règles spécifiques pour un ou plusieurs exercices.

§ 5. Par journée de séjour dans une famille d'accueil, il est octroyé, en provision, au pouvoir organisateur de l'hôpital qui est agréé pour la fonction de soins psychiatriques en milieu familial, un montant forfaitaire de 16,55 EUR pour couvrir les autres coûts que ceux liés aux soins du patient. De ce montant, un montant de base forfaitaire de 15,05 EUR est octroyé à la famille d'accueil, majoré des montants attribués sur base des critères de qualité du logement et des nécessités de soins du patient. Ces critères sont fixés par le pouvoir organisateur dans le règlement intérieur qui doit être approuvé par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses compétences. Le montant global qui est payé à toutes les familles d'accueil pour tous les patients ne peut jamais être plus de 16,55 EUR en moyenne par jour. Si ce montant est quand même dépassé, les montants avec lesquels le montant de base est augmenté seront adaptés. Afin de fixer définitivement le montant par journée de séjour dans une famille d'accueil, le pouvoir organisateur doit transmettre toutes les données nécessaires à l'Administration des soins de santé, service Comptabilité et Gestion des Hôpitaux, du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

§ 6. Les montants visés aux §§ 2 et 5 seront indexés conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation, modifiée par l'arrêté royal du 13 décembre 1989 et par les articles 24 et 25 de la loi-programme du 2 janvier 2001.

§ 7. Pour les établissements visés dans l'article 6 de la loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés, modifiée par les lois des 28 décembre 1873, 7 avril 1964 et 26 juin 1990, le budget des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation sont, diminués avec le budget des moyens financiers et le nombre de référence qui sont octroyés pour la période correspondante pour la fonction de placement familial.

A la première application des §§ 1<sup>er</sup>, 2, et 3, du présent article cette adaptation se fait proportionnellement pour la période restante de l'exercice.

#### CHAPITRE XIII. — *Liquidation du budget*

**Section 1<sup>re</sup>.** — Patients relevant d'un des organismes assureurs visés dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

**Art. 99.** § 1<sup>er</sup>. Par organisme assureur visé dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, il y a lieu d'entendre :

- l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes;
- l'Union nationale des Mutualités socialistes;
- l'Union nationale des Mutualités libérales;

- de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen;
- de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen;
- de Hulpkas voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering;
- de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen.

§ 2. a) Voor de patiënten die vallen onder een van de verzekeringsinstellingen bedoeld in § 1, wordt het vaste gedeelte van het in artikel 86, § 1, bedoelde budget door de in § 1 bedoelde landsbonden van de verzekeringsinstellingen in twaalfden vereffend, en dat in evenredigheid met hun respectievelijk aandeel voor het betrokken ziekenhuis in de loop van het laatst bekende dienstjaar, binnen de termijn vastgesteld door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.

b) Voor het variabele gedeelte van het budget, zoals bedoeld in artikel 86, § 2, wordt er als volgt een prijs per parameter vastgesteld

\* voor de acute ziekenhuizen, geïsoleerde G- en Sp-diensten :

- 50 % van het variabele gedeelte wordt vereffend per opname. Het aantal in aanmerking genomen opnamen is datgene dat overeenstemt met de opnamen « grote poort », gerealiseerd gedurende het dienstjaar op welke basis de verantwoorde activiteiten werden berekend;

- 50 % van het variabele gedeelte wordt per verpleegdag vereffend. Er wordt rekening gehouden met het aantal verpleegdagen gerealiseerd gedurende het dienstjaar op welke basis de verantwoorde activiteiten werden berekend.

Er zal geen bedrag vereffend worden voor de verblijven in de niet-intensieve neonatale verzorgingsfunctie.

\* voor de Sp-diensten voor palliatieve verzorging en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden :

100 % van het variabele gedeelte wordt vereffend per parameter samengesteld door het referentieaantal zoals bedoeld in artikel 87, § 2;

\* voor de psychiatrische ziekenhuizen :

100 % van het variabele gedeelte wordt vereffend door een parameter samengesteld per referentieaantal zoals bedoeld in artikel 87, § 3.

*Afdeling 2. — Patiënten die niet onder een in Afdeling 1 bedoelde verzekeringsinstelling vallen*

**Art. 100.** Voor de patiënten die niet onder een in afdeling 1 bedoelde verzekeringsinstelling vallen, wordt als volgt een prijs per parameter vastgesteld :

het vaste gedeelte van het budget en het variabele gedeelte van het budget, zoals bedoeld in artikel 86, worden opgeteld en gedeeld door het referentieaantal bedoeld in artikel 87, § 2, of artikel 87, § 3, naargelang het gaat om een palliatieve Sp-dienst of om eenheden voor de behandeling van zware brandwonden of een psychiatrisch ziekenhuis.

Voor de acute ziekenhuizen en de geïsoleerde G- en Sp-diensten wordt de deler gevormd door de tijdens het laatste bekende dienstjaar gerealiseerde verpleegdagen.

Er zal geen bedrag vereffend worden voor de verblijven in de niet-intensieve neonatale verzorgingsfunctie.

#### HOOFDSTUK XIV. — *Slothebalingen*

**Art. 101.** De Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft of de door hem gedelegeerde ambtenaar van het Bestuur der Verzorgingsinstellingen, kan aan de beheerder van het ziekenhuis alle gegevens opvragen die nuttig zijn voor de vaststelling van het budget en het referentieaantal.

Indien het ziekenhuis binnen de toegemeten termijn de gevraagde gegevens niet indient, wordt hem een aangetekende brief gezonden waarin het een nieuwe termijn van 15 dagen wordt toegekend. Indien na het verstrijken van deze nieuwe termijn het ziekenhuis nog niets heeft meegedeeld, wordt het Onderdeel of worden de Onderdelen van het budget van financiële middelen dat betrekking heeft of die betrekking hebben op de ontbrekende elementen bij de berekening van het budget van financiële middelen gelijkgesteld aan nul. Het in die zin te nemen voorstel van beslissing wordt, overeenkomstig artikel 98 van de wet op de ziekenhuizen, medegedeeld aan de beheerder van het ziekenhuis.

**Art. 102.** Het Ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten gewijzigd door 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,

- l'Union nationale des Mutualités libres;
- l'Union nationale des Mutualités Neutres;
- la Caisse Auxiliaire Maladie-Invalidité;
- la Société nationale des Chemins de fer belges.

§ 2. a) Pour les patients relevant d'un des organismes assureurs repris au § 1, la partie fixe du budget visée à l'article 86, § 1<sup>er</sup>, est liquidée en douzièmes par les unions nationales des organismes assureurs visés au § 1, en proportion de leur part respective pour l'hôpital concerné au cours du dernier exercice connu et ce, dans le délai fixé par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions.

b) Pour la partie variable du budget, telle que visée à l'article 86, § 2, un prix par paramètre est fixé de la manière suivante :

\* pour les hôpitaux aigus, services Sp et G isolés :

- 50 % de la partie variable sont liquidés par admission. Le nombre d'admissions retenu est celui correspondant aux admissions « grande porte » réalisés pendant l'exercice sur base duquel les activités justifiées ont été calculées;

- 50 % de la partie variable sont liquidés par journée d'hospitalisation. Il est retenu le nombre de journées d'hospitalisation réalisées pendant l'exercice sur base duquel les activités justifiées ont été calculées.

Aucun montant ne sera liquidé pour les séjours dans la fonction de soins néonataux non intensifs.

\* pour les services Sp soins palliatifs et les unités de grands brûlés :

100 % de la partie variable sont liquidés par un paramètre constitué du nombre de référence visé à l'article 87, § 2;

\* pour les hôpitaux psychiatriques :

100 % de la partie variable sont liquidés par un paramètre constitué du nombre de référence visé à l'article 87, § 3.

*Section 2. — Patients ne relevant pas d'un organisme assureur visé à la Section 1<sup>re</sup>*

**Art. 100.** Pour les patients ne relevant pas d'un organisme assureur visé à la Section 1<sup>re</sup>, il est fixé un prix par paramètre de la manière suivante :

la partie fixe du budget et la partie variable du budget, telles que visées à l'article 86, sont additionnées et divisées par le nombre de référence visé à l'article 87, § 2, ou à l'article 87, § 3, selon qu'il s'agisse d'un service Sp palliatifs ou unités de grands brûlés, ou d'un hôpital psychiatrique.

Pour les hôpitaux aigus, les services Sp et G isolés, le diviseur est constitué par les journées d'hospitalisation réalisées pendant le dernier exercice connu.

Aucun montant ne sera liquidé pour les séjours dans la fonction de soins néonataux non intensifs

#### CHAPITRE XIV. — *Dispositions finales*

**Art. 101.** Le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions ou le fonctionnaire de l'Administration des Soins de santé délégué par lui, peut requérir du gestionnaire de l'hôpital toutes les données utiles à la fixation du budget et des nombres de référence.

Si l'hôpital ne transmet pas les données demandées dans le délai imparti, il lui est adressé une lettre recommandée lui allouant un nouveau délai de 15 jours. Si, à l'expiration de ce nouveau délai, l'hôpital n'a rien communiqué, la ou les Sous-parties du budget des moyens financiers visées par les éléments manquants est/sont mise(s) à zéro dans le calcul du budget des moyens financiers. La proposition de décision à prendre en ce sens est communiquée, conformément à l'article 98 de la loi sur les hôpitaux, au gestionnaire de l'hôpital.

**Art. 102.** L'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation modifié par les arrêtés ministériels des 21 avril 1987, 11 août 1987, 7 novembre 1988, 12 octobre 1989, 20 décembre 1989, 23 juin 1990, 10 juillet 1990, 28 novembre 1990, 26 février 1991, 20 mars 1991, 10 avril 1991, 20 novembre 1991,

28 november 1990, 26 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, 26 augustus 1998, 30 december 1998, 24 maart 1999, 15 juni 1999, 22 juni 1999, 25 september 2000, 12 januari 2001, 4 juli 2001, 4 oktober 2001 en ... en het ministerieel besluit van 5 maart 2002 houdende vaststelling, voor het dienstjaar 2002, van de voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van de prijs per verpleegdag, het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, worden opgeheven.

**Art. 103.** § 1. De artikelen 81 tot 83, 87 tot 96 en 98 tot 104 van de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg, treden in werking op 1 juli 2002

§ 2. Artikel 97 van de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg treedt in werking op 1 januari 2003.

**Art. 104.** Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2002.

Gegeven te Brussel, 25 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :  
De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

Bijlage 1 aan het koninklijk besluit van 25 april 2002

Criteria inzake de behandelingseenheden voor zware brandwonden

Om als behandelingseenheid voor zware brandwonden bedoeld in artikel 5, § 1, 3° van het koninklijk besluit van [...] te worden beschouwd, moeten de eenheden :

- deel uitmaken van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over erkende bedden onder kenletters C en D, over een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg alsook over een dienst voor plastische chirurgie;

- over minstens 6 erkende hospitalisatiebedden beschikken die samen een afzonderlijke architectonische eenheid vormen met een aangepaste structuur met minstens 3 individuele isoleerkamers die bestemd zijn voor verbranden die er bijzonder erg aan toe zijn of in schocktoestand verkeren.

- over een autonome interventiezaal beschikken om er huidtransplantaties uit te voeren. Die interventiezaal moet het ook mogelijk maken courante traumatologische ingrepen uit te voeren er moet minstens een waterbed zijn om de verbranden te wassen alvorens de transplantatie wordt verricht.

- de dienstlokalen moeten geventileerd en geklimatiseerd zijn. Lucht die van buiten wordt genomen moet door filterering stofvrij worden gemaakt.

- de dienst moet met een toegangssas zijn uitgerust.

- de dienst staat onder leiding van een geneesheer-specialist in de heelkunde of in de inwendige geneeskunde met bijzondere bekwaamheid in de intensieve zorg.

- per 6 bedden dient de dienst over 2 FTE-artsen te beschikken waarvan één chirurg met een opleiding in de traumatologie en een internist die een opleidingscyclus van infectioloog heeft gevolgd.

- over een verpleeg- en verzorgingsteam beschikken dat exclusief aan de eenheid verbonden is en uit minstens 3 FTE's per bed bestaat.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :  
De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

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, 26 août 1998, 30 décembre 1998, 24 mars 1999, 15 juin 1999, 22 juin 1999, 25 septembre 2000, 12 janvier 2001, 4 juillet 2001, 4 octobre 2001 et l'arrêté ministériel du 5 mars 2002 fixant pour l'exercice 2002 les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du prix de la journée d'hospitalisation, le budget des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation des hôpitaux et services hospitaliers sont abrogés;

**Art. 103.** § 1<sup>er</sup>. Les articles 81 à 83, 87 à 96 et 98 à 104 de la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2002.

§ 2. L'article 97 de la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003.

**Art. 104.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2002.

Donné à Bruxelles, le 25 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :  
Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

Annexe n° 1 à l'arrêté royal du 25 avril 2002

Critères relatifs aux unités des grands brûlés

Pour être considérée comme unité de traitement de grands brûlés visée à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, 3° de l'arrêté royal du [...], les unités doivent :

- faire partie d'un hôpital général comptant des lits agréés sous les indices C et D et disposant d'une fonction de soins urgents spécialisés ainsi que d'un service de chirurgie plastique;

- compter au minimum 6 lits d'hospitalisation agréés constituant une unité architecturalement distincte avec une structure appropriée dont au moins 3 chambres individuelles d'isolement, qui sont affectées aux brûlés particulièrement atteints ou choqués;

- le service des grands brûlés doit disposer d'une salle d'intervention autonome afin d'y pratiquer des greffes cutanées. Cette salle d'intervention doit également permettre d'y pratiquer des interventions de traumatologie courante et doit être dotée, d'au moins, un "lit d'eau", permettant de nettoyer les brûlés avant de les greffer;

- les locaux du service devront être ventilés et climatisés. L'air pris à l'extérieur sera dépoussiéré par filtrage;

- le service doit être doté d'un sas d'entrée;

- le service sera placé sous la direction d'un médecin-spécialiste en chirurgie ou en médecine interne, ayant des compétences particulières en soins intensifs;

- par tranche de 6 lits, le service disposera de 2 médecins E.T.P. dont un chirurgien, formé en traumatologie et un médecin-interniste qui a suivi un cycle de formation d'infectiologue;

- avoir une équipe infirmière et soignante liée exclusivement à l'unité comprenant au moins 3 E.T.P. par lit.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :  
Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

## Bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 april 2002

Vaststelling van het in artikel 45, § 9 bedoelde bedrag

1° een bedrag van 8.130.907,61 EUR wordt onder de ziekenhuizen verdeeld overeenkomstig de volgende formule

$$M1 = \frac{8.130.907,61 \times DSI}{\text{Tot. DSI}}$$

Waarbij :

DSI = verschil inzake het aantal verantwoorde bedden van daghospitaalbedden bedoeld in punt 4.3.2 van bijlage 3 indien men dat aantal berekent al dan niet rekening houdend met de besparing van 8.130.907,61 EUR.

2° Een bedrag van 8.130.907,61 EUR wordt onder de ziekenhuizen verdeeld overeenkomstig de volgende formule :

$$M2 = \frac{8.130.907,61}{\text{Tot. BA.}} \times \text{BAhi}$$

Waarbij :

BA. = het huidige budget op 31 december 2001, zoals bedoeld in artikel 45, § 3, 2° lid.

3° Teneinde het in artikel 45, § 9 bedoelde bedrag te bepalen, worden M1 en M2 bij elkaar opgeteld

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

## Annexe n° 2 à l'arrêté royal du 25 avril 2002

Détermination du montant visé à l'article 45, § 9

1° un montant de 8.130.907,61 EUR est réparti entre les hôpitaux selon la formule suivante :

$$M1 = \frac{8.130.907,61 \times DSI}{\text{Tot. DSI}}$$

Où :

DSI : différence du nombre de lits justifiés d'hospitalisation de jour visé au point 4.3.2 de l'annexe 3 si on calcule ce nombre avec ou sans l'économie de 8.130.907,61 EUR.

2° Un montant de 8.130.907,61 EUR est réparti entre les hôpitaux selon la formule suivante :

$$M2 = \frac{8.130.907,61}{\text{Tot. BA.}} \times \text{BAhi}$$

Où :

BA = le budget actuel au 31 décembre 2001 tel que visé à l'article 45, § 3, 2° alinéa.

3° En vue de déterminer le montant visé à l'article 45, § 9, M1 et M2 sont additionnés.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

## Bijlage 3 aan het koninklijk besluit van 25 april 2002

Vaststelling van een gemiddelde ligduur per diagnosegroep en berekening van een aantal verantwoorde bedden

## 1. INLEIDING

## 1.1. Begrippen en afkortingen

MKG-registratie : de registratie van de Minimale Klinische Gegevens zoals bedoeld in het Koninklijk Besluit van 06/12/1994 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden meegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

ICD-9-CM : International Classification of Diseases – 9<sup>th</sup> edition-Clinical Modification

MDC : Major Diagnostic Category, grote diagnosegroepen die elk een systeem of een orgaan omvatten, zoals beschreven in de « All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

AP-DRG : Diagnosis Related Groups, diagnosegroepen zoals beschreven in de « All Patients Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 10.0 ».

APR-DRG : Diagnosis Related Groups, diagnosegroepen zoals beschreven in de « All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

Klinische ernst of « severity of illness » : Omvang van de fysiologische decompensatie of van verlies van orgaanfunctie zoals beschreven in de « All Patients Refined diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

Sterfterisico : waarschijnlijkheid van overlijden, zoals beschreven in « All Patients Refined diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

## Annexe n° 3 à l'arrêté royal du 25 avril 2002

Fixation d'une durée de séjour moyenne par groupe de diagnostics et calcul d'un nombre de lits justifiés

## 1. INTRODUCTION

## 1.1. Concepts et abréviations

Enregistrement RCM : l'enregistrement du Résumé Clinique Minimum tel que visé à l'arrêté royal du 06/12/1994 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

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

MDC : Major Diagnostic Category, grands groupes de diagnostics qui concernent chacun un système ou un organe, tels que décrits dans les « All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

AP-DRG : Diagnosis Related Groups, groupes de diagnostics tels que décrits dans les « All Patients Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 10.0 ».

APR-DRG : Diagnosis Related Groups, groupes de diagnostic tels que décrits dans les « All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

Gravité clinique ou « severity of illness » : Etendue de la dégradation physiologique ou de la perte de fonction d'un système clinique, tels que décrits dans les « All Patients Refined diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

Risque de mortalité : probabilité de décès, tel que décrits dans les « All Patients Refined diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

Gfn-patiënten : de geriatrische patiënten worden in een afzonderlijke groep ondergebracht. Om tot deze groep te behoren, dient de patiënt aan een aantal voorwaarden te voldoen :

1/ indien de gemiddelde leeftijd van de patiënten die verblijven op de geriatrische dienst van het ziekenhuis 75 jaar of meer bedraagt, dan moeten de patiënten voldoen aan de volgende 2 voorwaarden :

a) minimaal 10 dagen in een G-bed verbleven hebben;

b) en minstens 30 % langer in het ziekenhuis verbleven hebben dan de gemiddelde standaardligduur van de patiënten met een zelfde pathologie of een zelfde klinische ernst die niet in een G-dienst verbleven hebben.

2/ indien de gemiddelde leeftijd van de patiënten die verblijven op de geriatrische dienst van het ziekenhuis minder dan 75 jaar bedraagt, dan moeten de patiënten voldoen aan de 2 hogervermelde voorwaarden en daarenboven minstens 75 jaar zijn.

### 1.2 Diagnosegroepen

De diagnosegroepen worden gevormd op grond van de « All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

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

Binnen deze subgroepen worden de eigenlijke diagnosegroepen, namelijk de APR-DRG's, onderscheiden, rekening houdend met de volgende elementen : hoofddiagnose, nevend diagnoses, chirurgische ingrepen, speciale technieken, leeftijd, geslacht en aard van ontslag overeenkomstig de « All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ». Op die manier worden 355 basis-APR-DRG's verkregen.

Elke basis-APR-DRG (met uitzondering van de APR-DRG's 955 en 956) wordt vervolgens opgesplitst in 4 niveaus van klinische ernst. De bepaling van het niveau van klinische ernst van een verblijf gebeurt in 3 fasen waarbij met name rekening wordt gehouden met de gevolgen op de klinische ernst van de nevend diagnoses die geen verband houden met de hoofddiagnose en niet onderling verbonden zijn, de leeftijd, de hoofddiagnose, het bestaan van bepaalde niet-operatieve procedures (Cf. All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0). - De 4 verkregen « severity of illness » zijn :

Niveau 1 : zwak niveau van klinische ernst

Niveau 2 : gematigd niveau van klinische ernst

Niveau 3 : groot niveau van klinische ernst

Niveau 4 : extreem niveau van klinische ernst

Patiënten zonder vermelding van een hoofddiagnose (APR-DRG 955) of met vermelding van een diagnose die niet als hoofddiagnose gebruikt mag worden (APR-DRG 956) worden verder de « rest diagnosegroepen type I » genoemd. Hiervoor wordt geen gemiddelde standaardligduur, « NGL » (zie punt 2.4.6.), berekend.

Patiënten met een belangrijke chirurgische ingreep die niet overeenkomt met de hoofddiagnose (APR-DRG 950, 951, 952) worden verder de « restdiagnosegroepen type II » genoemd. Hiervoor wordt geen gemiddelde standaardligduur, « NGL » (zie punt 2.4.6.), berekend.

### 1.3 Concatenatie

Vóór de registratie 1999 :

Indien bij de MKG-registratie werd geopteerd voor een registratie per specialisme, wordt uit de hoofddiagnoses die bij de verschillende specialismen vermeld staan, één hoofddiagnose geselecteerd op basis van de volgende regels :

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

b) als er in verschillende specialismen een ingreep gebeurde, dan wordt, voor het toekennen van de AP-DRG, tussen deze specialismen de hoofddiagnose gekozen die aanleiding geeft tot de AP-DRG die op nationaal niveau de langste verblijfsduur heeft;

c) voor de verblijven waar in geen enkel specialisme een ingreep gebeurde, geldt dezelfde regel als deze geformuleerd onder b).

Patients Gfn : Les patients gériatriques sont classés dans un groupe distinct. Pour appartenir à ce groupe, les patients doivent satisfaire à un certain nombre de conditions :

1/ si l'âge moyen des patients qui ont séjourné dans le service de gériatrie de l'hôpital est d'au moins 75 ans, alors pour appartenir au groupe Gfn les patients doivent réunir les 2 conditions suivantes :

a) avoir été hospitalisé pendant 10 jours au moins dans un lit d'index G;

b) et avoir une durée de séjour à l'hôpital qui excède de 30 % au moins la durée de séjour moyenne standard des patients présentant la même pathologie et la même gravité clinique mais n'ayant pas séjourné dans un service G.

2/ si l'âge moyen des patients qui ont séjourné dans le service de gériatrie de l'hôpital est de moins de 75 ans, alors les patients doivent réunir les 2 conditions mentionnés ci-dessus et avoir en plus au minimum 75 ans.

### 1.2. Groupes de diagnostics

Les groupes de diagnostic sont constitués sur base des "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0".

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

A l'intérieur de ces sous-groupes, on distingue les groupes de diagnostics proprement dits, c'est-à-dire les APR-DRG's, en tenant compte des éléments suivants : diagnostic principal, diagnostics associés, interventions chirurgicales, techniques spéciales, âge, sexe et type de sortie, conformément aux "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0". 355 APR-DRG de base sont ainsi obtenus.

Chaque APR-DRG de base (à l'exception des APR-DRG 955 et 956) est ensuite scindé en 4 niveaux de sévérité clinique. La détermination du niveau de sévérité clinique d'un séjour s'effectue en 3 étapes qui prennent notamment en compte les effets sur la gravité clinique des diagnostics secondaires non associés avec le diagnostic principal et non interreliés entre eux, de l'âge, du diagnostic principal, de l'existence de certaines procédures non opératoires... (Cf. All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0). Les quatre « severity of illness » obtenus sont :

niveau 1 : niveau de sévérité faible

niveau 2 : niveau de sévérité modéré

niveau 3 : niveau de sévérité majeur

niveau 4 : niveau de sévérité extrême.

Les patients pour lesquels il n'est pas fait mention d'un diagnostic principal (APR-DRG 955) ou pour lesquels il est fait mention d'un diagnostic ne pouvant être utilisé comme diagnostic principal (APR-DRG 956) constituent ce que l'on appelle, plus loin, le « groupe de diagnostics résiduels type I ». Aucune durée de séjour moyenne standard, NGL (voir point 2.4.6.), n'est calculée pour ce groupe.

Les patients pour lesquels il y a une importante intervention chirurgicale ne correspondant pas au diagnostic principal (APR-DRG 950, 951, 952) constituent ce que l'on appelle, plus loin, le « groupe de diagnostics résiduels type II ». Aucune durée de séjour moyenne standard, NGL (voir point 2.4.6.), n'est calculée pour ce groupe.

### 1.3. Concaténation

Avant l'enregistrement 1999 :

Si l'enregistrement par spécialité a été choisi pour l'enregistrement du R.C.M., on sélectionne parmi les diagnostics principaux mentionnés pour les différentes spécialités un diagnostic principal sur la base des règles suivantes :

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

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

c) pour les séjours au cours desquels aucune intervention n'a été pratiquée dans une spécialité, la même règle que celle formulée sous le point b) est d'application.

Vanaf de registratie 1999 :

Vanaf de registratie 1999 zijn de voornoemde concatenatieregels niet meer van toepassing. De hoofddiagnose wordt dan de hoofddiagnose van het eerste specialisme tenzij dit het psychiatrisch specialisme is.

#### 1.4 Aantal aangetaste systemen.

Voor de berekening van het aantal aangetaste systemen wordt het systeem van de hoofddiagnose berekend als het eerste aangetaste systeem en wordt het aantal systemen (verschillend van dat van de hoofddiagnose) van de vermelde complicaties of comorbiditeiten toegevoegd, zoals beschreven in de « All Patients Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 10.0 – Appendix E ».

### 2. BEREKENING VAN DE GEMIDDELDE STANDAARDLIGDUUR

#### 2.1. Doelstelling.

Het doel bestaat erin de berekening van de gemiddelde standaardligduur per APR-DRG, severity of illness en leeftijdscategorie toe te lichten.

#### 2.2 Toepassingsgebied.

Om de in punt 2.1. beoogde doelstelling te realiseren, wordt rekening gehouden met alle verblijven in acute ziekenhuizen, uitgezonderd :

- 1) patiënten die minstens één dag van hun verblijf op een Sp-dienst verbleven hebben;
- 2) patiënten die minstens één dag van hun verblijf op een A of K-dienst verbleven hebben;
- 3) patiënten die op een subacute G-dienst verbleven hebben;
- 4) verblijven die als « oneigenlijk » klassieke verblijven worden beschouwd (zie punt 4.2.2.).

#### 2.3 Gegevens op basis waarvan de ligduur wordt berekend.

De laatste drie gekende dienstjaren van de MKG-registratie dienen als basis voor de berekening van de gemiddelde standaardligduren. Voor de financiering vanaf juli 2002, zullen de MKG-gegevens 1998, 1999 en 2000 worden gebruikt.

#### 2.4 Bewerkingen.

##### 2.4.1 Berekening van de ligduur.

De ligduur wordt berekend per globaal ziekenhuisverblijf en is gelijk aan het aantal te factureren ligdagen.

##### 2.4.2 Bepalen van de diagnosegroepen.

De verblijven zoals geregistreerd in de MKG-registratie worden ondergebracht in groepen, APR-DRG's genoemd, op basis van de techniek beschreven in punt 1.2. Elk van die groepen wordt vervolgens opgesplitst in 4 severity of illness zoals beschreven in punt 1.2.

Vervolgens worden de severity of illness 1 en 2 opgesplitst in drie leeftijdscategorieën :

- 1) patiënten onder 75 jaar (uitgezonderd Gfin-patiënten)
- 2) patiënten van 75 jaar en ouder (uitgezonderd Gfin-patiënten)
- 3) Gfin-patiënten zoals beschreven in punt 1.1 :

De severity of illness 3 en 4 worden opgesplitst in twee subgroepen

- 1) Gfin-patiënten, zoals beschreven in punt 1.1.;
- 2) niet-Gfin-patiënten

Hieronder wordt de kruising APR-DRG, severitygraad en leeftijdscategorie als APR-DRG-subgroep aangeduid.

De APR-DRG 862 wordt bovendien gesplitst in APR-DRG 862.1 en APR-DRG 862.2. Die laatste APR-DRG bevat enkel de verblijven voor polysomnografieën.

Voor de patiënten waarvoor tijdens eenzelfde verblijf in het ziekenhuis een MKG-registratie per specialisme wordt uitgevoerd, wordt één enkele hoofddiagnose gekozen voor gans het ziekenhuisverblijf overeenkomstig de concatenatietechniek zoals beschreven in punt 1.3.

2.4.3. Verblijven die niet in aanmerking worden genomen voor de berekening van de gemiddelde ligduur per APR-DRG-subgroep.

De verblijven die behoren tot een van de volgende groepen worden uitgesloten voor de berekening van de gemiddelde ligduur per APR-DRG-subgroep :

- a) de niet-beëindigde verblijven en de verblijven met een opnamedatum die meer dan zes maanden voor het begin van de statistische periode valt. Dit zijn de langdurige verblijven;

A partir de l'enregistrement 1999 :

A partir de l'enregistrement de 1999, les règles de concaténation énoncées plus haut ne seront plus d'application. Le diagnostic principal sera le diagnostic principal de la première spécialité à moins que celle-ci ne soit la spécialité psychiatrique.

#### 1.4. Nombre de systèmes atteints

Pour le calcul du nombre de systèmes atteints, le système du diagnostic principal est considéré comme étant le premier système atteint et on y ajoute le nombre de systèmes (différents de celui du diagnostic principal) des complications ou comorbidités mentionnées, tels que décrits dans les « All Patients Diagnosis Related Groups, Définitions Manual, Version 10.0 – Appendix E ».

### 2. CALCUL DE LA DUREE DE SEJOUR MOYENNE STANDARD

#### 2.1. Objectif

L'objectif est d'expliquer le calcul de la durée de séjour moyenne standard par APR-DRG, severity of illness et groupe d'âge.

#### 2.2. Champ d'application

Pour réaliser l'objectif visé au point 2.1., on tient compte de tous les séjours des patients admis dans des hôpitaux aigus, à l'exception :

- 1) des patients ayant séjourné au moins une journée de leur séjour dans un service Sp;
- 2) des patients ayant séjourné au moins une journée de leur séjour dans un service A ou K;
- 3) des patients ayant séjourné dans un service G subaigu;
- 4) des séjours qui sont considérés comme « faux » séjours classiques (voir point 4.2.2.).

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

Les 3 derniers exercices connus d'enregistrement RCM serviront de base pour le calcul des durées de séjour moyenne standard. Pour le financement à partir de juillet 2002, les données RCM 1998, 1999 et 2000 seront utilisés.

#### 2.4. Opérations

##### 2.4.1. Calcul de la durée de séjour

La durée de séjour est calculée par séjour hospitalier global et est égale au nombre de journées à facturer.

##### 2.4.2. Constitution des groupes de diagnostics

Les séjours enregistrés dans le cadre du RCM sont répartis dans des groupes, appelés APR-DRG's au moyen de la technique décrite au point 1.2. Chacun de ces groupes est ensuite scindé en 4 severity of illness décrit comme au point 1.2.

Les severity of illness 1 et 2 sont ensuite scindés en trois sous-groupes d'âge :

- 1) les patients de moins de 75 ans (hormis les patients Gfin);
- 2) les patients de 75 ans ou plus (hormis les patients Gfin);
- 3) les patients Gfin, tels que définis au point 1.1.

Les severity of illness 3 et 4 sont scindés quant à eux en deux sous-groupes :

- 1) les patients Gfin, tels que définis au point 1.1.;
- 2) les patients non Gfin.

Ci-après, on nommera sous-groupe d'APR-DRG, le croisement APR-DRG, niveau de sévérité et classe d'âge.

L'APR-DRG 862 est en outre scindé en APR-DRG 862.1 et APR-DRG 862.2. Ce dernier APR-DRG reprend uniquement les séjours pour polysomnographies.

En ce qui concerne les patients pour lesquels un enregistrement RCM par spécialité est effectué au cours d'un même séjour à l'hôpital, on choisit un diagnostic principal unique pour toute la durée du séjour hospitalier, conformément à la technique de concaténation décrite au point 1.3.

2.4.3. Séjours qui ne sont pas retenus pour le calcul de la durée de séjour moyenne par sous-groupe d'APR-DRG

Les séjours qui appartiennent à un des groupes suivants sont exclus du calcul de la durée de séjour moyenne par sous-groupe d'APR-DRG :

- a) les séjours qui ne sont pas terminés et les séjours dont la date d'admission précède le début de la période statistique de plus de six mois. Ceux-ci constituent des séjours de longue durée;

b) de foutieve verblijven, met name de verblijven met een ongeldige verblijfsduur (negatief, niet in overeenstemming met de dag, maand en jaar van opname en ontslag of niet ingevuld, incoherentie tussen de berekende verblijfsduur, de gefactureerde verblijfsduur en de som van de verblijfsduren per bedindex), ongeldige leeftijd (niet tussen 0 en 120 jaar) of ongeldig geslacht (foutief of niet ingevuld).

c) de verblijven die behoren tot de « restdiagnosegroepen type I en II », namelijk de APR-DRG's 950, 951, 952, 955 en 956 (zie punt 1.2.);

d) de « kleine » outliers (cf. punt 2.4.5.);

e) de outliers van « type 1 » (cf. punt 2.4.5.)

f) de verblijven waarbij de patiënt binnen 3 dagen overleden is.

2.4.4 APR-DRG-subgroepen waarvoor geen gemiddelde ligduur is berekend.

De APR-DRG-subgroepen waarvoor geen gemiddelde ligduur is berekend, zijn :

a) De APR-DRG-subgroepen waarin er nationaal minder dan 30 verblijven overblijven na toepassing van de bovenstaande criteria.

b) De subgroepen met een extreem severity of illness indien dit niveau minder dan 20 % van de APR-DRG-verblijven vertegenwoordigt.

c) De restdiagnosegroepen type I en II (zie 1.2.)

2.4.5 Outliers.

Verblijven worden als kleine outliers beschouwd als die

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

patiënten betreffen met een gefactureerde ligduur die gelijk is aan of korter is dan de benedengrens van zijn APR-DRG-subgroep, waarvoor de benedengrens gelijk is aan de afgeronde waarde van  $EXP [\ln Q1 - 2x (\ln Q3 - \ln Q1)]$ . Die benedengrens moet bovendien minstens 10 % van de gemiddelde standaardligduur van de beschouwde APR-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 gemiddelde standaardligduur.

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 die binnen hun APR-DRG-subgroep de volgende afgeronde bovengrens overschrijden :  $Q3 + 4 x (Q3 - Q1)$ .

Met die outliers type 1 wordt bij de berekening van de gemiddelde ligduren per APR-DRG-subgroep geen rekening gehouden.

De outliers type 2 zijn de verblijven die binnen hun APR-DRG-subgroep de volgende afgeronde bovengrens overschrijden :  $Q3 + 2 x (Q3 - Q1)$ , 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 gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep.

Aan de outliers type 2 wordt een fictieve ligduur toegekend die gelijk is aan de bovengrens  $Q3 + 2 x (Q3 - Q1)$ .

De bovengrens en de benedengrens worden op nationaal niveau berekend, waarbij

$Q1$  = de ligduur die overeenstemt met de drempel waaronder de ligduur van 25 % van de verblijven van de APR-DRG-subgroep gelegen is en  $Q3$  = de ligduur die overeenstemt met de drempel waarboven de ligduur van 25 % van de verblijven van de APR-DRG-subgroep gelegen is.

De verblijven die in aanmerking worden genomen voor de berekening van de gemiddelde standaardligduur, maar die geen outliers type 2 zijn, worden normale verblijven genoemd.

2.4.6 Berekening van de gemiddelde standaardligduur per APR-DRG-subgroep.

Per APR-DRG-subgroep, zoals beschreven in het punt 2.4.2., wordt een gemiddelde standaardligduur berekend, hierna afgekort « NGL ». Die duur wordt per APR-DRG-subgroep berekend door de som van de gefactureerde dagen van de in aanmerking genomen verblijven » (zie punt 2.4.3.) te delen door het aantal « in aanmerking genomen verblijven ».

b) les séjours fautifs soit les séjours pour lesquels la durée de séjour est non valable (négative, pas en concordance avec le jour, le mois et l'année d'admission et de sortie ou non mentionnée, non concordance entre la durée de séjour calculée, la durée de séjour facturée et la somme des durées par index de lit), l'âge est non valable (pas entre 0 et 120 ans) ou le sexe est non valable (fautif ou non mentionné)

c) les séjours appartenant au "groupe de diagnostics résiduels type I et II", à savoir les APR-DRG's 950, 951, 952, 955 et 956 (voir point 1.2.);

d) les outliers "petits" (cfr. point 2.4.5.);

e) les outliers « type 1 » (cfr. Point 2.4.5.);

f) les séjours dont le patient est décédé endéans les 3 jours.

2.4.4. Sous-groupes d'APR-DRG pour lesquels aucune durée de séjour moyenne n'est calculée

Les sous-groupes d'APR-DRG pour lesquels aucune durée de séjour moyenne n'est calculée sont :

a) les sous-groupes d'APR-DRG composés, au niveau national, de moins de 30 séjours après l'application des critères mentionnés ci-dessus;

b) les sous-groupes de severity of illness de extrême si ce niveau représente moins de 20 % des séjours de l'APR-DRG;

c) les sous-groupes d'APR-DRG résiduels type I et II (vori 1.2.)

2.4.5. Outliers

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

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

- des patients qui ont une durée de séjour facturée plus petite ou égale à la limite inférieure de son sous-groupe d'APR-DRG pour lequel sa limite inférieure est égale à la valeur arrondie de  $Exp [\ln Q1 - 2x (\ln Q3 - \ln Q1)]$ . En outre, cette limite inférieure doit représenter au moins 10 % de la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-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 standard.

Les outliers petits 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 les séjours qui, à l'intérieur de leur sous-groupe d'APR-DRG, dépassent la valeur arrondie de la limite supérieure suivante :  $Q3 + 4 x (Q3 - Q1)$ .

Ces outliers type 1 ne sont pas pris en compte pour le calcul des durées moyennes de séjour par sous-groupe APR-DRG.

Les outliers type 2 sont les séjours qui, à l'intérieur de leur sous-groupe d'APR-DRG, dépassent la valeur arrondie de la limite suivante :  $Q3 + 2 x (Q3 - Q1)$ , mais se situent sous la limite inférieure 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 standard du sous-groupe d'APR-DRG.

Les outliers type 2 reçoivent une durée de séjour fictive qui est égale à la limite supérieure  $Q3 + 2 x (Q3 - Q1)$ .

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 d'APR-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 d'APR-DRG.

Les séjours participant au calcul de la durée de séjour moyenne standard mais n'étant pas outliers de type 2 sont appelés des séjours normaux.

2.4.6. Calcul de la durée de séjour moyenne standard par sous-groupe d'APR-DRG

On calcule par sous-groupe d'APR-DRG, tel que défini au point 2.4.2., une durée de séjour moyenne standard, en abrégé « NGL ». Cette durée est calculée par sous-groupe d'APR-DRG en divisant la somme des journées facturées des « séjours retenus » (voir point 2.4.3.) par le nombre de « séjours retenus ».

### 3. BEREKENING VAN EEN AANTAL VERANTWOORDE DAGEN PER ZIEKENHUIS VOOR DE KLASSIEKE VERBLIJVEN

#### 3.1 Bepaling van de verantwoorde verblijfsduur

• Voor de normale verblijven: de verantwoorde ligduur is de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep waartoe hij behoort;

• Voor de verblijven grote outliers type 2 (teruggebracht tot de bovengrens): de verantwoorde ligduur is de som van de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep en het verschil tussen de grens van type-2 outliers en de gefactureerde duur.

• Voor de verblijven ingedeeld bij de rest-APR-DRG's type I (definitie: zie punt 1.2.): de verantwoorde ligduur is de gefactureerde ligduur als die lager is dan de gemiddelde ligduur van het ziekenhuis verminderd met twee dagen. Indien die ligduur daarentegen hoger is dan de gemiddelde ligduur van het ziekenhuis verminderd met twee dagen, wordt die teruggebracht tot de gemiddelde ligduur van het ziekenhuis verminderd met twee dagen.

• Voor de verblijven ingedeeld bij de APR-DRG-restgroep type II (definitie: zie punt 1.2.): de verantwoorde ligduur is gelijk aan de gefactureerde ligduur.

• Voor de foutieve verblijven: de verantwoorde ligduur is de waargenomen gemiddelde ligduur in het ziekenhuis. Die duur wordt toegekend aan de C-, D-diensten;

• Voor de verblijven die niet in aanmerking worden genomen voor de berekening van de gemiddelden (cf. punt 2.4.3. met uitzondering van de rest-APR-DRG's): de verantwoorde ligduur is gelijk aan de gefactureerde ligduur.

• Voor de verblijven begrepen in de APR-DRG-subgroepen waarvoor geen gemiddelde verblijfsduur wordt berekend: (zie punt 2.4.4.) (met uitzondering van de rest-APR-DRG's): de verantwoorde ligduur is gelijk aan de gefactureerde ligduur.

• De verblijven waarbij de patiënten minstens de helft van hun verblijf in een A-, K- of Sp-dienst hebben doorgebracht: de verantwoorde ligduur is de gefactureerde ligduur voor de diensten die onder de berekening van het aantal verantwoorde bedden vallen.

• De verblijven waarbij de patiënten minder dan de helft van hun verblijf in een A-, K-, of Sp-dienst hebben doorgebracht: de verantwoorde ligduur wordt verdeeld pro rata de gefactureerde ligduur in de diensten. De verantwoorde ligduur is de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep waartoe hij behoort.

#### 3.2 Beperking van het effect van de berekening van het aantal verantwoorde ligdagen.

Om in het voorgestelde systeem het effect van de berekening van het aantal verantwoorde activiteiten te beperken, wordt het aantal verantwoorde dagen voor een verblijf gelijkgesteld aan de som van 75 % van de verantwoorde dagen zoals beschreven in punt 3.1. en 25 % van de reële gefactureerde dagen.

#### 3.3 Diensten waarvoor een aantal verantwoorde bedden wordt berekend

Het doel bestaat erin voor de hierna vermelde diensten een aantal verantwoorde bedden te berekenen

##### 3.3.1. De C-, D-, H-, I-, L- en B-bedden.

Er zal een aantal verantwoorde bedden worden berekend voor de C-, D-, H-, I-, L- en B-bedden samen op basis van de pathologie en de verantwoorde ligduur in die bedden.

##### 3.3.2. De E-bedden

Er zal een aantal verantwoorde bedden worden berekend voor de E-bedden op basis van de pathologie en de verantwoorde ligduur in die bedden.

##### 3.3.3. De G-bedden.

Er zal aantal verantwoorde bedden worden berekend voor de G-bedden op basis van de pathologie en de verantwoorde ligduur in die bedden. Er zal evenwel een aantal G-bedden worden toegekend, ten belope van maximum 1/4 van de capaciteit van een complete eenheid G-bedden (6 bedden) op basis van het geriatrisch profiel van de patiënt en dus onafhankelijk van het gebruik van G-bedden.

Dit betekent:

a) Voor de ziekenhuizen die niet over G-bedden beschikken:

Opdat een patiënt als potentieel G wordt beschouwd, moet hij aan drie voorwaarden voldoen:

- minimum 70 jaar zijn
- minimum 2 aangetaste systemen hebben
- een ligduur hebben die hoger is dan het gemiddelde  $G_{fin} * 0.5$

### 3. CALCUL D'UN NOMBRE DE LITS JUSTIFIES PAR HOPITAL POUR LES SEJOURS CLASSIQUES

#### 3.1. Détermination de la durée de séjour justifiée

• Pour les séjours normaux: la durée de séjour justifiée est la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG auquel il fait partie;

• Pour les séjours outliers grands de type 2 (remis à la limite): la durée de séjour justifiée est la somme de la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG et de la différence entre la borne d'outliers de type 2 et la durée facturée;

• Pour les séjours classés dans les APR-DRG résiduels type I (définition: voir 1.2.): la durée de séjour justifiée est la durée de séjour facturée si celle-ci est inférieure ou égale à la durée de séjour moyenne de l'hôpital moins 2 jours. Par contre si elle est supérieure à la durée de séjour moyenne de l'hôpital moins 2 jours, elle sera remise à la durée de séjour moyenne de l'hôpital moins 2 jours.

• Pour les séjours classés dans les APR-DRG type II (définition voir point 1.2.): la durée de séjour justifiée est la durée de séjour facturée.

• Pour les séjours fautifs: la durée de séjour justifiée est la durée de séjour moyenne observée dans l'hôpital. Cette durée est attribuée aux services C, D;

• Pour les séjours ne participant pas aux calculs des moyennes (cf pt 2.4.3. à l'exception des APR-DRG résiduels): la durée de séjour justifiée est la durée de séjour facturée;

• Pour les séjours compris dans les sous-groupes d'APR-DRG pour lesquels aucune durée de séjour moyenne n'est calculée (voir point 2.4.4.) (à l'exception des APR-DRG résiduels): la durée de séjour justifiée est la durée de séjour facturée;

• Les séjours pour lesquels les patients sont restés au minimum la moitié de leur durée de séjour dans un service A, K ou Sp: la durée de séjour justifiée est la durée de séjour facturée pour les services concernés par le calcul du nombre de lits justifiés;

• Les séjours pour lesquels les patients sont restés moins que la moitié de leur durée de séjour dans un service A, K ou Sp: on répartira la durée de séjour justifiée au prorata de la durée de séjour facturée dans les services. La durée de séjour justifiée est la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG auquel il fait partie

#### 3.2. Limitation de l'effet du calcul du nombre de journées justifiées

Pour limiter dans le système proposé l'effet du calcul du nombre d'activités justifiées, le nombre de journées justifiées pour un séjour résultera de l'addition de 75 % des journées justifiées telles que définies au point 3.1. et de 25 % des journées facturées réelles.

#### 3.3. Services pour lesquels un nombre de lits justifiés est calculé

L'objectif est de calculer un nombre de lits justifiés pour les services ci-après:

##### 3.3.1. Les lits C, D, H, I, L et B

Un nombre de lits justifiés sera calculé pour les lits C, D, H, I, L et B ensemble sur base de la pathologie et de la durée de séjour justifiée dans ces lits.

##### 3.3.2. Les lits E

Un nombre de lits justifiés sera calculé pour les lits E sur base de la pathologie et de la durée de séjour justifiée dans ces lits.

##### 3.3.3. Les lits G

Un nombre de lits justifiés sera calculé pour les lits G sur base de la pathologie et de la durée de séjour justifiée dans ces lits. Cependant, un nombre de lits G sera attribué, à concurrence maximum d'1/4 de la capacité d'une unité complète de lits G (soit 6 lits), sur base du profil gériatrique du patient et donc indépendamment de l'utilisation des lits G.

Ceci signifie:

a) Pour les hôpitaux ne disposant pas de lits G:

Pour qu'un patient soit considéré comme potentiellement G, il doit remplir 3 conditions:

- avoir au minimum 70 ans;
- avoir au minimum 2 systèmes atteints;
- avoir une durée de séjour facturée supérieure à la moyenne  $G_{fin} * 0.5$ .



De verantwoorde ligduur die aan die verblijven wordt toegekend, hangt af van de leeftijd van de patiënt en wordt als volgt berekend :

70-74 jaar : verantwoorde duur in G = standaardligduur (< 75 jaar) \* 0,45.

De 55 % resterende standaarddagen worden toegekend aan de andere bedden pro rata de gefactureerde ligduur in die bedden.

75-79 jaar : verantwoorde verblijfsduur in G = standaardligduur ( $\geq$  75 jaar) \* 0,65

80-84 jaar : verantwoorde verblijfsduur in G = standaardligduur ( $\geq$  75 jaar) \* 0,75

$\geq$  85 jaar : verantwoorde verblijfsduur in G = standaardligduur ( $\geq$  75 jaar) \* 0,9

Er kunnen dus G-bedden worden toegekend aan de ziekenhuizen die niet over G-bedden beschikken, maar hoogstens 6 bedden.

b) voor de ziekenhuizen die over G-bedden beschikken :

Opdat een patiënt als potentieel G wordt beschouwd, mag hij niet bij Gfin ingedeeld zijn en moet hij aan drie voorwaarden voldoen :

- minimum 70 jaar zijn
- minimum 2 aangetaste systemen hebben;
- een ligduur hebben die hoger is dan het gemiddelde Gfin \* 0,5

Het principe van leeftijdscategorieën wordt eveneens gebruikt.

### 3.3.4. De M-bedden.

Men kent een aantal M-bedden toe dat beantwoordt aan de activiteit die op basis van de MDC 14 (zwangerschap en bevalling) bepaald is voor zover het ziekenhuis over een erkende M-dienst beschikt. De verantwoorde ligduur van een patiënte die verblijft in M voor een andere reden dan bevalling,... (buiten MDC 14) zal aan de C-, D-diensten worden toegekend, terwijl de verantwoorde ligduur van een patiënte die niet in een M-bed is opgenomen, maar wel voor een reden die verband houdt met de bevalling (MDC 14), aan de M-dienst zal worden toegekend.

### 3.3.5. De A-, K-, T- en NIC-bedden.

Wat de A-, K-, T-, en NIC-bedden betreft, zullen geen verantwoorde bedden worden berekend. De erkende bedden zullen worden geassimileerd met de verantwoorde activiteiten

## 4. BEREKENING VAN EEN AANTAL VERANTWOORDE DAGEN IN CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE PER ZIEKENHUIS

### 4.1 Gegevensbronnen

#### 4.1.1. Facturatiegegevens RIZIV.

Referentiejaar = laatst gekende jaar

De RIZIV-gegevens die gebruikt worden bij de bepaling van de lijsten A en B (cf. punten 6 en 7) bevatten informatie in verband met de behandelingsplaats (artsenkabinet, polikliniek, daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie), de frequentie van de ingreep op deze plaatsen en de mate waarin een ingreep in daghospitalisatie evolueert.

#### 4.1.2. Minimale Klinische Gegevens

Referentiejaren = de drie laatst gekende jaren

De M.K.G. bevatten de noodzakelijke informatie in verband met het verblijf, meer bepaald de leeftijd van de patiënt, de APR-DRG waaronder het verblijf wordt gebracht, graad van klinische ernst, het aantal aangetaste systemen, de mortaliteit, de procedurecode ICD-9-CM, de RIZIV-code(s), het aantal verblijfsdagen, enzovoort. Zowel de klassieke als daghospitalisatieverblijven zijn in de databank opgenomen.

Door het gebruik van beide gegevensbronnen wordt het mogelijk om tot een identificatie van de verantwoorde heelkundige dagactiviteit (de reëel uitgevoerde heelkundige daghospitalisatie enerzijds en de eigenlijk klassieke hospitalisatie anderzijds) te komen.

### 4.2. Selectie van de nationale RIZIV-nomenclatuurlijsten A en B

4.2.1. Selectie van de RIZIV-nomenclatuurcodes – LIJST A « RIZIV-codes bij gerealiseerde daghospitalisatie » (cf. punt 6)

Bij de selectie van de RIZIV-nomenclatuurcodes is uitgegaan van de nominatieve lijst van prestaties welke recht geven op een maxi-, super-, A-, B-, C- of D-forfait, zoals bedoeld in de nationale overeenkomst van 24 januari 1996 tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen.

Een prestatie werd weerhouden indien ze gelijktijdig aan alle hierna vermelde criteria voldeed.

La durée de séjour justifiée attribuée à ces séjours dépend de l'âge du patient et est calculée comme suit :

70-74 ans : durée justifiée en G = durée de séjour standard (< 75 ans) \* 0,45.

Les 55 % de journées standards restants étant attribués aux autres lits au prorata de la durée de séjour facturée dans ces lits.

75-79 ans : durée justifiée en G = durée de séjour standard ( $\geq$  75 ans) \* 0,65.

80-84 ans : durée justifiée en G = durée de séjour standard ( $\geq$  75 ans) \* 0,75.

$\geq$  85 ans : durée justifiée en G = durée de séjour standard ( $\geq$  75 ans) \* 0,9.

Les hôpitaux ne disposant pas de lits G pourront donc s'en voir attribuer mais à concurrence de 6 lits maximum.

b) Pour les hôpitaux disposant de lits G :

Pour qu'un patient soit considéré comme potentiellement G, il ne peut pas être classé en Gfin et il doit remplir 3 conditions :

- avoir au minimum 70 ans;
- avoir au minimum 2 systèmes atteints;
- avoir une durée de séjour facturée > moyenne Gfin \* 0,5.

Le principe des classes d'âge est également utilisé.

### 3.3.4. Les lits M

On attribue un nombre de lits M correspondant à l'activité définie sur base du MDC 14 (grossesse et accouchement) pour autant que l'hôpital ait un service M agréé. La durée de séjour justifiée d'une patiente séjournant en M pour une raison autre que l'accouchement,... (hors MDC 14) sera attribuée aux services C, D tandis que la durée de séjour justifiée d'une patiente séjournant en dehors des lits M mais pour une raison liée à l'accouchement (MDC 14) sera attribuée au service M.

### 3.3.5. Les lits A, K, T et NIC

En ce qui concerne les lits A, K, T et NIC on ne calculera pas de lits justifiés. Les lits agréés seront assimilés aux activités justifiées.

## 4. CALCUL D'UN NOMBRE DE JOURNEES JUSTIFIEES PAR HOPITAL EN HOSPITALISATION DE JOUR CHIRURGICALE

### 4.1. Sources de données

#### 4.1.1. Données de facturation INAMI

Année de référence = dernière année connue

Les données INAMI utilisées lors de la fixation des listes A et B (cf. points 6 et 7) comprennent des informations concernant le lieu du traitement (cabinet du médecin, polyclinique, hospitalisation de jour et hospitalisation classique), la fréquence de l'intervention dans ce lieu et la mesure dans laquelle une intervention en hospitalisation de jour évolue.

#### 4.1.2. Résumé clinique minimum

Années de référence = les trois dernières années connues

Le RCM comprend les informations nécessaires concernant le séjour, en particulier l'âge du patient, l'APR-DRG dont le séjour relève, le degré de gravité, le nombre de systèmes atteints, la mortalité, le code de procédure ICD-9-CM, le(s) code(s) INAMI, le nombre de journées d'hospitalisation, etc. Tant les séjours classiques que les séjours en hospitalisation de jour figurent dans la banque de données.

L'utilisation des deux sources de données permet de parvenir à une identification de l'activité chirurgicale de jour justifiée (l'hospitalisation chirurgicale de jour ayant réellement eu lieu, d'une part, et l'hospitalisation classique impropre, d'autre part).

### 4.2. Sélection des listes nationales de nomenclature INAMI A et B

4.2.1. Sélection des codes de nomenclature INAMI – Liste A « Codes INAMI pour hospitalisation réalisée » (Cf. point 6).

Pour la sélection des codes de nomenclature Inami, on s'est fondé sur la liste nominative des prestations donnant droit à un maxiforfait, un superforfait, un forfait A, B, C ou D, tels que visés dans la convention nationale du 24 janvier 1996 entre les institutions de soins et les organismes assureurs.

Ont été retenues les prestations répondant simultanément à tous les critères de sélection mentionnés ci-après

## De selectiecriteria

- het betreft een bloederige heelkundige ingreep, zoals gedefinieerd in het Koninklijk Besluit betreffende de forfaitarisering van de antibioticaprofylaxie in de heelkunde, en

- het aantal intramuraal<sup>(\*)</sup> prestaties moet minstens 60 % zijn van het totaal aantal ambulante gerealiseerde prestaties.

[<sup>(\*)</sup>intramuraal = in ziekenhuisverband, hetzij in daghospitalisatie hetzij poliklinisch]

4.1.2. Selectie van de RIZIV-nomenclatuurcodes – LIJST B « RIZIV-codes bij oneigenlijke klassieke hospitalisaties » (cf. punt 7)

Bij de selectie van de RIZIV-nomenclatuurcodes is uitgegaan van de nominatieve lijst van prestaties welke recht geven op een maxi-, super-, A-, B-, C- of D-forfait, zoals bedoeld in de nationale overeenkomst van 24 januari 1996 tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen.

Een prestatie werd weerhouden indien ze gelijktijdig aan alle van de hierna vermelde criteria voldeed.

## De selectiecriteria :

- het betreft een bloederige heelkundige ingreep, zoals gedefinieerd in het Koninklijk Besluit betreffende de forfaitarisering van de antibioticaprofylaxie in de heelkunde en

- de substitutiegraad van de klassieke hospitalisatie door daghospitalisatie moet minstens 10 % bedragen in de referentieperiode.

4.3. Bepaling van de verantwoorde ziekenhuisactiviteit in chirurgische daghospitalisatie

## 4.3.1 Gerealiseerde verblijven in (heelkundige) daghospitalisatie

Bij de bepaling van de verantwoorde gerealiseerde dagactiviteit wordt gebruik gemaakt van de MKG van het laatst gekende registratiejaar.

Alle in MKG geregistreerde dagverblijven waarvoor ten minste 1 heelkundige RIZIV-nomenclatuurcode uit de lijst A (cf. punt 4.2.1.1.) werd geregistreerd, worden weerhouden als een verantwoorde gerealiseerde daghospitalisatie.

Indien een verblijf meerdere RIZIV-nomenclatuurcodes uit de lijst bevat, dan wordt dit verblijf slechts eenmaal weerhouden als verantwoorde daghospitalisatie

## 4.3.2. Oneigenlijk klassieke verblijven

4.3.2.1. Bepaling van de APR-DRG's waarvoor oneigenlijk klassieke ziekenhuisverblijven aangeduid worden

Op basis van de RIZIV-nomenclatuurcodes uit de lijst B (cf. punt 4.2.1.2.) werden alle verblijven weerhouden die gedurende de referentieperiode (MKG van de drie laatst gekende registratiejaren) minstens één code uit de lijst hebben. Deze selectie bevat zowel de geregistreerde klassieke als daghospitalisatieverblijven. Op basis van deze selectie werd het aantal verblijven per APR-DRG berekend. De 32 APR-DRG's die 90 % van de geselecteerde verblijven vertegenwoordigen zijn in tabel 1 opgenomen. Deze lijst bevat 29 chirurgische en 3 medische APR-DRG's.

TABEL 1. APR-DRG's weerhouden bij de bepaling van de oneigenlijk klassieke ziekenhuisverblijven

025 Ingrepen op neurologisch systeem voor perifere zenuwaandoeningen

071 Intra-oculaire ingrepen behalve op lens

072 Extra-oculaire ingrepen behalve op lens

073 Ingrepen op lens met of zonder vitrectomie

093 Ingrepen op sinussen en mastoid

094 Ingrepen op mond

097 Adenoid en amygdalectomie

098 Andere ingrepen op neus, keel, oren en mond

114 Aandoeningen van tand en mond

115 Andere aandoeningen van neus, keel, oren en mond

179 Onderbinden en strippen van venen

226 Ingrepen op de anus en gastro-intestinaal stoma

313 Ingrepen onderste extremiteiten knie en onderbenen, behalve voet

## Les critères de sélection

- il s'agit d'une intervention chirurgicale sanglante, telle que définie dans l'arrêté royal concernant la forfaitarisation de l'antibioprofylaxie en chirurgie et

- le nombre de prestations (\*) en intra-muros doit représenter au moins 60 % du nombre total de prestations réalisées en ambulatoire.

[<sup>(\*)</sup> intra-muros = dans un cadre hospitalier, soit en hospitalisation de jour, soit en polyclinique]

4.1.2. Sélection des codes de nomenclature INAMI – LISTE B « Codes Inami pour les hospitalisations classiques inappropriés » (Cf. point 7).

Pour la sélection des codes de nomenclature Inami, on s'est fondé sur la liste nominative des prestations donnant droit à un maxiforfait, un superforfait, un forfait A, B, C ou D, tels que visés dans la convention nationale du 24 janvier 1996 entre les institutions de soins et les organismes assureurs.

Ont été retenues les prestations répondant simultanément à tous les critères de sélection mentionnés ci-après :

## Les critères de sélection :

- il s'agit d'une intervention chirurgicale sanglante, telle que définie dans l'arrêté royal concernant la forfaitarisation de l'antibioprofylaxie en chirurgie et

- le taux de substitution de l'hospitalisation classique par l'hospitalisation de jour doit être de 10 % au moins au cours de la période de référence.

4.3. Fixation de l'activité hospitalière justifiée en hospitalisation chirurgicale de jour

## 4.3.1. Séjours réalisés en hospitalisation (chirurgicale) de jour

Pour la fixation de l'activité de jour réalisée justifiée, on utilise le RCM de la dernière année connue.

Tous les séjours en hospitalisation de jour enregistrés, pour lesquels au moins un code chirurgical de nomenclature INAMI de la liste A (cf. point 4.2.1.1.) a été enregistré, sont retenus comme hospitalisations de jour réalisées justifiées.

Si un séjour comprend plusieurs codes de nomenclature INAMI de la liste, ce séjour n'est retenu qu'une fois comme hospitalisation de jour justifiée

## 4.3.2. Séjours classiques inappropriés

4.3.2.1. Fixation des APR-DRG pour lesquels des séjours hospitaliers classiques inappropriés sont mentionnés

Sur la base des codes de nomenclature INAMI de la liste B (Cf. point 4.2.1.2.), on a retenu tous les séjours qui, au cours de la période de référence (RCM des trois dernières années d'enregistrement connues) comprennent au moins un code de la liste. Cette sélection comprend aussi bien les séjours en hospitalisation classique enregistrés que les séjours en hospitalisation de jour. Le nombre de séjours APR-DRG a été calculé sur la base de cette sélection. Les 32 APR-DRG qui représentent 90 % des séjours sélectionnés figurent dans le tableau 1. Cette liste comprend 29 APR-DRG chirurgicaux et 3 APR-DRG médicaux

TABLEAU 1. APR-DRG retenus pour la fixation des séjours hospitaliers classiques inappropriés

025 Interventions sur le système nerveux pour affections des nerfs périphériques

071 Interventions intraoculaires excepté cristallin

072 Interventions extraoculaires excepté sur l'orbite

073 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie

093 Interventions sur sinus et mastoïde

094 Interventions sur la bouche

097 Adénoïdectomie et amygdalectomie

098 Autres interventions sur oreille, nez, bouche, gorge

114 Pathologies dentaires et orales

115 Autres diagnostics d'oreille, nez, bouche, gorge

179 Ligature de veine et stripping

226 Interventions sur anus et orifices de sortie artificiels

313 Interventions des memb.inf. et genoux excepté pied

314 Ingrepen op voet  
 315 Ingrepen op schouder, elleboog en voorarm  
 316 Ingrepen op hand en pols  
 317 Ingrepen op weke weefsels  
 318 Verwijderen van inwendige fixatoren  
 319 Locale excisie van musculo-sceletaal stelsel  
 320 Andere ingrepen op musculo-sceletaal stelsel en bindweefsel

361 Huidgreffe en/of debridatie behalve voor ulcus of cellulitis  
 364 Andere ingrepen op huid, subcutaan weefsel en borsten  
 446 Trans- en urethrale ingrepen  
 483 Ingrepen op de testes  
 484 Andere ingrepen op het mannelijk voorplantingsstelsel  
 501 Andere aandoeningen, behalve maligne, van het mannelijk voorplantingsstelsel

513 Ingrepen op uterus/annexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen

515 Ingrepen op de vagina, cervix en vulva  
 516 Laparoscopie en onderbreken tubae  
 517 Dilatatie en curetage, conisatie  
 544 Abortus met dilatatie en curetage, aspiratie curetage of hysterectomie  
 850 Ingrepen bij andere contacten

#### 4.3.2.2. Bepaling van de oneigenlijk klassieke ziekenhuisverblijven

Bij de bepaling van het aantal oneigenlijk klassieke ziekenhuisverblijven wordt gebruik gemaakt van de case-mix geregistreerd in de MKG van het laatst gekende registratiejaar.

Om als oneigenlijk klassiek ziekenhuisverblijf aangeduid te worden, moet het verblijf gelijktijdig aan alle hiernavermelde criteria voldoen.

- het verblijf is ondergebracht in één van de 32 weerhouden APR-DRG's uit tabel 1 (cf. punt 4.3.2.1.);
- het betreft een klassieke hospitalisatie;
- het betreft een geplande opname;
- de ziekenhuisverblijfsduur is maximaal 3 dagen;
- de severity of illness = zwak (cf. punt 1.2.);
- de patiënt is gedurende het verblijf niet overleden;
- het sterfterisico = zwak (cf. 1.2.);
- de patiënt is jonger dan 75 jaar en
- → voor de verblijven behorende tot één van de chirurgische APR-DRG's opgenomen in tabel 1 (cf. punt 4.2.2.2.):

de operating room procedure (ICD-9-CM-code) die determinerend is voor de indeling van het klassieke ziekenhuisverblijf in de chirurgische APR-DRG werd in de referentieperiode (MKG van de drie laatst gekende registratiejaren) in minimaal 33 % der gevallen in daghospitalisatie uitgevoerd en nationaal konden er minstens 90 oneigenlijk klassieke ziekenhuisverblijven aangeduid worden;

→ voor de verblijven behorende tot één van de medische APR-DRG's opgenomen in tabel 1 (cf. punt 4.3.2.1.):

het verblijf heeft minstens één RIZIV-nomenclatuurcode uit de lijst B (cf. punt 4.2.1.1.)

#### 4.4. Bepaling van het aantal verantwoorde verblijven in heelkundige daghospitalisatie per ziekenhuis

Het totaal aantal verantwoorde verblijven in heelkundige daghospitalisatie wordt per ziekenhuis bekomen door het totaal aantal gerealiseerde daghospitalisaties (cf. punt 4.2.1.) te voegen bij het totaal aantal oneigenlijke klassieke ziekenhuisverblijven (cf. punt 4.2.2.).

Elk verantwoord verblijf in chirurgische daghospitalisatie krijgt een verantwoorde verblijfsduur van 0,81 dagen (= multiplicator) toegemeeten, die het effect van de besparing van 328 miljoen Belgische frank bevat. Zonder deze besparing bedraagt deze multiplicator 1,05.

#### 5. PRINCIPES M.B.T. DE CONVERSIE VAN HET AANTAL VERANTWOORDE DAGEN IN EEN AANTAL VERANTWOORDE BEDDEN

Op basis van de casemix van het laatste gegevensjaar dat gekend is, berekent men het aantal verantwoorde dagen voor elk ziekenhuis, per dienst of groep van betrokken diensten (zie punt 3). Wat de C-dienst betreft, dient men het aantal verantwoorde dagen in chirurgische daghospitalisatie toe te voegen (zie punt 4).

314 Interventions du pied  
 315 Interventions épaule, coude et avant-bras  
 316 Interventions majeure main, poignet  
 317 Interventions des tissus mous  
 318 Enlèvement matériel de fixation interne  
 319 Enlèvement matériel du système musculosquelettique  
 320 Autres interventions du système musculosquelettique et tissu conjonctif

361 Greffe cutanée et/ou débridement excepté ulcère et cellulite  
 364 Autres interventions sur les seins, la peau et le tissu sous-cutané  
 446 Interventions urétrales et transurétrales  
 483 Interventions sur les testicules  
 484 Autres interventions sur le système génital masculin  
 501 Autres diagnostics à propos des organes génitaux masculins

513 Interventions sur utérus/annexes, pour carcinoome in situ et aff. bénignes

515 Interventions sur vagin, col et vulve  
 516 Ligature tubaire par voie laparoscopie  
 517 Dilatation, curetage, conisation  
 544 Avortement, avec dilation, aspiration, curetage ou hystérotomie

850 Interventions avec des diagnostics d'autre contact avec services de santé

#### 4.3.2.2. Détermination des séjours hospitaliers classiques inappropriés

Pour la détermination du nombre de séjours hospitaliers classiques inappropriés, on utilise le case-mix enregistré dans le RCM de la dernière année d'enregistrement connue.

Pour être désigné comme séjour hospitalier classique inapproprié, le séjour doit répondre simultanément aux critères mentionnés ci-dessous :

- le séjour est rangé dans un des 32 APR-DRG retenus du tableau 1 (cf. point 4.3.2.1.);
- il s'agit d'une hospitalisation classique;
- il ne s'agit d'une admission prévue;
- le séjour à l'hôpital a une durée maximale de trois jours;
- le degré de sévérité = mineur (cfr. 1.2.);
- le patient n'est pas décédé pendant le séjour à l'hôpital;
- le risque de mortalité = mineur (cfr. Point 1.2.)
- le patient n'a pas atteint l'âge de 75 ans et
- → pour les séjours appartenant à un des APR-DRG chirurgicaux repris au tableau 1 (cf. point 4.2.2.2.):

l'« operating room procedure » (ICD-9-CM-code), qui est déterminante pour le classement du séjour hospitalier au sein d'un APR-DRG chirurgical, a été effectuée au cours de la période de référence (RCM de 3 dernières années d'enregistrement connues) dans au moins 33 % des cas en hospitalisation de jour et, au niveau national, on a pu dénombrer au moins 90 séjours hospitaliers classiques inappropriés;

→ pour les séjours appartenant à un des APR-DRG médicaux repris au tableau 1 (cf. point 4.3.2.1.):

le séjour a au moins un code de nomenclature INAMI de la liste B (cf. point 4.2.1.1.)

#### 4.4. Détermination du nombre de séjours justifiés en hospitalisation chirurgicale de jour par hôpital

Le nombre total des séjours justifiés en hospitalisation chirurgicale de jour par hôpital est obtenu en ajoutant le nombre total d'hospitalisations de jour réalisés (cf. point 4.2.1.) au nombre total de séjours hospitaliers classiques inappropriés (cf. point 4.2.2.).

Chaque séjour justifié en hospitalisation chirurgicale de jour obtient une durée de séjour justifiée de 0,81 jours (= multiplicateur), qui englobe l'effet de l'économie de 328 millions BEF. Sans cette économie, le multiplicateur s'élève à 1,05.

#### 5. PRINCIPES DE CONVERSION DU NOMBRE DE JOURNEES JUSTIFIÉES EN UN NOMBRE DE LITS JUSTIFIÉS

Sur base du case-mix de la dernière année de données connue, on calcule le nombre de journées justifiées pour chaque hôpital, par service ou groupe de services concernés (voir point 3). Il faut ajouter, en ce qui concerne le seul service C, le nombre de journées justifiées en hospitalisation de jour chirurgicale (voir point 4).

Bij de berekening van de verantwoorde activiteit wordt per ziekenhuis uitgegaan van het aantal geregistreerde MKG-verblijven voor het referentiejaar. De volledigheid van de registratie wordt voor de betrokken diensten (C, D, G, L, B, H, E en M) nagegaan door middel van de vergelijking van het aantal geregistreerde MKG-verblijven met het aantal ontslagen opgegeven aan de Administratie in het kader van de financiële statistieken. Indien de afwijking niet meer bedraagt dan 3 % (in plus of min) wordt de MKG-registratie en de daarin voorkomende casemix als uitgangspunt voor de berekening van de verantwoorde activiteit van het ziekenhuis genomen. Indien de afwijking tussen de twee databanken meer dan 3 % bedraagt, krijgt het ziekenhuis een verantwoorde activiteit die gebaseerd is op het laagste aantal verblijven uit de twee databanken. De correctie die hierbij moet doorgevoerd worden gebeurt aan de hand van navolgende formules.

Methodologie bij correctie van het aantal verblijven voor de diensten C, D, G, L, B, H, E en M (cf. supra) :

a. het aantal MKG-verblijven is meer dan 3 % hoger dan het aantal ontslagen opgenomen in FINHOSTA :

• STAP 1 : op basis van de MKG -casemix wordt een verantwoord aantal ligdagen voor het ziekenhuis berekend

• STAP 2 : vervolgens wordt een correctie doorgevoerd op basis van de hiernavolgende formule voor het teveel aan verblijven (en bijgevolg pathologie) dat waargenomen wordt binnen de MKG-databank :

$$VAL_{ZH\ nd} = [VAL_{ZH} - \{(aantal\ MKG\ -verblijven - aantal\ ontslagen\ FINHOSTA) * GVL_{ZH}\}]$$

Waarbij

$VAL_{ZH\ nd}$  : verantwoord aantal ligdagen voor het ziekenhuis na datacorrectie

$VAL_{ZH}$  : verantwoord aantal ligdagen van het ziekenhuis op basis van de casemix geregistreerd in de MKG van het referentiejaar

$GVL_{ZH}$  : de gemiddelde verantwoorde ligduur voor het ziekenhuis op basis van de MKG-casemix

b. het aantal MKG-verblijven is meer dan 3 % lager dan het aantal ontslagen opgenomen in FINHOSTA :

• STAP 1 : op basis van de casemix MKG wordt een verantwoord aantal ligdagen voor het ziekenhuis berekend

• STAP 2 : vervolgens wordt een correctie doorgevoerd op basis van de hiernavolgende formule voor het tekort aan verblijven (en bijgevolg aan pathologie) dat waargenomen wordt binnen de MKG-databank :

$$VAL_{ZH\ nd} = [VAL_{ZH}]$$

waarbij

$VAL_{ZH\ nd}$  : verantwoord aantal ligdagen voor het ziekenhuis na datacorrectie

$VAL_{ZH}$  : verantwoord aantal ligdagen van het ziekenhuis op basis van de casemix geregistreerd in de MKG van het referentiejaar

In bovenstaande formules (cf. punt a. en b.) wordt geen rekening gehouden met de echte chirurgische daghospitalisatie-verblijven. De verantwoorde activiteit en aansluitend het verantwoord aantal bedden toegekend aan deze verblijven (cf. 4.3.1. en 4.4.) wordt, na toepassing van alle correcties en na plafonnering van de groei van de verantwoorde bedden ten opzichte van de erkende bedden (cf. infra), aan het aantal verantwoorde bedden van de overige verblijven toegevoegd om tot het totaal aantal verantwoorde bedden te komen.

Bij het gebruik van de MKG 2001, respectievelijk 2002 in het kader van de bepaling van de verantwoorde activiteit in de financiering wordt boven vermeld afwijkingpercentage teruggebracht tot 2 %, respectievelijk 1 %. Voor de registratiejaren die daarop volgen zal steeds het laagste aantal verblijven weerhouden worden bij de berekening van de verantwoorde activiteit.

Per dienst (of groep diensten) wordt het aantal verantwoorde ligdagen gedeeld door de normatieve bezettingsgraad van de dienst vermenigvuldigd met 365 om per dienst een aantal verantwoorde bedden te verkrijgen. De normatieve bezettingsgraden zijn opgenomen in artikel 53 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986, namelijk :

- voor de E- en M-bedden : 70 %
- voor de C, D, L, B en H-bedden : 80 %
- voor de G-bedden : 90 %.

Er dient rekening gehouden te worden met de geografische afwijkingen voorzien in het Koninklijk Besluit van 30 juni 1989.

Een maximale stijging van 7 % van het aantal verantwoorde bedden (zonder inachtnaam van de verantwoorde activiteit en de daaraan gekoppelde verantwoorde bedden voor chirurgische daghospitalisatie

Lors du calcul de l'activité justifiée, on se base, par hôpital, sur le nombre de séjours RCM enregistrés pour l'année de référence. L'exhaustivité de l'enregistrement sera vérifiée pour les services concernés (C, D, G, L, B, H, E en M) sur la base de la comparaison du nombre de séjours RCM enregistrés avec le nombre de sorties communiquées à l'Administration dans le cadre des statistiques financières. Si l'écart ne dépasse pas les 3 % (en plus ou en moins), l'enregistrement RCM et le case-mix qui y figure sont considérés comme point de départ pour le calcul de l'activité justifiée de l'hôpital. Si l'écart entre les deux bases de données s'élève à plus de 3 %, l'hôpital se voit attribuer une activité justifiée qui est basée sur le plus petit nombre de séjours des deux bases de données. La correction qui doit être effectuée à cet égard, se fait à l'aide des formules suivantes.

Methodologie concernant la correction du nombre de séjours pour les services C, D, G, L, B, H, E et M (cf. supra) :

a. le nombre de séjours RCM dépasse de plus de 3 % le nombre de sorties mentionnées en FINHOSTA :

1<sup>re</sup> étape : sur la base du case-mix RCM, un nombre de journées d'hospitalisation justifiées est calculé par hôpital

2<sup>e</sup> étape : ensuite, une correction a lieu basée sur la formule suivante pour le surplus de séjours (et par conséquent en matière de pathologie) qui est observé dans la banque de données RCM

$$VAL_{ZH\ nd} = [VAL_{ZH} - \{(nombre\ de\ séjours\ RCM - nombre\ de\ sorties\ FINHOSTA) * GVL_{ZH}\}]$$

Où

$VAL_{ZH\ nd}$  : nombre de journées d'hospitalisation justifiées pour l'hôpital après correction des données

$VAL_{ZH}$  : nombre de journées d'hospitalisation justifiées de l'hôpital sur la base du case-mix enregistré dans le RCM de l'année de référence

$GVL_{ZH}$  : la durée de séjour moyenne justifiée pour l'hôpital sur la base du casemix RCM

b. Le nombre de séjours RCM est inférieure de plus de 3 % du nombre de sorties mentionnées en FINHOSTA :

• 1<sup>re</sup> étape : sur la base du case-mix RCM, un nombre de journées d'hospitalisation justifiées est calculé pour l'hôpital

• 2<sup>e</sup> étape : ensuite, une correction est effectuée sur la base de la formule suivante pour le déficit en matière de séjours (et par conséquent en matière de pathologie) qui est observé dans la banque de données RCM :

$$VAL_{ZH\ nd} = [VAL_{ZH}]$$

où

$VAL_{ZH\ nd}$  : le nombre de journées d'hospitalisation pour l'hôpital après correction des données

$VAL_{ZH}$  : nombre de journées d'hospitalisation justifiées de l'hôpital sur la base du case-mix enregistré dans le RCM de l'année de référence

Les formules susmentionnées (cf. points a et b) ne tiennent pas compte des véritables séjours en hospitalisation chirurgicale de jour. L'activité justifiée et le nombre de lits justifiés, attribués à ces séjours (cf. 4.3.1. et 4.4.) sont ajoutés, après application de toutes les corrections et après plafonnement de l'augmentation des lits justifiés par rapport aux lits agréés (cf. infra), au nombre de lits justifiés des autres séjours pour obtenir le nombre total de lits justifiés.

Lors de l'utilisation du RCM 2001, respectivement du RCM 2002, pour déterminer l'activité justifiée dans le financement, le pourcentage d'écart précité est ramené à 2 %, respectivement 1 %. Pour ce qui concerne les années d'enregistrement suivantes, on retiendra toujours le plus petit nombre de séjours pour calculer l'activité justifiée.

Par service (ou groupe de services), le nombre de journées justifiées est divisé par le taux d'occupation normatif du service multiplié par 365 pour obtenir par service un nombre de lits justifiés. Les taux d'occupation normatifs sont ceux repris à l'article 53 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, à savoir :

- pour les lits E et M : 70 %
- pour les lits C, D, L, B et H : 80 %
- pour les lits G : 90 %

Il y a lieu de tenir compte des écarts géographiques prévus dans l'arrêté royal du 30 juin 1989.

Une augmentation maximale de 7 % du nombre de lits justifiés (sans tenir compte de l'activité justifiée et des lits justifiés d'hospitalisation de jour chirurgicale y liés, tel que calculé au point 4.3.) par rapport au

zoals berekend in punt 4.3.) ten opzichte van het aantal erkende bedden voor de diensten C, D, G, L, B, H, E en M wordt integraal toegekend aan het ziekenhuis. De verantwoorde activiteit die zich boven deze grens bevindt, wordt voor 25 % in aanmerking genomen. De toekenning aan de betrokken diensten van deze verantwoorde bedden, gewaardeerd aan 25 %, geschiedt enkel ten opzichte van de diensten die de 7 %-grens overschrijden en geschiedt pro rata de absolute overschrijding van het berekend aantal verantwoorde bedden ten opzichte van de 7 %-grens.

Het totaal aantal verantwoorde bedden (zoals berekend in bovenstaande paragraaf), wordt geconverteerd naar het overeenstemmend verantwoord aantal dagen.

Het totaal verantwoord aantal bedden (zoals hierboven berekend) verminderd met het verantwoord aantal bedden toegekend voor gerealiseerde verblijven in (heelkundige) daghospitalisatie (cf. 4.3.1.) wordt gebruikt bij de toepassing van artikel 42, 7<sup>e</sup> bewerking.

#### 6. WEERHOUDEN RIZIV-CODES BIJ DE IDENTIFICATIE VAN DE GEREALISEERDE DAGHOSPITALISATIE (LIJST A)

nombre de lits agréés pour les services C, D, G, L, B, H, E et M est intégralement attribuée à l'hôpital. L'activité justifiée se situant au-dessus de ce seuil est prise en considération pour 25 %. L'attribution de ces lits justifiés aux services concernés, évaluée à 25 %, est effectué vis à vis des services qui dépassent le seuil de 7 % et intervient au prorata du dépassement absolu du nombre de lits justifiés calculés par rapport au seuil de 7 %.

Le nombre total de lits justifiés (tel que calculé au paragraphe précédent) est converti au nombre correspondant de journées justifiées.

Le nombre total de lits justifiés (tel que calculé ci-dessus) diminué du nombre de lits justifiés attribués pour les séjours réalisés en hospitalisation (chirurgicale) de jour (cf. 4.3.1.) est utilisé pour l'application de l'article 42, 7<sup>e</sup> opération.

#### 6. CODES INAMI RETENUS A L'IDENTIFICATION DE L'HOSPITALISATION DE JOUR REALISEE (LISTE A)

#### Nomenclatuurcode Code de la nomenclature

220231	246853	258090	285810	293156
220275	247531	258112	285832	293171
220290	250154	258156	285935	293193
220312	250176	258171	285972	293230
220334	250191	260175	286112	293274
221152	250213	260315	286134	293370
227076	251274	260470	286215	294210
228152	251311	260676	286230	294232
229176	251370	260691	286296	294475
230613	251650	260735	287350	294615
232013	253153	260794	287372	294674
232035	253190	260853	287431	294711
235174	253212	260875	287453	300252
238114	253551	260890	287475	300274
238173	253573	260912	287490	300296
238195	255172	260934	287512	300311
238210	255194	260956	287534	300333
241150	255231	261214	287556	310715
241312	255253	261236	287571	310774
241091	255592	262216	287696	310796
244193	255614	262231	287711	310811
244311	255695	280055	287755	310855
244436	255732	280070	287792	310951
244473	255754	280092	287814	310973
244495	255776	280136	287836	310995
244554	255894	280151	288094	311312
244635	255916	280195	288116	311334
245534	255975	280534	291410	311452
245630	256115	280571	291970	311835
245733	256130	280674	291992	311990
245755	256174	280711	292014	312152
245814	256314	280755	292235	317214
245851	256336	280792	292574	350512
245873	256491	283010	292633	353253
246094	256513	284572	292736	354056
246212	256550	284911	292773	431056
246514	256815	285095	292810	431071
246551	256830	285235	292832	431513
246573	256852	285375	292891	432191
246595	257390	285390	292972	432213
246610	257434	285434	292994	432316
246632	257876	285456	293016	432331
246654	257891	285574	293031	432434
246676	257994	285596	293053	285994
246772	258031	285670	293075	286252
246831	258053	285692	293134	531812

7. WEERHOUDEN RIZIV-CODES BIJ DE IDENTIFICATIE VAN DE ONEIGENLIJK KLASSIEKE ZIEKENHUISVERBLIJVEN (LIJST B)

7. CODES INAMI RETENUS A L'IDENTIFICATION DES SEJOURS HOSPITALIERS CLASSIQUES INAPPROPRIES (LISTE B)

Nomenclatuurcode Code de la nomenclature				
220231 - 220242	246831 - 246842	258090 - 258101	285810 - 285821	293075 - 293086
220275 - 220286	246853 - 246864	258112 - 258123	285832 - 285843	293134 - 293145
220290 - 220301	247531 - 247542	258156 - 258160	285935 - 285946	293156 - 293160
220312 - 220323	250132 - 250143	258171 - 258182	285972 - 285983	293230 - 293241
220334 - 220345	250154 - 250165	260175 - 260186	286112 - 286123	293252 - 293263
221152 - 221163	250176 - 250180	260315 - 260326	286134 - 286145	293274 - 293285
227076 - 227080	250191 - 250202	260676 - 260680	286215 - 286226	293311 - 293322
230613 - 230624	251274 - 251285	260691 - 260702	286230 - 286241	293370 - 293381
232013 - 232024	251370 - 251381	260735 - 260746	286296 - 286300	294210 - 294221
232035 - 232046	253190 - 253201	260794 - 260805	287350 - 287361	294232 - 294243
238114 - 238125	253551 - 253562	260890 - 260901	287372 - 287383	294615 - 294626
238151 - 238162	253573 - 253584	260912 - 260923	287431 - 287442	294674 - 294685
238173 - 238184	253654 - 253665	260934 - 260945	287453 - 287464	294711 - 294722
238195 - 238206	255172 - 255183	260956 - 260960	287475 - 287486	300252 - 300263
238210 - 238221	255194 - 255205	261214 - 261225	287490 - 287501	300274 - 300285
241150 - 241161	255231 - 255242	261236 - 261240	287512 - 287523	300296 - 300300
244311 - 244322	255253 - 255264	262231 - 262242	287534 - 287545	300311 - 300322
244436 - 244440	255592 - 255603	280055 - 280066	287556 - 287560	300333 - 300344
244473 - 244484	255614 - 255625	280070 - 280081	287571 - 287582	310575 - 310586
244495 - 244506	255695 - 255706	280092 - 280103	287696 - 287700	310715 - 310726
244576 - 244580	255732 - 255743	280136 - 280140	287711 - 287722	310774 - 310785
244591 - 244602	255754 - 255765	280151 - 280162	287755 - 287766	310855 - 310866
244635 - 244646	255776 - 255780	280195 - 280206	287792 - 287803	310951 - 310962
245114 - 245125	255894 - 255905	280534 - 280545	287814 - 287825	310973 - 310984
245534 - 245545	255916 - 255920	280571 - 280582	287836 - 287840	310995 - 311006
245571 - 245582	255975 - 255986	280674 - 280685	288094 - 288105	311312 - 311323
245630 - 245641	256115 - 256126	280711 - 280722	288116 - 288120	311334 - 311345
245733 - 245744	256130 - 256141	280755 - 280766	291410 - 291421	311452 - 311463
245755 - 245766	256174 - 256185	280792 - 280803	291970 - 291981	311835 - 311846
245770 - 245781	256314 - 256325	284572 - 284583	291992 - 292003	311990 - 312001
245792 - 245803	256336 - 256340	284911 - 284922	292014 - 292025	312152 - 312163
245814 - 245825	256491 - 256502	285095 - 285106	292633 - 292644	317214 - 317225
245851 - 245862	256513 - 256524	285110 - 285121	292736 - 292740	353253 - 353264
245873 - 245884	256550 - 256561	285235 - 285246	292773 - 292784	354056 - 354060
246094 - 246105	256653 - 256664	285375 - 285386	292810 - 292821	431056 - 431060
246514 - 246525	256815 - 256826	285390 - 285401	292832 - 292843	431071 - 431082
246551 - 246562	256830 - 256841	285434 - 285445	292891 - 292902	432191 - 432202
246573 - 246584	256852 - 256863	285456 - 285460	292935 - 292946	432213 - 432224
246595 - 246606	257390 - 257401	285471 - 285482	292972 - 292983	432294 - 432305
246610 - 246621	257434 - 257445	285574 - 285585	292994 - 293005	432316 - 432320
246632 - 246643	257876 - 257880	285670 - 285681	293016 - 293020	432331 - 432342
246676 - 246680	258031 - 258042	285692 - 285703	293053 - 293064	432434 - 432445
		285994 - 286005	286252 - 286263	531812 - 531823

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

ALBERT

Van Koningswege :  
De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

ALBERT

Par le Roi :  
Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

## Bijlage 4 aan het koninklijk besluit van 25 april 2002

Lijst van de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 46, § 1, 1° van het koninklijk besluit van 25 april 2002.

1) Artikel 46, § 2, 2°, c.1) : reanimatieverstrekkingen aan patiënten opgenomen in C, D, E :

nrs. : 211024 - 211046 - 212122 - 213021 - 213043 - 214023 - 214045 - 214244.

2) Artikel 46, § 2, 2°, a) heekkundige verstrekkingen aan patiënten opgenomen in C-bedden.

Heekkundige verstrekkingen in de C-bedden, zoals bedoeld in de artikelen 14 en 16 van de nomenclatuur van de gezondheidsverstrekkingen.

3) Artikel 46, § 2, a) en b) : geneeskundige verstrekkingen met uitzondering van heekkundige verstrekkingen in de C-bedden van klinische biologie van radiologie, van fysiotherapie en van de forfaitaire honoraria.

De verstrekkingen van alle diensten, met uitzondering van de Sp-dienst, bedoeld in :

- artikel 9;
- artikel 11, §§ 1 en 2;
- artikel 12;
- artikel 13, § 1;
- artikel 18, met uitsluiting van § 2, B, 2°;
- artikel 20, § 1, a) tot f);
- artikel 21;
- artikel 25;
- artikel 26, § 1;
- artikel 32 en 33,

en de heekkundige verstrekkingen buiten die in de C-bedden.

4) Artikel 43, § 3, 2°, a) : Heekkundige verstrekkingen voor opgenomen patiënten.

Heekkundige verstrekkingen van alle diensten van de instelling, met uitzondering van de Sp-dienst, zoals bedoeld in de artikelen 14 en 16 van de nomenclatuur van de gezondheidsverstrekkingen.

5) Artikel 46, § 3, 2°, b) : Supplementen voor verstrekkingen van urgentiegeneeskunde aan opgenomen patiënten.

Ereloonsupplementen voor technische urgentieverstrekkingen 's nachts, in het weekend of op een officiële feestdag, bedoeld in artikel 26, § 1, van de nomenclatuur van de gezondheidsverstrekkingen.

6) Artikel 43, § 3, 2°, c) : Geneeskundige verstrekkingen met uitzondering van de verstrekkingen van klinische biologie, van radiologie, van fysiotherapie en van de forfaitaire honoraria.

Totaal van de in punten 2, 3 en 4 bedoelde verstrekkingen.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

—

## Bijlage 5 aan het koninklijk besluit van 25 april 2002

Bepaling van de MVG-punten per verpleegdag

## 1. BEGRIPPEN EN AFKORTINGEN

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

Koninklijk besluit van 14 augustus 1987 : koninklijk besluit van 14 augustus 1987 houdende bepaling van de regels volgens dewelke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die bevoegd is voor de Volksgezondheid.

Koninklijk besluit van 11 december 1987 : koninklijk besluit van 11 december 1987 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 houdende bepaling van de regels volgens dewelke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die bevoegd is voor de Volksgezondheid.

## Annexe n° 4 à l'arrêté royal du 25 avril 2002

Liste des prestations médicales visées à l'article [46, § 1<sup>er</sup>, 1°], de l'arrêté royal du 25 avril 2002.

1) Article 46, § 2, 2°, c.1) : prestations de réanimation octroyées aux patients hospitalisés en C, D, E :

n<sup>os</sup> : 211024 - 211046 - 212122 - 213021 - 213043 - 214023 - 214045 - 214244.

2) Article 46, § 2, 2°, a) : prestations chirurgicales pour les patients hospitalisés dans les lits C.

Prestations de chirurgie dans les lits C telles que reprises dans les articles 14 et 16 de la nomenclature des prestations de santé.

3) Article 46, § 2, 2°, a) et b) : prestations médicales à l'exception des prestations de chirurgie dans les lits C, de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires.

Les prestations de tous les services, à l'exclusion du service Sp, reprises aux :

- article 9;
- article 11, §§ 1<sup>er</sup> et 2;
- article 12;
- article 13, § 1<sup>er</sup>;
- article 18, à l'exclusion du § 2, B, 2°;
- article 20, § 1<sup>er</sup>, a) à f);
- article 21;
- article 25;
- article 26 § 1<sup>er</sup>;
- article 32 et 33,

plus les prestations de chirurgie hormis les prestations de chirurgie dans les lits C.

4) Article 46, § 3, 2°, a) : Prestations chirurgicales pour des patients hospitalisés.

Prestations de chirurgie de tous les services de l'établissement, à l'exclusion du service Sp, telles que reprises dans les articles 14 et 16 de la nomenclature des prestations de santé.

5) Article 46, § 3, 2°, b) : Suppléments pour les prestations médicales d'urgence pour des patients hospitalisés.

Suppléments d'honoraires pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié, figurant à l'article 26, § 1<sup>er</sup> de la nomenclature des prestations de santé.

6) Article 46, § 3, 2°, c) : Prestations médicales à l'exception des prestations de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires.

Total des prestations visées aux points 2, 3 et 4.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministres des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

—

## Annexe n° 5 à l'arrêté royal du 25 avril 2002

Détermination des points R.I.M. par journée d'hospitalisation

## 1. CONCEPTS ET ABBREVIATIONS

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

Arrêté royal du 14 août 1987 : Arrêté royal du 14 août 1987 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Arrêté royal du 11 décembre 1987 : Arrêté royal du 11 décembre 1987 modifiant l'arrêté royal du 14 août 1987 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Ministeriële omzendbrief van 5 februari 1988 : registratie van de statistische gegevens vermeld in het koninklijk besluit van 14 augustus 1987, gewijzigd door het koninklijk besluit van 11 december 1987 -Uitvoeringsmodaliteiten.

De zorggegevens : de gegevens zoals deze worden geregistreerd overeenkomstig artikel 2.2. van het voornoemd koninklijk besluit van 14 augustus 1987.

MVG : de minimale verpleegkundige gegevens zoals bedoeld in voornoemd koninklijk besluit van 14 augustus 1987.

MVG-registratie : de registratie van de MVG zoals opgelegd in de voornoemde koninklijke besluiten van 14 augustus 1987 en 11 december 1987.

Zorgitem : een zorgitem is één van de in het artikel 2 van voornoemd koninklijk besluit van 14 augustus 1987 vermelde verpleegkundig toegevoerde zorgen.

Registratieperiode : de registratieperiode zoals bedoeld in het artikel 2bis § 1 van het voornoemd koninklijk besluit van 11 december 1987.

Het verpleegkundige en verzorgend personeel : zoals bedoeld in artikel 2 van het voornoemd koninklijk besluit van 11 december 1987.

Score-mogelijkheid : is één van de keuze-mogelijkheden zoals vermeld in voornoemde ministeriële omzendbrief van 5 februari 1988.

Score : is het resultaat van het invullen van één zorgitem.

Scores : is het resultaat van het invullen van alle zorgitems.

Verpleegeenheid : de verpleegeenheid aangeduid door de beheerder zoals bedoeld in artikel 2.1. van het voornoemd koninklijk besluit van 14 augustus 1987.

Dienst : de hospitalisatiedienst aangeduid in het kader van de erkenning zoals bedoeld in artikel 2.1. van het voornoemd koninklijk besluit van 14 augustus 1987.

## 2. BESCHRIJVING VAN DE WIJZE WAAROP DE MVG-PUNTEN PER VERPLEEGDAG WORDEN BEPAALD

### 2.1. Doelstelling.

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

### 2.2. Methodiek.

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

### 2.3. Bewerkingen.

#### 2.3.1. Fase I : Bepaling van de landelijke puntenwaarden.

De landelijke puntenwaarden worden via 3 subfasen bepaald :

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

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

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

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

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

##### 2.3.1.2.1. Bewerking 1 : bepaling van de landelijke referentiescores.

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

Circulaire ministeriële du 5 février 1988 : enregistrement des données statistiques mentionnées dans l'arrêté royal du 14 août 1987, modifié par l'arrêté royal du 11 décembre 1987 - Modalités d'exécution.

Les données relatives aux soins : les données enregistrées conformément aux dispositions de l'article 2.2. de l'arrêté royal précité du 14 août 1987.

RIM : le résumé infirmier minimum tel que visé à l'arrêté royal précité du 14 août 1987.

Enregistrement du RIM : l'enregistrement du RIM tel qu'imposé dans les arrêtés royaux précités des 14.8.1987 et 11.12.1987.

Facteur : un facteur correspond à un des types de soins infirmiers mentionnés à l'article 2 de l'arrêté royal précité du 14 août 1987.

Période d'enregistrement : la période d'enregistrement telle que visée à l'article 2bis, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal précité du 11 décembre 1987.

Les personnels infirmier et soignant : tels que visés à l'article 2 de l'arrêté royal précité du 11 décembre 1987.

Possibilité de score : est une des possibilités de choix telles que mentionnées dans l'arrêté royal du 5 février 1988.

Score : est le résultat enregistré pour un facteur déterminé.

Scores : sont les résultats enregistrés pour l'ensemble des facteurs.

Unité de soins : l'unité de soins indiquée par le questionnaire comme visé à l'article 2.1. de l'arrêté royal précité du 14 août 1987.

Service : le service d'hospitalisation indiqué dans le cadre de l'agrément tel que visé à l'article 2.1. de l'arrêté royal précité du 14 août 1987.

## 2. DESCRIPTION DE LA MANIERE DONT SONT CALCULES LES POINTS RIM PAR JOURNEE D'HOSPITALISATION

### 2.1. Objectif

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

### 2.2. Méthode

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

### 2.3. Opérations

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

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

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

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

Les unités de référence sont déterminées sur la base des données d'un ou de plusieurs exercices tels que définis par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et appelés ci-après "années de référence". Les unités de référence sont les unités de soins qui ont enregistré des données pour chaque période d'enregistrement d'une année de référence, tel que prévu à l'arrêté royal du 14 août 1987. En outre, l'unité de soins n'est retenue que dans la mesure où, pour les années de référence, le service auquel l'unité de soins appartient était connu sous la même identification dans l'enregistrement des données relatives aux soins.

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

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

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

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



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

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

Deze vergelijking komt tot stand in 3 subbewerkingen :

- subbewerking a : uitsplitsing van bepaalde zorgitems.

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

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

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

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

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

- subbewerking b : « herschaling » van bepaalde zorgitems.

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

- bijzondere mondzorg;

- decubituspreventie via wisselgigging;

- registratie van de vitale parameters;

- registratie van de fysieke parameters;

- afnemen bloedstalen;

- toediening van medicatie (intramusculair, subcutaan, intradermis);

- toediening medicatie (intraveneus);

- toezicht op permanent infuus;

- zorgen aan gesloten wonde;

- zorgen open wonde;

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

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

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

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

2.3.1.3. **Subfase III** : bepaling van landelijke puntenwaarden.

In Subfase 3 wordt de bekomen landelijke kaart voor verpleegkundige zorgen opgedeeld in zones. De referentie-eenheden worden gesitueerd in deze zones op basis van de hogervernoemde zorgcoördinaten. Per zone wordt een landelijke puntenwaarde bepaald op basis van het aantal en de kwalificatie van het verpleegkundig en het verzorgend personeel zoals bedoeld in artikel 2.4. van het voornoemd koninklijk besluit van 11 december 1987.

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

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

3 sous-opérations sont nécessaires pour effectuer cette comparaison :

- sous-opération a : subdivision de certains facteurs.

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

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

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

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

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

- sous-opération b : « changement d'échelle » de certains facteurs.

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

- soins spécifiques de la bouche;

- prévention d'escarres par changements de position;

- enregistrement des paramètres vitaux;

- enregistrement des paramètres physiques;

- prélèvements de sang;

- administration de médication (intramusculaire, sous-cutanée, intradermique);

- administration de médication (intraveineuse);

- surveillance de perfusion permanente;

- soins à une plaie chirurgicale;

- soins à une plaie traumatique.

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

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

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

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

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

Dans la sous-phase 3, on divise la carte nationale des soins infirmiers en zones. On situe les unités de référence dans ces zones sur la base des coordonnées de soins précitées. On calcule pour chaque zone une valeur nationale en points en se basant sur les effectifs de personnel infirmier et soignant et sur leur degré de qualification tel que prévu à l'article 2.4. de l'arrêté royal du 11 décembre 1987.

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

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

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

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

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

a. **Uitdrukking van het aantal personeelsleden per zone.**

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

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

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

2.3.1.3.3. **Bewerking 3** :vaststelling van de landelijke punten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3. BESCHRIJVING VAN DE FORMULES

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

Het zorgitem "zorgen aan patiënt met tracheacanule of endotracheale tube" heeft de volgende scoremogelijkheden :

0 : geen

1 : zonder kunstmatige ventilatie

2 : met kunstmatige ventilatie.

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

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

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

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

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

a. **Expression des effectifs de personnel par zone**

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

b. **expression du degré de qualification des membres du personnel par zone.**

Pour chaque unité de référence de la zone, on calcule le degré de qualification du personnel infirmier et soignant suivant la formule figurant au point 3.9. de la présente annexe. Sur la base du degré de qualification de toutes les unités de référence d'une zone, on calcule la valeur médiane appelée "degré de qualification de la zone".

2.3.1.3.3. **Opération 3** : fixation des points nationaux

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3. DESCRIPTION DES FORMULES

3.1. **Subdivision du facteur « soins au patient trachéotomisé ou intubé »**

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

0 : non

1 : sans ventilation assistée

2 : avec ventilation assistée

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

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

0 : geen

1 : zonder kunstmatige ventilatie

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

0 : geen

1 : met kunstmatige ventilatie.

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

Omschrijving — Définition	Score-mogelijkheden — Possibilités de scores		
zorgitem "zorgen aan patiënt met tracheacanule of endotracheale tube" facteur "soins au patient trachéotomisé ou intubé"	0	1	2
subzorgitem "zorgen aan tracheotomie en/of tube zonder kunstmatige ventilatie" sous-facteur "soins au patient trachéotomisé et/ou intubé sans ventilation assistée"	0	1	0
subzorgitem "zorgen aan tracheotomie en/of tube met kunstmatige ventilatie" sous-facteur "soins au patient trachéotomisé et/ou intubé avec ventilation assistée"	0	0	1

### 3.2. Uitsplitsing van het zorgitem "zelfstandigheidstraining".

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

0 : geen

1 : occasioneel

2 : vast programma.

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

subzorgitem : "zelfstandigheidstraining occasioneel"

0 : geen

1 : occasioneel

subzorgitem : "zelfstandigheidstraining programma"

0 : geen

1 : vast programma

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

Omschrijving — Définition	Score-mogelijkheden — Possibilités de scores		
zorgitem "zelfstandigheidstraining" facteur "éducation à l'autonomie"	0	1	2
subzorgitem "zelfstandigheidstraining occasioneel" sous-facteur "éducation à l'autonomie: enseignement occasionnel"	0	1	0
subzorgitem "zelfstandigheidstraining programma" sous-facteur "éducation à l'autonomie programme d'enseignement"	0	0	1

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

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

0 : geen

1 : middelen ter bescherming

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

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

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

0 : non

1 : sans ventilation assistée

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

0 : non

1 : avec ventilation assistée

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

### 3.2. Subdivision du facteur « éducation à l'autonomie »

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

0 : non

1 : enseignement occasionnel

2 : programme d'enseignement

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

sous-facteur : "éducation à l'autonomie"

0 : non

1 : enseignement occasionnel

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

0 : non

1 : programme d'enseignement

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

### 3.3. Subdivision du facteur « soins au patient désorienté »

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

0 : non

1 : mesures de protection

2 : mesures d'orientation spatio- temporelle

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

subzorgitem: "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt: passief"

0: geen

1: middelen ter bescherming

subzorgitem: "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt: actief"

0: geen

1: maatregelen met betrekking tot oriëntatie in tijd en ruimte

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

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

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

0: non

1: mesures de protection

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

0: non

1: mesures d'orientation spatio-temporelle

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

Omschrijving — Définition	Score-mogelijkheden — Possibilités de scores		
	0	1	2
zorgitem "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt" facteur "soins au patient désorienté"	0	1	2
subzorgitem "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt: passief" sous-facteur "soins au patient désorienté: passif"	0	1	0
subzorgitem "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt: actief" sous-facteur "soins au patient désorienté: actif"	0	0	1

### 3.4. Herschaling.

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

zorgitem "bijzondere mondzorg"

facteur "soins spécifiques de la bouche"

Van/de 0 1 2 3 4 5,6 7,8 9-

Naar/à 1 2 3 4 5 6 7 8

zorgitem "decubituspreventie via wisselgigging"

facteur "prévention d'escarres par changement de position"

Van/de 0 1 2 3,4 5,6 7,8 9-

Naar/à 1 2 3 4 5 6 7

zorgitem "registratie van vitale parameters"

facteur "enregistrement des paramètres vitaux"

Van/de 0 1 2 3 4 5,6 7-9 10-17 18-29 30-

Naar/à 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

zorgitem "registratie van fysieke parameters"

facteur "enregistrement des paramètres physiques"

Van/de 0 1 2 3 4 5,6 7-9 10-17 18-29 30-

Naar/à 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

zorgitem "afnemen bloedstalen"

facteur "prélèvements de sang"

Van/de 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9-

Naar/à 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

zorgitem "toediening van medicatie (intramusculair, subcutaan, intradermis)"

facteur "administration de médication (intramusculaire, sous-cutanée, intradermique)"

Van/de 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9-

Naar/à 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

zorgitem "toediening van medicatie (intraveneus)"

facteur "administration de médication (intraveineuse)"

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

Naar/à 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

zorgitem "toezicht op permanent infuus"

facteur "surveillance de perfusion permanente intraveineuse"

Van/de 0 1 2 3 4 5 6 7,8 9,10 11-

naar 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

zorgitem "zorgen aan gesloten wonde"

facteur "soins à une plaie chirurgicale"

Van/de 0 1 2 3 4 5,6 7,8 9,10 11-

Naar/à 1 2 3 4 5 6 7 8 9

zorgitem "zorgen aan open wonde"

facteur "soins à une plaie traumatique"

Van/de 0 1 2 3 4 5,6 7,8 9,10 11-

Naar/à 1 2 3 4 5 6 7 8 9

### 3.4. Changement d'échelle

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

3.5. Ridittechniek.

3.5.1. Bewerking 1 : bepaling van de riditscore.

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

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

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

Waarbij :

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

RS<sub>i</sub> = riditscore voor score-mogelijkheid of samengevatte score-mogelijkheid i

P<sub>j</sub> = de frequentie van voorkomen van score- mogelijkheid of samengevatte score- mogelijkheid i voor alle referentie-eenheden samen, de "landelijke referentie-score" genoemd.

k = aantal score-mogelijkheden of samengevatte score-mogelijkheden

3.5.2. Bewerking 2 : bepaling van de ridit.

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

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

Waarbij :

R = de ridit voor het betrokken zorgitem

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

f<sub>i</sub> = frequentie van score-mogelijkheid i van het betrokken zorgitem

RS<sub>i</sub> = riditscore voor score-mogelijkheid i van het betrokken zorgitem

3.6. Bepaling van de zorgcoördinaten.

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

3.7. Zone-indeling.

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

3.8. Bepaling van het voltijds personeelsequivalent per verpleegdag.

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

VTE/verpleegdag

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

3.5. Techniques des ridits

3.5.1. Opération 1 : calcul du score ridit

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

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

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

où :

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

RS<sub>i</sub> = le score ridit de la possibilité de score ou possibilité de score de synthèse i

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

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

3.5.2. Opération 2 : calcul du ridit

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

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

où :

R = le ridit du facteur concerné

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

f<sub>i</sub> = fréquence de la possibilité de score i du facteur concerné

RS<sub>i</sub> = score ridit de la possibilité de score i du facteur concerné

3.6. Calcul des coordonnées de soins

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

3.7. Répartition en zones

La répartition en zones est fixée par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

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

Il est calculé le personnel équivalent temps plein par journée d'hospitalisation au moyen de la formule suivante :

ETP/journée d'hospitalisation =

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

Waarbij :

VTE/verpleegdag = voltijds personeelsequivalent per verpleegdag

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

$u_{a2}$  = uren gepresteerd door gebrevetteerde verpleegkundigen (inbegrepen de ziekenhuisassistenten)

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

$n$  = aantal verpleegdagen van de referentie-eenheid

20 = aantal weerhouden dagen waarop de MVG worden geregistreerd

### 3.9. Bepaling van de kwalificatiegraad.

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

In de eerste bewerking wordt de riditscore op basis van de personeelsgegevens van alle referentie-eenheden samen bepaald, waarbij de score-mogelijkheden de personeelscategorieën zijn zoals vermeld in het kader van de MVG. Het zijn de volgende, in dalende volgorde :

1. gegradueerde verpleegkundigen
2. gebrevetteerde verpleegkundigen en ziekenhuissassistenten
3. verzorgend personeel

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

### 3.10. Omzetting van de kwalificatiegraad naar een kostenpuntenwaarde.

De kostenpuntenwaarde wordt berekend met de volgende formule :  
kostenpuntenwaarde =  $1 + (\text{kwalificatiegraad} - 0,5) \times \text{coëfficiënt}$

Met :

Coëfficiënt : vast te stellen door de Minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheden heeft

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

### Bijlage 6 aan het koninklijk besluit van 25 april 2002

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 AP-DRG en leeftijdscategorie (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 AP-DRG's worden niet in de berekening opgenomen :

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

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

- de AP-DRG's en leeftijdscategorieën waarvoor in de MKI-berekening geen 30 verblijven voorhanden waren.

#### 2. Berekening van de nationale gemiddelde reële verblijfskost per AP-DRG en leeftijdscategorie (= GRVKx)

De gemiddelde reële verblijfskost per AP-DRG en leeftijdscategorie (= GRVKx) is gelijk aan het totaal van de verblijfskosten inzake verpleegkundig personeel die worden vastgesteld voor de weerhouden patiënten behorend tot een bepaalde AP-DRG en leeftijdscategorie (< 75 jaar en > = 75 jaar), gedeeld door het aantal patiënten die behoren tot die AP-DRG en leeftijdscategorie. De verblijfskosten inzake verpleegkundig personeel worden vastgesteld door gebruik te maken van de boekhoudkundige en de minimale verpleegkundige gegevens.

Où :

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

$u_{a1}$  = heures prestées par les infirmiers brevetés

$u_{a2}$  = heures prestées par les infirmiers gradués

$u_{a3}$  = heures prestées par d'autres personnels infirmiers et soignants

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

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

### 3.9. Détermination du degré de qualification

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

Dans la première opération, il est déterminé le score ridit sur la base des données relatives au personnel de toutes les unités de référence confondues, étant entendu que les possibilités de scores correspondent aux catégories de personnel telles qu'elles existent dans le cadre du RIM. Elles sont les suivantes, dans un ordre décroissant :

1. infirmiers gradués
2. infirmiers brevetés et assistants hospitaliers
3. personnel soignant

Dans la deuxième opération, il est calculé le ridit pour une unité de référence déterminée, étant entendu que les possibilités de scores correspondent aux catégories de personnel telles qu'elles existent dans le cadre du RIM. On appelle le ridit ainsi obtenu "degré de qualification de l'unité de référence".

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

La valeur points-coûts est calculée au moyen de la formule suivante :  
valeur points-coûts =  $1 + (\text{degré de qualification} - 0,5) \times \text{coefficient}$

avec :

coefficient : à fixer par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

### Annexe n° 6 à l'arrêté royal du 25 avril 2002

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<sub>h</sub>) sur la base d'un indice de coût supplémentaire national par AP-DRG et sous-groupe d'âge (soit ICS<sub>x</sub>).

#### 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 outliers de type I pour ce qui est de la durée de séjour, ne sont pas pris en considération.

Les AP-DRG's suivants ne sont pas repris dans les calculs :

- les AP-DRG's au sein du MDC 14 (= grossesses, accouchements et lits de maternité), 15 (= nouveaux-nés), 19 (= troubles psychiques) et 20 (= alcoolisme et toxicomanie);

- le groupe résiduel des AP-DRG's (= 468, 469, 470, 476 et 477);

- les AP-DRG's et sous-groupe d'âge ne comprenant pas 30 séjours dans le calcul ICS.

#### 2. Calcul du coût de séjour réel moyen national par AP-DRG et sous-groupe d'âge (CSRMx)

Le coût de séjour réel moyen par AP-DRG et sous-groupe d'âge (= CSRMx) est égal au total des coûts de séjour relatifs au personnel infirmier qui sont fixés pour les patients appartenant à un AP-DRG et sous-groupe d'âge (< 75 ans et > = 75 ans) spécifique, lequel est divisé par le nombre de patients appartenant à ce AP-DRG et sous-groupe d'âge. Le coût de séjour relatif au personnel infirmier est déterminé sur la base des données comptables et de celles du résumé infirmier minimum.

3. Berekening van de nationale gemiddelde normverblijfskost per AP-DRG en leeftijdscategorie (= GNVK)

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

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

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<sub>xa</sub> = de gemiddelde verblijfsduur voor AP-DRGx en leeftijdscategorie.

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

4. Berekening van de nationale gemiddelde meerkost per AP-DRG en leeftijdscategorie (= GMK)

Per AP-DRG en leeftijdscategorie 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 AP-DRG en leeftijdscategorie 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 AP-DRG en leeftijdscategorie

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

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

waarbij :

int = integerfunctie, zijnde afronding tot op de eenheid;

GMKxa = de nationaal gemiddelde meerkost voor AP-DRGx en leeftijdscategorie;

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 AP-DRG en leeftijdscategorie) van het ziekenhuis wordt de MKIz berekend :

$$\text{ICS}_h = \frac{365 \times \sum_x (\text{ICS}_x \times \text{nbredeséjoursretenus pour le AP-DRG x et sous-groupe d'âge})}{\text{nbrede journées d'hospitalisation normalisées dans le service C et D de l'hôpital}}$$

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

3. Calcul du coût norme de séjour moyen national par AP-DRG et sous-groupe d'âge (=CNSM)

Pour les lits agréés C et D, on calcule pour chaque AP-DRG et groupe d'âge un coût norme moyen (CNSM) de la manière suivante :

$$\frac{\text{Norme\_CD} * \text{Salaire moyen\_CD} * \text{Nombre de lits\_CD}}{\text{Nombre total des journées d'hospitalisation retenues dans les services C/D}} * \text{DMS}_{xa}$$

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<sub>xa</sub> = la durée moyenne de séjour pour le AP-DRG X et sous-groupe d'âge.

Pour le calcul du coût norme, on tient compte, le cas échéant, par AP-DRG et sous-groupe d'âge, 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 AP-DRG et sous-groupe d'âge (CSM)

Par AP-DRG et sous-groupe d'âge, on soustrait le coût norme de séjour moyen national (= CNSM) du coût de séjour réel national moyen (= CSRM). Si le résultat est positif, le AP-DRG et sous-groupe d'âge concerné nécessitent 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 AP-DRG et sous-groupe d'âge

Sur la base du coût supplémentaire moyen par AP-DRG et sous-groupe d'âge (= CSM) et du coût supplémentaire moyen général (= CSMG), on calcule un indice de coût supplémentaire par AP-DRG et sous-groupe d'âge comme suit :

$$\text{ICS}_x = \text{int} (\text{CSMxa} / \text{CSMG} * 100 + 0,5)$$

où :

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

CSMxa = le coût supplémentaire moyen national du AP-DRGx et sous-groupe d'âge;

CSMG = 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<sub>h</sub>)

On calcule l'ICS<sub>h</sub> sur la base du casemix (soit le nombre de séjours de chaque AP-DRG et sous-groupe d'âge) retenu de l'hôpital selon la formule suivante :

7. Lijst per AP-DRG en leeftijdscategorie van de nationale gemiddelde meerkostindex MKIx

7. Liste par AP-DRG de l'indice de coût supplémentaire moyen national ICSx

AP-DRG	OMSCHRIJVING	MKI	
		Leeftijdscategorie < 75 jaar	Leeftijdscategorie > = 75 jaar
001	CRANIOTOMIE BEHALVE NA TRAUMA, > 17 JAAR	210	796
002	CRANIOTOMIE NA TRAUMA, > 17 JAAR	534	664
004	INGREPEN OP DE WERVELZUIL EN HET RUGGEMERG	-1	-160
005	INGREPEN OP EXTRACRANIALE BLOEDVATEN	-156	-71
006	VRIJMAKEN CARPAAL TUNNEL	-67	-51
007	INGREPEN OP PERIFERE EN CRANIALE ZENUWEN EN ANDERE INGREPEN OP HET ZENUWSTELSEL, MET CC.	-22	115
008	INGREPEN OP PERIFERE EN CRANIALE ZENUWEN EN ANDERE INGREPEN OP HET ZENUWSTELSEL, ZONDER CC.	-55	-27
009	AANDOENINGEN EN LETSELS VAN DE WERVELZUIL EN HET RUGGEMERG	0	-135
010	NIEUWVORMINGEN VAN HET ZENUWSTELSEL, MET CC.	79	210
011	NIEUWVORMINGEN VAN HET ZENUWSTELSEL, ZONDER CC.	29	181
012	DEGENERATIEVE AANDOENINGEN VAN HET ZENUWSTELSEL	-175	43
013	MULTEPELE SCLEROSE EN CEREBELLAIRE ATAXIE	-98	289
014	SPECIFIEKE CEREBROVASCULAIRE AANDOENINGEN BEHALVE TIA	4	205
015	TIA EN PRECEREBRALE OCCLUSIES	-167	-171
016	NIET-SPECIFIEKE CEREBROVASCULAIRE AANDOENINGEN, MET CC.	-222	-150
017	NIET-SPECIFIEKE CEREBROVASCULAIRE AANDOENINGEN, ZONDER CC.	-155	-129
018	AANDOENINGEN VAN DE CRANIALE EN PERIFERE ZENUWEN, MET CC.	-175	-17
019	AANDOENINGEN VAN DE CRANIALE EN PERIFERE ZENUWEN, ZONDER CC.	-175	-30
020	INFECTIE VAN HET ZENUWSTELSEL BEHALVE VIRALE MENINGITIS	142	126
021	VIRALE MENINGITIS	-123	-442
022	HYPERTENSIEVE ENCEFALOPATHIE	-317	-267
023	COMA EN NIET-TRAUMATISCHE STUPOR	60	154
024	EPILEPSIE EN ANDERE CONVULSIEVE AANVALLEN, HOOFDPIJN > 17 JAAR, MET CC.	-190	123
025	EPILEPSIE EN ANDERE CONVULSIEVE AANVALLEN, HOOFDPIJN > 17 JAAR, ZONDER CC.	-150	-58
034	ANDERE AANDOENINGEN VAN HET ZENUWSTELSEL, MET CC.	-129	-28
035	ANDERE AANDOENINGEN VAN HET ZENUWSTELSEL, ZONDER CC.	-45	-150
036	INGREPEN OP DE RETINA	-57	-74
037	INGREPEN OP DE ORBITA	-53	-48
038	INGREPEN EIGEN AAN DE IRIS	-98	7
039	INGREPEN OP DE LENS MET OF ZONDER VITRECTOMIE	-58	-54
040	EXTRA-OCULAIRE INGREPEN BEHALVE OP DE ORBITA, > 17 JAAR	-49	-62
041	EXTRA-OCULAIRE INGREPEN BEHALVE OP DE ORBITA, < 18 JAAR	-5	
042	INTRA-OCULAIRE INGREPEN BEHALVE OP RETINA, IRIS EN LENS	-17	-53
043	HYPHEMA	-149	-315
044	MAJEURE ACUTE INFECTIES VAN HET OOG	124	539
045	NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN VAN HET OOG	-183	-217
046	ANDERE AANDOENINGEN VAN HET OOG, > 17 JAAR, MET CC.	-174	-4
047	ANDERE AANDOENINGEN VAN HET OOG, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-119	-41
048	ANDERE AANDOENINGEN VAN HET OOG, < 18 JAAR	108	
049	MAJEURE INGREPEN OP HOOFD EN NEK, BEHALVE VOOR MALIGNEN AANDOENINGEN	-31	1078
050	SIALOADENECTOMIE	-97	-60
051	INGREPEN OP DE SPEEKSELKLIEREN BEHALVE SIALOADENECTOMIE	-71	-4
052	PALATOPLASTIE EN HERSTEL VAN HAZELIP	16	
053	INGREPEN OP SINUSSEN EN MASTOID, > 17 JAAR	-69	-80
054	INGREPEN OP SINUSSEN EN MASTOID, < 18 JAAR	-35	
055	DIVERSE INGREPEN OP NEUS, KEEL, OREN EN MOND	-82	-91
056	RHINOPLASTIE	-80	
057	INGREPEN OP AMANDELEN EN TONSILLE, BEHALVE ADENOÏD- EN/OF AMYGDALECTOMIE ALLEEN, > 17 JAAR	-46	-31
058	INGREPEN OP AMANDELEN EN TONSILLEN, BEHALVE ADENOÏD- EN/OF AMYGDALECTOMIE ALLEEN, < 18 JAAR	-24	
059	ENKEL ADENOÏDLECTOMIE EN/OF AMYGDALECTOMIE, > 17 JAAR	-75	-35
060	ENKEL ADENOÏDLECTOMIE EN/OF AMYGDALECTOMIE, < 18 JAAR	-36	
061	MYRINGOTOMIE MET PLAATSEN VAN DRAIN, > 17 JAAR	-92	-73
062	MYRINGOTOMIE MET PLAATSEN VAN DRAIN, < 18 JAAR	9	
063	ANDERE CHIRURGISCHE INGREPEN OP NEUS, KEEL, OREN EN MIND	-2	-60
064	MALIGNEN AANDOENINGEN VAN NEUS, KEEL, OREN EN MOND	-64	-123
065	EVENWICHTSSTOORNISSEN	-168	-238
066	EPISTAXIS	-74	-66



AP-DRG	OMSCHRIJVING	MKI	
		Leeftijds- categorie < 75 jaar	Leeftijds- categorie > = 75 jaar
067	EPIGLOTTITIS	143	
068	OTITIS MEDIA EN INFECTIES VAN DE HOGERE LUCHTWEGEN, > 17 JAAR, MET CC.	-116	-299
069	OTITIS MEDIA EN INFECTIES VAN DE HOGERE LUCHTWEGEN, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-99	-183
070	OTITIS MEDIA EN INFECTIES VAN DE HOGERE LUCHTWEGEN, < 18 JAAR	63	
071	LARYNGOTRACHETIS	-5	
072	NEUSTRAMATA EN MISVORMINGEN VAN DE NEUS	-58	98
073	ANDERE AANDOENINGEN VAN NUES, KEEL, OREN EN MOND, > 17 JAAR	-93	117
074	ANDERE AANDOENINGEN VAN NEUS, KEEL, OREN EN MOND, < 18 JAAR	41	
075	MAJEURE INGREPEN OP DE THORAX	10	-53
076	ANDERE INGREPEN OP HET ADEMHALINGSSTELSEL, MET CC.	-187	-90
077	ANDERE INGREPEN OP HET ADEMHALINGSSTELSEL, ZONDER CC.	-141	-90
078	LONGEMBOLIE	-195	-142
079	ONTSTEKINGEN EN INFECTIES VAN HET ADEMHALINGSSTELSEL, > 17 JAAR, MET CC.	-57	488
080	ONTSTEKINGEN EN INFECTIES VAN HET ADEMHALINGSSTELSEL, > 17 JAAR	-158	373
082	NIEUWVORMINGEN VAN HET ADEMHALINGSSTELSEL	-84	-90
083	MAJEUR TRAUMA VAN DE THORAX, MET CC.	-92	129
084	MAJEUR TRAUMA VAN DE THORAX, ZONDER CC.	-56	-117
085	PLEURAUITSSTORTING, MET CC.	-216	-131
086	PLEURAUITSSTORTING, ZONDER CC.	-154	-127
087	LONGOEDEEM EN RESPIRATOIRE INSUFFICIENTIE	-153	-71
088	CHRONISCHE OBSTRUCTIEVE LONGAANDOENINGEN	-204	-93
089	GEWONE PNEUMONIE EN PLEURITIS, > 17 JAAR, MET CC.	-95	169
090	GEWONE PNEUMONIE EN PLEURITIS, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-132	137
092	INTERSTITIELE LONGAANDOENINGEN, MET CC.	-293	297
093	INTERSTITIELE LONGAANDOENINGEN, ZONDER CC.	-192	-91
094	PNEUMOTHORAX, MET CC.	-171	185
095	PNEUMOTHORAX, ZONDER CC.	-120	-366
096	BRONCHITIS EN ASTMA, > 17 JAAR, MET CC.	-214	-19
097	BRONCHITIS EN ASTMA, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-180	-36
099	RESPIRATOIRE TEKENS EN SYMPTOMEN, MET CC.	-112	13
100	RESPIRATOIRE TEKENS EN SYMPTOMEN, ZONDER CC.	-50	-215
101	ANDERE AANDOENINGEN VAN HET RESPIRATOIR SYSTEEM, MET CC.	-143	149
102	ANDERE AANDOENINGEN VAN HET RESPIRATOIR SYSTEEM, ZONDER CC.	-62	-29
103	HARTTRANSPLANTATIE	1084	
104	INGREPEN OP HARTKLEPPEN, MET HARTCATHETERISATIE	-282	364
105	INGREPEN OP HARTKLEPPEN, ZONDER HARTCATHETERISATIE	335	251
106	CORONAIRE BYPASS, MET HARTCATHETERISATIE	3	-18
107	CORONAIRE BYPASS, ZONDER HARTCATHETERISATIE	244	337
108	ANDERE INGREPEN OP HET HART EN THORAX	280	596
110	MAJEURE CARDIOVASCULAIRE INGREPEN, MET CC.	206	339
111	MAJEURE CARDIOVASCULAIRE INGREPEN, ZONDER CC.	68	466
112	PERCUTANE CARDIOVASCULAIRE INGREPEN	-89	-89
113	AMPUTATIE, WEGENS CIRCULATOIRE AANDOENINGEN, BEHALVE VAN DE BOVENSTE LEDEMATEN EN TEEN	545	912
114	AMUTATIE, WEGENS CIRCULATOIRE AANDOENINGEN, VAN DE BOVENSTE LEDEMATEN EN TEEN	-111	53
115	PLAATSEN VAN PERMANENTE PACEMAKER BIJ AMI, HARTDECOMPENSATIE OF SHOCK	-325	-124
116	ANDERE REDENEN VOOR HET PLAATSEN VAN PERMANENTE PACEMAKER OF INTRACARDIALE ELEKTRODE/DEFIBR.	-218	-213
117	REVISIE VAN PACEMAKER BEHALVE VERVANGEN APPARAAT	-171	-129
118	VERVANGEN VAN PACEMAKER	-159	-59
119	ONDERBINDEN EN STRIPPING VAN VENEN	-27	-36
120	ANDERE CHIRURGISCHE INGREPEN OP HET CIRCULATOIRE SYSTEEM	-151	-206
121	CIRCULATOIRE AANDOENINGEN, MET AMI, MET CARDIOVASCULAIRE CC., LEVEND ONTSLAGEN	-169	-208
122	CIRCULATOIRE AANDOENINGEN, MET AMI, ZONDER CARDIOVASCULAIRE CC., LEVEND ONTSLAGEN	-239	-277
123	CIRCULATOIRE AANDOENINGEN, MET AMI, OVERLEDEN	600	361
124	CIRCULATOIRE AANDOENINGEN, BEHALVE AMI, MET HARTCATHETERISATIE, MET COMPLEXE AANDOENINGEN	-159	-51
125	CIRCULATOIRE AANDOENINGEN, BEHALVE AMI, MET HARTCATHETERISATIE, MET COMPLEXE AANDOENINGEN	-75	-93
126	ACUTE EN SUBACUTE ENDOCARDITIS	459	170
127	HARTINSUFFICIENTIE EN SHOCK	-189	-50

AP-DRG	OMSCHRIJVING	MKI	
		Leeftijds- categorie < 75 jaar	Leeftijds- categorie > = 75 jaar
128	DIEPE VENEUZE THROMBOFLEBITIS	-81	174
129	HARTSTILSTAND ZONDER GEKENDE OORZAAK	196	242
130	AANDOENINGEN VAN DE PERIFERE BLOEDVATEN, MET CC.	-127	-37
131	AANDOENINGEN VAN DE PERIFERE BLOEDVATEN, ZONDER CC.	-107	-66
132	ATHEROSCLEROSE, MET CC.	-150	-156
133	ATHEROSCLEROSE, ZONDER CC.	-121	-130
134	HYPERTENSIE	-234	-253
135	CONGENITALE HART EN KLEPAANDOENINGEN, > 17 JAAR, MET CC.	-205	-49
136	CONGENITALE HART EN KLEPAANDOENINGEN, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-154	-197
137	CONGENITALE HART EN KLEPAANDOENINGEN, < 18 JAAR	150	
138	HARTARYTHMIE EN GELEIDINGSAANDOENINGEN, MET CC.	-172	-160
139	HARTARYTHMIE EN GELEIDINGSAANDOENINGEN, ZONDER CC.	-126	-129
140	ANGINA PECTORIS	-138	-208
141	SYNCOPE EN COLLAPS, MET CC.	-183	-177
142	SYNCOPE EN COLLAPS, ZONDER CC.	-118	-170
143	PIJN IN THORAX	-106	-165
144	ANDERE DIAGNOSES VAN HET CIRCULATOIRE SYSTEEM, MET CC.	-233	-272
145	ANDERE DIAGNOSES VAN HET CIRCULATOIRE SYSTEEM, ZONDER CC.	-182	-182
146	RECTUMRESECTIE, MET CC.	442	482
147	RECTUMRESECTIE, ZONDER CC.	174	-58
148	MAJEURE INGREPEN OP DIKKE EN DUNNE DARM, MET CC.	219	395
149	MAJEURE INGREPEN OP DIKKE EN DUNNE DARM, ZONDER CC.	156	172
150	PERITONEALE ADHESIOLYSE, MET CC.	79	344
151	PERITONEALE ADHESIOLYSE, ZONDER CC.	7	560
152	MINEURE INGREPEN OP DIKKE EN DUNNE DARM, MET CC.	-19	262
153	MINEURE INGREPEN OP DIKKE EN DUNNE DARM, ZONDER CC.	-32	-66
154	INGREPEN OP OESOFAGUS, MAAG, DUODENUM, > 17 JAAR, MET CC.	173	132
155	INGREPEN OP OESOFAGUS, MAAG, DUODENUM, > 17 JAAR, ZONDER CC.	2	171
156	INGREPEN OP OESOFAGUS, MAAG, DUODENUM, < 18 JAAR	248	
157	INGREPEN OP DE ANUS EN GASTRO-INTESTINAAL STOMA, MET CC.	-78	-90
158	INGREPEN OP DE ANUS EN GASTRO-INTESTINAAL STOMA, ZONDER CC.	-67	-110
159	INGREPEN VOOR HERNIA BEHALVE INGUINALIS EN CRURIS, > 17 JAAR, MET CC.	-120	27
160	INGREPEN VOOR HERNIA BEHALVE INGUINALIS EN CRURIS, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-84	-70
161	INGREPEN VOOR HERNIA INGUINALIS EN CRURIS, > 17 JAAR, MET CC.	-112	15
162	INGREPEN VOOR HERNIA INGUINALIS EN CRURIS, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-75	-78
163	INGREPEN VOOR HERNIA, < 18 JAAR	3	
164	APPENDECTOMIE MET GECOMPLICEERDE HOOFDDIAGNOSE, MET CC.	145	472
165	APPENDECTOMIE MET GECOMPLICEERDE HOOFDDIAGNOSE, ZONDER CC.	18	341
166	APPENDECTOMIE ZONDER GECOMPLICEERDE HOOFDDIAGNOSE, MET CC.	-10	346
167	APPENDECTOMIE ZONDER GECOMPLICEERDE HOOFDDIAGNOSE, ZONDER CC.	-40	-126
168	INGREPEN OP DE MOND, MET CC.	-40	21
169	INGREPEN OP DE MOND, ZONDER CC.	-20	-71
170	ANDERE CHIRURGISCHE INGREPEN OP HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL, MET CC.	158	120
171	ANDERE CHIRURGISCHE INGREPEN OP HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL, ZONDER CC.	-14	53
172	MALIGNE AANDOENINGEN VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL, MET CC.	-10	-25
173	MALIGNE AANDOENINGEN VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL, ZONDER CC.	-93	-100
174	GASTRO-INTESTINALE BLOEDINGEN, MET CC.	-116	5
175	GASTRO-INTESTINALE BLOEDINGEN, ZONDER CC.	-131	-64
176	GECOMPLICEERD PEPTISCH ULCUS	-182	-38
177	NIET GECOMPLICEERD PEPTISCH ULCUS, MET CC.	-225	-106
178	NIET GECOMPLICEERD PEPTISCH ULCUS, ZONDER CC.	-176	-219
179	ONTSTEKINGEN VAN DE DARMEN	-173	-251
180	GASTRO-INTESTINALE OBSTRUCTIE, MET CC.	-4	141
181	GASTRO-INTESTINALE OBSTRUCTIE, ZONDER CC.	-75	18
182	OESOFAGITIS, GASTRO-ENTERITIS EN DIVERSE DIGESTIVE AANDOENINGEN, > 17 JAAR, MET CC.	-183	-60
183	OESOFAGITIS, GASTRO-ENTERITIS EN DIVERSE DIGESTIVE AANDOENINGEN, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-128	-105
185	AANDOENINGEN VAN TANDEN EN MOND BEHALVE EXTRACTIES EN RESTAURATIES, > 17 JAAR	-57	138
186	AANDOENINGEN VAN TANDEN EN MOND BEHALVE EXTRACTIES EN RESTAURATIES, < 18 JAAR	54	
187	TANDEXTRACTIE EN -RESTAURATIES	-41	77
188	ANDERE AANDOENINGEN VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL, > 17 JAAR, MET CC.	-123	-28
189	ANDERE AANDOENINGEN VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-92	-50
191	INTRA-ABDOMINALE SHUNT EN INGREPEN OP LEVER EN PANCREAS, MET CC.	478	155

AP-DRG	OMSCHRIJVING	MKI	
		Leeftijds- categorie < 75 jaar	Leeftijds- categorie > = 75 jaar
192	INTRA-ABDOMINALE SHUNT EN INGREPEN OP LEVER EN PANCREAS, ZONDER CC.	125	164
193	INGREPEN OP DE GALWEGEN BEHALVE CHOLECYSTECTOMIE ALLEEN MET/ZONDER EXPLOR, MET CC.	-105	289
194	INGREPEN OP DE GALWEGEN BEHALVE CHOLECYSTECTOMIE ALLEEN, MET/ZONDER EXPLOR, ZONDER CC.	-23	-58
195	CHOLECYSTECTOMIE, MET EXPLORATIE VAN DE GALWEGEN, MET CC.	29	505
196	CHOLECYSTECTOMIE, MET EXPLORATIE VAN DE GALWEGEN, ZONDER CC.	91	-737
197	CHOLECYSTECTOMIE, ZONDER EXPLORATIE VAN DE GALWEGEN, MET CC.	-19	317
198	CHOLECYSTECTOMIE, ZONDER EXPLORATIE VAN DE GALWEGEN, ZONDER CC.	-63	107
199	HEPATOBLIAIRE DIAGNOSTISCHE TECHNIEKEN VOOR MALIGNIE AANDOENINGEN	-59	-111
200	HEPATOBLIAIRE DIAGNOSTISCHE TECHNIEKEN VOOR NIET-MALIGNIE AANDOENINGEN	-94	-514
201	ANDERE CHIRURGISCHE INGREPEN OP LEVER, GALWEGEN OF PANCREAS	-400	42
202	CIRRHOSE EN HEPATITIS DOOR ALCOHOL	-273	-125
203	MALIGNIE AANDOENINGEN VAN HET HEPATOBLIAIR STELSEL OF VAN DE PANCREAS	-88	16
204	AANDOENINGEN VAN DE PANCREAS BEHALVE MALIGNIE AANDOENINGEN	-152	-5
205	AANDOENINGEN VAN DE LEVER BEHALVE MALIGNIE AANDOENINGEN, CIRRHOSE EN HEPATITIS DOOR ALCOHOL, MET CC.	-175	32
206	AANDOENINGEN VAN DE LEVER BEHALVE MALIGNIE AANDOENINGEN, CIRRHOSE EN HEPATITIS DOOR ALCOHOL, ZONDER CC.	-152	-138
207	AANDOENINGEN VAN DE GALWEGEN, MET CC.	-148	40
208	AANDOENINGEN VAN DE GALWEGEN, ZONDER CC.	-108	-73
209	MAJEURE INGREPEN OP GEWRICHTEN EN HERAANHECHTEN VAN DE ONDERSTE LEDEMATEN, ZONDER INFECTIES	-108	123
210	INGREPEN OP HEUP EN FEMUR BEHALVE MAJEURE INGREPEN OP GEWRICHT, > 17 JAAR, MET CC.	85	671
211	INGREPEN OP HEUP EN FEMUR BEHALVE MAJEURE INGREPEN OP GEWRICHT, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-51	261
212	INGREPEN OP HEUP EN FEMUR BEHALVE MAJEURE INGREPEN OP GEWRICHT, < 18 JAAR	32	
213	AMPUTATIE VOOR AANDOENINGEN VAN HET MUSCULO-SKELETAAL STELSEL EN BINDWEEFSEL	27	543
216	BIOPSIE VAN MUSCULO-SKELETAAL STELSEL EN BINDWEEFSEL	-111	-250
217	DEBRID. EN HUIDGR. BIJ MUSCULO-SKELETAAL STELSEL EN BINDWEFFSEL AANDOENINGEN, BEHALVE VOOR OPEN WONDE EN HAND	-20	60
218	INGREPEN ONDERSTE EXTREMITETEN EN HUMERUS BEHALVE HEUP, VOET, FEMUR, > 17 JAAR, MET CC.	-29	12
219	INGREPEN ONDERSTE EXTREMITETEN EN HUMERUS BEHALVE HEUP, VOET, FEMUR, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-78	-51
220	INGREPEN ONDERSTE EXTREMITETEN EN HUMERUS BEHALVE HEUP, VOET, FEMUR, < 18 JAAR	-30	
221	INGREPEN OP NIE, MET CC.	-45	-151
222	INGREPEN OP KNIE, ZONDER CC.	-56	-42
223	MAJEURE INGREPEN OP SCHOUDER, ELLEBOOG EN BOVENSTE EXTREMITET, MET CC.	-44	-147
224	INGREPEN OP SCHOUDER, ELLEBOOG, VOORARM BEHALVE MAJEURE INGREPEN OP GEWRICHTEN, ZONDER CC.	-41	-48
225	INGREPEN OP VOET	-57	-101
226	INGREPEN OP DE WEKE WEEFSELS, MET CC.	-74	-4
227	INGREPEN OP DE WEKE WEEFSELS, ZONDER CC.	-60	-90
228	MAJEURE INGREPEN OP DUIM OF GEWRICHTEN, OF ANDERE INGREPEN OP HAND OF POLS, MET CC.	-65	121
229	INGREPEN OP HAND OF POLS BEHALVE MAJEURE INGREPEN OP GEWRICHTEN, ZONDER CC.	-47	-127
230	LOCALE EXCISIE EN VERWIJDEREN VAN INWENDIGE FIXATOREN VAN DE HEUP EN FEMUR	-52	189
231	LOCALE EXCISIE EN VERWIJDEREN VAN INWENDIGE FIXATOREN BEHALVE VAN DE JEUP EN FEMUR	-62	-43
232	ARTHROSCOPIE	-54	-59
233	ANDERE INGREPEN OP MUSCULO-SKELETAAL STELSEL EN BINDWEEFSEL, MET CC.	-141	-75
234	ANDERE INGREPEN OP MUSCULO-SKELETAAL STELSEL EN BINDWEEFSEL, ZONDER CC.	-67	-61
235	FEMURFRACTUREN	155	106
236	FRACTUREN VAN HEUP EN BEKKEN	-168	37
237	VERZWIKKING, DISTORTIE, LUXATIES VAN HEUP EN BEKKEN	-76	149
238	OSTEOMYELITIS	-25	66
239	PATHOLOGISCHE FRACTUREN EN MALIGNIE AANDOENINGEN VAN BINDWEEFSEL EN MUSCULO-SKELETAAL STELSEL	-172	26
240	PROBLEMEN VAN HET BINDWEEFSEL, MET CC.	-272	-280
241	PROBLEMEN VAN HET BINDWEEFSEL, ZONDER CC.	-228	-223
242	SEPTISCHE ARTHRITIS	-46	-275
243	MEDISCHE RUGPROBLEMEN	-146	-190

AP-DRG	OMSCHRIJVING	MKI	
		Leeftijds- caterorie < 75 jaar	Leeftijds- caterorie > = 75 jaar
244	BEENDERZIEK EN SPECIFIEKE ARTHROPATHIEEN, MET CC.	-222	-163
245	BEENDERZIEKTEN EN SPECIFIEKE ARTHROPATHIEEN, ZONDER CC.	-174	-195
246	NIET-SPECIFIEKE ARTHROPATHIEEN	-125	-91
247	TEKENS EN SYMPTOMEN VAN HET MUSCULO-SKELETAAL STELSEL EN BINDWEEFSEL	-190	-62
248	TENDINITIS, MYOSITIS EN BURSTITIS	-83	-212
249	NAZORG BIJ AANDOENINGEN VAN MUSCULO-SKELETAAL STELSEL EN BINDWEEFSEL	-92	-52
250	FRACTUUR, VERZWIKKING, DIST., LUX. VAN DE VOORARM, HAND, VOETEN, > 17 JAAR, MET CC.	-57	-77
251	FRACTUUR, VERZWIKKING, DIST., LUX. VAN DE VOORARM, HAND, VOETEN, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-48	-56
252	FRACTUUR, VERZWIKKING, DIST., LUX. VAN DE VOORARM, HAND, VOETEN, < 18 JAAR	-28	
253	FRACTUUR, VERZWIKKING, DIST., LUX. VAN DE ARM EN ONDERSTE EXTR. BEHALVE VOETEN, > 17 JAAR, MET CC.	-121	118
254	FRACTUUR, VERZWIKKING, DIST., LUX. VAN DE ARM EN ONDERSTE EXTR. BEHALVE VOETEN, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-80	-106
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	-65	-66
257	TOTALE MASTECTOMIE VOOR MALIGNE AANDOENINGEN, MET CC.	-97	-217
258	TOTALE MASTECTOMIE VOOR MALIGNE AANDOENINGEN, ZONDER CC.	-166	-195
259	SUBTOTALE MASTECTOMIE VOOR MALIGNE AANDOENINGEN, MET CC.	-113	-210
260	SUBTOTALE MASTECTOMIE VOOR MALIGNE AANDOENINGEN, ZONDER CC.	-129	-166
261	INGREPEN OP DE BORSTEN VOOR BENIGNE AANDOENINGEN, BEHALVE BIOPSIE EN LOCALE EXCISIE	-57	-70
262	BORSTENBIOPSIE EN LOCALE EXCISIE VOOR BENIGNE AANDOENINGEN	-62	-120
263	HUIDGREFFE EN/OF DEBRIDISATIE VOOR ULCUS OF CELLULITIS, MET CC.	-86	743
264	HUIDGREFFE EN/OF DEBRIDISATIE VOOR ULCUS OF CELLULITIS, ZONDER CC.	103	965
265	HUIDGREFFE EN/OF DEBRIDISATIE BEHALVE VOOR ULCUS OF CELLULITIS, MET CC.	-167	39
266	HUIDGREFFE EN/OF DEBRIDISATIE BEHALVE VOOR ULCUS OF CELLULITIS, ZONDER CC.	-56	-92
267	PERIANAL EN PILONIDALE INGREPEN	-83	346
268	PLASTISCHE CHIRURGIE OP HUID, SUBCUTAAN WEEFSEL EN BORSTEN	-66	171
269	ANDERE INGREPEN OP HUID, SUBCUTAAN WEEFSEL EN BORSTEN, MET CC.	-46	333
270	ANDERE INGREPEN OP HUID, SUBCUTAAN WEEFSEL EN BORSTEN, ZONDER CC.	-49	91
271	HUIDULCUS	1	435
272	BELANGRIJKE AANDOENINGEN VAN DE HUID, MET CC.	-81	7
273	BELANGRIJKE AANDOENINGEN VAN DE HUID, ZONDER CC.	-92	79
274	MALIGNE AANDOENINGEN VAN DE BORSTEN, MET CC.	-42	-89
275	MALIGNE AANDOENINGEN VAN DE BORSTEN, ZONDER CC.	-76	-132
276	NIET MALIGNE AANDOENINGEN VAN DE BORSTEN	-63	343
277	CELLULITIS, > 17 JAAR, MET CC.	-135	-48
278	CELLULITIS, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-67	38
279	CELLULITIS, < 18 JAAR	136	
280	TRAUMA VAN DE HUID, SUBCUTAAN WEEFSEL EN BORSTEN, > 17 JAAR, MET CC.	-117	-37
281	TRAUMA VAN DE HUID, SUBCUTAAN WEEFSEL EN BORSTEN, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-61	-70
282	TRAUMA VAN DE HUID, SUBCUTAAN WEEFSEL EN BORSTEN, < 18 JAAR	-23	
283	MINEURE AANDOENINGEN VAN DE HUID, MET CC.	-162	-186
284	MINEURE AANDOENINGEN VAN DE HUID, ZONDER CC.	-72	-191
285	AMPUTATIE VAN ONDERSTE EXTREMITETEN BIJ ENDOCRIENE, VOEDINGS- EN METABOLE AANDOENINGEN	-229	-578
286	INGREPEN OP BIJNIEREN EN HYPOFYSE	26	-971
287	HUIDGREFFE EN DEBRIDISATIE BIJ ENDOCRIENE, VOEDINGS- EN METABOLE AANDOENINGEN	-84	
288	CHIRURGISCHE INGREPEN VOOR OBESITAS	-68	-194
289	INGREPEN OP BIJSCHILDKLIJEREN	-114	-276
290	INGREPEN OP SCHILDKLIJEREN	-95	-89
291	INGREPEN OP THYREOGLOSSAAL KANAAL	1	
292	ANDERE INGREPEN BIJ ENDOCRIENE, VOEDINGS- EN METABOLE AANDOENINGEN, MET CC.	-186	385
293	ANDERE INGREPEN BIJ ENDOCRIENE, VOEDINGS- EN METABOLE AANDOENINGEN, ZONDER CC.	-47	-125
294	DIABETES, > 35 JAAR	-143	-82
295	DIABETES, < 36 JAAR	-32	
296	VOEDINGS- EN DIVERSE METABOLE AANDOENINGEN, > 17 JAAR, MET CC.	-164	174
297	VOEDINGS- EN DIVERSE METABOLE AANDOENINGEN, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-183	82
298	VOEDINGS- EN DIVERSE METABOLE AANDOENINGEN, < 18 JAAR	191	
299	CONGENITALE AANDOENINGEN VAN HET METABOLISME	-91	-115
300	ENDOCRIENE AANDOENINGEN, MET CC.	-222	-178

AP-DRG	OMSCHRIJVING	MKI	
		Leeftijds- categorïe < 75 jaar	Leeftijds- categorïe > = 75 jaar
301	ENDOCRIENE AANDOENINGEN, ZONDER CC.	-165	-274
302	NIERTRANSPLANTATIE	222	
303	MAJEURE INGREPEN OP NIEREN, URETERS EN BLAAS VOOR NIEUWVORMINGEN	218	-29
304	MAJEURE INGREPEN OP NIEREN, URETERS EN BLAAS BEHALVE VOOR NIEUWVORMINGEN, MET CC.	30	3
305	MAJEURE INGREPEN OP NIEREN, URETERS EN BLAAS BEHALVE VOOR NIEUWVORMINGEN, ZONDER CC.	22	-37
306	PROSTATECTOMIE, MET CC.	-168	-186
307	PROSTATECTOMIE, ZONDER CC.	-154	-129
308	MINEURE INGREPEN OP DE BLAAS, MET CC.	-6	202
309	MINEURE INGREPEN OP DE BLAAS, ZONDER CC.	-68	-29
310	TRANSURETHRALE INGREPEN, MET CC.	-70	-68
311	TRANSURETHRALE INGREPEN, ZONDER CC.	-70	-47
312	INGREPEN OP URETHRA, > 17 JAAR, MET CC.	-34	-88
313	INGREPEN OP URETHRA, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-54	-78
314	INGREPEN OP URETHRA, < 18 JAAR	-22	
315	ANDERE CHIRURGISCHE INGREPEN OP NIEREN EN URINEWEGEN	-110	105
316	NIERINSUFFICIENTIE	-169	-43
317	OPNAME VOOR NIERDIALYSE	-125	-102
318	NIEUWVORMINGEN VAN DE NIER EN URINEWEGEN, MET CC.	-41	58
319	NIEUWVORMINGEN VAN DE NIER EN URINEWEGEN, ZONDER CC.	-71	-78
320	INFECTIES VAN DE NIER EN URINEWEGEN, > 17 JAAR, MET CC.	-75	26
321	INFECTIES VAN DE NIER EN URINEWEGEN, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-92	22
322	INFECTIES VAN DE NIER EN URINEWEGEN, < 18 JAAR	239	
323	URINAIRES STENEN, MET CC., EN/OF ESW LITHOTRIPSIE	-80	-26
324	URINAIRE STENEN, ZONDER CC.	-74	-85
325	TEKENS EN SYMPTOMEN VAN DE NIER EN URINEWEGEN, > 17 JAAR, MET CC.	-48	-73
326	TEKENS EN SYMPTOMEN VAN DE NIER EN URINEWEGEN, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-108	-21
327	TEKENS EN SYMPTOMEN VAN DE NIER EN URINEWEGEN, < 18 JAAR, ZONDER CC.	-47	
328	URETHRA STRUCTIIR, > 17 JAAR, MET CC.	-52	390
329	URETHRA STRICTUUR, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-83	-127
330	URETHRA STRUCTUUR, < 18 JAAR	-102	
331	ANDERE AANDOENINGEN VAN DE NIER EN URINEWEGEN, > 17 JAAR, MET CC.	-162	21
332	ANDERE AANDOENINGEN VAN DE NIER EN URINEWEGEN, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-124	-74
333	ANDERE AANDOENINGEN VAN DE NIER EN URINEWEGEN, < 18 JAAR	-19	
334	MAJEURE INGREPEN OP DE PELVIS BIJ DE MAND, MET CC.	12	-25
335	MAJEURE INGREPEN OP DE PELVIS BIJ DE MAN, ZONDER CC.	-39	-86
336	TRANSURETHRALE PROSTATECTOMIE, MET CC.	-108	-151
337	TRANSURETHRALE PROSTATECTOMIE, ZONDER CC.	-89	-92
338	INGREPEN OP DE TESTES VOOR MALIGNIE AANDOENINGEN	-95	-46
339	INGREPEN OP DE TESTES BEHALVE VOOR MALIGNIE AANDOENINGEN, > 17 JAAR	-60	-86
340	INGREPEN OP DE TESTES BEHALVE VOOR MALIGNIE AANDOENINGEN, < 18 JAAR	-29	
341	INGREPEN OP DE PENIS	-43	8
342	CIRCUMCISIE, > 17 JAAR	-62	-35
343	CIRCUMCISIE, < 18 JAAR	-21	
344	ANDERE INGREPEN OP HET MANNELIJK VOORTPLANTINGSSTELSEL VOOR MALIGNIE AANDOENINGEN	-164	491
345	ANDERE INGREPEN OP HET MANNELIJK VOORTPLANTINGSSTELSEL BEHALVE VOOR MALIGNIE AANDOENINGEN	-64	-23
346	MALIGNIE AANDOENINGEN VAN HET MANNELIJK VOORTPLANTINGSSTELSEL, MET CC.	55	-39
347	MALIGNIE AANDOENINGEN VAN HET MANNELIJK VOORTPLANTINGSSTELSEL, ZONDER CC.	-101	-57
348	BENIGNE HYPERTROFIE VAN DE PROSTAAT, MET CC.	-112	-163
349	BENIGNE HYPERTROFIE VAN DE PROSTAAT, ZONDER CC.	-109	-25
350	ONTSTEKING VAN HET MAANNELIJK GESLACHTSORGAAN	-73	-37
351	STERILISATIE BIJ MAN	-49	
352	ANDERE AANDOENINGEN VAN HET MANNELIJK VOORTPLANTINGSSTELSEL	-74	47
353	EVisCERATIE PELVIS, RADICALE HYSTERECTOMIE EN VULVECTOMIE	-65	45
354	INGREPEN OP UTERUS EN ADNEXEN VOOR MALIGNIE AANDOENINGEN, BEHALVE OVARIA EN ADNEXEN, MET CC.	-125	-385
355	INGREPEN OP UTERUS EN ADNEXEN VOOR MALIGNIE AANDOENINGEN, BEHALVE OVARIA EN ADNEXEN, ZONDER CC.	-71	-46
356	RECONSTRUCTIEVE INGREPEN OP DE VROUWELIJKE GESLACHTSORGANEN	-93	-76
357	INGREPEN OP UTERUS/ADNEXEN, VOOR MALIGNIE AANDOENINGEN VAN OVARIA EN ADNEXEN	-7	177

AP-DRG	OMSCHRIJVING	MKI	
		Leeftijds- categorie < 75 jaar	Leeftijds- categorie > = 75 jaar
358	INGREPEN OP UTERUS/ADNEXEN, VOOR CARCINOOM IN SITU EN BENIGNE AANDOENINGEN, MET CC.	-66	39
359	INGREPEN OP UTERUS/ADNEXEN, VOOR CARCINOOM IN SITU EN BENIGNE AANDOENINGEN, ZONDER CC.	-94	-93
360	INGREPEN OP DE VAGINA, CERVIX EN VULVA	-60	16
361	LAPAROSCOPIE EN ONDERBREKEN TUBAE	-56	-102
362	ENDOSCOPISCH ONDERBREKEN TUBAE	-61	
363	DILATATIE EN CURETTAGE, CONISATIE EN RADIO-IMPLANT, VOOR MALIGNE AANDOENINGEN	-65	-72
364	DILATATIE EN CURETTAGE, CONISATIE, BEHALVE VOOR MALIGNE AANDOENINGEN	-62	-66
365	ANDERE INGREPEN OP HET VROUWELIJK GESLACHTSORGAAN	-75	-41
366	MALIGNE AANDOENINGEN VAN DE VROUWELIJKE GESLACHTSORGANEN, MET CC.	6	-39
367	MALIGNE AANDOENINGEN VAN DE VROUWELIJKE GESLACHTSORGANEN, ZONDER CC.	-38	-42
368	INFECTIES VAN DE VROUWELIJKE GESLACHTSORGANEN	-90	438
369	MENSTRUATIESTOORNISSEN EN ANDERE AANDOENINGEN VAN DE VROUWELIJKE GESLACHTSORGANEN	-90	-53
370	KEIZERSNEDE, MET CC.	122	
371	KEIZERSNEDE, ZONDER CC.	89	
372	VAGINALE BEVALLING, MET CC.	12	
373	VAGINALE BEVALLING, ZONDER CC.	29	
374	VAGINALE BEVALLING MET STERILISATIE EN/ DILATATIE EN CURETTAGE	30	
375	VAGINALE BEVALLING MET INGREPEN, BEHALVE STERILISATIE EN/OF DILATATIE EN CURETTAGE	-6	
376	AANDOENINGEN IN HET POSTPARTUM EN NA ABORTUS, ZONDER INGREPEN	-62	
377	AANDOENINGEN IN HET POSTPARTUM EN NA ABORTUS, MET INGREPEN	-54	
378	ECTOPISCHE ZWANGERSCHAP	-35	
379	DREIGENDE ABORTUS	-116	
380	ABORTUS, ZONDER DILATATIE EN CURETTAGE	-52	
381	ABORTUS, MET DILATATIE EN CURETTAGE, ASPIRATIE CURETTAGE OF HYSTERECTOMIE	-60	
382	DREIGENDE PREMATURE BEVALLING	-95	
383	ANDERE AANDOENINGEN IN HET ANTEPARTUM, MET MEDISCHE CC.	-87	
384	ANDERE AANDOENINGEN IN HET ANTEPARTUM, ZONDER MEDISCHE CC.	-94	
392	SLENECTOMIE, > 17 JAAR	207	
393	SPLENECTOMIE, < 18 JAAR	-2	
394	ANDERE INGREPEN OP BLOED EN BLOEDVORMENDE ORGANEN	-69	-145
395	AANDOENINGEN VAN DE RODE BLOEDCELLEN, > 17 JAAR	-140	-101
397	STOLLINGSSTOORNISSEN	-64	-24
398	RETICULO-ENDOTHELIALE EN IMMUNOLOGISCHE AANDOENINGEN, MET CC.	-80	-157
399	RETICULO-ENDOTHELIALE EN IMMUNOLOGISCHE AANDOENINGEN, ZONDER CC.	-70	-78
400	LYMFOOM EN LEUCEMIE, MET LAJEURE CHIRURGISCHE INGREPEN	54	-3
401	LYMFOOM EN NIET-ACUTE LEUCEMIE, MET ANDERE INGREPEN, MET CC.	-63	1
402	LYMFOOM EN NIET-ACUTE LEUCEMIE, MET ANDERE INGREPEN, ZONDER CC.	-133	-168
403	LYMFOOM EN NIET-ACUTE LEUCEMIE, MET CC.	14	-61
404	LYMFOOM EN NIET-LEUCEMIE, ZONDER CC.	-48	-77
406	MYELOPROLIFERATIEVE AANDOENINGEN OF WEINIG GEDIFF. NIEUWVORMINGEN, MET MAJ. INGR., MET CC.	64	674
407	MYELOPROLIFERATIEVE AANDOENINGEN OF WEINIG GEDIFF. NIEUWVORMINGEN, MET MAJ. INGR. ZONDER CC.	142	394
408	MYELOPROLIFERATIEVE AANDOENINGEN OF WEINIG GEDIFF. NIEUWVORMINGEN, MET ANDERE INGREPEN	-90	6
409	RADIOTHERAPIE	-231	-448
410	CHEMOTHERAPIE	-24	-39
411	VOORGESCHIEDENIS VAN MALIGNE AANDOENINGEN ZONDER ENDOSCOPIE	-124	-112
412	VOORGESCHIEDENIS VAN MALIGNE AANDOENINGEN MET ENDOSCOPIE	-131	-100
413	ANDERE MYELOPROLIFERATIEVE AANDOENINGEN OF WEINIG GEDIFF. NIEUWVORMINGEN, MET CC.	-52	149
414	ANDERE MYELOPROLIFERATIEVE AANDOENINGEN OF WEINIG GEDIFF. NIEUWVORMINGEN, ZONDER CC.	-45	52
415	CHIRURGISCHE INGREPEN VOOR INFECTIES EN PARASITAIRE ZIEKTEN	116	195
416	SEPTICEMIE, > 17 JAAR	92	350
417	SEPTICEMIE, < 18 JAAR	459	
418	POSTOPERATIEVE EN POSTTRAUMATISCHE INFECTIES	-75	-75
419	KOORTS VAN ONBEKENDE OORSPRONG, > 17 JAAR, MET CC.	-147	-153
420	KOORTS VAN ONBEKENDE OORSPRONG, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-116	68
421	VIRALE INFECTIE, > 17 JAAR	-112	-315

AP-DRG	OMSCHRIJVING	MKI	
		Leeftijds- categorie < 75 jaar	Leeftijds- categorie > = 75 jaar
422	VIRALE AANDOENINGEN EN KOORTS VAN ONBEKENDE OORSPRONG, < 18 JAAR	59	
423	ANDERE INFECTIEUSE EN PARASITAIRE AANDOENINGEN	-80	411
424	CHIRURGISCHE INGREPEN MET ALS HOOFDDIAGNOSE EEN MENTALE ZIEKTE	-344	233
425	ACUTE AANPASSINGSREACTIE EN PSYCHOSOCIALE DYSFUNCTIE	-246	-58
426	DEPRESSIEVE NEURES	-381	-338
427	NEURES, BEHALVE DEPRESSIES	-299	-276
428	PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN EN IMPULSIEF GEDRAG	-386	-303
429	ORGANISCHE STOORNISSEN EN MENTALE RETARDATIE	-171	22
430	PSYCHOSES	-451	-209
431	MENTALES STOORNISSEN UIT DE KINDERTIJD	-230	-153
432	ANDERE MENTALE STOORNISSEN	-45	-33
439	HUIDGREFFEN WEGENS LETSELS	-51	-299
440	WONDDEBRIDEMENT BEHALVE VOOR OPEN WONDE	-96	-147
441	INGREPEN OP HANDEN WEGENS LETSELS	-45	-126
442	ANDERE INGREPEN WEGENS LETSELS MET CC.	-38	-213
443	ANDERE INGREPEN WEGENS LETSELS, ZONDER CC.	-20	162
444	LETSELS OP MEERDERE, OF NIET-GESPECIFIEERDE LOCALISATIE, > 17 JAAR, MET CC.	117	-47
445	LETSELS OP MEERDERE, OF NIET-GESPECIFIEERDE LOCALISATIE, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-45	-85
446	LETSELS OP MEERDERE, OF NIET-GESPECIFIEERDE LOCALISATIE, < 18 JAAR	-6	
447	ALLERGISCHE REACTIES, > 17 JAAR	-84	-134
448	ALLERGISCHE REACTIES, < 18 JAAR	-21	
449	VERGIFTIGINGEN EN TOXISCHE EFFECTEN VAN MEDICATIE, > 17 JAAR, MET CC.	-107	-17
450	VERGIFTIGINGEN EN TOXISCHE EFFECTEN VAN MEDICATIE, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-70	-45
451	VERGIFTIGINGEN EN TOXISCHE EFFECTEN VAN MEDICATIE, < 18 JAAR	-52	
452	COMPLICATIES VAN BEHANDELING, MET CC.	-123	-148
453	COMPLICATIES VAN BEHANDELING, ZONDER CC.	-56	-77
454	ANDERE LETSELS, VERGIFTIGINGEN EN TOXISCHE EFFECTEN, MET CC.	-51	-28
455	ANDERE LETSELS, VERGIFTIGINGEN EN TOXISCHE EFFECTEN, ZONDER CC.	-72	-92
456	BRANDWONDEN, GETRANSFEREERD NAAR ANDERE BEHANDELINGSCENTRA	28	-529
458	BEPERKTE BRANDWONDEN MET HUIDGREFFEN	-137	731
459	BEPERKTE BRANDWONDEN MET DEBRIDISATIE VAN WONDE OF ANDERE INGREPEN	-64	
460	BEPERKTE BRANDWONDEN ZONDER CHIRURGISCHE INGREPEN	70	-59
461	INGREPEN BIJ ANDERE CONTACTEN MET GEZONDHEIDSINSTELLINGEN	-25	122
462	REHABILITATIE	-231	206
463	TEKENS EN SYMPTOMEN, MET CC.	-199	55
464	TEKENS EN SYMPTOMEN, ZONDER CC.	-110	-75
465	NAZORG MET VOORGESCHIEDENIS VAN MALIGNIE AANDOENINGEN ALS NEVENDIAGNOSE	-92	-80
466	NAZORG ZONDER VOORGESCHIEDENIS VAN MALIGNIE AANDOENINGEN ALS NEVENDIAGNOSE	-105	-88
467	ANDERE FACTOREN DIE DE GEZONDHEIDSTOESTAND BEINVLOEDEN	35	-64
471	BILATERALE OF MULTIPELE MAJEURE INGREPEN OF GEWRICHTEN VAN DE ONDERSTE LEDEMATEN	-245	921
472	UITGEBREIDE VRANDWONDEN MET CHIRURGISCHE INGREPEN	2490	
475	ZIEKTEN VAN HET ADEMHALINGSSTELSEL MET KUNSTMATIGE BEADEMING	1462	1400
478	ANDERE VASCULAIRE INGREPEN, MET CC.	-73	197
479	ANDERE VASCULAIRE INGREPEN, ZONDER CC.	-57	99
480	LEVERTRANSPLANTATIE	481	
481	BEENMERGTRANSPLANTATIE	2650	
482	TRACHEOTOMIE VOOR AANDOENINGEN VAN MOND, FARYNX OF LARYNX	1635	3974
483	TRACHEOTOMIE VOOR ANDERE AANDOENINGEN DAN MOND, FARYNX OF LARYNX	8025	5815
491	MAJEURE INGREPEN OF GEWRICHTEN EN HERAANHECHTEN VAN DE BOVENSTE LEDEMATEN	-178	-41
530	CRANIOTOMIE, MET LAJEURE CC.	1878	1900
531	INGREPEN OP ZENUWSTELSEL BEHALVE CRANIOTOMIE, MET MAJEURE CC.	366	206
532	TIA, PRECEREBRALE OCCLUSIES, EPILEPTISCHE AANVALLEN, HOOFDPIJN, MET MAJEURE CC.	69	223
533	ANDERE AANDOENINGEN VAN HET ZENUWSTELSEL BEHALVE TIA, EPILEPTISCHE AANVALLEN, HOOFDPIJN, MET MAJEURE CC.	642	710
534	INGREPEN OP HET OOG, MET MAJEURE CC.	-19	-91
535	AANDOENINGEN VAN HET OOG, MET MAJEURE CC.	-82	-54
536	INGREPEN OP NEUS, KEEL, OREN EN MOND BEHALVE MAJEURE INGRIEP OP HOOFD EN NEK, MET MAJEURE CC.	107	-1353
537	AANDOENINGEN VAN NEUS, KEEL, OREN EN MOND, MET MAJEURE CC.	191	376
538	MAJEURE INGREPEN OP THORAX, MET MAJEURE CC.	725	4400

AP-DRG	OMSCHRIJVING	MKI	
		Leeftijds- categorie < 75 jaar	Leeftijds- categorie > = 75 jaar
539	INGREPEN OP HET ADEMHALINGSSTELSEL BEHALVE MAJEURE INGREPEN OP THORAX, MET MAJEURE CC.	458	883
540	RESPIRATOIRE INFECTIES EN ONTSTEKINGEN MET MAJEURE CC.	771	1406
541	RESPIRATOIRE AANDOENINGEN BEHALVE INFECTIES, BRONCHITIS EN ASTHMA, MET MAJEURE CC.	45	229
542	BRONCHITIS EN ASTHMA, MET MAJEURE CC.	20	303
543	CIRCULATORIE AANDOENINGEN BEHALVE INFARCT, ENDOCARD, HARTDECOP., ARITMIE, MET MAJEURE CC.	38	91
544	HARTDECOMPENSATIE EN ARITMIE, MET MAJEURE CC.	235	375
545	INGREPEN OP HARTKLEPPEN, MET MAJEURE CC.	1223	2095
546	CORONAIRE BYPASS, MET MAJEURE CC.	742	3328
547	ANDERE CARDIOTHORACALE INGREPEN MET MAJEURE CC.	724	1131
548	PLAATSEN EN REVISIE PACEMAKER, MET MAJEURE CC.	-15	49
549	GROTE CARDIOVASCULAIRE INGREPEN, MET MAJEURE CC.	1472	1541
550	ANDERE VASCULAIRE INGREPEN, MET MAJEURE CC.	75	872
551	OESOFAGITIS, GASTRO-ENTERITIS EN ONGECOMPLICEERDE ULCUS, MET MAJEURE CC.	-14	205
552	DIGESTIEVE AANDOENINGEN BEHALVE OESOFAGITIS, GASTRO-ENTER., ONGECOMP. ULCUS, MET MAJEURE CC.	86	371
553	INGREPEN OP HET VERTERINGSSTELSEL BEHALVE HERNIA, MAAG, DARMEN, MET MAJEURE CC.	418	783
554	INGREPEN VOOR HERNIA, MET MAJEURE CC.	27	571
555	INGREPEN OP PANCREAS, LEVER, GALWEGEN BEHALVE LEVERTRANSPLANTATIE, MET MAJEURE CC.	1000	953
556	CHOLECYSTECTOMIE EN ANDERE HEPATOBILAIRE INGREPEN, MET MAJEURE CC.	472	666
557	HEPATOBILAIRE AANDOENINGEN OF AANDOENINGEN VAN DE PANCREAS, MET MAJEURE CC.	119	392
558	MAJEURE INGREPEN OP MUSCULO-SKELETAAL STELSEL, BEHALVE BILAT. OF MULT. MAJ. INGR. OP GEWR., MET MAJ. CC.	567	1065
559	MINEURE INGREPEN OP MUSCULO-SKELETAAL STELSEL, MET MAJEURE CC.	35	558
560	MUSCULO-SKELETALE AANDOENINGEN BEHALVE OSTEITIS, ARTHRITIS EN AANDOENINGEN VAN HET BINDWEEFSEN, MET MAJ. CC.	-87	290
561	OSTEOMYELITIS, SEPTISCHE ARTHRITIS, AANDOENINGEN BINDWEEFSEL, MET MAJEURE CC.	340	197
562	BELANGRIJKE AANDOENINGEN VAN HUID EN BORSTEN, MET MAJEURE CC.	445	822
563	ANDERE AANDOENINGEN VAN DE HUID, MET MAJEURE CC.	293	611
564	INGREPEN OP HUID EN BORSTEN, MET MAJEURE CC.	80	687
565	INGREPEN BIJ ENDOCR., VOED.- EN METAB. AAND., BEHALVE AMPUTATIE ONDERSTE EXTR., MET MAJ. CC.	536	-286
566	ENDOCRINE, VOEDINGS- EN METABOLE AANDOENINGEN, BEHALVE EETSTOORNISSEN OF CF, MET MAJEURE CC.	141	481
567	INGREPEN OP NIER EN URINEWEGEN BEHALVE NIERTRANSPLANTATIE, MET MAJEURE CC.	206	778
568	NIERINSUFFICIENTIE, MET MAJEURE CC.	411	691
569	AANDOENINGEN VAN NIER EN URINEWEGEN BEHALVE NIERINSUFFICIENTIE, MET MAJEURE CC.	63	415
570	AANDOENINGEN VAN HET MANNELIJK VOORTPLANTINGSSTELSEL, MET MAJEURE CC.	136	281
571	INGREPEN OP HET MANNELIJK VOORTPLANTINGSSTELSEL, MET MAJEURE CC.	34	535
572	AANDOENINGEN VAN HET VROUWELIJK VOORTPLANTINGSSTELSEL, MET MAJEURE CC.	357	833
573	NIET RADICALE INGREPEN OP HET VROUWELIJK VOORTPLANTINGSSTELSEL, MET MAJEURE CC.	15	219
574	BLOED, BLOEDVORMENDE ORGANEN EN IMMUNOLOGISCHE AANDOENINGEN, MET MAJEURE CC.	228	147
575	BLOED, BLOEDVORMENDE ORGANEN EN IMMUNOLOGISCHE INGREPEN, MET MAJEURE CC.	370	-165
576	ACUTE LEUCEMIE, MET MAJEURE CC.	1764	574
577	MYELOPROLIFERATIEVE AANDOENINGEN, WEINIG GEDIFF. MALIGNIE AANDOENINGEN, MET MAJEURE CC.	236	112
578	LYMFOOM, NIET-ACUTE LEUCEMIE, MET MAJEURE CC.	508	600
579	INGREPEN VOOR LYMFOOM, LEUCEMIE, MYELOPROLIFERATIEVE AANDOENINGEN, MET MAJEURE CC.	1826	1240
580	SYSTEMISCHE INFECTIEUSE EN PARASITAIRE AANDOENINGEN, BEHALVE SEPTICEMIE, MET MAJEURE CC.	415	417
581	INGREPEN BIJ SYSTEMISCHE, INFECTIEUSE EN PARASITAIRE AANDOENINGEN, MET MAJEURE CC.	2125	3139
582	LETSELS BEHALVE MULTIPLE TRAUMATA, MET MAJEURE CC.	201	370
583	INGREPEN OP LETSELS BEHALVE VOOR MULTIPLEPELE TRAUMATA, MET MAJEURE CC.	1444	768
584	SEPTICEMIE, MET MAJEURE CC.	712	814
585	MAJEURE GASTRO-INTESTINALE INGREPEN, MET MAJEURE CC.	1044	1002
618	PASGEBORENEN, 2 - 2,49 KG, ZONDER BELANGRIJKE INGREPEN, MET MAJEURE PROBLEMEN	701	



AP-DRG	OMSCHRIJVING	MKI	
		Leeftijds- categorie < 75 jaar	Leeftijds- categorie > = 75 jaar
622	PASGEBORRENEN, > 2,49 KG, MET BELANGRIJKE INGREPEN, MET MULT. MAJEURE PROBLEMEN	1956	
623	PASGEBORRENEN, > 2,49 KG, MET BELANGRIJKE INGREPEN, ZONDER MULT MAJEURE PROBLEMEN	638	
624	PASGEBORRENEN, > 2,49 KG, MET MINEURE INGREPEN OP ABDOMEN	287	
626	PASGEBORRENEN, > 2,49 KG, ZONDER BELANGRIJKE INGREPEN, MET MULT. MAJEURE PROBLEMEN	1199	
627	PASBEGORENEN, > 2,49 KG, ZONDER BELANGRIJKE INGREPEN, MET MAJEURE PROBLEMENT	994	
628	PASGEBORRENEN, > 2,49 KG, ZONDER BELANGRIJKE INGREPEN, MET MINEURE PROBLEMEN	289	
629	PASGEBORRENEN, > 2,49 KG, ZONDER BELANGRIJKE INGREPEN, VERDER GEZOND	166	
630	PASGEBORRENEN, > 2,49 KG, ZONDER BELANGRIJKE INGREPEN, MET ANDERE PROBLEMEN	602	
633	MULTEPELE, ANDERE EN NIET GESPECIFIEERDE CONGENITALE AANDOENINGEN, MET CC.	-62	
634	MULTEPELE, ANDERE EN NIET GESPECIFIEERDE CONGENITALE AANDOENINGEN, ZONDER CC.	-88	
640	PASGEBORENE, GETRANSFEREERD BINNEN 5 DAGEN, ELDERS GEBOREN	68	
650	KEIZERSNEDE MET GROOT RISICO, MET CC.	22	
651	KEIZERSNEDE MET GROOT RISICO, ZONDER CC.	580	
652	VAAGINALE BEVALLING MET GROOT RISICO, MET STERILISATIE EN/OF DILATATIE EN CURETTAGE	-9	
700	HIV MET SPECIFIEKE TOESTAND, < 13 JAAR	1538	
702	HIV MET AANDOENINGEN VAN HET CENTRAAL ZENUWSTELSEL, ZONDER DRUGGEBRUIK, > 12 JAAR	3569	
704	HIV MET NIEUWVORMINGEN, MET DRUGGEBRUIK, > 12 JAAR	320	
705	HIV MET NIEUWVORMINGEN, ZONDER DRUGGEBRUIK > 12 JAAR	906	
707	HIV MET INFECTIES, MET DRUGGEBRUIK, > 12 JAAR	-168	
708	HIV MET INFECTIES, ZONDER DRUGGEBRUIK, > 12 JAAR	830	
711	HIV MET VERWANTE AANDOENINGEN, ZONDER DRUGGEBRUIK, > 12 JAAR	257	
712	HIV ZONDER VERWANTE AANDOENINGEN, < 13 JAAR	1105	
714	HIV ZONDER VERWANTE AANDOENINGEN, ZONDER DRUGGEBRUIK, > 12 JAAR	576	
730	CRANIOTOMIE, VOOR MULTEPELE BELANGRIJKE TRAUMATA	2855	-626
731	INGREPEN OP WERVELZUIL, HEUP, LEDEMATEN, MULTEPELE BELANGRIJKE TRAUMATA	775	470
732	ANDERE INGREPEN VOOR MULTEPELE BELANGRIJKE TRAUMATA	193	149
733	DIAGNOSES VAN MULTEPELE BELANGRIJKE TRAUMATA, HOOFD, THORAX EN ONDERSTE LEDEMATEN	387	-337
734	ANDERE DIAGNOSES VAN MULTEPELE BELANGRIJKE TRAUMATA	-430	
737	REVISIE VENTRICULAIRE SHUNT, < 18 JAAR	-192	
738	CRANIOTOMIE, < 18 JAAR, MET CC.	721	
739	CRANIOTOMIE, < 18 JAAR, ZONDER CC.	128	
740	CYSTISCHE FIBROSE	219	
743	MISBRUIK OF VERSLAVING AAN OPIUMDERIVATEN, ONTSLAG TEGEN MEDISCH ADVIES	-140	
744	MISBRUIK OF VERSLAVING AAN OPIUMDERIVATEN, MET CC.	-296	
745	MISBRUIK OF VERSLAVING AAN OPIUMDERIVATEN, ZONDER CC.	-280	
746	MISBRUIK OF VERSLAVING AAN COCAINE OF ANDERE DRUG ONTSLAG TEGEN MEDISCH ADVIES	-59	
747	MISBRUIK OF VERSLAVING AAN COCAINE OF ANDERE DRUGS, MET CC.	-232	-79
748	MISBRUIK OF VERSLAVING AAN COCAINE OF ANDERE DRUGS, ZONDER CC.	-169	-296
749	MISBRUIK OF VERSLAVING AAN ALCOHOL, ONTSLAG TEGEN MEDISCH ADVIES	-80	
750	MISBRUIK OF VERSLAVING AAN ALCOHOL, MET CC.	-310	40
751	MISBRUIK OF VERSLAVING AAN ALCOHOL, ZONDER CC.	-216	-134
752	LOODINTOXICATIE	-138	
753	BEGELEIDING BIJ DWANGMATIGE EETSTOORNISSEN	-430	860
755	SPINALE ARTHRODESE, MET CC.	140	35
756	SPINALE ARTHRODESE, ZONDER CC.	-27	47
757	INGREPEN OP RUG EN NEK BEHALVE SPINALE ARTHRODESE, MET CC.	-52	-8
758	INGREPEN OP RUG EN NEK BEHALVE SPINALE ARTHRODESE, ZONDER CC.	-107	-80
759	MEER-KANALIGE COCHLEAIRE IMPLANTEN	-73	
760	HEMOFILIE VIII EN IX	13	
761	TRAUMATISCHE STUPOR EN COMA, COMA > 1 UUR	25	1154
762	HERSENSCHUDDING, INTRACRANIAAL LETSEL, MET COMA < 1 UUR OF GEEN COMA, < 18 JAAR	-36	
763	TRAUMATISCHES STUPOR EN COMA, COMA < 1 UUR, < 18 JAAR	54	
764	HERSENSCHUDDING, INTRACRANIAAL LETSEL, MET COMA < 1 UUR OF GEEN COMA, > 17 JAAR, MET CC.	-73	-132
765	HERSENSCHUDDING, INTRACRANIAAL LETSEL, MET COMA < 1 UUR OF GEEN COMA, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-76	-60
766	TRAUMATISCHE STUPOR EN COMA, COMA < 1 UUR, > 17 JAAR, MET CC.	-24	499
767	TRAUMATISCHE STUPOR EN COMA, COMA < 1 UUR, > 17 JAAR, ZONDER CC.	-68	-163

AP-DRG	OMSCHRIJVING	MKI	
		Leeftijds- categorie < 75 jaar	Leeftijds- categorie > = 75 jaar
768	EPILEPSIE EN ANDERE CONVULSIEVE AANVALLEN, HOOFDPIJN < 18 JAAR, MET CC.	-81	
769	EPLIEPSIE EN ANDERE CONVULSIEVE AANVALLEN, HOOFDPIJN < 18 JAAR, ZONDER CC.	-1	
770	RESPIRATOIRE INFECTIES EN ONTSTEKINGEN, < 18 JAAR, MET CC.	507	
771	RESPIRATOIRE INFECTIES EN ONTSTEKINGEN, < 18 JAAR, ZONDER CC.	175	
772	GEWONE PNEUMONIE EN PLEURITIS, < 18 JAAR, MET CC.	506	
773	GEWONE PNEUMONIE EN PLEURITIS, < 18 JAAR, ZONDER CC.	233	
774	BRONCHITIS EN ASTHMA, < 18 JAAR, MET CC.	210	
775	BRONCHITIS EN ASTHMA, < 18 JAAR, ZONDER CC.	171	
776	OESOFAGITIS, GASTRO-ENTERITIS EN ANDERE DIGESTIEVE AANDOENINGEN, < 18 JAAR, MET CC.	122	
777	OESOFAGITIS, GASTRO-ENTERITIS EN ANDERE DIGESTIEVE AANDOENINGEN, < 18 JAAR, ZONDER CC.	69	
778	ANDERE AANDOENINGEN VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL, < 18 JAAR, MET CC.	181	
779	ANDERE AANDOENINGEN VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL, < 18 JAAR, ZONDER CC.	6	
780	ACUTE LEUCEMIE ZONDER MAJEURE CHIRURGISCHE INGEPEN, < 18 JAAR, MET CC.	6849	
781	ACUTE LEUCEMIE ZONDER MAJEURE CHIRURGISCHE INGEPEN, < 18 JAAR, ZONDER CC.	-57	
782	ACUTE LEUCEMIE ZONDER MAJEURE CHIRURGISCHE INGEPEN, > 17 JAAR, MET CC.	1237	50
783	ACUTE LEUCEMIE ZONDER MAJEURE CHIRURGISCHE INGEPEN, > 17 JAAR, ZONDER CC.	398	-69
784	VERWORVEN HEMOLYTISCHE ANEMIE EN SIKKELCELANEMIE-CRISIS, < 18 JAAR	3	
785	ANDERE AANDOENINGEN VAN DE RODE BLOEDCELLEN, < 18 JAAR	112	
786	MAJEURE INGEPEN OP HOOFD EN NEK VOOR MALIGNIE AANDOENINGEN	415	2087
787	LAPAROSCOPISCHE CHOLECYSTECTOMIE, MET EXPLOIRATIE VOORNAAMSTE GALWEGEN	33	-384
788	LAPAROSCOPISCHE CHOLECYSTECTOMIE, ZONDER EXPLORATIE VOORNAAMSTE GALWEGEN	-53	-8
789	MAJEURE INGEPEN OP GEWRICHTEN EN HERAANHECHTEN VAN DE ONDERSTE LEDEMATEN, MET INFECTIE	-38	192
790	DEBRIDISATIE EN HUIDGREFFE VOR OPEN WONDE, MUSC-SKELET AAND. EN BINDWEEFSEL, BEHALVE HAND	-51	
791	DEBRIDISATIE VAN OPEN TRAUMATISCHE WONDEN	-98	463
792	CRANIOTOMIE VOOR MULTIPELE BELANGRIJKE TRAUMATA, MET NIET-TRAUMATISCHE CC.	1907	-186
793	INGEPEN VOOR MULTIPELE BELANGRIJKE TRAUMATA, BEHALVE CRANIOTOMIE, MET MAJ. NIET-TRAUM. CC.	2799	2709
794	DIAGNOSES VOOR MULTIPELE BELANGRIJKE TRAUMATA, MET NIET-TRAUMATISCHE CC.	1440	1704

AP-DRG	DESCRIPTION	ICS	
		Sous-groupe d'âge < 75 ans	Sous-groupe d'âge > = 75 ans
001	CRANIOTOMIE, > 17, EXCEPTE POUR TRAUMATISME	210	796
002	CRANIOTOMIE, > 17, POUR TRAUMATISME	534	664
004	INTERVENTIONS SUR LA COLONNE VERTEBRALE ET LA MOELLE EPINIÈRE	-1	-160
005	INTERVENTIONS VASCULAIRES EXTRACRANIENNES	-156	-71
006	LIBERATION DU TUNNEL CARPIEN	-67	-51
007	INTERVENTIONS SUR NERFS PERIPHER. CRANIENS, AUTRES INTERVENTIONS SYSTEME NERVEUX, AVE	-22	115
008	INTERVENTIONS SUR NERFS PERIPHER. CRANIENS, AUTRES INTERVENTIONS SYSTEME NERVEUX, SAN	-55	-27
009	AFFECTIONS ET TRAUMATISMES DE LA COLONNE VERTEBRALE ET DE LA MOELLE EPINIÈRE	0	-135
010	NEOPLASMES DU SYSTEME NERVEUX, AVEC CC.	79	210
011	NEOPLASMES DU SYSTEME NERVEUX, SANS CC.	29	181
012	MALADIES DEGENERATIVES DU SYSTEME NERVEUX	-175	43
013	SCLEROSE EN PLAQUES ET ATAXIE CEREBELLEUSE	-98	289
014	AFFECTIONS CEREBROVASCULAIRES SPECIFIQUES, EXCEPTE ISCHEMIE CEREBRALE TRANSITOIRE	4	205
015	ISCHEMIE CEREBRALE TRANSITOIRE ET OCCLUSIONS PRECEREBRALES	-167	-171
016	AFFECTIONS CEREBROVASCULAIRES NON SPECIFIQUES, AVEC CC.	-222	-150
017	AFFECTIONS CEREBROVASCULAIRES NON SPECIFIQUES, SANS CC.	-155	-129
018	AFFECTIONS DES NERFS CRANIENS ET PERIPHERIQUES, AVEC CC.	-175	-17
019	AFFECTIONS DES NERFS CRANIENS ET PERIPHERIQUES, SANS CC.	-175	-30
020	INFECTION DU SYSTEME NERVEUX, EXCEPTE MENINGITE VIRALE	142	126
021	MENINGITE VIRALE	-123	-442
022	ENCEPHALOPATHIE HYPERTENSIVE	-317	-267
023	COMAS ET ETATS STUPOREUX NON TRAUMATIQUES	60	154
024	EPILEPSIE, CONVULSION ET CEPHALEES, > 17 ANS, AVEC CC.	-190	123

AP-DRG	DESCRIPTION	ICS	
		Sous-groupe d'âge < 75 ans	Sous-groupe d'âge > = 75 ans
025	EPILEPSIE, CONVULSION ET CEPHALEES, > 17 ANS, SANS CC.	-150	-58
034	AUTRES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX, AVEC CC.	-129	-28
035	AUTRES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX, SANS CC.	-45	-150
036	INTERVENTIONS SUR LA RETINE	-57	-74
037	INTERVENTIONS SUR L'ORBITE	-53	-48
038	INTERVENTIONS PROPRE A L'IRIS	-98	7
039	INTERVENTIONS SUR LE CRISTALLIN AVEC OU SANS VITRECTOMIE	-58	-54
040	INTERVENTIONS EXTRAOCULAIRES EXCEPTE SUR L'ORBITE, > 17 ANS	-49	-62
041	INTERVENTIONS EXTRAOCULAIRES EXCEPTE SUR L'ORBITE, < 18 ANS	-5	
042	INTERVENTIONS INTRAOCULAIRES EXCEPTE RETINE, IRIS, CRISTALLIN	-17	-53
043	HYPHEMA	-149	-315
044	INFECTIONS AIGUES MAJEURES DE L'OEIL	124	539
045	AFFECTIONS NEUROLOGIQUES DE L'OEIL	-183	-217
046	AUTRES AFFECTIONS DE L'OEIL, > 17 ANS, AVEC CC.	-174	-4
047	AUTRES AFFECTIONS DE L'OEIL, > 17 ANS, SANS CC.	-119	-41
048	AUTRES AFFECTIONS DE L'OEIL, < 18 ANS	108	
049	INTERVENTIONS MAJEURES SUR LA TETE ET COU, EXCEPTE POUR AFFECTIONS MALIGNES	-31	1078
050	SIALOADENECTOMIE	-97	-60
051	INTERVENTIONS SUR GLANDE SALIVAIRE, EXCEPTE SIALOADENECTOMIE	-71	-4
052	PALATOPLASTIE ET REPARATION DE FENTE LABIALE ET PALATINE	16	
053	INTERVENTIONS SUR SINUS ET MASTOIDE, > 17 ANS	-69	-80
054	INTERVENTIONS SUR SINUS ET MASTOIDE, < 18 ANS	-35	
055	DIVERSES INTERVENTIONS SUR OREILLES, NEZ, BOUCHE ET GORGE	-82	-91
056	RHINOPLASTIE	-80	
057	INTERVENTIONS AMYGDALES ET VEGETATIONS ADENOIDES, EXC. ADENOIDECT./AMYGDALECT. SEULE,	-46	-31
058	INTERVENTIONS AMYGDALES ET VEGETATIONS ADENOIDES, EXC. ADENOIDECT./AMYGDALECT. SEULE,	-24	
059	ADENOIDECTOMIE ET/OU AMYGDALECTOMIE SEULE, > 17 ANS	-75	-35
060	ADENOIDECTOMIE ET/OU AMYGDALECTOMIE SEULE, < 18 ANS	-36	
061	MYRINGOTOMIE AVEC INSERTION DE DRAIN, > 17 ANS	-92	-73
062	MYRINGOTOMIE AVEC INSERTION DE DRAIN, < 18 ANS	9	
063	AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUR OREILLE, NEZ, BOUCHE, GORGE	-2	-60
064	AFFECTIONS MALIGNES D'OREILLE, NEZ, BOUCHE, GORGE	-64	-123
065	TROUBLES DE L'EQUILIBRE	-168	-238
066	EPISTAXIS	-74	-66
067	EPIGLOTTITE	143	
068	OTITE MOYENNE, INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES HAUTES, > 17 ANS, AVEC CC.	-116	-299
069	OTITE MOYENNE, INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES HAUTES, > 17 ANS, SANS CC.	-99	-183
070	OTITE MOYENNE, INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES HAUTES, < 18 ANS	63	
071	LARYNGOTRACHEITE	-5	
072	TRAUMATISME ET DEFORMATION DU NEZ	-58	98
073	AUTRES AFFECTIONS D'OREILLE, NEZ, BOUCHE, GORGE, > 17 ANS	-93	117
074	AUTRES AFFECTIONS D'OREILLE, NEZ, BOUCHE, GORGE, < 18 ANS	41	
075	INTERVENTIONS MAJEURES AU NIVEAU DU THORAX	10	-53
076	AUTRES INTERVENTIONS SUR SYSTEME RESPIRATOIRE, AVEC CC.	-187	-90
077	AUTRES INTERVENTIONS SUR SYSTEME RESPIRATOIRE, SANS CC.	-141	-90
078	EMBOLIE PULMONAIRE	-195	-142
079	INFLAMMATIONS ET INFECTIONS RESPIRATOIRES, > 17 ANS, AVEC CC.	-57	488
080	INFLAMMATIONS ET INFECTIONS RESPIRATOIRES, > 17 ANS, SANS CC.	-158	373
082	AFFECTIONS MALIGNES DU SYSTEME RESPIRATOIRE	-84	-90
083	TRAUMATISME MAJEUR DU THORAX, AVEC CC.	-92	129
084	TRAUMATISME MAJEUR DU THORAX, SANS CC.	-56	-117
085	EPANCHEMENT PLEURAL, AVEC CC.	-216	-131
086	EPANCHEMENT PLEURAL, SANS CC.	-154	-127
087	OEDEME PULMONAIRE ET INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	-153	-71
088	MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE	-204	-93
089	PNEUMONIE SIMPLE ET PLEURESIE, > 17 ANS, AVEC CC.	-95	169
090	PNEUMONIE SIMPLE ET PLEURESIE, > 17 ANS, SANS CC.	-132	137
092	MALADIE PULMONAIRE INTERSTITIELLE, AVEC CC.	-293	297
093	MALADIE PULMONAIRE INTERSTITIELLE, SANS CC.	-192	-91
094	PNEUMOTHORAX, AVEC CC.	-171	185
095	PNEUMOTHORAX, SANS CC.	-120	-366

AP-DRG	DESCRIPTION	ICS	
		Sous-groupe d'âge < 75 ans	Sous-groupe d'âge > = 75 ans
096	BRONCHITE ET ASTHME, > 17 ANS, AVEC CC.	-214	-19
097	BRONCHITE ET ASTHME, > 17 ANS, SANS CC.	-180	-36
099	SYMPTOMES ET SIGNES RESPIRATOIRES, AVEC CC.	-112	13
100	SYMPTOMES ET SIGNES RESPIRATOIRES, SANS CC.	-50	-215
101	AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME RESPIRATOIRE, AVEC CC.	-143	149
102	AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME RESPIRATOIRE, SANS CC.	-62	-29
103	TRANSPLANTATION CARDIAQUE	1084	
104	INTERVENTIONS SUR VALVE CARDIAQUE, AVEC CATHETERISME	-282	364
105	INTERVENTIONS SUR VALVE CARDIAQUE, SANS CATHETERISME	335	251
106	PONTAGE CORONAIRE, AVEC CATHETERISME CARDIAQUE	3	-18
107	PONTAGE CORONAIRE, SANS CATHETERISME CARDIAQUE	244	337
108	AUTRES INTERVENTIONS SUR COEUR ET THORAX	280	596
110	INTERVENTIONS CARDIOVASCULAIRES MAJEURES, AVEC CC.	206	339
111	INTERVENTIONS CARDIOVASCULAIRES MAJEURES, SANS CC.	68	466
112	INTERVENTIONS CARDIOVASCULAIRES PERCUTANEEES	-89	-89
113	AMPUTATION POUR PATHOLOGIE CIRCULATOIRE EXCEPTE MEMBRE SUPERIEUR ET ORTEIL	545	912
114	AMPUTATION DE MEMBRE SUPERIEUR ET ORTEIL POUR PATHOLOGIE CIRCULATOIRE	-111	53
115	INSERTION PACEMAKER PERMANENT AVEC INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE, DECOMPENSATION CARDIAQ	-325	-124
116	AUTRES INSERTIONS DE PACEMAKER PERMANENT, OU D'ELECTRODE INTRACARDIAQUE OU DE DEFIBRI	-218	-213
117	REVISION DE PACEMAKER CARDIAQUE EXCEPTE REMPLACEMENT D'APPAREIL	-171	-129
118	REPLACEMENT DE PACEMAKER CARDIAQUE	-159	-59
119	LIGATURE DE VEINE ET STRIPPING	-27	-36
120	AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUR SYSTEME CIRCULATOIRE	-151	-206
121	AFFECTIONS CIRCULATOIRES AVEC INFARCTUS, AVEC COMPL. CARDIOVASCULAIRES, SORTI VIVANT	-169	-208
122	AFFECTIONS CIRCULATOIRES AVEC INFARCTUS, SANS COMPL. CARDIOVASCULAIRES, SORTI VIVANT	-239	-277
123	AFFECTIONS CIRCULATOIRES AVEC INFARCTUS DU MYOCARDE, DECEDE	600	361
124	AFFECTIONS CIRCULATOIRES EXCEPTE INFARCTUS DU MYOC., AVEC CATH. CARDIAQUE, AVEC DIAG.	-159	-51
125	AFFECTIONS CIRCULATOIRES EXCEPTE INFARCTUS DU MYOC., AVEC CATH. CARDIAQUE, SANS DIAG.	-75	-93
126	ENDOCARDITE AIGUE ET SUBAIGUE	459	170
127	INSUFFISANCE CARDIAQUE ET CHOC	-189	-50
128	THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE	-81	174
129	ARRET CARDIAQUE NON EXPLIQUE	196	242
130	AFFECTIONS VASCULAIRES PERIPHERIQUES, AVEC CC.	-127	-37
131	AFFECTIONS VASCULAIRES PERIPHERIQUES, SANS CC.	-107	-66
132	ATHEROSCLEROSE, AVEC CC.	-150	-156
133	ATHEROSCLEROSE, SANS CC.	-121	-130
134	HYPERTENSION	-234	-253
135	AFFECTIONS VALVULAIRES ET CARDIAQUES CONGENITALES, > 17 ANS, AVEC CC.	-205	-49
136	AFFECTIONS VALVULAIRES ET CARDIAQUES CONGENITALES, > 17 ANS, SANS CC.	-154	-197
137	AFFECTIONS VALVULAIRES ET CARDIAQUES CONGENITALES, < 18 ANS	150	
138	ARYTHMIE CARDIAQUE ET TROUBLES DE CONDUCTION, AVEC CC.	-172	-160
139	ARYTHMIE CARDIAQUE ET TROUBLES DE CONDUCTION, SANS CC.	-126	-129
140	ANGINE DE POITRINE	-138	-208
141	SYNCOPE ET COLLAPSUS, AVEC CC.	-183	-177
142	SYNCOPE ET COLLAPSUS, SANS CC.	-118	-170
143	DOULEUR THORACIQUE	-106	-165
144	AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME CIRCULATOIRE, AVEC CC.	-233	-272
145	AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME CIRCULATOIRE, SANS CC.	-182	-182
146	RESECTION RECTALE, AVEC CC.	442	482
147	RESECTION RECTALE, SANS CC.	174	-58
148	INTERVENTIONS MAJEURES SUR GROS INTESTIN ET INTESTIN GRELE, AVEC CC.	219	395
149	INTERVENTIONS MAJEURES SUR GROS INTESTIN ET INTESTIN GRELE, SANS CC.	156	172
150	LYSE D'ADHERENCES PERITONEALES, AVEC CC.	79	344
151	LYSE D'ADHERENCES PERITONEALES, SANS CC.	7	560
152	INTERVENTIONS MINEURES SUR GROS INTESTIN ET INTESTIN GRELE, AVEC CC.	-19	262
153	INTERVENTIONS MINEURES SUR GROS INTESTIN ET INTESTIN GRELE, SANS CC.	-32	-66
154	INTERVENTIONS SUR OESOPHAGE, ESTOMAC ET DUODENUM, > 17 ANS, AVEC CC.	173	132

AP-DRG	DESCRIPTION	ICS	
		Sous-groupe d'âge < 75 ans	Sous-groupe d'âge > = 75 ans
155	INTERVENTIONS SUR OESOPHAGE, ESTOMAC ET DUODENUM, > 17 ANS, SANS CC.	2	171
156	INTERVENTIONS SUR OESOPHAGE, ESTOMAC ET DUODENUM, < 18 ANS	248	
157	INTERVENTIONS SUR ANUS ET TUBE GASTRO-INTESTINAL, AVEC CC.	-78	-90
158	INTERVENTIONS SUR ANUS ET TUBE GASTRO-INTESTINAL, SANS CC.	-67	-110
159	CURE DE HERNIE EXCEPTE INGUINALE ET CRURALE, > 17 ANS, AVEC CC.	-120	27
160	CURE DE HERNIE EXCEPTE INGUINALE ET CRURALE, > 17 ANS, SANS CC.	-84	-70
161	CURE DE HERNIE INGUINALE ET CRURALE, > 17 ANS, AVEC CC.	-112	15
162	CURE DE HERNIE INGUINALE ET CRURALE, > 17 ANS, SANS CC.	-75	-78
163	CURE DE HERNIE, < 18 ANS	3	
164	APPENDICECTOMIE,DIAGNOSTIC PRINCIPAL COMPLIQUE, AVEC CC.	145	472
165	APPENDICECTOMIE,DIAGNOSTIC PRINCIPAL COMPLIQUE, SANS CC.	18	341
166	APPENDICECTOMIE SANS DIAGNOSTIC PRINCIPAL COMPLIQUE, AVEC CC.	-10	346
167	APPENDICECTOMIE SANS DIAGNOSTIC PRINCIPAL COMPLIQUE, SANS CC.	-40	-126
168	INTERVENTIONS SUR LA BOUCHE, AVEC CC.	-40	21
169	INTERVENTIONS SUR LA BOUCHE, SANS CC.	-20	-71
170	AUTRES INTERVENTIONS DU SYSTEME DIGESTIF, AVEC CC.	158	120
171	AUTRES INTERVENTIONS DU SYSTEME DIGESTIF, SANS CC.	-14	53
172	AFFECTIONS MALIGNES DU TUBE DIGESTIF, AVEC CC.	-10	-25
173	AFFECTIONS MALIGNES DU TUBE DIGESTIF, SANS CC.	-93	-100
174	HEMORRAGIE GASTRO-INTESTINALE, AVEC CC.	-116	5
175	HEMORRAGIE GASTRO-INTESTINALE, SANS CC.	-131	-64
176	ULCERE PEPTIQUE COMPLIQUE	-182	-38
177	ULCERE PEPTIQUE NON COMPLIQUE, AVEC CC.	-225	-106
178	ULCERE PEPTIQUE NON COMPLIQUE, SANS CC.	-176	-219
179	MALADIE INFLAMMATOIRE DE L'INTESTIN	-173	-251
180	OBSTRUCTION GASTRO-INTESTINALE, AVEC CC.	-4	141
181	OBSTRUCTION GASTRO-INTESTINALE, SANS CC.	-75	18
182	OESO-, GASTRO-ENTERITE ET AFFECTIONS DIGESTIVES DIVERSES, > 17 ANS, AVEC CC.	-183	-60
183	OESO-, GASTRO-ENTERITE ET AFFECTIONS DIGESTIVES DIVERSES, > 17 ANS, SANS CC.	-128	-105
185	PATHOLOGIES DENTAIRE ET ORALES EXCEPTE EXTRACTIONS ET RESTAURATIONS, > 17 ANS	-57	138
186	PATHOLOGIES DENTAIRE ET ORALES EXCEPTE EXTRACTIONS ET RESTAURATIONS, < 18 ANS	54	
187	EXTRACTIONS ET RESTAURATIONS DENTAIRE	-41	77
188	AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME DIGESTIF, > 17 ANS, AVEC CC.	-123	-28
189	AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME DIGESTIF, > 17 ANS, SANS CC.	-92	-50
191	SHUNT INTRA-ABDOMINAL ET INTERVENTIONS SUR PANCREAS ET FOIE, AVEC CC.	478	155
192	SHUNT INTRA-ABDOMINAL ET INTERVENTIONS SUR PANCREAS ET FOIE, SANS CC.	125	164
193	INTERVENTIONS DES VOIES BILIAIRES EXCEPTE CHOLECYSTECTOMIE ISOLEE, AVEC OU SANS EXPLORATION	-105	289
194	INTERVENTIONS DES VOIES BILIAIRES EXCEPTE CHOLECYSTECTOMIE ISOLEE, AVEC OU SANS EXPLORATION	-23	-58
195	CHOLECYSTECTOMIE AVEC EXPLORATION BILIAIRE, AVEC CC.	29	505
196	CHOLECYSTECTOMIE AVEC EXPLORATION BILIAIRE, SANS CC.	91	-737
197	CHOLECYSTECTOMIE SANS EXPLORATION BILIAIRE, AVEC CC.	-19	317
198	CHOLECYSTECTOMIE SANS EXPLORATION BILIAIRE, SANS CC.	-63	107
199	TECHNIQUES DIAGNOSTIQUES HEPATOBILIAIRES, POUR AFFECTIONS MALIGNES	-59	-111
200	TECHNIQUES DIAGNOSTIQUES HEPATOBILIAIRES, POUR AFFECTIONS NON-MALIGNES	-94	-514
201	AUTRES INTERVENTIONS HEPATOBILIAIRES OU DU PANCREAS	-400	42
202	CIRRHOSE ET HEPATITE ALCOOLIQUE	-273	-125
203	AFFECTIONS MALIGNES DU SYSTEME HEPATOBILIAIRE OU DU PANCREAS	-88	16
204	AFFECTIONS DU PANCREAS EXCEPTE AFFECTIONS MALIGNES	-152	-5
205	AFFECTIONS DU FOIE EXCEPTE AFFECTIONS NEO, CIRRHOSE, HEPATITE ALCOOLIQUE, AVEC CC.	-175	32
206	AFFECTIONS DU FOIE EXCEPTE AFFECTIONS NEO, CIRRHOSE, HEPATITE ALCOOLIQUE, SANS CC.	-152	-138
207	AFFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, AVEC CC.	-148	40
208	AFFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, SANS CC.	-108	-73
209	INTERVENTIONS MAJ. ARTICULATION, RATTACHEMENT MEMBRES DES EXTREMITES INFERIEURES SANS INFECTION	-108	123
210	INTERVENTIONS HANCHE, FEMUR,EXCEPTE INTERVENTIONS MAJEURES ARTICULATION, > 17 ANS, AVEC CC.	85	671
211	INTERVENTIONS HANCHE, FEMUR,EXCEPTE INTERVENTIONS MAJEURES ARTICULATION, > 17 ANS, SANS CC.	-51	261
212	INTERVENTIONS HANCHE, FEMUR,EXCEPTE INTERVENTIONS MAJEURES ARTICULATION, < 18 ANS	32	
213	AMPUT. POUR AFFECTIONS SYSTEME MUSCULO-SQUELETTIQUE, TISSU CONJONCTIF	27	543

AP-DRG	DESCRIPTION	ICS	
		Sous-groupe d'âge < 75 ans	Sous-groupe d'âge > = 75 ans
216	BIOPSIE DU SYST MUSCULO-SQUELETTIQUE ET TISSU CONJONCTIF	-111	-250
217	DEBRID.PLAIE GREFFE CUTANEE POUR AFFECTIONS MUSC.-SQUEL. TISSU CONJ., EXCEPTE MAIN ET PLAIE OUVERTE	-20	60
218	INTERVENTIONS DES MEMB.INF. ET HUMERUS EXCEPTE HANCHE,PIED,FEMUR, > 17 ANS, AVEC CC.	-29	12
219	INTERVENTIONS DES MEMB.INF. ET HUMERUS EXCEPTE HANCHE,PIED,FEMUR, > 17 ANS, SANS CC.	-78	-51
220	INTERVENTIONS DES MEMB.INF. ET HUMERUS EXCEPTE HANCHE,PIED,FEMUR, < 18 ANS	-30	
221	INTERVENTIONS DU GENOU, AVEC CC.	-45	-151
222	INTERVENTIONS DU GENOU, SANS CC.	-56	-42
223	INTERVENTIONS MAJ. EPAULE/COUDE,AUTRE INTERVENTIONS MEMBRE SUP., AVEC CC.	-44	-147
224	INTERVENTIONS EPAULE,COUDE,AVANT-BRAS EXCEPTE INTERVENTIONS MAJEURES ARTIC., SANS CC.	-41	-48
225	INTERVENTIONS DU PIED	-57	-101
226	INTERVENTIONS DES TISSUS MOUS, AVEC CC.	-74	-4
227	INTERVENTIONS DES TISSUS MOUS, SANS CC.	-60	-90
228	INTERVENTIONS MAJEURE POUCE OU ARTICULAT.,AUTRE INTERVENTIONS MAIN, POIGNET, AVEC CC.	-65	121
229	INTERVENTIONS MAIN,POIGNET, EXCEPTE INTERVENTIONS MAJEURES ARTICULATION, SANS CC.	-47	-127
230	EXCISION LOCALE ET ENLEVEMENT MATERIEL DE FIXATION INTERNE HANCHE ET FEMUR	-52	189
231	EXCISION LOCALE ET ENLEVEMENT MATERIEL DE FIXATION INTERNE SAUF HANCHE ET FEMUR	-62	-43
232	ARTHROSCOPIE	-54	-59
233	AUTRES INTERVENTIONS DU SYSTEME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET TISSU CONJONCT., AVEC CC.	-141	-75
234	AUTRES INTERVENTIONS DU SYSTEME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET TISSU CONJONCT., SANS CC.	-67	-61
235	FRACTURES DU FEMUR	155	106
236	FRACTURES DE LA HANCHE ET DU BASSIN	-168	37
237	ENTORSES, FOULURES, LUXATIONS DE HANCHE, BASSIN ET CUISSE	-76	149
238	OSTEOMYELITE	-25	66
239	FRACT. PATHOL. ET AFF.MALIGNES TISSU CONJONCTIF,SYSTEME MUSCULO-SQUEL	-172	26
240	AFFECTIONS DU TISSU CONJONCTIF, AVEC CC.	-272	-280
241	AFFECTIONS DU TISSU CONJONCTIF, SANS CC.	-228	-223
242	ARTHRITE SEPTIQUE	-46	-275
243	PROBLEMES MEDICAUX DE DOS	-146	-190
244	MALADIES DES OS ET ARTHROPATHIES SPECIFIQUES, AVEC CC.	-222	-163
245	MALADIES DES OS ET ARTHROPATHIES SPECIFIQUES, SANS CC.	-174	-195
246	ARTHROPATHIES NON SPECIFIQUES	-125	-91
247	SIGNES, SYMPTOMES RELATIFS AU SYSTEME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET TISSU CONJONCTIF	-190	-62
248	TENDINITE, MYOSITE ET BURSITE	-83	-212
249	SURVEILLANCE POUR PATHOLOGIE MUSCULO-SQUELETTIQUE ET DU TISSU CONJONCTIF	-92	-52
250	FRACTURES, ENTORSES, FOULURES, LUXATIONS AVANT-BRAS, MAIN, PIEDS, > 17 ANS, AVEC CC.	-57	-77
251	FRACTURES, ENTORSES, FOULURES, LUXATIONS AVANT-BRAS, MAIN, PIEDS, > 17 ANS, SANS CC.	-48	-56
252	FRACTURES, ENTORSES, FOULURES, LUXATIONS AVANT-BRAS, MAIN, PIEDS, < 18 ANS	-28	
253	FRACTURES, ENTORSES, FOULURES, LUXATIONS BRAS, MEMB.INFER.SAUF PIED, > 17 ANS, AVEC CC.	-121	118
254	FRACTURES, ENTORSES, FOULURES, LUXATIONS BRAS, MEMB.INFER.SAUF PIED, > 17 ANS, SANS CC.	-80	-106
255	FRACTURES, ENTORSES, FOULURES, LUXATIONS BRAS, MEMB.INFER.SAUF PIED, < 18 ANS	-9	
256	AUTRES DIAGNOSTICS SYSTEME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET TISSU CONJONCTIF	-65	-66
257	MASTECTOMIE TOTALE POUR AFFECTIONS MALIGNES, AVEC CC.	-97	-217
258	MASTECTOMIE TOTALE POUR AFFECTIONS MALIGNES, SANS CC.	-166	-195
259	MASTECTOMIE SUBTOTALE POUR AFFECTIONS MALIGNES, AVEC CC.	-113	-210
260	MASTECTOMIE SUBTOTALE POUR AFFECTIONS MALIGNES, SANS CC.	-129	-166
261	INTERVENTIONS SEIN POUR AFFECTIONS BENIGNES, EXCEPTE BIOPSIE ET EXCISION LOCALE	-57	-70
262	BIOPSIE SEIN, EXCISION LOCALE POUR AFFECTIONS BENIGNES	-62	-120
263	GREFFE CUTANEE ET/OU DEBRIDEMENT POUR ULCERE OU CELLULITE, AVEC CC.	-86	743
264	GREFFE CUTANEE ET/OU DEBRIDEMENT POUR ULCERE OU CELLULITE, SANS CC.	103	965
265	GREFFE CUTANEE ET/OU DEBRIDEMENT EXCEPTE ULCERE ET CELLULITE, AVEC CC.	-167	39
266	GREFFE CUTANEE ET/OU DEBRIDEMENT EXCEPTE ULCERE ET CELLULITE, SANS CC.	-56	-92
267	INTERVENTIONS PERIANALES ET PILONIDALES	-83	346
268	CHIRURGIE PLASTIQUE DE PEAU, DE TISSU SOUS-CUTANE ET DU SEIN	-66	171

AP-DRG	DESCRIPTION	ICS	
		Sous-groupe d'âge < 75 ans	Sous-groupe d'âge > = 75 ans
269	AUTRES INTERVENTIONS PEAU, TISSU SOUS-CUTANE, SEIN, AVEC CC.	-46	333
270	AUTRES INTERVENTIONS PEAU, TISSU SOUS-CUTANE, SEIN, SANS CC.	-49	91
271	ULCERE DE LA PEAU	1	435
272	AFFECTIONS MAJEURES DE LA PEAU, AVEC CC.	-81	7
273	AFFECTIONS MAJEURES DE LA PEAU, SANS CC.	-92	79
274	AFFECTIONS MALIGNES DU SEIN, AVEC CC.	-42	-89
275	AFFECTIONS MALIGNES DU SEIN, SANS CC.	-76	-132
276	AFFECTIONS DU SEIN, EXCEPTE AFFECTIONS MALIGNES	-63	343
277	CELLULITE, > 17 ANS, AVEC CC.	-135	-48
278	CELLULITE, > 17 ANS, SANS CC.	-67	38
279	CELLULITE, < 18 ANS	136	
280	TRAUMATISME DE PEAU, TISSU SOUS-CUTANE, SEIN, > 17 ANS, AVEC CC.	-117	-37
281	TRAUMATISME DE PEAU, TISSU SOUS-CUTANE, SEIN, > 17 ANS, SANS CC.	-61	-70
282	TRAUMATISME DE PEAU, TISSU SOUS-CUTANE, SEIN, < 18 ANS	-23	
283	AFFECTIONS MINEURES DE LA PEAU, AVEC CC.	-162	-186
284	AFFECTIONS MINEURES DE LA PEAU, SANS CC.	-72	-191
285	AMPUTATION DE MEMBRE INFERIEUR POUR AFFECTIONS ENDOCRIN.,NUTRIT., METABOLIQUES	-229	-578
286	INTERVENTIONS SUR LES SURRENALES ET L'HYPOPHYSE	26	-971
287	GREFFE CUTANEE, DEBRIDEMENT DE PLAIE POUR AFFECTIONS ENDOCR., NUTRIT., METABOL.	-84	
288	INTERVENTIONS CHIRURGICALES POUR OBESITE	-68	-194
289	INTERVENTIONS SUR PARATHYROIDES	-114	-276
290	INTERVENTIONS SUR LA THYROIDE	-95	-89
291	INTERVENTIONS SUR LE CANAL THYREOGLOSSE	1	
292	AUTRES INTERVENTIONS SUR SYSTEME ENDOCRINIEN, TROUB.NUTRIT, METAB, AVEC CC.	-186	385
293	AUTRES INTERVENTIONS SUR SYSTEME ENDOCRINIEN, TROUB.NUTRIT, METAB, SANS CC.	-47	-125
294	DIABETE, AGE > 35 ANS	-143	-82
295	DIABETE, AGE < 36 ANS	-32	
296	AFFECTIONS NUTRITIONNELLES ET DU METABOLISME, > 17 ANS, AVEC CC.	-164	174
297	AFFECTIONS NUTRITIONNELLES ET DU METABOLISME, > 17 ANS, SANS CC.	-183	82
298	AFFECTIONS NUTRITIONNELLES ET DU METABOLISME, < 18 ANS	191	
299	ANOMALIES CONGENITALES DU METABOLISME	-91	-115
300	AFFECTIONS ENDOCRINIENNES, AVEC CC.	-222	-178
301	AFFECTIONS ENDOCRINIENNES, SANS CC.	-165	-274
302	TRANSPLANTATION RENALE	222	
303	INTERVENTIONS MAJ. POUR AFF. MALIGNES REINS, URETERES, VESSIE	218	-29
304	INTERVENTIONS MAJ. POUR AFF. BENIGNES REINS, URETERES, VESSIE, AVEC CC.	30	3
305	INTERVENTIONS MAJ. POUR AFF. BENINGES REINS, URETERES, VESSIE, SANS CC.	22	-37
306	PROSTATECTOMIE, AVEC CC.	-168	-186
307	PROSTATECTOMIE, SANS CC.	-154	-129
308	INTERVENTIONS MINEURES DE LA VESSIE, AVEC CC.	-6	202
309	INTERVENTIONS MINEURES DE LA VESSIE, SANS CC.	-68	-29
310	INTERVENTIONS TRANSURETRALES, AVEC CC.	-70	-68
311	INTERVENTIONS TRANSURETRALES, SANS CC.	-70	-47
312	INTERVENTIONS SUR L'URETRE, > 17 ANS, AVEC CC.	-34	-88
313	INTERVENTIONS SUR L'URETRE, > 17 ANS, SANS CC.	-54	-78
314	INTERVENTIONS SUR L'URETRE, < 18 ANS	-22	
315	AUTRES INTERVENTIONS CHIRURG. DES REINS ET DES VOIES URINAIRES	-110	105
316	INSUFFISANCE RENALE	-169	-43
317	ADMISSION POUR DIALYSE RENALE	-125	-102
318	AFFECTIONS MALIGNES DES REINS ET VOIES URINAIRES, AVEC CC.	-41	58
319	AFFECTIONS MALIGNES DES REINS ET VOIES URINAIRES, SANS CC.	-71	-78
320	INFECTION DES REINS ET VOIES URINAIRES, > 17 ANS, AVEC CC.	-75	26
321	INFECTION DES REINS ET VOIES URINAIRES, > 17 ANS, SANS CC.	-92	22
322	INFECTION DES REINS ET VOIES URINAIRES, < 18 ANS	239	
323	LITHIASES URINAIRES, AVEC CC., ET/OU LITHOTRIPSIE	-80	-26
324	LITHIASES URINAIRES, SANS CC.	-74	-85
325	SIGNES ET SYMPTOMES DES REINS ET VOIES URINAIRES, > 17 ANS, AVEC CC.	-48	-73
326	SIGNES ET SYMPTOMES DES REINS ET VOIES URINAIRES, > 17 ANS, SANS CC.	-108	-21
327	SIGNES ET SYMPTOMES DES REINS ET VOIES URINAIRES, < 18 ANS, SANS CC.	-47	
328	STENOSE URETRALE, > 17 ANS, AVEC CC.	-52	390
329	STENOSE URETRALE, > 17 ANS, SANS CC.	-83	-127
330	STENOSE URETRALE, < 18 ANS	-102	
331	AUTRES DIAGNOSTICS DES REINS ET VOIES URINAIRES, > 17 ANS, AVEC CC.	-162	21

AP-DRG	DESCRIPTION	ICS	
		Sous-groupe d'âge < 75 ans	Sous-groupe d'âge > = 75 ans
332	AUTRES DIAGNOSTICS DES REINS ET VOIES URINAIRES, > 17 ANS, SANS CC.	-124	-74
333	AUTRES DIAGNOSTICS DES REINS ET VOIES URINAIRES, < 18 ANS	-19	
334	INTERVENTIONS MAJEURE SUR PETIT BASSIN, HOMME, AVEC CC.	12	-25
335	INTERVENTIONS MAJEURE SUR PETIT BASSIN, HOMME, SANS CC.	-39	-86
336	PROSTATECTOMIE TRANSURETRALE, AVEC CC.	-108	-151
337	PROSTATECTOMIE TRANSURETRALE, SANS CC.	-89	-92
338	INTERVENTIONS DES TESTICULES POUR AFFECTIONS MALIGNES	-95	-46
339	INTERVENTIONS DES TESTICULES, EXCEPTE AFFECTIONS MALIGNES, > 17 ANS	-60	-86
340	INTERVENTIONS DES TESTICULES, EXCEPTE AFFECTIONS MALIGNES, < 18 ANS	-29	
341	CHIRURGIE DU PENIS	-43	8
342	CIRCONCISION, > 17 ANS	-62	-35
343	CIRCONCISION, < 18 ANS	-21	
344	AUTRES INTERVENTIONS SUR SYSTEME GENITAL MASCULIN POUR AFFECTIONS MALIGNES	-164	491
345	AUTRES INTERVENTIONS SUR SYSTEME GENITAL MASCULIN EXCEPTE POUR AFFECTIONS MALIGNES	-64	-23
346	AFFECTIONS MALIGNES D'ORGANES GENITAUX MASCULINS, AVEC CC.	55	-39
347	AFFECTIONS MALIGNES D'ORGANES GENITAUX MASCULINS, SANS CC.	-101	-57
348	HYPERTROPHIE BENIGNE DE PROSTATE, AVEC CC.	-112	-163
349	HYPERTROPHIE BENIGNE DE PROSTATE, SANS CC.	-109	-25
350	INFLAMMATION DES ORGANES GENITAUX MASCULINS	-73	-37
351	STERILISATION MASCULINE	-49	
352	AUTRES DIAGNOSTICS DES ORGANES GENITAUX MASCULINS	-74	47
353	EVISCERATION PELVIENNE, HYSTERECTOMIE ET VULVECTOMIE RADICALES	-65	45
354	INTERVENTIONS SUR UTERUS/ANNEXES, POUR AFF. MALIGNES EXCEPTE OVAIRES/ANNEXES, AVEC CC.	-125	-385
355	INTERVENTIONS SUR UTERUS/ANNEXES, POUR AFF. MALIGNES EXCEPTE OVAIRES/ANNEXES, SANS CC.	-71	-46
356	INTERVENTIONS RECONSTRUCTRICES D'ORGANES GENITAUX FEMININS	-93	-76
357	INTERVENTIONS SUR UTERUS/ANNEXES POUR AFF. MALIGNES DES OVAIRES ET DES ANNEXES	-7	177
358	INTERVENTIONS SUR UTERUS/ANNEXES, POUR CARCINOME IN SITU ET AFF. BENIGNES, AVEC CC.	-66	39
359	INTERVENTIONS SUR UTERUS/ANNEXES, POUR CARCINOME IN SITU ET AFF. BENIGNES, SANS CC.	-94	-93
360	INTERVENTIONS SUR VAGIN, COL ET VULVE	-60	16
361	LIGATURE TUBAIRE PAR VOIE LAPAROSCOPIE	-56	-102
362	LIGATURE TUBAIRE PAR VOIE ENDOSCOPIQUE	-61	
363	DILATATION, CURETAGE, CONISATION, RADIO-IMPLANT POUR AFFECTIONS MALIGNES	-65	-72
364	DILATATION, CURETAGE, CONISATION EXCEPTE POUR AFFECTIONS MALIGNES	-62	-66
365	AUTRES INTERVENTIONS SUR ORGANES GENITAUX FEMININS	-75	-41
366	AFFECTIONS MALIGNES D'ORGANES GENITAUX FEMININS, AVEC CC.	6	-39
367	AFFECTIONS MALIGNES D'ORGANES GENITAUX FEMININS, SANS CC.	-38	-42
368	INFECTIONS DES ORGANES GENITAUX FEMININS	-90	438
369	TROUBLES MENSTRUELS, AUTRES TROUBLES DES ORGANES GENITAUX FEMININS	-90	-53
370	CESARIENNE, AVEC CC.	122	
371	CESARIENNE, SANS CC.	89	
372	ACCOUCHEMENT COMPLIQUE, PAR VOIE VAGINALE	12	
373	ACCOUCHEMENT NON COMPLIQUE, PAR VOIE VAGINALE	29	
374	ACCOUCHEMENT VOIE VAGINALE AVEC STERILISATION ET/OU DILATATION ET CURETAGE	30	
375	ACCOUCHEMENT VOIE VAGINALE AVEC INTERVENTIONS CHIR., EXCEPTE STERILISAT. OU DILAT CURET.	-6	
376	PATHOLOGIE POST-PARTUM ET POST-AVORTEMENT, SANS INTERVENTIONS CHIRURGICALES	-62	
377	PATHOLOGIE POST-PARTUM ET POST-AVORTEMENT, AVEC INTERVENTIONS CHIRURGICALES	-54	
378	GROSSESSE EXTRA-UTERINE	-35	
379	MENACE D'AVORTEMENT	-116	
380	AVORTEMENT, SANS DILATATION CURETAGE	-52	
381	AVORTEMENT, AVEC DILATION, ASPIRATION, CURETAGE OU HYSTEROTOMIE	-60	
382	MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE	-95	
383	AUTRES DIAGNOSTICS ANTEPARTUM, AVEC COMPL. MEDICALES	-87	
384	AUTRES DIAGNOSTICS ANTEPARTUM, SANS COMPL. MEDICALES	-94	



AP-DRG	DESCRIPTION	ICS	
		Sous-groupe d'âge < 75 ans	Sous-groupe d'âge > = 75 ans
392	SPLENECTOMIE, > 17 ANS	207	
393	SPLENECTOMIE, < 18 ANS	-2	
394	AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUR SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES	-69	-145
395	AFFECTIONS DES GLOBULES ROUGES, > 17 ANS	-140	-101
397	TROUBLES DE LA COAGULATION	-64	-24
398	MALADIES DU SYSTEME RETICULO-ENDOTHELIAL ET IMMUNITAIRE, AVEC CC.	-80	-157
399	MALADIES DU SYSTEME RETICULO-ENDOTHELIAL ET IMMUNITAIRE, SANS CC.	-70	-78
400	LYMPHOME ET LEUCEMIE AVEC INTERVENTIONS CHIRURGICALES MAJEURES	54	-3
401	LYMPHOME, LEUCEMIE NON AIGUE AVEC AUTRES INTERVENTIONS, AVEC CC.	-63	1
402	LYMPHOME, LEUCEMIE NON AIGUE AVEC AUTRES INTERVENTIONS, SANS CC.	-133	-168
403	LYMPHOME, LEUCEMIE NON AIGUE, AVEC CC.	14	-61
404	LYMPHOME, LEUCEMIE NON AIGUE, SANS CC.	-48	-77
406	MALADIES MYELOPROLIFERATIVES, NEO.PEU DIFFERENCIES AVEC INTERVENTIONS CHIRURGICALES MAJ. AVEC CC.	64	674
407	MALADIES MYELOPROLIFERATIVES, NEO.PEU DIFFERENCIES AVEC INTERVENTIONS CHIRURGICALES MAJ. SANS CC.	142	394
408	MALADIES MYELOPROLIFERATIVES, NEO.PEU DIFFERENCIES, AVEC AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGI	-90	6
409	RADIOTHERAPIE	-231	-448
410	CHIMIOOTHERAPIE	-24	-39
411	ANTECEDENTS DES AFFECTIONS MALIGNES, SANS ENDOSCOPIE	-124	-112
412	ANTECEDENTS DES AFFECTIONS MALIGNES, AVEC ENDOSCOPIE	-131	-100
413	AUTRES MALADIES MYELOPROLIFERATIVES OU AFF. MALIGNES PEU DIFFERENCIES, AVEC CC.	-52	149
414	AUTRES MALADIES MYELOPROLIFERATIVES OU AFF. MALIGNES PEU DIFFERENCIES, SANS CC.	-45	52
415	INTERVENTIONS CHIRURGICALES POUR INFECTIONS OU MALADIES PARASITAIRES	116	195
416	SEPTICEMIE, > 17 ANS	92	350
417	SEPTICEMIE, < 18 ANS	459	
418	INFECTIONS POSTOPERATOIRES ET POSTTRAUMATIQUES	-75	-75
419	FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE, > 17 ANS, AVEC CC.	-147	-153
420	FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE, > 17 ANS, SANS CC.	-116	68
421	INFECTION VIRALE, > 17 ANS	-112	-315
422	MALADIE VIRALE, FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE, < 18 ANS	59	
423	AUTRES MALADIES INFECTIEUSES OU PARASITAIRES	-80	411
424	INTERVENTIONS CHIRURGICALES AVEC DIAG.PRINCIPAL DE MALADIE MENTALE	-344	233
425	REACTION AIGUE D'ADAPTATION, DYSFONCTIONNEMENT PSYCHOSOCIAL	-246	-58
426	DEPRESSIONS NEVROTIQUES	-381	-338
427	NEVROSES, EXCEPTE DEPRESSION	-299	-276
428	TROUBLES DE PERSONNALITE, COMPORTEMENT IMPULSIF	-386	-303
429	TROUBLES ORGANIQUES ET RETARD MENTAL	-171	22
430	PSYCHOSES	-451	-209
431	TROUBLES MENTAUX DE L'ENFANCE	-230	-153
432	AUTRES MALADIES MENTALES	-45	-33
439	GREFFES CUTANEEES POUR TRAUMATISME	-51	-299
440	DEBRIDEMENT DE PLAIE POUR TRAUMATISME EXCEPTE PLAIES OUVERTES	-96	-147
441	INTERVENTIONS DE LA MAIN POUR TRAUMATISME	-45	-126
442	AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES POUR TRAUMATISME, AVEC CC.	-38	-213
443	AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES POUR TRAUMATISME, SANS CC.	-20	162
444	TRAUMATISME MULTIPLE OU DE SITE NON SPECIFIE, > 17 ANS, AVEC CC.	117	-47
445	TRAUMATISME MULTIPLE OU DE SITE NON SPECIFIE, > 17 ANS, SANS CC.	-45	-85
446	TRAUMATISME MULTIPLE OU DE SITE NON SPECIFIE, < 18 ANS	-6	
447	REACTIONS ALLERGIQUES, > 17 ANS	-84	-134
448	REACTIONS ALLERGIQUES, < 18 ANS	-21	
449	EMPOISONNEMENT, EFFETS TOXIQUES DE MEDICAMENT, > 17 ANS, AVEC CC.	-107	-17
450	EMPOISONNEMENT, EFFETS TOXIQUES DE MEDICAMENT, > 17 ANS, SANS CC.	-70	-45
451	EMPOISONNEMENT, EFFETS TOXIQUES DE MEDICAMENT, < 18 ANS	-52	
452	COMPLICATIONS DE TRAITEMENT, AVEC CC.	-123	-148
453	COMPLICATIONS DE TRAITEMENT, SANS CC.	-56	-77

AP-DRG	DESCRIPTION	ICS	
		Sous-groupe d'âge < 75 ans	Sous-groupe d'âge > = 75 ans
454	AUTRES TRAUMATISMES, EMPOISONNEMENTS, EFFETS TOXIQUES, AVEC CC.	-51	-28
455	AUTRES TRAUMATISMES, EMPOISONNEMENTS, EFFETS TOXIQUES, SANS CC.	-72	-92
456	BRULURES, TRANSFERT VERS UN AUTRE CENTRE DE TRAITEMENT	28	-529
458	BRULURES NON ETENDUES AVEC GREFFES CUTANÉES	-137	731
459	BRULURES NON ETENDUES, AVEC DEBRIDEMENT DE PLAIE OU AUTRES INTERVENTIONS	-64	
460	BRULURES NON ETENDUES SANS INTERVENTIONS CHIRURGICALES	70	-59
461	INTERVENTIONS CHIR. POUR AUTRE CONTACT AVEC SERVICES DE SANTE	-25	122
462	REEDUCATION	-231	206
463	SIGNES ET SYMPTOMES, AVEC CC.	-199	55
464	SIGNES ET SYMPTOMES, SANS CC.	-110	-75
465	SURVEILLANCE AVEC ANTECEDENTS DES AFF. MALIGNES COMME DIAGNOSTIC SECONDAIRE	-92	-80
466	SURVEILLANCE SANS ANTECEDENTS DES AFF. MALIGNES COMME DIAGNOSTIC SECONDAIRE	-105	-88
467	AUTRES FACTEURS INFLUENCANT L'ETAT DE SANTE	35	-64
471	INTERVENTIONS BILAT. OU MULTIPLES SUR GROSSES ARTICULATIONS DE MEMBRE INFERIEUR	-245	921
472	BRULURES ETENDUES AVEC INTERVENTIONS CHIRURGICALES	2490	
475	MALADIES DU SYSTEME RESPIRATOIRE AVEC ASSISTANCE VENTILATOIRE	1462	1400
478	AUTRES INTERVENTIONS VASCULAIRES, AVEC CC.	-73	197
479	AUTRES INTERVENTIONS VASCULAIRES, SANS CC.	-57	99
480	TRANSPLANTATION HEPATIQUE	481	
481	TRANSPLANTATION DE MOELLE OSSEUSE	2650	
482	TRACHEOSTOMIE POUR AFFECTIONS DE BOUCHE, PHARYNX OU LARYNX	1635	3974
483	TRACHEOSTOMIE POUR AFFECTIONS AUTRES QUE BOUCHE, PHARYNX, LARYNX	8025	5815
491	INTERVENTIONS MAJEURES SUR ARTICULATION ET RATTACHEMENT DE MEMBRE DE L'EXTREM. SUPERI	-178	-41
530	CRANIOTOMIE AVEC CC. MAJ.	1878	1900
531	INTERVENTIONS SUR LE SYSTEME NERVEUX, EXCEPTE CRANIOTOMIE, AVEC CC. MAJ.	366	206
532	ISCHEMIE CEREBRALE TRANSITOIRE, OCCLUS.PRECEREBR., EPILEPSIE ET CEPHALEES, AVEC CC. MAJ.	69	223
533	AUTRE AFFECT.SYST.NERV.,EXC.ISCH.CEREBR.TRANSITOIRE, EPILEPSIE ET CEPHALEES, AVEC CC.	642	710
534	INTERVENTIONS SUR L'OEIL, AVEC CC. MAJ.	-19	-91
535	AFFECTIONS OCULAIRES, AVEC CC. MAJ.	-82	-54
536	INTERVENTIONS DES NEZ, GORGE, OREILLE ET BOUCHE EXC. INTERV. MAJ. TETE ET COU, AVEC CC	107	-1353
537	AFFECTIONS DES NEZ, GORGE, OREILLES ET BOUCHE, AVEC CC. MAJ.	191	376
538	INTERVENTIONS THORACIQUES MAJEURE, AVEC CC. MAJ.	725	4400
539	INTERVENTIONS RESPIRATOIRES EXCEPTE INTERVENTIONS THORACIQUES MAJ., AVEC CC. MAJ.	458	883
540	INFECTIONS RESPIRATOIRES ET INFLAMMATIONS, AVEC CC. MAJ.	771	1406
541	AFFECTIONS RESPIRATOIRES, EXCEPTE INFECTIONS, BRONCHITE, ASTHME, AVEC CC. MAJ.	45	229
542	BRONCHITE, ASTHME, AVEC CC. MAJ.	20	303
543	AFFECT.CIRCULATOIRES,SAUF INFARC.,ENDOCARDITE,DECOMPENS., ARYTHM., AVEC CC. MAJ..	38	91
544	DECOMPENSATION CARDIAQUE, ARYTHMIE, AVEC CC. MAJ.	235	375
545	INTERVENTIONS DE VALVE CARDIAQUE, AVEC CC. MAJ.	1223	2095
546	PONTAGE CORONAIRE, AVEC CC. MAJ.	742	3328
547	AUTRES INTERVENTIONS CARDIOTHORACIQUES, AVEC CC. MAJ.	724	1131
548	INSERTION OU REVISION DE PACEMAKER, AVEC CC. MAJ.	-15	49
549	INTERVENTIONS CARDIO-VASCULAIRES MAJEURES, AVEC CC. MAJ.	1472	1541
550	AUTRES INTERVENTIONS VASCULAIRES, AVEC CC. MAJ.	75	872
551	OESOPHAGITE, GASTROENTERITE, ULCERE NON COMPL, AVEC CC. MAJ.	-14	205
552	AFFECTIONS DIGESTIVE SAUF OESOPHAGITE, GASTROENTERITE,ULC NON CAP., AVEC CC. MAJ.	86	371
553	INTERVENTIONS SUR SYSTEME DIGESTIF SAUF HERNIE,ESTOMAC, INTESTIN, AVEC CC. MAJ.	418	783
554	INTERVENTIONS SUR HERNIE, AVEC CC. MAJ.	27	571
555	INTERVENTIONS SUR PANCREAS, FOIE, VOIES BILIAIRES, SAUF TRANSPL. FOIE, AVEC CC. MAJ.	1000	953
556	CHOLECYSTECTOMIE ET AUTRES INTERVENTIONS HEPATOBILIAIRES, AVEC CC. MAJ.	472	666
557	AFFECTIONS HEPATOBILIAIRES OU DU PANCREAS, AVEC CC. MAJ.	119	392

AP-DRG	DESCRIPTION	ICS	
		Sous-groupe d'âge < 75 ans	Sous-groupe d'âge > = 75 ans
558	INTERVENTIONS MAJEURES SYST.MUSC-SQUEL.,EXCEPTE BILAT.OU MULT. SUR ARTIC., AVEC CC. MAJEURE	567	1065
559	INTERVENTIONS NON MAJEURES SUR LE SYSTEME MUSCULO-SQUELETT., AVEC CC. MAJ.	35	558
560	AFFECT.MUSCULO-SQUEL.,EXC.OSTEITE, ARTHRITE SEPT., MAL.TIS. CONJ., AVEC CC. MAJ.	-87	290
561	OSTEOMYELITIS, ARTHRITE SEPTIQUE, AFFECT.TISSU CONJONCTIF, AVEC CC. MAJ.	340	197
562	AFFECTIONS MAJEURES DE PEAU, SEINS, AVEC CC. MAJ.	445	822
563	AUTRES AFFECTIONS DE PEAU, AVEC CC. MAJ.	293	611
564	INTERVENTIONS SUR PEAU ET SEINS, AVEC CC. MAJ.	80	687
565	INTERVENTIONS ENDOCRINE, NUTRIT., METABOL. EXCEPTE AMPUTAT. MEMB.INF., AVEC CC. MAJ.	536	-286
566	TROUBLES ENDOCRINE, NUTRIT., METABOL. EXCEPT TROUBLE ALIMENT., AVEC CC. MAJ.	141	481
567	INTERVENTIONS DES REINS ET VOIES URINAIRES EXCEPTE GREFFE DE REIN, AVEC CC. MAJ.	206	778
568	INSUFFISANCE RENALE, AVEC CC. MAJ.	411	691
569	AFFECTIONS DES REINS ET VOIE URINAIRE EXCEPTE INSUFFISANCE RENALE,AVEC CC. MAJ.	63	415
570	AFFECTIONS DES ORGANES GENITAUX MASCULIN, AVEC CC. MAJ.	136	281
571	INTERVENTIONS DES ORGANES GENITAUX MASCULINS, AVEC CC. MAJ.	34	535
572	AFFECTIONS DES ORGANES GENITAUX FEMININS, AVEC CC. MAJ.	357	833
573	INTERVENTIONS NON RADICALES DES ORGANES GENITAUX FEMININ, AVEC CC. MAJ.	15	219
574	AFFECTIONS DU SANG, DES ORGANES HEMATOPOIETIQUES, IMMUNIT., AVEC CC. MAJ.	228	147
575	INTERVENTIONS SUR SANG, LES ORGANES HEMATOPOIETIQUES, INTERVENTIONS IMMUN., AVEC CC.	370	-165
576	LEUCEMIE AIGUE, AVEC CC. MAJ.	1764	574
577	MALADIES MYELOPROLIFERATIVES, AFF. MAL. PEU DIFFERENCIES, AVEC CC. MAJ.	236	112
578	LYMPHOME, LEUCEMIE NON AIGUE, AVEC CC. MAJ.	508	600
579	INTERVENTIONS POUR LYMPHOME, LEUCEMIE, AFFEC. MYEPROLIFERATIVE, AVEC CC. MAJ.	1826	1240
580	INFECTIONS SYSTEMIQUES PARASITOSE, EXCEPTE SEPTICEMIE, AVEC CC. MAJ.	415	417
581	INTERVENTIONS POUR INFECTIONS SYSTEMIQUES PARASITOSE, AVEC CC. MAJ.	2125	3139
582	TRAUMATISMES EXCEPTE POLYTRAUMATISMES, AVEC CC. MAJ.	201	370
583	INTERVENTIONS POUR TRAUMATISMES EXCEPTE POLYTRAUMATISMES, AVEC CC. MAJ.	1444	768
584	SEPTICEMIE, AVEC CC. MAJ.	712	814
585	INTERVENTIONS GASTRO-INTESTINALES MAJEURES, AVEC CC. MAJ.	1044	1002
618	NOUVEAU-NES, POIDS 2 - 2,49 KG, SANS INTERVENTIONS SIGNIF., AVEC PROBL.MAJEURS	701	
622	NOUVEAU-NES, POIDS > 2,49 KG, AVEC INTERVENTIONS SIGNIF., AVEC PROB MAJ MULT.	1956	
623	NOUVEAU-NES, POIDS > 2,49 KG, AVEC INTERVENTIONS SIGNIF., SANS PROBL.MAJEURS MULT.	638	
624	NOUVEAU-NES, POIDS > 2,49 KG, AVEC INTERVENTIONS ABDOMINALE MINEURE	287	
626	NOUVEAU-NES, POIDS > 2,49 KG, SANS INTERVENTIONS SIGNIF. AVEC PROBLEMES MAJ.MULT.	1199	
627	NOUVEAU-NES, POIDS > 2,49 KG, SANS INTERVENTIONS SIGNIF. AVEC PROBLEMES MAJEURS	994	
628	NOUVEAU-NES, POIDS > 2,49 KG, SANS INTERVENTIONS SIGNIF. AVEC PROBLEMES MINEURS	289	
629	NOUVEAU-NES, POIDS > 2,49 KG, SANS INTERVENTIONS SIGNIF., DIAGNOSTIC NORMAL	166	
630	NOUVEAU-NES, POIDS > 2,49 KG, SANS INTERVENTIONS SIGNIF., AVEC AUTRES PROBL.	602	
633	ANOMALIES CONGENITALES, MULT.,AUTRES ET NON SPECIFIEES, AVEC CC.	-62	
634	ANOMALIES CONGENITALES, MULT.,AUTRES ET NON SPECIFIEES, SANS CC.	-88	
640	NOUVEAU-NES, NE A L'EXTERIEUR, TRANSFERE A L'EXTERIEUR ENDEANS 5 JOURS	68	
650	CESARIENNE A HAUT RISQUE, AVEC CC. MAJ.	22	
651	CESARIENNE A HAUT RISQUE, SANS MAJ. CC.	580	
652	ACCOUCHEMENT VAGINAL A HAUT RISQUE AVEC STERILISAT., ET/OU DILAT. ET CURETAGE	-9	
700	HIV AVEC CONDITION SPECIFIQUE, < 13 ANS	1538	
702	HIV AVEC MALADIE DU S.N.C., NON ASSOCIE A USAGE D'OPIACES, > 12 ANS	3569	
704	HIV AVEC AFFECTIONS MALIGNES AVEC USAGE D'OPIACES, > 12 ANS	320	
705	HIV AVEC AFFECTIONS MALIGNES SANS USAGE D'OPIACES, > 12 ANS	906	
707	HIV AVEC INFECTION AVEC USAGE D'OPIACES, > 12 ANS	-168	
708	HIV AVEC INFECTION SANS USAGE D'OPIACES, > 12 ANS	830	
711	HIV AVEC AUTRE AFFECTIONS, SANS USAGE D'OPIACES, > 12 ANS	257	
712	HIV SANS PATHOLOGIE LIEE, < 13 ANS	1105	
714	HIV SANS PATHOLOGIE LIEE, SANS USAGE D'OPIACES, > 12 ANS	576	
730	CRANIOTOMIE POUR POLYTRAUMATISME SIGNIFICATIF	2855	-626
731	INTERVENTIONS SUR COLONNE, HANCHE, MEMBRE POUR POLYTRAUMATISME SIGNIFICATIF	775	470
732	AUTRE INTERVENTIONS POUR POLYTRAUMATISME SIGNIFICATIF	193	149
733	DIAGNOSTICS CONCERNANT TETE, THORAX, MEMBRE INFER. INDIQUANT POLYTRAUMATISE	387	-337
734	AUTRES DIAGNOSTICS DE POLYTRAUMATISME SIGNIFICATIF	-430	
737	REVISION DE SHUNT VENTRICULAIRE, < 18 ANS	-192	
738	CRANIOTOMIE, < 18 ANS, AVEC CC.	721	
739	CRANIOTOMIE, < 18 ANS, SANS CC.	128	

AP-DRG	DESCRIPTION	ICS	
		Sous-groupe d'âge < 75 ans	Sous-groupe d'âge > = 75 ans
740	MUCOVISCIDOSE	219	
743	ABUS OU DEPENDANCE D'OPIACES, SORTI CONTRE AVIS MEDICAL	-140	
744	ABUS OU DEPENDANCE D'OPIACES, AVEC CC.	-296	
745	ABUS OU DEPENDANCE D'OPIACES, SANS CC.	-280	
746	ABUS OU DEPENDANCE DE COCAINE OU AUTRES DROGUES, SORTI CONTRE AVIS MEDICAL	-59	
747	ABUS OU DEPENDANCE DE COCAINE OU AUTRES DROGUES, AVEC CC.	-232	-79
748	ABUS OU DEPENDANCE DE COCAINE OU AUTRES DROGUES, SANS CC.	-169	-296
749	ABUS OU DEPENDANCE D'ALCOOL, SORTI CONTRE AVIS MEDICAL	-80	
750	ABUS OU DEPENDANCE D'ALCOOL, AVEC CC.	-310	40
751	ABUS OU DEPENDANCE D'ALCOOL, SANS CC.	-216	-134
752	INTOXICATION AU PLOMB	-138	
753	REEDUCATION POUR TROUBLES ALIMENTAIRES	-430	860
755	ARTHRODESE VERTEBRALE AVEC CC.	140	35
756	ARTHRODESE VERTEBRALE SANS CC.	-27	47
757	INTERVENTIONS SUR DOS ET COU EXCEPTE ARTHRODESE VERTEBRALE, AVEC CC.	-52	-8
758	INTERVENTIONS SUR DOS ET COU EXCEPTE ARTHRODESE VERTEBRALE, SANS CC.	-107	-80
759	IMPLANTS COCHLEAIRES MULTI-CANAUX	-73	
760	HEMOPHILIE VIII ET IX	13	
761	STUPEUR ET COMA TRAUMATIQUES, > 1 HR	25	1154
762	COMMOTION, TRAUMATISME INTRACRANIEN AVEC COMA < 1HR, < 18 ANS	-36	
763	STUPEUR ET COMA TRAUMATIQUES, < 1HR, < 18 ANS	54	
764	COMMOTION, TRAUMATISME INTRACRANIEN, COMA < 1HR OU ABSENT, > 17 ANS, AVEC CC	-73	-132
765	COMMOTION, TRAUMATISME INTRACRANIEN, COMA < 1HR OU ABSENT, > 17 ANS, SANS CC.	-76	-60
766	STUPEUR ET COMA TRAUMATIQUES, COMA < 1 HR, > 17 ANS, AVEC CC.	-24	499
767	STUPEUR ET COMA TRAUMATIQUES, COMA < 1 HR, > 17 ANS, SANS CC.	-68	-163
768	EPILEPSIE, CONVULSIONS ET CEPHALEES, < 18 ANS, AVEC CC.	-81	
769	EPLIEPSIE, CONVULSIONS ET CEPHALEES, < 18 ANS, SANS CC.	-1	
770	INFECTIONS ET INFLAMMATIONS RESPIRATOIRES, < 18 ANS, AVEC CC.	507	
771	INFECTIONS ET INFLAMMATIONS RESPIRATOIRES, < 18 ANS, SANS CC.	175	
772	PNEUMONIE SIMPLE ET PLEURESIE, < 18 ANS, AVEC CC.	506	
773	PNEUMONIE SIMPLE ET PLEURESIE, < 18 ANS, SANS CC.	233	
774	BRONCHITE ET ASTHME, < 18 ANS, AVEC CC.	210	
775	BRONCHITE ET ASTHME, < 18 ANS, SANS CC.	171	
776	OESOPHAGITE, GASTRO-ENTERITE, AFFECT. DIGESTIVES DIVERSES, < 18 ANS, AVEC CC.	122	
777	OESOPHAGITE, GASTRO-ENTERITE, AFFECT. DIGESTIVES DIVERSES, < 18 ANS, SANS CC.	69	
778	AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME DIGESTIF, < 18 ANS, AVEC CC.	181	
779	AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME DIGESTIF, < 18 ANS, SANS CC.	6	
780	LEUCEMIE AIGUE SANS INTERVENTIONS CHIR.MAJEURES, < 18 ANS, AVEC CC.	6849	
781	LEUCEMIE AIGUE SANS INTERVENTIONS CHIR.MAJEURES, < 18 ANS, SANS CC.	-57	
782	LEUCEMIE AIGUE SANS INTERVENTIONS CHIR.MAJEURES, > 17 ANS, AVEC CC.	1237	50
783	LEUCEMIE AIGUE SANS INTERVENTIONS CHIR.MAJEURES, > 17 ANS, SANS CC.	398	-69
784	CRISE D'ANEMIE HEMOLYTIQUE ACQUISE OU ANEMIE FALCIFORME, < 18 ANS	3	
785	AUTRES AFFECTIONS DES GLOBULES ROUGES, < 18 ANS	112	
786	INTERVENTIONS MAJEURE DE TETE COU POUR AFFECTIONS MALIGNES	415	2087
787	CHOLECYSTECTOMIE LAPAROSCOPIQUE AVEC EXPLORATION DE VOIE BILIAIRE PRINCIPALE	33	-384
788	CHOLECYSTECTOMIE LAPAROSCOPIQUE SANS EXPLORER LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE	-53	-8
789	INTERVENTIONS MAJEURES ET RATTACHEMENT ARTICULAT. MEMBRE INFERIEUR, AVEC INFECTIION	-38	192
790	DEBRID. ET GREFFE PEAU POUR PLAIE OUVERTE,MALADIE OS + TISS.CONJ., EXCEPT MAIN	-51	
791	DEBRIDEMENT POUR PLAIE OUVERTE TRAUMATIQUE	-98	463
792	CRANIOTOMIE POUR POLYTRAUMATISME SIGNIFICATIF, AVEC CC. MAJ. NON TRAUMAT.	1907	-186
793	INTERVENTIONS POUR POLYTRAUMAT.GRAVE EXCEPTE CRANIOTOMIE, AVEC CC. MAJ. NON TRAUMAT.	2799	2709
794	DIAGNOSTICS DE POLYTRAUMATISME GRAVE, AVEC CC. MAJEURES NON TRAUMATIQUES	1440	1704

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

## Bijlage 7 aan het koninklijk besluit van 25 april 2002

Vaststelling van de scores waarvan sprake in de tweede berekening geïllustreerd in artikel 46, § 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 46, § 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 M.V.G. registratie gebeurt overeenkomstig de bepalingen van bijlage 3 van dit besluit.

Met het oog op de vaststelling van de punten M.V.G.-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 geïllustreerd 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 M.V.G.-ZIP per ziekenhuis

Om dit te doen, telt men de waarden in punten M.V.G. 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 M.V.G.-ZIP" of "scores M.V.G.-ZIP" genoemd.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

## Bijlage 8 aan het koninklijk besluit van 25 april 2002

Vaststelling van de score met het oog op de decielindeling der ziekenhuizen in de diensten erkend onder de kenletters C, D en E zoals bepaald in artikel 46, § 2, c.3) 3<sup>e</sup> berekening.

## 1. Doelstelling

In deze bijlage wordt een score bepaald op basis van de MKG-registratie van de drie laatst gekende registratiejaren.

## 2. Bepaling van de score op basis van de MKG-registratie

## 2.a Toepassingsgebied.

Om de score op basis van de MKG-registratie te berekenen wordt rekening gehouden met alle verblijven in de algemene ziekenhuizen in klassieke hospitalisatie, uitgezonderd de verblijven van :

1. de patiënten die minstens voor de helft van hun ziekenhuisverblijf verbleven hebben op een Sp-dienst;

2. de patiënten die minstens voor de helft van hun ziekenhuisverblijf verbleven hebben op een A-, K- of T-dienst;

3. de patiënten die minstens voor de helft van hun ziekenhuisverblijf verbleven hebben op een G-dienst;

4. de patiënten die in één van de eenheden voor de behandeling van zwaar verbranden verzorgd zijn en binnen MDC 22 (= brandwonden) vallen;

5. de patiënten die behoren tot APR-DRG 950 (= belangrijke ingrepen zonder verband met de hoofddiagnose) of APR-DRG 951 (= ingrepen op de prostaat zonder verband met de hoofddiagnose) of APR-DRG 952 (= minder belangrijke ingrepen zonder verband met hoofddiagnose);

## Annexe n° 7 à l'arrêté royal du 25 avril 2002

Fixation des scores dont question au deuxième calcul visé à l'article 46, § 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 2<sup>e</sup> calcul de l'article 46, § 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 royal du 25 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

## Annexe n° 8 à l'arrêté royal du 25 avril 2002

Fixation des scores en vue de la répartition en déciles des hôpitaux pour les services agréés sous les index C, D et E, tel que fixé à l'article 46, § 2, 2°, c.3) 3<sup>e</sup> calcul.

## 1. Objectif

Dans cette annexe, un score est déterminé sur base de l'enregistrement RCM en se référant sur les trois derniers exercices connus.

## 2. Détermination du score sur la base de l'enregistrement RCM

## 2.a Champ d'application

Pour calculer le score sur la base de l'enregistrement RCM, tous les séjours d'hospitalisation classique dans les hôpitaux généraux sont pris en considération, à l'exception des séjours :

1. de patients qui, pour la moitié au moins de leur séjour hospitalier, ont séjourné dans un service Sp;

2. de patients qui, pour la moitié au moins de leur séjour hospitalier, ont séjourné dans un service A, K ou T;

3. de patients qui, pour la moitié au moins de leur séjour hospitalier, ont séjourné dans un service G;

4. de patients qui sont soignés dans une des unités de traitement des grands brûlés et qui relèvent du MDC 22 (= brûlures);

5. les patients qui relèvent des APR-DRG 950 (interventions importantes sans lien avec le diagnostic principal) ou APR-DRG 951 (interventions sur la prostate sans lien avec le diagnostic principal) ou APR-DRG 952 (intervention moins importante sans lien avec le diagnostic principal)

6. de patiënten die behoren tot APR-DRG 955 (= diagnose niet geldig als hoofddiagnose) of APR-DRG 956 (niet te groeperen verblijven);

7. de patiënten die behoren tot de MDC 14 (= kraambed, zwangerschap en bevalling) of MDC 15 (= neonati);

8. de beëindigde verblijven en de niet-beëindigde verblijven met een opnamedatum die meer dan 6 maanden voor het begin van de statistische periode valt. Dit zijn de langdurige verblijven;

9. de foutieve verblijven.

2.b Berekening van het nationaal percentage intensieve zorgen dagen per diagnose-subgroep

Voor de berekening van het nationaal percentage IZ-dagen per diagnose-subgroep wordt gebruik gemaakt van de MKG van de drie laatst gekende registratiejaren.

Per APR-DRG<sub>j</sub> en GRAAD VAN ERNST<sub>i</sub> wordt het nationaal percentage intensieve zorgen dagen berekend aan de hand van de volgende formule :

$$NPERCIZ_{ji} = \frac{\sum IZ \text{ dagen}}{\sum FAC \text{ dagen}}$$

waarbij :

NPERCIZ<sub>ji</sub> = het nationaal percentage intensieve zorgen dagen per APR-DRG<sub>j</sub> en GRAAD VAN ERNST<sub>i</sub>

Σ IZdagen = de som van de ligduren op de dienst intensieve zorgen van alle weerhouden patiënten in APR-DRG<sub>j</sub> en GRAAD VAN ERNST<sub>i</sub>, waarbij enkel passages van meer dan 24 uur in rekening worden gebracht.

Σ FACdagen = de som van de volledig te factureren ligdagen van alle weerhouden patiënten in APR-DRG<sub>j</sub> en GRAAD VAN ERNST<sub>i</sub>

2.c Toepassing van het nationaal percentage op de casemix van het individuele ziekenhuis

De case-mix van het individuele ziekenhuis wordt bepaald op basis van de MKG van het laatst gekende registratiejaar

Per verblijf x in APR-DRG<sub>ji</sub> in ziekenhuis k wordt het nationaal percentage IZdagen toegepast om te komen tot een pathologiegewogen percentage IZdagen, en dit via de volgende formule :

$$VPERCIZ_k = \sum (M_x * NPERCIZ_{x,ji} * FAC \text{ dagen}_{x,ji}) / \sum FAC \text{ dagen}_k$$

Waarbij :

VPERCIZ<sub>k</sub> = het pathologiegewogen ziekenhuispercentage van IZdagen.

M<sub>x</sub> = de multiplicator die toegepast wordt per verblijf x en die normaal als waarde 1 heeft.

Hij wordt 2 indien :

- de patiënt in de dienst voor intensieve zorgen verbleven heeft en
- de patiënt opgenomen is via de dienst 100;

of

de patiënt overleden is.

De maximumwaarde van de multiplicator is 2 per verblijf. Het is onmogelijk de twee bovenvermelde voorwaarden te cumuleren.

NPERCIZ<sub>x,ji</sub> = het nationaal percentage IZdagen voor verblijf x in APR-DRG<sub>j</sub> en GRAAD VAN ERNST<sub>i</sub>

FACdagen<sub>x,ji</sub> = het aantal volledig te factureren ligdagen voor verblijf x in APR-DRG<sub>j</sub> en GRAAD VAN ERNST<sub>i</sub> in ziekenhuis k

Σ FACdagen<sub>k</sub> = de som van de volledig te factureren ligdagen van alle weerhouden patiënten in het ziekenhuis k.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

6. les patients qui relèvent des APR-DRG 955 (diagnostic non valable comme diagnostic principal) ou APR-DRG 956 (séjours non groupables)

7. de patients qui relèvent du MDC 14 (= grossesse et accouchement) ou MDC 15 (= nouveaux-nés);

8. les séjours terminés et les séjours non terminés, dont la date d'admission précède le début de la période statistique de plus de 6 mois. Ceux-ci constituent des séjours de longue durée;

9. les séjours fautifs.

2.b Calcul du pourcentage national de journées de soins intensifs par sous-groupe de diagnostic

Pour le calcul du pourcentage national de journées de soins intensifs par sous-groupe de diagnostic, les données d'enregistrement du RCM des trois dernières années sont utilisées.

Par APR-DRG<sub>j</sub> et par degré de sévérité<sub>i</sub>, le pourcentage national de journées aux soins intensifs est calculé au moyen de la formule suivante :

$$NPERCIZ_{ji} = \frac{\sum IZ \text{ journées}}{\sum FAC \text{ journées}}$$

où :

NPERCIZ<sub>ji</sub> = pourcentage national de journées aux soins intensifs par APR-DRG<sub>j</sub> et par degré de sévérité<sub>i</sub>;

Σ IZjournées = somme des durées de séjour dans un service de soins intensifs des patients retenus dans APR-DRG<sub>j</sub> et par degré de sévérité<sub>i</sub>; où seuls les passages de plus de 24 heures sont pris en considération.

Σ FACjournées = somme de l'ensemble des journées entièrement à facturer pour tous les patients retenus dans le APR-DRG<sub>j</sub> et par degré de sévérité<sub>i</sub>.

2.c Application du pourcentage national au case-mix de l'hôpital individuel

Le case-mix de l'hôpital individuel est fixé sur base du RCM de la dernière année connue.

Par séjour x dans APR-DRG<sub>ji</sub> dans l'hôpital k, on applique le pourcentage national de journées de soins intensifs pour obtenir un pourcentage de journées de soins intensifs, pondéré par pathologie, au moyen de la formule suivante :

$$VPERCIZ_k = \sum (M_x * NPERCIZ_{x,ji} * FAC \text{ journées}_{x,ji}) / \sum FAC \text{ journées}_k$$

où :

VPERCIZ<sub>k</sub> = le pourcentage hospitalier de journées de soins intensifs pondéré par pathologie.

M<sub>x</sub> = le multiplicateur appliqué par séjour x qui prend, normalement, la valeur de 1.

Il s'élève à 2 si :

- le patient a séjourné dans le service de soins intensifs et
- le patient a été admis via le service 100;

ou

si le patient est décédé.

La valeur maximum du multiplicateur est de 2 par séjour. Il est impossible de cumuler les deux conditions ci-dessus.

NPERCIZ<sub>x,ji</sub> = le pourcentage national de journées de soins intensifs pour un séjour x par APR-DRG<sub>j</sub> et par DEGRE DE SEVERITE<sub>i</sub>

FACjournées<sub>x,ji</sub> = le nombre total de journées d'hospitalisation entièrement à facturer pour un séjour x par APR-DRG<sub>j</sub> et par DEGRE DE SEVERITE<sub>i</sub> dans un hôpital k.

ΣFACjournées<sub>k</sub> = la somme totale des journées d'hospitalisation entièrement à facturer de tous les patients retenus ayant séjourné à l'hôpital k.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

Bijlage 9 aan het koninklijk besluit van 25 april 2002  
Lijst van de standaardtijden per nummer van nomenclatuur van de  
ziekte- en invaliditeitsverzekering

Annexe n° 9 à l'arrêté royal du 25 avril 2002  
Liste des temps standards par numéro de nomenclature de l'assu-  
rance maladie invalidité

Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclatur	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)
112280	2	220312-220323	4	228152-228163	4
113024	2	220334-220345	5	228185	13
113083	2	220360	3	228200	6
113105	2	221023	3	229025	11
113142	2	221045	3	229040	9
113323	3	221060	4	229062	9
114063	2	221082	4	229084	10
114085	3	221104	4	229121	6
144524	1	221126	4	229143	4
144542	2	221141	4	229165	5
144561	2	221152-221163	3	229176-229180	3
144583	3	226940	5	229202	7
144620	2	226962	6	229224	7
144642	2	226984	7	229261	6
144686	2	227006	6	229283	8
144701	3	227021	5	229305	8
145025	3	227043	3	229320	8
145526	3	227065	6	229342	8
145541	2	227076-227080	3	229364	7
145563	2	227102	2	229386	8
145585	2	227124	4	229401	7
145600	2	227146	9	229445	7
148024	3	227161	6	229482	6
148046	4	227183	6	229526	11
148061	3	227205	9	229541	13
148083	6	227220	8	229563	10
148105	3	227242	8	229585	14
148120	4	227264	7	229600	12
148142	3	227323	7	229622	12
148164	4	227345	9	230263	4
149026	2	227360	8	230322	4
149041	2	227382	8	230344	6
149063	3	227404	7	230366	4
149166	2	227426	7	230381	5
201283	2	227441	7	230403	5
220102	2	227463	7	230425	6
220124	2	227485	6	230440	7
220146	2	227500	3	230462	7
220161	2	227544	6	230484	9
220183	3	228023	10	230506	9
220205	3	228045	10	230543	8
220220	2	228060	11	230565	4
220231-220242	3	228082	8	230580	8
220264	3	228104	4	230602	4
220275-220286	4	228126	8	230613-230624	3
220290-220301	2	228141	7	230646	3
230705	7	235174-235185	5	240160	6
230720	6	235200	8	240166	5
230742	9	235222	8	240461	5
230764	8	236025	9	240483	6
231022	9	236040	11	240505	5
231044	10	236062	11	240520	7
231405	6	236106	9	241043	7

Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclatur	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)
232013-232024	4	237020	13	241065	6
232035-232046	6	237042	10	241080	5
232061	5	237064	10	241091-241102	5
232083	5	237086	10	241124	4
232105	6	237101	8	241146	4
232120	8	237123	8	241150-241161	4
232142	8	237145	7	241183	5
232164	7	237160	6	241205	5
232525	9	237182	8	241220	8
232540	11	237204	3	241242	6
232562	10	237226	6	241264	5
232584	9	238022	8	241286	6
232606	8	238044	8	241301	7
232621	12	238066	5	241312-241323	5
232643	13	238081	4	241345	6
232665	4	238103	4	241360	6
232680	4	238114-238125	4	241382	2
232702	4	238140	4	241404	6
232724	9	238162	4	241426	11
232746	9	238173-238184	4	241441	9
232761	8	238195-238206	4	241463	10
232783	9	238210-238221	6	241485	8
232805	6	238243	6	241500	7
232820	9	238265	5	241522	6
232842	3	238280	6	241544	7
232864	7	238302	4	241566	9
232886	6	238324	6	241581	8
232901	5	238346	8	241603	7
232923	13	239046	3	241625	5
232945	3	239083	5	241640	4
232982	8	239105	3	241662	5
235023	5	239201	4	241684	4
235045	5	239223	4	241706	5
235060	4	239245	6	241721	5
235082	7	239260	6	242023	11
235104	7	239282	5	242045	10
235126	6	239304	6	242060	10
235141	5	239326	6	242082	8
235163	10	239341	5	242104	8
242126	7	243644	4	244786	5
242141	8	243666	4	245022	3
242303	11	243681	3	245044	2
242325	11	243703	5	245066	4
242340	9	243725	3	245081	8
242362	5	243740	6	245103	4
242384	3	243762	7	245523	2
242406	7	243784	7	245534-245545	3
242421	11	244020	9	245560	1
242443	11	244042	8	245582	1
242465	5	244064	8	245604	3
242480	7	244086	7	245626	3
242502	9	244101	8	245630-245641	2
242524	9	244123	8	245663	8
242546	5	244145	4	245685	5
242561	6	244160	5	245700	2
242583	4	244182	4	245733-245744	5



Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclatur	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)
242605	6	244193-244204	4	245755-245766	2
242620	7	244226	4	245781	3
242642	5	244241	6	245803	2
242664	5	244263	2	245814-245825	3
242686	7	244285	4	245840	3
242701	6	244300	3	245851-245862	3
242723	9	244311-244322	5	245873-245884	5
242745	11	244344	2	246024	2
243025	10	244366	4	246046	5
243040	10	244381	3	246061	4
243062	8	244403	4	246083	2
243084	8	244425	4	246094-246105	4
243106	9	244436-244440	4	246212-246223	5
243121	7	244462	3	246514-246525	4
243143	6	244473-244484	3	246551-246562	3
243165	3	244495-244506	3	246573-246584	4
243180	5	244521	3	246595-246606	4
243202	5	244543	2	246610-246621	4
243224	5	244554-244565	3	246632-246643	4
243246	7	244580	3	246654-246665	6
243261	4	244602	3	246676-246680	3
243283	5	244624	2	246772-246783	6
243305	5	244635-244646	2	246805	5
243320	8	244661	3	246820	3
243342	7	244683	3	246831-246842	3
243364	5	244705	6	246853-246864	2
243425	7	244720	7	246886	5
243600	5	244742	5	246901	6
243622	5	244764	9	247026	4
247063	4	253621	6	247041	4
247085	6	253643	5	256082	3
247100	5	253665	5	256104	5
247122	9	255161	2	256115-256126	4
247166	8	255172-255183	2	256130-256141	3
247203	6	255194-255205	5	256163	4
247520	5	255220	3	256174-256185	3
247531-247542	4	255231-255242	4	256200	4
247564	5	255253-255264	4	256281	3
248065	1	255301	10	256303	3
250143	5	255323	8	256314-256325	4
250154-250165	3	255345	5	256336-256340	8
250176-250180	4	255360	15	256384	6
250191-250202	4	255382	5	256406	5
250213-250224	4	255404	9	256421	6
251274-251285	3	255426	8	256443	5
251300	3	255441	8	256465	6
251311-251322	5	255463	9	256480	3
251344	4	255485	5	256491-256502	3
251366	4	255522	4	256513-256524	3
251370-251381	4	255544	5	256546	3
251442	4	255566	10	256550-256561	9
251486	7	255592-255603	4	256583	4
251624	6	255614-255625	3	256605	2
251646	5	255640	3	256620	3
251650-251661	4	255662	5	256642	3
251683	4	255684	6	256664	3

Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclatur	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)
251823	9	255695-255706	4	256686	4
251845	10	255721	8	256701	5
251860	6	255732-255743	4	256723	6
251882	5	255754-255765	4	256760	7
251904	6	255776-255780	4	256782	9
252442	5	255802	1	256815-256826	3
252464	5	255824	2	256830-256841	3
252486	6	255846	3	256852-256863	3
252501	3	255861	3	256885	4
252523	6	255883	3	256900	5
253120	5	255894-255905	4	256944	6
253142	4	255916-255920	2	257003	5
253153-253164	6	255942	6	257025	6
253186	5	255964	9	257040	7
253190-253201	4	255975-255986	9	257062	9
253212-253223	5	256001	7	257084	7
253551-253562	4	256023	5	257106	4
253573-253584	5	256045	5	257121	6
253606	4	256060	3	257143	5
257180	9	258403	8	257165	8
257202	10	258425	11	260783	7
257224	7	258440	12	260794-260805	3
257246	6	258462	14	260820	3
257261	3	258484	5	260842	4
257283	3	258521	3	260853-260864	3
257320	3	258543	3	260875-260886	3
257342	2	258565	6	260890-260901	4
257386	2	258720	4	260912-260923	5
257390-257401	3	259022	10	260934-260945	2
257423	3	259044	11	260956-260960	3
257434-257445	3	259125	12	260982	3
257460	10	260046	5	261004	4
257482	2	260061	5	261026	8
257504	4	260083	6	261041	6
257526	6	260105	7	261063	3
257541	4	260120	6	261085	8
257563	4	260142	7	261100	4
257585	5	260164	10	261122	7
257600	4	260175-260186	4	261144	6
257762	3	260201	6	261166	2
257821	3	260223	5	261203	4
257843	6	260245	5	261214-261225	3
257865	5	260260	7	261236-261240	4
257876-257880	6	260315-260326	3	261262	7
257891-257902	7	260363	3	261284	6
257961	6	260385	4	261306	5
257983	5	260400	8	261321	7
257994-258005	6	260422	11	261343	6
258020	5	260444	12	261365	5
258031-258042	4	260466	6	261380	6
258053-258064	4	260470-260481	4	261402	3
258086	3	260503	5	261424	8
258090-258101	3	260525	9	261446	4
258112-258123	4	260540	11	261461	3
258145	4	260562	5	261483	6
258156-258160	5	260584	6	261542	3

Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclatur	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)
258171-258182	7	260606	7	261564	5
258204	5	260621	7	261586	3
258226	6	260643	5	261601	8
258241	6	260665	7	261623	5
258263	6	260676-260680	4	261645	7
258322	4	260691-260702	5	261660	8
258344	4	260724	4	261680	8
258366	8	260735-260746	4	261682	9
258381	5	260761	4	261704	8
261741	10	280663	4	261726	6
261763	10	280674-280685	3	281982	11
261785	9	280700	6	282004	12
261800	9	280711-280722	3	282026	12
261822	5	280744	3	282041	12
261844	5	280755-280766	3	282063	12
261881	7	280781	2	282085	11
261903	5	280792-280803	3	282100	4
262021	7	280825	4	282240	6
262043	8	281024	8	282262	6
262065	8	281046	8	282284	6
262080	7	281061	10	282306	5
262102	7	281083	10	282321	8
262124	8	281105	8	282520	5
262146	7	281120	8	282542	5
262161	4	281142	6	282564	6
262183	4	281164	4	282586	5
262205	5	281186	5	282601	11
262216-262220	4	281201	5	282623	9
262231-262242	5	281223	4	282645	5
262301	6	281245	5	282660	7
262323	6	281260	4	282682	6
262345	14	281282	5	282704	6
280022	2	281525	9	282726	5
280044	2	281540	9	283010-283021	6
280055-280066	3	281562	9	283043	6
280070-280081	4	281584	9	283065	6
280092-280103	5	281606	8	283080	6
280125	2	281621	6	283102	5
280136-280140	3	281643	9	283124	6
280151-280162	4	281665	10	283146	5
280184	3	281680	11	283161	6
280195-280206	3	281702	9	283183	6
280221	4	281724	7	283205	6
280243	3	281746	9	283220	7
280265	4	281761	7	283242	7
280280	4	281783	6	283264	5
280282	5	281805	9	283286	5
280302	5	281820	7	283301	6
280523	2	281842	8	283323	6
280534-280545	2	281864	9	283343	7
280560	3	281886	6	283345	7
280571-280582	3	281901	7	283360	8
280604	3	281923	7	283382	6
280626	4	281945	8	283404	7
280641	3	281960	9	283426	7
283463	10	284384	7	283441	8

Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclatur	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)
283485	5	284406	6	285320	5
283500	5	284421	6	285342	6
283522	6	284443	7	285364	6
283544	6	284465	7	285375-285386	4
283566	6	284480	5	285390-285401	5
283581	4	284502	6	285423	4
283601	4	284524	5	285434-285445	4
283625	5	284546	5	285456-285460	4
283640	6	284561	6	285482	4
283662	6	284572-284583	4	285504	4
283684	5	284605	5	285526	5
283706	7	284620	6	285541	5
283721	5	284642	6	285563	5
283743	7	284664	6	285574-285585	4
283765	8	284686	5	285596-285600	5
283780	5	284701	7	285622	3
283802	6	284723	6	285644	4
283824	6	284745	6	285666	8
283846	6	284760	6	285670-285681	4
283861	7	284782	4	285692-285703	4
283883	6	284804	4	285725	5
283905	7	284826	4	285740	5
283921	5	284841	5	285762	5
283942	7	284863	6	285784	4
283964	7	284885	8	285806	5
283986	7	284900	5	285810-285821	4
284001	7	284911-284922	4	285832-285843	5
284023	5	284944	4	285865	4
284045	5	284966	6	285880	4
284060	7	284981	5	285902	3
284082	6	285003	6	285924	3
284104	4	285025	5	285935-285946	3
284126	4	285062	5	285961	3
284141	7	285084	6	285972-285983	3
284163	10	285095-285106	5	286005	4
284185	6	285121	4	286020	3
284200	4	285143	4	286042	4
284222	6	285165	6	286064	3
284244	5	285180	6	286086	3
284266	6	285202	4	286101	4
284281	7	285224	5	286112-286123	3
284303	4	285235-285246	4	286134-286145	4
284325	5	285261	4	286160	4
284340	5	285283	6	286182	4
284362	5	285305	6	286204	4
286263	4	287534-287545	6	286215-286226	3
286285	4	287556-287560	4	286230-286241	3
286296-286300	5	287571-287582	4	288702	7
286322	7	287604	4	288724	7
286344	5	287626	6	288746	8
286366	4	287641	6	288761	8
286381	7	287663	6	288783	7
286403	4	287685	7	288805	6
286425	4	287696-287700	2	288820	5
286440	4	287711-287722	2	288842	7
286462	4	287744	4	288864	6

Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclatur	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)
286484	4	287755-287766	4	288886	7
286506	5	287781	3	288901	5
286521	5	287792-287803	3	288923	6
286543	5	287814-287825	3	288945	7
286565	4	287836-287840	3	288960	6
286580	5	287862	3	288982	6
286602	5	287884	2	289004	6
287022	5	287906	7	289026	7
287044	5	287921	7	289041	7
287066	5	287943	6	289063	7
287081	7	287965	7	289085	7
287103	3	287980	6	289100	9
287125	4	288002	7	289122	7
287140	3	288024	6	289144	7
287162	5	288046	4	289166	7
287184	6	288061	2	289181	7
287206	5	288083	3	289203	7
287221	6	288094-288105	3	289225	7
287243	8	288116-288120	3	289240	5
287265	7	288326	14	289262	7
287280	3	288341	15	289284	7
287286	8	288363	15	289306	7
287301	8	288385	12	289321	7
287302	4	288400	9	289343	7
287324	5	288422	10	289365	6
287346	4	288444	11	289380	6
287350-287361	4	288525	13	289402	6
287372-287383	6	288540	7	289424	7
287405	7	288562	7	289446	8
287420	3	288584	7	289461	9
287431-287442	5	288606	8	289483	5
287453-287464	5	288621	8	289505	5
287475-287486	6	288643	6	289520	5
287490-287501	4	288665	7	289542	5
287512-287523	4	288680	7	289564	6
289623	6	290522	4	289586	6
289645	5	290544	5	289601	6
289660	6	290566	5	291410-291421	5
289682	6	290581	5	291443	5
289702	7	290603	6	291465	5
289704	6	290625	5	291480	6
289726	6	290640	5	291502	6
289741	6	290642	6	291524	6
289763	7	290662	6	291546	6
289785	7	290684	7	291561	7
289800	5	290706	5	291583	7
289822	6	290721	6	291605	8
289844	5	290743	7	291620	5
289866	5	290765	6	291664	5
289881	5	290780	6	291686	5
289903	6	290802	5	291701	6
289925	6	290824	5	291723	5
289940	9	290846	5	291745	6
289962	6	290861	6	291760	6
289984	5	290883	6	291782	7
290006	6	290905	5	291804	5

Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclatur	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)
290021	5	290920	5	291826	5
290043	4	290942	5	291841	5
290065	5	290964	7	291863	5
290080	4	290986	6	291885	5
290102	5	291001	4	291900	4
290124	6	291023	5	291922	4
290146	6	291045	4	291944	5
290161	5	291060	7	291966	5
290183	5	291082	4	291970-291981	4
290205	6	291104	5	291992-292003	4
290220	6	291126	4	292014-292025	4
290242	6	291141	3	292040	5
290264	7	291163	5	292062	4
290286	8	291185	6	292084	5
290301	6	291200	6	292106	4
290323	6	291222	9	292121	5
290345	5	291244	5	292143	5
290360	6	291266	4	292165	4
290382	5	291281	5	292180	6
290404	6	291303	6	292202	4
290426	5	291325	5	292224	4
290463	5	291340	5	292235-292246	3
290485	6	291362	5	292261	5
290491	5	291384	5	292283	4
290500	7	291406	5	292305	6
292364	5	293274-293285	4	292320	6
292386	5	293300	5	292342	5
292401	5	293322	5	294346	5
292423	6	293344	5	294361	6
292445	4	293366	5	294383	3
292460	4	293370-293381	4	294405	4
292482	4	293403	2	294420	5
292504	5	293425	2	294442,,	5
292526	5	293440	9	294464	6
292541	5	293462	9	294475-294486	5
292563	5	293624	5	294501	5
292574-292585	4	293646	5	294523	6
292600	4	293661	4	294545	5
292622	5	293683	4	294560	5
292633-292644	4	293705	4	294582	5
292666	4	293720	4	294604	3
292681	4	293742	6	294615-294626	4
292703	4	293764	6	294641	5
292725	5	293786	6	294663	4
292736-292740	3	293801	6	294674-294685	4
292762	4	293823	7	294700	4
292773-292784	3	293845	5	294711-294722	4
292806	4	293860	5	294744	7
292810-292821	4	293882	4	294766	7
292832-292843	3	293904	4	294781	3
292865	5	293926	6	294803	3
292880	4	293941	5	295024	3
292891-292902	3	293963	5	295046	3
292924	5	293985	6	295061	3
292946	4	294000	5	295083	2
292961	4	294022	5	295105	3

Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclatur	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)
292972-292983	3	294044	6	295120	2
292994-293005	4	294066	7	295142	5
293016-293020	5	294081	6	295164	5
293031-293042	5	294103	7	295326	3
293053-293064	4	294125	7	295341	3
293075-293086	5	294140	4	295363	3
293101	4	294162	6	295385	3
293123	4	294184	6	295400	4
293134-293145	3	294206	6	295422	4
293156-293160	4	294210-294221	4	295444	3
293171-293182	4	294232-294243	5	295523	2
293193-293204	4	294265	3	295621	4
293226	4	294280	4	295643	3
293230-293241	4	294302	5	295724	2
293263	4	294324	5	295820	3
295886	3	297220	2	295842	3
295901	3	297323	2	295864	3
295923	4	297345	1	298900	2
295945	4	297360	1	298922	2
295960	4	297382	2	298944	2
296026	2	297522	2	298966	2
296041	2	297620	2	298981	2
296063	2	297625	3	299003	2
296085	2	297640	3	299121	3
296100	1	297662	2	299143	2
296122	2	297684	3	299165	2
296144	1	298023	2	299180	2
296166	1	298045	2	299202	2
296225	2	298060	2	299224	1
296240	3	298082	2	299246	2
296262	3	298104	2	299320	2
296284	3	298126	1	299342	2
296306	2	298141	2	299364	2
296321	3	298220	2	299386	2
296343	2	298244	2	299526	2
296365	2	298266	2	299541	2
296380	3	298281	2	299563	2
296402	2	298303	2	299725	2
296424	2	298325	2	299740	2
296446	2	298340	2	299784	2
296461	2	298362	2	300252-300263	3
296623	3	298384	2	300274-300285	3
296645	2	298406	2	300296-300300	3
296660	3	298421	2	300311-300322	5
296682	2	298443	3	300333-300344	4
296704	2	298465	3	300366	4
296822	3	298480	3	300381	5
296844	3	298502	3	310520	1
296866	4	298524	2	310542	2
296881	3	298546	2	310564	4
296903	3	298620	2	310586	4
296925	3	298642	3	310601	4
296940	3	298723	1	310645	3
296962	2	298745	2	310660	2
296984	2	298760	2	310682	6
297006	2	298782	2	310704	1

Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclatur	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)
297124	2	298804	2	310715-310726	4
297146	2	298826	2	310741	4
297161	2	298841	2	310763	6
297183	2	298863	2	310774-310785	7
297205	2	298885	2	310796-310800	7
310855-310866	4	311824	2	310811-310822	7
310881	2	311835-311846	2	310844	7
310903	7	311883	6	318183	11
310925	2	311905	4	318205	11
310940	9	311964	1	318220	14
310951-310962	4	311986	1	318242	10
310973-310984	4	311990-312001	4	318286	10
310995-311006	5	312023	6	318301	11
311021	4	312045	7	350512-350523	2
311043	7	312060	2	350641	3
311065	6	312082	5	350663	2
311102	8	312104	4	351046	2
311124	6	312126	8	352205	1
311146	4	312141	4	353183	3
311161	9	312152-312163	4	353242	2
311183	9	312524	2	353253-353264	3
311205	4	312546	2	353301	1
311220	4	312561	6	354023	2
311242	4	312583	7	354045	4
311264	5	312605	10	354056-354060	3
311286	7	312620	9	354082	3
311301	7	312642	12	354104	3
311312-311323	4	312664	11	354200	3
311334-311345	3	312686	6	354222	3
311360	5	312701	6	354244	2
311382	7	312723	10	355025	5
311404	8	312745	9	355040	3
311426	10	312760	6	355062	7
311441	5	317041	3	355084	2
311452-311463	5	317063	3	355423	2
311485	7	317085	3	355806	4
311500	8	317100	4	355880	1
311522	4	317122	2	355946	1
311544	3	317144	2	424104	4
311566	5	317166	2	424126	3
311581	5	317181	2	424141	2
311603	7	317203	1	424163	2
311625	7	317214-317225	4	424185	3
311640	4	317240	3	424200	5
311662	4	317262	4	424222	3
311684	4	317284	7	424244	4
311706	3	318021	8	431023	7
311721	5	318043	5	431045	6
311743	7	318065	11	431056-431060	3
31165	5	318080	13	431071-431082	4
311802	9	318161	12	431104	2



Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclatur	Code (1)	Nomenclatuur — Nomenclature	Code (1)
431222	6	431944	5	431126	5
431266	4	431981	4	431185	10
431281	6	432003	5	472426	1
431303	5	432025	6	472441	1
431325	6	432040	8	472463	1
431340	9	432062	5	472500	4
431362	9	432084	6	473060	1
431384	7	432106	7	473082	1
431406	7	432165	6	473185	1
431443	6	432180	5	473200	1
431465	4	432191-432202	4	473222	3
431480	5	432213-432224	4	473281	1
431502	4	432261	5	473465	1
431513-431524	3	432305	4	473664	4
431546	3	432316-432320	4	531123	3
431561	6	432331-432342	4	531624	3
431583	6	432386	2	531720	4
431605	5	432401	2	531812-531823	4
431620	5	432423	2	531926	3
431642	5	432434-432445	2	532022	2
431664	5	432460	4	532125	2
431686	3	432482	4	532221	4
431701	5	461760	4	532324	3
431723	6	471085	3	532604	5
431745	9	471741	3	589024	2
431760	4	471800	3	589061	2
431782	4	472021	3	589105	2
431804	5	472065	2	589131	2
431826	7	472161	3	589186	2
431863	5	472183	3	589201	3
431885	5	472205	3	589223	2
431900	6	472360	1	589260	3
431922	6	472404	3	900212	5

## (1) Betekenis van de codes

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

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :  
 De Minister van Sociale Zaken,  
 F. VANDENBROUCKE

## (1) Signification des codes :

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

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :  
 Le Ministre des Affaires sociales,  
 F. VANDENBROUCKE

## Bijlage 10 aan het koninklijk besluit van 25 april 2002

De tussenkomst van de ziekteverzekering geïndiceerd in artikel 77, § 1, d), is deze betreffende de leveranciers van implantaten bedoeld in artikelen 28 en 35 van de Z.I.V. nomenclatuur, uitgezonderd volgende nummers :

611774 – 611785  
 612054 – 612065  
 8351 - 612334 – 612345  
 612813 – 612824  
 612835 – 612846  
 8371 - 612695 – 612706  
 612850 - 612861 pour les prestations 229014 - 229025, 229051 - 229062, 229073 - 229084, 229213 - 229224, 229272 - 229283, 229316 - 229320, 229515 - 229526, 229530 - 229541, 229552 - 229563, 236014 - 236025, 236036 - 236040, 236051 - 236062, 237016 - 237020, 237031 - 237042, 237053 - 237064, 237075 - 237086, 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  
 613012 – 613023  
 613034 – 613045  
 613955 – 613966  
 613970 – 613981  
 613874 – 613885  
 613896 – 613900  
 613992 – 614003  
 614036 – 614040  
 614095 – 614106

Gezien om te worden bijgevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
 F. VANDENBROUCKE

## Bijlage 11 aan het koninklijk besluit van 25 april 2002

Lijst van de prestaties (nomenclatuur RIZIV) bedoeld in artikel 77, § 1, e) van het koninklijk besluit van 25 april 2002.

## 1. ZWARE CHIRURGIE

230425	242502	227360	246606	260540	281746	285666	289240	289785
230521	242524	228045	246665	261122	281783	286322	289284	289940
230543	242561	228126	246680	261424	281805	286381	289306	290242
230602	242605	229121	246783	261601	281864	287265	289321	290264
231405	242723	229165	246805	261682	281945	287685	289343	290286
232164	243040	229246	247122	261704	281960	288400	289365	290964
241043	243062	229386	247203	261741	282004	288606	289380	291222
241404	243106	235082	255323	261783	282026	288746	289402	291605
241463	243320	235104	255884	261800	282063	288761	289424	293926
241485	243784	235126	256782	262021	282623	288783	289446	294125
241500	244020	235200	257460	281046	283242	288886	289461	311625
241566	244042	236106	257902	281083	283360	289026	289586	312605
241581	244101	237101	257961	281105	283463	289041	289601	312620

## Annexe 10 à l'arrêté royal du 25 avril 2002

L'intervention de l'assurance maladie visée à l'article 77, § 1<sup>er</sup>, d) est celle relative aux fournisseurs d'implants visée aux articles 28 et 35 de la nomenclature A.M.I. hormis les numéros suivants :

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,  
 F. VANDENBROUCKE

## Annexe n° 11 à l'arrêté royal du 25 avril 2002

Liste des prestations (code nomenclature INAMI) visée à l'article 77, § 1, e) de l'arrêté royal du 25 avril 2002.

## 1. CHIRURGIE LOURDE

242045	226962	237123	258403	281120	284163	289063	289660	312642
242082	226984	239083	258425	281584	284222	289085	289682	312664
242141	227146	431185	258440	281643	284642	289100	289704	312701
242325	227264	431340	258402	281685	284701	289122	289726	312723
242340	227323	431382	260184	281680	284760	289144	289741	
242443	227345	246223	260422	281702	285040	289203	289763	

## 2. ZEER ZWARE CHIRURGIE

## 2. CHIRURGIE TRES LOURDE

230440	232540	242745	228023	229224	229423	236062	288326	293440
230484	241426	243025	228060	229283	229445	237020	288341	318021
230506	241441	227205	228185	229305	229526	237042	288363	318043
231022	242023	227220	229025	229320	229541	237064	288385	318065
231044	242303	227242	229040	229342	229563	237086	288422	318080
231420	242421	227286	229062	229364	236025	260444	288444	318102
231442	242620	227301	229084	229401	236040	281982	288525	318124
232525	232525							

## 3. REANIMATIE

## 3. REANIMATION

211024	211120	211046	211142	212122	212225	212520	212542	213021
213043	214023	214045	214126	214222	214244			

## 4. RADIOLOGIE

## 4. RADIOLOGIE

453084	453202	453320	453725	454020	454145	459281	451522	458640
453106	453224	453342	453740	454042	454160	459303	451765	458662
453121	453246	453364	453762	454064	454182	459325	451824	458765
453143	453261	453386	453784	454086	454204	459340	455685	458905
433165	453283	453326	453806	454101	454226	450085	457203	
453180	453305	453541	453821	454123	459104	451080	458625	

## 5. DRINGENDE VERSTREKKINGEN ANDERS DAN KLINISCHE BIOLOGIE

## 5. PRESTATIONS URGENTES AUTRES QUE BIOLOGIE CLINIQUE

599524	599546	599561	599583	599605	599620	599642	599664
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

## 6. DRINGENDE VERSTREKKINGEN KLINISCHE BIOLOGIE

## 6. PRESTATIONS URGENTES BIOLOGIE CLINIQUE

599686	599723	599760	599841	599885	599900	599922	599944
599966	599701	599745	599826	599863			

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

ALBERT

Van Koningswege :  
De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

ALBERT

Par le Roi :  
Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

## Bijlage 12 aan het koninklijk besluit van 25 april 2002

Voorwaarden voor de toekenning van de financiering bedoeld in artikel 79, § 1, punten B en C en in artikel 79, § 2, punten C en D.

## 1. Nieuwe medische technieken

§ 1. Om de financiering bedoeld in artikel 79, § 1, punten B en C en § 2, punten C en D te behouden, moet het ziekenhuis :

1° actief meewerken aan onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma's;

2° erkend zijn voor de volledige opleidingen in de medische hoofdspecialismen;

3° alle medische honoraria centraal innen;

4° per 3 erkende bedden ten minste één ziekenhuisgeneesheer, uitgedrukt in full-time equivalenten in dienst hebben;

5° bewijzen dat meer dan 70 % van de medische activiteit door voltijdse artsen wordt uitgevoerd;

6° meer dan 70 % van de artsen, uitgedrukt in fulltime equivalenten, vergoeden via een salaris voor hun volledige ziekenhuisactiviteit;

7° voor het geheel van het ziekenhuis de verbintenistarieven toepassen volgens de voorwaarden die in de nationale overeenkomst geneesheren-verzekeringsinstellingen van toepassing zijn op de geneesheren die er zich toe verbonden hebben die tarieven na te leven.

Bij ontstentenis van een dergelijke nationale overeenkomst, voor het geheel van het ziekenhuis de tarieven toepassen die als basis dienen voor de tegemoetkoming van de ziekteverzekering, volgens de voorwaarden die in de laatste nationale overeenkomst geneesheren-verzekeringsinstellingen van toepassing zijn op de geneesheren die er zich toe verbonden hebben de tarieven van die overeenkomst na te leven.

8° Elk jaar bezorgt de instelling tegen 1 mei de lijst met de referenties van de wetenschappelijke artikels over ontwikkeling, evaluatie en toepassing van nieuwe medische technieken die de voltijdse kaderleden van het ziekenhuis tijdens de drie voorgaande jaren hebben gepubliceerd. Een Wetenschappelijke Commissie, aangesteld door de Minister, zal de publicaties beoordelen en zal nagaan of de impact factor van de wetenschappelijke publicatie meer dan 1 punt per 10 bedden bedraagt.

De wetenschappelijke impact factor wordt jaarlijks berekend door het "Institute of Scientific Information" onder de vorm van de "Science Citation Index" en gepubliceerd in het "Journal of Citation reports".

§ 2. De hiernavermelde bewijsstukken inzake de in § 1, 1° tot 8° bedoelde voorwaarden moeten tegen 1 oktober van het jaar dat volgt op het betrokken dienstjaar aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer der Ziekenhuizen worden bezorgd :

1° het aantal kandidaat-specialisten, uitgedrukt in fulltime equivalenten, die tijdens het betrokken dienstjaar in het ziekenhuis werkzaam waren;

2° voor voorwaarde 2: een kopie van de erkenning van de geneesheer-specialisten;

3° voor voorwaarde 3 : het door de beheerder en de voorzitter van de medische raad ondertekende attest waarin staat dat het ziekenhuis alle honoraria centraal int;

4° voor voorwaarde 4 : het aantal ziekenhuisgeneesheren, uitgedrukt in full-time equivalenten en het aantal erkende bedden op 1 januari van het betreffende dienstjaar;

5° voor voorwaarde 5 en 6 : de namenlijst van de artsen, hun arbeidsduur uitgedrukt in halve dagen en het percentage van de bezoldiging waarvoor RSZ-bijdragen werden betaald;

6° een kopie van het geldelijk statuut van de artsen die in het ziekenhuis werkzaam zijn;

7° wat voorwaarde 7 betreft : een attest, ondertekend door de beheerder en de voorzitter van de medische raad, waarin vermeld wordt dat de verbintenistarieven voor het geheel van het ziekenhuis werden toegepast volgens de voorwaarden die in de nationale overeenkomst geneesheren-verzekeringsinstellingen van toepassing zijn op de geneesheren die er zich toe verbonden hebben die tarieven na te leven.

## Annexe n° 12 à l'arrêté royal du 25 avril 2002

Conditions d'octroi des financements visés à l'article 79, § 1<sup>er</sup>, points B et C et à l'article 79, § 2, points C et D.

## 1. Nouvelles technologies médicales

§ 1. Pour conserver le bénéfice du financement prévu à l'article 79, § 1<sup>er</sup>, points B et C et § 2, points C et D, l'hôpital concerné doit :

1° participer activement à des programmes de recherche et de développement;

2° être agréé pour les formations complètes dans les principales spécialités médicales;

3° effectuer la perception centrale de tous les honoraires médicaux;

4° employer au minimum un médecin hospitalier, exprimé en équivalent temps plein, par 3 lits agréés;

5° prouver que plus de 70 % de leur activité médicale est effectuée par des médecins à temps plein;

6° rémunérer plus de 70 % des médecins exprimés en équivalents temps plein, par un salaire pour leur activité hospitalière complète;

7° appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs de l'engagement selon les conditions qui, dans l'accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter ces tarifs.

En cas d'absence d'un tel accord national, appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs qui servent de base pour l'intervention de l'assurance maladie, selon les conditions qui, dans le dernier accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter les tarifs de cet accord.

8° chaque année, pour le 1<sup>er</sup> mai, l'institution transmet la liste des références des articles scientifiques ayant trait au développement, à l'évaluation et à l'application de nouvelles technologies médicales publiées au cours des trois années précédentes par les membres du cadre clinique à temps plein. Les publications seront évaluées par une Commission Scientifique désignée par le Ministre, qui vérifiera que le facteur d'impact scientifique dépasse 1 point par 10 lits.

Le facteur d'impact des publications scientifiques est calculé annuellement par l'« Institute of Scientific Information » sous la forme de « Science Citation Index » publié dans le « Journal of Citation Reports ».

§ 2. Les pièces justificatives reprises ci-après des conditions visées au § 1, 1° à 8° doivent parvenir pour le 1<sup>er</sup> octobre qui suit l'exercice considéré au Ministre des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux :

1° le nombre de candidats spécialistes, exprimé en équivalents temps plein, occupés pendant l'exercice considéré dans l'hôpital;

2° pour la condition 2 : une copie des agréments des médecins spécialistes;

3° pour la condition 3 : l'attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical mentionnant que tous les honoraires sont perçus de façon centrale par l'hôpital;

4° pour la condition 4 : le nombre de médecins hospitaliers exprimé en équivalents temps plein et le nombre de lits agréés au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice considéré;

5° pour les conditions 5 et 6 : la liste nominative des médecins, leur temps de travail exprimé en demi-jours et le pourcentage de la rémunération pour laquelle des cotisations ONSS ont été payées;

6° une copie du statut pécuniaire relatif aux médecins occupés dans l'hôpital;

7° pour la condition 7 : l'attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical mentionnant que les tarifs de l'engagement sont appliqués pour l'ensemble de l'hôpital, selon les conditions qui dans l'accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter les tarifs de cet accord.

## 2. Opleidingsfunctie

Om de kosten te financieren die voortvloeien uit de opleidingsfunctie in de in artikel 79 bedoelde universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen wordt een bedrag toegekend van :

- 29.747,22 euro per stagemeester;
- 4.709,98 euro per geneesheer-specialist in opleiding.

Om voormelde financiering te behouden, moeten de ziekenhuizen aan volgende voorwaarden voldoen :

- erkend zijn voor de volledige opleidingen in de belangrijkste geneeskundige, heelkundige en medisch-technische specialiteiten;
- op elk ogenblik in het ziekenhuis instaan voor de opleiding van minstens één kandidaat-specialist met een erkend stageplan per 10 erkende bedden;
- zelf alle kandidaat-specialisten vergoeden en de in artikel 15bis van het koninklijk besluit van 28 december 1944 voorziene bepalingen toepassen;
- minstens één ziekenhuisgeneesheer tewerkstellen, uitgedrukt in voltijds equivalenten, per 3 erkende bedden;
- bewijzen dat meer dan 70 % van de medische activiteit verricht wordt door voltijds werkende geneesheren;
- meer dan 70 % van de artsen, uitgedrukt in voltijdse equivalenten, vergoeden met een salaris voor hun volledige activiteit;
- de centrale inning voor alle artsenhonoraria uitvoeren;
- voor het gehele ziekenhuis de verbintenistarieven toepassen onder de voorwaarden die in de nationale overeenkomst geneesheren - verzekeringsinstellingen van toepassing zijn op de artsen die er zich toe verbonden hebben de tarieven na te leven.

In geval van ontstentenis van een dergelijke nationale overeenkomst moeten voor het hele ziekenhuis de tarieven toegepast worden die als basis dienen voor de tegemoetkoming van de ziekteverzekering onder de voorwaarden die in de laatste nationale overeenkomst geneesheren - verzekeringsinstellingen van toepassing zijn op de artsen die er zich toe verbonden hebben de tarieven van dat akkoord na te leven.

De bewijsstukken moeten tegen 1 oktober van het jaar dat volgt op het betrokken dienstjaar aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer der Ziekenhuizen worden bezorgd.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :  
De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

Bijlage nr. 13 bij het koninklijk besluit van 25 april 2002

Regels houdende vaststelling van het aantal PAL-NAL waarvan sprake in artikel 45, § 9, laatste lid

§ 1. Indien voor een gegeven dienstjaar blijkt dat voor het ziekenhuis een PAL is vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van § 7, wordt onderdeel B2 van het huidige budget bedoeld in artikel 45, § 9, laatste lid, verminderd met een bedrag dat als volgt wordt berekend :

$75 \% \times \text{dagen PAL} \times \text{Onderdeel B2 per dag.}$

Het percentage van 75 % wordt teruggebracht op 50 % voor de PAL-dagen die de overschrijding met 5 percent van voormeld onderdeel B2 vertegenwoordigen

§ 2. 95 % van het aldus, met toepassing van § 1, voor het gehele land vrijgekomen budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen waarvoor een aantal NAL-dagen is bepaald overeenkomstig de bepalingen van § 7, in verhouding tot het budget dat resulteert uit de vermenigvuldiging van het aantal NAL-dagen met de waarde per dag van Onderdeel B2.

§ 3. De in § 1 en § 2 bedoelde aanpassingen worden beperkt tot 7 % van Onderdeel B2 van voormeld budget van financiële middelen.

§ 4. De aanpassingen berekend met toepassing van § 1 en 2 zijn gebaseerd op de verwerkte gegevens van het referentiedienstjaar voor de berekening van de verantwoorde bedden bedoeld in artikel 46, behalve voor het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002 voor hetwelk de gegevens 1998 gebruikt worden.

## 2. Fonction de formation

En vue de financer les coûts découlant de la fonction de formation dans les hôpitaux universitaires et non universitaires visés à l'article 79, il est octroyé :

- 29.747,22 EUR par maître de stage;
- 4.709,98 EUR par médecin spécialiste en formation.

Pour conserver le bénéfice du financement précité, les hôpitaux doivent répondre aux conditions suivantes :

- être agréé pour les formations complètes dans les principales spécialités médicales, chirurgicales et médico-techniques;
- assurer à tout moment au sein de l'hôpital la formation d'au moins un candidat spécialiste ayant un plan de stage agréé par 10 lits agréés;
- rémunérer eux-mêmes tous les candidats spécialistes et appliquer les dispositions prévues à l'article 15bis de l'arrêté royal du 28 décembre 1944;
- employer au minimum un médecin hospitalier, exprimé en équivalent temps plein, par 3 lits agréés;
- prouver que plus de 70 % de leur activité médicale est effectuée par des médecins à temps plein;
- rémunérer plus de 70 % des médecins exprimés en équivalents temps plein par un salaire pour leur activité complète;
- effectuer la perception centrale de tous les honoraires médicaux;
- appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs de l'engagement selon les conditions qui, dans l'accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter ces tarifs.

En cas d'absence d'un tel accord national, appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs qui servent de base pour l'intervention de l'assurance maladie, selon les conditions qui, dans le dernier accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter les tarifs de cet accord.

Les pièces justificatives doivent parvenir pour le 1<sup>er</sup> octobre qui suit l'exercice considéré au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :  
Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

Annexe n° 13 à l'arrêté royal du 25 avril 2002

Règles de fixation des nombres DJP-DJN dont question à l'article 45, § 9, dernier alinéa

§ 1<sup>er</sup>. S'il est constaté, pendant un exercice déterminé, qu'un nombre DJP est fixé pour l'hôpital conformément aux dispositions du § 7, la Sous-partie B2 du budget actuel visé à l'article 45, § 9, dernier alinéa, est diminuée d'un montant calculé comme suit :

$75 \% \times \text{journées DJP} \times \text{Sous-partie B2 par jour}$

Les 75 % sont ramenés à 50 % pour les journées DJP qui représentent le dépassement de 5 pourcents de la Sous-partie B2 précitée.

§ 2. 95 % du budget ainsi libéré en application du 1<sup>er</sup> § pour l'ensemble du pays est réparti entre les hôpitaux pour lesquels un nombre DJN est fixé en application des dispositions du § 7 proportionnellement au budget représenté par la multiplication du nombre DJN par la valeur par jour de la Sous-partie B2.

§ 3. Les adaptations visées aux § 1<sup>er</sup> et § 2 sont limitées à 7 % de la Sous-partie B2 du budget des moyens financiers précitée.

§ 4. Les adaptations calculées en application des §§ 1<sup>er</sup> et 2 se basent sur les données traitées de l'exercice de référence pour le calcul des lits justifiés visés à l'article 46, sauf pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002 pour lequel les données de 1998 sont utilisées.

§ 5. Bovendien zullen enkel de aanvragen tot afwijking die gestaafd zijn door een verslag van de hoofdgeneesheer en betrekking hebben op de principes die in aanmerking worden genomen voor de berekening van de in §§ 1 en 2 bedoelde aanpassingen, ingediend met toepassing van artikel 98 van de wet op de ziekenhuizen, onderworpen worden aan het gemotiveerd advies van de Commissie voor toezicht op en evaluatie van de statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen en aan de beslissing van de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.

§ 6. De uitwerking van het geheel van de afwijkingen toegestaan met toepassing van § 5 mag niet groter zijn dan 5 % van het budget vrijgemaakt krachtens § 1.

## 1. INLEIDING

### 1.1. BEGRIPPEN EN AFKORTINGEN

M.K.G-registratie : de registratie van de Minimale Klinische Gegevens zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 6/12/1994 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

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

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

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

Gfin-patiënten : de geriatrische patiënten worden in een afzonderlijke groep ondergebracht. Om tot deze groep te behoren dient de patiënt aan een aantal voorwaarden te voldoen :

1/ indien de gemiddelde leeftijd van de patiënten die verblijven op de G-dienst van het ziekenhuis, 75 jaar of meer bedraagt, dan moeten de patiënten voldoen aan de volgende 3 voorwaarden om tot de Gfin-groep te behoren :

- a) de patiënten moeten minstens 2 aangetaste systemen hebben;
- b) minimaal 10 dagen in een bed met erkenningsletter G verbleven hebben;
- c) en minstens 30 % langer in het ziekenhuis verbleven hebben dan de gemiddelde nationale ligduur van de patiënten met een gelijke pathologie die niet in een G-dienst verbleven hebben.

2/ indien de gemiddelde leeftijd van de patiënten die verblijven op de G-dienst van het ziekenhuis, minder dan 75 jaar bedraagt dan moeten de patiënten voldoen aan de 3 hogervermelde voorwaarden en daarenboven 75 jaar of ouder zijn.

### 1.2. Diagnosegroepen.

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

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

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

Daar sommige leeftijdsgroepen, diagnoses of ingrepen door hun specificiteit een aparte groepering vragen, wordt, vooraleer over te gaan tot de verdeling zoals beschreven in alinea 2 en 3, een aantal diagnosegroepen afgesplitst (zie schema's in "All Patients Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0").

Patiënten zonder vermelding van een hoofddiagnose (DRG 470), of met vermelding van een diagnose die niet als hoofddiagnose gebruikt mag worden (DRG 469), of met een belangrijke chirurgische ingreep die niet overeenkomt met de hoofddiagnose (DRG 476, 477, 468), worden verder de "diagnose restgroep" genoemd. Hiervoor wordt geen nationaal gemiddelde ligduur, "NGL" (zie punt 2.4.5.), berekend.

§ 5. D'autre part, seules les demandes de dérogation dûment étayées par un rapport du médecin chef et portant sur les principes retenus pour le calcul des adaptations visées aux §§ 1<sup>er</sup> et 2, introduites en application de l'article 98 de la loi sur les hôpitaux, seront soumises pour avis motivé à la Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux et pour décision au Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions

§ 6. L'effet de l'ensemble des dérogations accordées en application du § 5 ne peut dépasser 5 % du budget libéré en application du § 1<sup>er</sup>.

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. CONCEPTS ET ABREVIATIONS

Enregistrement RCM : l'enregistrement du Résumé Clinique Minimum tel que visé à l'arrêté royal du 6/12/1994 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

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

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

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

Patients Gfin : Les patients gériatriques sont classés dans un groupe distinct. Pour appartenir à ce groupe, les patients doivent satisfaire à un certain nombre de conditions :

1/ si l'âge moyen des patients qui ont séjourné dans le service de gériatrie de l'hôpital est d'au moins 75 ans, alors pour appartenir au groupe Gfin les patients doivent réunir les 3 conditions suivantes :

- a) présenter au moins 2 systèmes atteints;
- b) avoir été hospitalisé pendant 10 jours au moins dans un lit d'index G;
- c) et avoir une durée de séjour à l'hôpital qui excède de 30 % au moins la durée de séjour moyenne nationale des patients présentant la même pathologie mais n'ayant pas séjourné dans un service G.

2/ si l'âge moyen des patients qui ont séjourné dans le service de gériatrie de l'hôpital est de moins de 75 ans alors les patients doivent réunir les 3 conditions mentionnés ci-dessus et avoir en plus au minimum 75 ans.

### 1.2. Groupes de diagnostics.

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

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

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

Etant donné que certains groupes d'âge, diagnostics ou certaines interventions doivent faire partie d'un groupe distinct en raison de leur spécificité, on scinde, avant de procéder à la subdivision telle que décrite aux alinéas 2 et 3, un certain nombre de groupes de diagnostics (comme le montrent les schémas du manuel "All Patients Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0").

Les patients pour lesquels il n'est pas fait mention d'un diagnostic principal (DRG 470) ou pour lesquels il est fait mention d'un diagnostic ne pouvant être utilisé comme diagnostic principal (DRG 469) ou pour lesquels il y a une importante intervention chirurgicale ne correspondant pas au diagnostic principal (DRG 476, 477, 468) constituent ce que l'on appelle, plus loin, le "groupe de diagnostics résiduel". Aucune durée de séjour moyenne nationale, NGL (voir point 2.4.5.), n'est calculée pour ce groupe.

### 1.3. Concatenatie.

Indien bij de MKG-registratie werd geopteerd voor een registratie per specialiteit, wordt uit de hoofddiagnoses, die bij de verschillende specialismen vermeld werden, één hoofddiagnose geselecteerd op basis van de volgende regels :

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

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

c) voor de verblijven waar in geen enkel specialisme een ingreep gebeurde, geldt dezelfde regel als deze geformuleerd onder b).

### 1.4. Aantal aangetaste systemen.

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

## 2. BESCHRIJVING VAN DE WIJZE WAAROP MET DE LIGDUUR EN DE DAGHOSPITALISATIE REKENING GEHOUDEN WORDT.

### 2.1. Doelstelling.

In deze bijlage wordt bepaald op welke wijze een afwijkend aantal ligdagen wordt berekend bij de vaststelling van de onderdelen B1 en B2 van het budget van financiële middelen.

### 2.2. Toepassingsgebied.

Om de in punt 2.1. beoogde doelstelling te realiseren wordt rekening gehouden met alle verblijven in acute ziekenhuizen, uitgezonderd :

1/ patiënten die minstens voor de helft van hun verblijf verbleven hebben op een V-, S- of Sp-dienst;

2/ patiënten die [(24) minstens de helft van hun verblijf] verbleven hebben op een A-, K- of T-dienst;

3/ patiënten die op een [(24) subacute] G-dienst verbleven hebben.

Naast de verblijven in klassieke hospitalisatie (verblijven waarvoor een verpleegdagprijs mag aangerekend worden) wordt ook rekening gehouden met verblijven waarvoor een maxi- of superforfait in de ziekteverzekering wordt aangerekend overeenkomstig artikel 4, §§ 4 en 5, van de conventie gesloten tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen of, bij ontstentenis hiervan, tussen de ziekteverzekering en de verplegingsinrichtingen.

### 2.3. Gegevens op basis waarvan de ligduur wordt berekend.

De Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft, bepaalt het dienstjaar van de MKG-registratie dat als basis zal dienen voor de berekening van de ligduur. Hij preciseert eveneens de regels betreffende de heropnamepolitiek.

### 2.4. Bewerkingen.

#### 2.4.1. Berekening van de ligduur

De ligduur is gelijk aan het aantal te factureren ligdagen per globaal ziekenhuisverblijf.

#### 2.4.2. Bepalen van de diagnosegroepen

De verblijven zoals geregistreerd in de MKG-registratie worden ondergebracht in groepen, verder DRG's genoemd, op basis van de techniek beschreven in punt 1.2.

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

Voor de patiënten waarvoor tijdens eenzelfde verblijf in het ziekenhuis een MKG-registratie per specialisme wordt geregistreerd, wordt één hoofddiagnose gekozen voor gans het ziekenhuisverblijf, overeenkomstig de techniek van concatenatie zoals beschreven in punt 1.3.

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

### 1.3. Concaténation.

Si l'enregistrement par spécialité a été choisi pour l'enregistrement du R.C.M., on sélectionne parmi les diagnostics principaux mentionnés pour les différentes spécialités un diagnostic principal sur la base des règles suivantes :

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

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

c) pour les séjours au cours desquels aucune intervention n'a été pratiquée dans une spécialité, la même règle que celle formulée sous le point b) est d'application.

### 1.4. Nombre de systèmes atteints.

Pour le calcul du nombre de systèmes atteints, le système du diagnostic principal est considéré comme étant le premier système atteint et on y ajoute le nombre de systèmes (différents de celui du diagnostic principal) des complications ou comorbidités mentionnées.

## 2. DESCRIPTION DE LA MANIÈRE DONT IL EST TENU COMPTE DE LA DURÉE DE SÉJOUR ET DE L'HOSPITALISATION DE JOUR

### 2.1. Objectif.

Dans la présente annexe, on précise la manière dont est calculé l'excédent en journées d'hospitalisation utilisé lors de la fixation des sous-parties B1 et B2 du budget des moyens financiers.

### 2.2. Champ d'application.

Pour réaliser l'objectif visé au point 2.1., on tient compte de tous les séjours des patients admis dans des hôpitaux aigus, à l'exception :

1/ des patients ayant séjourné au moins la moitié de leur séjour dans un service V, S ou Sp;

2/ des patients ayant séjourné [(24) au moins la moitié de leur séjour] dans un service A-, K- ou T;

3/ des patients ayant séjourné dans un service G [(24) subaigu].

A côté des séjours en hospitalisation classique (séjours pour lesquels un prix de journée peut être imputé), on tient compte également des séjours pour lesquels un maxiforfait ou un superforfait est imputé à l'assurance maladie conformément à l'article 4, §§ 4 et 5, de la convention conclue entre les établissements de soins et les organismes assureurs ou, à défaut de cette convention, entre l'assurance maladie et les établissements de soins.

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

Le Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions détermine l'exercice de l'enregistrement RCM qui servira de base pour le calcul de la durée de séjour. Il précisera également les règles relatives à la politique de réadmission.

### 2.4. Opérations.

#### 2.4.1. Calcul de la durée de séjour.

La durée de séjour est calculée par séjour hospitalier global et est égale au nombre de journées à facturer.

#### 2.4.2. Constitution des groupes de diagnostics.

Les séjours enregistrés dans le cadre du RCM sont répartis dans des groupes, appelés DRG's au moyen de la technique décrite au point 1.2.

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

En ce qui concerne les patients pour lesquels un enregistrement RCM par spécialité est effectué au cours d'un même séjour à l'hôpital on choisit un diagnostic principal unique pour toute la durée du séjour hospitalier, conformément à la technique de concaténation décrite au point 1.3.

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

Elke diagnosegroep wordt onderverdeeld in drie subgroepen, één met de patiënten onder 75 jaar (uitgezonderd Gfin-patiënten), één met de patiënten vanaf 75 jaar (uitgezonderd Gfin-patiënten) en de Gfin-patiënten zoals beschreven in punt 1.1. [(26) DRG 467 wordt bovendien gesplitst in een DRG 467.1 en een DRG 467.2. Deze laatste DRG bevat enkel de verblijven voor polysomnografieën.]

2.4.3. De verblijven die weerhouden worden voor de berekening van de gemiddelde verblijfsduur per DRG-subgroep.

Enkel de verblijven die tot geen enkele van de volgende groepen behoren worden weerhouden voor de berekening van de gemiddelde verblijfsduur per DRG-subgroep :

a) de niet-beëindigde verblijven en de verblijven met een opnamedatum in het ziekenhuis meer dan 6 maanden voor het begin van de statistische periode. Dit zijn de langdurige verblijven;

b) de verblijven met een ongeldige verblijfsduur (negatief, niet in overeenstemming met de opgegeven weekdag, maand en jaar van opname en ontslag of niet ingevuld), ongeldige leeftijd (niet tussen 0 en 120 jaar) of ongeldig geslacht (foutief of niet ingevuld);

c) de verblijven die behoren tot de "diagnose-restgroep", nl de DRG's 468, 469, 470, 476 en 477 (zie punt 1.2.);

d) de "kleine outliers" (cfr. punt 2.4.4.);

e) de outliers type 1 (cfr. 2.4.4.);

f) de verblijven waarbij de patiënt binnen de 3 dagen overleden is en waarbij het overlijden geen voorwaarde vormt voor de classificatie in een DRG;

g) de DRG-subgroepen waarin er nationaal minder dan 30 verblijven overblijven na toepassing van de bovenstaande criteria

#### 2.4.4. Outliers

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  $EXP[\ln Q1 - 2 \times (\ln Q3 - \ln Q1)]$ . 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.

De kleine outliers worden met weerhouden voor de berekening van de gemiddelden. 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 :  $Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$ . 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 :  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ , 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. [(28) Aan de outliers type II wordt er een fictieve ligduur toegekend, die gelijk is aan de bovengrens  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$  en dit ongeacht het aantal aangetaste systemen].

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.

2.4.5. Berekening van de gemiddelde nationale ligduur per DRG en subgroep

Per DRG en subgroep, zoals gedefinieerd in punt 2.4.2., alinea 5, wordt een gemiddelde nationale ligduur berekend, afgekort « NGL ». Deze ligduur per DRG-subgroep wordt berekend door de som van de gefactureerde dagen van de « weerhouden verblijven » (zie punt 2.4.3.) te delen door het aantal « weerhouden verblijven ».

Chaque groupe de diagnostics est divisé en trois sous-groupes, le premier comprenant les patients de moins de 75 ans (hormis les patients Gfin), le deuxième les patients à partir de 75 ans (hormis les patients Gfin), et le troisième sous-groupe comprenant les patients Gfin, tels que définis au point 1.1. [(26) Le DRG 467 est en outre scindé en DRG 467.1 et DRG 467.2. Ce dernier DRG reprend uniquement les séjours pour polysomnographies.]

2.4.3. Séjours qui ne sont pas retenus pour le calcul de la durée de séjour moyenne par DRG et sous-groupe.

Seuls les séjours qui n'appartiennent à aucun des groupes suivants sont retenus pour le calcul de la durée de séjour moyenne par DRG et sous-groupe :

a) les séjours qui ne sont pas terminés et les séjours dont la date d'admission précède le début de la période statistique de plus de 6 mois. Ceux-ci constituent des séjours de longue durée;

b) les séjours pour lesquels la durée de séjour est non valable (négative, pas en concordance avec le jour, le mois et l'année d'admission et de sortie ou non mentionnée), l'âge est non valable (pas entre 0 et 120 ans) ou le sexe est non valable (fautif ou non mentionné);

c) les séjours appartenant au "groupe de diagnostics résiduels", à savoir les DRG's 468, 469, 470, 476 et 477 (voir point 1.2.);

d) les outliers "petits" (cfr. point 2.4.4.);

e) les outliers type 1 (cfr 2.4.4.);

f) les séjours dont le patient est décédé endéans les 3 jours et dont le décès n'est pas une condition de classification dans le DRG;

g) les sous-groupes de DRG composés, au niveau national, de moins de 30 séjours après l'application des critères mentionnés ci-dessus.

#### 2.4.4. Outliers.

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  $Exp[\ln Q1 - 2 \times (\ln Q3 - \ln Q1)]$ . 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  $Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$ . 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 :  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ , 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  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$  et ce, quel que soit le nombre de systèmes atteints.

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.

2.4.5. Calcul de la durée de séjour moyenne nationale par DRG et sous-groupe.

On calcule par DRG et sous-groupe, tel que défini au point 2.4.2., alinea 5, une durée de séjour moyenne nationale, en abrégé "NGL". Cette durée par sous-groupe de DRG est calculée en divisant la somme des journées facturées des "séjours retenus" (voir point 2.4.3.) par le nombre des "séjours retenus".



## 2.4.6. Toepassing van de NGL op de individuele ziekenhuizen.

Per ziekenhuis en per DRG-subgroep wordt een gemiddelde reële ligduur berekend, hierna afgekort "GRLZ<sub>i</sub>", evenals een gemiddelde genormaliseerde ligduur, hierna "GNLZ<sub>i</sub>" genoemd.

a) Om de GNLZ<sub>i</sub> vast te stellen wordt de som gemaakt van de te factureren ligdagen van de weerhouden verblijven (na toepassing van punt 2.4.3.) en wordt deze som gedeeld door het aantal weerhouden verblijven.

b) Om de GNLZ<sub>i</sub> vast te stellen wordt aan alle "weerhouden verblijven" (punt 2.4.3.) een aantal ligdagen toegekend dat overeenstemt met de "NGL" van de DRG-subgroep waartoe elk weerhouden verblijf behoort. Vervolgens wordt de som van het aldus toegekend aantal ligdagen gedeeld door het aantal weerhouden verblijven.

## 2.5. Correctie doorgevoerd op basis van de neutrale DRG's.

Een neutrale DRG is een DRG die niet opgesplitst wordt in functie van het al of niet aanwezig zijn van complicaties en/of comorbiditeiten.

## 2.5.1. Verblijven weerhouden in de analyse (= N).

Om in de correctie te worden weerhouden, moet het verblijf voldoen aan de volgende voorwaarden :

a) het verblijf moet weerhouden zijn in het kader van de financiering (zie punt 2.2.);

b) de patiënt mag enkel verbleven hebben in een bed met de volgende bedindexen : C, D, E, I, G, H;

c) de patiënt is minder dan 75 jaar.

De verblijven waarbij de leeftijd, het geslacht of de verblijfsduur foutief of onbekend zijn (zie punt 2.4.3.b), worden uit de correctie geweerd.

## 2.5.2. Toekenning van punten per weerhouden verblijf.

Aan de hand van het aantal aangetaste systemen (zie punt 1.4.) worden er per weerhouden verblijf (zie punt 2.6.1.) punten toegekend volgens de onderstaande modaliteiten :

0 punten per verblijf indien 1 aangetast systeem,

1 punt per verblijf indien 2 aangetaste systemen,

2 punten per verblijf indien 3 of meer aangetaste systemen.

## 2.5.3. Berekenen van de score per ziekenhuis.

De totale score van het ziekenhuis *i* wordt berekend door het totaal aantal punten van het ziekenhuis te delen door het aantal weerhouden verblijven (zie punt 2.5.1.)

$$\text{score } i = \frac{\sum_j P_{ij}}{N_i}$$

waarbij :

$P_{ij}$  = aantal punten toegekend aan verblijf *j* van ziekenhuis *i*;

$N_{iR}$  = aantal weerhouden verblijven voor ziekenhuis *i* (zie punt 2.6.1.).

## 2.5.4. Rangschikking van de ziekenhuizen in decielen.

De ziekenhuizen worden in decielen geïnclassificeerd op basis van de stijgende grootte van de bekomen score. De decielpositie van het ziekenhuis zal dienen als correctiebasis voor de neutrale DRG's.

2.5.5. Berekening van het teveel aan ligdagen (TLD<sub>ineutr</sub>) van de neutrale DRG's.

$$\text{TLD}_{\text{ineutr}} = [\text{GNRLZ}_i - \text{GNNLZ}_i] * N_i :$$

Waarbij

$\text{GNRLZ}_i$  = gemiddelde reële verblijfsduur van ziekenhuis *i* (zoals beschreven in punt 2.4.6., maar berekend voor de weerhouden verblijven (zie punt 2.6.1.) van de neutrale DRG's);

$\text{GNNLZ}_i$  = gemiddelde genormaliseerde verblijfsduur van ziekenhuis *i* (zoals beschreven in punt 2.4.6., maar berekend voor de weerhouden verblijven (zie punt 2.6.1.) van de neutrale DRG's);

$N_i$  = aantal weerhouden verblijven van ziekenhuis *i* (zie punt 2.6.1.).

## 2.4.6. Application de la NGL à chaque hôpital.

On calcule pour chaque hôpital et pour chaque sous-groupe de DRG une durée de séjour moyenne réelle en abrégé "GRLZ", ainsi qu'une durée de séjour moyenne normalisée, en abrégé "GRLZ".

a) Pour calculer la GRLZ<sub>i</sub>, on fait la somme des journées d'hospitalisation à facturer des séjours retenus (après application du point 2.4.3.) et on la divise par le nombre de séjours retenus.

b) Pour déterminer la GNLZ<sub>i</sub>, on attribue à tous les séjours retenus (après application du point 2.4.3.) un nombre de journées d'hospitalisation correspondant à la NGL du DRG et sous-groupe auquel chacun d'entre eux appartient. La somme des nombres de journées d'hospitalisation ainsi attribués est ensuite divisée par le nombre de séjours retenus.

## 2.5 Correction liée aux DRG's neutres

Un DRG neutre est un DRG qui n'est pas scindé en fonction de la présence ou non de complications et/ou de comorbidités.

## 2.5.1. Séjours retenus dans l'analyse (= N).

Pour être retenu dans la correction, le séjour doit réunir les conditions suivantes :

a) être retenu dans le cadre du financement (voir point 2.2.);

b) être soigné exclusivement dans un des index de lits suivants : C, D, E, I, G, H;

c) avoir moins de 75 ans.

Les séjours pour lesquels l'âge, le sexe ou la durée de séjour est fautif(ve) ou inconnu(e) (voir point 2.4.3.b) sont éliminés de l'analyse.

## 2.5.2. Attribution des points par séjour retenu.

Des points sont attribués à chaque séjour retenu (voir point 2.6.1.) selon le nombre de systèmes atteints (voir point 1.4.) et ce, selon les modalités suivantes :

0 point par séjour si 1 système est atteint;

1 point par séjour si 2 systèmes sont atteints;

2 points par séjour si 3 systèmes ou plus sont atteints.

## 2.5.3. Calcul du score par hôpital.

Le score total de l'hôpital *i* est calculé en divisant le nombre total de points de l'hôpital par le nombre de séjours retenus (voir point 2.5.1.)

$$\text{score } i = \frac{\sum_j P_{ij}}{N_i}$$

où :

$P_{ij}$  = nombre de points attribués au séjour *j* de l'hôpital *i*;

$N_i$  = nombre de séjours retenus de l'hôpital *i* (voir point 2.6.1.).

## 2.5.4. Classement des hôpitaux en déciles.

Les hôpitaux sont classés en déciles selon l'ordre croissant du score obtenu. Le classement de l'hôpital servira de base correctrice en ce qui concerne les DRG's neutres.

2.5.5. Calcul de l'excédent en journées (TLD<sub>ineutr</sub>) des DRG's neutres.

$$\text{TLD}_{\text{ineutr}} = [\text{GNRLZ}_i - \text{GNNLZ}_i] * N_i$$

où :

$\text{GNRLZ}_i$  = durée de séjour moyenne réelle de l'hôpital *i* (telle que décrite au point 2.4.6. mais calculée sur base des séjours retenus (voir point 2.5.1.) des DRG's neutres);

$\text{GNNLZ}_i$  = durée de séjour moyenne normalisée de l'hôpital *i* (telle que décrite au point 2.4.6. mais calculée sur base des séjours retenus (voir point 2.5.1.) des DRG's neutres);

$N_i$  = nombre de séjours retenus de l'hôpital *i* (voir point 2.6.1.).

## 2.5.6. De correctiefactor.

De correctiefactor hangt af van de decielplaats van het ziekenhuis.

De gecorrigeerde  $TLD_{ineutr}$  wordt op de volgende wijze berekend :

	indien de $TLD_{ineutr}$ positief is si le $TLD_{ineutr}$ est positif
deciel 1 — décile 1	$TLD_{ineutr} * 1,03$
deciel 2 — décile 2	$TLD_{ineutr} * 1,02$
deciel 3 — décile 3	$TLD_{ineutr} * 1,01$
deciel 4 tot 7 — décile 4 à 7	$TLD_{ineutr} * 1$
deciel 8 — décile 8	$TLD_{ineutr} * 0,99$
deciel 9 — décile 9	$TLD_{ineutr} * 0,98$
deciel 10 — décile 10	$TLD_{ineutr} * 0,97$

Het verschil tussen de  $TLD_{ineutr}$  en de gecorrigeerde  $TLD_{ineutr}$  vertegenwoordigt de correctiefactor voor de  $TLD_{ifinaal}$  (zie punt 8) en is uitgedrukt in aantal gefactureerde dagen.

De correctiefactor voor ziekenhuis  $i$  wordt  $COR_i$  genoemd en is gelijk aan :

$$COR_i = \text{gecorrigeerde } TLD_{ineutr} - TLD_{ineutr}$$

De nationale som van de correcties van de laatste 3 decielen zal worden gelijkgeschakeld met de som van de eerste 3 decielen zodat het totaal aantal positief gecorrigeerde ligdagen in evenwicht is met het totaal aantal negatief gecorrigeerde ligdagen.

2.6. Berekenen van het teveel aan ligdagen (uitgezonderd de correctie doorgevoerd op basis van het teveel aan grote outliers en de correctie voor de neutrale DRG's).

De afwijking in dagen tussen  $GRLZ_i$  en  $GNLZ_i$  (zie punt 2.4.6.), wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal verblijven zoals bedoeld in punt 2.2. en verminderd met het teveel aan grote outliers met meerdere aangetaste systemen (zie punt 2.5.1.) gesommeerd over alle DRG-subgroepen.

$$TLD1_i = [GRLZ_i - GNLZ_i] * [N_{\text{totaal}} - Ta_i]$$

waarbij :

$TLD1_i$  = teveel aan ligdagen (kan ook een negatief getal zijn) voor ziekenhuis  $i$ ;

$GRLZ_i$  = gemiddelde reële ligduur voor ziekenhuis  $i$ ;

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

$N_{\text{totaal}_i}$  = het totaal aantal verblijven van ziekenhuis  $i$  zoals bedoeld in punt 2.2.;

$$TA = \sum_{j=1}^n TA_{ij} = \text{het teveel aan "grote outliers"}$$

met meerdere aangetaste systemen" voor gans het ziekenhuis  $i$  (dus gesommeerd over alle DRG-subgroepen  $j$ ).

## 2.7. Berekening van het uiteindelijk teveel aan ligdagen.

$$[TLDiFinaal = TLDli + CORi]$$

Waarbij :

$TLD1_i$  = het teveel aan ligdagen voor ziekenhuis  $i$  (zie punt 2.6.);

$COR_i$  = correctiefactor voor de verblijven met een neutrale DRG voor ziekenhuis  $i$  (zie punt 2.5.6.).

## 2.5.6. Le facteur correctif.

Le facteur correctif dépend du décile auquel l'hôpital appartient.

Le  $TLD_{ineutr}$  corrigé se calcule comme suit :

	indien de $TLD_{ineutr}$ negatief is si le $TLD_{ineutr}$ est négatif
	$TLD_{ineutr} * 0,97$
	$TLD_{ineutr} * 0,98$
	$TLD_{ineutr} * 0,99$
	$TLD_{ineutr} * 1$
	$TLD_{ineutr} * 1,01$
	$TLD_{ineutr} * 1,02$
	$TLD_{ineutr} * 1,03$

L'écart entre le  $TLD_{ineutr}$  corrigé et le  $TLD_{ineutr}$  représente le facteur correctif du  $TLD_{final}$  (voir point 2.8.) et est exprimé en nombre de jours facturés.

Ce facteur correctif sera appelé dans la suite  $COR$  et est égal à :

$$COR_j = TLD_{ineutr} \text{ corrigé} - TLD_{ineutr}$$

La somme nationale des corrections apportées aux 3 derniers déciles sera égalisée à la somme des corrections apportées aux 3 premiers déciles de sorte que le nombre total de journées corrigées positives soit égal au nombre total de journées corrigées négatives.

2.6. Calcul de l'excédent de journées d'hospitalisation (hors correction liée à l'excédent en outliers "grands" et hors correction liée aux DRG's neutres).

L'écart en jours entre la  $GRLZ_i$  et la  $GNLZ_i$  (voir point 2.4.6.) est multiplié par le nombre total de séjours tel que visé au point 2.2. et diminué de l'excédent en outliers "grands ayant plus d'un système atteint" (voir point 2.5.1.) somme sur tous les DRG's et sous-groupes.

$$TLD1_i = [GRLZ_i - GNLZ_i] * [N_{\text{total}} - Ta_i]$$

où :

$TLD1_i$  = excédent de journées d'hospitalisation (peut également être un nombre négatif) pour l'hôpital  $i$ ;

$GRLZ_i$  = durée de séjour moyenne réelle pour l'hôpital  $i$ ;

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

$N_{\text{total}_i}$  = le nombre total de séjours de l'hôpital  $i$  tel que visé au point 2.2.;

$$TA = \sum_{j=1}^n TA_{ij} = \text{l'excédent en outliers "grands"}$$

ayant plus d'un système atteint" pour tout l'hôpital  $i$  (donc sommé sur tous les DRG et sous-groupes).

## 2.7. Calcul de l'excédent de journées d'hospitalisation final.

$$[TLDiFinal = TLDli + CORi]$$

où :

$TLD1_i$  = l'excédent en journées de l'hôpital  $i$  (voir point 2.6.);

$COR_i$  = facteur correctif des séjours dans les DRG's neutres de l'hôpital  $i$  (voir point 2.5.6.).

## 3. VOORLOPIGE MAATREGEL VOOR DE DAGHOSPITALISATIE.

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

## 3.1. Algemene regel.

De TLD<sub>finaal</sub> (zie punt 2.8.) wordt verhoogd (verlaagd) met een bijkomende waarde die berekend wordt aan de hand van een substitutiegraad (hierna SG genoemd) van klassieke hospitalisatie (opnamen waarvoor een verpleegdagprijs mag aangerekend worden) naar daghospitalisatie. Voor een selectie (zie bijlage a) van verstrekingen j waarvoor een maxi- of super-forfait in de ziekteverzekering aangerekend wordt overeenkomstig artikel 4, §§ 4 en 5 van de conventie gesloten tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen of, bij ontstentenis hiervan, tussen de ziekteverzekering en de verplegingsinrichtingen, wordt een SG nationaal (NSG) en per ziekenhuis (SG) berekend :

$$DR_{ij} = \frac{N_{amb_{ij}}}{N_{amb_{ij}} + N_{hosp_{ij}}}$$

Waarbij :

$N_{amb_{ij}}$  = aantal verstrekkingen j in daghospitalisatie in ziekenhuis i;

$N_{hosp_{ij}}$  = aantal verstrekkingen j in klassieke hospitalisatie in ziekenhuis i;

De TLD<sub>id</sub> wordt als volgt berekend :

$$TLD_{id} = \sum_{j=1}^{s+m} [(N_{amb_{ij}} + N_{hosp_{ij}}) * (DRN_j - DR_j) * g * DSR_j]$$

Waarbij :

$$\sum_{j=1}^{s+m} = \text{som voor alle geselecteerde}$$

verstrekkingen (inclusief de chemotherapie, zie punt 3.2.);

NSG<sub>j</sub> = nationale substitutiegraad voor verstrekking j;

SG<sub>ij</sub> = substitutiegraad van het ziekenhuis i voor verstrekking j;

[(30)  $g = 1$  indien (NSG<sub>j</sub> - SG<sub>j</sub>) lager is dan 0,2 in absolute waarde;

= 1,5 indien (NSG<sub>j</sub> - SG<sub>j</sub>) hoger of gelijk is aan 0,2 en lager dan 0,3 in absolute waarde;

= 1,75 indien (NSG<sub>j</sub> - SG<sub>j</sub>) hoger of gelijk is aan 0,3 in absolute waarde

SVJ = substitutie verblijfsduur voor verstrekking j. (Een lijst met deze nationale waarden wordt in bijlage a toegevoegd.);

g is steeds gelijk aan 0,5 voor de RIZIV-pseudonomenclatuur code 761353 en 761390 (Chemotherapie, zie punt 3.2.) en voor de medische verstrekkingen 473211, 473174, 473196, 473454 en 473432.

## 3.2. Chemotherapie.

Voor de toepassing van punt 3.1 wordt het aantal verstrekkingen chemotherapie in dag en klassieke hospitalisatie als volgt bepaald :

$N_{amb}$  = aantal verstrekkingen in daghospitalisatie;

= aantal verstrekkingen met RIZIV-pseudonomenclatuur code 761353 of 761390;

$N_{hosp}$  = aantal verstrekkingen in klassieke hospitalisatie;

= aantal verblijven in DRG 410 (All Patient Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0) "Chemotherapie" met minder dan 5 te factureren ligdagen, vermeerderd met het aantal medische verblijven met als nevendiagnose chemotherapie (ICD-9-CM code V58.1) met minder dan 5 te factureren ligdagen.

## 3. MESURE PROVISOIRE POUR L'HOSPITALISATION DE JOUR.

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

## 3.1. Règle générale

On augmente (diminue) le TLD<sub>finaal</sub> (voir point 2.8.) d'une valeur complémentaire qui est calculée sur base d'un degré de remplacement (ci-après nommé DR) de l'hospitalisation classique (admissions pour lesquelles un prix de journée peut être imputé) par l'hospitalisation de jour. Pour un ensemble de prestations j sélectionnées (voir annexe a) pour lesquelles on impute un maxiforfait ou un superforfait dans le cadre de l'assurance maladie conformément à l'article 4, §§ 4 et 5 de la convention conclue entre les établissements de soins et les organismes assureurs ou, à défaut, entre l'assurance maladie et les établissements de soins, on calcule un DR national et un DR par hôpital (DR) :

$$DR_{ij} = \frac{N_{amb_{ij}}}{N_{amb_{ij}} + N_{hosp_{ij}}}$$

où :

$N_{amb_{ij}}$  = nombre d'interventions j en hospitalisation de jour dans l'hôpital i;

$N_{hosp_{ij}}$  = nombre d'interventions j en hospitalisation classique dans l'hôpital i.

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

où :

$$\sum_{j=1}^{s+m} = \text{somme de toutes les prestations}$$

sélectionnées (y compris la chimiothérapie, voir point 3.2.)

DRN<sub>j</sub> = degré de remplacement national pour l'intervention j;

DR<sub>ij</sub> = degré de remplacement de l'hôpital i pour l'intervention j;

[(30)  $g = 1$  si (DRN<sub>j</sub> - DR<sub>j</sub>) est inférieur, en valeur absolue, à 0,2;

= 1,50 si (DRN<sub>j</sub> - DR<sub>j</sub>) est, en valeur absolue, supérieur ou égal à 0,2 et inférieur à 0,3;

= 1,75 si (DRN<sub>j</sub> - DR<sub>j</sub>) est, en valeur absolue, supérieur ou égal à 0,3;]

DSR<sub>j</sub> = durée de séjour de remplacement pour l'intervention j. (Une liste de ces valeurs nationales est jointe en annexe a).

g est toujours égal à 0,5 pour les pseudocodes de la nomenclature INAMI 761353 et 761390 (chimiothérapie, voir point 3.2.) et pour les interventions médicales 473211, 473174, 473196, 473454 et 473432.

## 3.2. Chimiothérapie

Pour l'application du point 3.1., le nombre de prestations de chimiothérapie réalisées en hospitalisation de jour et en hospitalisation classique est défini de la manière suivante :

$N_{amb}$  = nombre de prestations en hospitalisation de jour;

= nombre de prestations ayant comme numéro de nomenclature INAMI 761353 ou 761390;

$N_{hosp}$  = nombre de prestations en hospitalisation classique;

= nombre de séjours dans le DRG 410 (All Patient Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0) "Chimiothérapie" avec moins de 5 journées à facturer auquel on ajoute le nombre de séjours médicaux ayant un diagnostic secondaire de chimiothérapie (code ICD-9-CM V581) avec moins de 5 journées à facturer.

4. DE TOTALE TLD<sub>it</sub>

De totale TLD<sub>it</sub> voor ziekenhuis i is de som van de TLD<sub>ifinaal</sub> voor de klassieke hospitalisatie en de TLD<sub>id</sub> die de daghospitalisatie in rekening brengt.

$$TLD_{it} = TLD_{ifinaal}(\text{uit punt 2.8.}) + TLD_{id}(\text{uit punt 3.1.})$$

5. BEREKENEN VAN HET TEVEEL AAN LIGDAGEN REKENING HOUDEND MET EEN FRANCHISE (TLD<sub>ie</sub>).

a) Indien de TLD<sub>j</sub> zoals berekend in punt 4., in absolute waarde minder bedraagt dan een jaarlijks vast te stellen percentage (f %), en dit voor de laatste maal in 1997, van het totaal aantal genormaliseerde ligdagen, dan wordt met dit teveel of te weinig aan ligdagen geen rekening gehouden.

Het totaal aantal genormaliseerde ligdagen, hierna N\_GLD<sub>i</sub> genoemd, wordt op de volgende manier berekend :

$$N\_GLD_i = (GNLZ_i * N\_totaal_i) + \left[ \sum_{j=1}^{s+n} (N\_amb_j * DSR_j) - TLD_{id} \right]$$

Waarbij

GNLZ<sub>i</sub> = gemiddelde genormaliseerde ligduur voor ziekenhuis i (zie punt 2.4.6.);

N\_totaal<sub>i</sub> = het totaal aantal verblijven zoals bedoeld in punt 2.2.

$$\sum_{j=1}^{s+m} = \text{som voor alle geselecteerde}$$

verstrekkingen (inclusief chemotherapie) (zie punt 3);

N\_amb<sub>j</sub> = aantal verstrekkingen j in daghospitalisatie;

DSR<sub>j</sub> = substitutie verblijfsduur voor verstrekking j.

TLD<sub>id</sub> = TLD berekend op de daghospitalisatie (zie punt 3).

b) Indien de TLD<sub>j</sub> zoals berekend in punt 4. in absolute waarde meer bedraagt dan het percentage (f %) (zoals bedoeld in punt 5.a) dan wordt de TLD<sub>it</sub> verminderd met een waarde gelijk aan f % van het totaal aantal genormaliseerde ligdagen.

$$TLD_{ie} = TLD_{it} - (f \% * N\_GLD_i)$$

Waarbij

TLD<sub>it</sub> = TLD zoals berekend in punt 4.

TLD<sub>ie</sub> = teveel aan ligdagen (kan ook een negatief getal zijn) rekening houdend met een franchise;

Indien TLD<sub>ie</sub> positief is zal dit verder aangeduid worden als PAL (positief aantal ligdagen). Indien TLD<sub>ie</sub> negatief is, wordt deze waarde NAL (negatief aantal ligdagen) genoemd.

## Bijlage A

Code AMB	Code HOS	DSR
220231	220242	3
220275	220286	4
220290	220301	2
220312	220323	2
220334	220345	3
221152	221163	3
227076	227080	2
229176	229180	2
230613	230624	2
232013	232024	2
235174	235185	2
238114	238125	3
238151	238162	3
238173	238184	2
238195	238206	3

4. TLD<sub>it</sub> TOTAL

Le TLD<sub>it</sub> total de l'hôpital i est la somme du TLD<sub>ifinaal</sub> de l'hospitalisation de classique et du TLD<sub>id</sub> qui tient compte de l'hospitalisation de jour.

$$TLD_{it} = TLD_{ifinaal}(\text{Cf. point 2.8.}) + TLD_{id}(\text{Cf. point 3.1.})$$

5. CALCUL DE L'EXCEDENT DE JOURNEES D'HOSPITALISATION COMPTE TENU D'UNE FRANCHISE (TLD<sub>ie</sub>).

a) Si le TLD<sub>it</sub> tel que calculé au point 4. est inférieur, en valeur absolue, à un pourcentage (f %), à fixer chaque année, et pour la dernière fois en 1997, du nombre total de journées d'hospitalisation normalisées, on ne tient pas compte de l'excédent ou du nombre insuffisant de journées d'hospitalisation.

Le nombre total de journées d'hospitalisation normalisées, ci-après nommé N\_GLD<sub>i</sub>, est calculé de la manière suivante :

où :

GNLZ<sub>i</sub> = durée de séjour moyenne normalisée pour l'hôpital i (voir point 2.4.6.);

N\_total<sub>i</sub> = le nombre total de séjours tel que visé au point 2.2.

$$\sum_{j=1}^{s+m} = \text{somme de toutes les prestations j}$$

sélectionnées (y compris la chimiothérapie) (voir point 3.).

N\_amb<sub>j</sub> = nombre d'interventions j en hospitalisation de jour réalisées par l'hôpital i;

DSR<sub>j</sub> = durée de séjour de remplacement pour l'intervention j.

TLD<sub>id</sub> = TLD calculé sur la base de l'hospitalisation de jour tel que visé au point 3.

b) Si le TLD<sub>it</sub> tel que calculé au point 4. est supérieur, en valeur absolue, au pourcentage (f %) (visé au point 5a) on diminue le TLD<sub>it</sub> d'une valeur égale à f % du nombre total de journées d'hospitalisation normalisées.

$$TLD_{ie} = TLD_{it} - (f \% * N\_GLD_i)$$

où :

TLD<sub>it</sub> = TLD calculé suivant la formule visée au point 4.

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

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

## Annexe A

---

238210	238221	2
241150	241161	3
244311	244322	3
244436	244440	2
244473	244484	3
244495	244506	2
244554	244565	3
244576	244580	4
244591	244602	3
244635	244646	2
245534	245545	2
245571	245582	2
245630	245641	2
245733	245744	2
245755	245766	2
245770	245781	2
245792	245803	4
245814	245825	2
245851	245862	3
245873	245884	2
24S094	246105	2
246212	246223	4
246514	246525	4
246551	246562	4
246573	246584	3
246595	246606	3
246610	246621	2
246654	246643	3
246654	246665	4
246676	246680	2
246772	246783	4
246831	246842	3
247531	247542	2
250132	250143	2
250154	250165	2
250176	250180	2
250191	250202	3
250213	250224	2
251274	251285	3
251311	251322	4
251370	251381	2
251650	251661	3
253153	253164	2
253190	253201	2
253212	253223	2
253551	253562	2
253573	253584	2
253654	253665	3
255172	255183	2
255194	255205	2
255231	255242	3
255592	255603	3
255614	255625	2

---

255695	255706	3
255732	255743	2
255754	255765	4
255776	255780	2
255894	255905	2
255916	255920	2
256115	256126	2
256130	256141	2
256174	256185	4
256314	256325	2
256336	256340	2
256491	256502	3
256513	256524	2
256653	256664	2
256815	256826	2
256830	256841	3
256852	256863	4
257390	257401	2
257434	257445	2
257876	257880	2
257891	257902	3
257994	258005	3
258031	258042	3
258053	258064	3
258156	258160	3
258171	258182	2
260691	260702	3
260735	260746	2
260794	260805	2
260853	260864	2
260875	260886	3
260890	260901	2
260912	260923	2
260934	260945	2
260956	260960	2
280055	280065	2
280070	280081	2
280092	280103	2
280136	280140	2
280151	280162	3
280195	280206	4
280534	280545	2
280571	280582	3
280674	280685	4
280711	280722	2
280755	280766	3
280792	28Q803	4
283010	283021	2
284572	284583	2
284911	284922	2
285095	285106	3
285235	285246	2
285375	285386	2

---

285390	285401	4
285434	285445	4
285471	285482	2
285574	285585	2
285596	285600	2
285670	285681	2
285810	285821	2
285832	285843	4
285935	285946	3
285972	285983	2
286112	286123	2
286230	286241	2
286296	286300	4
286451	286462	4
287350	287361	3
287372	287383	2
287431	287442	2
287453	287464	2
287475	287486	2
287490	287501	2
287512	287523	2
287534	287545	2
287556	287560	2
287571	287582	2
287696	287700	2
287711	287722	2
287755	287766	2
287792	287803	2
287814	287825	2
287836	287840	2
288094	288105	3
288116	288120	4
241970	291981	2
291992	292003	2
292014	292025	2
292235	292246	2
292633	292644	3
292736	292740	4
292795	292784	3
292795	292806	3
292832	292843	2
292891	292902	2
292935	292946	4
292972	292983	3
292994	293005	2
293016	293020	3
293031	293042	4
293053	293064	3
243075	293086	2
293134	293145	3
293156	293160	4
293171	293182	3
293193	293204	4

293230	293241	2
293252	293263	4
293274	293285	3
293311	293322	4
293370	293381	2
294210	294221	2
294232	294243	2
294475	294486	2
294615	294626	2
294674	294685	2
294711	294722	2
300252	300263	2
300274	300285	3
300296	300300	2
300311	300322	2
300333	300344	2
310715	310726	2
310796	310800	4
310855	310866	2
310951	310962	2
311334	311345	2
311452	311463	2
311835	311846	2
311990	312001	2
312152	312163	2
317214	317225	2
354056	354060	4
431056	431060	2
431071	431082	3
431513	431524	2
432294	432305	3
432316	432320	2
432331	432342	2
531812	531823	2
473211	473222	1
473174	473185	1
473196	473200	1
473454	473465	1
473432	473443	1
761353	MKGRCM	1
761390	MKGRCM	1

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :  
De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :  
Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE