

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 2002 — 3909

[C — 2002/22865]

**18 OKTOBER 2002.** — Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 57 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de berekeningsregels voor de per verpleegdag betaalde forfaitaire honoraria inzake klinische biologie

ALBERT II, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 57, §§ 2 en 3, gewijzigd bij de wet van 24 december 1999 en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997;

Gelet op het koninklijk besluit van 19 juni 1997 tot bekrachtiging van het akkoord en van de bijlagen I en II van dat akkoord dat op 31 oktober 1995 door de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen is gesloten ter uitvoering van artikel 57, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het verzoek van de Minister op 6 februari 2002 om voorstellen te formuleren betreffende de berekeningsregels voor de per verpleegdag betaalde forfaitaire honoraria inzake klinische biologie;

Overwegende dat de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen geen voorstel heeft geformuleerd binnen de dertig dagen na het bovenbedoeld verzoek van de Minister;

Overwegende dat de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen geen advies heeft gegeven binnen een termijn van dertig dagen na het verzoek van de Minister;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 13 mei 2002;

Gelet op het advies van de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 13 mei 2002;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 16 mei 2002;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting, gegeven op 11 juni 2002;

Gelet op het besluit van de Ministerraad over het verzoek aan de Raad van State om advies te geven binnen een termijn van één maand;

Gelet op het advies 33.826/1 van de Raad van State, gegeven op 26 september 2002, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** § 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder :

1<sup>o</sup> basisgegevens : de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verschuldigde bedragen voor verstrekkingen, verleend tussen 1 januari en 31 december van een dienstjaar en opgenomen in de bij Titel VI, Hoofdstuk VI, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedoelde statistische tabellen voor dat dienstjaar en voor het eerste daarop volgende semester;

2<sup>o</sup> refertejaar : het meest recente jaar waarvan de basisgegevens gekend zijn op 1 april van het jaar welk voorafgaat aan het jaar waarin de forfaitaire honoraria van toepassing zijn;

3<sup>o</sup> verstrekkingen inzake klinische biologie : alle verstrekkingen die in de loop van het refertejaar waren opgenomen in artikel 3, § 1, A, II en C, I, in artikel 18, § 2, B, e), en in artikel 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, verleend aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden;

4<sup>o</sup> geobserveerde uitgaven inzake klinische biologie : de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verschuldigde bedragen voor verstrekkingen inzake klinische biologie verleend tussen 1 januari en 31 december van het refertejaar en opgenomen in de bij Titel VI, Hoofdstuk VI, van het voornoemde koninklijk besluit van 3 juli 1996, bedoelde statistische tabellen betreffende het dienstjaar van het refertejaar en betreffende het eerste semester van het daarop volgende dienstjaar, met dien verstande dat de waarde van de verstrekkingen inzake klinische biologie met vier wordt vermenigvuldigd;

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

F. 2002 — 3909

[C — 2002/22865]

**18 OCTOBRE 2002.** — Arrêté royal portant exécution de l'article 57 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les règles de calcul des honoraires forfaitaires de biologie clinique payés par journée d'hospitalisation

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 57, §§ 2 et 3, modifiée par la loi du 24 décembre 1999 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997;

Vu l'arrêté royal du 19 juin 1997 confirmant l'accord et les annexes I et II de cet accord conclu le 31 octobre 1995 par la Commission nationale médico-mutualiste en exécution de l'article 57, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Vu la demande du Ministre du 6 février 2002 de formuler des propositions concernant les règles de calcul des honoraires forfaitaires de biologie clinique payés par journée d'hospitalisation;

Considérant que la Commission nationale médico-mutualiste n'a pas formulé de proposition dans un délai de trente jours à dater de la demande susvisée du Ministre;

Considérant que la Commission nationale médico-mutualiste n'a pas rendu d'avis dans les trente jours de la demande du Ministre;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 13 mai 2002;

Vu l'avis du Conseil général de l'assurance soins de santé, donné le 13 mai 2002;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 16 mai 2002;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 11 juin 2002;

Vu la délibération du Conseil des Ministres sur la demande d'avis à donner par le Conseil d'Etat dans un délai ne dépassant pas un mois;

Vu l'avis 33.826/1 du Conseil d'Etat, donné le 26 septembre 2002, en application de l'article 84, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** § 1<sup>er</sup>. Pour l'application du présent accord, on entend par :

1<sup>o</sup> données de base : les montants dus par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour des prestations dispensées entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre d'un exercice et figurant dans les tableaux statistiques pour cet exercice et du premier semestre suivant visés au Titre VI, Chapitre VI, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

2<sup>o</sup> année de référence : l'année la plus récente pour laquelle les données de base sont connues au 1<sup>er</sup> avril de l'année précédant celle où les honoraires forfaitaires sont d'application;

3<sup>o</sup> prestations de biologie clinique : toutes les prestations qui figuraient dans le courant de l'année de référence à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, A, II et C, I, à l'article 18, § 2, B, e) et à l'article 24, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, dispensées à des bénéficiaires hospitalisés;

4<sup>o</sup> dépenses de biologie clinique observées : les montants dus par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les prestations de biologie clinique dispensées entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de l'année de référence, et figurant dans les tableaux statistiques visés au Titre VI, Chapitre VI, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, se rapportant à l'exercice de l'année de référence et au premier semestre de l'exercice suivant, étant entendu que la valeur des prestations de biologie clinique est multipliée par quatre;

5° aantal aan een ziekenhuis toegewezen verpleegdagen : het aantal verpleegdagen waarvoor een tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verschuldigd is, gerealiseerd tussen 1 januari en 31 december van het refertejaar en opgenomen in de vorengenoemde statistische tabellen betreffende het dienstjaar van het refertejaar en betreffende het eerste semester van het daarop volgende dienstjaar, zoals gecorrigeerd bij toepassing van artikel 6.

§ 2 Voor de ziekenhuizen die ten laatste vanaf 1 januari van het jaar waarin de forfaitaire honoraria van toepassing zijn een fusie hebben aangegaan, worden de gegevens van die verschillende ziekenhuizen eerst samengeteld.

**Art. 2.** Het forfaitair honorarium per verpleegdag is gelijk aan het quotiënt van de deling met als deeltal de begroting van de financiële middelen voor klinische biologie van het betrokken ziekenhuis en als deler het aantal verpleegdagen dat is toegewezen aan het betrokken ziekenhuis.

De begroting van de financiële middelen voor de klinische biologie wordt voor ieder ziekenhuis afzonderlijk berekend. Ze is gelijk aan de som van de in artikel 4 bedoelde aandelen in de partiële begrotingen.

**Art. 3.** De globale begroting voor de per verpleegdag betaalde forfaitaire honoraria inzake klinische biologie van het lopende jaar wordt vastgesteld door de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

**Art. 4.** Op grond van de in artikel 3 vastgestelde globale begroting worden partiële begrotingen vastgelegd welke verdeeld worden op basis van de volgende parameters :

1° 40 % van de bovengenoemde globale begroting wordt verdeeld op basis van de pathologiegegevens, waarvan een gedeelte wordt afgezonderd op basis van de geobserveerde uitgaven per dienstengroep inzake klinische biologie voor de in artikel 5, § 1, vermelde ziekenhuizen en diensten waarvoor de methode die in bijlage is beschreven, niet van toepassing is;

2° 40 % van de globale begroting wordt verdeeld op basis van de nationale gemiddelde uitgaven per dag per dienstengroep;

3° 10 % van de globale begroting wordt verdeeld op basis van het aantal bedden voor intensieve zorgen;

4° 10 % van de globale begroting wordt verdeeld op basis van de permanente aanwezigheid van laboratoriumtechnologen.

**Art. 5. § 1.** De partiële begroting inzake klinische biologie welke verdeeld dient te worden volgens de pathologiegegevens wordt per ziekenhuis verdeeld overeenkomstig de methode die in bijlage is beschreven, met uitzondering voor de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische diensten in algemene ziekenhuizen, de Sp-diensten in algemene ziekenhuizen en de ziekenhuizen die over noch een dienst voor diagnose en heilkundige behandeling, noch een dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling, noch een dienst voor kindergeneeskunde beschikken, waarvoor de verdeling gebeurt proportioneel aan de geobserveerde uitgaven inzake klinische biologie.

§ 2. Voor de verdeling van de partiële begroting inzake klinische biologie welke op basis van de nationale gemiddelde uitgaven per dienstengroep wordt verdeeld onderscheidt men de volgende dienstengroepen :

1° D1 : de dienst voor diagnose en heilkundige behandeling en de eenheid voor behandeling van zware brandwonden, waaraan de helft van de dienst voor intensieve verzorging wordt toegevoegd;

2° D2 : de dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling, de dienst voor kindergeneeskunde en de dienst voor geriatrie en revalidatie, waaraan de helft van de dienst voor intensieve verzorging wordt toegevoegd;

3° D3 : de kraamdienst in een algemeen ziekenhuis, inclusief de onderafdeling voor niet intensieve neonatale verzorging;

4° D4 : de diensten van de psychiatrische ziekenhuizen;

5° D5 : de psychiatrische diensten in een algemeen ziekenhuis, de dienst voor de tuberculosebehandeling in het kader van een algemeen ziekenhuis, de dienst voor intensieve verzorging van pasgeborenen, de dienst voor besmettelijke aandoeningen;

6° D6 : de acute Sp-diensten, met name Sp-cardiopulmonair, Sp-locomotorisch of Sp-neurologisch en de chronische Sp-diensten, met name Sp-chronische pathologie, Sp-chronische polypathologie of Sp-palliatieve hulp.

De begroting van het ziekenhuis wordt bekomen door het aantal toegewezen verpleegdagen per dienstengroep te vermenigvuldigen met de gemiddelde nationale waarde van de geobserveerde uitgaven inzake klinische biologie per dag in de betrokken dienstengroep.

5° nombre de journées d'hospitalisation attribué à un hôpital : le nombre de journées d'hospitalisation pour lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est due, réalisées entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de l'année de référence et figurant dans les tableaux statistiques précités se rapportant à l'exercice de l'année de référence et au premier semestre de l'exercice suivant, corrigé en application de l'article 6;

§ 2 Pour les hôpitaux fusionnés au plus tard à partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année où les honoraires forfaitaires sont d'application, les données des différents hôpitaux sont préalablement cumulées.

**Art. 2.** Les honoraires forfaitaires par journée d'hospitalisation sont égaux au quotient de la division dont le dividende est le budget des moyens financiers pour la biologie clinique de l'hôpital concerné et le diviseur le nombre de journées d'hospitalisation attribué à l'hôpital en question.

Le budget des moyens financiers pour la biologie clinique est calculé séparément pour chaque hôpital. Il est égal à la somme des quotes-parts dans les budgets partiels visées à l'article 4.

**Art. 3.** Le budget global pour les honoraires forfaitaires de biologie clinique payés par journée d'hospitalisation pour l'année en cours est fixé par le Conseil général de l'assurance soins de santé.

**Art. 4.** Sur base du budget global fixé dans l'article 3, des budgets partiels sont définis et répartis sur base des paramètres suivants :

1° 40 % du budget global précité sont répartis sur base des données de pathologie dont une partie est isolée en fonction des dépenses observées par groupe de services en matière de biologie clinique pour les hôpitaux et les services mentionnés à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, pour lesquels la méthode décrite à l'annexe n'est pas applicable;

2° 40 % du budget global sont répartis sur base des dépenses moyennes nationales par jour et par groupe de services;

3° 10 % du budget global sont répartis sur base du nombre de lits pour les soins intensifs;

4° 10 % du budget global sont répartis sur base de la présence permanente des techniciens de laboratoire.

**Art. 5. § 1<sup>er</sup>.** Le budget partiel de biologie clinique qui doit être réparti selon les données de pathologie est ventilé par hôpital conformément à la méthode décrite en annexe, à l'exception des hôpitaux psychiatriques, des services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, des services Sp dans les hôpitaux généraux et des hôpitaux qui ne disposent ni d'un service de diagnostic et de traitement chirurgical, ni d'un service de diagnostic et de traitement médical, ni d'un service de pédiatrie pour lesquels la répartition est effectuée proportionnellement aux dépenses de biologie clinique observées.

§ 2. Pour la répartition du budget partiel de biologie clinique réparti sur base des dépenses moyennes nationales par groupe de services, on distingue les groupes de services suivants :

1° D1 : le service de diagnostic et de traitement chirurgical et l'unité de traitement de grands brûlés, auxquels on adjoint la moitié de l'unité de soins intensifs;

2° D2 : le service de diagnostic et de traitement médical, le service de pédiatrie et le service de gériatrie et de rééducation fonctionnelle auxquels on adjoint la moitié de l'unité de soins intensifs;

3° D3 : le service de maternité dans un hôpital général, y compris la sous-section des soins néonataux non intensifs;

4° D4 : les services des hôpitaux psychiatriques;

5° D5 : les services psychiatriques dans un hôpital général, le service pour le traitement de la tuberculose dans le cadre d'un hôpital général, le service des soins néonataux intensifs; le service des affections infectieuses;

6° D6 : les services Sp aigus, à savoir des types Sp-cardiopulmonaire, Sp-locomoteur ou Sp-neurologie ainsi que les services Sp-chroniques, à savoir des types Sp-pathologie chronique, Sp-polypathologie chronique ou Sp-soins palliatifs.

Le budget de l'hôpital est obtenu en multipliant le nombre de journées d'hospitalisation attribuées par groupe de services par la valeur moyenne nationale des dépenses de biologie clinique observées par jour dans le groupe de services concerné.

§ 3. De verdeling van de partiële begroting inzake klinische biologie van artikel 4, verdeeld op basis van het aantal bedden voor intensieve zorgen, gebeurt door deze partiële begroting te delen door het totaal aantal bedden voor intensieve zorgen, zoals bedoeld in artikel 46, § 2, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, en het bekomen bedrag toe te wijzen aan elk ziekenhuis op basis van het aantal bedden voor intensieve zorgen.

§ 4. De verdeling van de partiële begroting inzake klinische biologie van artikel 4, verdeeld op basis van de permanente aanwezigheid van laboratoriumtechnologen, gebeurt door deze partiële begroting te delen door het totaal aantal verpleegdagen in acute diensten in ziekenhuizen die over de permanente aanwezigheid van laboratoriumtechnologen beschikken en het bekomen bedrag toe te wijzen aan elk ziekenhuis met permanente aanwezigheid op basis van het aantal verpleegdagen in acute diensten.

**Art. 6. § 1.** Bij de berekening van de begroting van financiële middelen voor ieder ziekenhuis, alsook bij het toewijzen van het aantal verpleegdagen aan elk ziekenhuis, wordt rekening gehouden met de evolutie van het aantal bedden per dienst tussen het refertejaar en 1 januari van het jaar gedurende hetwelk de forfaitaire honoraria van toepassing zijn.

§ 2. De som van de individuele begrotingen die aan de ziekenhuizen worden toegewezen, mag geenszins hoger liggen dan de globale begroting per verpleegdag zoals die is omschreven in artikel 3.

**Art. 7.** De Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering is ermee belast het forfaitair honorarium per verpleegdag voor ieder afzonderlijk ziekenhuis vast te stellen.

Hij stelt het betrokken ziekenhuis en de verzekeringsinstellingen ten laatste op 1 mei in kennis van de hiervoren vermelde bedragen. Vanaf de datum waarop het bedrag van de forfaitaire honoraria is meege-deeld, hebben de ziekenhuizen, op straffe van onontvankelijkheid, dertig dagen tijd om eventueel hun opmerkingen bij hogergenoemde Dienst ter zake te formuleren.

Elke betwisting betreffende de toegekende forfaits wordt voorgelegd aan het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

De Dienst voor geneeskundige verzorging is belast met de uitvoering van de in het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging genomen beslissing.

**Art. 8.** Het koninklijk besluit van 19 juni 1997 tot bekrachtiging van het akkoord en van de bijlagen I en II van dat akkoord dat op 31 oktober 1995 door de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen is gesloten ter uitvoering van artikel 57, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt opgeheven.

**Art. 9.** Dit besluit treedt in werking op 1 november 2002.

**Art. 10.** Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, op 18 oktober 2002.

ALBERT

Van Koningswege :  
De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

§ 3. La répartition du budget partiel de biologie clinique de l'article 4 sur base du nombre de lits pour les soins intensifs est effectuée en divisant ce budget partiel par le nombre total de lits pour les soins intensifs au sens de l'article 46, § 2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, et en attribuant le montant obtenu à chaque hôpital sur base du nombre de lits pour les soins intensifs.

§ 4. La répartition du budget partiel de biologie clinique de l'article 4 sur base de la présence permanente de techniciens de laboratoire est effectuée en divisant ce budget partiel par le nombre total de journées d'hospitalisation dans les services aigus d'hôpitaux disposant de la présence permanente de techniciens de laboratoire, et en attribuant le montant obtenu à chaque hôpital ayant une présence permanente sur base du nombre de journées d'hospitalisation dans les services aigus.

**Art. 6. § 1<sup>er</sup>.** Lors du calcul du budget des moyens financiers de chaque hôpital et lors de l'attribution du nombre de journées d'hospitalisation à chaque hôpital, il est tenu compte de l'évolution de son nombre de lits par service entre l'année de référence et le 1<sup>er</sup> janvier de l'année durant laquelle les honoraires forfaitaires sont en application.

§ 2. La somme des budgets individuels attribués aux hôpitaux ne peut en aucun cas excéder le budget global par journée d'hospitalisation tel que défini à l'article 3.

**Art. 7.** Le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité est chargé de fixer, pour chaque hôpital, les honoraires forfaitaires par journée d'hospitalisation.

Il informe, le 1<sup>er</sup> mai au plus tard, l'hôpital concerné et les organismes assureurs des montants précités. A partir de la date de communication du montant des honoraires forfaitaires, les hôpitaux disposent, sous peine d'irrecevabilité, de trente jours pour formuler éventuellement leurs remarques en la matière au Service susvisé.

Toute contestation relative aux forfaits alloués peut être soumise au Comité de l'assurance soins de santé.

Le Service des soins de santé est chargé de l'exécution de la décision prise par le Comité de l'assurance soins de santé.

**Art. 8.** L'arrêté royal du 19 juin 1997 confirmant l'accord et les annexes I et II de cet accord conclu le 31 octobre 1995 par la Commission nationale médico-mutualiste en exécution de l'article 57, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est abrogé.

**Art. 9.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2002.

**Art. 10.** Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 18 octobre 2002.

ALBERT

Par le Roi :  
Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

#### Bijlage

#### Regels voor de berekening van de begroting van financiële middelen per ziekenhuis op basis van pathologiegegevens (artikel 5, § 1)

Begrippen en afkortingen :

- *Rijksinstituut* : het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;
- *Ministerie* : het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu;
- *MKG-MFG data* : de minimale klinische en minimale financiële gegevens zoals ingezameld door de Technische cel voor de verwerking van de gegevens met betrekking tot de ziekenhuizen, opgericht bij het Ministerie en het Rijksinstituut door de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen;
- *APR-DRG classificatie* : de classificatie van patienten in diagnosegroepen zoals beschreven in het handboek « All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manual, version 15.0 »;
- *severity klasse* : opdeling van APR-DRG in 4 klassen volgens de ernst van de aandoening zoals beschreven in voornoemd handboek;
- *case-mix van een ziekenhuis* : het aantal verblijven per APR-DRG, per severity klasse, per jaar.

1. *Bepaling van de partiële begroting die wordt verdeeld op basis van de pathologiegegevens*

De partiële begroting die wordt verdeeld op basis van pathologiegegevens is gelijk aan 40 % van de globale begroting, bedoeld in artikel 3, waarvan een gedeelte wordt afgezonderd op basis van de geobserveerde uitgaven per dienstengroep inzake klinische biologie voor de in artikel 5, § 1 vermelde ziekenhuizen en diensten.

2. *Bepaling van de klinische biologie indexen per APR-DRG*

De Technische cel berekent jaarlijks vóór 1 april de klinische biologie indexen voor de prestaties inzake klinische biologie die op forfaitaire basis vergoed worden. Deze berekening wordt uitgevoerd op de landelijke MKG-MFG data van het meest recent beschikbare jaar. De klinische biologie indexen zijn gelijk aan de verhouding van de gemiddelde uitgaven per verblijf per APR-DRG en per severity klasse voor de prestaties inzake klinische biologie tot de gemiddelde uitgaven per verblijf voor alle APR-DRG's en severity klassen samen.

De gemiddelde uitgaven per verblijf per APR-DRG en per severity klasse wordt bepaald na weglating van de outliers. De outliers zijn de verblijven met uitgaven voor prestaties inzake klinische biologie die groter zijn dan  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ , waarbij Q1, Q2 en Q3 de waarden vertegenwoordigen van het eerste, tweede en derde kwartiel van de verdeling van voornoemde uitgaven.

Indien voor een bepaalde APR-DRG er voor de vier severity klassen minder dan 80 verblijven aanwezig zijn in de nationale databank, dan worden deze verblijven samengenomen en wordt er slechts één klinische biologie index berekend. Indien voor een bepaalde APR-DRG er voor de severity klassen 1 en 2 samen minder dan 40 verblijven aanwezig zijn in de nationale databank, dan worden deze verblijven samengenomen en wordt er voor severity klasse 1 en 2 slechts één klinische biologie index berekend. Idem voor severity klassen 3 en 4. Indien voor een bepaalde APR-DRG in een severity klasse minder dan 10 verblijven aanwezig zijn in de nationale databank, dan wordt het aantal verblijven van deze severity klasse samengenomen met de naburige severity klasse op de volgende wijze: klasse 1 + klasse 2 of klasse 3 + klasse 4.

3. *Berekening van de begroting van het ziekenhuis*

De begroting van het ziekenhuis wordt berekend op basis van de klinische biologie indexen uit punt 2 en de meest recent beschikbare case-mix van het ziekenhuis. Deze case-mix-gegevens worden meegedeeld door het Ministerie uiterlijk op 1 april voor het betreffend dienstjaar.

De berekening van de begroting van het ziekenhuis gebeurt door, per APR-DRG en severity klasse, het product te maken van het aantal verblijven in betreffend ziekenhuis en de klinische biologie index :

$$KBI_h = \sum_{xy} V_{h,xy} * KBI_{xy}$$

waarbij :

$KBI_h$  = de klinische biologie index van ziekenhuis h;

$V_{h,xy}$  = het aantal verblijven in ziekenhuis h met APR-DRG-code x, severity-graad y;

$KBI_{xy}$  = de klinische biologie index voor APR-DRG-code x, severity-graad y.

De begroting van het ziekenhuis is gelijk aan het product van de klinische biologie index van elk ziekenhuis en het quotiënt van de voorziene partiële begroting en de som van de klinische biologie indexen van alle ziekenhuizen:

$$E_h = IBC_h * \frac{B}{\sum_i IBC_i}$$

waarbij :

$E_h$  = de enveloppe van het ziekenhuis h;

$KBI_h$  = de klinische biologie index van ziekenhuis h;

B = de partiële begroting in toepassing van artikel 4 van het besluit;

$\sum_i KBI_i$  = de som van de klinische biologie indexen van de ziekenhuizen.

= de som van de klinische biologie indexen van de ziekenhuizen.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 18 oktober 2002 tot uitvoering van artikel 57, §3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de berekeningsregels voor de per verpleegdag betaalde forfaitaire honoraria inzake klinische biologie.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,

F. VANDENBROUCKE

Annexe I

Règles en vue du calcul du budget des moyens financiers par hôpital sur base des données de pathologie (article 5, § 1<sup>er</sup>)

Notions et abréviations :

— *Institut national* : l'Institut national d'Assurance maladie-invalidité;

— *Ministère* : le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement;

— *RCM-RFM* : le résumé clinique minimum et le résumé clinique financier tels qu'ils ont été constitués par la Cellule technique en vue du traitement des données relatives aux hôpitaux, instituée auprès du Ministère et de l'Institut national par la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales;

— *classification APR-DRG* : la classification de patients dans des groupes de diagnostic comme il a été décrit dans le manuel « All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manual, version 15.0 »;

— *classe de sévérité* : ventilation des APR-DRG en 4 classes selon la gravité de l'affection comme décrit dans le manuel précité;

— *case-mix d'un hôpital* : le nombre de séjours par APR-DRG, par classe de sévérité, par année;

### 1. Détermination du budget partiel qui est réparti sur base des données de pathologie

Le budget partiel qui est réparti sur base des données de pathologie est égal à 40 % du budget global, visé à l'article 3, dont une partie est isolée en fonction des dépenses observées par groupe de services en matière de biologie clinique pour les hôpitaux et les services mentionnés à l'article 5, § 1<sup>er</sup>.

### 2. Détermination de la biologie clinique par APR-DRG

La Cellule technique calcule chaque année, avant le 1<sup>er</sup> avril, les indices de biologie clinique pour les prestations de biologie clinique qui sont remboursées sur une base forfaitaire. Ce calcul est effectué sur base des RCM-RFM nationaux de l'année la plus récente disponible. Les indices de biologie clinique sont égaux au rapport entre les dépenses moyennes par séjour par APR-DRG et par classe de sévérité pour les prestations de biologie clinique et les dépenses moyennes par séjour pour tous les APR-DRG et classes de sévérité confondus.

Les dépenses moyennes par séjour par APR-DRG et par classe de sévérité sont déterminées après omission des données aberrantes (outliers). Les données aberrantes sont les séjours dont les dépenses en matière de prestations de biologie clinique sont supérieures à  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ , où Q1, Q2 et Q3 représentent respectivement les valeurs des premier, deuxième et troisième quartiles de la distribution desdites dépenses.

Si pour un APR-DRG déterminé et pour les quatre classes de sévérité moins de 80 séjours sont présents dans la banque de données nationale, ces séjours s'additionnent et un seul indice de biologie clinique est calculé. Si pour un APR-DRG déterminé, la banque de données nationale compte moins de 40 séjours pour les classes de sévérité 1 et 2 confondues, ces séjours sont additionnés et un seul indice de biologie clinique est calculé pour les classes de sévérité 1 et 2. Il en va de même pour les classes 3 et 4. Si pour un APR-DRG déterminé la banque de données nationale compte moins de 10 séjours dans une classe de sévérité, le nombre de séjours de cette classe de sévérité est réuni avec la classe de sévérité voisine de la façon suivante : classe 1 + classe 2 ou classe 3 + classe 4.

### 3. Calcul du budget de l'hôpital

Le budget de l'hôpital est calculé sur base des indices de biologie clinique du point 2 et du plus récent case-mix disponible de l'hôpital. Les données relatives au case-mix sont communiquées par le Ministère au plus tard le 1<sup>er</sup> avril avant l'exercice concerné.

Le calcul du budget de l'hôpital est obtenu en multipliant, par APR-DRG et classe de sévérité, le nombre de séjours dans l'hôpital en question par l'indice de biologie clinique :

$$KBI_h = \sum_{xy} V_{h,xy} * KBI_{xy}$$

où :

$IBC_h$  = l'indice de biologie clinique de l'hôpital h;

$S_{h,xy}$  = le nombre de séjours dans l'hôpital h ayant le code APR-DRG x et le grade de sévérité y;

$IBC_{xy}$  = l'indice de biologie clinique pour le code APR-DRG x et le grade de sévérité y.

Le budget de l'hôpital est égal au produit de l'indice de biologie clinique de chaque hôpital par le quotient du budget partiel prévu et la somme des indices de biologie clinique de tous les hôpitaux :

$$E_h = IBC_h * \frac{B}{\sum_i IBC_i}$$

où :

$E_h$  = l'enveloppe de l'hôpital h ;

$IBC_h$  = l'indice de biologie clinique de l'hôpital h ;

$B$  = le budget partiel en vertu de l'article 4 de l'arrêté ;

$\sum_i IBC_i$  = la somme des indices de biologie clinique des hôpitaux.

Vu pour être joint à Notre arrêté du 18 octobre 2002 portant exécution de l'article 57, §3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les règles de calcul des honoraires forfaitaires de biologie clinique payés par journée d'hospitalisation.

ALBERT  
Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE