

SERVICE PUBLIC FEDERAL FINANCES

F. 2003 — 2402

[2003/03299]

9 MAI 2003. — Décision du Président du Comité de direction du SPF Finances

Le Président du Comité de direction,

Vu l'arrêté royal du 29 octobre 1971 fixant le règlement organique du Ministère des Finances, ainsi que les dispositions particulières y assurant l'exécution du Statut des agents de l'Etat, notamment l'article 59;

Vu l'arrêté royal du 31 mars 2003 attribuant des compétences au Président du Comité de direction du Service public fédéral Finances pendant la durée de la cellule provisoire, notamment l'article 1^{er}, alinéa 1^{er};

Vu l'arrêté ministériel du 6 mai 2003 relatif aux délégations de compétences au Président du Comité de direction du SPF Finances;

Vu la décision du 25 septembre 2002 du Président du Comité de direction du SPF Finances,

Arrête :

Article 1^{er}. Les délégations de compétences attribuées par le Secrétaire général du Ministère des Finances sont maintenues.

Art. 2. La décision du 25 septembre 2002 est abrogée.

Art. 3. Le présente décision produit ses effets le 1^{er} janvier 2003.

Bruxelles, le 9 mai 2003.

J.-Cl. LAES

FEDERALE OVERHEIDSDIENST FINANCIËN

N. 2003 — 2402

[2003/03299]

9 MEI 2003. — Beslissing van de Voorzitter van het Directiecomité van de FOD Financiën

De Voorzitter van het Directiecomité,

Gelet op het koninklijk besluit van 29 oktober 1971 tot vaststelling van het organiek reglement van het Ministerie van Financiën en van de bijzondere bepalingen die er voorzien in de uitvoering van het statuut van het Rijkspersoneel, inzonderheid artikel 59;

Gelet op het koninklijk besluit van 31 maart 2003 tot toekenning van bevoegdheden aan de Voorzitter van het Directiecomité van de Federale Overheidsdienst Financiën gedurende het bestaan van de voorlopige cel, inzonderheid artikel 1, eerste alinea;

Gelet op het ministerieel besluit van 6 mei 2003 houdende delegatie van bevoegdheden aan de Voorzitter van het Directiecomité van de FOD Financiën;

Gelet op de beslissing van 25 september 2002 van de Voorzitter van het Directiecomité van de FOD Financiën,

Besluit :

Artikel 1. De delegaties van bevoegdheden toegekend door de Secretaris-generaal van het Ministerie van Financiën worden behouden.

Art. 2. De beslissing van 25 september 2002 wordt opgeheven.

Art. 3. Deze beslissing heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2003.

Brussel, 9 mei 2003.

J.-Cl. LAES

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

F. 2003 — 2403

[C — 2003/22627]

4 JUNI 2003. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 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 97 remplacé par la loi du 14 janvier 2002;

Vu l'arrêté du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, modifié par les arrêtés royaux des 22 octobre 2002, 11 novembre 2002 et 29 janvier 2003;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section financement, donné le 12 décembre 2002;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 27 janvier 2003;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 13 mars 2003;

Vu l'avis 35.152/3 du Conseil d'Etat, donné le 6 mai 2003;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 15 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux sont ajoutés les points 28° et 29° rédigés comme suit :

« 28°. les moyens alloués aux hôpitaux disposant d'un programme de soins agréé 'Médecine de reproduction B';

29°. Les moyens alloués pour couvrir forfaitairement les coûts liés à la fonction de médiation dans les hôpitaux aigus et les services Sp isolés. »

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

N. 2003 — 2403

[C — 2003/22627]

4 JUNI 2003. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 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 97, vervangen bij de wet van 14 januari 2002;

Gelet op het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 oktober 2002, 11 november 2002 en 29 januari 2003;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling financiering, gegeven op 12 december 2002;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 27 januari 2003;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting gegeven op 13 maart 2003;

Gelet op het advies 35.152/3 van de Raad van State, gegeven op 6 mei 2003;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 15 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen in de ziekenhuizen worden de punten 28° en 29° toegevoegd, luidend als volgt :

« 28°. de middelen toegekend aan de ziekenhuizen die beschikken over een erkend zorgprogramma 'Reproductieve Geneeskunde B';

29°. de middelen die worden toegekend voor de forfaitaire dekking van de kosten die voortvloeien uit de bemiddelingsfunctie in de acute ziekenhuizen en de geïsoleerde Sp-diensten. »

Art. 2. § 1^{er}. A l'article 29, § 2, 1^o, du même arrêté, le tableau figurant au 2^e alinéa est remplacé par le tableau suivant :

	Groupe universitaire Universitaire groep	< 200 lits < 200 bedden	200 à 299 lits 200 tot 299 bedden	300 à 449 lits 300 tot 449 bedden	> 450 lits 450 bedden
Service d'urgences Spoedgevallendienst	3	3	3	5	3
Quartier opératoire Operatiekwartier	46	48	56	47	52
Maternité Materniteit	1	3	5	4	4
Néonatalogie intensive Intensieve neonatalogie	5	3	-	1	6
Soins intensifs Intensieve zorgen	20	16	13	15	13
Autres services Andere diensten	25	27	23	28	22

§ 2. L'article 29, § 2, 3^o, du même arrêté est remplacé par la disposition suivante :

« 3^o. Les montants calculés en application du 2^o, a) à f), sont additionnés pour chaque hôpital et le résultat est dénommé «le forfait». Le passage du budget au 30 juin 2003 vers le forfait s'effectue progressivement. L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003. »

§ 3. L'article 29, § 3, 2^o, du même arrêté est remplacé par la disposition suivante :

« 2^o. Le passage du budget au 30 juin 2003 vers le forfait calculé conformément au 1^o s'effectue progressivement. L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003. »

§ 4. L'article 29, § 4, 2^o, du même arrêté, est remplacé par la disposition suivante :

« 2^o. Le passage du budget au 30 juin 2003 vers le forfait calculé conformément au 1^o s'effectue progressivement. L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003. »

§ 5. L'article 29, § 5, 2^o, du même arrêté, est remplacé par la disposition suivante :

« 2^o. Le passage du budget au 30 juin 2003 vers le forfait calculé conformément au 1^o s'effectue progressivement. L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003. » .

Art. 2. § 1. In artikel 29, § 2, 1^o, van hetzelfde besluit wordt de tabel in het 2^e lid door de volgende tabel vervangen :

§ 2. Artikel 29, § 2, 3^o, van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« 3^o De bedragen berekend in toepassing van 2^o, a) tot f), worden samengevoegd voor ieder ziekenhuis en het resultaat wordt «het forfait» genoemd. De overgang van het budget op 30 juni 2003 naar het forfait gebeurt progressief. De aanpassing wordt vastgelegd als volgt :

- op 1 juli 2003, 34 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;

- op 1 juli 2004, 67 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;

- op 1 juli 2005, 100 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003. »

§ 3. Artikel 29, § 3, 2^o, van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« 2^o De overgang van het budget op 30 juni 2003 naar het forfait berekend overeenkomstig 1^o gebeurt progressief. De aanpassing wordt vastgelegd als volgt :

- op 1 juli 2003, 34 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;

- op 1 juli 2004, 67 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;

- op 1 juli 2005, 100 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003. »

§ 4. Artikel 29, § 4, 2^o, van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« 2^o De overgang van het budget op 30 juni 2003 naar het forfait berekend overeenkomstig 1^o gebeurt progressief. De aanpassing wordt vastgelegd als volgt :

- op 1 juli 2003, 34 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;

- op 1 juli 2004, 67 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;

- op 1 juli 2005, 100 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003. »

§ 5. Artikel 29, § 5, 2^o, van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« 2^o De overgang van het budget op 30 juni 2003 naar het forfait berekend overeenkomstig 1^o gebeurt progressief. De aanpassing wordt vastgelegd als volgt :

- op 1 juli 2003, 34 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;

- op 1 juli 2004, 67 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;

- op 1 juli 2005, 100 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003. »

Art. 3. § 1^{er}. L'article 30, § 1^{er}, du même arrêté est remplacé par la disposition suivante :

« Les charges de crédit à court terme visées à l'article 10 sont déterminées avant chaque exercice et calculées selon la formule suivante :

$P \times B \times T$

où :

P est égal à 21 % pour hôpitaux généraux et 13 % pour les hôpitaux psychiatriques;

B est égal au budget des moyens financiers y compris la sous-partie C2 mais hors sous-partie A2 calculé pour l'exercice considéré, augmenté des interventions de l'assurance-maladie du dernier exercice connu pour les médicaments délivrés aux patients hospitalisés;

T est égal aux taux d'intérêt le plus bas du marché déterminé annuellement selon les modalités reprises au § 2. »

§ 2. L'article 30, § 2, alinéa 2, du même arrêté est remplacé par la disposition suivante :

« 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 variation significative des taux. Par variation significative des taux, il faut entendre une variation de minimum 0,20 point du taux. »

Art. 4. L'article 38 du même arrêté est remplacé par :

« Sont considérés comme un hôpital ayant un caractère universitaire les hôpitaux visés à l'article 7, 2°, g), 1°, ainsi que les hôpitaux dont 75 % des lits sont désignés comme universitaires. »

Art. 5. § 1^{er}. A l'article 42, 1^{ère} opération, alinéa 2, du même arrêté, les mots "et pendant la période d'ajustement visée à l'article 42, 6^e opération" sont insérés entre les mots "1^{er} juillet 2002" et "on entend par".

§ 2. A l'article 42, 4^e opération du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

- le premier alinéa est remplacé par la disposition suivante :

« la partie du montant obtenu pour l'élément «Frais Administratifs», se rapportant aux dépenses de personnel est adaptée pour tenir compte de la moyenne salariale de l'hôpital par rapport à la moyenne salariale du groupe dont il fait partie. »

- au deuxième alinéa, les mots "2,5 %" et "3,93 %" sont remplacés respectivement par "3,5 %" et "4,93 %";

- le dernier alinéa est remplacé par la disposition suivante :

« Cette adaptation ne s'effectue pas si le coût salarial est inférieur à 33 % du coût total. »

§ 3. A l'article 42 du même arrêté, les titres de rubrique "5^e opération", "6^e opération", "7^e opération", "8^e opération", "9^e opération" et "10^e opération" deviennent respectivement "6^e opération", "7^e opération", "8^e opération", "9^e opération", "10^e opération" et "11^e opération".

§ 4. A l'article 42 du même arrêté, il est inséré une 5^e opération rédigée comme suit :

« 5^e opération : 50 % de montants obtenus après la 4^e opération, en ce qui concerne les éléments frais généraux, entretien, chauffage et frais administratifs sont adaptés en les divisant par le nombre de journées d'hospitalisations réalisées en 2000 et traduites en journées indemnisées tel que prévu à la 1^{ère} opération de calcul du budget au 1^{er} juillet 2002 et en les multipliant par le nombre de journées réalisées durant le même exercice. »

Art. 3. § 1. Artikel 30, § 1, van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« De kortetermijnkredietlasten bedoeld in artikel 10 worden vóór elk dienstjaar vastgesteld en op basis van de volgende formule berekend :

$P \times B \times T$

waarbij :

P gelijk is aan 21 % voor de algemene ziekenhuizen en 13 % voor de psychiatrische ziekenhuizen;

B gelijk is aan het budget van financiële middelen met inbegrip van onderdeel C2, maar zonder onderdeel A2, berekend voor het betrokken dienstjaar, vermeerderd met de tegemoetkomingen van de ziekteverzekering van het laatst bekende dienstjaar voor de geneesmiddelen die aan de opgenomen patiënten worden afgeleverd;

T gelijk is aan de laagste marktinterestvoet die jaarlijks overeenkomstig de regels van § 2 vastgesteld wordt. »

§ 2. Artikel 30, § 2, tweede lid, van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« 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 een aanzienlijke afwijking van de intrestvoeten wordt vastgesteld. Onder aanzienlijke afwijking van de intrestvoeten moet een afwijking van minimum 0,20 punten worden verstaan. »

Art. 4. Artikel 38 van hetzelfde besluit wordt vervangen, als volgt :

« Als ziekenhuis met universitair karakter worden beschouwd de ziekenhuizen bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1°, alsook de ziekenhuizen waarvan 75 % van de bedden als universitair wordt aangewezen. »

Art. 5. § 1. In artikel 42, 1ste bewerking, 2de lid, van hetzelfde besluit worden de woorden "en tijdens de aanpassingsperiode bedoeld in artikel 42, 6de bewerking" ingevoegd tussen de woorden "1 juli 2002" en "verstaat men onder".

§ 2. In artikel 42, 4^e bewerking van hetzelfde koninklijk besluit van 25 april 2002 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

het eerste lid wordt vervangen als volgt :

« het deel van het verkregen bedrag voor het bestanddeel «Administratieve Kosten» dat betrekking heeft op de personeelsuitgaven, wordt aangepast om rekening te houden met de gemiddelde loonkost van het ziekenhuis in verhouding tot de gemiddelde loonkost van de groep waarvan het deel uitmaakt. »

- in het tweede lid worden de woorden "2,5 %" en "3,93 %" vervangen door respectievelijk "3,5 %" en "4,93 %";

- het laatste lid wordt vervangen als volgt :

« Deze aanpassing gebeurt niet indien de loonkost lager is dan 33 % van de totale kost. »

§ 3. In artikel 42 van hetzelfde besluit, veranderen de rubriektitels "5e bewerking", "6e bewerking", "7e bewerking", "8e bewerking", "9e bewerking" en "10e bewerking" respectievelijk in "6e bewerking", "7e bewerking", "8e bewerking", "9e bewerking", "10e bewerking" en "11e bewerking".

§ 4. In artikel 42 van hetzelfde besluit wordt een 5e bewerking ingevoegd, luidende :

« 5e bewerking : 50 % van de na de vierde bewerking verkregen bedragen voor de bestanddelen algemene onkosten, onderhoud, verwarming en administratieve kosten wordt aangepast door ze te delen door het aantal in 2000 gerealiseerde ligdagen en omgezet in vergoede dagen, zoals bedoeld in de eerste bewerking – berekening van het budget op 1 juli 2002, en te vermenigvuldigen met het aantal gerealiseerde dagen tijdens hetzelfde dienstjaar. »

§ 5. A l'article 42, 6^e opération, qui devient 7^e opération, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

- les mots "67 %" sont remplacés par les mots "20 %";
- la phrase commençant par "100 % de la différence" est supprimée;
- l'alinéa suivant est ajouté :

« Par budget actuel, il faut entendre le budget dont question à la 1^{re} opération, y compris l'internat. 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 du présent arrêté en prenant en compte les données du dernier exercice connu. »

§ 6. A l'article 42, 7^e opération, qui devient 8^e opération, 2^e alinéa, du même arrêté, la modification suivante est apportée :

les mots "à raison de 10 %" sont remplacés par les mots "à raison de 20 %".

Art. 6. § 1^{er}. A l'article 45, § 3, 2^e alinéa, du même arrêté, les mots "et pendant la période d'ajustement visée à l'article 45, § 9," sont insérés entre les mots "au 1^{er} juillet 2002," et les mots "le budget B2 au 30 juin 2002".

§ 2. L'article 45, § 9, 1^{er} alinéa, du même arrêté, est complété par la disposition suivante :

« Pour l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2003, les deux pourcentages d'ajustement sont fixés à 20 %. »

Art. 7. § 1^{er}. A l'article 46 du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 29 janvier 2003, § 2, 1^o Financement de base, le point *c*) devient le point *b*).

§ 2. A l'article 46, § 2, 2^o, du même arrêté, les tableaux figurant aux points *a*), 1^o, *b*), 1^o, et *c*), c.1) premier calcul, sont remplacés respectivement par les tableaux suivants :

a), 1^o

Déciles Decielen	Nombre de points supplémentaires par lit Aantal bijkomende punten per bed
1	0
2	0
3	0
4	0,02
5	0,06
6	0,09
7	0,14
8	0,18
9	0,27
10	0,34

b), 1^o

Déciles Decielen	Nombre de points supplémentaires par lit Aantal bijkomende punten per bed
1	0
2	0,01
3	0,05
4	0,10
5	0,13
6	0,15
7	0,18
8	0,20
9	0,25
10	0,38

§ 5. In artikel 42, 6e bewerking, die 7e bewerking wordt, van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- de woorden "67 %" worden vervangen door de woorden "20 %";
- de zin beginnend met "100 % van het verschil" wordt geschrapt;
- het volgende lid wordt toegevoegd :

« Onder huidig budget moet worden verstaan het budget waarvan sprake in de 1ste bewerking met inbegrip van het internaat. Niettemin wordt in afwachting van de aanpassing tot 100 %, de aanpassing van het huidige budget met betrekking tot de ligduur en de substitutiegraad van klassieke hospitalisatie door daghospitalisatie herzien op basis van de regelen van bijlage 13 van dit besluit rekening houdend met de gegevens uit het laatste bekende dienstjaar. »

§ 6. In artikel 42, 7e bewerking, die 8e bewerking wordt, 2e lid, van hetzelfde besluit wordt de volgende wijziging aangebracht :

de woorden "voor 10 %" worden vervangen door de woorden "voor 20 %".

Art. 6. § 1. In artikel 45, § 3, 2e lid van hetzelfde besluit worden de woorden "en tijdens de aanpassingsperiode, bedoeld in artikel 45, § 9," ingevoegd tussen de woorden "op 1 juli 2002," en de woorden "het budget B2 op 30 juni 2002".

§ 2. Artikel 45, § 9, eerste lid, van hetzelfde besluit, wordt aangevuld met de volgende volzin :

« Voor het dienstjaar dat begint op 1 juli 2003 worden de twee aanpassingspercentages op 20 % vastgesteld. »

Art. 7. § 1. In artikel 46 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 29 januari 2003, § 2, 1^oBasisfinanciering, wordt punt *c*) punt *b*).

§ 2. In artikel 46, § 2, 2^o, van hetzelfde besluit, worden de tabellen in de punten *a*), 1^o, *b*), 1^o, en *c*), c.1) eerste berekening, respectievelijk vervangen door de volgende tabellen :

a), 1^o

c), c.1) premier calcul

c), c.1) eerste berekening

Déciles Decielen	Nombre de points par lit Aantal punten per bed
1	0,08
2	0,08
3	0,08
4	0,08
5	0,10
6	0,13
7 moitié inférieure/7 onderste helft	0,15
7 moitié supérieure/7 bovenste helft	0,17
8 moitié inférieure/8 onderste helft	0,20
8 moitié supérieure/8 bovenste helft	0,21
9 moitié inférieure/9 onderste helft	0,24
9 moitié supérieure/9 bovenste helft	0,28
10 moitié inférieure/10 onderste helft	0,33
10 moitié supérieure/10 bovenste helft	0,41

§ 3. A l'article 46, § 3, d), 2°, c), 3° tiret, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

les mots "en fonction de la valeur par lit occupé" sont remplacés par les mots "en fonction de la valeur normalisée par lit occupé";

la phrase suivante est ajoutée après les mots "des honoraires forfaitaires. » :

« La valeur normalisée par lit occupé des prestations médicales est déterminée conformément aux dispositions de l'annexe 14 du présent arrêté. »

l'alinéa commençant par les mots "Ce facteur est" est remplacé par la disposition suivante :

« Ce facteur est :

- pour les hôpitaux qui appartiennent au 1^{er} décile : 0,8;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 2^e décile : 1,1;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 3^e décile : 1,4;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 4^e décile : 1,7;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 5^e décile : 2,0;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 6^e décile : 2,3;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 7^{es} décile : 2,6;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 8^{es} décile : 2,9;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 9^{es} décile : 3,2;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 10^{es} décile : 3,5. »

§ 4. L'article 46, § 4, du même arrêté est remplacé par les dispositions suivantes :

« § 4. Le total des points attribués pour le personnel à chaque hôpital en application des §§ 2 et 3 est adapté de la manière suivante :

a) 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 :

Nombre points relatif au personnel x
charge moyenne salariale de l'hôpital
charge moyenne salariale nationale

b) 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 :

1) les barèmes des pouvoirs publics subordonnés du 1^{er} novembre 1993, augmentés de 3,5 % pour le secteur privé et de 4,93 % pour le secteur public, correspondant à chaque grade ou fonction;

§ 3. In artikel 46, § 3, d), 2°, c), 3e streepje, van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

de woorden "in functie van de waarde per bezet bed," worden vervangen door de woorden "in functie van de genormaliseerde waarde per bezet bed";

de volgende zin wordt toegevoegd na de woorden "forfaitaire honoraria. » :

« De genormaliseerde waarde per bezet bed van de medische verstrekkingen wordt overeenkomstig de bepalingen van bijlage 14 van dit besluit vastgesteld. »

het lid beginnend met de woorden "Deze factor bedraagt" wordt vervangen als volgt :

« Deze factor bedraagt :

- voor de ziekenhuizen die tot het 1e deciel behoren : 0,8;
- voor de ziekenhuizen die tot het 2e deciel behoren : 1,1;
- voor de ziekenhuizen die tot het 3e deciel behoren : 1,4;
- voor de ziekenhuizen die tot het 4e deciel behoren : 1,7;
- voor de ziekenhuizen die tot het 5e deciel behoren : 2,0;
- voor de ziekenhuizen die tot het 6e deciel behoren : 2,3;
- voor de ziekenhuizen die tot het 7e deciel behoren : 2,6;
- voor de ziekenhuizen die tot het 8e deciel behoren : 2,9;
- voor de ziekenhuizen die tot het 9e deciel behoren : 3,2;
- voor de ziekenhuizen die tot het 10e deciel behoren : 3,5. »

§ 4. Artikel 46, § 4, van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« § 4. Het geheel van de punten dat aan elk ziekenhuis voor het personeel wordt toegekend overeenkomstig de §§ 2 en 3, wordt op de volgende wijze aangepast :

a) Het aantal punten wordt gewijzigd om rekening te houden met de gemiddelde loonkost van elk ziekenhuis ten opzichte van de nationale gemiddelde loonkost.

In dit geval wordt de volgende formule toegepast :

Aantal punten personeel x
gemiddelde loonkost ziekenhuis
nationaal gemiddelde loonkost

b) de berekening van de gemiddelde loonkost van het ziekenhuis en de nationale gemiddelde loonkost wordt vastgesteld op basis van de theoretische loonschalen waarbij rekening wordt gehouden met de volgende elementen :

1) 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;

Les fonctions retenues sont les suivantes :

- Directeur(trice) du nursing;
- Cadre intermédiaire;
- Infirmier(e) chef d'unité;
- Infirmier(e) en chef adjoint(e);
- Infirmier(e) gradué(e);
- Infirmier(e) breveté(e);
- Assistant(e) en soins hospitaliers;
- Puéricultrice;
- Aide-sanitaire;
- Personnel soignant non qualifié;

2) le nombre de personnes ETP par fonction.

Pour les fonctions bénéficiant d'une échelle barémique en carrière plane, le nombre total d'équivalents temps plein de la fonction doit être scindé pour tenir compte des sauts d'échelle prévus par le barème;

3) l'ancienneté pécuniaire moyenne pour chaque fonction. La scission visée au point précédent est également d'application.

Pour calculer l'ancienneté pécuniaire moyenne, il y a lieu de tenir compte des principes suivants :

- le cas échéant, l'ancienneté pécuniaire du membre du personnel doit être limitée au maximum d'ancienneté prévue dans l'échelle barémique;

- l'ancienneté pécuniaire est calculée sur base des anciennetés constatées le 31 décembre du dernier exercice connu en tenant compte également du personnel sorti pendant l'année considérée;

- la formule de calcul est la suivante :

$$(\Sigma \text{Anc.péc.} \times \text{ETP}) / \Sigma \text{ETP}$$

4) les charges sociales applicables aux secteurs privé et public;

5) la rémunération des prestations irrégulières calculée sur base d'un pourcentage moyen distinct par hôpital, privé ou public de la rémunération brute. Ce pourcentage est établi comme suit :

- soit calculer un nombre total d'ETP financés par la sous-partie B2, soit le nombre de points attribués pour le personnel divisé par 2,5;

- calculer un nombre d'ETP pour les lits à caractère intensif en multipliant par deux le nombre de lits à caractère intensif fixé sur base du RIM par le biais des journées ZIP. Ce nombre d'ETP ne peut jamais être inférieur à 12;

- calculer un nombre d'ETP pour le service des urgences en divisant par 2,5 le nombre de points personnel attribué pour ce service. Ce nombre d'ETP ne peut jamais être inférieur à 6;

- Sur base du coût réel de la rémunération des prestations extraordinaires constaté pour le dernier exercice connu, calculer le pourcentage réel, au niveau national pour le secteur public et pour le secteur privé, du coût de la rémunération des prestations extraordinaires par rapport au montant brut de la rémunération, et cela distinctement pour les soins intensifs, le service des urgences et les autres services hospitaliers;

- en appliquant à chacun de ces pourcentages une pondération fixée sur base du poids relatif du personnel de chacun des trois secteurs ainsi déterminés, sur l'ensemble du personnel financé par la sous-partie B2, on obtient un pourcentage moyen du montant brut de la rémunération représentant le coût de la rémunération des prestations extraordinaires dans l'hôpital concerné;

- le pourcentage moyen ainsi calculé est appliqué pour calculer les rémunérations du personnel qualifié hors Direction du Nursing et cadre intermédiaire.

Pour le personnel non qualifié des unités de soins, le pourcentage est fixé à 10 % du pourcentage retenu pour le personnel qualifié. Pour le personnel non qualifié des soins intensifs et du service des urgences, ce pourcentage est égal à zéro.

Art. 8. L'article 47, § 1^{er}, du même arrêté, est complété par l'alinéa suivant :

« Hormis les services Sp-soins palliatifs, la sous-partie B2 des services Sp isolés, combinés ou non à des services G, provenant de la reconversion de lits S ou V et comptant au moins 40 lits agréés à l'exclusion des lits des services Sp-maladies chroniques, est augmentée à partir du 1^{er} juillet 2003 d'un montant de 1.492 EUR (valeur 1^{er} juillet 2003) par lit agréé. »

Volgende functies worden in aanmerking genomen :

- Directeur(trice) Nursing;
- Middenkader;
- Verpleegkundige hoofd van een eenheid;
- Adjunct hoofdverpleegkundige;
- Gegraduateerde verpleegkundige;
- Gebrevetteerde verpleegkundige;
- Ziekenhuisassistent;
- Kinderverzorgster;
- Sanitaire hulp;
- Niet-gekwalificeerd verzorgend personeel;

2) het aantal VTE's per functie.

Voor de functies met een loonschaal in vlakke loopbaan moet het totaal aantal VTE's van de functie worden gesplitst om rekening te houden met de loonschaalverhogingen waarin de loonschaal voorziet;

3) de gemiddelde geldelijke anciënniteit voor iedere functie. De splitsing bedoeld in het vorig punt is ook hier van kracht.

Om de gemiddelde geldelijke anciënniteit te berekenen, moet met de volgende principes rekening worden gehouden :

- indien nodig, moet de geldelijke anciënniteit van het personeelslid beperkt worden tot de maximale geldelijke anciënniteit waarin de loonschaal voorziet;

- de geldelijke anciënniteit wordt berekend op basis van de anciënniteiten vastgesteld op 31 december van het laatst bekende dienstjaar, waarbij ook rekening wordt gehouden met het personeel dat tijdens het betrokken jaar is vertrokken;

- Volgende berekeningsformule wordt toegepast :

$$(\Sigma \text{Geldelijke anciënniteit} \times \text{VTE}) / \Sigma \text{VTE}$$

4) de sociale lasten die van toepassing zijn op de privé-sector en de openbare sector;

5) de bezoldiging van de buitengewone prestaties berekend op basis van een apart gemiddeld percentage per ziekenhuis, openbaar of privé, van de brutobezoldiging. Dit percentage wordt als volgt vastgesteld :

- hetzij een aantal VTE's berekenen die door onderdeel B2 worden gefinancierd, hetzij het aantal punten toegekend voor het personeel gedeeld door 2,5;

- een aantal VTE's berekenen voor bedden met intensief karakter door het aantal bedden met intensief karakter dat op basis van de MVG door middel van de ZIP-dagen is vastgesteld, met twee te vermenigvuldigen. Dat aantal VTE's mag nooit lager dan 12 zijn;

- een aantal VTE's berekenen voor de spoedgevallendienst door het aantal punten toegekend voor het personeel van die dienst door 2,5 te delen. Dat aantal VTE's mag nooit lager dan 6 zijn;

- op basis van de reële kosten voor de bezoldiging van de buitengewone prestaties vastgesteld voor het laatst bekende dienstjaar, het reële percentage op nationaal vlak berekenen voor de openbare en privé sector, van de kosten voor de bezoldiging van de buitengewone prestaties ten opzichte van het brutobedrag van de bezoldiging, en dat apart voor de intensieve zorg, de spoedgevallendienst en de andere ziekenhuisdiensten;

- door elk van die percentages te wegen op basis van het relatieve gewicht van het personeel van elk van de op die manier bepaalde drie sectoren, voor al het personeel dat door onderdeel B2 wordt gefinancierd, verkrijgt men een gemiddeld percentage van het brutobedrag van de bezoldiging dat de kosten voor de bezoldiging van buitengewone prestaties in het betrokken ziekenhuis weergeeft;

- het op die manier berekende percentage wordt toegepast om de bezoldigingen te berekenen van het gekwalificeerd personeel dat niet behoort tot de Directie Nursing en het middenkader.

Voor het niet-gekwalificeerd personeel van de zorgeenheden wordt het percentage vastgesteld op 10 % van het percentage weerhouden voor het gekwalificeerd personeel. Voor het niet-gekwalificeerd personeel van de intensieve zorgen en de spoedgevallendiensten is dit percentage gelijk aan nul.

Art. 8. Artikel 47, § 1, van hetzelfde besluit wordt aangevuld met het volgende lid :

« Behalve de Sp-diensten voor palliatieve zorg, wordt, vanaf 1 juli 2003, het onderdeel B2 van de geïsoleerde Sp-diensten, al dan niet samen met G-diensten, die voortkomen uit de reconversie van V- of S-bedden en minder dan 40 erkende bedden tellen, de bedden van de Sp-diensten voor chronische ziekten niet meegerekend, verhoogd met een bedrag van 1.492 EUR (waarde 1 juli 2003) per erkend bed. »

Art. 9. L'article 52, § 1^{er}, 1^o, du même arrêté, est remplacé par la disposition suivante :

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

a) une indemnité de base par association fixée à 1.634,79 EUR (index 1^{er} janvier 2002) pour le secteur privé et à 1.616,30 EUR (index 1^{er} janvier 2002) pour le secteur public;

b) un montant de 32.695,78 EUR (index 1^{er} janvier 2002) pour le secteur privé et 32.325,00 EUR (index 1^{er} janvier 2002) pour le secteur public par 300.000 habitants desservis par l'association. »

Art. 10. Dans l'article 76 du même arrêté l'alinéa commençant par "A = représente la différence de budget..." est complété comme suit :

« la partie de la différence de budget, transféré au 1^{er} juillet 2002, correspondant aux points supplémentaires pour les services C, D et E est transférée vers la sous-partie B2. »

Art. 11. Dans le même arrêté, dans le Chapitre VI, Section II, Sous-section 9, sont insérés les articles 76*bis* et 76*ter* rédigés comme suit :

« Art. 76*bis*. Aux hôpitaux disposant d'un programme de soins agréé de 'médecine de la reproduction B', il est alloué un montant forfaitaire de 1.182 EUR par cycle répondant aux conditions suivantes :

1^o l'âge de la femme pour lequel le cycle est accompli est de 42 ans au maximum;

2^o cette disposition s'applique pour un maximum de 6 cycles par femme visé au 1^o.

Par "cycle", on entend l'ensemble des activités de laboratoire requises pour l'insémination au moyen de FIV/d'ICSI d'ovules.

Pour être susceptible de bénéficier du financement visé au présent article, le programme de soins doit respecter, pour toutes les patientes, les conditions visées à l'annexe 15 du présent arrêté.

Ce financement couvre de manière forfaitaire les coûts de laboratoire de la médecine de la reproduction tels que personnel, appareillage, matériel et coûts indirects.

Ceci comprend les coûts générés par la procédure de laboratoire incluant la recherche des gamètes en vue d'insémination, la mise en fécondation par FIV/ICSI, la culture des embryons obtenus et leur évaluation morphologique, ainsi que la cryoconservation (congélation, stockage et décongélation) des embryons.

Le nombre de cycles par hôpital qui répond aux conditions de l'alinéa 1^{er} est communiqué par le Collège de médecins pour le programme de soins 'médecine de la reproduction', tel que visé à l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux, à la Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins, Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Il est interdit aux centres de médecine de la reproduction de facturer à la patiente les coûts visés au deuxième alinéa pour les cycles qui répondent aux conditions visées dans cet article.

Un montant provisoire est alloué au début de chaque exercice sur base des données du dernier exercice connu. Ce montant est revu sur base des données de l'exercice considéré, données établies sur base des déclarations certifiées des hôpitaux.

Les règles relatives au contrôle du respect du nombre maximum d'essais sont fixées par Nous.

Art. 76*ter*. Aux hôpitaux aigus et aux services Sp isolés disposant d'une fonction de médiation, il est accordé un montant fixé comme suit :

- pour les hôpitaux aigus de moins de 250 lits, il est accordé un forfait de 16.670,84 EUR;

- aux hôpitaux aigus de 250 lits et plus, il est accordé un forfait de 21.070,95 EUR;

- aux services Sp isolés de moins de 100 lits, il est accordé un forfait de 4.214,19 EUR;

- aux services Sp isolés de 100 à 400 lits, il est accordé un forfait de 8.428,38 EUR;

- aux services Sp isolés de plus de 400 lits, il est accordé un forfait de 10.535,47 EUR;

Art. 9. Artikel 52, § 1, 1^o, van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« 1^o de vergoeding omvat op jaarbasis :

a) een basisvergoeding per samenwerkingsverband van 1.634,79 EUR (index 1 januari 2002) voor de private sector en 1.616,30 EUR (index 1 januari 2002) voor de openbare sector;

b) een bedrag van 32.695,78 EUR (index 1 januari 2002) voor de private sector en 32.325,00 EUR (index 1 januari 2002) voor de openbare sector per 300.000 inwoners die door het samenwerkingsverband worden bediend. »

Art. 10. In artikel 76 van hetzelfde besluit wordt het lid beginnend met de woorden "A = het budget verschil..." aangevuld als volgt :

« Het deel van het verschil van het budget, overgebracht op 1 juli 2002, overeenstemmend met de bijkomende punten voor de diensten C, D en E wordt overgebracht naar het onderdeel B2. »

Art. 11. In hetzelfde besluit, in Hoofdstuk VI, Afdeling II, Onderafdeling 9, worden een artikel 76*bis* en een artikel 76*ter* ingevoegd, luidend als volgt :

« Art. 76*bis*. Aan de ziekenhuizen met een erkend zorgprogramma 'reproductieve geneeskunde B' wordt een forfaitair bedrag van 1.182 EUR toegekend per cyclus waarbij voldaan wordt aan de volgende voorwaarden :

1^o de leeftijd van de vrouw waarvoor de cyclus wordt verricht is maximaal 42 jaar;

2^o deze bepaling is van toepassing voor een maximum van 6 cycli per vrouw bedoeld in 1^o.

Met «cyclus» wordt het geheel aan laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI van eicellen.

Om voor de in dit artikel bedoelde financiering in aanmerking te komen, moet het zorgprogramma voor alle patiënten de voorwaarden naleven, bedoeld in bijlage 15 van dit besluit.

Deze financiering dekt op forfaitaire wijze de laboratoriumkosten van de reproductieve geneeskunde, met name personeel, apparatuur, materiaal en indirecte kosten.

Dat omvat de kosten verbonden aan de laboratoriumprocedure, met inbegrip van het opzoeken van kiemcellen met het oog op inseminatie, de bevruchting door middel van IVF/ICSI, de kweek van de verkregen embryo's en de morfologische evaluatie ervan alsmede de cryobewaring (invriezing, opslag, ontdoing) van de embryo's.

Het aantal cycli per ziekenhuis dat beantwoordt aan de voorwaarden van eerste lid, wordt meegedeeld door het College van geneesheren voor het zorgprogramma 'reproductieve geneeskunde', zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen aan het Directoraat-Generaal Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Het is verboden aan de Centra voor reproductieve geneeskunde van de in het tweede lid bedoelde kosten aan de patiënt te factureren voor cycli die voldoen aan de in dit artikel bedoelde voorwaarden.

Bij het begin van elk dienstjaar wordt een voorlopig bedrag toegekend op basis van de gegevens van het laatst gekende dienstjaar. Dit bedrag wordt herzien op basis van de gegevens van het betrokken dienstjaar.

De regelen inzake toezicht op de naleving van het maximum aantal pogingen, worden door Ons bepaald.

Art. 76*ter*. De acute ziekenhuizen en de geïsoleerde Sp-diensten met een ombudsfunctie krijgen een bedrag toegekend, dat als volgt wordt vastgesteld :

- voor de acute ziekenhuizen met minder dan 250 bedden : een forfaitair bedrag van 16.670,84 EUR;

- voor de acute ziekenhuizen met 250 bedden en meer : een forfaitair bedrag van 21.070,95 EUR;

- voor de geïsoleerde Sp-diensten met minder van 100 bedden : een forfaitair bedrag van 4.214,19 EUR;

- voor de geïsoleerde Sp-diensten met 100 tot 400 bedden : een forfaitair bedrag van 8.428,38 EUR;

- voor de geïsoleerde Sp-diensten met meer dan 400 bedden : een forfaitair bedrag van 10.535,47 EUR;

Pour apprécier le nombre de lits les règles suivantes sont d'application :

- pour les hôpitaux aigus disposant aussi d'un service Sp, seuls les lits aigus sont pris en considération;

- pour les services Sp isolés, qui disposent aussi de lits G et de lits Sp palliatifs, le nombre de lits de ces deux services sont additionnés aux lits Sp.

Pour conserver le bénéfice de ce financement, les hôpitaux doivent transmettre, pour le 1^{er} mai de chaque année, à la Direction générale de l'Organisation des établissements de soins, un rapport annuel reprenant au moins les éléments suivants :

- le nombre de plaintes;
- l'objet de ces plaintes;
- la suite réservée à ces plaintes;
- les difficultés rencontrées dans l'exercice de la mission;
- les recommandations du médiateur. »

Art. 12. § 1^{er}. Dans l'article 77, § 4, 1^{er} alinéa, du même arrêté, la phrase introductive est remplacée par la disposition suivante :

« Pour conserver le bénéfice du financement octroyé en application des §§ 1^{er} à 3, les hôpitaux doivent répondre à la condition suivante : ».

§ 2. Dans le texte néerlandais de l'article 77, § 6, 2^e alinéa, 2^e tiret, et 6^e alinéa, 3., du même arrêté, le mot "formulier" est à chaque fois remplacé par "formularium".

Art. 13. § 1^{er}. Dans l'article 79, § 1^{er}, du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 11 novembre 2002, l'alinéa commençant par "1. la différence de budget..." est complété comme suit :

« la partie de la différence de budget, transféré au 1^{er} juillet 2002, correspondant aux points supplémentaires pour les services C, D et E est transférée vers la sous-partie B2. »

§ 2. Dans le § 2, l'alinéa commençant par "A = la différence de budget..." est complété comme suit :

« la partie de la différence de budget, transféré au 1^{er} juillet 2002, correspondant aux points supplémentaires pour les services C, D et E est transféré vers la sous-partie B2. »

Art. 14. A l'article 80, 1^o, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1^o dans le 2^e alinéa, le point a) est remplacé par les dispositions suivantes :

« a) ratio du nombre d'admissions relatives à des patients bénéficiant, au sein de la franchise sociale, d'une protection particulière compte tenu de leur situation très précaire, par rapport au nombre total d'admissions.

Par patients bénéficiant d'une protection particulière, il faut entendre les titulaires inscrits au registre national et les personnes à leur charge (code 101) visés à l'article 32, 15^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ainsi que les titulaires actifs du régime général et les personnes à leur charge (code 111) visés à l'article 32, 1^o, et à l'article 32, 3^o à 6^o, de la même loi; ces deux catégories bénéficiant de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 1^{er} et § 19 de la même loi. »

2^o dans le 4^e alinéa, les mots "ratio a) : 0,30" et "ratio c) : 0,30" sont respectivement remplacés par "ratio a) : 0,20" et "ratio c) : 0,40. »

Voor het vaststellen van het aantal bedden gelden de volgende regels :

- voor de acute ziekenhuizen met een Sp-dienst worden enkel de acute bedden in aanmerking genomen;

- voor de geïsoleerde Sp-diensten met G-bedden en palliatieve Sp-bedden wordt het aantal bedden van die twee diensten bijgeteld bij het aantal Sp-bedden.

Om die financiering te blijven genieten moeten de ziekenhuizen, tegen 1 mei van elk jaar, het Directoraat-Generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen een jaarverslag bezorgen dat minstens de volgende punten bevat :

- het aantal klachten;
- het voorwerp van die klachten;
- het gevolg dat aan die klachten is gegeven;
- de moeilijkheden bij het uitvoeren van de opdracht;
- de aanbevelingen van de ombudsman. »

Art. 12. § 1. In artikel 77, § 4, eerste lid, van hetzelfde besluit wordt de inleidende zin vervangen als volgt :

« Om de krachtens §§ 1 tot 3 toegekende financiering te blijven genieten, moeten de ziekenhuizen aan de volgende voorwaarde voldoen : ».

§ 2. In de Nederlandse tekst van artikel 77, § 6, tweede lid, tweede streepje, en zesde lid, 3., van hetzelfde besluit wordt het woord "formulier" telkens vervangen door "formularium".

Art. 13. § 1. In artikel 79, § 1, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 11 november 2002, wordt het lid beginnend met de woorden "1. het budget verschil..." aangevuld als volgt :

« Het deel van het verschil van het budget, overgebracht op 1 juli 2002, overeenstemmend met de bijkomende punten voor de diensten C, D en E wordt overgebracht naar het onderdeel B2. »

§ 2. In § 2 wordt het lid beginnend met de woorden "A = het budget verschil..." aangevuld als volgt :

« Het deel van het verschil van het budget, overgebracht op 1 juli 2002, overeenstemmend met de bijkomende punten voor de diensten C, D en E wordt overgebracht naar het onderdeel B2. »

Art. 14. In artikel 80, 1^o, van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1^o in het tweede lid wordt littera a) vervangen als volgt :

« a) ratio van het aantal opnamen betreffende patiënten die, in het kader van de sociale franchise, wegens hun precare situatie een bijzondere bescherming genieten, ten opzichte van het totaal aantal opnamen.

Onder patiënten genietende van een bijzondere bescherming, moet men verstaan de titularissen ingeschreven in het nationaal register en de personen ten hunner laste (code 101) bedoeld in artikel 32, 15^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, evenals de titularissen van het algemene regime en de personen ten hunner laste (code 111) bedoeld in artikel 32, 1^o, en artikel 32, 3^o tot 6^o, van dezelfde wet; deze twee categorieën genieten van de verhoogde tussenkomst bedoeld in artikel 37, § 1 en § 19 van dezelfde wet. »

2^o In het vierde lid worden de woorden "ratio a) : 0,30" en "ratio c) : 0,30" respectievelijk vervangen door "ratio a) 0,20" en "ratio c) : 0,40".

3° Le 7° et le 8° alinéa sont remplacés par les dispositions suivantes :

« 60 % du budget disponible sont répartis entre les 20 hôpitaux avec le score le plus élevé. 70 % de ces 60 % sont répartis entre les 10 premiers hôpitaux et 30 % de ces 60 % entre les 10 hôpitaux suivants. La répartition entre hôpitaux s'effectue sur base des journées justifiées dont question à l'annexe 3 du présent arrêté.

40 % du budget disponible sont répartis de la manière suivante entre tous les hôpitaux dont le score est plus élevé que le score moyen :

- ces hôpitaux sont classés en cinq groupes, constitués chacun d'un même nombre d'hôpitaux;

- 8 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux du premier groupe avec les scores les plus élevés;

- 8 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux des premier et deuxième groupes;

- 8 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux des premier, deuxième et troisième groupes;

- 8 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux des premier, deuxième, troisième et quatrième groupes;

- 8 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux des cinq groupes

La répartition entre hôpitaux s'effectue sur base des journées justifiées dont question à l'annexe 3 du présent arrêté. »

Art. 15. A l'article 84 de l'arrêté précité, les mots "article 89." sont remplacés par "article 87, §§ 2 et 3. »

Art. 16. A l'article 88 du même arrêté, il est ajouté un § 3 rédigé comme suit :

« § 3. Pendant la période d'ajustement visée à l'article 45, § 9, les lits agréés fermés sont répartis entre lits justifiés et lits non justifiés au prorata du pourcentage d'ajustement, dont question à l'article 45, § 9, en vigueur pendant l'exercice au cours duquel les lits sont fermés. »

Art. 17. A l'article 89, 1^{er} tiret, du même arrêté, les mots "ou d'un nombre de lits calculé en application de l'article 88, § 3" sont insérés entre les mots "par une réduction du nombre de lits justifiés" et les mots "dans un autre hôpital".

Art. 18. A l'article 92 du même arrêté, il est ajouté un point 9. rédigé comme suit :

« 9. le financement des programmes de soins de médecine de reproduction B comme visé à l'article 76bis. »

Art. 19. A l'article 97, § 2, a), 1^{er} alinéa, du même arrêté, les mots "2002", "1^{er} janvier 2000" et "31 décembre 2001" sont remplacés respectivement par "2003", "1^{er} janvier 2002" et "31 décembre 2002".

Art. 20. Dans les annexes du même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

1° les annexes 3 et 13 sont remplacées respectivement par les annexes 1^{re} et 2 du présent arrêté;

2° les annexes sont complétées par les annexes 14 et 15, respectivement les annexes 3 et 4 du présent arrêté.

Art. 21. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2003.

Art. 22. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 4 juin 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,
F. VANDENBROUCKE

3° Het zevende en het achtste lid worden vervangen door de volgende bepalingen :

« 60 % van het beschikbare budget wordt verdeeld onder de 20 ziekenhuizen met de hoogste score. 70 % van die 60 % wordt verdeeld onder de eerste 10 ziekenhuizen en 30 % van die 60 % onder de 10 volgende ziekenhuizen. De verdeling onder de ziekenhuizen gebeurt op basis van de verantwoorde dagen waarvan sprake in bijlage 3 van dit besluit.

40 % van het beschikbare budget wordt als volgt verdeeld onder de ziekenhuizen met een score die hoger is dan de gemiddelde score :

- die ziekenhuizen worden in vijf groepen verdeeld, die elk bestaan uit eenzelfde aantal ziekenhuizen;

- 8 % van het beschikbare budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen van de eerste groep met de hoogste scores;

- 8 % van het beschikbare budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen van de eerste en de tweede groep;

- 8 % van het beschikbare budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen van de eerste, de tweede en de derde groep;

- 8 % van het beschikbare budget wordt verdeeld onder de eerste, de tweede, de derde en de vierde groep;

- 8 % van het beschikbare budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen van de vijf groepen;

De verdeling onder de ziekenhuizen gebeurt op basis van de verantwoorde dagen waarvan sprake in bijlage 3 van dit besluit. »

Art. 15. In artikel 84 van hetzelfde besluit worden de woorden "artikel 89." vervangen door "artikel 87, §§ 2 en 3. »

Art. 16. Artikel 88 van hetzelfde besluit wordt aangevuld met een § 3, luidende :

« § 3. Gedurende de aanpassingsperiode bedoeld in artikel 45, § 9, worden de gesloten erkende bedden verdeeld in verantwoorde en niet-verantwoorde bedden prorata het in artikel 45, § 9 bedoelde aanpassingspercentage dat geldt tijdens het dienstjaar waarin de bedden worden gesloten. »

Art. 17. In artikel 89, 1e streepje, van hetzelfde besluit worden de woorden "of met een aantal bedden berekend met toepassing van artikel 88, § 3" ingevoegd tussen de woorden "met een vermindering van het aantal verantwoorde bedden" en de woorden "in een ander ziekenhuis".

Art. 18. Artikel 92 van hetzelfde besluit wordt aangevuld met een punt 9, luidend als volgt :

« 9. de financiering van de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde B zoals bedoeld in artikel 76bis. »

Art. 19. In artikel 97, § 2, a), 1e lid, van hetzelfde besluit worden de woorden "2002", "1 januari 2000" en "31 december 2001" respectievelijk vervangen door "2003", "1 januari 2002" en "31 december 2002".

Art. 20. In de bijlagen bij hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de bijlagen 3 en 13 worden vervangen overeenkomstig de bijlagen 1 en 2 bij dit besluit;

2° de bijlagen worden aangevuld met bijlagen 14 en 15, overeenkomstig de bijlagen 3 en 4 bij dit besluit.

Art. 21. Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2003.

Art. 22. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 4 juni 2003.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
F. VANDENBROUCKE

ANNEXE 1^{re}

Annexe 3

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 6 décembre 1994 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

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

MDC : Major Diagnostic Category, grands groupes de diagnostics qui concernent chacun un système ou un organe, 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 décrit dans les "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0".

Patients G_{fin} : 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 G_{fin} les patients doivent réunir les 2 conditions suivantes :

a) Avoir été hospitalisés 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 de 75 ans et plus présentant la même pathologie et la même gravité clinique mais n'ayant pas séjourné ou ayant séjourné moins de 10 jours 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 mentionnées 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.

BIJLAGE 1

Bijlage 3

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 6 décembre 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 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".

G_{fin}-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 ouder 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 van 75 jaar of ouder met een zelfde pathologie en een zelfde klinische ernst die niet of minder dan 10 dagen 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, nevendiagnostics, 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.

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,... (Cfr. All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0). Les quatre "niveaux de sévérité" 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

Depuis l'enregistrement de 1999, le diagnostic principal est 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, Definitions 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, niveau de sévérité 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 séjours classiques inappropriés (voir point 4.3.2.)

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 2003, les données RCM 1999, 2000 et 2001 seront utilisées.

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 niveaux de sévérité, tel que décrit au point 1.2.

Elle 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 nevendiaagnosen 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 "severities 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 diagnose-groepen 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

Vanaf de registratie 1999 is de hoofddiagnose de hoofddiagnose van het eerste specialisme tenzij dit het psychiatisch specialisme is.

1.4. Aantal aangetaste systemen

Voor de berekening van het aantal aangetaste systemen wordt het systeem van de hoofddiagnose beschouwd als het eerste aangetaste systeem en wordt het aantal systemen (verschillend van dat van de hoofddiagnose) van de vermelde complicaties of comorbiditeiten hieraan toegevoegd, zoals beschreven in de "All Patients Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 10.0 - Appendix E".

2. BEREKENING VAN DE GEMIDDELDE STANDAARDLIGDUUR

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 4.3.2.).

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 2003, zullen de MKG-gegevens 1999, 2000 en 2001 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 niveau's van severity of illness zoals beschreven in punt 1.2.

Les niveaux de sévérité 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 niveaux de sévérité 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 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 6 mois. Ceux-ci constituent des séjours de longue durée;

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 niveau de sévérité 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 (voir 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 $\text{Exp}[\ln Q1 - 2x(\ln Q3 - \ln Q1)]$. En outre, cette limite inférieure doit représenter au moins 10 % de la durée de séjour moyenne 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 : $Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$.

Ces outliers type 1 ne sont pas pris en compte pour le calcul des durées moyennes de séjour par sous-groupe d'APR-DRG.

Vervolgens worden de severity of illness niveau's 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 niveau's 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 techniek beschreven in punt 1.3.

2.4.3. Verblijven die weerhouden worden voor de berekening van de gemiddelde verblijfsduur 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;

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.);

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 niveau van 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 $\text{EXP}[\ln Q1 - 2x(\ln Q3 - \ln Q1)]$. 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 : $Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$.

Met die outliers type 1 wordt bij de berekening van de gemiddelde ligduren per APR-DRG-subgroep geen rekening gehouden.

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 : $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$, 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 $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$.

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. 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's 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 (cfr pt 2.4.3. à l'exception des APR-DRG résiduels, des séjours fautifs et des outliers petits de l'APR-DRG 560) : la durée de séjour justifiée est la durée de séjour facturée.

* Pour les séjours outliers petits de l'APR-DRG 560 "accouchement par voie vaginale" avec retour de la mère à domicile, la durée de séjour justifiée est égale à la limite inférieure de l'APR-DRG sous-groupe.

* 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's résiduels) : la durée de séjour justifiée est la durée de séjour facturée.

* Les séjours pour lesquels les patients sont restés plus de 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 la moitié ou moins de 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.

De outliers type 2 zijn de verblijven die binnen hun APR-DRG-subgroep de volgende afgeronde 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 gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep.

Aan de outliers type 2 wordt een fictieve ligduur toegekend die gelijk is aan de bovengrens $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$.

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 nationale ligduur per APR-DRG-subgroep

Per APR-DRG-subgroep, zoals beschreven in 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".

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 restdiagnosegroepen, en de foutieve verblijven en de kleine outliers van APR-DRG 560 : de verantwoorde ligduur is gelijk aan de gefactureerde ligduur.

* Voor de kleine outlierverblijven van APR-DRG 560 "vaginale bevalling" waarbij de moeder naar huis terugkeert, wordt de verantwoorde verblijfsduur gelijkgesteld aan de onderste limiet van de APR-DRG-subgroep;

* 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 meer dan 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 patiënten maximaal 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. 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 :

3.2.1. 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.

3.2.2. 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.

3.2.3. 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 $G_{fin} * 0,5$.

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 (= 75 ans) * 0,65.

80-84 ans : durée justifiée en G = durée de séjour standard (= 75 ans) * 0,75.

>=85 ans : durée justifiée en G = durée de séjour standard (= 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 G_{fin} et il doit remplir 3 conditions :

- avoir au minimum 70 ans;
- avoir au minimum 2 systèmes atteints;
- avoir une durée de séjour facturée > moyenne $G_{fin} * 0,5$.

Le principe des classes d'âge est également utilisé.

3.2.4. 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.

3.2.5. Les lits A, K, Sp et NIC

En ce qui concerne les lits A, K, Sp et NIC on ne calculera pas de lits justifiés. Les lits agréés seront assimilés aux activités justifiées.

3.2. Diensten waarvoor een aantal verantwoorde bedden wordt berekend

Het doel bestaat erin voor de hierna vermelde diensten een aantal verantwoorde bedden te berekenen :

3.2.1. 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.

3.2.2. 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.

3.2.3. De G-bedden.

Er zal een aantal verantwoorde bedden worden berekend voor de G-bedden op basis van de pathologie en de verantwoorde ligduur in die bedden. Er zal hiernaast 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 geriatrich 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 $G_{fin} * 0,5$.

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 (= 75 jaar) * 0,65.

80-84 jaar : verantwoorde verblijfsduur in G = standaardligduur (= 75 jaar) * 0,75.

>= 85 jaar : verantwoorde verblijfsduur in G = standaardligduur (= 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 G_{fin} 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 $G_{fin} * 0,5$.

Het principe van leeftijds categorieën wordt ook hier gebruikt.

3.2.4. 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.

3.2.5. De A-, K-, Sp- en NIC-bedden

Wat de A-, K-, Sp-, en NIC-bedden betreft, zullen geen verantwoorde bedden worden berekend. De erkende bedden zullen worden geassimileerd met de verantwoorde activiteiten.

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 inappropriée, 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.

Les critères de sélection

il s'agit d'une intervention chirurgicale sanglante, telle que définie dans l'Arrêté Royal concernant la forfaitarisation de l'antibioprophylaxie en chirurgie et

le nombre de prestations (*) en intra-muros doit représenter au moins 60 % du nombre total de prestations réalisées en ambulatoire. [(*) intra-muros = dans un cadre hospitalier, soit en hospitalisation de jour, soit en polyclinique]

4.2.2. Sélection des codes de nomenclature INAMI - LISTE B "Codes Inami pour les hospitalisations classiques inappropriées" (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'antibioprophylaxie 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.

Pour le financement 2003, la liste B du financement 2002 est maintenue, à l'exception des codes 432331-432342 qui ont été remplacés par les codes 432692-432703 et des codes 531812-531823 qui ont été supprimés.

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.) a été enregistré, sont retenus comme hospitalisations de jour réalisées justifiées.

4. BEREKENING VAN EEN AANTAL VERANTWOORDE DAGEN IN CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE PER ZIEKENHUIS

4.1. Gegevensbronnen

4.1.1. Facturatiegegevens R.I.Z.I.V.

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 oneigenlijk 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 verzekering-sinstellingen.

Een prestatie werd weerhouden indien ze gelijktijdig aan alle hiernavermelde criteria voldeed.

De selectiecriteria

het betreft een bloederige heelkundige ingreep, zoals gedefinieerd in het Koninklijk Besluit betreffende de forfaitarisering van de antibiotica-profylaxie in de heelkunde en

het aantal intramurale (*) prestaties moet minstens 60 % zijn van het totaal aantal ambulante gerealiseerde prestaties. [(*)intramuraal = in ziekenhuisverband, hetzij in daghospitalisatie hetzij poliklinisch]

4.2.2. 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 hiernavermelde criteria voldeed.

De selectiecriteria :

het betreft een bloederige heelkundige ingreep, zoals gedefinieerd in het koninklijk besluit betreffende de forfaitarisering van de antibiotica-profylaxie in de heelkunde en

de substitutiegraad van de klassieke hospitalisatie door daghospitalisatie moet minstens 10 % bedragen in de referentieperiode.

Voor de financiering 2003 blijft de lijst B van de financiering 2002 behouden, behalve de codes 432331-432342 die vervangen werden door de codes 432692-432703 en de codes 531812-531823 die afgeschaft zijn.

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.) werd geregistreerd, worden weerhouden als een verantwoorde gerealiseerde daghospitalisatie.

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's 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 par APR-DRG a été calculé sur la base de cette sélection. Pour le financement 2003, la liste d'APR-DRG du financement 2002 est maintenue. Les 32 APR-DRG qui représentent 90 % des séjours sélectionnés figurent dans le tableau 1. Cette liste comprend 29 APR-DRG's chirurgicaux et 3 APR-DRG's 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 Interventions du pied

315 Interventions épaule, coude et avant-bras

316 Interventions majeures 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 debridement 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 carcinome 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 hystérectomie

850 Interventions avec des diagnostics d'autre contact

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 s'agit d'une admission prévue;

le séjour à l'hôpital a une durée maximale de trois jours;

le degré de sévérité = mineur (cf. 1.2.);

le patient n'est pas décédé pendant le séjour à l'hôpital;

Indien een verblijf meerdere RIZIV-nomenclatuurcodes uit de lijst bevat, dan wordt dit verblijf slechts éénmaal 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. Voor de financiering 2003 blijft de lijst met APR-DRG van de financiering 2002 behouden. 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 mastoïde

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

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/adnexen 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 hysterec-tomie

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;

le risque de mortalité = mineur (cf. Point 1.2.);

le patient n'a pas atteint l'âge de 75 ans et

pour les séjours appartenant à un des APR-DRG's chirurgicaux repris au tableau 1 (cf. point 4.3.2.1.) :

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's 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 4.2.2.).

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 réalisé (cf. point 4.3.1.) au nombre total de séjours hospitaliers classiques inappropriés (cf. point 4.3.2.).

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 8.130.907,61 euros. Sans cette économie, le multiplicateur s'élève à 1,05.

5. Principes de conversion du nombre de journées justifiées en un nombre de lits justifiés

Sur base du case-mix de la dernière année de données connues, 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).

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 et 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.

Méthodologie 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^{re} étape : sur la base du case-mix RCM, un nombre de journées d'hospitalisation justifiées est calculé par hôpital

2^e 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

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 laatste gekende registratiejaren) in minimaal 33 % der gevallen in daghospitalisatie uitgevoerd en nationaal konden er minstens 90 oneigenlijk klassieke ziekenhuis-verblijven 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) toegemeten, die het effect van de besparing van 8.130.907,61 euros 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).

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 de hierna volgende 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. Le nombre de séjours RCM est inférieur de plus de 3 % du nombre de sorties mentionnées en FINHOSTA :

1^{re} étape : sur la base du case-mix RCM, un nombre de journées d'hospitalisation justifiées est calculé pour l'hôpital

2^e 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 séjours en hospitalisation chirurgicale de jour. L'activité justifiée et le nombre de lits justifiés, attribués à ces séjours (cf. 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 :

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 dérogations géographiques prévus dans l'arrêté royal du 30 janvier 1989.

Une augmentation maximale de 12 % 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 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 effectuée vis à vis des services qui dépassent le seuil de 12 % et intervient au prorata du dépassement absolu du nombre de lits justifiés calculés par rapport au seuil de 12 %.

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^e opération.

b. het aantal MKG-verblijven is meer dan 3 % lager dan het aantal ontslagen opgenomen in FINHOSTA :

step 1 : op basis van de casemix MKG wordt een verantwoord aantal ligdagen voor het ziekenhuis berekend

step 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 verblijven in chirurgische daghospitalisatie. De verantwoorde activiteit en aansluitend het verantwoord aantal bedden toegekend aan deze verblijven (cf. 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 het boven vermelde 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 van 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 :

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 januari 1989.

Een maximale stijging van 12 % van het aantal verantwoorde bedden (zonder inachtnaam van de verantwoorde activiteit en de daaraan gekoppelde verantwoorde bedden voor chirurgische daghospitalisatie 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 12 % -grens overschrijden en geschiedt pro rata de absolute overschrijding van het berekend aantal verantwoorde bedden ten opzichte van de 12 % -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^e bewerking.

**6. CODES INAMI RETENUS POUR
L'IDENTIFICATION DE
L'HOSPITALISATION DE JOUR
REALISEE (LISTE A)**

**6. WEERHOUDEN RIZIV-CODES BIJ
DE IDENTIFICATIE VAN DE
GEREALISEERDE
DAGHOSPITALISATIE (LIJST A)**

Nomenclatuurcode

Code de la nomenclature

220231	247531	258090	285810	293156
220275	250132	258112	285832	293171
220290	250154	258156	285935	293230
220312	250176	258171	285972	293252
220334	250191	260315	286112	293274
221152	250213	260470	286134	293296
227076	251274	260676	286215	293311
228152	251311	260691	286230	293370
229176	251370	260735	286296	294210
230613	251650	260794	286451	294232
232013	253153	260853	287350	294475
232035	253190	260875	287372	294615
235174	253212	260890	287431	294674
238114	253551	260912	287453	294711
238173	253573	260934	287475	300252
238195	255172	260956	287490	300274
238210	255194	261214	287512	300296
241150	255231	261236	287534	300311
241312	255253	262216	287556	300333
241091	255592	262231	287571	310575
244193	255614	280055	287696	310715
244311	255695	280070	287711	310774
244436	255732	280092	287755	310796
244473	255776	280136	287792	310811
244495	255894	280151	287814	310855
244554	255916	280195	287836	310951
244635	255975	280534	288094	310973
245534	256115	280571	288116	310995
245571	256130	280674	291410	311312
245630	256174	280711	291970	311334
245733	256314	280755	291992	311452
245755	256336	280792	292014	311835
245814	256491	283010	292235	311990
245851	256513	284572	292574	312152
245873	256550	284911	292633	317214
246094	256653	285095	292736	350512
246212	256653	285235	292773	353253
246514	256815	285375	292795	354056
246551	256830	285390	292810	431056
246573	256852	285434	292832	431071
246595	257390	285456	292854	431513
246610	257434	285471	292891	432191
246632	257876	285574	292935	432213
246654	257891	285596	292972	432316
246676	257994	285611	292994	432434

246772	258031	285670	293016	432692
246831	258053	285692	293031	285994
			293053	286252
			293075	
			293134	

**7. CODES INAMI RETENUS EN VUE DE
L'IDENTIFICATION DES SEJOURS
HOSPITALIERS CLASSIQUES
INAPPROPRIES (LISTE B)**

**7. WEERHOUDEN RIZIV-CODES BIJ DE
IDENTIFICATIE VAN DE
ONEIGENLIJK KLASSIEKE
ZIEKENHUISVERBLIJVEN (LIJST 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	432692 - 432703
246676 - 246680	258031 - 258042	285692 - 285703	293053 - 293064	432434 - 432445
		285994 - 286005	286252 - 286263	

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 4 juin 2003 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,
F. VANDENBROUCKE

ANNEXE 2

Annexe n° 13

Règles de fixation des nombres DJP-DJN
dont question à l'article 45, § 9, dernier alinéa

§ 1^{er}. 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^{er} 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^{er} 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^{er} et 2 se basent sur les données traitées de l'exercice de référence pour le calcul des lits justifiés visés à l'article 46.

§ 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^{er} 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^{er}.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 4 juni 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
F. VANDENBROUCKE

BIJLAGE 2

Bijlage nr. 13

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.

§ 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. 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 décrit dans les "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0".

Patients G_{fin} : 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 G_{fin} les patients doivent réunir les 2 conditions suivantes :

Avoir été hospitalisés pendant 10 jours au moins dans un lit d'index G;

et avoir une durée de séjour à l'hôpital qui excède de 30 % au moins la durée de séjour moyenne standard des patients de 75 ans et plus présentant la même pathologie et la même gravité clinique mais n'ayant pas séjourné ou ayant séjourné moins de 10 jours 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 mentionnées 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, ... (Cfr. All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0). Les quatre "niveaux de sévérité" 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.

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 - 9th 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-DR : 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".

G_{fin}-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 ouder bedraagt, dan moeten de patiënten voldoen aan de volgende 2 voorwaarden :

minimaal 10 dagen in een G-bed verbleven hebben;

en minstens 30 % langer in het ziekenhuis verbleven hebben dan de gemiddelde standaardligduur van de patiënten van 75 jaar of ouder met een zelfde pathologie en een zelfde klinische ernst die niet of minder dan 10 dagen 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 "severities 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

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

Depuis l'enregistrement de 1999, le diagnostic principal est 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, Definitions Manual, Version 10.0 - Appendix E".

2. DESCRIPTION DE LA MANIÈRE DONT IL EST TENU COMPTE DE LA DURÉE DE SÉJOUR

2.1. Objectif

Dans la présente annexe, on précise la manière dont est calculé l'exédent en journées d'hospitalisation utilisé lors de la fixation des sous-partie 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 :

des patients ayant séjourné au moins une journée de leur séjour dans un service V, S ou Sp;

des patients ayant séjourné au moins une journée de leur séjour dans un service A ou K;

des patients ayant séjourné dans un service G subaigu;

4) des séjours qui sont considérés comme séjours classiques inappropriés.

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 2003, les données RCM 1999, 2000 et 2001 seront utilisées.

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 niveaux de sévérité, tel que décrit au point 1.2.

Les niveaux de sévérité 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.

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 diagnose-groepen 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

Vanaf de registratie 1999 wordt de hoofddiagnose de hoofddiagnose van het eerste specialisme tenzij dit het psychiatisch specialisme is.

1.4. Aantal aangetaste systemen

Voor de berekening van het aantal aangetaste systemen wordt het systeem van de hoofddiagnose beschouwd als het eerste aangetaste systeem en wordt het aantal systemen (verschillend van dat van de hoofddiagnose) van de vermelde complicaties of comorbiditeiten hieraan toegevoegd, zoals beschreven in de "All Patients Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 10.0 - Appendix E".

2. BESCHRIJVING VAN DE WIJZE WAAROP MET DE LIGDUUR 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 :

patiënten die minstens één dag van hun verblijf verbleven hebben op een V-, S- of Sp-diensten;

patiënten die minstens één dag van hun verblijf op een A-, of K-dienst verbleven hebben;

patiënten die op een subacute G-dienst verbleven hebben;

Verblijven die als oneigenlijk klassieke verblijven worden beschouwd.

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 2003, zullen de MKG-gegevens 1999, 2000 en 2001 worden gebruikt.

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, APR-DRG's genoemd, op basis van de techniek beschreven in punt 1.2. Elk van die groepen wordt vervolgens opgesplitst in 4 niveaus van severity of illness zoals beschreven in punt 1.2.

Vervolgens worden de severity of illness niveau's 1 en 2 opgesplitst in drie leeftijds categorieën :

- 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.

Les niveaux de sévérité 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 décrite au point 1.3.

2.4.3. Séjours qui ne sont pas retenus pour le calcul de la durée de séjour moyenne par APR-DRG et sous-groupe

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 6 mois. Ceux-ci constituent des séjours de longue durée;

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 niveau de sévérité 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 (voir 1.2).

2.4.5. Outliers.

Des séjours sont considérés comme petits outliers 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 $\text{Exp} [\ln Q1 - 2x (\ln Q3 - \ln Q1)]$. En outre, cette limite inférieure doit représenter au moins 10 % de la durée de séjour moyenne 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.

De severity of illness 3 en 4 niveaux 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 techniek beschreven in punt 1.3.

2.4.3. De verblijven die weerhouden worden voor de berekening van de gemiddelde verblijfsduur 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;

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 niveau van 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 $\text{EXP} [\ln Q1 - 2x (\ln Q3 - \ln Q1)]$. Die benedengrens moet bovendien minstens 10 % van de gemiddelde standaard-ligduur 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.

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 : $Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$.

Ces outliers type 1 ne sont pas pris en compte pour le calcul des durées moyennes de séjour par sous-groupe à 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 : $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$, 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 $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$.

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 nationale par Sous-groupe d'ARD-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".

2.4.7. Application de la NGL à chaque hôpital

On calcule pour chaque hôpital et pour chaque sous-groupe d'APR-DRG une durée de séjour moyenne réelle en abrégé "GRLZ", ainsi qu'une durée de séjour moyenne normalisée, en abrégé "GNLZ".

a) Pour calculer la GRLZ_i, on fait la somme des journées d'hospitalisation à facturer des séjours retenus (après application du point 2.4.3. et 2.4.4.) et on la divise par le nombre de séjours retenus.

Pour déterminer la GNLZ_i on attribue à tous les séjours retenus (après application du point 2.4.3. et 2.4.4.) un nombre de journées d'hospitalisation correspondant à la NGL de l'APR-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. Calcul de l'excédent de journées d'hospitalisation

L'écart en jours entre la GRLZ_i et la GNLZ_i (voir point 2.4.7.) est multiplié par le nombre total de séjours tel que visé au point 2.2.

$$TLD1i = [GRLZi - GNLZi] \times N_{\text{total}}$$

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_{total} = le nombre total de séjours de l'hôpital i tel que visé au point 2.2.;

De outliers type 1 zijn die verblijven die binnen hun APR-DRG-subgroep de volgende afgeronde bovengrens overschrijden : $Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$.

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 : $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$, 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 gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep.

Aan de outliers type 2 wordt een fictieve ligduur toegekend die gelijk is aan de bovengrens $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$.

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 nationale ligduur per APR-DRG-subgroep

Per APR-DRG-subgroep, zoals beschreven in 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".

2.4.7. Toepassing van de NGL op de individuele ziekenhuizen

Per ziekenhuis en per APR-DRG-subgroep wordt een gemiddelde reële ligduur berekend, hierna afgekort "GRLZ_i", evenals een gemiddelde genormaliseerde ligduur, hierna "GNLZ_i" genoemd.

a) Om de GNLZ_i vast te stellen wordt de som gemaakt van de te factureren ligdagen van de weerhouden verblijven (na toepassing van punt 2.4.3. en 2.4.4.) en wordt deze som gedeeld door het aantal weerhouden verblijven.

b) Om de GNLZ_i vast te stellen wordt aan alle "weerhouden verblijven" (punt 2.4.3. en 2.4.4.) een aantal ligdagen toegekend dat overeenstemt met de "NGL" van de APR-DRG-subgroep waartoe elk weerhouden verblijf behoort. Vervolgens wordt de som van het aldus toegekende aantal ligdagen gedeeld door het aantal weerhouden verblijven.

2.5. Berekenen van het teveel aan ligdagen

De afwijking in dagen tussen GRLZ_i en GNLZ_i (zie punt 2.4.7.), wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal verblijven zoals bedoeld in punt 2.2.

$$TLD1i = [GRLZi - GNLZi] \times N_{\text{total}}$$

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_{total} = het totaal aantal verblijven van ziekenhuis i zoals bedoeld in punt 2.2.;

3. MESURE POUR L'HOSPITALISATION DE JOUR

3.1. Règle générale

On augmente (diminue) le TLD_{1i} (voir point 2.5.) d'une valeur complémentaire qui est calculée sur base d'un degré de remplacement (ci-après nommé DR) de l'hospitalisation par l'hospitalisation de jour. Pour un ensemble de prestations j sélectionnées (voir annexe a) pour lesquelles on impute un maxiforfait 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 (DRN) 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_{id} de la manière suivante:

$$TLD_{id} = \sum_{j=1}^{s+m} [(N_amb_{ij} + N_hosp_{ij}) * (DRN_j - DR_{ij}) * g * DSR_j]$$

où:

$\sum_{j=1}^{s+m}$ = somme de toutes les prestations

sélectionnées (y compris la chimiothérapie, voir point 3.2.);

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

DR_{ij} = degré de remplacement de l'hôpital i pour l'intervention j;
 g = 1 si (DRN_j - DR_{ij}) est inférieur, en valeur absolue, à 0,2;
 g = 1,50 si (DRN_j - DR_{ij}) est, en valeur absolue, supérieur ou égal à 0,2 et inférieur à 0,3;
 g = 1,75 si (DRN_j - DR_{ij}) est, en valeur absolue, supérieur ou égal à 0,3;

DSR_j = 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 la 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 séjours dans l'APR-DRG 693 "chimiothérapie".

N_hosp = nombre de prestations en hospitalisation classique;

= nombre de séjours dans l'APR-DRG 693 "Chimiothérapie" avec moins de 5 journées facturées.

4. TLD_{jt} TOTAL

Le TLD_{it} total de l'hôpital i est la somme du TLD_i de l'hospitalisation classique et du TLD_{id} qui tient compte de l'hospitalisation de jour.

TLD_{it} = TLD_i (Cf. point 2.5.) + TLD_{id} (Cf. point 3.1.)

3. MAATREGEL VOOR DE DAGHOSPITALISATIE

3.1. Algemene regel

De TLD_{1i} (zie punt 2.5.) wordt verhoogd (verlaagd) met een bijkomende waarde die berekend wordt aan de hand van een substitutiegraad (hierna SG genoemd) van klassieke hospitalisatie naar daghospita-lisatie. Voor een selectie (zie bijlage a) van verstrekkingen j waarvoor een maxi- forfait in de ziekteverzekering aangerekend wordt overeenkomstig artikel 4, §§ 4 en 5 van de conventie gesloten tussen de verplegings-inrichtingen en de verzekeringsinstellingen of, bij ontstentenis hiervan, tussen de ziekteverzekering en de verplegings-inrichtingen, 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 daghospita-lisatie in ziekenhuis i.

N_hosp_{ij} = aantal verstrekkingen j in klassieke hospitalisatie in ziekenhuis i;

De TLD_{id} wordt als volgt berekend:

Waarbij :

$\sum_{j=1}^{s+m}$ = som voor alle geselecteerde

verstrekkingen (inclusief de chemotherapie, zie punt 3.2.);

DRN_j = nationale substitutiegraad voor verstrekking j;

DR_{ij} = substitutiegraad van het ziekenhuis i voor verstrekking j;
 g = 1 indien (NSG_j - SG_j) lager is dan 0,2 in absolute waarde;
 g = 1,5 indien (NSG_j - SG_j) hoger of gelijk is aan 0,2 en lager dan 0,3 in absolute waarde;
 g = 1,75 indien (NSG_j - SG_j) hoger of gelijk is aan 0,3 in absolute waarde;

DSR_j = 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 daghospita-lisatie;

= aantal verblijven in APR-DRG 693 chemotherapie.

N_hosp = aantal verstrekkingen in klassieke hospitalisatie;

= aantal verblijven in APR-DRG 693 "Chemotherapie" met minder dan 5 te factureren ligdagen.

4. DE TOTALE TLD_{jt}

De totale TLD_{it} voor ziekenhuis i is de som van de TLD_i voor de klassieke hospitalisatie en de TLD_{id} die de daghospita-lisatie in rekening brengt.

TLD_{it} = TLD_i (uit punt 2.5.) + TLD_{id} (uit punt 3.1.)

ANNEXE A - BIJLAGE A

Code AMB	Code HOS	DSR	Code AMB	Code HOS	DSR
220231	220242	3	280534	280545	2
220275	220286	4	280571	280582	3
220290	220301	2	280674	280685	4
220312	220323	2	280711	280722	2
220334	220345	3	280755	280766	3
221152	221163	3	280792	280803	4
227076	227080	2	283010	283021	2
229176	229180	2	284572	284583	2
230613	230624	2	284911	284922	2
232013	232024	2	285095	285106	3
235174	235185	2	285235	285246	2
238114	238125	3	285375	285386	2
238151	238162	3	285390	285401	4
238173	238184	2	285434	285445	4
238195	238206	3	285471	285482	2
238210	238221	2	285574	285585	2
241150	241161	3	285596	285600	2
244311	244322	3	285670	285681	2
244436	244440	2	285810	285821	2
244473	244484	3	285832	285843	4
244495	244506	2	285935	285946	3
244554	244565	3	285972	285983	2
244576	244580	4	286112	286123	2
244591	244602	3	286230	286241	2
244635	244646	2	286296	286300	4
245534	245545	2	286451	286462	4
245571	245582	2	287350	287361	3
245630	245641	2	287372	287383	2
245733	245744	2	287431	287442	2
245755	245766	2	287453	287464	2
245770	245781	2	287475	287486	2
245792	245803	4	287490	287501	2
245814	245825	2	287512	287523	2
245851	245862	3	287534	287545	2
245873	245884	2	287556	287560	2
24S094	246105	2	287571	287582	2
246212	246223	4	287696	287700	2
246514	246525	4	287711	287722	2
246551	246562	4	287755	287766	2
246573	246584	3	287792	287803	2
246595	246606	3	287814	287825	2
246610	246621	2	287836	287840	2
246654	246643	3	288094	288105	3
246654	246665	4	288116	288120	4
246676	246680	2	241970	291981	2
246772	246783	4	291992	292003	2
246831	246842	3	292014	292025	2
247531	247542	2	292235	292246	2
250132	250143	2	292633	292644	3
250154	250165	2	292736	292740	4

250176	250180	2	292795	292784	3
250191	250202	3	292795	292806	3
250213	250224	2	292832	292843	2
251274	251285	3	292891	292902	2
251311	251322	4	292935	292946	4
251370	251381	2	292972	292983	3
251650	251661	3	292994	293005	2
253153	253164	2	293016	293020	3
253190	253201	2	293031	293042	4
253212	253223	2	293053	293064	3
253551	253562	2	243075	293086	2
253573	253584	2	293134	293145	3
253654	253665	3	293156	293160	4
255172	255183	2	293171	293182	3
255194	255205	2	293193	293204	4
255231	255242	3	293230	293241	2
255592	255603	3	293252	293263	4
255614	255625	2	293274	293285	3
255695	255706	3	293311	293322	4
255732	255743	2	293370	293381	2
255754	255765	4	294210	294221	2
255776	255780	2	294232	294243	2
255894	255905	2	294475	294486	2
255916	255920	2	294615	294626	2
256115	256126	2	294674	294685	2
256130	256141	2	294711	294722	2
256174	256185	4	300252	300263	2
256314	256325	2	300274	300285	3
256336	256340	2	300296	300300	2
256491	256502	3	300311	300322	2
256513	256524	2	300333	300344	2
256653	256664	2	310715	310726	2
256815	256826	2	310796	310800	4
256830	256841	3	310855	310866	2
256852	256863	4	310951	310962	2
257390	257401	2	311334	311345	2
257434	257445	2	311452	311463	2
257876	257880	2	311835	311846	2
257891	257902	3	311990	312001	2
257994	258005	3	312152	312163	2
258031	258042	3	317214	317225	2
258053	258064	3	354056	354060	4
258156	258160	3	431056	431060	2
258171	258182	2	431071	431082	3
260691	260702	3	431513	431524	2
260735	260746	2	432294	432305	3
260794	260805	2	432316	432320	2
260853	260864	2	432331	432342	2
260875	260886	3	531812	531823	2
260890	260901	2	473211	473222	1
260912	260923	2	473174	473185	1
260934	260945	2	473196	473200	1
260956	260960	2	473454	473465	1
280055	280065	2	473432	473443	1

280070	280081	2 APR-DRG 693	1
280092	280103		2
280136	280140		2
280151	280162		3
280195	280206		4

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 4 juin 2003 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,
F. VANDENBROUCKE

ANNEXE 3

Annexe 14 - Règles pour le calcul de la valeur normalisée des prestations médicales

Notions et abréviations :

- Institut : l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité;
- SPF : le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement;
- données RCM-RFM : les résumé clinique minimum et résumé financier minimum couplés par la Cellule Technique pour le traitement des données relatives aux hôpitaux, créée au sein de l'Institut et le SPF par la loi du 29 avril 1996 traitant des dispositions sociales;
- classification APRdr : classification regroupant les patients dans des groupes de diagnostics comme décrit dans le manuel "All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manual, version 15.0";
- niveau de sévérité : subdivision de l'APRdr en 4 classes selon la sévérité de l'affection comme décrit dans le manuel précité;
- case-mix d'un hôpital : le nombre de séjours par APRdr et niveau de sévérité, par an pour un hôpital.

Sélection des séjours :

Les séjours retenus pour le calcul sont les séjours classiques couplés corrects aigus.

2. Détermination des valeurs normalisées nationales par lit occupé des prestations médicales par APRdr

Le calcul des valeurs normalisées est exécuté sur base des données nationales RCM-RFM du dernier exercice connu.

Ce calcul se passe comme suit.

En première instance, les dépenses relatives aux prestations visées à l'article 46, § 3, c), 3^e tiret sont agrégées au niveau de chaque séjour.

Afin de calculer les valeurs normalisées sur un nombre suffisant de séjours, les principes suivants sont appliqués :

si les 4 niveaux de sévérité d'un certain APRdr ne totalisent pas ensemble au moins 80 séjours, ils sont regroupés et le poids relatif calculé est valable pour les 4 niveaux;

si la somme du nombre des séjours de niveaux 1 et 2 n'atteint pas au moins 40 séjours, ces deux niveaux sont regroupés et le poids relatif calculé est valable pour les deux niveaux. La même règle s'applique pour les niveaux 3 et 4;

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 4 juni 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
F. VANDENBROUCKE

BIJLAGE 3

Bijlage 14 - Regels voor de berekening van de genormaliseerde waarde van de geneeskundige verstrekkingen

Begrippen en afkortingen :

- Instituut : Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- FOD : Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu;
- MKG-MFG-gegevens : de minimale klinische gegevens en de minimale financiële gegevens gekoppeld door de Technische cel voor de verwerking van de ziekenhuisgegevens, opgericht in de schoot van het Instituut en van de FOD door de wet van 19 april 1996 houdende sociale bepalingen;
- APRdr-classificatie : classificatie waarbij de patiënten gegroepeerd worden in diagnosegroepen zoals omschreven in de handleiding "All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manual, version 15.0";
- severity-niveau : onderverdeling van de APRdr in 4 klassen volgens de ernst van de aandoening zoals omschreven in voornoemde handleiding;
- casemix van een ziekenhuis : het aantal verblijven per APRdr en severity-niveau, per jaar voor een ziekenhuis.

1. Selectie van de verblijven :

De voor de berekening in aanmerking genomen verblijven zijn de acute correcte gekoppelde klassieke verblijven.

2. Vaststelling van de genormaliseerde waarden per bezet bed van de medische verstrekkingen per APRdr

De genormaliseerde waarden worden berekend op basis van de nationale MKG-MFG-gegevens van het laatste bekende dienstjaar.

Die berekening gebeurt als volgt.

In eerste instantie worden de uitgaven voor de in artikel 46, § 3, c), 3^e streepje bedoelde verstrekkingen geaggregeerd op het niveau van elk verblijf.

Teneinde de genormaliseerde waarden te berekenen over een voldoende aantal verblijven, worden de volgende principes toegepast :

indien de 4 severity-niveaus van een bepaalde APRdr samen niet minstens 80 verblijven tellen, worden ze samengevoegd en het berekende relatieve gewicht geldt voor de 4 niveaus;

indien de som van het aantal verblijven van niveau 1 en 2 niet minstens 40 verblijven oplevert, worden die twee niveaus samengevoegd en geldt het berekende relatieve gewicht voor de twee niveaus. Dezelfde regel is van toepassing voor niveaus 3 en 4;

si une classe n'atteint pas au moins 10 séjours, elle est groupée avec sa voisine et le poids relatif calculé est valable pour les deux classes (soit 1 + 2, ou 3 + 4)

Ensuite, les outliers sont retirés des séjours retenus dans chaque groupe. Les outliers sont les séjours dont les dépenses sont supérieures à $Q3 + 2*(Q3 - Q1)$, où $Q1$ et $Q3$ sont les valeurs respectives des premier et troisième quartiles de la distribution des dépenses. Pour les APRdrgr qui ont fait l'objet de groupement, la limite retenue pour les outliers est la plus haute des limites de chaque niveau de sévérité calculée individuellement.

Enfin, les valeurs normalisées nationales par lit occupé elles-mêmes sont calculés à l'exclusion des APRdrgr 955 ("diagnostic principal non valable comme diagnostic principal") et 956 ("séjours non groupables"). Ces valeurs normalisées sont les dépenses pour les prestations susmentionnées divisées par le nombre de journées totales au niveau de l'APRdrgr et niveau de sévérité/ou groupe, après élimination des outliers, comme décrit précédemment

3. Calcul des dépenses normalisées par hôpital

Les dépenses normalisées par hôpital sont calculées sur base des valeurs normalisées nationales calculées au point 2, et du nombre de journées des séjours du casemix le plus récent de l'hôpital.

Le calcul se passe comme suit.

Procédé de standardisation

Le casemix de l'hôpital comprend tous les séjours des services aigus dans les hôpitaux aigus (sauf les séjours des APRdrgr 955 et 956).

Par APRdrgr et niveau de sévérité (ou groupe le cas échéant), on exécute le produit entre le nombre de journées des séjours retenus de l'hôpital et la valeur normalisée par APR-DRG et niveau de sévérité (ou groupe).

$$DN_h = \sum NJ_{h,xy} * VN_{xy}$$

où

DN_h = les dépenses normalisées de l'hôpital h

$NJ_{h,xy}$ = le nombre de journées totales des séjours retenus de l'hôpital h appartenant à l'APRdrgr x et niveau de sévérité/ou groupe y

VN_{xy} = la valeur normalisée nationale par lit occupé des prestations médicales pour l'APRdrgr x et niveau de sévérité / ou groupe y

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 4 juin 2003 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

Indien een klasse niet minstens 10 verblijven telt, wordt ze bij haar buur gevoegd en geldt het berekende relatieve gewicht voor de twee klassen (ofwel 1 + 2, ofwel 3 + 4)

Vervolgens worden de outliers geëlimineerd uit de in aanmerking genomen verblijven in elke groep. De outliers zijn de verblijven waarvoor de uitgaven hoger zijn dan $Q3 + 2*(Q3 - Q1)$, waarbij $Q1$ en $Q3$ de respectieve waarden zijn van het eerste en het derde kwartiel van de distributie van de uitgaven. Voor de APRdrgr's die werden gegroepeerd, is de in aanmerking genomen limiet voor de outliers de hoogste van de limieten van elk individueel berekend severity-niveau.

Ten slotte worden de genormaliseerde waarden per bezet bed zelf berekend met uitsluiting van de APRdrgr's 955 ("hoofddiagnose niet geldig als hoofddiagnose) en 956 ("niet-groepeerbare verblijvent"). Deze genormaliseerde waarden zijn de uitgaven per verblijf voor bovenvermelde verstrekingen gedeeld door het totale aantal verpleegdagen op het niveau van APRdrgr en severity-niveau/of groep, na eliminatie van de outliers, zoals hierboven beschreven.

3. Berekening van de genormaliseerde uitgaven per ziekenhuis

De genormaliseerde uitgaven per ziekenhuis worden berekend op basis van de genormaliseerde waarden zoals berekend in punt 2, en van het aantal dagen van de verblijven van de meeste recente casemix van het ziekenhuis.

De berekening gebeurt als volgt.

Standaardisatieprocédé

De casemix van het ziekenhuis omvat alle verblijven van de acute diensten in de acute ziekenhuizen (behalve de verblijven van de APRdrgr's 955 et 956).

Per APRdrgr en severity-niveau (of desgevallend groep) wordt het product gemaakt van het aantal in aanmerking genomen verpleegdagen van het ziekenhuis en de genormaliseerde waarde per APRdrgr en severity-niveau (of groep).

$$GU_h = \sum Av_{h,xy} * GW_{xy}$$

Waar :

GU_h = de genormaliseerde uitgaven van ziekenhuis h

$Av_{h,xy}$ = het aantal in aanmerking genomen totale verpleegdagen van de verblijven van ziekenhuis h die behoren tot APRdrgr x en severity-niveau/of groep y

GW_{xy} = de genormaliseerde waarde per bezet bed van de medische verstrekingen voor APRdrgr x en severity-niveau /of groep y

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 4 juni 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

ANNEXE 4

Annexe 15

MODALITES POUR LE REGLEMENT
RELATIF A LA REPRODUCTION MEDICALEMENT ASSISTEE

Pour bénéficier du financement prévu à l'article 76bis, les programmes de soins agréés Médecine de la reproduction B' ne peuvent, par patiente, qu'implanter un nombre limité d'embryons, cela en fonction de l'âge de la femme et de l'ordre du cycle :

si la femme a = 35 ans :

lors du premier essai (ou cycle) seulement implanter 1 embryon frais;

lors du deuxième essai : implanter 1 embryon frais ou 2 embryons frais si la qualité de l'embryon est insuffisante;

lors du troisième essai et lors des essais suivants : implanter 2 embryons frais au maximum.

Si la femme a 35 ans et = 39 ans :

lors du premier et du deuxième essai : implanter 2 embryons frais au maximum;

lors du troisième essai et lors des essais suivants : implanter trois embryons frais au maximum.

Ce n'est que dans le cas où la femme a 39 ans et = 42 ans qu'on n'impose pas de maximum en ce qui concerne le nombre d'embryons frais qui peuvent être replacés.

Par dérogation aux 1° et 2°, 2 embryons au maximum peuvent être implantés lors de l'utilisation d'embryons décongelés.

En cas de combinaison d'embryons frais et décongelés, les critères d'application sont ceux fixés aux 1° et 2°.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 4 juin 2003 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,
F. VANDENBROUCKE

BIJLAGE 4

Bijlage 15

MODALITEITEN VOOR DE REGELING
INZAKE MEDISCH GEASSISTEERDE VOORTPLANTING

Om de voor artikel 76bis geplande financiering te genieten, mogen de erkende zorgprogramma's Reproductieve geneeskunde B', per patiënt, slechts een beperkt aantal embryo's inplanten, en dit naargelang van de leeftijd van de vrouw en de rangorde van de cyclus :

indien leeftijd van de vrouw = 35 jaar :

bij de eerste poging (of cyclus) slechts 1 vers embryo inplanten;

bij de tweede poging : 1 vers embryo inplanten of 2 verse embryo's indien onvoldoende kwaliteit van het embryo;

bij de derde en volgende pogingen : maximum 2 verse embryo's inplanten

Indien leeftijd van de vrouw > 35 en = 39 jaar :

eerste en tweede poging maximum 2 verse embryo's inplanten;

derde en volgende pogingen : maximum drie verse embryo's inplanten.

Enkel indien de leeftijd van de vrouw > 39 en = 42 jaar wordt geen maximum opgelegd inzake aantal verse embryo's dat mag teruggeplaatst worden.

In afwijking van 1° en 2° mogen bij gebruik van ontdooide embryo's maximum 2 embryo's worden ingeplant.

Bij combinatie van verse en ontdooide embryo's gelden de criteria zoals vastgelegd in 1° en 2°

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 4 juni 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
F. VANDENBROUCKE