

13. Die zuständigen nationalen Minister wenden die im vorliegenden Protokoll vorgesehenen Maßnahmen auf Krankenhäuser an, für die die nationale Regierung Entscheidungsgewalt hat.

Brüssel, den 25. Juli 1986.

J.-L. DEHAENE,
Minister für soziale Angelegenheiten
und institutionelle Reformen

J. GOL,
Vize-Premierminister,
Justizminister und Minister für institutionelle
Reformen

J. LENSENS,
Gemeinschaftsminister
für Volksgesundheit und Umwelt

A. BERTOUILLE,
Minister für Gesundheit,
Unterrichtswesen und Mittelstand,
der Französischen Gemeinschaft
von Belgien

J. MARAITE,
Gemeinschaftsminister
für Sport, Tourismus, Familien
und Gesundheitspolitik

2 AUGUSTUS 1986. — Circulaire bestemd
voor de beheersorganen van de ziekenhuizen

Betreft : Commentaar bij de ministeriële besluiten van 2, 6 en 7 augustus 1986, m.b.t. de voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van het budget en de verschillende bestanddelen ervan alsmede voor de vergelijking van de kosten en de vaststelling van de quota de verpleegdagen.

1. INLEIDING

De wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen werd door koninklijk besluit nr. 407 van 18 april 1986 ingrijpend gewijzigd wat het toepassingsgebied, de financiering en de erkenning van ziekenhuizen betreft. Bovendien werd er een regeling uitgewerkt m.b.t. het statuut van de ziekenhuisgeneesheer in relatie tot het ziekenhuisbeheer.

De principes van de nieuwe financieringswijze, die sedert 1985 geleidelijk werden doorgevoerd, zijn thans duidelijk opgenomen in de ziekenhuiswet, meer bepaald in artikel 5. Deze principes en de toepassingswijzen werden uiteengezet in de circulaire van 2 augustus 1985 en in de brochure van oktober 1985 « Naar een nieuwe financieringswijze van de ziekenhuizen ».

De basisprincipes van de nieuwe financieringswijze zien er, nogmaals kort samengevat, als volgt uit :

1. De vaststelling van een provisioneel budget per ziekenhuis.
2. De opsplitsing van het budget in een geïndexeerd en een niet-geïndexeerd gedeelte.
3. De berekening van het budget op grond van het performantieniveau van elk ziekenhuis ten opzichte van een groep vergelijkbare ziekenhuizen die eigen is aan elk ziekenhuis.
4. De aanwijzing van een vast gedeelte en een variabel gedeelte in functie van het aantal verpleegdagen.
5. De progressieve toepassing van het nieuw financieringssysteem.

Deze principes en de wijze waarop ze moeten uitgevoerd dienen thans in het kader van de nieuwe wet te worden geplaatst. Zo moeten op grond van artikel 5 van de wet de voorwaarden en regels voor het vaststellen van het budget en van de bestanddelen ervan, de wijzen waarop de kosten worden vergeleken en de dagquota worden bepaald, moeten worden vastgelegd in een ministerieel besluit en wel vanaf 1 januari 1986.

Hiertoe werd vooreerst het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 getroffen waarin de grondregels worden uiteengezet voor de berekening en de herziening van het budget. De twee ministeriële besluiten van 6 en 7 augustus 1986 leggen de specifieke voorwaarden en regelen vast voor de berekening en herziening van de begroting en van de dagquota voor de dienstjaren 1986 en 1987. Die drie ministeriële besluiten vullen elkaar aan. De ministeriële besluiten die specifiek voor 1986 en 1987 gelden, preciseren het basisbesluit van 2 augustus 1986 en bevatten tevens een regeling voor bepaalde punten waarvoor in het basisbesluit nog geen algemene oplossing kon worden gegeven.

2 AOUT 1986. — Circulaire
aux organes de gestion des hôpitaux

Objet : Commentaires sur les arrêtés ministériels des 2, 6 et 7 août 1986 déterminant les conditions et règles de fixation du budget et des différents éléments constitutifs ainsi que les règles de comparaison des coûts et la fixation des quotas des journées d'hospitalisation.

1. INTRODUCTION

Suite à l'arrêté royal n° 407 du 18 avril 1986 la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux a été fondamentalement modifiée au point de vue du champ d'application, du financement et de l'agrément des hôpitaux. Le médecin hospitalier a reçu un statut. Son rôle a été mis en relation avec la gestion de l'hôpital.

Les principes du nouveau mode de financement mis en place progressivement depuis 1985 sont à présent clairement repris dans la loi sur les hôpitaux, plus précisément à l'article 5. Les principes et les modalités d'application ont été exposés dans la circulaire du 2 août 1985 et dans la brochure d'octobre 1985 intitulée « Vers un nouveau mode de financement ».

Pour rappel les principes essentiels du nouveau mode de financement sont les suivants :

1. La fixation d'un budget prévisionnel par hôpital.
2. La décomposition du budget entre une partie indexée et non-indexée.
3. Le calcul du budget à partir du niveau de performance de chaque hôpital par rapport à un groupe d'hôpitaux comparables et propre à chaque hôpital.
4. L'identification d'une partie fixe et d'une partie variable en fonction du nombre de journées d'hospitalisation.
5. La progressivité dans l'application du nouveau mode de financement.

Ces principes et leurs modalités d'exécution doivent à présent s'inscrire dans le contexte de la nouvelle loi. C'est ainsi que conformément à l'article 5 de la loi, les conditions et les règles de fixation du budget et de ses éléments constitutifs, les modalités de comparaison des coûts et de détermination des quotas des journées doivent être fixées par arrêté ministériel et ce à partir du 1^{er} janvier 1986.

Pour ce faire, un arrêté ministériel de base a été pris fixant les règles de base de calcul et de révision du budget. Les deux arrêtés ministériels suivants fixent les conditions et les règles particulières de calcul et de révision du budget et du quota des journées pour les années 1986 et 1987. Ces trois arrêtés ministériels se complètent. Les arrêtés ministériels spécifiques pour 1986 et 1987 précisent certains points de l'arrêté ministériel de base qui n'ont pas encore un caractère permanent.

Zij bevatten tevens de maatregelen die de beslissingen concreteriseren welke door de regering in het vlak van het ziekenhuisbeleid werden genomen. Er moesten dan ook specifieke regelen en voorwaarden worden vastgelegd voor het opmaken van het budget ten einde binnen de grenzen te blijven van de voor het Rijk globale begroting die voor 1986 en 1987 respectievelijk werd vastgelegd op 92,7 miljard F en 89,8 miljard F.

De aangelegenheden die in de besluiten worden behandeld werden voor advies voorgelegd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Het studiewerk dat door de afdeling financiering van de Raad werd verricht is zeer belangrijk geweest. Het heeft toegelaten de techniek van het nieuw financieringssysteem te verfijnen. Door grotendeels gevolg te geven aan de adviezen van de Raad konden de regelen en voorwaarden voor de vaststelling van het budget 1986 worden verbeterd, waardoor het mogelijk werd de administratiekosten te betrekken bij de berekening van de prestatie voor de algemene diensten. De bepalingen vervat in de omzendbrief van 2 augustus 1985 werden dus niet fundamenteel gewijzigd.

Hierna volgt een commentaar over de drie besluiten. Eerst komt het basisbesluit van 2 augustus aan bod. Daarna het ministerieel besluit van 6 augustus tot vaststelling van de regels specifiek voor 1986 en het ministerieel besluit van 7 augustus 1986 tot vaststelling van de regels specifiek voor 1987.

2. MINISTERIEEL BASISBESLUIT VAN 2 AUGUSTUS 1986

Het ministerieel basisbesluit waarin de voorwaarden en regelen zijn opgenomen voor het vaststellen van het budget en van de samenstellende delen ervan, alsmede de regelen voor de kostenvergelijking en de bepaling van de quota van verpleegdagen van de ziekenhuizen, omvat 9 hoofdstukken :

- Hoofdstuk I : Algemene bepalingen (Artikelen 1 en 2).
- Hoofdstuk II : De prijs per verpleegdag (Artikelen 3 en 4).
- Hoofdstuk III : Periode voor dewelke de prijs per verpleegdag, het budget en het quotum van verpleegdagen wordt vastgesteld (Art. 5).
- Hoofdstuk IV : Vaststelling van het budget en van zijn onderscheidende delen, onderdelen en bestanddelen (Art. 6-14).
- Hoofdstuk V : Modaliteiten voor de vaststelling van het budget en criteria volgens dewelke de kosten worden aanvaard (Art. 15-52).
- Hoofdstuk VI : Vaststelling van het quorum van verpleegdagen (Art. 53-57).
- Hoofdstuk VII : Voorwaarden en regelen voor de herziening van het budget (Art. 54-61).
- Hoofdstuk VIII : Nieuwbouw of belangrijke wijzigingen (Art. 62-71).
- Hoofdstuk IX : Overgangs- en slotbepalingen (Art. 72-76).

Thans volgt een kort commentaar bij elk der hoofdstukken.

De specifieke regelen voor 1986 en 1987 hebben in hoofdzaak betrekking op hoofdstukken III, IV en V.

De eerste drie hoofdstukken (artikelen 1 tot 5) handelen over algemene principes :

- de mogelijkheid om het ministerieel basisbesluit door specifieke regelen aan te vullen;
- het begrip « dienstjaar »;
- de vaststelling van de verpleegdraggprijs op basis van een provisioneel budget en van een quotum voor verpleegdagen;
- de afzondering van de V-diensten;
- de mogelijkheid om het budget, het quotum en de prijs per verpleegdag voor één of meer diensten vast te stellen.

Hoofdstuk IV bepaalt de delen, onderdelen en bestanddelen van het budget. In dit hoofdstuk wordt de uitsplitsing van het budget, van de begroting, die sedert 1984 aan de gang is en sedert 1 januari 1986 van toepassing is, bevestigd. De drie delen van het budget zijn (artikel 6) :

- deel A, dat 3 onderdelen omvat :
 - A1 : de investeringslasten
 - A2 : de kaskredietlasten
 - A3 : de algemene niet geïndexeerde lasten
- deel B is onderverdeeld in twee onderdelen :
 - B1 : de kosten voor gemeenschappelijke diensten
 - B2 : de kosten voor klinische diensten
- deel C bestaat uit twee onderdelen :
 - C1 : de aanloopkosten
 - C2 : de inhaalbedragen.

Ils contiennent aussi les mesures qui concrétisent les décisions du gouvernement en matière de politique hospitalière. C'est ainsi que des règles et des conditions spécifiques de fixation du budget ont dû être prises pour rester à l'intérieur des limites du budget global pour le Royaume fixé respectivement à 92,7 milliards en 1986 et à 89,8 milliards en 1987.

Toutes les dispositions contenues dans ces arrêtés ont été soumises au Conseil National des établissements hospitaliers. Le travail d'étude réalisé par la section financement du conseil national a été dans cette optique très important. Il a permis d'affiner la technique du nouveau mode de financement. En suivant en grande partie les avis du Conseil les règles et conditions de fixation du budget 1986 ont pu être améliorées en permettant notamment l'insertion des frais administratifs lors du calcul de la performance pour les services communs. Les dispositions contenues dans la circulaire du 2 août 1985 n'ont donc pas été modifiées fondamentalement.

Les trois arrêtés ministériels sont commentés dans l'ordre suivant : l'arrêté ministériel de base du 2 août; l'arrêté ministériel fixant les règles particulières pour 1986 du 6 août; l'arrêté ministériel fixant les règles particulières pour 1987 du 7 août.

2. L'ARRETE MINISTERIEL DE BASE DU 2 AOUT 1986

L'arrêté ministériel de base déterminant les conditions et les règles générales de fixation du budget et de ces éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison des coûts et de détermination du quota de journées d'hôpitaux comprend 9 chapitres :

- Chapitre I :: Dispositions générales.
- Chapitre II : Prix par journée d'hospitalisation.
- Chapitre III : Période pour laquelle un prix par journée d'hospitalisation, un budget et un quota de journées d'hospitalisation sont fixés.
- Chapitre IV : Fixation du budget et de ses différentes parties, sous-parties et éléments constitutifs.
- Chapitre V : Modalités de fixation du budget et critères selon lesquels les coûts sont admis.
- Chapitre VI : Détermination du quota de journées d'hospitalisation.
- Chapitre VII : Conditions et règles de révision du budget.
- Chapitre VIII : Nouvelle construction ou modifications structurelles importantes.

Chacun de ces chapitres est à présent commenté brièvement.

Les règles particulières pour 1986 et 1987 ont principalement trait aux chapitres V, VI et VII.

Les trois premiers chapitres (articles 1 à 5) reprennent des principes d'ordre général :

- la possibilité de pouvoir compléter par des règles spécifiques l'arrêté ministériel de base;
- la notion d'exercice;
- la fixation du prix de journée sur base d'un budget provisionnel et d'un quota de journées;
- l'isolation des services V;
- la possibilité de fixer le budget, le quota et le prix de journée pour un ou plusieurs services.

Le chapitre IV fixe les parties, les sous-parties et les éléments constitutifs du budget. Dans ce chapitre on confirme la décomposition du budget en cours depuis 1984 et d'application depuis le 1er janvier 1986. Les trois parties du budget sont (article 6) :

- la partie A comprenant trois sous-parties :
 - A1 : les charges d'investissement
 - A2 : les charges de crédits de caisse
 - A3 : les charges générales non-indexées
- la partie B comprenant deux sous-parties :
 - B1 : les coûts des services communs
 - B2 : les coûts des services cliniques
- la partie C comprenant deux sous-parties :
 - C1 : les frais de pré-exploitation
 - C2 : les montants de rattrapage.

De bestanddelen van elk van deze onderdelen worden in dit hoofdstuk behandeld (artikelen 7 tot 14). De kosten voor deze bestanddelen worden dus door het budget gedekt voor zover ze betrekking hebben op de verplegingseenheden en op de volgende medisch-technische diensten : anesthesie, operatiekamer, plaasterkamer, bevallingskamer, centrale sterilisatie, spoedgevallendienst, revalidatiediensten.

De weerhouden bestanddelen kwamen reeds voor in het ministerieel besluit van 20 december 1973 houdende de bepaling van de bestanddelen van de normale prijs van de verpleegdag.

Hoofdstuk V legt de modaliteiten vast voor de vaststelling van het budget en de criteria op grond waarvan de kosten van de in hoofdstuk IV beschreven bestanddelen worden aanvaard en in het budget worden opgenomen. De criteria en modaliteiten zijn eigen aan elk onderdeel. Hier komen de groeperings- en kostenvergelijkingstechnieken aan bod. Voor elk onderdeel worden hierna de voornaamste criteria en modaliteiten in het kort beschreven :

1 Deel A van de begroting (artikelen 15 tot 22) :

- A1 : — afschrijvingsregels van hun uniform boekhoudkundig plan;
- afschrijvingslasten en financiële lasten beperkt tot 40 % van de voor subsidie in aanmerking komende investeringen binnen de bouwplafonds;
 - afschrijving van de grote onderhoudswerken op basis van de reële lasten;
 - forfaitaire dekking van de afschrijvingslasten voor roerende investeringen na de periode van afschrijving van de gesubsidieerde investeringen;
- A2 : — jaarlijkse vaststelling afhankelijk van de interestvoet van de markt en beperking tot een maximum procent van het omzetcijfer derde-betaler;
- A3 : — forfaitaire financiering van de vakbondspremie.

2. Deel B van het budget (artikelen 23 en 49) :

De kosten betreffende het gedeelte B van het budget zullen worden gedekt volgens de regels en criteria aangekondigd in de circulaire van 2 augustus 1985 en die werden opgenomen in de brochure van oktober 1985. Met de kennis en de gegevens waarover we nu beschikken is het evenwel slechts mogelijk het vergelijkings- en correctiemechanisme toe te passen op het gedeelte B1 van het budget. Daarom hebben de artikelen van dat gedeelte voornamelijk te maken met de vaststelling van het gedeelte B1. (Kosten van de gemeenschappelijke diensten).

Een aantal bepalingen zullen in elk geval gemeenschappelijk zijn, te weten (artikelen 23 tot 28) :

- het principe van de kostenvergelijking;
- de voor de vergelijking aanvaarde kosten zullen de reële en verantwoorde kosten zijn na toepassing van de weddeschaalbeperkingen op de personeelslasten;
- de vergelijking van de kosten en de vaststelling van de gedeelten B1 en B2 van het budget zal telkens uit drie bewerkingen bestaan :
 - bewerking 1 : de samenstelling van een referentiegroep per ziekenhuis.
 - bewerking 2 : vaststelling van het prestatieniveau van elk ziekenhuis.
 - bewerking 3 : aanpassing van het budget van het ziekenhuis.
- de samenstelling van referentiegroepen zal steeds gebeuren uitgaande van kenmerken die eigen zijn aan elk ziekenhuis;
- de referentiegroepen bestaan uit minstens 5 en maximum 15 ziekenhuizen.

2.1. Deel B1 van het budget : kosten algemene diensten.

Zoals hiervoor werd uiteengezet bestaat het budget voor het dekken van de kosten voor algemene diensten uit drie bewerkingen. Die bewerkingen werden uitvoerig toegelicht in de circulaire en brochure 1985.

2.1.1. Samenstelling van een referentiegroep per ziekenhuis (artikelen 29 tot 38).

Op het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen werden twee nieuwe punten toegevoegd :

- de V-diensten zullen slechts onderling worden vergeleken.
- de diensten die zijn erkend onder een kenletter die behoort tot de groep van middellange verblijven worden gerangschikt in de groep van acute diensten met lang verblijf of in de groep van de V-diensten, wanneer hun gemiddelde verblijfsduur die benadert van de twee voormelde groepen.

Les éléments constitutifs de chacune de ces sous-parties sont décrits dans ce chapitre (articles 7 à 14). Les coûts de ces éléments sont donc couverts par le budget pour autant qu'ils se rapportent aux unités de soins et aux services médico-techniques suivants : l'anesthésie, le quartier opératoire, la salle de plâtre, le quartier d'accouchement, la stérilisation centrale, le service des urgences, les services de révalidation et de réadaptation.

Les éléments constitutifs qui ont été repris sont ceux qui étaient dans l'arrêté ministériel du 20 décembre 1973 portant fixation des éléments constitutifs du prix normal de la journée d'entretien.

Le chapitre V fixe les modalités de fixation du budget et les critères selon lesquels les coûts des éléments constitutifs décrits au chapitre IV sont admis et repris dans le budget. Ces critères et modalités sont propres à chaque sous-partie. C'est ici qu'intervient notamment les techniques de regroupement et de comparaison des coûts. Les principaux critères et modalités sont brièvement décrits ci-après pour chaque sous-partie :

1. Partie A du budget (articles 15 à 22) :

- A1 : — règles d'amortissement du plan comptable uniforme;
- charges d'amortissement et charges financières limités à 40 % des investissements subsidiables à l'intérieur des plafonds de construction;
 - amortissement des gros travaux d'entretien sur base des charges réelles;
 - couverture forfaitaire des charges d'amortissement des investissements mobiliers, après la période d'amortissement des investissements subsidés;
- A2 : — fixation annuelle en fonction du taux d'intérêt du marché et limitation à un pourcentage maximal du chiffre d'affaire tiers-payant;
- A3 : — financement forfaitaire de la prime syndicale.

2. Partie B du budget (articles 23 et 49) :

La couverture des coûts relatifs à la partie B du budget se fera sur base des règles et critères annoncés dans la circulaire du 2 août 1985 et repris dans la brochure d'octobre 1985. Toutefois, au stade actuel de connaissance et de recueil des données le mécanisme de comparaison et de correction ne peut être réalisé que sur la partie B1 du budget. C'est pourquoi les articles de cette partie ont principalement trait à la fixation de la partie B1 (coûts des services communs).

Un certain nombre de dispositions seront dans tous les cas communes, à savoir (articles 23 à 28) :

- le principe de la comparaison des coûts;
- les coûts admis pour la comparaison seront les coûts réels et justifiés après application des limitations barémiques aux charges de personnel;
- la comparaison des coûts et la fixation des parties B1 et B2 du budget comportera à chaque fois trois opérations :

opération 1 : la constitution d'un groupe de référence par hôpital.

opération 2 : détermination du niveau de performance de chaque hôpital.

opération 3 : adaptation du budget de l'hôpital.

- la constitution des groupes de référence se fera toujours à partir des caractéristiques propres à chaque hôpital;
- les groupes de référence sont composés d'au minimum 5 hôpitaux et d'au maximum 15.

2.1. Partie B1 du budget : coûts des services communs.

Comme exposé ci-avant la fixation du budget pour la couverture des coûts des services communs comporte trois opérations. Ces opérations ont été largement commentées dans les circulaire et brochure 1985. Seuls les nouveaux points sont décrits dans ce qui suit.

2.1.1. Constitution d'un groupe de référence par hôpital (articles 29 à 38).

Sur avis du Conseil national des établissements hospitaliers deux nouveaux points ont été introduits :

- les services V seront uniquement comparés entre eux.
- les services agréés sous un indice repris dans le groupe des séjours moyens seront classés dans le groupe des services aigus de long séjour ou dans le groupe des services V si leur durée moyenne de séjour se rapproche de la durée moyenne de séjour des deux groupes mentionnés.

2.1.2. Vaststelling van het performantieniveau van elk ziekenhuis (artikelen 39 tot 44).

Op advies van de Nationale raad voor Ziekenhuisvoorzieningen werden verschillende wijzigingen ter verbetering van de resultaten van die tweede bewerking ingevoerd. Het gaat om volgen wijzigingen :

— de m² voor de berekening van de kost per werkeenheid voor de onderhoudskosten werden gewogen, rekening houdend met het aantal m² per bed zodat ziekenhuizen met een kleine (of grote) oppervlakte per bed niet worden benadeeld (of bevorderd).

— een specifieke werkeenheid voor de administratieve kosten werd uitgewerkt. Hierin wordt rekening gehouden met het feit dat de administratieve kosten bestaan uit een veranderlijk gedeelte naar gelang van het aantal opnamen en het aantal verpleegdagen en uit een vast gedeelte voor het personeelsbeheer, de boekhouding...

De formule voor de berekening van die specifieke werkeenheid bevat dus drie variabelen : de opnamen, de verpleegdagen en de getalsterkte van verzorgend personeel uitgedrukt in full-time equivalenten.

— de correctie die noodzakelijk is om rekening te houden met de verschillen qua statuut of anciënniteit van het personeel, gebeurt niet langer aan de hand van de gemiddelde loonkosten van de groep maar van de gemiddelde loonkosten voor het geheel van de ziekenhuizen voor elke gemeenschappelijke dienst. Daar de personeelskosten in de algemene kosten en in de verwarmingskosten maar een klein gedeelte uitmaken, zal de correctie op die beide elementen niet worden toegepast. Om een oplossing te vinden voor het probleem van de onderaanneming, zal de correctie niet worden toegepast wanneer de loonlast minder bedraagt dan 33 % van de totale kosten van de betrokken gemeenschappelijke dienst.

— alle voormelde wijzigingen zijn eveneens van toepassing bij de berekening van de gemiddelde kostprijs per werkeenheid van de referentiegroep.

Het hierna volgende voorbeeld biedt een goede schets en samenvatting van het geheel van die tweede bewerking :

| | | Gemeen- schappelijke dienst Onderhoud |
|------|--|--|
| KW84 | Reële en verantwoorde kosten voor 1984 | 8 200 000 F |
| | Werkeenheden (m ² voor het onderhoud) | 5 509 F |
| KW | Kosten per werkeenheid van het ziekenhuis | 1 488 F |
| CKW | Gecorrigeerde kosten per werkeenheid van het ziekenhuis (vergelijkend van de loonkost met het nationaal gemiddelde + hypothese van een gemiddelde loonlast beneden het nationaal gemiddelde). | 1 500 F |
| GKW | Gemiddelde kosten per werkeenheid van de groep | 1 700 F |
| GCKW | Gemiddelde gecorrigeerde kosten per werkeenheid van de groep (vergelijking van de gemiddelde loonlast van de groep met het nationaal gemiddelde + hypothese van een gemiddelde loonlast beneden het nationaal gemiddelde). | 1 705 F |
| GTKW | Gemiddelde theoretische kosten per werkeenheid van de groep (beperking variatie van de gemiddelde gecorrigeerde kosten per werkeenheid). | 1 685 F |
| VW | Prestatieniveau : verschil per werkeenheid = GTKW - CKW. Wanneer het teken positief is, is het ziekenhuis performant voor die gemeenschappelijke dienst | + 185 F |
| TAG | Theoretische aanpassing voor elke gemeenschappelijke dienst : VW x W | + 1 019 165 F |

2.1.3. Aanpassing en vaststelling van het budget van het ziekenhuis (artikel 45 tot 48).

De positieve of negatieve eindcorrectie, die berekend is aan de hand van het performantieniveau, zal de theoretische aanpassing weergeven die zou moeten worden toegepast op de reële verantwoorde en aanvaardbare kosten van 1984 voor elk ziekenhuis. Zo bekomt men het theoretisch budget van het gedeelte B1 voor elk ziekenhuis, berekend aan de hand van de gemiddelde performantie van de referentiegroep.

De theoretische budgetten zijn berekend op basis van de reële kosten van 1984 terwijl de geactualiseerde budgetten van het gedeelte B1 normaal afkomstig zijn van een dossier en vaststellingsregels die dateren van 1981, zelfs van 1979. Het is dan ook mogelijk dat het totaal van de theoretische budgetten de enveloppe van de geactualiseerde budgetten voor het gedeelte B1 overschrijdt. Mocht dit het geval zijn, dan zullen de theoretische begrotingen zo worden gecorrigeerd dat ze binnen de huidige nationale enveloppe blijven.

2.1.2. Détermination du niveau de performance de chaque hôpital (articles 39 à 44).

Sur avis du Conseil national des établissements hospitaliers plusieurs modifications ont été introduites améliorant les résultats de cette seconde opération. Les changements sont les suivants :

— les m² pour le calcul des coûts par unité d'œuvre des frais d'entretien ont été pondérés en tenant compte du nombre de m² par lit afin de ne pas pénaliser (ou favoriser) les hôpitaux ayant une surface faible (ou élevée) par lit.

— une unité d'œuvre spécifique pour les frais administratifs a été élaborée. Elle tient compte du fait que les frais administratifs comprennent une partie variable en fonction du nombre d'admissions et du nombre de journées et une partie fixe pour la gestion du personnel, la tenue de la comptabilité...

La formule permettant de calculer cette unité d'œuvre spécifique reprend dès lors trois variables : les admissions, les journées et l'effectif du personnel soignant exprimé en équivalent « temps-plein ».

— la correction pour tenir compte des différences de statut ou d'ancienneté du personnel ne se fait plus sur base du coût salarial moyen du groupe mais du coût salarial moyen pour l'ensemble des hôpitaux pour chaque service commun. De plus étant donné la part très faible des frais de personnel dans les frais généraux et de chauffage la correction ne sera pas appliquée sur ces deux éléments. Afin de donner une réponse au problème de la sous-traitance, la correction ne sera pas appliquée lorsque la charge salariale représente moins de 33 % des frais totaux du service commun concerné.

— tous les changements susmentionnés sont également d'application lors du calcul du coût moyen par unité d'œuvre du groupe de référence.

L'exemple qui suit rappelle et résume bien l'ensemble de cette seconde opération :

| | | Service commun Entretien |
|------|---|--------------------------------|
| CH84 | Coûts réels justifiés pour 1984 | 8 200 000 F |
| U | Unités d'œuvre (M2 pour l'entretien) | 5 509 F |
| CU | Coût par unité d'œuvre de l'hôpital | 1 488 F |
| CCU | Coût corrigé par unité d'œuvre de l'hôpital (en rapportant le coût salarial à la moyenne nationale + hypothèse d'un coût salarial moyen inférieur à la moyenne nationale). | 1 500 F |
| CMU | Coût moyen par unité d'œuvre du groupe | 1 700 F |
| CMCU | Coût moyen corrigé par unité d'œuvre du groupe (en rapportant le coût salarial moyen du groupe à la moyenne nationale + hypothèse d'un coût salarial moyen inférieur à la moyenne nationale). | 1 705 F |
| CMTU | Coût moyen théorique par unité d'œuvre (limitation de la variation des coûts moyens corrigés par unité d'œuvre). | 1 685 F |
| DU | Niveau de performance : différence par unité d'œuvre = CMTU - CCU. Si le signe est positif l'hôpital est performant pour ce service commun | + 185 F |
| ATM | Ajustement théorique pour chaque service commun : DU x U | + 1 019 165 F |

2.1.3. Adaptation et fixation de la partie B1 du budget de l'hôpital (articles 45 à 48).

La correction finale (ATH), positive ou négative, calculée en fonction du niveau de performance représente l'ajustement théorique qui devrait être appliquée sur les coûts réels justifiés et admissibles de 1984 de chaque hôpital. On obtient ainsi le budget théorique de la partie B1, pour chaque hôpital calculé sur base de la performance moyenne du groupe de référence.

Les budgets théoriques sont calculés sur base des coûts réels de 1984 alors que les budgets actualisés de la partie B1 proviennent généralement d'un dossier et des règles de fixation datant de 1981, voire 1979. Il est dès lors possible que la totalité des budgets théoriques dépasse l'enveloppe des budgets actualisés pour la partie B1. Si tel est le cas les budgets théoriques seront corrigés pour rester à l'intérieur de l'enveloppe nationale actuelle.

Die nieuwe op die wijze berekende budgetten worden definitieve budgetten genoemd.

Dit definitieve budget is dat welke zal worden toegepast voor het dienstjaar 1991.

Het geactualiseerde budget voor het gedeelte B1 zal dus progressief worden aangepast om zo tot het definitieve budget uit te groeien.

Artikel 48 bepaalt dat de regels voor de vaststelling van het gedeelte B1 van het budget van toepassing zijn vanaf 1 januari 1989 voor de psychiatrische ziekenhuizen.

2.2. Deel B2 van het budget : kosten van de klinische diensten (artikel 49)

Gelet op het ontbreken van de gegevens om te beginnen met de correctie van B2, zullen in afwachting de regels voor de vaststelling van dat gedeelte elk jaar worden bepaald.

3 Deel C van de begroting (art. 50 en 51)

— De aanloopkosten worden afgeschreven over 10 jaar.

— De inhaalbedragen worden berekend overeenkomstig de herzieningsmodaliteiten van sommige begrotingselementen. Ze worden gepreciseerd in hoofdstuk VII.

— Het artikel 52 ten slotte bepaalt de indexeringsregels : alleen het gedeelte B wordt geïndexeerd overeenkomstig de modaliteiten van de wet van 2 augustus 1971.

In het hoofdstuk VI worden de regels voor de vaststelling van het verpleegdagquotum vastgesteld (art. 53 tot 57).

1. Algemene ziekenhuizen

Het uitgangsqotum voor de verpleegdagen is dat van 1985 met uitsluiting van de voorlopige overdrachten van verpleegdagen.

Nadien wordt het aangepast op grond van of de regels die volgen, of van de specifieke jaarlijks vastgestelde regels.

Het artikel 54 beschrijft vijf toestanden die kunnen leiden tot een wijziging van het quotum :

de eerste vier toestanden zijn die welke zijn bepaald in de vorige circulaire :

- opheffing van bedden;
- opening nieuwe bijkomende diensten;
- vervanging door een onder een ander kenletter erkende dienst;
- de overdracht van verpleegdagen volgens nog te preciseren regels (zie ministeriële besluiten voor 1986 en voor 1987).

een nieuwe toestand werd eraan toegevoegd :

— de herziening van het quotum naargelang van het activiteitsniveau van het ziekenhuis, meer bepaald in functie van de bezettingsgraad en van de verblijfsduur.

2. Psychiatrische ziekenhuizen

Het quotum voor de psychiatrische ziekenhuizen wordt vastgesteld volgens dezelfde regels als die welke in de circulaire van 28 december 1983 zijn bepaald.

In het hoofdstuk VII worden de voorwaarden en regels vastgesteld voor de herziening van het budget (artikelen 58 tot 61).

Zoals in de circulaire van de vorige jaren moeten de herzienbare elementen in twee categorieën worden ingedeeld :

- de ambtshalve herzienbare elementen : de delen A, behalve wanneer de forfaitaire bedragen worden toegepast, en C;
- een facultatief element : het bijkomend verzorgend personeel bij vervanging door een onder een ander kenletter erkende dienst.

De regels voor de herziening van het budget in functie van het aantal gepresteerde dagen ten aanzien van het quotum blijven ongewijzigd, behalve wanneer het quotum werd herzien in functie van het activiteitsniveau van het ziekenhuis. In dat geval worden de dagen die boven het quotum worden gepresteerd, niet vergoed. De herzieningsregels voor de psychiatrische ziekenhuizen die voorkomen in de circulaire van december 1985 werden overgenomen.

Hoofdstuk VIII (artikelen 62 tot en met 71) behandelt het vraagstuk van de nieuwe ziekenhuizen en van de ziekenhuizen die belangrijke structurele wijzigingen ondergaan.

Inderdaad, gelet op het ontbreken van gegevens omtrent de kosten of de werkeenheden, moesten voor de gevallen van nieuwbouw specifieke regels worden uitgewerkt wat betreft het vaststellen van het budget, van het quotum van verpleegdagen alsook voor herziening van het budget. Deze regels hebben alleen betrekking op Deel B van het budget aangezien de delen A en C ambtshalve kunnen worden herzien (zie hoofdstukken V en VII). Vier toestanden werden in overweging genomen :

1. Nieuwbouw ter vervanging van een bestaand ziekenhuis

— Het budget van onderdeel B1 wordt vastgelegd vanaf de ingebruikneming van het nieuwe ziekenhuis op grond van de theoretische kostprijs per werkeenheden van de nieuwe referentiegroep en van de werkeenheden van het vroegere ziekenhuis, behalve wat betreft de m².

Ces nouveaux budgets ainsi calculés sont appelés budgets définitifs.

Ce budget définitif est celui qui sera d'application à terme pour l'année civile 1991.

Le budget actualisé pour la partie B1 sera donc adapté progressivement pour atteindre le budget définitif.

L'article 48 précise que les règles de fixation de la partie B1 du budget sont d'application à partir du 1er janvier 1986 pour les hôpitaux généraux et à partir du 1er janvier 1989 pour les hôpitaux psychiatriques.

2.2. Partie B2 du budget : coûts des services cliniques (article 49)

Vu le manque de données pour commencer la correction de la partie B2 les règles de fixation pour cette partie seront en attendant fixées chaque année.

3. Partie C du budget (articles 50 et 51)

— Les frais de pré-exploitation sont amortis sur 10 ans.

— Les rattrapages sont calculés en fonction des modalités de révision de certains éléments du budget. Celles-ci sont précisées au chapitre 7.

— Enfin, l'article 52 fixe les règles d'indexation : seule la partie B est indexée selon les modalités de la loi du 2 août 1971.

Le chapitre VI fixe les règles de détermination du quota des journées (articles 53 à 57).

1. Hôpitaux généraux

Le quota des journées de départ est celui fixé en 1985 en dehors des transferts provisoires de journées.

Il est ensuite adapté, soit sur base de règles spécifiques fixées annuellement, soit sur base des règles précisées ci-après.

L'article 54 décrit cinq situations qui peuvent entraîner une modification de quota :

les quatre premières situations sont celles prévues dans les circulaires précédentes :

- suppression de lits;
- mise en service de nouveaux services supplémentaires;
- remplacement par un service agréé sous un autre index;
- le transfert de journées selon des règles encore à préciser (voir les arrêtés ministériels de 1986 et 1987).

une nouvelle situation a été ajoutée :

— la révision du quota en fonction du niveau d'activité de l'hôpital, plus précisément du taux d'occupation et de la durée de séjour.

2. Hôpitaux psychiatriques

Le quota des hôpitaux psychiatriques est fixé selon les mêmes règles que celles prévues dans la circulaire du 28 décembre 1983.

Le chapitre VII fixe les conditions et règles de révision du budget (articles 58 à 61).

Comme dans les circulaires des années précédentes les éléments constitutifs révisables sont à classer en deux catégories :

- les éléments révisables d'office : parties A, lorsque les forfaits sont d'application, et C;
- un élément facultatif : le personnel soignant supplémentaire en cas de remplacement par un service agréé sous un autre index.

Les règles de révision du budget en fonction du nombre de journées réalisées par rapport au quota sont inchangées sauf lorsque le quota a été revu en fonction du niveau d'activité de l'hôpital. Dans ce cas les journées réalisées au-delà du nouveau quota de journées ne donnent pas lieu à une indemnisation. Les règles de révision pour les hôpitaux psychiatriques contenues dans la circulaire du 19 décembre 1985 ont été reprises.

Le chapitre VIII (articles 62 à 71) aborde le problème des hôpitaux neufs ou subissant des modifications structurelles importantes.

En effet, vu l'inexistence de données sur les coûts ou les unités d'œuvre en cas de nouvelle construction des règles spécifiques de fixation du budget, du quota de journées ainsi que de révision du budget ont dû être mises en place. Ces règles ont trait uniquement sur la partie B du budget étant donné que les parties A et C sont révisables d'office (voir chapitre V et VII). Quatre situations ont été envisagées :

1. Nouvelle construction remplaçant un hôpital existant

— Le budget de la partie B1 est fixée dès la mise en service du nouvel hôpital en se basant sur les coûts théoriques par unité d'œuvre groupe de référence et les unités d'œuvre de l'ancien hôpital sauf pour ce qui concerne les m².

— Het budget van onderdeel B2 blijft onveranderd indien er geen wijziging optreedt in de kenletter van diensten. Doet er zich toch een wijziging voor, dan wordt de gewone herzieningsprocedure toegepast (bijkomende personeelsleden of dagen).

— Het quotum van verpleegdagen blijft onveranderd behoudens in geval van wijziging van de kenletters.

2. Volledige nieuwbouw

— Wanneer de nieuwbouw niet ter vervanging komt van een bestaand ziekenhuis maar van verschillende ziekenhuizen of van ziekenhuisdiensten behorende tot verschillende ziekenhuizen, wordt Deel B van de verpleegdagprijs op een provisionele wijze vastgesteld en stemt het overeen met het gemiddelde van Deel B van de verpleegdagprijs van de ziekenhuizen van de nieuwe referentiegroep.

— Nadat het eerste volledige dienstjaar is verstreken, worden de onderdelen B1 en B2 definitief vastgesteld. Onderdeel B1 van het budget wordt bepaald volgens de techniek uiteengezet in punt 1; als verkeenheden worden weerhouden de waarden van het eerste volledige dienstjaar.

Onderdeel B2 wordt vastgesteld op basis van de werkelijke verantwoorde kosten, rekening houdend met de personeelsnormen.

— Het quotum van verpleegdagen stemt overeen met het aantal dagen verwezenlijkt tijdens het eerste volledige dienstjaar.

3. Afschaffing van ten minste 25 % van de capaciteit van het ziekenhuis

Indien minstens 25 % van de bedden in het ziekenhuis worden afgeschaft, gelden de regelen bepaald voor volledige nieuwbouw.

4. Fusie van ziekenhuizen

In geval van fusie worden de budgetten van de onderdelen B en de quota gewoon samengevoegd.

Hoofdstuk IX bevat overgangs- en slotbepalingen (art. 72 tot en met 76).

— Deel B van het budget van de psychiatrische ziekenhuizen wordt tot in 1989 vastgesteld volgens jaarlijks te bepalen regelen.

— De aangelegenheden die niet in dit besluit en de aanvullende besluiten zijn geregeld blijven onderworpen aan de tot voorheen geldende regelen.

— De Minister of de door hem gedelegeerde ambtenaar van het Bestuur van de verplegingsinrichtingen kan alle nuttige gegevens vragen betreffende het vaststellen van de begroting, van de quota en van de verpleegdagprijs.

— Het ministerieel besluit heeft uitwerking op 1 januari 1986.

Het basisbesluit van 2 augustus 1986 bevat de algemene en permanente bepalingen en regelen in verband met de vaststelling van de begroting, van het quotum en van de verpleegdagprijs.

Verscheidene artikelen van dit besluit geven aan dat deze regelen kunnen geconcretiseerd worden met specifieke regelen die voor een bepaald dienstjaar gelden.

Dit is het onderwerp van de twee ministeriële besluiten tot bepaling van de regelen en de voorwaarden voor de vaststelling van het budget 1986 en 1987.

3. MINISTERIELE BESLUITEN TOT VASTSTELLING VAN DE SPECIFIEKE REGELEN VOOR 1986 EN 1987.

De twee ministeriële besluiten worden samen voorgesteld.

Deze besluiten vormen inderdaad een geheel. Samen met andere maatregelen die werden genomen wat betreft de schadeloosstelling, het openen van rust- en verzorgingsbedden, alsook het dekken van de afschrijvingen concretiseren zij het ziekenhuisbeleid van de regering. Zij beogen de verwezenlijking van de doelstelling van de Regering in het raam van het saneringsplan, met name, het aantal bedden terugbrengen tot het niveau van de programmacriteria.

Om in dit opzet te slagen werd een eerste vermindering met 2 000 bedden beslist voor 1987 en een tweede vermindering met 4 000 bedden moet in 1988 worden doorgevoerd.

De regering heeft tegelijk besloten dat een deel van de besparingen zal worden besteed aan de verbetering van de kwaliteit van de verzorging en aan het uitbouwen van een beter verzorgingsstructuur voor bejaarden.

De vermindering van de bedcapaciteit behelst drie fasen :

1. de vrijwillige sluiting van ziekenhuisbedden wordt aangemoedigd door een reeks voordelen die slechts worden toegekend indien de sluiting wordt beslist en uitgevoerd binnen een welbepaalde in de tijd beperkte periode.

2. Het uitbouwen van een dwingendere regeling voor de sluiting van bedden door toedoen van :

— strengere erkenningsnormen wat betreft de werking en de organisatie van de ziekenhuizen;

— Le budget de la partie B2 est inchangé s'il n'y a pas de modification d'index. En cas de modification d'index on applique la procédure habituelle de révision (personnel supplémentaire ou journées).

— Le quota de journées reste le même sauf modification d'index.

2. Construction entièrement nouvelle

— Lorsque la nouvelle construction ne remplace pas un hôpital existant mais plusieurs services hospitaliers appartenant à des hôpitaux différents ou plusieurs hôpitaux la partie B du prix de journée est fixée de manière provisionnelle au niveau de la moyenne de la partie B du prix de journée des hôpitaux du nouveau groupe de référence.

— Après le premier exercice complet d'exploitation les parties B1 et B2 sont fixées de manière définitive. La partie B1 du budget est fixée suivant la même technique qu'au point 1 en reprenant comme valeurs des unités d'œuvre celles de la première année d'exploitation.

La partie B2 est fixée sur base des coûts réels justifiés après application des normes de personnel.

— Le quota des journées est égal au nombre de journées réalisées au cours du premier exercice complet d'exploitation.

3. Suppression d'au moins 25 % de la capacité de l'hôpital

Lorsque au moins 25 % des lits d'un hôpital sont supprimés les mêmes règles que celles prévues en cas de construction entièrement nouvelle sont d'application.

4. Fusion d'hôpitaux

En cas de fusion les budgets des parties B et les quota sont simplement additionnés.

Le chapitre IX contient des dispositions transitoires et finales (articles 72 à 76).

— Ainsi la partie B du budget des hôpitaux psychiatriques est fixée jusqu'en 1989 selon des règles à fixer annuellement.

— Les cas non repris dans cet arrêté et dans ceux qui suivent sont réglés suivant la réglementation appliquée jusqu'au paravant.

— Toutes les données utiles pour la fixation du budget, du quota et du prix de journée peuvent être demandées par le Ministre ou le fonctionnaire délégué de l'administration des établissements de soins.

— L'arrêté ministériel sort ses effets le 1er janvier 1986.

L'arrêté ministériel de base du 2 août 1986 contient les règles et dispositions générales et permanentes pour la fixation du budget, du quota et du prix de journée des hôpitaux.

Dans plusieurs articles de cet arrêté il est indiqué que ces règles peuvent être concrétisées ou complétées par des règles spécifiques qui s'appliquent pour un exercice déterminé.

C'est l'objet des deux arrêtés ministériels fixant les règles et les conditions de fixation du budget pour 1986 et 1987.

3. ARRETES MINISTERIELS FIXANT LES REGLES SPECIFIQUES POUR LES ANNEES 1986 ET 1987

Les deux arrêtés ministériels sont présentés ensemble.

Ces deux arrêtés forment en effet un tout. Avec les autres mesures prises au point de vue dédommagement, ouverture de lits de repos et de soins et prise en charge des amortissements, ils concrétisent la politique hospitalière décidée par le Gouvernement. Ils visent la réalisation de l'objectif du gouvernement dans le cadre de son plan d'assainissement de ramener le nombre de lits au niveau des critères de programmation.

En vue de réaliser cet objectif une première réduction de 2 000 lits a été décidée pour 1987 et une seconde réduction de 4 000 lits en 1988.

Dans le même temps le gouvernement a opté pour qu'une partie des économies soit réaffectée pour l'amélioration de la qualité des soins et le développement d'une infrastructure de soins plus adéquate pour les soins des personnes âgées.

L'opération de réduction des lits comprend trois phases :

1. La fermeture volontaire de lits d'hôpitaux encouragée par une série d'avantages qui ne sont octroyés que si la suppression de lits est décidée et effective endéans une période déterminée et limitée dans le temps.

2. La création d'un cadre plus contraignant de suppression de lits par :

— des normes d'agrément plus strictes au point de vue fonction et organisation des hôpitaux;

— regelen en modaliteiten voor het afschaffen van overtalige bedden in vergelijking met de programmering op basis van artikel 21 van de ziekenhuiswet.

3. De aanpassing van de ziekenhuisbegrotingen rekening houdend met de globale begroting vastgesteld voor het Rijk. Voor 1987 wordt, in vergelijking met 1986, deze globale begroting inderdaad verminderd met 2 000 bedden.

Globale begroting in 1986 : 92,7 miljard en in 1987 : 89,8 miljard. De ziekenhuisbudgetten zullen dan ook moeten worden aangepast ten einde steeds binnen de grenzen van de globale begroting 1987 te blijven.

Zoals aangegeven in het advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen zal de vermindering van het aantal bedden selectief gebeuren op basis van het activiteitsniveau. Volgens de Raad moeten niet-onontbeerlijke verpleegdagen niet worden gefinancierd.

De ministeriële besluiten houdende de specifieke regelen voor de vaststelling van de begrotingen 1986 en 1987 moeten in deze context worden bekeken. Zij dragen op twee manieren bij tot de verwezenlijking van de doelstellingen van de Regering :

— zij voeren één van de voordelen in die worden toegekend wanneer bedden worden afgeschaft, met name het aanwenden van één vierde van de aldus gerealiseerde besparingen ten voordele van projecten tot verbetering van de kwaliteit van de verzorging of het equivalent in over te dragen verpleegdagen;

— zij stellen regelen vast voor het aanpassen van het ziekenhuisbudget rekening houdend met de besparingsmaatregelen genomen door de regering. Fase 3 van de sluitingsoperatie is aldus geconcretiseerd.

Tenslotte bevatten deze twee ministeriële besluiten ook de nodige preciseringen en specifieke bepalingen voor het toepassen van het nieuw financieringssysteem zoals bepaald door het basisbesluit.

Beide ministeriële besluiten vullen dan ook het basisbesluit aan, vooral de hoofdstukken IV, VI en VII ervan.

Hun inhoud wordt hierna nader beschouwd in de volgorde van deze drie hoofdstukken.

2.1. Modaliteiten voor de vaststelling van de begroting en criteria volgens dewelke de kosten worden aanvaard (hoofdstuk V van het basisbesluit).

2.1.1. Deel A van het budget.

A.1. De twee ministeriële besluiten brengen nadere bepalingen voor drie punten :

1. het afschrijvingspercentage dat in het budget wordt opgenomen wordt van 40 % op 70 % gebracht wanneer de voorwaarden van het koninklijk besluit van 30 juli 1986 worden nageleefd. Indien de aanschaffing :

— plaatsvond vóór 31 december 1986 : de verhoging kan vanaf 1986 worden toegekend;

— werd beslist vóór 1 januari 1988 : de verhoging kan worden toegekend vanaf 1987.

2. het forfaitaire bedrag voor het dekken van de afschrijvingslasten van de roerende investeringen wordt als volgt vastgesteld :

— in 1986 : het niveau bepaald in de geactualiseerde prijs voor 1985;

— in 1987 : door progressieve toepassing van een forfait per bed voor het niet-medisch materiaal en per bedtype voor het medisch materiaal.

Deze forfaits worden ingevoerd naarmate de nodige middelen vrijkomen ten gevolge van het beëindigen van de afschrijvingen in bepaalde ziekenhuizen.

3. Net zoals in het rondschrijven van 2 augustus 1985 werden de vast bedragen van 5 frank en 10 frank per dag voor de kosten in verband met informatica overgenomen in 1986 en in 1987.

A.2. De bepalingen betreffende de beperking van de kaskredieten zijn deze die sinds verscheidene jaren worden toegepast. Zij worden expliciet hernomen voor 1986 en 1987.

A.3. Het forfaitaire bedrag voor de vakbondspremie wordt vastgesteld op 1 frank per dag.

2.1.2. Deel B van het budget.

Aangezien deel B van het budget van de psychiatrische ziekenhuis nog niet is verdeeld over de twee onderdelen B1 en B2, moeten de specifieke regelen worden ingevoerd voor de psychiatrische ziekenhuizen. Zoals aangekondigd in artikel 48 van het basisbesluit, treedt deze onderverdeling voor de psychiatrische ziekenhuizen in werking vanaf het dienstjaar 1989.

— des règles et des modalités de suppression des lits excédentaires selon la programmation sur base de l'article 21 de la loi sur les hôpitaux.

3. L'adaptation des budgets des hôpitaux en tenant compte du budget global fixé pour le Royaume. Ce budget global a en effet été diminué en 1987 par rapport à 1986 de l'équivalent de 2 000 lits.

Budget global en 1986 : 92,7 milliards, en 1987 : 89,8 milliards. C'est pourquoi les budgets des hôpitaux devront être adaptés afin de rester dans les limites du budget global fixé pour 1987.

Comme indiqué dans l'avis du conseil national des établissements hospitaliers cette réduction des budgets se fera de manière sélective sur base du niveau d'activité. Selon le Conseil les journées d'hospitalisation non-indispensables ne doivent pas être financées.

Les arrêtés ministériels déterminant les règles spécifiques de fixation des budgets pour 1986 et 1987 sont à situer dans ce contexte. Ils contribuent à la réalisation de l'objectif du Gouvernement de deux manières :

— ils mettent en place un des avantages octroyés en cas de suppression des lits, à savoir : le recyclage d'un quart de l'économie pour des projets améliorant la qualité des soins ou l'équivalent en terme de journées à transférer;

— ils fixent les règles d'adaptation des budgets des hôpitaux en tenant compte des mesures d'économie décidées par le gouvernement. La phase 3 de l'opération de fermeture est ainsi concrétisée.

Enfin ces deux arrêtés ministériels apportent aussi les précisions nécessaires et les dispositions spécifiques pour l'application du nouveau mode de financement prévu dans l'arrêté ministériel de base.

Ces arrêtés ministériels complètent donc aussi l'arrêté ministériel de base, plus précisément les chapitres V, VI et VII.

Leur contenu est à présent examiné dans l'ordre de ces trois chapitres.

2.1. Modalités de fixation du budget et critères selon lesquels les coûts sont admis (chapitre V de l'arrêté royal de base).

2.1.1. Partie A du budget.

A.1. Les deux arrêtés ministériels apportent des précisions sur trois points :

1. le pourcentage d'amortissement repris dans le budget est augmenté de 40 % à 70 % lorsque les conditions de l'arrêté royal du 30 juillet 1986 sont respectées. Si la suppression :

— a eu lieu avant le 31 décembre 1986 : l'augmentation peut être accordée à partir de 1986;

— est décidée avant le 1er janvier 1988 : l'augmentation peut être accordée à partir de 1987.

2. le forfait pour la couverture des charges d'amortissement des investissements mobiliers est fixé :

— en 1986 : au niveau de celui existant dans le prix actualisé de 1985;

— en 1987 : en appliquant progressivement un forfait par lit pour le matériel non-médical et par type de lit pour le matériel médical.

Ces forfaits seront introduits, au fur et à mesure que les amortissements dans certains hôpitaux viennent à échéance.

3. Comme dans la circulaire du 2 août 1985 les forfaits de 5 francs et 10 francs par jour pour les frais d'informatique ont été repris en 1986 et en 1987.

A.2. Les règles de limitation des crédits de caisse sont celles d'application depuis plusieurs années. Elles sont explicitement reprises pour 1986 et 1987.

A.3. Le montant forfaitaire pour la prime syndicale est fixé à 1 franc par jour.

2.1.2. Partie B du budget.

Etant donné que la partie B des budgets des hôpitaux psychiatriques n'a pas encore été décomposée en ses deux sous-parties B1 et B2, des règles spécifiques doivent être prévues pour les hôpitaux psychiatriques. Comme annoncé à l'article 48 de l'arrêté ministériel de base cette décomposition aura lieu dans les hôpitaux psychiatriques à partir de l'exercice 1989.

Algemene ziekenhuizen.

B1. : — De reële verantwoorde kosten en de werkeenheden met het oog op de vergelijking van de kosten en het berekenen van het performantieniveau zijn deze van 1984. De kosten zijn gecontroleerd door de administratie.

— Het aanpassingspercentage moet jaarlijks worden vastgesteld. Het basisbesluit voorziet in de toepassing tot 100 % voor 1991 (artikel 47). Met dit doel voor ogen, werden de coëfficiënten als volgt bepaald :

- 1986 : 10 %;
- 1987 : 20 % (+ 10 % in vergelijking met 1986).

— Voor 1986 werden drie beperkingen bij deze aanpassing ingebouwd :

1. Maximum 0,5 % voor de delen A en B van het budget;
2. geen aanpassing in bepaalde gevallen;
3. het totaal van de positieve aanpassingen mag het totaal van de negatieve aanpassingen niet overschrijden.

— In 1987 blijven de beperkingen 2 en 3 van toepassing.

Het volgende voorbeeld geeft een samenvatting van deze aanpassingsprocedure :

— Een ziekenhuis heeft voor 1985 een geactualiseerd budget van 200 miljoen voor de delen A en B.

— De reële verantwoorde kosten voor 1984 (KH 84) zijn gelijk aan 80 miljoen.

— Eerst wordt het theoretisch budget berekend (BITH). De berekening geschiedt op grond van het performantieniveau van de referentiegroep. Het theoretisch budget is het resultaat van de optelling van de reële verantwoorde kosten 1984 (KH84) en van de totale theoretische aanpassing (ATH).

Voorbeeld :

KH84 = 80 miljoen
ATH = + 5 miljoen

BITH = 85 miljoen

In dit verband gaat het om een performant ziekenhuis aangezien de totale theoretische aanpassing positief is.

— Het definitief budget (B1D) wordt berekend rekening houdend met de huidige nationale begroting voor het onderdeel B1.

Laten wij veronderstellen dat de overschrijding 10 % bedraagt, het theoretisch budget wordt dan met 10 % verminderd :

$$B1D = 0,90 \times BITH$$

In het voorbeeld : $B1D = 0,90 \times 85 \text{ miljoen} = 76,5 \text{ miljoen}$.

Het definitieve budget stelt het budget voor dat in 1991 zal worden toegepast. Het zal geleidelijk worden bereikt vanaf 1986.

— De aanpassingen voor 1986 en 1987 werden reeds vastgesteld op, respectievelijk 10 % en 20 % van het verschil tussen het geactualiseerde budget (B1A) en het definitieve budget (B1D) met bepaalde beperkingen.

— De toepassing van aanpassings- en beperkingspercentages geeft verschillende resultaten naar gelang van het peil van het in 1985 voor deel B1 geactualiseerde budget van het ziekenhuis.

Drie situaties worden in ogenschouw genomen :

Situatie 1 :

Het geactualiseerde budget van het ziekenhuis (B1A) is kleiner dan B1D.

De aanpassing voor 1985 en 1986 is positief.

Neem dat $B1A = 70 \text{ miljoen}$.

Het budget 1986 van B1 bedraagt dan :

$$70 + [(76,5 - 70) \times 0,10] = 70 + 0,65 = 70,65 \text{ miljoen.}$$

Het budget 1987 van B1 zal dan bedragen :

$$70 + [(76,5 - 70) \times 0,20] = 70 + 1,30 = 71,30 \text{ miljoen.}$$

Situatie 2 :

Het geactualiseerde budget van het ziekenhuis (B1A) is kleiner dan het theoretische budget maar groter dan het definitief budget.

Aangezien het ziekenhuis performant is, is er geen aanpassing in 1986 en 1987. Dit is het geval als $B1A = 82 \text{ miljoen}$.

Situatie 3 :

Het geactualiseerde budget van het ziekenhuis (B1A) is groter dan het theoretisch budget. De aanpassing voor 1985 en 1986 is negatief. Neem dat $B1A = 90 \text{ miljoen}$.

— Het budget 1986 van B1 bedraagt dan :

$$90 + [(76,5 - 90) \times 0,10] = 90 - 1,35$$

1,35 miljoen is groter dan 0,5 % van begroting A + B; de aanpassing moet dus worden beperkt tot 0,5 %, zijnde $200 \text{ miljoen} \times 0,005 = 1 \text{ miljoen}$. Het budget 1986 van B1 bedraagt dan :

$$90 - 1 = 89 \text{ miljoen.}$$

Hôpitaux généraux.

B1. : — Les coûts réels justifiés et les unités d'œuvre pour l'opération de comparaison des coûts et l'établissement de la performance sont ceux de 1984. Les coûts ont à présent été contrôlés par l'administration.

— Le pourcentage d'ajustement doit être fixé annuellement. L'arrêté ministériel de base prévoit l'ajustement à 100 % pour 1991 (article 47). Avec cet objectif en vue les coefficients ont été fixés :

- en 1986 : à 10 %;
- en 1987 : à 20 % (+ 10 % par rapport à 1986).
- En 1986, cet ajustement est limité de trois façons :

1. maximum 0,5 % des parties A et B du budget;
2. ajustement nul dans certaines situations;
3. le total des ajustements positifs ne peut pas excéder le total des ajustements négatifs.

— En 1987 les limites 2 et 3 restent d'application.

L'exemple qui suit rappelle et résume cette opération d'ajustement :

— Soit un hôpital dont le budget actualisé de 1985 pour les parties A et B est de 200 millions.

— Les coûts réels justifiés de 1984 (CH 84) sont égaux à 80 millions.

Celui-ci est calculé en fonction du niveau de performance de l'hôpital par rapport au groupe de référence. Le budget théorique est le résultat de l'addition des coûts réels justifiés de 1984 (CH84) et de l'ajustement théorique total (ATH).

Exemple :

CH84 = 80 millions
ATH = + 5 millions

B1TH = 85 millions

Dans cet exemple l'hôpital est dit performant puisque l'ajustement théorique total est positif.

— Le budget définitif (B1D) est calculé en tenant compte du budget national actuel pour la partie B1.

Supposons que ce dépassement soit de 10 %, alors le budget théorique est réduit de 10 % :

$$B1D = 0,90 \times B1TH$$

Dans l'exemple : $B1D = 0,90 \times 85 \text{ millions} = 76,5 \text{ millions}$.

Le budget définitif représente le budget qui sera d'application en 1991. Il sera progressivement atteint à partir de 1986.

— Les ajustements pour 1986 et 1987 ont été fixés à respectivement 10 % et 20 % de la différence entre le budget actualisé (B1A) et le budget définitif (B1D) avec certaines limitations.

— L'application des pourcentages d'ajustement et limitations donne des résultats différents suivant le niveau du budget actualisé de l'hôpital en 1985 pour la partie B1.

Trois situations sont envisagées :

Situation 1 :

Le budget actualisé de l'hôpital (B1A) est inférieur à B1D.

L'ajustement pour 1985 et 1986 est positif.

Soit $B1A$ est égal à 70 millions.

Le budget de B1 pour 1986 devient :

$$70 + [(76,5 - 70) \times 0,10] = 70 + 0,65 = 70,65 \text{ millions.}$$

Le budget de B2 pour 1987 devient :

$$70 + [(76,5 - 70) \times 0,20] = 70 + 1,30 = 71,30 \text{ millions.}$$

Situation 2 :

Le budget actualisé de l'hôpital (B1A) est inférieur au budget théorique mais supérieur au budget définitif.

Comme l'hôpital est performant l'ajustement est nul en 1986 et en 1987. C'est le cas si $B1A$ est égal à 82 millions.

Situation 3 :

Le budget actualisé de l'hôpital (B1A) est supérieur au budget théorique. L'ajustement pour 1985 et 1986 est négatif. Soit $B1A$ est égal à 90 millions.

Le budget de B1 pour 1986 devient :

$$90 + [(76,5 - 90) \times 0,10] = 90 - 1,35$$

1,35 millions est supérieur à 0,5 % du budget A + B, par conséquent, l'ajustement doit être limité à 0,5 %, soit $200 \text{ millions} \times 0,005 = 1 \text{ million}$. Le budget de B1 pour 1986 est alors :

$$90 - 1 = 89 \text{ millions.}$$

Dit geeft :

$$90 + [(76,5 - 90) \times 0,20] = 90 - 2,70 = 87,30 \text{ miljoen.}$$

B2 : — In 1986 stamt deel B2 van het budget overeen met het deel dat in het geactualiseerde budget 1985 is vastgesteld, behalve in geval van vrijwillige beddenafschaffing van ten minste 10 % na 15 september 1986. In dat geval mag 25 % van de besparing door beddenafschaffing worden wederbesteed aan een project tot verbetering van de kwaliteit van de verzorging.

Indien de vermindering ten minste 25 % van de bedden behelst en de afschrijvingslasten voor 70 % in het budget van het ziekenhuis worden opgenomen, is de recycling gelijk aan 20 % van de besparing. Bedrag en project moeten het voorwerp zijn van een schriftelijke overeenkomst met de Minister. De beheerder mag kiezen tussen deze herziening van deel B2 van het budget of een overdracht van verpleegdagen bedoeld in punt 2.2.

— In 1987 zullen de regelen voor de vaststelling van deel B2 verschillen tussen de ziekenhuizen met universitaire bedden en de andere ziekenhuizen.

a) Algemene ziekenhuizen met universitaire bedden.

Aangezien 33 % van de universitaire bedden als algemene, niet-universitaire bedden worden gebruikt, heeft de Regering beslist de budgetten van die ziekenhuizen verhoudingsgewijze te verminderen. Bedeelde vermindering zal over twee jaar worden gespreid. Zij vertegenwoordigt 725 miljoen voor 1987.

Het blijkt evenwel dat de concrete situaties verschillend zijn. Zoals de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen het suggereert, zal derhalve de vermindering selectief geschieden volgens de aard van de pathologie en de intensiteit van de verzorging. In september 1986 zullen kwalitatieve en kwantitatieve gegevens worden gevraagd aan alle ziekenhuizen met universitaire bedden.

Indien vóór 1 november 1986 geen gegevens of verantwoording wordt verstrekt zal deel B2 van de verpleegdagprijs van die ziekenhuizen verhoudingsgewijze worden vermindert tot het niveau van deel B2 van de verpleegdagprijs van de algemene, niet-universitaire ziekenhuizen.

b) Algemene ziekenhuizen : niet-universitair gedeelte.

De Regering heeft beslist een gedeelte van de besparing uit de sluiting van bedden te herbesteden ter verbetering van de kwaliteit van de verzorging. Bedeelde recycling van 25 % zal in een eerste fase worden voorbehouden voor de ziekenhuizen die ten minste 10 % van hun beddenaantal vrijwillig verminderen. Dit is één van de voordelen die in de fase van vrijwillige sluiting wordt verleend.

Om van dit voordeel te genieten moeten de volgende voorwaarden worden vervuld :

- de sluiting moet op ten minste 10 % van de bedden betrekking hebben;
- tot sluiting moet vóór 1 juni 1987 worden beslist;
- de sluiting moet effectief zijn vóór 1 januari 1988;
- over het bedrag en project moet er een schriftelijke overeenkomst zijn met de Minister.

Indien de afschaffing ten minste 25 % van de bedden behelst en het ziekenhuis 70 % krijgt voor de ten laste neming van de investeringen, wordt de tegenwaarde van de te recycleren besparing bepaald op 20 %.

De budgetten van de ziekenhuizen moeten evenwel per 1 januari 1986 worden aangepast om zich te houden aan het op nationaal vlak vastgesteld budget dat met de afschaffing van 2 000 bedden rekening houdt. Indien tijdens de fase van vrijwillige sluiting minder dan 2 000 bedden worden gesloten zal niet de totaliteit van de mogelijk te recycleren 25 % worden gerecycleerd. Het nog beschikbaar saldo ervan zal ook worden voorbehouden voor de verbetering van de kwaliteit van de verzorging. Het zal op selectieve wijze worden verdeeld volgens de aard van de pathologie en de intensiteit van de verzorging.

Psychiatrische ziekenhuizen.

Deel B van het budget van de psychiatrische ziekenhuizen werd nog niet onderverdeeld in B1 en B2. Het is daarom dat deel B van het budget van de psychiatrische ziekenhuizen die uitsluitende geprogrammeerde bedden hebben, voor 1986 en 1987 behouden wordt op het niveau van het geactualiseerde budget 1985. Voor de psychiatrische ziekenhuizen die niet-geprogrammeerde bedden hebben omvat deel B twee voor herziening vatbare elementen : de lasten voor het verzorgend personeel en de overige vaste lasten.

De modaliteiten voor de herziening van die lasten, die voorzien zijn onder punt 4 van de bijlage bij het *Belgisch Staatsblad*, zijn het onderwerp van de omzendbrieven van 28 december 1983 en van 2 augustus 1984. Zij zijn niet gewijzigd voor 1986 en 1987.

Gemeenschappelijke bepalingen voor de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen.

In 1986 wordt deel B van het budget van alle ziekenhuizen verhoogd met 0,5 %.

Le budget de B1 pour 1987 devient :

$$90 + [(76,5 - 90) \times 0,20] = 90 - 2,70 = 87,30 \text{ millions.}$$

B2 : — En 1986, la partie B2 du budget correspond à celle fixée dans le budget actualisé de 1985, sauf dans le cas de suppression volontaire de lits d'au moins 10 % après le 15 septembre 1986. Dans ce cas, 25 % de l'économie résultant de la suppression des lits peut être recyclée pour un projet d'amélioration de la qualité des soins.

Si la suppression porte sur au moins 25 % des lits, et si les charges d'amortissement sont reprises à 70 % dans le budget de l'hôpital, le recyclage est égal à 20 % de l'économie. Le montant et le projet doivent faire l'objet d'une convention écrite avec le Ministre. Le gestionnaire peut opter entre cette révision de la partie B2 du budget ou un transfert de journées tel que précisé au point 2.2.

— En 1987, les règles de fixation de la partie B2 diffèrent entre les hôpitaux avec des lits à caractère universitaire et les autres.

a) Hôpitaux généraux avec des lits à caractère universitaire.

Considérant que 33 % des lits à caractère universitaire sont utilisés comme des lits généraux non-universitaires, le Gouvernement a décidé de réduire proportionnellement les budgets de ces hôpitaux. Cette réduction serait répartie sur deux ans. Elle représente en 1987, 725 millions de francs.

Il apparaît toutefois que les situations sur le terrain sont diverses. Aussi, comme le suggère le Conseil national des établissements hospitaliers, la réduction sera appliquée de manière sélective en fonction des types de pathologie et de l'intensité des soins. Dès septembre, des données quantitatives et qualitatives seront demandées à tous les hôpitaux avec des lits à caractère universitaire.

Si aucune donnée ou justification n'a pu être produite avant le 1er novembre 1986, la partie B2 dans le prix de journée de ces hôpitaux sera réduite proportionnellement au niveau de la partie B2 dans les prix de journée des hôpitaux généraux non-universitaires.

b) Hôpitaux généraux : partie non-universitaire.

Le Gouvernement a décidé d'affecter un quart de l'économie résultant de la fermeture des lits, pour améliorer la qualité des soins. Ce recyclage de 25 % est dans un premier temps réservé aux hôpitaux qui volontairement suppriment au moins 10 % de leurs lits. C'est un des avantages octroyés dans la phase de fermeture volontaire.

Les conditions pour pouvoir bénéficier de ce recyclage sont :

- la suppression porte sur au moins 10 % sur des lits;
- la fermeture est décidée avant le 1er juin 1987;
- la fermeture est effective avant le 1er janvier 1988;
- une convention écrite, relative au montant et au projet, doit être signée avec le Ministre.

Si la suppression porte sur au moins 25 % des lits, et si l'hôpital bénéficie du pourcentage de 70 % pour la prise en charge des investissements, l'équivalent de l'économie à recycler est fixé à 20 %.

Les budgets des hôpitaux seront cependant adaptés dès le 1er janvier 1986, afin de respecter le nouveau budget défini au niveau national qui tient compte de la suppression de 2 000 lits. Dans l'hypothèse où dans la phase de fermeture volontaire, moins de 2 000 lits sont supprimés, la totalité des 25 % possibles ne sera pas recyclée. Le solde du recyclage encore disponible sera également réservé pour l'amélioration de la qualité des soins. Il sera réparti de manière sélective, en fonction des types de pathologie et de l'intensité des soins.

Hôpitaux psychiatriques.

La partie B du budget des hôpitaux psychiatriques n'a pas encore été décomposée en parties B1 et B2. C'est pourquoi la partie B du budget des hôpitaux psychiatriques ne comptant que des lits programmés est maintenue en 1986 et 1987 au niveau du budget actualisé de 1985. Pour les hôpitaux psychiatriques comptant des lits non-programmés, la partie B contient deux éléments révisables : les charges de personnel soignant et les autres charges fixes.

Les modalités de révision de ces charges prévues au point 4 de l'annexe de l'arrêté ministériel, sont celles contenues dans les circulaires du 28 décembre 1983 et du 2 août 1984. Elles sont les mêmes en 1986 et 1987.

Disposition commune aux hôpitaux généraux et psychiatriques.

En 1986, la partie B du budget de tous les hôpitaux est augmentée de 0,5 %.

2.2. Vaststelling van het quotum van verpleegdagen.

Artikel 53 van het basisbesluit stelt het basisquotum van de verpleegdagen vast op het quotum van 1985, met uitzondering van de voorlopig overgedragen verpleegdagen.

Artikel 54 bepaalt dat het initieel quotum in vijf gevallen mag worden aangepast: bij afschaffing of vermeerdering van het aantal bedden, bij wijziging van een kenletter, bij transfer van verpleegdagen of in functie van het activiteitsniveau. Voor deze laatste twee gevallen moesten de regelen voor de quotumaanpassing nog worden gepreciseerd. Dit geschiedt in de M.B. voor 1986 en 1987.

a) Overdracht van verpleegdagen

Zoals reeds bepaald in de omzendbrief van 2 augustus 1985 is het vanaf 1986 niet meer mogelijk dagen over te dragen zonder bedden te sluiten. De M.B. voor 1986 en 1987 maken dus geen gewag meer van deze mogelijkheid.

1986.

— Gelet op de nieuwe voordelen in geval van afschaffing van bedden zijn definitieve transfers na 15 september 1986 niet langer mogelijk.

— Zoals gezegd in de circulaire van 2 augustus 1985 mogen de verpleegdagen die ingevolge de sluiting van V-, sana- en S-thermaalismediensten zijn vrijgekomen, naar geen andere ziekenhuisdienst worden overgedragen en vice-versa.

— Na 15 september 1986 zal het nog toegelaten zijn verpleegdagen over te dragen tot beloop van 25 % van de besparing ingevolge de sluiting van bedden, in geval van afschaffing van ten minste 10 % van de bedden. Zulke overdracht van verpleegdagen is definitief verworven. Indien het ziekenhuis of de groep van ziekenhuizen ten minste 25 % van zijn bedden afschaft en een afschrijvingspercentage van 70 % geniet, wordt het equivalent van de besparingen die in verpleegdagen kan worden overgedragen bepaald op 20 %.

Bedoelde overdracht van dagen moet het voorwerp uitmaken van een schriftelijke overeenkomst met de Minister.

Deze mogelijkheid is niet toepasselijk op de V-diensten.

1987 :

Aleen overdracht van verpleegdagen ingevolge een sluiting van ten minste 10 % zijn toegestaan, met dezelfde beperkingen als die welke voor 1986 zijn vastgesteld.

b) Aanpassing aan het quotum aan het activiteitsniveau.

Ingevolge de beslissing van de regering om het aantal bedden tot de programmacriteria te verminderen, werd beslist het beddenaantal met 2000 te reduceren in 1987. De besparing die met deze beddenvermindering overeenstemt werd geconcretiseerd door een gelijkwaardige vermindering van de nationale begrotingsenveloppe te houden, zullen de budgetten van alle ziekenhuizen vanaf 1 januari 1987 worden aangepast. Bedoelde aanpassing zal geschieden via het quotum van dagen en selectief in functie van het activiteitsniveau.

De Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen stelt de bezettingsgraad en de verblijfsduur voor als activiteitscriteria.

Beide criteria werden weerhouden voor de berekening van de vermindering van het quotum van verpleegdagen.

Zij worden in de volgende volgorde gebruikt :

1° Structurele onderbezetting.

De quota van de ziekenhuizen waarvan het aantal gerealiseerde dagen systematisch lager ligt dan het quotum voor de jaren 1983, 1984 en 1985, zullen eerst worden verlaagd.

2° Verblijfsduur die het nationale gemiddelde overschrijdt.

Indien het volgens 1° verminderde aantal verpleegdagen ontoereikend blijkt, zullen de quota worden verlaagd van de ziekenhuizen waarvan de verblijfsduur hoger ligt dan het nationaal gemiddelde per dienst.

3° Beperking tot de verblijfsduren die het meest afwijken van het nationale gemiddelde.

In geval ingevolge de toepassing van de formule vermeld onder 2° de totale vermindering van verpleegdagen belangrijker is dan de vermindering overeenstemmend met de afschaffing van 2000 bedden (na aftrek van de verpleegdagen berekend overeenkomstig punt 10) zullen de verminderingen berekend overeenkomstig 2° aangepast worden volgens de belangrijkheid van het verschil tussen de verblijfsduur van elke dienst en de nationale gemiddelde verblijfsduur.

Vóór eind oktober zal elk ziekenhuis in kennis gesteld worden van het nieuw quotum ligdagen voor 1987 vastgesteld na toepassing van de bovenvermelde regels.

2.2. Détermination du quota de journées d'hospitalisation.

L'article 53 de l'A.M. de base fixe le quota de base de journées d'hospitalisation au niveau fixé en 1985, en dehors des transferts provisoires de journées.

L'article 54 prévoit que le quota de départ peut être adapté dans cinq cas : lorsqu'il y a suppression ou augmentation de lits, modification d'index, en cas de transfert de journées ou en fonction du niveau d'activité. Dans ces deux dernières situations, les règles d'adaptation des quotas doivent encore être précisées. C'est pourquoi ces deux situations ont été réglées dans les A.M. de 1986 et 1987.

a) Transfert de journées

Comme c'était déjà prévu dans la circulaire du 2 août 1985, les transferts de journées sans fermeture de lits ne sont plus possibles à partir de 1986. Cette possibilité n'est donc plus reprise dans les A.M. de 1986 et 1987.

Année 1986.

— Etant donné les nouveaux avantages mis en place en cas de suppression de lits, les transferts définitifs de journées en cas de suppression de lits ne seront plus possibles après le 15 septembre 1986.

— Comme prévu dans la circulaire du 2 août 1985, les journées libérées résultant de la fermeture des services V, sana et S-thermalisme, ne peuvent être transférées vers un autre service hospitalier et vice-versa.

— Après le 15 septembre 1986, il sera encore possible de transférer des journées en cas de suppression de 10 % au moins de lits, à concurrence de 25 % de l'économie résultant de la suppression des lits. Ce transfert de journées reste définitivement acquis. Si l'hôpital ou le groupe d'hôpitaux ferme 25 % au moins des lits et bénéficie du pourcentage d'amortissement de 70 %, l'équivalent de l'économie qu'on peut transférer en journées est fixé à 20 %.

Le transfert de journées doit faire l'objet d'une convention écrite avec le Ministre.

Cette possibilité n'est pas applicable aux services V.

Année 1987 :

Les seuls transferts de journées autorisés sont ceux résultant d'une fermeture d'au moins 10 % avec les mêmes limitations que celles prévues en 1986.

b) Adaptation du quota au niveau d'activité.

Suite à la décision du gouvernement de ramener le nombre de lits au niveau des critères de programmation, il a été décidé de réduire le nombre de lits de 2000 unités en 1987. L'économie équivalente à cette réduction de lits a été concrétisée en réduisant de manière équivalente le budget national pour tous les hôpitaux. Afin de respecter ce nouveau budget national, les budgets de tous les hôpitaux seront adaptés à partir du 1er janvier 1987. Cette adaptation se fera via les quotas de journées et de manière sélective en fonction du niveau d'activité.

Le Conseil national des établissements de soins propose comme critères d'activités le taux d'occupation et la durée de séjour.

Ces deux critères ont été repris pour calculer les réductions des quotas de journées.

Ils sont utilisés dans l'ordre suivant :

1° Sous-occupation structurelle.

Les quotas de journées des hôpitaux dont le nombre de journée réalisées sont systématiquement en-dessous du quota pour les années 1983, 1984 et 1985, seront tout d'abord diminués.

2° Durée de séjour supérieure à la moyenne nationale.

Si le nombre de journées diminué lors de la première étape est insuffisant, on diminuera les quotas des hôpitaux dont la durée de séjour dépasse la moyenne nationale par service.

3° Limitation aux durées de séjour les plus éloignées de la durée de séjour nationale.

Au cas où par suite de l'application de la formule 2° la réduction totale des journées est plus importante que la réduction équivalente de 2000 lits après déduction des journées calculées au point 1°, les diminutions calculées au point 2° seront adaptées selon l'importance de l'écart entre la durée de séjour de chaque service et la durée moyenne de séjour nationale.

Chaque hôpital sera informé avant fin octobre 1986 de son nouveau quota de journées pour 1987, après l'application des règles susmentionnées.

Sinds 1985 wordt een nieuw financieringssysteem voor de ziekenhuizen geleidelijk ingevoerd. De principes ervan werden door het koninklijk besluit n° 407 van 18 april 1986 in de wet op de ziekenhuizen ingeschreven. Het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 bepaalt de regelen en de voorwaarden voor de vaststelling van het budget, van het quotum van verpleegdagen en van de herziening van het budget.

De ministeriële besluiten van 6 en 7 augustus 1986 vullen dit basisbesluit aan met regelen die specifiek voor 1986 en 1987 toepasselijk zijn.

Dit nieuw wettelijk kader is een belangrijk keerpunt zowel voor de ziekenhuizen als voor het ziekenhuisbeleid. Het nieuwe financieringssysteem heeft de begrippen « performantie » en « efficiency » ingevoerd. Een dynamisch perspectief wordt geboden aan de beheerders die in staat zijn de « onderneming ziekenhuis » op moderne wijze te beheren. Een dynamisch perspectief wordt eveneens uitgetekend voor de ziekenhuisgeneesheren en het verplegend personeel die zware en complexe pathologie verzorgen.

Deze nieuwe financieringswijze is een sleutelement in het ziekenhuisbeleid. Dankzij het principe van het provisionele budget wordt het mogelijk de globale uitgaven beter in toom te houden. Ook de opsplitsing van het budget maakt het mogelijk een selectief ziekenhuisbeleid te voeren en tegelijk een optimale kwaliteit van de verzorging te waarborgen. De gewilde doorzichtigheid van de regelen voor de vaststelling van het budget stimuleert de uitwisseling van informatie die voor de beheerders en voor de overheid nuttig is. Ieder ziekenhuis zal aldus worden geïnformeerd over de samenstelling van zijn referentiegroep en naamloos over het performantieniveau van elk ziekenhuis van de referentiegroep.

Dit nieuw werkinstrument biedt talrijke perspectieven. Nu komt het er op aan de nieuwe mogelijkheden aan te grijpen en er in de komende jaren nog ruimer gebruik van te maken.

De Minister,
J.-L. Dehaene.

MINISTERIE VAN FINANCIEN

Administratie van de BTW, Registratie en Domeinen (Vervreemding van onroerende domeingooderen)

Bekendmakingen gedaan ter uitvoering der wet van 31 mei 1923

De Belgische Staat is voornemens uit de hand te verkopen :
Gemeente Ath (vroeger Irchonwelz)

Gebouw en terrein gelegen « rue de la Haute Forière », met een gehele oppervlakte van 87 a 72 ca, gekadastréerd sectie B, nrs. 299c, 299d en 300v (voormalig militair gebied), palend of gepaald hebbende aan de « rue de la Haute Forière »; aan Deprijck-Culot, Pierre; aan De Waele-Devreese, Alfred, de weduwe; Duquesne-De Waele, André; Deramaix-De Waele, Pierre; aan Michel-Pollard, Albert, en aan de Belgische Staat.

Prijs : 2 300 000 frank, buiten de kosten.

Eventuele bezwaren of hogere aanbiedingen dienen binnen een maand van dit bericht overgemaakt aan het Aankoopcomité te Bergen, digue des Peupliers 71 (tel. 065/31 83 11).

Verwijzing : V.51035/8.

De Belgische Staat is voornemens uit de hand te verkopen :
Stad Ath .

Afdak, gebouw, onderaardse schuilplaats en terrein gelegen « rue de l'Agriculture », met een gehele oppervlakte van 1 ha 16 a 48 ca, gekadastréerd sectie C, nr. 372 L2 (voormalig militair gebouw), palend of gepaald hebbende aan de « rue de l'Agriculture », aan Destrebecq-Berlanger, Félix; aan Wynant-Devos, Guy; aan de provincie Henegouwen, en aan Lacman-Mary, weduwe Arthur.

Prijs : 1 800 000 frank, buiten de kosten.

Eventuele bezwaren of hogere aanbiedingen dienen binnen een maand van dit bericht overgemaakt aan het Aankoopcomité te Bergen, digue des Peupliers 71 (tel. 065/31 83 11).

Verwijzing : V.51004/44

Depuis 1985, un nouveau mode de financement des hôpitaux est progressivement en place. Les principes de ce nouveau système de financement ont été inscrits dans la loi sur les hôpitaux par l'arrêté royal n° 407 du 18 avril 1986. L'arrêté ministériel du 2 août 1986 détermine les règles et conditions de fixation du budget, du quota de journées et de révision du budget.

Les arrêtés ministériels des 6 et 7 août 1986 complètent cet arrêté de base par des règles spécifiques d'application pour 1986 et 1987.

Ce nouveau cadre légal représente un tournant important, et dans la vie des institutions de soins, et pour la politique hospitalière. Par ce nouveau mécanisme de financement les notions de performance et d'efficacité ont été introduites. Une perspective dynamique est offerte aux gestionnaires capables de gérer de manière moderne l'entreprise « hôpital ». Une perspective dynamique est également offerte aux médecins hospitaliers et au personnel soignant qui soignent des patients avec des pathologies lourdes et complexes.

Ce nouveau mécanisme de financement constitue une pièce maîtresse de la politique hospitalière. Grâce au principe du budget prévisionnel, une meilleure maîtrise des dépenses globales est possible. La décomposition du budget en plusieurs parties permet de mener une politique hospitalière sélective tout en assurant une qualité optimale des soins. Enfin, la transparence voulue dans les règles de fixation du budget encourage à l'échange d'informations utiles pour les gestionnaires et le pouvoir public. C'est ainsi que chaque hôpital sera informé de la composition de son groupe de référence et, de manière anonyme, du niveau de performance de chaque hôpital de son groupe.

Ce nouvel outil contient de nombreuses perspectives. Il s'agit à présent de saisir ces nouvelles possibilités et d'élargir leur utilisation dans les années à venir.

Le Ministre,
J.-L. Dehaene.

MINISTÈRE DE FINANCES

Administration de la T.V.A., de l'Enregistrement et des Domaines (Aliénation d'immeubles domaniaux)

Publications faites en exécution de la loi du 31 mai 1923

L'Etat belge se propose de vendre de gré à gré :
Ville de Ath (ex-Irchonwelz)

Bâtiment et terrain sis rue de la Haute Forière, d'une superficie totale de 87 a 72 ca, cadastrés section B, n°s 299c, 299d et 300v (ancien domaine militaire), tenant ou ayant tenu à la « rue de la Haute Forière »; à Deprijck-Culot, Pierre; à De Waele-Devreese, Alfred, la veuve; Duquesne-De Waele, André; Deramaix-De Waele, Pierre; à Michel-Pollard, Albert, et à l'Etat belge.

Prix : 2 300 000 francs, outre les frais.

Les réclamations éventuelles ou les offres plus élevées doivent être adressées dans le mois du présent avis, au Comité d'acquisition à Mons, digue des Peupliers 71 (tél. 065/31 83 11).

Référence : V.51035/8.

L'Etat belge se propose de vendre de gré à gré :
Ville de Ath

Hangar, bâtiment, abri et terrain, sis rue de l'Agriculture, d'une superficie totale de 1 ha 16 a 48 ca, cadastrés section C, n° 374 L2, (ancien domaine militaire), tenant ou ayant tenu à la rue de l'Agriculture, à Destrebecq-Berlanger, Félix; à Wynant-Devos, Guy; à la province de Hainaut, et à Lacman-Mary, veuve Arthur.

Prix : 1 800 000 francs, outre les frais.

Les réclamations éventuelles ou les offres plus élevées doivent être adressées dans le mois du présent avis, au Comité d'acquisition à Mons, digue des Peupliers 71 (tél. 065/31 83 11).

Référence : V.51004/44