

Signe	Nom	Quantité*	Base de remboursement
	Gel de carbomère FTM (Pannoc)	—	—
	Crème hydrophile anionique FTM (Pannoc)	—	—
	Vaseline au sesquioléate de sorbitane hydratée FTM (Pannoc)	—	—
	Crème au céto-macrogol tamponnée FTM (Pannoc)	—	—

**Art. 2.** Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de maand die volgt op het verstrijken van een termijn van tien dagen die ingaat de dag na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*.

**Art. 3.** Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 1 mei 2006.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
R. DEMOTTE

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois suivant l'expiration d'un délai de dix jours prenant cours le jour suivant sa publication au *Moniteur belge*.

**Art. 3.** Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 1<sup>er</sup> mai 2006.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
R. DEMOTTE

#### FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

N. 2006 — 2123

[C — 2006/22477]

**16 MEI 2006.** — Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 37, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met betrekking tot de vaststelling van het aan de ziekenhuizen toegekend forfait voor vergoedbare farmaceutische specialiteiten

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 37, § 3, gewijzigd bij de wetten van 22 december 2003 en 27 december 2005, en bij het koninklijk besluit van 21 februari 1997;

Gelet op de wet van 27 december 2005 houdende diverse bepalingen, inzonderheid op artikel 96;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 20 februari 2006;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 2 maart 2006;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van begroting van 29 maart 2006;

Gelet op het advies nr. 40.150/1 van de Raad van State, gegeven op 20 april 2006 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

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

1<sup>o</sup> « Instituut », het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

2<sup>o</sup> « de Technische cel », de technische cel voor de verwerking van de gegevens met betrekking tot de ziekenhuizen, opgericht bij het Instituut en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, bij artikel 155 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen;

#### SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

F. 2006 — 2123

[C — 2006/22477]

**16 MAI 2006.** — Arrêté royal portant exécution de l'article 37, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne la détermination du forfait alloué aux hôpitaux pour les spécialités pharmaceutiques remboursables

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

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 37, § 3, modifié par les lois des 22 décembre 2003 et 27 décembre 2005, et par l'arrêté royal du 21 février 1997;

Vu la loi du 27 décembre 2005 portant des dispositions diverses, notamment l'article 96;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 20 février 2006;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 2 mars 2006;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 29 mars 2006;

Vu l'avis n<sup>o</sup> 40.150/1 du Conseil d'Etat, donné le 20 avril 2006, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Au sens du présent arrêté, on entend par :

1<sup>o</sup> « l'Institut », l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

2<sup>o</sup> « la cellule technique », la cellule technique pour le traitement des données relatives aux hôpitaux, créée au sein de l'Institut et du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, par l'article 155 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales;

3° « MKG-AZV-gegevens », minimum klinische gegevens en anonieme ziekenhuisverblijven, zoals die door de Technische cel aan elkaar zijn gekoppeld;

4° « APR-DRG-classificatie »: classificatie van de patiënten in diagnosegroepen, zoals die zijn bepaald in het handboek « All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manual »; de versie van het handboek die gebruikt wordt voor de berekening van de forfaits, is dezelfde versie als die welke gebruikt werd tijdens het referentiejaar;

5° « graad van ernst »: onderverdeling van de APR-DRG's in vier klassen afhankelijk van de ernst van de aandoening, zoals beschreven in het voormelde handboek;

6° « casemix van een ziekenhuis », het aantal verblijven per APR-DRG en per graad van ernst die in de loop van het referentiejaar zijn gerealiseerd;

7° « het betrokken dienstjaar », jaar waarin de berekende forfaits per opname aan de ziekenhuizen worden betaald en dat loopt van 1 juli van een jaar tot 30 juni van het volgende jaar;

8° « vergoedbare farmaceutische specialiteiten », de vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 95, § 3, a), van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten.

**Art. 2.** Uiterlijk 6 maanden voor het begin van het betrokken dienstjaar bezorgt de Technische cel de recentste beschikbare MKG-AZV-gegevens aan het Instituut. Het jaar waarop die gegevens betrekking hebben, wordt in het kader van het onderhavige besluit het « referentiejaar » genoemd. Alleen de MKG-AZV-gegevens die betrekking hebben op de acute algemene ziekenhuizen, dat wil zeggen de ziekenhuizen die over een dienst C, D of E beschikken, zoals gedefinieerd in artikel 2 van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot vaststelling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, alsook op de verblijven van rechthebbenden die minstens één nacht in het ziekenhuis hebben verbleven, worden in aanmerking genomen.

Het Instituut berekent op basis van die gegevens de nationale gemiddelden per APR-DRG en graad van ernst. Die berekening wordt in verscheidene fasen uitgevoerd :

1° schrapping van de rest- APR-DRG's (950, 951, 952, 955 en 956) en de gegevens betreffende de vergoedbare farmaceutische specialiteiten waarvan de ATC-code voorkomt op de lijst die is opgenomen in bijlage IV bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten;

2° schrapping, op nationaal niveau, van de verblijven die als « outliers » worden beschouwd, per APR-DRG en per graad van ernst; worden als « outliers » beschouwd de verblijven die langer duren dan  $Q3 + 2 * (Q3 - Q1)$ , waar Q1 en Q3 de respectieve waarden zijn van het eerste en het derde kwartiel van de verdeling van de verblijfsduren;

3° hergroepering van de volgende elementen :

a) alle graden van ernst als het totale aantal verblijven van een APR-DRG - alle graden van ernst door elkaar - lager is dan 80 verblijven;

b) de graden van ernst 1 en 2 als het totale aantal verblijven met een graad van ernst 1 en 2 van een APR-DRG lager is dan 40 verblijven of het aantal verblijven van een van die twee graden van ernst lager is dan 10 verblijven;

c) de graden van ernst 3 en 4 als het totale aantal verblijven met een graad van ernst 3 en 4 van een APR-DRG lager is dan 40 verblijven of als het aantal verblijven van een van die graden van ernst lager is dan 10 verblijven;

4° berekening van de nationale gemiddelden per APR-DRG en graad van ernst.

3° « données RCM-SHA », données issues des résumés cliniques minimum et des séjours hospitaliers anonymes, telles qu'elles sont couplées par la cellule technique;

4° « classification APRdr » : classification des patients dans des groupes de diagnostics tels qu'ils sont définis dans le manuel « All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manual »; la version du manuel qui est utilisée pour le calcul des forfaits est la même que celle qui était utilisée au cours de l'année de référence;

5° « niveau de sévérité » : subdivision de l'APRdr en quatre classes en fonction de la sévérité de l'affection, comme décrit dans le manuel précité;

6° « case-mix d'un hôpital », le nombre de séjours par APRdr et par niveau de sévérité réalisés au cours de l'année de référence;

7° « exercice concerné », année au cours de laquelle les forfaits par admission calculés sont payés aux hôpitaux, et qui court du 1<sup>er</sup> juillet d'une année jusqu'au 30 juin de l'année suivante;

8° « spécialités pharmaceutiques remboursables », les spécialités pharmaceutiques remboursables visées à l'article 95, § 3, a), de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

**Art. 2.** Au plus tard 6 mois avant le début de l'exercice concerné, la cellule technique fournit à l'Institut les données RCM-SHA disponibles les plus récentes. L'année à laquelle se rapportent ces données est appelée « année de référence » dans le cadre du présent arrêté. Seules les données RCM-SHA qui sont relatives à des hôpitaux généraux aigus, c'est-à-dire des hôpitaux qui disposent d'un service C, D ou E, comme défini à l'article 2 de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, ainsi qu'à des séjours de bénéficiaires ayant séjournés au moins une nuit à l'hôpital, sont prises en compte.

Sur base de ces données, l'Institut calcule les moyennes nationales par APRdr et niveau de sévérité. Ce calcul se déroule en plusieurs étapes :

1° suppression des APRdr résiduels (950, 951, 952, 955 et 956) et des données relatives aux spécialités pharmaceutiques remboursables dont le code ATC se trouve sur la liste reprise à l'annexe IV de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques;

2° suppression, au niveau national, par APRdr et niveau de sévérité, des séjours considérés comme « outliers »; sont considérés comme « outliers » les séjours dont la durée est supérieure à  $Q3 + 2 * (Q3 - Q1)$ , où Q1 et Q3 sont les valeurs respectives des premier et troisième quartiles de la distribution des durées de séjour;

3° regroupement des éléments suivants :

a) tous les niveaux de sévérité si le nombre total de séjours d'un APRdr tous niveaux de sévérité confondus est inférieur à 80 séjours;

b) les niveaux de sévérité 1 et 2 si le nombre total de séjours de sévérité 1 et 2 d'un APRdr est inférieur à 40 séjours ou si le nombre de séjours d'un de ces deux niveaux de sévérité est inférieur à 10 séjours;

c) les niveaux de sévérité 3 et 4 si le nombre total de séjours de sévérité 3 et 4 d'un APRdr est inférieur à 40 séjours ou si le nombre de séjours d'un de ces deux niveaux de sévérité est inférieur à 10 séjours;

4° calcul des moyennes nationales par APRdr et niveau de sévérité.

**Art. 3.** Het Instituut berekent op basis van de nationale gemiddelden per APR-DRG en graad van ernst, vastgesteld overeenkomstig artikel 2, de individuele enveloppe van het ziekenhuis. De berekening van die individuele enveloppe wordt in verscheidene fasen uitgevoerd :

1° vaststelling van de enveloppe op basis van de verblijven « inliers » :

$$E_h = \sum S_{h.xy} * M_{xy}$$

Waar :

$E_h$  = de enveloppe van het ziekenhuis h  
 = het aantal verblijven « inliers » van het ziekenhuis h voor de APR-DRG x en de graad van ernst y  
 $S_{h.xy}$   
 $M_{xy}$  = nationaal gemiddelde voor de APR-DRG x en de graad van ernst y

2° het in aanmerking nemen van de verblijven « outliers » en van de rest- APR-DRG's die uitgesloten werden :

$$E_h^i = E_h + O_h + Tx_h$$

Waar :

$O_h$  = uitgaven opgemerkt voor de verblijven « outliers » en de verblijven APR-DRG's die uitgesloten zijn van het ziekenhuis h  
 $Tx_h$  = correctiefactor opdat rekening wordt gehouden met de onvolledige koppeling van de gegevens

3° vaststelling van het bedrag van de enveloppe gelet op de nationale begroting die voor de forfaitarisering is vastgesteld:

$$E_h'' = \frac{E_h^i}{\sum E_h^i} * B$$

Waar :

$E_h''$  = enveloppe van het ziekenhuis h aangepast aan de geforfaitariseerde nationale begroting  
 $E_h^i$  = ziekenhuisenveloppe h  
 $\sum E_h^i$  = som van de enveloppen van de ziekenhuizen  
 $B$  = nationale begroting die is vastgesteld voor de forfaitarisering

**Art. 4.** Het bedrag van de individuele enveloppe die voortvloeit uit artikel 3, 3°, wordt betaald in de vorm van een forfait per opname. Tijdens elke opname is het door de verzekering verschuldigde bedrag bijgevolg gelijk aan :

$$F_h = \frac{E_h''}{A_h}$$

Waar :

$F_h$  = forfait per ziekenhuisopname h  
 $E_h''$  = aangepaste ziekenhuisenveloppe h  
 $A_h$  = totale aantal ziekenhuisverblijven h in de AZV-gegevens van het referentiejaar

**Art. 3.** Sur base des moyennes nationales par APRdrgr et niveau de sévérité établie conformément à l'article 2, l'Institut calcule l'enveloppe individuelle de l'hôpital. Le calcul de cette enveloppe individuelle se déroule en plusieurs étapes :

1° détermination de l'enveloppe sur base des séjours « inliers » :

$$E_h = \sum S_{h.xy} * M_{xy}$$

Où :

$E_h$  = l'enveloppe de l'hôpital h  
 $S_{h.xy}$  = le nombre de séjours « inliers » de l'hôpital h pour l'APRdrgr x et niveau de sévérité y  
 $M_{xy}$  = moyenne nationale pour l'APRdrgr x et niveau de sévérité y

2° prise en compte des séjours « outliers » et des séjours des APRdrgr résiduels qui ont été exclus :

$$E_h^i = E_h + O_h + Tx_h$$

Où :

$O_h$  = dépenses observées pour les séjours « outliers » et les séjours APRdrgr exclus de l'hôpital h  
 $Tx_h$  = facteur de correction pour tenir compte du couplage incomplet des données

3° détermination du montant de l'enveloppe vu le budget national prévu pour la forfaitarisering :

$$E_h'' = \frac{E_h^i}{\sum E_h^i} * B$$

Où :

$E_h''$  = enveloppe de l'hôpital h adapté au budget national forfaitarisé  
 $E_h^i$  = enveloppe de l'hôpital h  
 $\sum E_h^i$  = somme des enveloppes des hôpitaux  
 $B$  = budget national prévu pour la forfaitarisering

**Art. 4.** Le montant de l'enveloppe individuelle qui résulte de l'article 3, 3°, est liquidé sous forme d'un forfait par admission. Lors de chaque admission, le montant dû par l'assurance est donc égal à :

$$F_h = \frac{E_h''}{A_h}$$

Où :

$F_h$  = forfait par admission de l'hôpital h  
 $E_h''$  = enveloppe adaptée de l'hôpital h  
 $A_h$  = nombre total de séjours de l'hôpital h dans les données SHA de l'année de référence

Uiterlijk één maand voor het begin van het betrokken dienstjaar deelt de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut aan elk van de verzekeringsinstellingen en de ziekenhuizen de volgende gegevens mee :

- 1° het bedrag van het forfait per opname;
- 2° het nationale gemiddelde van de APR-DRG's en de graad van ernst;
- 3° het aantal AZV verblijven die in aanmerking genomen zijn;
- 4° de in de aanmerking genomen casemix;
- 5° de in aanmerking genomen correctiefactor.

De betwistingen betreffende het aantal AZV verblijven die in aanmerking genomen zijn, betreffende de samenstelling van de casemix die in aanmerking genomen is of betreffende het bedrag van het forfait per opname, kunnen door de ziekenhuizen met een aangetekende brief worden ingediend bij het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging binnen een termijn van dertig dagen vanaf de datum van mededeling van het bedrag van het forfait per opname.

Het Verzekeringscomité doet een uitspraak over de betwisting binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum van ontvangst van de aangetekende brief. Tot op de datum van deze beslissing, is het het bedrag van het meegedeelde forfait dat verschuldigd is.

De eventuele wijziging van het forfait per opname dat aan een ziekenhuis is verschuldigd, stelt het bedrag van de forfaits per opname die aan de andere ziekenhuizen zijn verschuldigd, niet opnieuw in vraag.

**Art. 5.** Artikel 95 van de wet houdende diverse bepalingen en dit besluit treden in werking op de dag van de bekendmaking van dit besluit.

Voor de forfaits per opname die vanaf 1 juli 2006 tot 30 juni 2007 aan de ziekenhuizen worden betaald, is de termijn die in artikel 3, eerste lid, is vastgesteld, niet van toepassing. De Technische cel bezorgt de recentste beschikbare MKG-AZV-gegevens binnen een termijn van 5 werkdagen na de bekendmaking van dit besluit aan het Instituut.

**Art. 6.** Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 16 mei 2006.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
R. DEMOTTE

Au plus tard un mois avant le début de l'exercice concerné, le service des soins de santé de l'Institut communique aux organismes assureurs et aux hôpitaux individuellement :

- 1° le montant du forfait par admission;
- 2° la moyenne nationale des APRdrg et niveau de sévérité;
- 3° le nombre de séjours SHA pris en compte;
- 4° le case-mix pris en compte;
- 5° le facteur de correction pris en compte.

Les contestations relatives au nombre de séjours SHA pris en compte, à la composition du case-mix pris en compte ou au montant du forfait par admission, peuvent être introduites par les hôpitaux auprès du Comité de l'assurance de l'Institut, par lettre recommandée adressée au service des soins de santé de l'Institut, dans un délai de trente jours à partir de la date de communication du montant du forfait par admission.

Le Comité de l'assurance se prononce sur la contestation dans un délai de trois mois à partir de la date de réception de la lettre recommandée. Jusqu'à la date de cette décision, c'est le montant du forfait communiqué qui est dû.

La modification éventuelle du forfait par admission dû à un hôpital ne remet pas en cause le montant des forfaits par admission dus aux autres hôpitaux.

**Art. 5.** L'article 95 de la loi du 27 décembre 2005 portant des dispositions diverses, et le présent arrêté, entrent en vigueur le jour de la publication du présent arrêté.

Pour les forfaits par admission qui sont payés aux hôpitaux du 1<sup>er</sup> juillet 2006 jusqu'au 30 juin 2007, le délai prévu à l'article 2, alinéa 1<sup>er</sup>, n'est pas d'application. La cellule technique fournit à l'Institut les données RCM-SHA disponibles les plus récentes dans les 5 jours ouvrables qui suivent la publication du présent arrêté.

**Art. 6.** Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 16 mai 2006.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
R. DEMOTTE

#### FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE

N. 2006 — 2124

[C - 2006/09419]

**22 MEI 2006.** — Koninklijk besluit tot vastlegging van de quota van de onderzoeksrechters gespecialiseerd om kennis te nemen van de misdrijven inzake terrorisme

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

Gelet op artikel 79, tweede lid, van het Gerechtelijk Wetboek, ingevoegd bij de wet van 27 december 2005;

Gelet op de wet van 27 december 2005, houdende diverse bepalingen van het Wetboek van Strafvordering en van het Gerechtelijk Wetboek met het oog op de verbetering van de onderzoeksmethoden in de strijd tegen het terrorisme en de zware en georganiseerde criminaliteit, inzonderheid op artikel 28;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 7 april 2006;

#### SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE

F. 2006 — 2124

[C - 2006/09419]

**22 MAI 2006.** — Arrêté royal fixant le quota des juges d'instruction spécialisés pour instruire les infractions en matière de terrorisme

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

Vu l'article 79, alinéa 2, du Code judiciaire inséré par la loi du 27 décembre 2005;

Vu la loi du 27 décembre 2005, portant des modifications diverses au Code d'instruction criminelle et au Code judiciaire en vue d'améliorer les modes d'investigation dans la lutte contre le terrorisme et la criminalité grave et organisée, notamment l'article 28;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 7 avril 2006;