

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

[C – 2014/24017]

26 DECEMBER 2013. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het koninklijk besluit dat ik de eer heb aan Uwe Majesteit ter ondertekening voor te leggen, heeft tot doel de regels vast te stellen voor de verdeling van het globaal budget voor het Rijk voor de financiering van de werkingskosten van de ziekenhuizen voor het jaar 2013, ondertekend op 16 januari 2013.

Er werd rekening gehouden met de opmerkingen van de Raad van State, met uitzondering van het voorbehoud aangaande de retroactiviteit van een aantal bepalingen uit dit ontwerp, waarvan een aantal op 1 januari 2013 en een andere die van toepassing is op de herzieningen van financieringsdienstjaar 2009, die nog niet werden opgestart.

Sta mij toe om u, wat betreft de maatregelen die van kracht worden op 1 januari 2013, eerst en vooral te informeren dat die maatregelen reeds een aantal maanden, en op verschillende manieren, werden aangekondigd aan de ziekenhuissector :

- de ziekenhuissector is vertegenwoordigd in de Algemene raad en het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV waar, uiterlijk op de derde maandag van oktober van het jaar voorafgaand aan het begrotingsjaar (in dit geval het jaar 2012), de Algemene raad de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling goedkeurt van de verzekering voor geneeskundige verzorging, en de globale begrotingen voorstelt van de financiële middelen voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen waarop dat systeem van toepassing is;

- vervolgens door toedoen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV), afdeling financiering, een orgaan dat verplicht een advies moet geven over de wijzigingen in de financiering van de ziekenhuizen, waaraan een aantal adviezen werden gevraagd over de wijzigingen die moeten worden aangebracht aan het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, waarvan de belangrijkste dateert van 11 december 2012;

- en aan de hand van de budgetten van financiële middelen die twee maal per jaar worden berekend, op 1 januari en op 1 juli, en meegedeeld aan de ziekenhuizen om hen in staat te stellen om de opnamedagen en de hospitalisatiedagen te factureren. Die kennisgeving gaat vergezeld van een bijgevoegde nota die alle wijzigingen toelicht die werden aangebracht aan de berekeningen.

Bovendien, aangezien het budget van financiële middelen de periode dekt van 1 juli van het jaar t tot 30 juni van het jaar t+1, worden de aanpassingen of wijzigingen aan bestaande regels algemeen van toepassing op 1 juli van elk jaar. Wat het budget betreft, daarentegen, primeert de annualiteit van de budgetten, en het globaal budget van de ziekenhuizen wordt vastgesteld per kalenderjaar.

Wanneer er dus bijkomende financiële middelen worden toegevoegd aan het budget van de ziekenhuizen, gebeurt dat vanaf 1 januari, maar de verdelingsmodaliteiten vragen tijd om te worden uitgewerkt en vertaald in wettelijke regels, wat pas kan gebeuren na 1 januari.

Dat is hier het geval voor artikels 1, 8, 10, 11 en 13 van het ontwerpbesluit waar er bijkomende budgetten werden ingeschreven in het globaal budget 2013 van de ziekenhuizen.

Het is de bedoeling om de continuïteit van de werking van de ziekenhuizen van het rijk te verzekeren. De toepassing van het principe van niet-retroactiviteit dreigt juridische onzekerheid met zich mee te brengen voor de ziekenhuizen die reeds provisioneel gefinancierd werden op basis van de financieringsmodaliteiten die in dit ontwerp beschreven staan. Bijgevolg werd de retroactiviteit van het ontwerp behouden.

Wat betreft de tweede retroactieve inwerkingtreding, werd op 11 december 2012, via de NRZV, het advies gevraagd van de ziekenhuissector over de mogelijkheid om de herziening van het percentage van 21 % te schrappen, dat kan worden aangepast in functie van de facturatietermijn van de ziekenhuizen. Dat zou een stimulans kunnen zijn voor een snellere facturatie van de ziekenhuizen, en zou ervoor kunnen zorgen dat er meer gebruik wordt gemaakt van elektronische facturatie.

De NRZV heeft in zijn advies van 14 maart 2013 geantwoord dat hij eveneens van mening is dat het niet meer opportuun is, rekening houdend met de zware inspanningen voor een miniem resultaat, om het percentage van 21 % te herzien.

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

[C – 2014/24017]

26 DECEMBRE 2013. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

RAPPORT AU ROI

Sire,

L'arrêté royal que j'ai l'honneur de soumettre à la signature de votre Majesté a pour but de déterminer les modalités de répartition du budget global du Royaume pour le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux pour l'année 2013, signé le 16 janvier 2013.

Il a été tenu compte des remarques du Conseil d'Etat à l'exception des réserves sur la rétroactivité de certaines dispositions contenues dans ce projet, certaines au 1<sup>er</sup> janvier 2013 et une autre applicable aux révisions de l'exercice de financement 2009, qui n'ont pas encore débuté.

En ce qui concerne les mesures qui entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2013, permettez-moi, tout d'abord, de vous informer que ces mesures ont été annoncées, depuis plusieurs mois, au secteur hospitalier par plusieurs moyens :

- le secteur hospitalier est représenté au niveau du Conseil général et du Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI où, au plus tard le troisième lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire (à savoir ici 2012), le Conseil général approuve l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé et propose les budgets globaux des moyens financiers pour les prestations ou groupes de prestations auxquels ce système est applicable;

- ensuite par l'intermédiaire du Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH), section financement, organe qui doit obligatoirement donner un avis sur les modifications du financement des hôpitaux, à qui ont été demandés plusieurs avis sur les modifications à apporter au budget des moyens financiers des hôpitaux dont la principale date du 11 décembre 2012;

- et par l'intermédiaire des budgets des moyens financiers calculés deux fois par année, au 1<sup>er</sup> janvier et au 1<sup>er</sup> juillet, et notifiés aux hôpitaux pour leur permettre de facturer les journées d'admission et les journées d'hospitalisation. Cette notification est accompagnée d'une note annexe expliquant tous les changements qui sont intervenus dans les calculs.

De plus, le budget des moyens financiers couvrant la période du 1<sup>er</sup> juillet année t au 30 juin année t+1, les adaptations ou modifications de règles existantes sont généralement applicables au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année. Tandis qu'en terme budgétaire, l'annualité des budgets prévaut et le budget global des hôpitaux est fixé par année civile.

Donc, quand des moyens financiers supplémentaires sont ajoutés au budget des hôpitaux, ils le sont à partir du 1<sup>er</sup> janvier mais les modalités de répartition demandent du temps à être élaborées et traduites en règles légales, ce qui ne peut intervenir qu'après la date du 1<sup>er</sup> janvier.

Ce qui est le cas ici pour les articles 1<sup>er</sup>, 8, 10, 11 et 13 du projet d'arrêté où des budgets supplémentaires ont été inscrits dans le budget global 2013 des hôpitaux.

Il s'agit d'assurer la continuité du fonctionnement des hôpitaux du Royaume. L'application du principe de non-rétroactivité risque d'engendrer une insécurité juridique pour les hôpitaux qui ont déjà été financés en provision sur base des modalités de financement décrites dans ce projet. En conséquence, la rétroactivité du projet a été maintenue.

En ce qui concerne la deuxième entrée en vigueur rétroactive, l'avis du secteur hospitalier avait été demandé le 11 décembre 2012, à travers le CNEH, sur la possibilité de supprimer la révision du pourcentage de 21 % qui peut être adapté en fonction du délai de facturation des hôpitaux. Cela pourrait être un incitant à une facturation plus rapide des hôpitaux et à une utilisation plus grande de la facturation électronique.

Le CNEH a répondu dans son avis du 14 mars 2013 qu'il considère également qu'il n'est plus opportuun, compte tenu de la lourdeur du travail que cela impose pour des résultats dérisoires, de revoir ce pourcentage de 21 %.

De herzieningen doen zich altijd voor na het financieringsjaar, wanneer de administratie beschikt over alle gegevens die nodig zijn om die herzieningen uit te voeren.

De herzieningen die momenteel bezig zijn, zijn die voor boekjaren 2007 en 2008. De sector is daar perfect van op de hoogte.

De herzieningen voor boekjaar 2009 zullen niet van start gaan vóór 2014. Dat is waarom er werd voorzien om dat element van een herzieningsoefening die nog niet werd aangevat, te schrappen.

Bijgevolg werd de retroactiviteit van het ontwerp behouden.

Ik heb de eer te zijn,

Sire,  
van Uwe Majesteit,  
de zeer eerbiedige  
en zeer getrouwe dienaar,

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
Mevr. L. ONKELINX

#### Raad van State afdeling Wetgeving

Advies 54.432/3 van 4 december 2013 over een ontwerp van koninklijk besluit 'tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen'

Op 6 november 2013 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Minister van Volksgezondheid verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een ontwerp van koninklijk besluit 'tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen'.

Het ontwerp is door de derde kamer onderzocht op 26 november 2013. De kamer was samengesteld uit Jan Smets, staatsraad, voorzitter, Jeroen Van Nieuwenhove en Kaat Leus, staatsraden, Jan Velaers en Johan Put, assessoren, en Annemie Goossens, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Tim Corthaut, auditeur.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Jeroen Van Nieuwenhove, staatsraad.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 4 december 2013.

1. Met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, heeft de afdeling Wetgeving zich toegespitst op het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond, alsmede van de vraag of aan de te vervullen vormvereisten is voldaan.

#### Strekking en rechtsgrond van het ontwerp

2.1. Het voor advies voorgelegde ontwerp strekt ertoe een aantal uiteenlopende wijzigingen aan te brengen in het koninklijk besluit van 25 april 2002 'betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen'.

2.2. Artikel 1 van het ontwerp voorziet in de vervanging van artikel 26bis, 5° en 6°, van het koninklijk besluit van 25 april 2002, teneinde met ingang van 1 januari 2013 te voorzien in een bijkomend budget van 15.962.609 euro voor afschrijvingen van de lasten voor herconditioneringswerken (onderdeel A1 van het ziekenhuisbudget). Voor de volgende twee jaren (2014 en 2015) zal de Koning een nieuw forfaitair bedrag bepalen.

Bij artikel 2 van het ontwerp wordt de opheffing beoogd van artikel 30, § 3, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 « vanaf de herziening van het boekjaar 2009 ». Op die wijze wordt de mogelijkheid geschrapt om het percentage P bedoeld in artikel 30, § 1, van hetzelfde besluit aan te passen aan de hand van de facturatietermijn van het ziekenhuis. Dat percentage P vormt één van de parameters voor de berekening van de kortetermijnkredietlasten (onderdeel A2).

Artikel 3 van het ontwerp strekt tot de vervanging van artikel 31, § 3, 2°, c), van het koninklijk besluit van 25 april 2002, teneinde voortaan ook de exploitatie van een « gamma knife »-apparaat en niet enkel van een lineaire versneller mogelijk te maken (onderdeel A3).

2.3. Bij artikel 4 van het ontwerp worden een aantal wijzigingen beoogd in artikel 42, § 1, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 met betrekking tot de bewerkingen voor het vaststellen van onderdeel B1.

Artikel 5 van het ontwerp voorziet in een nieuwe bepaling met betrekking tot de lineaire vermindering met 5 miljoen euro van onderdeel B1 voor alle ziekenhuizen.

Les révisions interviennent toujours après l'exercice de financement, quand l'administration dispose de toutes les données nécessaires pour effectuer ces révisions.

Actuellement, les révisions en cours sont celles relatives aux exercices 2007 et 2008. Le secteur en est parfaitement informé.

Les révisions concernant l'exercice 2009 ne commenceront pas avant 2014. C'est pourquoi, il a été prévu de supprimer cet élément d'un exercice de révision qui n'a pas encore débuté.

En conséquence, la rétroactivité du projet a été maintenue.

J'ai l'honneur d'être,

Sire,  
de Votre Majesté,  
le très respectueux  
et très fidèle serviteur,

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
Mme L. ONKELINX

#### Conseil d'Etat section de législation

Avis 54.432/3 du 4 décembre 2013 sur un projet d'arrêté royal 'modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux'

Le 6 novembre 2013, le Conseil d'Etat, section de législation, a été invité par la Ministre de la Santé publique à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté royal 'modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux'.

Le projet a été examiné par la troisième chambre le 26 novembre 2013. La chambre était composée de Jan Smets, conseiller d'Etat, président, Jeroen Van Nieuwenhove et Kaat Leus, conseillers d'Etat, Jan Velaers et Johan Put, assesses, et Annemie Goossens, greffier.

Le rapport a été présenté par Tim Corthaut, auditeur.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Jeroen Van Nieuwenhove, conseiller d'Etat.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 4 décembre 2013.

1. En application de l'article 84, § 3, alinéa 1<sup>er</sup>, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation a fait porter son examen essentiellement sur la compétence de l'auteur de l'acte, le fondement juridique et l'accomplissement des formalités prescrites.

#### Portée et fondement juridique du projet

2.1. Le projet soumis pour avis a pour objet d'apporter un certain nombre de modifications diverses à l'arrêté royal du 25 avril 2002 'relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux'.

2.2. L'article 1<sup>er</sup> du projet remplace l'article 26bis, 5° et 6°, de l'arrêté royal du 25 avril 2002, afin de prévoir, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013, un budget supplémentaire de 15.962.609 euros pour les amortissements des charges de travaux de reconditionnement (sous partie A1 du budget des hôpitaux). Pour les deux années suivantes (2014 et 2015), le Roi fixera un nouveau montant forfaitaire.

L'article 2 du projet vise à abroger l'article 30, § 3, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 « à compter de la révision de l'exercice 2009 ». La possibilité d'adapter le pourcentage P, visé à l'article 30, § 1<sup>er</sup>, du même arrêté, en fonction du délai de facturation de l'hôpital est ainsi supprimée. Ce pourcentage P constitue un des paramètres du calcul des charges de crédit à court terme (sous-partie A2).

L'article 3 du projet a pour but de remplacer l'article 31, § 3, 2°, c), de l'arrêté royal du 25 avril 2002, afin d'autoriser dorénavant non seulement l'exploitation d'un accélérateur linéaire, mais aussi celle d'un appareillage « gamma knife » (sous-partie A3).

2.3. L'article 4 du projet vise à apporter un certain nombre de modifications à l'article 42, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 en ce qui concerne les opérations de fixation de la sous-partie B1.

L'article 5 du projet insère une nouvelle disposition relative à la diminution linéaire de 5 millions d'euros de la sous-partie B1 pour tous les hôpitaux.

De artikelen 6 en 7 van het ontwerp strekken tot wijziging van een aantal bepalingen van de artikelen 45 en 46 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 met betrekking tot het onderdeel B2, enerzijds inzake een regeling voor het in rekening brengen van de activiteit van het verplegend personeel waarbij voortaan « NRG-punten » (nursing related groups) worden gebruikt in plaats van de huidige « MVG-punten » (minimale verpleegkundige gegevens) en anderzijds inzake de financiering van operatiekwartieren. Voorts wordt een algemene correctie-factor voor de gemiddelde loonkost van het ziekenhuis ingevoerd.

Bij artikel 8 van het ontwerp wordt de wijziging beoogd van artikel 63 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 met het oog op een verhoging van het budget voor pilootprojecten voor zowel de algemene ziekenhuizen als de psychiatrische ziekenhuizen. Artikel 9 van het ontwerp voorziet in een bijkomend budget voor de functie 'pediatrische liaison' (ontworpen artikel 64, § 8, van het koninklijk besluit van 25 april 2002). Bij artikel 10 van het ontwerp wordt een bijkomend budget ingevoerd voor de verlengde hospitalisatiestructuren voor patiënten die getroffen zijn door multiresistente tuberculose (ontworpen artikel 70 van het koninklijk besluit van 25 april 2002). Bij artikel 11 van het ontwerp wordt door een wijziging van artikel 73 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 voorzien in een bijzonder extra budget van 37 miljoen euro als (gedeeltelijke) compensatie voor de stijging van de pensioenkosten die wordt veroorzaakt door de wet van 24 oktober 2011 'tot vrijwaring van een duurzame financiering van de pensioenen van de vastbenoemde personeelsleden van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten en van de lokale politiezones, tot wijziging van de wet van 6 mei 2002 tot oprichting van het fonds voor de pensioenen van de geïntegreerde politie en houdende bijzondere bepalingen inzake sociale zekerheid en houdende diverse wijzigingsbepalingen'. Al deze wijzigingen hebben betrekking op onderdeel B4 van het ziekenhuisbudget.

Met artikel 12 van het ontwerp wordt de wijziging beoogd van artikel 75 van het koninklijk besluit van 25 april 2002, die inhoudt dat ook voor 2013 geen herberekening wordt doorgevoerd van de parameters met betrekking tot onderdeel B5.

Artikel 13 van het ontwerp, dat een nieuw artikel 79*undecies* invoegt in het koninklijk besluit van 25 april 2002, voorziet met betrekking tot onderdeel B9 in een bijzondere compensatie van 1.295.000 euro voor de gestegen loonkosten door de inschaling van bepaalde zorgkundigen in de weddeschaal 1.35.

2.4. De artikelen 14 tot 16 van het ontwerp strekken tot het aanbrengen van wijzigingen in verscheidene bijlagen bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

2.5. Het te nemen besluit heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2013, met uitzondering van de artikelen 1, 8, 10, 11 en 13, die in werking treden op (lees : uitwerking hebben met ingang van) 1 januari 2013 en artikel 7, 7°, dat in werking treedt op 1 januari 2014.

3. Het ontworpen besluit vindt rechtsgrond in artikel 105, § 1, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 'op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen'. Bij die wetsbepaling wordt de Koning gemachtigd om de voorwaarden en de regelen voor de vaststelling van het budget van financiële middelen en van de onderscheiden bestanddelen te bepalen.

#### Onderzoek van de tekst

##### Aanhef

4. In het eerste lid van de aanhef schrijve men : « de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen ». Het gegeven dat het opschrift van deze wet is vervangen bij artikel 46 van de wet van 19 maart 2013 'houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I)' en dat daarbij de in dat opschrift verwerkte datum niet meer is overgenomen, neemt immers niet weg dat in een verwijzing naar een rechtsregel zowel de datum als het opschrift moeten worden opgenomen (1).

##### Artikel 13

5. Er moet in de inleidende zin van artikel 13 van het ontwerp worden verduidelijkt dat het ontworpen artikel 79*undecies* wordt ingevoegd in onderafdeling 14 (« Onderdeel B9 van het budget »), van hoofdstuk VI, afdeling II, van het koninklijk besluit van 25 april 2002.

Les articles 6 et 7 du projet ont pour objet de modifier un certain nombre de dispositions des articles 45 et 46 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatives à la sous-partie B2, d'une part, en ce qui concerne un système de prise en compte des activités du personnel infirmier qui utilise dorénavant des « points-NRG » (nursing related groups) au lieu des actuels « points-RIM » (résumé infirmier minimum), et, d'autre part, en ce qui concerne le financement des quartiers opératoires. Par ailleurs, un facteur de correction général est instauré pour la charge moyenne salariale de l'hôpital.

L'article 8 du projet vise à modifier l'article 63 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 en vue d'augmenter le budget des projets pilotes, tant pour les hôpitaux généraux que pour les hôpitaux psychiatriques. L'article 9 du projet prévoit un budget supplémentaire pour la fonction 'liaison pédiatrique' (article 64, § 8, en projet, de l'arrêté royal du 25 avril 2002). L'article 10 du projet instaure un budget supplémentaire pour les structures d'hospitalisation prolongée pour les patients atteints de tuberculose multirésistante (article 70, en projet, de l'arrêté royal du 25 avril 2002). L'article 11 du projet prévoit, par une modification de l'article 73 de l'arrêté royal du 25 avril 2002, un budget spécial supplémentaire de 37 millions d'euros à titre de compensation (partielle) pour la hausse du coût des pensions qui résulte de la loi du 24 octobre 2011 'assurant un financement pérenne des pensions des membres du personnel nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales et des zones de police locale et modifiant la loi du 6 mai 2002 portant création du fonds des pensions de la police intégrée et portant des dispositions particulières en matière de sécurité sociale et contenant diverses dispositions modificatives'. Toutes ces modifications portent sur la sous-partie B4 du budget des hôpitaux.

L'article 12 du projet vise à modifier l'article 75 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 en ce sens que pour 2013 également, les paramètres concernant la sous-partie B5 ne sont pas recalculés.

L'article 13 du projet, qui insère un nouvel article 79*undecies* dans l'arrêté royal du 25 avril 2002, prévoit en ce qui concerne la sous-partie B9 une compensation spéciale de 1.295.000 euros pour la hausse des coûts salariaux résultant de l'insertion de certains aides-soignants dans le barème 1.35.

2.4. Les articles 14 à 16 du projet visent à modifier plusieurs annexes de l'arrêté royal du 25 avril 2002.

2.5. L'arrêté envisagé produit ses effets le 1<sup>er</sup> juillet 2013, à l'exception des articles 1<sup>er</sup>, 8, 10, 11 et 13, qui produisent leurs effets le 1<sup>er</sup> janvier 2013, et de l'article 7, 7°, qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

3. L'arrêté en projet trouve un fondement juridique dans l'article 105, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 'sur les hôpitaux et autres établissements de soins'. Cette disposition légale habilite le Roi à déterminer les conditions et les règles de fixation du budget [des moyens financiers] et des éléments constitutifs.

#### Examen du texte

##### Préambule

4. Au premier alinéa du préambule, on écrira : « la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ». Le fait que l'intitulé de cette loi a été remplacé par l'article 46 de la loi du 19 mars 2013 'portant des dispositions diverses en matière de santé (I)' et qu'à cet égard, la date figurant dans cet intitulé n'a plus été reproduite n'empêche pas en effet que tant la date que l'intitulé doivent figurer dans une référence à une norme législative (1).

##### Article 13

5. Dans la phrase liminaire de l'article 13 du projet, il faut préciser que l'article 79*undecies*, en projet, est inséré dans la sous-section 14 (« Sous-partie B9 du budget »), du chapitre VI, section II, de l'arrêté royal du 25 avril 2002.

6. Naar luid van het ontworpen artikel 79*undecies*, derde lid, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 moet het attest dat de toekenning van de weddeschaal 1.35 aan zorgkundigen bevestigt, uiterlijk op 31 oktober 2013 worden bezorgd om de ervoor toegekende financiering te behouden op 1 januari 2014. Het is niet mogelijk om met terugwerkende kracht een uiterste termijn op te leggen wanneer niet vaststaat dat alle gegadigde ziekenhuizen die termijn hebben kunnen naleven. De uiterste termijn voor de bezorging van het attest moet dan ook worden aangepast en kan slechts enige tijd na de bekendmaking van het te nemen besluit verstrijken.

#### Artikel 17

7.1. Artikel 17 van het ontwerp bepaalt dat het te nemen besluit uitwerking heeft met ingang van 1 juli 2013, met uitzondering van de artikelen 1, 8, 10, 11 en 13, die in werking treden op (lees: uitwerking hebben met ingang van) 1 januari 2013 en artikel 7, 7°, dat in werking treedt op 1 januari 2014.

Het verlenen van terugwerkende kracht aan besluiten is slechts onder bepaalde voorwaarden geoorloofd, namelijk ingeval er voor de retroactiviteit een wettelijke grondslag bestaat, de retroactiviteit betrekking heeft op een regeling die, met inachtneming van het gelijkheidsbeginsel, voordelen toekent, of in zoverre de retroactiviteit noodzakelijk is voor de continuïteit of de goede werking van het bestuur en daardoor, in beginsel, geen verkregen situaties worden aangetast. Enkel indien de retroactiviteit van de betrokken bepalingen in één van de opgesomde gevallen valt in te passen, kan deze worden gebillijkt.

De gemachtigde verklaarde in dat verband het volgende:

« Le budget des moyens financiers couvre la période du 1<sup>er</sup> juillet année x au 30 juin année x+1.

C'est pourquoi les adaptations, modifications, nouvelles mesures sont applicables au 1<sup>er</sup> juillet.

Mais, en terme budgétaire, nous sommes soumis à l'annualité des budgets et le budget global des hôpitaux est fixé, chaque année donc, pour l'année civile. Donc, quand des moyens financiers supplémentaires sont ajoutés au budget des hôpitaux, les modalités de répartition de ces budgets sont exprimées en année civile, à partir du 1<sup>er</sup> janvier.

Ce qui est le cas pour les articles 1<sup>er</sup>, 8, 10, 11 et 13 du projet d'arrêté où des budgets supplémentaires ont été inscrits dans le budget global 2013 des hôpitaux. »

Uit die toelichting kan worden afgeleid waarom in een aantal gevallen 1 januari wordt gekozen als datum van inwerkingtreding, veeleer dan 1 juli, maar daarmee wordt nog geen verantwoording verstrekt voor de terugwerkende kracht tot 1 januari 2013 of 1 juli 2013. Die verantwoording zal alsnog moeten worden gegeven. Indien die niet voorhanden blijkt te zijn, moet worden afgezien van de terugwerkende kracht.

7.2. Overeenkomstig artikel 17 van het te nemen besluit heeft artikel 2 ervan uitwerking met ingang van 1 juli 2013, terwijl in artikel 2 zelf bepaald wordt dat artikel 30, § 3, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 wordt opgeheven « vanaf de herziening van het boekjaar 2009 ». De gemachtigde verstrekke de volgende uitleg:

« Le paragraphe supprimé prévoit les modalités de révisions d'un élément. Ces révisions interviennent toujours après l'exercice de financement.

Actuellement, les révisions en cours sont celles relatives aux exercices 2007 et 2008. Les révisions concernant l'exercice 2009 ne commenceront pas avant 2014. C'est pourquoi, il a été prévu de supprimer cet élément dans une révision qui n'a pas encore démarré. »

Het gegeven dat de op te heffen bepaling betrekking heeft op een aanpassing van een percentage naar boven of naar onder, naargelang van de gemiddelde facturatietermijn van het ziekenhuis gedurende het dienstjaar en dat die aanpassing eerst na het betrokken dienstjaar kan gebeuren, neemt niet weg dat ziekenhuizen rechtmatige verwachtingen kunnen koesteren omtrent de wijze waarop een dergelijke aanpassing zal worden toegepast op basis van hun gemiddelde facturatietermijn voor het betrokken dienstjaar. De uitleg van de gemachtigde volstaat bijgevolg niet om de terugwerkende kracht te verantwoorden.

6. Aux termes de l'article 79*undecies*, alinéa 3, en projet, de l'arrêté royal du 25 avril 2002, l'attestation confirmant l'octroi du barème 1.35 aux aides-soignants doit être envoyée au plus tard le 31 octobre 2013 afin de maintenir le financement octroyé à cet effet au 1<sup>er</sup> janvier 2014. Il n'est pas possible d'imposer un délai ultime avec effet rétroactif lorsqu'il n'est pas établi que tous les hôpitaux intéressés ont pu respecter ce délai. Le délai ultime concernant la communication de l'attestation doit dès lors être adapté et ne peut expirer qu'après un certain laps de temps suivant la publication de l'arrêté envisagé.

#### Article 17

7.1. L'article 17 du projet dispose que l'arrêté envisagé produit ses effets le 1<sup>er</sup> juillet 2013, à l'exception des articles 1<sup>er</sup>, 8, 10, 11 et 13, qui produisent leurs effets le 1<sup>er</sup> janvier 2013, et de l'article 7, 7°, qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Il ne peut être conféré d'effet rétroactif aux arrêtés que sous certaines conditions, à savoir lorsque la rétroactivité a une base légale, lorsqu'elle concerne une règle qui accorde des avantages dans le respect du principe de l'égalité, ou dans la mesure où elle s'impose pour assurer la continuité ou le bon fonctionnement de l'administration, et ne porte pas atteinte, en principe, à des situations acquises. La rétroactivité des dispositions concernées ne peut se justifier que si elle s'inscrit dans une des hypothèses énumérées ci-dessus.

A cet égard, le délégué a déclaré ce qui suit:

« Le budget des moyens financiers couvre la période du 1<sup>er</sup> juillet année x au 30 juin année x+1.

C'est pourquoi les adaptations, modifications, nouvelles mesures sont applicables au 1<sup>er</sup> juillet.

Mais, en terme budgétaire, nous sommes soumis à l'annualité des budgets et le budget global des hôpitaux est fixé, chaque année donc, pour l'année civile. Donc, quand des moyens financiers supplémentaires sont ajoutés au budget des hôpitaux, les modalités de répartition de ces budgets sont exprimées en année civile, à partir du 1<sup>er</sup> janvier.

Ce qui est le cas pour les articles 1<sup>er</sup>, 8, 10, 11 et 13 du projet d'arrêté où des budgets supplémentaires ont été inscrits dans le budget global 2013 des hôpitaux. »

S'il peut se déduire de ces explications pourquoi, dans un certain nombre de cas, la date du 1<sup>er</sup> janvier est choisie comme date d'entrée en vigueur plutôt que celle du 1<sup>er</sup> juillet, celles-ci ne se justifient pas encore la rétroactivité au 1<sup>er</sup> janvier 2013 ou au 1<sup>er</sup> juillet 2013. Cette justification devra encore être donnée. S'il s'avère que la rétroactivité ne peut pas être justifiée, il faudra y renoncer.

7.2. Conformément à l'article 17 de l'arrêté envisagé, son article 2 produit ses effets le 1<sup>er</sup> juillet 2013, alors que le même article 2 dispose que l'article 30, § 3, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 est abrogé « à compter de la révision de l'exercice 2009 ». Le délégué a fourni les explications suivantes:

« Le paragraphe supprimé prévoit les modalités de révisions d'un élément. Ces révisions interviennent toujours après l'exercice de financement.

Actuellement, les révisions en cours sont celles relatives aux exercices 2007 et 2008. Les révisions concernant l'exercice 2009 ne commenceront pas avant 2014. C'est pourquoi, il a été prévu de supprimer cet élément dans une révision qui n'a pas encore démarré. »

Le fait que la disposition à abroger concerne un relèvement ou un abaissement d'un pourcentage en fonction du délai moyen de facturation de l'hôpital pendant l'exercice et que cette adaptation ne pourra intervenir qu'après l'exercice concerné, n'empêche pas que les hôpitaux peuvent nourrir des attentes légitimes concernant la manière dont une telle adaptation sera appliquée sur la base de leur délai moyen de facturation pendant l'exercice concerné. Par conséquent, les explications du délégué ne suffisent pas pour justifier la rétroactivité.

7.3. Uit de artikelen 6 en 7, 1° tot 5°, van het ontwerp kan worden opgemaakt dat de nieuwe regeling met betrekking tot het in rekening brengen van de activiteit van het verplegend personeel op basis van NRG-punten pas vanaf 1 juli 2014 zal gelden of, in het geval van artikel 7, 5°, zelfs pas vanaf 1 juli 2015. De gemachtigde bevestigde dat artikel 17 van het ontwerp voor deze bepalingen verkeerdelijk voorziet in terugwerkende kracht tot 1 juli 2013 en op dit punt moet worden aangepast.

De griffier,  
Annemie Goossens.

De voorzitter,  
Jan Smets.

\_\_\_\_\_  
Nota

(1) Zie Beginselen van de wetgevingstechniek. Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten, Raad van State, 2008, aanbeveling nr. 73.3, a), te raadplegen op de internetsite van de Raad van State ([www.raadvst-consetat.be](http://www.raadvst-consetat.be)).

**26 DECEMBER 2013. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen**

FILIP, Koning der Belgen,

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

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 december 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 105, § 1;

Gelet op het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen;

Gelet op de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Financiering, gegeven op 10 januari 2013, 14 maart 2013 en 16 mei 2013;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 13 augustus 2013;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister voor Begroting, gegeven op 21 oktober 2013;

Gelet op het voorafgaand onderzoek met betrekking tot de noodzaak om een effectbeoordeling uit te voeren, waarin besloten wordt dat een effectbeoordeling niet vereist is;

Gelet op het advies 54.432/3 van de Raad van State, gegeven op 4 december 2013, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 26bis van het koninklijk besluit van 25 april 2002, betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, worden de bepalingen onder 5° en 6°, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 november 2012, vervangen als volgt :

« 5° op 1 januari 2013 wordt een bijkomend bedrag van 15.962.609 euro verdeeld onder de ziekenhuizen naar rata van hun aantal erkende bedden.

Voor de vaststelling van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.

Het aldus aan elk ziekenhuis toegekende bedrag is een forfait dat het betrokken ziekenhuis in staat moet stellen om de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken die in 2013 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, te dekken.

Indien bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2013 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2013 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, hoger liggen dan het toegekende forfait, worden de werkelijke lasten in aanmerking genomen. In dat geval worden de afschrijvingslasten voor de betrokken herconditioneringswerken op werkelijke basis gedekt tot het einde van de afschrijving van die herconditioneringswerken.

Indien daarentegen bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2013 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2013 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, lager liggen dan het toegekende forfait, wordt het toegekende forfait behouden.

7.3. Il peut être inféré des articles 6 et 7, 1° à 5°, du projet, que le nouveau système de prise en compte des activités du personnel infirmier sur la base de points-NRG ne s'appliquera qu'à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014 ou, dans le cas de l'article 7, 5°, même uniquement au 1<sup>er</sup> juillet 2015. Le délégué a confirmé que l'article 17 du projet prévoit erronément que ces dispositions rétroagissent au 1<sup>er</sup> juillet 2013 et doit être adapté sur ce point.

Le greffier,  
Annemie Goossens.

Le président,  
Jan Smets.

\_\_\_\_\_  
Note

(1) Voir Principes de technique législative. Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires, Conseil d'Etat, 2008, recommandation n° 73.3, a), à consulter sur le site internet du Conseil d'Etat ([www.raadvst-consetat.be](http://www.raadvst-consetat.be)).

**26 DECEMBRE 2013. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux**

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, l'article 105, § 1<sup>er</sup>;

Vu l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux;

Vu les avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section Financement, donnés les 10 janvier 2013, 14 mars 2013 et 16 mai 2013;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 13 août 2013;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 21 octobre 2013;

Vu l'examen préalable de la nécessité de réaliser une évaluation d'incidence, concluant qu'une évaluation d'incidence n'est pas requise;

Vu l'avis 54.432/3 du Conseil d'Etat, donné le 4 décembre 2013, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans l'article 26bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, les 5° et 6°, modifiés en dernier lieu par l'arrêté royal du 19 novembre 2012, sont remplacés par ce qui suit :

« 5° au 1<sup>er</sup> janvier 2013, un montant supplémentaire de 15.962.609 euros est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Le montant ainsi attribué à chaque hôpital constitue un forfait devant permettre à l'hôpital concerné de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2013.

S'il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2013 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2013 sont supérieures au forfait alloué, les charges réelles seront retenues. Dans ce cas, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement concernés sont couvertes sur base réelle jusqu'au terme de l'amortissement de ces travaux de reconditionnement.

Si, au contraire, il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2013 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2013 sont inférieures au forfait alloué, le forfait attribué sera maintenu.

6° vanaf 1 januari 2014 en tot 31 december 2015 wordt elk jaar aan elk ziekenhuis een forfaitair bedrag, waarvan de modaliteiten door de Koning zullen bepaald worden, toegekend a rato van het aantal erkende bedden zoals gekend op het ogenblik van de berekening, teneinde de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken te dekken die voor de eerste keer afschrijfbaar zijn tijdens elk van de betrokken jaren.

Indien bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen van de betrokken jaren (2014 of 2015) blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die voor de eerste keer afschrijfbaar zijn tijdens het herziene jaar, hoger liggen dan het toegekende forfait, worden de werkelijke lasten in aanmerking genomen.

In dat geval worden de afschrijvingslasten voor de betrokken herconditioneringswerken op werkelijke basis gedekt tot het einde van de afschrijving van die herconditioneringswerken.

Indien daarentegen bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen van de betrokken jaren, 2014 of 2015, blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die voor de eerste keer afschrijfbaar zijn tijdens het herziene jaar, lager liggen dan het toegekende forfait, wordt het toegekende forfait behouden.

7° vanaf 1 januari 2016 worden de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die voor de eerste keer afschrijfbaar zijn tijdens het betrokken jaar, gedekt door het in punt 6° bedoelde forfait. ».

**Art. 2.** In artikel 30 van hetzelfde besluit, wordt paragraaf 3, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 11 juli 2003, opgeheven vanaf de herziening van het boekjaar 2009.

**Art. 3.** In artikel 31, § 3, 2° van hetzelfde besluit, wordt de bepaling onder c), laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, vervangen als volgt :

« c) de bestralingsapparatuur wordt gevaloriseerd ten bedrage van 90.000 euro, met dien verstande dat zij in exploitatie is en enkel mag bestaan uit een lineaire versneller of een 'gamma knife' apparaat. ».

**Art. 4.** In artikel 42, § 1, van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° het eerste lid van de 1ste bewerking, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 juni 2007, wordt vervangen als volgt :

« 1e bewerking : het beschikbare nationale budget van elk van de in artikel 40 bedoelde groepen wordt gevormd door de som van de budgetten waarover de ziekenhuizen van elke groep beschikken de dag die het dienstjaar voorafgaat waarin het budget B1 vastgesteld werd, voor toepassing van de 8e bewerking, en dat na aftrek van de internaatkosten. »;

2° in de 3e bewerking, 4° Administratieve kosten, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 juni 2007, worden de woorden « (0,1 \* J<sub>2</sub>) » vervangen door de woorden « (0,05 \* J<sub>2</sub>) »;

3° de 6e bewerking, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, wordt vervangen als volgt :

« 6e bewerking : de bedragen berekend overeenkomstig de derde bewerking worden voor elk ziekenhuis opgeteld. »;

4° de bepalingen onder de 8e bewerking, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 10 november 2006, worden vervangen als volgt :

« 8e bewerking : 50 % van de na de 3e bewerking verkregen bedragen voor de bestanddelen algemene onkosten, onderhoud, verwarming en de administratieve kosten en 100 % van de na de 3e bewerking verkregen bedragen voor de bestanddelen was-linnen en voeding wordt aangepast door deze te delen door het aantal ligdagen, met inbegrip van de ligdagen heilkundige daghospitalisatie, gerealiseerd tijdens het referentiedienstjaar voor de berekening van de in artikel 46 bedoelde verantwoorde bedden en door ze te vermenigvuldigen met het aantal verantwoorde dagen berekend volgens de modaliteiten van bijlage 3 van dit besluit.

Het verschil tussen de aldus verkregen bedragen en de bedragen verkregen na de derde bewerking komen in aanmerking voor 60 % vanaf het dienstjaar dat begint op 1 juli 2005. Het genoemde verschil wordt voor 100 % in aanmerking genomen vanaf het dienstjaar dat begint op 1 juli 2006. »;

5° de bepalingen onder de 9e bewerking, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 16 maart 2004, worden aangevuld met een lid, luidende :

« Bij de uitkomst na de 9de bewerking worden de internaatkosten bijgeteld. ».

6° à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014 et jusqu'au 31 décembre 2015, un montant forfaitaire, dont les modalités seront définies par le Roi, est attribué, chaque année, à chaque hôpital, au prorata de son nombre de lits agréés tels que connus au moment du calcul, afin de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois durant chacune des années concernées.

S'il est constaté, lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers des années concernées, 2014 ou 2015, que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement, amortissables la première fois durant l'année révisée, sont supérieures au forfait alloué, les charges réelles seront retenues.

Dans ce cas, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement concernés sont couvertes sur base réelle jusqu'au terme de l'amortissement de ces travaux de reconditionnement.

Si, au contraire, il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers des années concernées, 2014 ou 2015, que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois durant l'année revue sont inférieures au forfait alloué, le forfait attribué sera maintenu.

7° à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois durant l'année concernée sont couvertes par le forfait visé au point 6°. ».

**Art. 2.** Dans l'article 30 du même arrêté, le paragraphe 3, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 11 juillet 2003, est abrogé à compter de la révision de l'exercice 2009.

**Art. 3.** A l'article 31, § 3, 2°, du même arrêté, le c), modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, est remplacé par ce qui suit :

« c) l'appareillage d'irradiation est valorisé à raison de 90.000 euros, étant entendu qu'il doit être en exploitation et ne peut être qu'un accélérateur linéaire ou un appareillage 'gamma knife'. ».

**Art. 4.** Dans l'article 42, § 1<sup>er</sup>, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 1<sup>er</sup> de la 1<sup>ère</sup> opération, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 19 juin 2007, est remplacé par ce qui suit :

« 1<sup>re</sup> opération : le budget national disponible de chacun des groupes dont question à l'article 40 est constitué de l'addition des budgets dont disposaient les hôpitaux de chaque groupe le jour précédent l'exercice de fixation du budget B1, avant application de la 8<sup>e</sup> opération et déduction faite des frais d'internat. »;

2° dans 3<sup>e</sup> opération, 4° Frais administratifs, modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 19 juin 2007, les mots « (0,1 \* J<sub>2</sub>) » sont remplacés par les mots « (0,05 \* J<sub>2</sub>) »;

3° la 6<sup>e</sup> opération, modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, est remplacée par ce qui suit :

« 6<sup>e</sup>e opération : les montants calculés conformément à la 3<sup>e</sup> opération sont additionnés pour chaque hôpital. »;

4° la 8<sup>e</sup> opération, modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 10 novembre 2006, est remplacée par ce qui suit :

« 8<sup>e</sup> opération : 50 % des montants obtenus après la 3e opération en ce qui concerne les éléments frais généraux, entretien, chauffage et Frais administratifs et 100 % des montants obtenus après la 3<sup>e</sup> opération en ce qui concerne les éléments buanderie-lingerie et alimentation sont adaptés en les divisant par le nombre de journées d'hospitalisation, en ce compris les journées d'hospitalisation chirurgicale de jour, réalisées durant l'exercice de référence pour le calcul des lits justifiés visés à l'article 46 et en les multipliant par le nombre de journées justifiées calculées selon les modalités de l'annexe 3 au présent arrêté.

La différence entre les montants ainsi obtenus et les montants obtenus après la 3<sup>e</sup> opération sont retenus à raison de 60 % à partir de l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2005. La différence précitée est retenue à 100 % à partir de l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2006. »;

5° la 9e opération, modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 16 mars 2004, est complétée par un alinéa rédigé comme suit :

« Au montant calculé au terme de la 9e opération sont ajoutés les frais d'internat. ».

**Art. 5.** In hetzelfde besluit wordt een onderafdeling *4bis* ingevoegd, luidende :

« Onderafdeling *4bis*. – Gemeenschappelijke bepalingen voor onderdeel B1 van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

Art. *44bis*. Vanaf 1 juli 2013 wordt onderdeel B1 van het budget van de financiële middelen van alle ziekenhuizen verminderd met een bedrag van 5 miljoen euro op jaarbasis.

De berekening gebeurt als volgt

$$X = A/B * C$$

waar :

A = 5 miljoen euro;

B = som van de waarde van onderdeel B1 van elk ziekenhuis zoals betekend in het budget van de financiële middelen op 1 januari 2013;

C = waarde van onderdeel B1 van het ziekenhuis zoals betekend in het budget van de financiële middelen op 1 januari 2013. ».

**Art. 6.** In artikel 45, § 2 wordt het tweede lid vervangen als volgt :

« De bedoelde parameters zijn die van :

- artikel 46, § 2, 2°, c) : de reanimatie-verstrekkingen;

- artikel 46, § 2, 2°, a) : de geneeskundige en heelkundige verstrekkingen en het aantal M.V.G.-punten; vanaf 1 juli 2014 worden de MVG-punten vervangen door NRG-punten waarvan de modaliteiten zullen worden bepaald door de Koning;

- artikel 46, § 2, 2°, b) : de geneeskundige en heelkundige verstrekkingen en het aantal M.V.G.-punten; vanaf 1 juli 2014 worden de MVG-punten vervangen door NRG-punten waarvan de modaliteiten zullen worden bepaald door de Koning;

- artikel 46, § 3, 2°, a) : de standaardtijden;

- artikel 46, § 3, 2°, b) : de dringende geneeskundige verstrekkingen, de basispunten per 100 bedden en de MZG-registraties van de ten laste genomen patiënten in de spoedgevallendiensten;

- artikel 46, § 3, 2°, c) : de geneeskundige verstrekkingen. ».

**Art. 7.** In artikel 46 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° paragraaf 1, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 juni 2007, wordt aangevuld met een lid, luidende :

« 5° De NRG (nursing related groups) : classificatiesysteem bestemd om per zorgperiode de gehospitaliseerde patiënten onder te verdelen in homogene groepen. Deze classificatie is gebaseerd op een klinische coherentie van de verpleegkundige zorg, waaruit het inzetten van daarmee gepaard gaande middelen voortvloeit om kwaliteitsvolle zorg te verstrekken. »;

2° paragraaf 2, 2° Aanvullende financiering, a), 2°, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 12 december 2012 wordt aangevuld met een lid, luidende :

« Vanaf 1 juli 2014 worden de bijkomende punten onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de NRG volgens de modaliteiten die door de Koning moeten worden bepaald. »;

3° paragraaf 2, 2° Aanvullende financiering, b), 2°, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 november 2012 wordt aangevuld met een lid, luidende :

« Vanaf 1 juli 2014 worden de bijkomende punten onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de NRG volgens de modaliteiten die door de Koning moeten worden bepaald. »;

4° paragraaf 2, 2° Aanvullende financiering, c), c.2) tweede berekening, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 november 2012 wordt aangevuld met een lid, luidende :

« Vanaf 1 juli 2014 worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen op basis van de NRG scores, waarvan de berekeningsmodaliteiten moeten worden bepaald door de Koning, en volgens oplopende scorewaarde.

Het aantal bijkomende punten per verantwoord bed wordt bepaald volgens de bovenstaande tabel en weerhouden ten belope van 40 % ».

5° paragraaf 2, 2° Aanvullende financiering, wordt aangevuld met een lid, luidende :

« d) Vanaf 1 juli 2015 worden de berekeningsmodaliteiten van de bijkomende financiering voor de verantwoorde C-, D- en E-bedden met een intensief karakter bepaald door de Koning, wetende dat het aantal beschikbare punten wordt bepaald op basis van de NRG. »;

**Art. 5.** Dans le même arrêté, il est inséré une sous-section *4bis*, rédigée comme suit :

« Sous-section *4bis*. – Dispositions communes à la sous-partie B1 des hôpitaux généraux et psychiatriques.

Art. *44bis*. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013, la sous-partie B1 du budget des moyens financiers de tous les hôpitaux est diminuée d'un montant de 5 millions d'euros en base annuelle.

Le calcul s'effectue de la manière suivante :

$$X = A/B * C$$

où :

A = 5 millions d'euros;

B = somme de la valeur de la sous-partie B1 de chaque hôpital, telle que notifiée dans le budget des moyens financiers du 1<sup>er</sup> janvier 2013;

C = valeur de la sous-partie B1 de l'hôpital, telle que notifiée dans le budget des moyens financiers du 1<sup>er</sup> janvier 2013. ».

**Art. 6.** Dans l'article 45, § 2, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

« Les paramètres visés sont ceux dont question à :

- l'article 46, § 2, 2° c) : les prestations de réanimation;

- l'article 46, § 2, 2° a) : les prestations médicales et chirurgicales et le nombre de points-RIM; à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, les points-RIM sont remplacés par les points-NRG, dont les modalités seront définies par le Roi;

- l'article 46, § 2, 2° b) : les prestations chirurgicales et médicales et le nombre de points-RIM; à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, les points-RIM sont remplacés par les points-NRG, dont les modalités seront définies par le Roi;

- l'article 46, § 3, 2° a) : les temps standards;

- l'article 46, § 3, 2° b) : les prestations médicales d'urgence, les points de base par 100 lits et les enregistrements RHM des patients pris en charge au service des urgences;

- l'article 46, § 3, 2° c) : les prestations médicales. ».

**Art. 7.** Dans l'article 46, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 1<sup>er</sup>, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 19 juin 2007, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« 5° les NRG (nursing related groups) : système de classification destiné à répartir, par épisode de soins, les patients hospitalisés dans des groupes homogènes. Cette classification est basée sur une cohérence clinique des soins infirmiers de laquelle découle le déploiement des ressources qui s'y rapportent pour réaliser des soins de qualité. »;

2° dans le paragraphe 2, 2° Financement complémentaire, a), le 2°, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 12 décembre 2012, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, les points supplémentaires sont répartis entre les hôpitaux sur base des NRG selon des modalités à définir par le Roi. »;

3° dans le paragraphe 2, 2° Financement complémentaire, b), le 2°, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 19 novembre 2012, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, les points supplémentaires sont répartis entre les hôpitaux sur base des NRG selon des modalités à définir par le Roi. »;

4° dans le paragraphe 2, 2° Financement complémentaire, c), le c.2) deuxième calcul, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 19 novembre 2012, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, sur base des scores NRG, dont les modalités de calcul sont à définir par le Roi, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du score.

Le nombre de points supplémentaires par lit justifié est fixé comme repris dans le tableau ci-dessus et retenu à concurrence de 40 % »;

5° le paragraphe 2, 2° Financement complémentaire est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« d) A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, les modalités de calcul du financement complémentaire pour les lits justifiés C, D et E à caractère intensif sont définis par le Roi, en sachant que le nombre total de points disponibles est déterminé sur base des NRG. »;

6° in § 3, 2°, a) voor het operatiekwartier, a.1) eerste berekening, tweede lid, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 12 mei 2006, wordt de tweede gedachtestreep beginnend met de woorden « - met 30 % voor de ziekenhuizen... » en eindigend met de woorden « stomatologische chirurgie; » opgeheven.

7° in paragraaf 3, 2°, a) voor het operatiekwartier, wordt a.2) tweede berekening : operatiezaal die permanent beschikbaar is, vervangen als volgt :

« a.2) Tweede berekening : operatiezaal die permanent beschikbaar is :

Bovenop de punten toegekend overeenkomstig punt a.1), worden per operatiezaal in heelkundige diensten die permanent beschikbaar worden gehouden 20 punten toegekend.

Voor het bepalen van het aantal operatiezalen die permanent beschikbaar worden gehouden, worden de hiernavolgende criteria toegepast.

Voor alle ziekenhuizen wordt een zaal toegekend als :

- het ziekenhuis is opgenomen in de dringende medische hulpverlening;

- het aantal zalen vastgesteld op basis van de eerste berekening minstens 5 bedraagt :

- het ziekenhuis beschikt over een erkend globaal zorgprogramma « cardiale pathologie » B bestaande uit de deelprogramma's B1, B2 en B3 of een neurochirurgiedienst die tijdens het laatst gekende dienstjaar minstens 250 ingrepen heeft uitgevoerd, waarvan minstens 150 ingrepen vermeld in de voornoemde nomenclatuur met een waarde gelijk aan of hoger dan K400.

Een tweede bijkomende zaal wordt toegekend als bovendien :

- het aantal zalen bepaald volgens de eerste berekening minstens 8 bedraagt;

- het ziekenhuis, voor zover het niet in aanmerking kwam voor de toekenning van de eerste zaal, beschikt over een erkend globaal zorgprogramma « cardiale pathologie » B, bestaande uit de deelprogramma's B1, B2 en B3 of een neurochirurgiedienst, die tijdens het laatst gekende dienstjaar, minstens 250 heelkundige ingrepen heeft uitgevoerd, waarvan minstens 150 ingrepen vermeld in de voornoemde nomenclatuur met een waarde gelijk aan of hoger dan K400. »;

8° paragraaf 4, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 4 juni 2003, wordt vervangen als volgt :

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

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

In dit geval, wordt de volgende formule toegepast :

$$\frac{\text{Aantal punten personeel} \times \text{gemiddelde loonkost ziekenhuis}}{\text{nationaal gemiddelde ziekenhuis}}$$

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

b.1) de loonschalen van de ondergeschikte openbare besturen op 1 november 1993, vermeerderd met 3,5 % voor de privé-sector en met 4,93 % voor de openbare sector overeenstemmend met elke graad of functie.

Volgende functies worden in aanmerking genomen :

- Hoofd van het verpleegkundig departement;
- Verpleegkundig diensthoofd (middenkader);
- Hoofdverpleegkundige 1.78s;
- Hoofdverpleegkundige 1.77;
- Hoofdverpleegkundige 1.61;
- Gegradueerd verpleegkundige (t.e.m. 2006)/bachelor (vanaf 2007) 1.77;
- Gegradueerd verpleegkundige (t.e.m. 2006)/bachelor (vanaf 2007) 1.61;
- Gegradueerd verpleegkundige (t.e.m. 2006)/bachelor (vanaf 2007) 1.55;
- Gebrevetteerd (t.e.m. 1996)/gediplomeerd (vanaf 1997 t.e.m. 2008)/gegradueerd verpleegkundige HBO5 (vanaf 2009) 1.55;
- Gebrevetteerd (t.e.m. 1996)/gediplomeerd (vanaf 1997 t.e.m. 2008)/gegradueerd verpleegkundige HBO5 (vanaf 2009) 1.43;
- Ziekenhuisassistent 1.57;

6° dans le paragraphe 3, 2°, a) pour le quartier opératoire, a.1) premier calcul, alinéa 2, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 12 mai 2006, le 2e tiret commençant par les mots « - de 30 % pour les hôpitaux... » et se terminant par les mots « chirurgie stomatologique; » est abrogé.

7° dans le paragraphe 3, 2°, a) pour le quartier opératoire, le a.2) deuxième calcul : salles d'opération disponible en permanence est remplacé par ce qui suit :

« a.2) deuxième calcul : salle d'opération disponible en permanence :

En plus des points attribués conformément au point a.1), sont attribués 20 points par salle d'opération, dans les services de chirurgie, maintenue disponible en permanence.

Pour déterminer le nombre de salles d'opération maintenues disponibles en permanence, il est fait application des critères ci-après.

Pour tous les hôpitaux, une salle est octroyée si :

- l'hôpital est repris dans l'aide médicale urgente;

- le nombre de salles déterminé en fonction du premier calcul est au moins de 5;

- l'hôpital dispose d'un programme de soins global « pathologie cardiaque » B agréé, composé des programmes partiels B1, B2 et B3, ou d'un service de neurochirurgie comptant, pendant le dernier exercice connu, au minimum 250 interventions chirurgicales comprenant au minimum 150 interventions reprises dans la nomenclature précitée avec une valeur égale ou supérieure à K 400.

Une salle supplémentaire est octroyée si, en outre :

- le nombre de salles déterminé suivant le premier calcul est au moins 8;

- l'hôpital dispose, selon qu'il n'ait pas été repris pour l'attribution de la première salle, d'un programme de soins global « pathologie cardiaque » B agréé, composé des programmes partiels B1, B2 et B3, ou d'un service de neurochirurgie comptant, pendant le dernier exercice connu, au minimum 250 interventions chirurgicales comprenant au minimum 150 interventions reprises dans la nomenclature précitée avec une valeur égale ou supérieure à K 400. »;

8° le paragraphe 4, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 4 juin 2003, est remplacé par ce qui suit :

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

a) le nombre de points est modifié pour tenir compte de la charge moyenne salariale de chaque hôpital par rapport à la charge salariale moyenne nationale.

Dans ce cas, la formule suivante est appliquée :

$$\frac{\text{Nombre points relatif au personnel} \times \text{charge moyenne salariale de l'hôpital}}{\text{charge moyenne salariale nationale}}$$

b) le calcul de la moyenne salariale de l'hôpital et de la moyenne salariale nationale est établi sur base de barèmes théoriques tenant compte des éléments suivants :

b.1) les barèmes des pouvoirs publics subordonnés du 1<sup>er</sup> novembre 1993, augmentés de 3,5 % pour le secteur privé et de 4,93 % pour le secteur public, correspondant à chaque grade ou fonction.

Les fonctions retenues sont les suivantes :

- Chef du département infirmier;
- Infirmier-chef de service (cadre intermédiaire);
- Infirmier en chef 1.78s;
- Infirmier en chef 1.77;
- Infirmier en chef 1.61;
- Infirmier gradué/bachelier 1.77;
- Infirmier gradué/bachelier 1.61;
- Infirmier gradué/bachelier 1.55;
- Infirmier breveté 1.55;
- Infirmier breveté 1.43;
- Assistant en soins hospitaliers 1.57;



- Ziekenhuisassistent 1.40;
- Paramedisch personeel 1.80;
- Paramedicus A1;
- Paramedicus A2;
- Psycholoog in diensten A, K, T en/of IB;
- Opvoeder A, K, T en/of IB;
- Zorgkundige 1.35;
- Zorgkundige 1.26;
- Zorgkundige 1.22;
- Personeel 54bis.

b.2) het aantal VTE per functie.

Voor de functies die genieten van een weddenschaal met vlakke loopbaan, moet het totaal aantal voltijdse equivalenten van de functie worden opgesplitst om rekening te houden met de door de loonschaal voorziene verhogingen.

Het aantal in aanmerking genomen VTE voor de berekening van de gemiddelde looncorrectie wordt verkregen door de som van de basispunten, de bijkomende punten en de punten toegekend voor de plaatsen heelkundige daghospitalisatie, het personeel van het operatiekwartier, het personeel van de spoeddienst en het personeel van de sterilisatie te delen door 2,5 punten, waarbij een aantal VTE's dient te worden opgeteld dat overeenstemt met toegekende bijkomende financieringen in onderdeel B4 met artikel 74 en in onderdeel B7 met artikel 77, om de kost te financieren van het verschil in de normen aan verpleegkundig personeel en verzorgend personeel van toepassing op de universitaire en op de niet-universitaire bedden;

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

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

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

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

- Volgende berekeningsformule wordt toegepast :

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

Eerst wordt het hoogst gekwalificeerd personeel en het personeel met de hoogste geldelijke anciënniteit in rekening gebracht.

4) de sociale lasten, rekening houdend met het effectieve geldelijke statuut van het personeel;

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

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

- een aantal VTE's berekenen voor bedden met intensief karakter door het aantal bedden met intensief karakter dat op basis van de MVG door middel van de ZIP-dagen is vastgesteld, met twee te vermenigvuldigen. Dat aantal VTE's mag nooit lager dan 12 zijn; vanaf 1 juli 2014 zal een aantal VTE's voor de bedden met intensief karakter worden berekend op basis van de NRG waarvan de berekeningsmodaliteiten worden bepaald door de Koning.

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

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

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

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

- Assistant en soins hospitaliers 1.40;
- Paramédical 1.80;
- Paramédical A1;
- Paramédical A2;
- Psychologue service A, K, T et/ou IB;
- Educateur A, K, T et/ou IB;
- Aide-soignant 1.35;
- Aide-soignant 1.26;
- Aide-soignant 1.22;
- Personnel 54bis.

b.2) le nombre de personnes ETP par fonction.

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

Le nombre d'ETP pris en compte pour le calcul de la correction moyenne salariale est obtenu en divisant la somme des points de base, des points supplémentaires, des points attribués pour les places d'hospitalisation chirurgicale de jour, le personnel du bloc opératoire, le personnel du service des urgences et le personnel de la stérilisation, par 2,5 points, à quoi il faut ajouter un nombre d'ETP correspondant aux financements complémentaires accordés en sous-partie B4, à l'article 74, et en sous-partie B7, à l'article 77, pour financer le coût de la différence de normes de personnel infirmier et soignant applicables aux lits universitaires et aux lits non universitaires;

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

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

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

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

- la formule de calcul est la suivante :

$$(\sum \text{Ancienneté pécuniaire} \times \text{ETP}) / \sum \text{ETP}$$

Est d'abord pris en considération le personnel le plus qualifié et l'ancienneté pécuniaire la plus importante.

b.4) les charges sociales en prenant en considération le statut pécuniaire effectif du personnel;

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

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

- calculer un nombre d'ETP pour les lits à caractère intensif en multipliant par deux le nombre de lits à caractère intensif fixé sur base du RIM par le biais des journées ZIP. Ce nombre d'ETP ne peut jamais être inférieur à 12; à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, un nombre d'ETP pour les lits à caractère intensif sera calculé sur base des NRG dont les modalités de calcul sont définies par le Roi;

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

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

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

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

Voor het personeel 54bis en zorgkundige wordt het percentage vastgesteld op 10 % van het percentage weerhouden voor het gekwalificeerd personeel. Voor het personeel 54bis en zorgkundige van de intensieve zorgen en de spoedgevallendiensten is dit percentage gelijk aan nul. ».

**Art. 8.** In artikel 63 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° paragraaf 1, eerste lid, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, wordt vervangen door het volgend lid, luidend als volgt :

« Binnen de perken van het budget dat op 1 januari 2013 is vastgesteld op 87.767.645 euro en op 1 juli 2013 is vastgesteld op 98.879.419 euro wordt het onderdeel B4 verhoogd met een forfaitair bedrag voor de algemene ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van proefstudies. »;

2° paragraaf 2, eerste lid, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, wordt vervangen als volgt :

« Binnen de perken van het beschikbare budget dat op 1 januari 2013 is vastgesteld op 76.281.355 euro wordt het onderdeel B4 verhoogd met een forfaitair bedrag voor de ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van proefstudies rond thematieken in verband met de geestelijke gezondheid. ».

**Art. 9.** Artikel 64 van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 oktober 2011, wordt aangevuld met een paragraaf 8, luidende :

« § 8. Een budget van 246.000 euro (index 01/01/2013) wordt toegekend aan de ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie pediatrie liaison, in de zin van het koninklijk besluit van 15 november 2010 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie pediatrie liaison moet voldoen om te worden erkend. ».

**Art. 10.** In hetzelfde besluit wordt in de plaats van artikel 70, opgeheven bij het koninklijk besluit van 26 februari 2010, het als volgt luidende artikel 70 ingevoegd :

« Art. 70. Vanaf 1 januari 2013 wordt, met het oog op het opzetten van de verlengde hospitalisatiestructuren voor patiënten die getroffen zijn door multiresistente tuberculose, onderdeel B4 van de voor bedden met index L erkende ziekenhuizen en die een overeenkomst hebben ondertekend met de minister bevoegd voor volksgezondheid, verhoogd met een budget van 806.870 Euro.

Dit bedrag komt overeen met :

- een zorgteam dat ervaring heeft in de behandeling van infectieziekten bestaande uit 6 verpleegkundigen, 3 zorgkundigen, 3 paramedici, één vierde VTE verpleegkundige-hygiënist en één vierde VTE geneesheer-hygiënist;

- de aankoop van het specifieke materiaal dat noodzakelijk is voor de uitoefening van de opdracht, zoals het basismateriaal om gedurende één week in optimale veiligheidsomstandigheden de eerste drie patiënten te kunnen opvangen die een hoogst besmettelijke acute respiratoire pathologie vertonen die een hospitalisatie in ad hoc eenheden vereisen, en het materiaal noodzakelijk om routinematig de patiënten met multiresistente tuberculose te kunnen opereren. ».

**Art. 11.** artikel 73 van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, paragraaf 4 wordt vervangen als volgt :

« § 4. Voor het jaar 2012, voor de ziekenhuizen aangesloten bij het gesolidariseerd pensioenfonds van de RSZPPO, wordt de verhoging van de pensioenbijdrage van het vastbenoemd personeel gecompenseerd op basis van het verschil tussen het basispercentage van de pensioenbijdrage, bepaald door artikel 18, 1) tot 2) van de wet van 24 oktober 2011, tot vrijwaring van een duurzame financiering van de pensioenen van de vastbenoemde personeelsleden van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten en van de lokale politiezones, tot wijziging van de wet van 6 mei 2002 tot oprichting van het fonds voor de pensioenen van de geïntegreerde politie en houdende bijzondere bepalingen inzake sociale zekerheid en houdende diverse wijzigingsbepalingen, en het percentage van de pensioenbijdrage dat op 1 januari 2011 van toepassing was op de ziekenhuizen aangesloten bij de pensioenstelsels bedoeld in deze punten 1) tot 2). Dit verschil wordt toegepast op de reële salarismassa die dient als basis voor de basispensioenbijdrage die door de RSZPPO wordt medegegeeld.

Indien het totaal van de individuele compensaties bedoeld in vorig lid hoger is dan 6.505 duizenden euro (index 01/01/2012), dan wordt op de individuele compensaties een correctiefactor toegepast. Deze

Pour le personnel 54bis et aide-soignant, le pourcentage est fixé à 10 % du pourcentage retenu pour le personnel qualifié. Pour le personnel 54bis et aide-soignant des soins intensifs et du service des urgences, ce pourcentage est égal à zéro. ».

**Art. 8.** Dans l'article 63, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, l'alinéa 1<sup>er</sup>, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, est remplacé par l'alinéa suivant, rédigé comme suit :

« Dans les limites du budget disponible fixé, au 1<sup>er</sup> janvier 2013, à 87.767.645 euros et au 1<sup>er</sup> juillet 2013 à 98.879.419 euros, la sous-partie B4 est augmentée d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux généraux qui participent à la réalisation d'études pilotes. »;

2° dans le paragraphe 2, l'alinéa 1<sup>er</sup>, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, est remplacé par l'alinéa suivant, rédigé comme suit :

« Dans les limites du budget disponible, fixé au 1<sup>er</sup> janvier 2013 à 76.281.355 euros, la sous-partie B4 est augmentée d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux qui participent à la réalisation d'études pilotes ayant trait à des thématiques relatives à la santé mentale. ».

**Art. 9.** L'article 64 du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 26 octobre 2011, est complété par le paragraphe 8 rédigé comme suit :

« § 8. Un budget de 246.000 euros (index 01/01/2013) est octroyé aux hôpitaux agréés pour une fonction 'liaison pédiatrique', au sens de l'arrêté royal du 15 novembre 2010 fixant les normes auxquelles une fonction 'liaison pédiatrique' doit répondre pour être agréée. ».

**Art. 10.** Dans le même arrêté, à la place de l'article 70 abrogé par l'arrêté royal du 26 février 2010, il est inséré un article 70 rédigé comme suit :

« Art. 70. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013, afin de mettre en place des structures d'hospitalisation prolongée pour les patients atteints de tuberculose multirésistante, la sous-partie B4 des hôpitaux agréés pour des lits d'index L et ayant signé une convention avec le ministre ayant la santé publique dans ses attributions est augmentée d'un budget de 806.870 euros.

Ce montant correspond à :

- une équipe soignante ayant une expérience en matière de traitement de maladies infectieuses composée de 6 infirmiers, 3 aides-soignants, 3 paramédicaux, un quart temps infirmier hygiéniste et un quart temps médecin hygiéniste;

- l'achat du matériel spécifique nécessaire à l'exercice de la mission, comme le matériel de base pour pouvoir accueillir dans des conditions optimales de sécurité pendant une semaine, les 3 premiers patients présentant une pathologie respiratoire aiguë hautement contagieuse nécessitant une hospitalisation dans des unités ad hoc et le matériel nécessaire pour pouvoir opérer en routine les patients avec une tuberculose multirésistante. ».

**Art. 11.** Dans l'article 73 du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, le paragraphe 4 est remplacé par ce qui suit :

« § 4. Pour l'année 2012, pour les hôpitaux affiliés au Fonds de pension solidarisé de l'ONSSAPL, l'augmentation de la cotisation pension du personnel nommé à titre définitif est compensée sur la base de la différence entre le taux de la cotisation pension de base fixé par l'article 18, 1) à 2), de la loi du 24 octobre 2011, assurant un financement pérenne des pensions des membres du personnel nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales et des zones de police locale et modifiant la loi du 6 mai 2002 portant création du fonds des pensions de la police intégrée et portant des dispositions particulières en matière de sécurité sociale et contenant diverses dispositions modificatives, et le taux de la cotisation pension qui était applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2011 aux hôpitaux affiliés aux régimes de pension visés à ces 1) à 2). Cette différence est appliquée sur la masse salariale réelle servant de base à la cotisation pension de base qui est renseignée par l'ONSSAPL.

Si le total des compensations individuelles visées à l'alinéa précédent dépasse le montant de 6.505 milliers d'euros (index 01/01/2012), un facteur de correction est appliqué sur les compensations individuelles.

correctiefactor wordt verkregen door het hogergenoemd bedrag voor het jaar in kwestie te delen door de som van de individuele compensaties bedoeld in vorig lid.

Wat het private ziekenhuis betreft dat beschikt over statutair personeel dat ter beschikking is gesteld door een plaatselijke of provinciale overheidsdienst aangesloten bij het gesolidariseerd Pensioenfonds van de RSZPPO, kan de financiële tussenkomst bedoeld in de voorgaande leden worden toegekend, indien het formeel bewijs levert dat het effectief de financiële last van dit ter beschikking gesteld personeel draagt, en dit met inbegrip van de financiële last van de verhoging van de pensioenbijdrage bedoeld in het eerste lid.

Deze financiering wordt herzien in het kader van de herziening van het budget van de financiële middelen van het jaar 2012, op basis van de gegevens van de loonmassa van het jaar 2012 aangeleverd door de RSZPPO.

§ 5. Voor het jaar 2013 wordt er een bijkomend budget van 37 miljoen euro bij het budget vermeld onder § 4 tweede lid bijgeteld teneinde een deel van de lasten te compenseren resulterend, voor de ziekenhuizen, uit de hervorming van de financiering van de pensioenen van de vastbenoemde personeelsleden ingevoerd door de voornoemde wet van 24 oktober 2011.

Het aldus verkregen budget wordt verdeeld op basis van het geheel van de lasten van de bijdragen en de pensioenen gedragen door het ziekenhuis voor het jaar 2012 in uitvoering van deze wet.

Voor wat betreft het private ziekenhuis dat beschikt over statutair personeel dat haar ter beschikking is gesteld door een lokale of provinciale administratie die is aangesloten bij het gesolidariseerd Pensioenfonds van de RSZPPO wordt de financiële tussenkomst vermeld in het tweede lid berekend pro rata de verhouding tussen de loonmassa van de vastbenoemde personeelsleden van de lokale of provinciale administratie die in het vierde trimester 2011 een ziekenhuisactiviteit uitoefenden en de totale loonmassa van de vastbenoemde personeelsleden van de lokale of provinciale administratie gedurende dezelfde periode, verstrekt door de RSZPPO. Deze tussenkomst kan enkel worden toegekend indien het het formele bewijs levert dat het effectief de financiële lasten vermeld in het eerste lid draagt.

§ 6. Voor het jaar 2014 wordt een bijkomend budget van 12.294 duizend euro bij het in § 5 bedoelde totale budget bijgeteld teneinde een deel van de lasten te financieren resulterend, voor de ziekenhuizen, uit de hervorming ingevoerd door de voornoemde wet van 24 oktober 2011.

De verdelingsmodaliteiten van het aldus verkregen budget zijn identiek aan die, vermeld in § 5, tweede lid. In elk geval is er rekening gehouden met de lasten van de bijdragen en de pensioenen voor het voorgaande jaar, verstrekt door de RSZPPO. Voor de private ziekenhuizen blijft het derde lid van § 5 van toepassing.

§ 7. Vanaf het jaar 2015 wordt er elk jaar een actualisering van de gegevens gemaakt, rekening houdende met de gegevens van de lasten van de bijdragen en de pensioenen voor het voorgaande jaar, verstrekt door de RSZPPO. Voor de private ziekenhuizen blijft het derde lid van § 5 van toepassing. ».

**Art. 12.** In artikel 75 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 1, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, wordt aangevuld als volgt :

« In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2013. »;

2° § 2, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, wordt aangevuld als volgt :

« In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2013. »;

3° § 3, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, wordt aangevuld als volgt :

« In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2013. ».

**Art. 13.** In hetzelfde besluit wordt, in hoofdstuk VI, afdeling II, onderafdeling 14, een artikel 79undecies ingevoegd, luidende :

« Art. 79undecies. Vanaf 1 januari 2013 wordt er een budget van 1.295.000 euro toegekend aan de ziekenhuizen op voorwaarde van de toekenning van weddenschaal 1.35 zoals beslist in de paritaire commissie 330, aan zorgkundigen die deze functie uitvoeren in het ziekenhuis. Voor de openbare sector moet de weddenschaal van toepassing op de zorgkundigen equivalent zijn aan die die voor de private sector werd vastgesteld.

Ce facteur de correction est obtenu en divisant le montant susmentionné par la somme des compensations individuelles visées à l'alinéa précédent.

En ce qui concerne l'hôpital privé qui dispose de personnel statutaire mis à sa disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds de pension solidarisé de l'ONSSAPL, l'intervention financière visée aux alinéas précédents peut lui être octroyée s'il fournit la preuve formelle qu'il supporte effectivement la charge financière de ce personnel mis à disposition et ce, y compris, la charge financière de l'augmentation de la cotisation pension visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

Ce financement est revu dans le cadre de la révision du budget des moyens financiers de l'année 2012, sur base des données de masse salariale de l'année 2012 fournies par l'ONSSAPL.

§ 5. Pour l'année 2013, un budget supplémentaire de 37 millions d'euros est ajouté au budget mentionné au § 4, alinéa 2, afin de compenser une partie des charges qui résultent, pour les hôpitaux, de la réforme du financement des pensions des agents nommés opérée par la loi du 24 octobre 2011 précitée.

Le budget total ainsi obtenu est réparti en fonction de l'ensemble des charges de cotisations et de pensions, supportées par l'hôpital en application de cette loi, pour l'année 2012.

En ce qui concerne l'hôpital privé qui dispose de personnel statutaire mis à sa disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds de pension solidarisé de l'ONSSAPL, l'intervention financière visée à l'alinéa 2 est établie au prorata du rapport, fourni par l'ONSSAPL, entre la masse salariale des agents nommés de l'administration locale ou provinciale qui exerçaient des activités hospitalières au quatrième trimestre 2011 et la masse salariale totale des agents nommés de l'administration locale ou provinciale durant cette même période. Cette intervention ne peut lui être octroyée que s'il fournit la preuve formelle qu'il supporte effectivement les charges visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 6. Pour l'année 2014, un budget supplémentaire de 12.294 milliers d'euros est ajouté au budget total mentionné au § 5 afin de financer une partie des charges qui résultent, pour les hôpitaux, de la réforme opérée par la loi du 24 octobre 2011 précitée.

Les modalités de répartition du budget ainsi obtenu sont identiques à celles mentionnées au § 5, alinéa 2. Toutefois, il est tenu compte des données de charges de cotisations et de pensions fournies par l'ONSSAPL pour l'année précédente. Pour les hôpitaux privés, l'alinéa 3 du § 5 reste d'application.

§ 7. A partir de l'année 2015, une actualisation des données est effectuée chaque année en tenant compte des données de charges de cotisations et de pensions fournies par l'ONSSAPL pour l'année précédente. Pour les hôpitaux privés, l'alinéa 3 du § 5 reste d'application. ».

**Art. 12.** Dans l'article 75, du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 1<sup>er</sup>, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, est complété comme suit :

« Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2013. »;

2° le § 2, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, est complété comme suit :

« Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2013. »;

3° le § 3, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, est complété comme suit :

« Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2013. ».

**Art. 13.** Dans le même arrêté, il est inséré, dans le chapitre VI, section II, sous-section 14, un article 79undecies rédigé comme suit :

« Art. 79undecies. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013, un budget de 1.295.000 euros est octroyé aux hôpitaux sous la condition de l'octroi du barème 1.35, tel que fixé dans la commission paritaire 330, aux aides-soignants exerçant cette fonction dans l'hôpital. Pour le secteur public, le barème applicable aux aides-soignants doit être équivalent à celui défini pour le secteur privé.

Het budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het aantal erkende bedden van elk ziekenhuis, zoals gekend op het ogenblik van de berekening.

De toegekende financiering zal op 1 januari 2014 slechts in het budget van de financiële middelen van het ziekenhuis behouden blijven indien het aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een attest bezorgt dat de toekenning van dit voordeel aan het betrokken personeel vanaf 1 januari 2013 bevestigt. Dit attest moet ten laatste tegen 28 februari 2014 worden verstuurd en moet zijn medeondertekend door de ondernemingsraad voor de private ziekenhuizen, of door het overlegcomité of, bij ontstentenis daaraan, door de vakbondsdelegatie, voor de openbare ziekenhuizen.».

**Art. 14.** Bijlage 3 van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, wordt vervangen door de bijlage bij onderhavig besluit.

**Art. 15.** In bijlage 9 van hetzelfde besluit, vervangen door het koninklijk besluit van 26 oktober 2011, worden de volgende nomenclatuurcodes en daaraan gekoppelde minuten ingevoegd :

Nomenclatuur Nomenclature	Minuten Minutes	Nomenclatuur Nomenclature	Minuten Minutes
262441	30	244882	120
226925	180	244860	400
227603	105	241780	250
227625	150	241802	250
227640	200	241824	150
227662	230	241846	300
227684	230	241861	300
227706	250	244926	400
227721	280	244941	500
227743	150	244904	420
227765	150	244963	500
227780	160	258941	680
227802	180	254844	130
227824	210	254866	165
227846	210	254881	125
227861	95	254903	180
227883	95	254925	185
227905	200	254940	120
252582	730	258683	160
262463	30	258764	220
248345	30	258860	170
		258882	180

**Art. 16.** Bijlage 16 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

**Art. 17.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2013, met uitzondering van de artikelen 1, 8, 10, 11 en 13 die uitwerking hebben met ingang van 1 januari 2013, artikel 7, 7° dat in werking treedt op 1 januari 2014, artikel 7, 1° tot en met 4° dat in werking treedt op 1 juli 2014 en artikel 7, 5° dat in werking treedt op 1 juli 2015.

**Art. 18.** De minister bevoegd voor Sociale Zaken en de minister bevoegd voor Volksgezondheid zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Ciergnon, 26 december 2013.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
Mevr. L. ONKELINX

Ce budget est réparti entre les hôpitaux sur base du nombre de lits agréés de chaque hôpital, tels que connus au moment du calcul.

Le financement octroyé ne sera maintenu dans le budget des moyens financiers de l'hôpital du 1<sup>er</sup> janvier 2014 que s'il a fait parvenir au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, une attestation confirmant l'octroi de cet avantage au personnel concerné à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013. Cette attestation doit être envoyée pour le 28 février 2014 au plus tard et doit être contresignée par le conseil d'entreprise pour les hôpitaux privés, ou par le comité de concertation ou, à défaut, par la délégation syndicale, pour les hôpitaux publics. ».

**Art. 14.** L'annexe 3 du même arrêté, modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, est remplacée par l'annexe au présent arrêté.

**Art. 15.** Dans l'annexe 9, remplacée par l'arrêté royal du 26 octobre 2011, les codes de nomenclature et les minutes afférentes suivants sont insérés :

**Art. 16.** L'annexe 16 du même arrêté est abrogée.

**Art. 17.** Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> juillet 2013, sauf les articles 1<sup>er</sup>, 8, 10, 11 et 13 qui produisent leurs effets le 1<sup>er</sup> janvier 2013, l'article 7, 7° qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014, l'article 7, 1° à 4° qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2014 et l'article 7, 5°, qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2015.

**Art. 18.** Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions et le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Ciergnon, le 26 décembre 2013.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
Mme L. ONKELINX

## BIJLAGE 3

Vaststelling van een gemiddelde ligduur per diagnosegroep en berekening van een aantal verantwoorde bedden

## 1. INLEIDING

## 1.1. Begrippen en afkortingen

MZG-registratie : de registratie van de Minimale Ziekenhuisgegevens zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden meegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

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

MDC : Major Diagnostic Category, grote diagnosegroepen die elk een systeem of een orgaan omvatten, zoals beschreven in de "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0";

APR-DRG : Diagnosis Related Groups, diagnosegroepen zoals beschreven in de "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0";

Klinische ernst of « severity of illness » : Omvang van de fysiologische decompensatie of van verlies van orgaanfunctie zoals beschreven in de "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0";

Sterfterisico : waarschijnlijkheid van overlijden, zoals beschreven in "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0".

## 1.2. Diagnosegroepen

De diagnosegroepen worden gevormd op grond van de « All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

Op basis van de hoofddiagnose wordt een eerste indeling gemaakt in grote diagnosegroepen, hierna MDC's genoemd, die elk betrekking hebben op een systeem of orgaan. Elke MDC wordt vervolgens verder verdeeld in een medische en chirurgische subgroep op basis van het al dan niet voorkomen van een chirurgische ingreep.

Binnen deze subgroepen worden de eigenlijke diagnosegroepen, namelijk de APR-DRG's, onderscheiden, rekening houdend met de volgende elementen : hoofddiagnose, nevend diagnoses, chirurgische ingrepen, speciale technieken, leeftijd, geslacht en aard van ontslag overeenkomstig de « All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

Op die manier worden 355 basis-APR-DRG's verkregen.

Elke basis-APR-DRG (met uitzondering van de APR-DRG's MMM, AAA, 955 en 956) wordt vervolgens opgesplitst in 4 niveaus van klinische ernst. De bepaling van het niveau van klinische ernst van een verblijf gebeurt in 3 fasen waarbij met name rekening wordt gehouden met de gevolgen op de klinische ernst van de nevend diagnoses die geen verband houden met de hoofddiagnose en niet onderling verbonden zijn, de leeftijd, de hoofddiagnose, het bestaan van bepaalde niet-operatieve procedures,... (Cf. All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0).

De 4 verkregen « severities of illness » zijn :

- Niveau 1 : zwak niveau van klinische ernst
- Niveau 2 : gematigd niveau van klinische ernst
- Niveau 3 : groot niveau van klinische ernst
- Niveau 4 : extreem niveau van klinische ernst.

Patiënten zonder vermelding van een hoofddiagnose (APR-DRG 955) of met vermelding van een diagnose die niet als hoofddiagnose gebruikt mag worden (APR-DRG 956) worden verder de « rest diagnosegroepen type I » genoemd. Patiënten met een belangrijke chirurgische ingreep die niet overeenkomt met de hoofddiagnose (APR-DRG 950, 951, 952) worden verder de « restdiagnosegroepen type II » genoemd.

## 1.3. Verfijning van de diagnosegroepen

De APR-DRG 862 wordt bovendien gesplitst in APR-DRG 862.1 en APR-DRG 862.2 waarbij de laatste de polysomnografieën verblijven (met een aantal gefactureerde dagen kleiner dan of gelijk aan drie en waarvoor minstens één RIZIV nomenclatuurcode '474563' werd geregistreerd) bevat.

De APR-DRG 003 wordt op basis van de hoofd- of nevend diagnose en de procedurecodes in 4 groepen opgesplitst.

## ANNEXE 3

Fixation d'une durée de séjour moyenne par groupe de diagnostics et calcul d'un nombre de lits justifiés

## 1. INTRODUCTION

## 1.1. Concepts et abréviations

Enregistrement RHM : l'enregistrement du Résumé Hôpital Minimum tel que visé à l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

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

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

APR-DRG : Diagnosis Related Groups, groupes de diagnostic tels que décrits dans les "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0";

Gravité clinique ou « severity of illness » : Etendue de la dégradation physiologique ou de la perte de fonction d'un système clinique, tels que décrits dans les "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0";

Risque de mortalité : probabilité de décès, tel que décrit dans les "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0".

## 1.2. Groupes de diagnostics

Les groupes de diagnostic sont constitués sur base des "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0".

Sur base du diagnostic principal, on effectue une première subdivision en groupes de diagnostics principaux, appelés MDC's, qui portent chacun sur un système ou un organe. Chaque MDC est ensuite scindé en un sous-groupe médical et un sous-groupe chirurgical selon qu'il y ait intervention chirurgicale ou non.

A l'intérieur de ces sous-groupes, on distingue les groupes de diagnostics proprement dits, c'est-à-dire les APR-DRG's, en tenant compte des éléments suivants : diagnostic principal, diagnostics associés, interventions chirurgicales, techniques spéciales, âge, sexe et type de sortie, conformément aux "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0".

355 APR-DRG de base sont ainsi obtenus.

Chaque APR-DRG de base (à l'exception des APR-DRG MMM, AAA, 955 et 956) est ensuite scindé en 4 niveaux de sévérité clinique. La détermination du niveau de sévérité clinique d'un séjour s'effectue en 3 étapes qui prennent notamment en compte les effets sur la gravité clinique des diagnostics secondaires non associés avec le diagnostic principal et non interreliés entre eux, de l'âge, du diagnostic principal, de l'existence de certaines procédures non opératoires,... (Cf. All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0).

Les quatre « niveaux de sévérité » obtenus sont :

- niveau 1 : niveau de sévérité faible
- niveau 2 : niveau de sévérité modéré
- niveau 3 : niveau de sévérité majeur
- niveau 4 : niveau de sévérité extrême.

Les patients pour lesquels il n'est pas fait mention d'un diagnostic principal (APR-DRG 955) ou pour lesquels il est fait mention d'un diagnostic ne pouvant être utilisé comme diagnostic principal (APR-DRG 956) constituent ce que l'on appelle, plus loin, le « groupe de diagnostics résiduels type I ». Les patients pour lesquels il y a une importante intervention chirurgicale ne correspondant pas au diagnostic principal (APR-DRG 950, 951, 952) constituent ce que l'on appelle, plus loin, le « groupe de diagnostics résiduels type II ».

## 1.3. Affinement des groupes de diagnostics

L'APR-DRG 862 est en outre scindé en APR-DRG 862.1 et APR-DRG 862.2 dont le dernier reprend les séjours polysomnographies (avec un nombre de jours facturés plus petit ou égal à 3 pour lesquels au moins un code nomenclature INAMI '474563' a été enregistré).

L'APR-DRG 003 est scindé en 4 groupes sur base du diagnostic principal ou secondaire et des codes de procédure.

1) APR-DRG 003.1 : Allogene transplantaties en gebruikelijke indicaties + onderzoeken : verblijven waarvoor de hoofd- of nevendiagnose overeenstemt met een van de volgende codes : 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 238.7, 277.3, 284.0, 279, 282.4, 282.6 en die een ingreep omvat in de volgende codes : 41.02, 41.03, 41.05, 41.06, 41.08.

2) APR-DRG 003.2 : Autologue transplantaties en gebruikelijke indicaties + onderzoeken : verblijven waarvoor de hoofd- of nevendiagnose overeenstemt met een van de volgende codes : 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 238.7, 277.3, 284.0, 279, 282.4, 282.6 en die een ingreep omvat in de volgende codes : 41.01, 41.04, 41.07, 41.09.

3) APR-DRG 003.3 : Transplantaties zonder nadere precisering en gebruikelijke indicaties + onderzoeken : verblijven waarvoor de hoofd- of nevendiagnose overeenstemt met een van de volgende codes : 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 238.7, 277.3, 284.0, 279, 282.4, 282.6 en die een interventiecode van categorie 41.00 bevat.

4) APR-DRG 003.4 : Transplantaties en ongebruikelijke indicaties : verblijven die geen enkele hoofd- of nevendiagnose bevatten die in de andere groepen van de APR-DRG 003 worden vermeld en die een interventiecode van categorie 41.0 bevat.

Voor de patiënten waarvoor tijdens eenzelfde ziekenhuisverblijf de MZG per specialisme wordt geregistreerd, kiest men een enkele hoofd- of nevendiagnose voor de hele duur van het ziekenhuisverblijf, overeenkomstig de in punt 1.4 beschreven techniek.

#### 1.4. Concatenatie

De hoofddiagnose is de hoofddiagnose van het eerste specialisme tenzij dit het psychiatrisch specialisme is.

#### 1.5. Bepaling van de APR-DRG subgroepen

De verblijven zoals geregistreerd in de MZG-registratie worden ondergebracht in groepen, APR-DRG's genoemd, op basis van de techniek beschreven in punt 1.2 en 1.3.

Elk van die groepen wordt vervolgens opgesplitst in 4 niveau's van severity of illness zoals beschreven in punt 1.2. Vervolgens worden de severity of illness niveau's opgesplitst in vier leeftijdscategorieën :

##### 1) G Gfin-patiënten

Om tot deze groep te behoren, dient de patiënt aan drie voorwaarden te voldoen :

a) minimaal 10 dagen in een G bedindex verbleven hebben;

b) de gemiddelde leeftijd van de patiënten die verblijven in een G bedindex van het ziekenhuis 75 jaar of ouder bedraagt

of de patiënt is minstens 75 jaar

c) en minstens 30 % langer in het ziekenhuis verbleven hebben dan de gemiddelde standaardligduren van de inlier patiënten van 75 jaar of ouder met een zelfde pathologie en een zelfde klinische ernst die niet of minder dan 10 dagen in een G bedindex verbleven hebben.

2) L patiënten onder 75 jaar (uitgezonderd Gfin-patiënten) met graad van ernst 1 of 2

3) H patiënten van 75 jaar en ouder (uitgezonderd Gfin-patiënten) met graad van ernst 1 of 2

4) A Graad van ernst 3 of 4 (uitgezonderd Gfin-patiënten).

Hieronder wordt de kruising APR-DRG, severitygraad en leeftijdscategorie als APR-DRG-subgroep aangeduid.

#### 1.6. Aantal aangetaste systemen

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

### 2. BEREKENING VAN GEMIDDELDE STANDAARDLIGDUREN

#### 2.1. Doelstelling

Het doel bestaat erin om een gemiddelde standaardligduren per APR-DRG, severity of illness en leeftijdscategorie te berekenen.

#### 2.2. Toepassingsgebied

De totale gefactureerde ligduren per verblijf van de laatste drie gekende dienstjaren van de MZG-registratie dienen als basis voor de berekening van de gemiddelde standaardligduren.

Er wordt rekening gehouden met alle klassieke verblijven (H) in acute ziekenhuizen uitgezonderd :

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

1) APR-DRG 003.1 : Greffes allogènes et indications habituelles + investigations : séjours dont le diagnostic principal ou secondaire correspond à un des codes suivants : 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 238.7, 277.3, 284.0, 279, 282.4, 282.6 et qui comprend une intervention parmi les codes suivants : 41.02, 41.03, 41.05, 41.06, 41.08.

2) APR-DRG 003.2 : Greffes autologues et indications habituelles + investigations : séjours dont le diagnostic principal ou secondaire correspond à un des codes suivants : 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 238.7, 277.3, 284.0, 279, 282.4, 282.6 et qui comprend une intervention parmi les codes suivants : 41.01, 41.04, 41.07, 41.09.

3) APR-DRG 003.3 : Greffes sans autre précision et indications habituelles + investigations : séjours dont le diagnostic principal ou secondaire correspond à un des codes suivants : 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 238.7, 277.3, 284.0, 279, 282.4, 282.6 et qui comprend un code d'intervention de la catégorie 41.00.

4) APR-DRG 003.4 : Greffes et indications inhabituelles : séjours qui ne comprennent aucun diagnostic principal ou secondaire mentionné dans les autres groupes de l'APR-DRG 003 et qui comprend un code d'intervention de la catégorie 41.0.

En ce qui concerne les patients pour lesquels un enregistrement RHM par spécialité est effectué au cours d'un même séjour à l'hôpital, on choisit un diagnostic principal unique pour toute la durée du séjour hospitalier, conformément à la technique décrite au point 1.4.

#### 1.4. Concaténation

Le diagnostic principal est le diagnostic principal de la première spécialité à moins que celle-ci ne soit la spécialité psychiatrique.

#### 1.5. Constitution des sous-groupes d'APR-DRG

Les séjours enregistrés dans le cadre du RHM sont répartis dans des groupes, appelés APR-DRG's au moyen de la technique décrite au point 1.2 et 1.3.

Chacun de ces groupes est ensuite scindé en 4 niveaux de sévérité, tel que décrit au point 1.2. Les niveaux de sévérité sont ensuite scindés en quatre sous-groupes d'âge :

##### 1) G les patients Gfin

Pour appartenir à ce groupe, les patients doivent satisfaire à trois conditions :

a) avoir été hospitalisés pendant 10 jours au moins dans un lit d'index G;

b) l'âge moyen des patients qui ont séjourné dans un index de lit G de l'hôpital est d'au moins 75 ans

ou l'âge du patient est d'au moins 75 ans

c) et avoir une durée de séjour à l'hôpital qui excède de 30% au moins la durée de séjour moyenne standard des patients inliers de 75 ans et plus présentant la même pathologie et la même gravité clinique mais n'ayant pas séjourné ou ayant séjourné moins de 10 jours dans un index de lit G.

2) L les patients de moins de 75 ans (hormis les patients Gfin) avec niveau de sévérité 1 ou 2;

3) H les patients de 75 ans ou plus (hormis les patients Gfin) avec niveau de sévérité 1 ou 2;

4) A Niveau de sévérité 3 ou 4 (hormis les patients Gfin).

Ci-après, on nommera sous-groupe d'APR-DRG : le croisement APR-DRG, niveau de sévérité et classe d'âge.

#### 1.6. Nombre de systèmes atteints

Pour le calcul du nombre de systèmes atteints, le système du diagnostic principal est considéré comme étant le premier système atteint et on y ajoute le nombre de systèmes (différents de celui du diagnostic principal) des complications ou comorbidités mentionnées, tels que décrits dans les « All Patients Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 10.0 – Appendix E ».

### 2. CALCUL DES DUREES DE SEJOUR MOYENNES STANDARDS

#### 2.1. Objectif

L'objectif est de calculer une durée de séjour moyenne standard par APR-DRG, niveau de sévérité et groupe d'âge.

#### 2.2. Champ d'application

Les durées facturées totales par séjour des trois derniers exercices connus d'enregistrement RHM serviront de base pour le calcul des durées de séjour moyenne standard.

On tient compte de tous les séjours classiques (H) des patients admis dans des hôpitaux aigus à l'exception :

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

2) pasgeborenen (0-7 dagen) met een exclusief verblijf in M en N\* bedindexen;

3) verblijven die als « oneigenlijk » klassieke verblijven worden beschouwd (zie punt 4.2.2.);

4) de zware brandwonden verblijven :

verblijven van ziekenhuizen met behandelings-eenheden voor zware brandwonden waarvoor MDC=22 of de APR-DRG=004 en de eerste 3 cijfers van de hoofddiagnose gelijk aan 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948 of 949;

5) de patiënten die na één dag in het ziekenhuis naar een ander ziekenhuis worden overgebracht;

6) verblijven van de APR-DRG 693 « chemotherapie » waarvoor de ontslagdatum min de opnamedatum gelijk is aan 1 dag;

7) de verblijven die behoren tot APR-DRG's 950, 951, 952 en 955 en 956;

8) de verblijven waarbij de patiënt binnen 3 dagen overleden is;

9) de foutieve verblijven, met name de verblijven met een ongeldige verblijfsduur (negatief, niet in overeenstemming met de dag, maand en jaar van opname en ontslag of niet ingevuld, incoherentie tussen de berekende verblijfsduur, de gefactureerde verblijfsduur en de som van de verblijfsduren per bedindex), ongeldige leeftijd (niet tussen 0 en 120 jaar).

De overblijvende verblijven worden pure verblijven genoemd.

### 2.3. Outliers

Pure verblijven worden als kleine outliers (categorie=2) beschouwd als die patiënten betreffen met een gefactureerde ligduur die gelijk is aan of korter is dan de benedengrens van zijn APR-DRG-subgroep, waarvoor de benedengrens gelijk is aan de afgeronde waarde van  $EXP [\ln Q1 - 2 \times (\ln Q3 - \ln Q1)]$ .

In elk geval stemt de benedengrens overeen met een waarde die tenminste drie dagen lager ligt dan de gemiddelde standaardligduur;

Die benedengrens moet bovendien minstens 10 % van de gemiddelde standaardligduur van de beschouwde APR-DRG-subgroep vertegenwoordigen, indien die duur minstens gelijk is aan of langer is dan 10 dagen.

De kleine outlierverblijven met APR-DRG 560 « vaginale bevalling » waarbij de moeder naar huis terugkeert, worden apart aangeduid namelijk als categorie 2b.

Met de kleine outliers wordt er bij de berekening van de gemiddelden geen rekening gehouden.

Er worden twee soorten grote outliers gedefinieerd : de outliers type 1 en type 2.

De outliers type 2 (categorie=4) zijn de pure verblijven die binnen hun APR-DRG-subgroep de volgende afgeronde bovengrens overschrijden :  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ , maar die onder de bovengrens van de outliers type 1 liggen.

De bovengrens van de outliers type 2 ligt minstens 8 dagen hoger dan de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep.

Aan de outliers type 2 wordt een begrensde ligduur toegekend die gelijk is aan hun bovengrens.

Met de begrensde ligduur van outliers type 2 wordt rekening gehouden bij de berekening van de gemiddelde ligduren per APR-DRG-subgroep.

De outliers type 1 (categorie=3) zijn de pure verblijven die binnen hun APR-DRG-subgroep de volgende afgeronde bovengrens overschrijden :  $Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$  en die minstens gelijk moet zijn aan de bovengrens van de outliers van type 2.

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

De boven- en benedengrenzen worden op nationaal niveau berekend, waarbij :

$Q1$  = de ligduur die overeenstemt met de drempel waaronder de ligduur van 25 % van de verblijven van de APR-DRG-subgroep gelegen is en  $Q3$  = de ligduur die overeenstemt met de drempel waarboven de ligduur van 25 % van de verblijven van de APR-DRG-subgroep gelegen is.

De pure verblijven die geen outliers (categorieën 2, 2b, 3 en 4) zijn, worden normale verblijven (categorie=1) genoemd.

2.4 Berekening van een gemiddelde standaardligduur per APR-DRG-subgroep

Per APR-DRG-subgroep (cf. onderdeel 1.5) wordt een gemiddelde standaardligduur berekend, hierna afgekort « NGL ».

2) des nouveau-nés (0-7 jours) ayant séjournés exclusivement dans les index de lits M et N\*;

3) des séjours qui sont considérés comme séjours classiques inappropriés (voir point 4.2.2.);

4) des séjours des grands brûlés :

séjours des hôpitaux avec des unités des grands brûlés pour lesquels MDC=22 ou APR-DRG=004 et les 3 premiers chiffres du diagnostic principal sont égaux à 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948 ou 949;

5) des patients qui séjournent un jour dans l'hôpital et qui sont transférés vers un autre hôpital;

6) des séjours de l'APR-DRG 693 « chimiothérapie » dont la date de sortie moins la date d'admission est égale à 1 jour;

7) des séjours appartenant aux APR-DRG's 950, 951, 952, 955 et 956;

8) des séjours dont le patient est décédé endéans les 3 jours;

9) des séjours fautifs soit les séjours pour lesquels la durée de séjour est non valable (négative, pas en concordance avec le jour, le mois et l'année d'admission et de sortie ou non mentionnée, non concordance entre la durée de séjour calculée, la durée de séjour facturée et la somme des durées par index de lit), l'âge est non valable (pas entre 0 et 120 ans).

On appelle les séjours restants des séjours purs.

### 2.3. Outliers

Les séjours purs sont considérés comme outliers petits (catégorie=2) s'ils concernent des patients qui ont une durée de séjour facturée plus petite ou égale à la limite inférieure de son sous-groupe d'APR-DRG pour lequel sa limite inférieure est égale à la valeur arrondie de  $EXP [\ln Q1 - 2 \times (\ln Q3 - \ln Q1)]$ .

Dans chaque cas, la limite inférieure correspond avec une valeur qui, au minimum, se situe 3 jours en dessous de la durée de séjour moyenne standard;

En outre, cette limite inférieure doit représenter au moins 10 % de la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG concerné si cette durée est au moins égale ou supérieure à 10 jours.

Les séjours outliers petits de l'APR-DRG 560 « accouchement par voie vaginale » avec retour de la mère à domicile sont classés à part comme catégorie 2b.

Les outliers petits ne sont pas pris en compte pour les calculs des moyennes.

Deux types d'outliers grands sont définis : les outliers type 1 et type 2.

Les outliers type 2 (catégorie=4) sont les séjours purs qui, à l'intérieur de leur sous-groupe d'APR-DRG, dépassent la valeur arrondie de la limite suivante :  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ , mais se situent sous la limite inférieure des outliers type 1.

La limite supérieure des outliers type 2 se situe au moins 8 jours plus haut que la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG.

Les outliers type 2 reçoivent une durée de séjour limitée qui est égale à leur limite supérieure.

On tient compte des durées limitées des outliers type 2 pour le calcul des durées moyennes de séjour par sous-groupe d'APR-DRG.

Les outliers type 1 (catégorie=3) sont les séjours purs qui, à l'intérieur de leur sous-groupe d'APR-DRG, dépassent la valeur arrondie de la limite supérieure suivante :  $Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$  qui au minimum est égal à la limite supérieure des outliers type 2.

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

Les limites inférieure et supérieure sont calculées au niveau national, où :

$Q1$  = la durée de séjour correspondant au seuil en delà duquel se situe la durée de séjour de 25 % des séjours du sous-groupe d'APR-DRG et où  $Q3$  = la durée de séjour correspondant au seuil au delà duquel se situe la durée de séjour de 25 % des séjours du sous-groupe d'APR-DRG.

Les séjours purs n'étant pas outliers (catégories 2, 2b, 3 et 4) sont appelés des séjours normaux (catégorie=1).

2.4. Calcul de la durée de séjour moyenne standard par sous-groupe d'APR-DRG

On calcule par sous-groupe d'APR-DRG (cf. point 1.5) une durée de séjour moyenne standard, en abrégé « NGL ».

Deze NGL wordt per APR-DRG-subgroep berekend door de deling van de som van de gefactureerde dagen (categorie=1) van de normale verblijven met de begrensdte ligduren van de outliers van type 2 (categorie=4) door hun aantal verblijven.

De gemiddelden van de subgroepen van APR-DRG 003.3 worden gelijkgesteld aan deze van de overeenstemmende subgroepen van APR-DRG 003.2.

De APR-DRG-subgroepen waaraan geen gemiddelde ligduur wordt toegekend zijn :

0a) de subgroepen van APR-DRG 004 « Tracheotomie met uitzondering van aandoeningen van het gelaat, de mond en de hals »;

0b) de APR-DRG-subgroep 003.4;

0c) de APR-DRG-subgroepen waarin er nationaal minder dan 30 verblijven overblijven na toepassing van bovenvermelde criteria;

0d) de subgroepen van het extreme niveau van klinische ernst indien dit niveau minder dan 20% van de APR-DRG-verblijven vertegenwoordigt.

2.5. De waargenomen gemiddelde ligduur in het ziekenhuis

De waargenomen gemiddelde ligduur in het ziekenhuis wordt berekend als de gemiddelde ligduur (begrensdte ligduur voor categorie 4 en gefactureerde ligduur voor categorie 1) van zijn normale en grote outlier type 2 verblijven uit het meest recent beschikbare MZG registratiejaar.

2.6. Verblijven van patiënten die maximaal de helft van hun verblijf in een A-, K-, of Sp-dienst hebben doorgebracht

Men verdeelt de verblijven van patiënten die maximaal de helft van hun verblijf in een A-, K-, of Sp-dienst hebben doorgebracht volgens de categorieën (0a, 0b, 0c, 0d, 1, 2, 2b, 3, 4) van de APR-DRG subgroep waartoe deze behoort.

Verblijven met een APR-DRG subgroep verschillend van deze die volgen uit de berekening van de gemiddelde standaardligduren (op basis van de pure verblijven) worden geklasseerd in categorie 0e.

3. BEREKENING VAN EEN AANTAL VERANTWOORDE DAGEN PER ZIEKENHUIS VOOR DE KLASSIEKE (H) EN LANGDURIGE VERBLIJVEN (F, M, L) VAN ACUTE ZIEKENHUIZEN

3.1. Verblijven die niet deelnemen aan de berekening

1) pasgeborenen (0-7 dagen) met een exclusief verblijf in M en N\* bedindexen;

2) verblijven die als « oneigenlijk » klassieke verblijven worden beschouwd (cf. onderdeel 4.2.2.);

3) de zware brandwonden verblijven :

verblijven van ziekenhuizen met behandelings-eenheden voor zware brandwonden waarvoor MDC=22 of de APR-DRG=004 en de eerste 3 cijfers van de hoofddiagnose gelijk aan 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948 of 949;

4) de verblijven zonder facturatie in de bedindexen (cf. onderdeel 3.3) waarvoor een aantal verantwoorde bedden wordt berekend.

3.2. Verschuivingen van de gefactureerde ligduur

De gefactureerde ligduur van een patiënt die verblijft in een M bedindex van een ziekenhuis dat niet over een erkende M-dienst beschikt of voor een andere reden dan bevalling (buiten MDC 14) zal aan de CD-bedindexen worden toegekend, terwijl de gefactureerde ligduur in een gefinancierde bedindex (cf. onderdeel 3.3) van een verblijf in een ziekenhuis met erkende M bedden die is opgenomen voor een reden die verband houdt met de bevalling (MDC 14), aan een M bedindex zal worden toegekend.

3.3. Bedindexen waarvoor een aantal verantwoorde bedden wordt berekend

Het doel bestaat erin voor de hierna vermelde (gefinancierde) bedindexen een aantal verantwoorde bedden te berekenen :

CD : C, D, I, L

E : E

G : G

M : M

NI : NI

Per verblijf worden de verhoudingen van de gefactureerde verblijfsduren in bovenstaande bedindexen op het totaal van de verblijfsduren berekend.

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

3.4. Bepaling van de financiële waarde

Cette NGL est calculée par sous-groupe d'APR-DRG en divisant la somme des journées facturées des séjours normaux (catégorie=1) et des durées limitées des outliers type 2 (catégorie=4) par leur nombre de séjours.

Les moyennes des sous-groupes de l'APR-DRG 003.3 sont égales à celles des sous-groupes correspondants de l'APR-DRG 003.2

Les sous-groupes d'APR-DRG auxquels on n'attribue pas une durée de séjour moyenne sont :

0a) les sous-groupes de l'APR-DRG 004 « Trachéotomie, excepté pour affections de la face, de la bouche et du cou »;

0b) le sous-groupe d'APR-DRG 003.4;

0c) les sous-groupes d'APR-DRG's, composés au niveau national, de moins de 30 séjours après l'application des critères mentionnés ci-dessus;

0d) les sous-groupes du niveau de sévérité extrême si ce niveau représente moins de 20% des séjours de l'APR-DRG.

2.5. La durée de séjour moyenne observée dans l'hôpital

La durée de séjour moyenne observée dans l'hôpital est calculée comme étant la durée de séjour moyenne des séjours normaux et des outliers grands de type 2 (durée facturée pour catégorie 1 et durée limitée pour catégorie 4) de la dernière année disponible de données RHM.

2.6. Séjours des patients qui sont restés la moitié ou moins de la moitié de leur durée de séjour dans un service A, K ou Sp

On répartit les séjours des patients qui sont restés la moitié ou moins de la moitié de leur durée de séjour dans un service A, K ou Sp selon les catégories (0a, 0b, 0c, 0d, 1, 2, 2b, 3, 4) du sous-groupe d'APR-DRG auquel ils font partie.

Les séjours avec un sous-groupe d'APR-DRG qui est différent de ceux résultant du calcul des durées de séjour moyennes standards (basé sur les séjours purs) sont classés dans la catégorie 0e.

3. CALCUL D'UN NOMBRE DE LITS JUSTIFIES PAR HOPITAL POUR LES SEJOURS CLASSIQUES (H) ET DE LONGUE DUREE (F, M, L) DES HOPITAUX AIGUS

3.1. Séjours exclus du calcul

1) les nouveaux-nés (0-7 jours) ayant séjournés exclusivement dans les index de lits M et N\*;

2) les séjours qui sont considérés comme séjours classiques inappropriés (cf. point 4.2.2.);

3) les séjours des grands brûlés :

séjours des hôpitaux avec des unités des grands brûlés pour lesquels MDC=22 ou APR-DRG=004 et les 3 premiers chiffres du diagnostic principal sont égaux à 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948 ou 949;

4) les séjours sans facturation en index de lits (cf. point 3.3) pour lesquels un nombre de lits justifiés est calculé.

3.2. Déplacements de la durée de séjour facturée

La durée de séjour facturée d'un patient séjournant en index de lit M, dans un hôpital sans service M agréé ou pour une raison autre que l'accouchement (hors MDC 14), sera attribuée aux index de lits CD, tandis que la durée de séjour facturée en index de lit financé (cf. point 3.3) pour une raison liée à l'accouchement (MDC 14) sera attribuée au index de lit M pour autant que l'hôpital ait un service M agréé.

3.3. Index de lits pour lesquels un nombre de lits justifiés est calculé

L'objectif est de calculer un nombre de lits justifiés pour les index de lits (financés) ci-après :

CD : C, D, I, L

E : E

G : G

M : M

NI : NI

On détermine, par séjour dans les index de lits repris ci-dessus, les rapports entre les durées de séjours facturés et le total de la durée de séjour.

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

3.4. Détermination de la valeur financière



A. Voor de normale verblijven (categorie 1) : de financiële waarde is de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep waartoe hij behoort.

B. Voor de verblijven

- ingedeeld bij de rest-APR-DRG's type I (955 en 956, categorie 6a) als de gefactureerde ligduur lager is dan de waargenomen gemiddelde ligduur van het ziekenhuis verminderd met twee dagen

- ingedeeld bij de APR-DRG-restgroep type II (950, 951 en 952, categorie 6b)

- van de APR-DRG-subgroepen waaraan geen gemiddelde ligduur werd toegekend (categorieën 0a, 0b, 0c, 0d en 0e)

- van patiënten die na een verblijf van één dag naar een ander ziekenhuis worden overgebracht (categorie 2t)

- van de APR-DRG 693 chemotherapie waarvoor de ontslagdatum min de opnamedatum gelijk is aan 1 dag (categorie 2c)

- van de kleine outliers (categorie 2)

- van de grote outliers van type 1 (categorie 3)

- van lange duur (categorie 5)

- waarbij de patiënten meer dan de helft van hun verblijf in een A-, K- of Sp-dienst hebben doorgebracht (categorie 7)

- waarbij de patiënt binnen 3 dagen is overleden (categorie 8)

- de financiële waarde is gelijk aan de gefactureerde ligduur.

C. Voor de kleine outlierverblijven van APR-DRG 560 « vaginale bevalling » waarbij de moeder naar huis terugkeert (categorie 2b), wordt de financiële waarde gelijkgesteld aan de benedengrens van de APR-DRG-subgroep.

D. Voor de verblijven grote outliers type 2 (categorie 4, teruggebracht tot de bovengrens) : de financiële waarde is de som van de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep en het verschil tussen de gefactureerde duur en de grens van type 2 outliers.

E. Voor de verblijven ingedeeld bij de rest-APR-DRG's type I (955 en 956.) waarvan de ligduur hoger is dan de waargenomen gemiddelde ligduur van het ziekenhuis verminderd met twee dagen.

De financiële waarde wordt teruggebracht tot de waargenomen gemiddelde ligduur van het ziekenhuis verminderd met twee dagen.

F. Voor de foutieve verblijven (categorie 9) : de financiële waarde is de waargenomen gemiddelde ligduur in het ziekenhuis.

De financiële waarde wordt verdeeld pro rata (=volgens de verhoudingen van) de gefactureerde ligduur in de bedindexen, behalve voor de foutieve verblijven (categorie 9) waarvoor deze volledig aan bedindex CD wordt toegekend.

3.5. Een verantwoorde ligduur per verblijf

A. h. v. de resultaten uit de vorige onderdelen (3.3 en 3.4) wordt een verantwoord aantal ligdagen per verblijf berekend.

a. Langdurige verblijven

De verantwoorde ligduur per verblijf is de som van de gefactureerde ligduren van de gefinancierde bedindexen

▪ van het jaar voor de M en L verblijven

▪ sinds het begin van het verblijf voor F

b. MDC=14

Verblijven van ziekenhuizen met erkende M bedden waarbij MDC=14 krijgen hun financiële waarde maal de verhouding in bedindex M als verantwoorde verblijfsduur (toegekend aan bedindex M)

c. G potentieel

Een verblijf wordt aangeduid als een potentieel G verblijf indien :

▪ de patiënt minimum 70 jaar is;

▪ de patiënt minimum 2 aangetaste systemen heeft;

▪ het verblijf een totale ligduur heeft die hoger is dan het gemiddelde  $G_{fin} \times 0,5$ ;

▪ de leeftijdscategorie verschillend is van G;

▪ het aantal gefactureerde dagen in G gelijk is aan 0;

▪ de patient behoort niet tot categorie 9 (de foutieve verblijven).

Zijn verantwoorde ligduur wordt berekend als :

A. Pour les séjours normaux (catégorie 1) : la valeur financière est la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG dont il fait partie.

B. Pour les séjours

- des APR-DRG's résiduels type I (955 et 956, catégorie 6a) si la durée facturée est inférieure ou égale à la durée de séjour moyenne observée de l'hôpital moins 2 jours

- classés dans les APR-DRG's résiduels type II (950, 951, et 952, catégorie 6b)

- compris dans les sous-groupes d'APR-DRG auxquels aucune durée de séjour moyenne n'est attribuée (catégories 0a, 0b, 0c, 0d et 0e)

- des patients qui séjournent un jour dans l'hôpital et qui sont transférés vers un autre hôpital (catégorie 2t)

- des séjours de l'APR-DRG 693 chimiothérapie dont la date de sortie moins la date d'admission est égale à 1 jour (catégorie 2c)

- des outliers petits (catégorie 2)

- des outliers grands de type 1 (catégorie 3)

- de longue durée (catégorie 5)

- pour lesquels les patients sont restés plus de la moitié de leur durée de séjour dans un service A, K ou Sp (catégorie 7)

- dont le patient est décédé endéans les 3 jours (catégorie 8)]

la valeur financière est égale à la durée de séjour facturée.

C. Pour les séjours outliers petits de l'APR-DRG 560 « accouchement par voie vaginale » avec retour de la mère à domicile (catégorie 2b), la valeur financière est égale à la limite inférieure de l'APR-DRG sous-groupe.

D. Pour les séjours outliers grands de type 2 (catégorie 4, remis à la limite) : la valeur financière est la somme de la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG et de la différence entre la durée facturée et la borne d'outliers de type 2.

E. Pour les séjours classés dans les APR-DRG's résiduels type I (955 et 956) : dont la durée de séjour facturée est supérieure à la durée de séjour moyenne observée dans l'hôpital moins 2 jours.

La valeur financière sera remise à la durée de séjour moyenne observée de l'hôpital moins 2 jours.

F. Pour les séjours fautifs (catégorie 9) : la valeur financière est la durée de séjour moyenne observée dans l'hôpital.

On répartira la valeur financière au prorata (=selon les rapports) de la durée de séjour facturée dans les index de lits, sauf pour les séjours fautifs où l'on attribuera l'entièreté de la valeur financière à l'index CD.

3.5. La durée de séjour justifiée par séjour

A partir des résultats des points 3.3 et 3.4, une durée de séjour justifiée est calculée par séjour.

a. Séjours de longue durée

La durée de séjour justifiée des séjours de longue durée est égale à la somme des durées facturées des index de lits financés

▪ de l'année pour les séjours M et L

▪ depuis le début du séjour pour les séjours F

b. MDC=14

Les séjours des hôpitaux qui possèdent des lits M agréés et dont MDC=14 reçoivent une durée de séjour justifiée égale à leur valeur financière fois le rapport en index de lit M (attribué à l'index de lit M).

c. G potentiel

Pour qu'un séjour soit considéré comme potentiellement G :

▪ le patient doit avoir au minimum 70 ans;

▪ le patient doit avoir au minimum 2 systèmes atteints;

▪ le séjour doit avoir une durée de séjour facturée totale supérieure à la moyenne  $G_{fin} \times 0,5$ ;

▪ la catégorie d'âge est différente de G;

▪ le nombre de jours facturés en index G est égal à 0;

▪ le patient ne fait pas partie de la catégorie 9 (les séjours fautifs).

La durée de séjour justifiée est calculée de la façon suivante :

Leeftijdsgroep	CD	G	Groupe d'âge	CD	G
70-74	$0,55 \times fw \times verh$	$0,45 \times fw \times verhCD$	70-74	$0,55 \times vf \times rapport$	$0,45 \times vf \times rapportCD$
75-79	$0,35 \times fw \times verh$	$0,65 \times fw \times verhCD$	75-79	$0,35 \times vf \times rapport$	$0,65 \times vf \times rapportCD$
80-84	$0,25 \times fw \times verh$	$0,75 \times fw \times verhCD$	80-84	$0,25 \times vf \times rapport$	$0,75 \times vf \times rapportCD$

Leeftijds-groep	CD	G	Groupe d'âge	CD	G
85+	$0,10 \times fw \times verh$	$0,90 \times fw \times verh$ CD	85+	$0,10 \times vf \times rapport$	$0,90 \times vf \times rapport$ CD

FW : financiële waarde, verh : verhouding  
d. G reëel  
Een verblijf wordt aangeduid als een reëel G verblijf indien :

- de patiënt minimum 70 jaar is
- de patiënt minimum 2 aangetaste systemen heeft
- het verblijf een totale ligduur heeft die hoger is dan het gemiddelde  $G_{fin} \times 0,5$
- de leeftijdscategorie verschillend is van G
- het aantal gefactureerde dagen in G groter is dan 0
- de patient behoort niet tot categorie 9 (de foutieve verblijven)

Zijn verantwoorde ligduur wordt berekend als :

vf : valeur financière  
d. G réel  
Afin d'être considéré comme G réel :

- le patient doit avoir au minimum 70 ans
- le patient doit avoir au minimum 2 systèmes atteints
- le séjour doit avoir une durée de séjour totale facturée supérieure à la moyenne  $G_{fin} \times 0,5$
- la catégorie d'âge est différente de G
- le nombre de jours facturés en index G dépasse 0
- le patient ne fait pas partie de la catégorie 9 (les séjours fautifs)

La durée de séjour justifiée est calculée de la façon suivante :

Leeftijds-groep	CD	G	Groupe d'âge	CD	G
70-74	$0,55 \times fw \times verh$	$fw \times [0,45 \times verh_{CD} + verh_G]$	70-74	$0,55 \times vf \times rapport$	$vf \times [0,45 \times rapport_{CD} + rapport_G]$
75-79	$0,35 \times fw \times verh$	$fw \times [0,65 \times verh_{CD} + verh_G]$	75-79	$0,35 \times vf \times rapport$	$vf \times [0,65 \times rapport_{CD} + rapport_G]$
80-84	$0,25 \times fw \times verh$	$fw \times [0,75 \times verh_{CD} + verh_G]$	80-84	$0,25 \times vf \times rapport$	$vf \times [0,75 \times rapport_{CD} + rapport_G]$
85+	$0,10 \times fw \times verh$	$fw \times [0,90 \times verh_{CD} + verh_G]$	85+	$0,10 \times vf \times rapport$	$vf \times [0,90 \times rapport_{CD} + rapport_G]$

fw : financiële waarde, verh : verhouding  
e. Overige  
De verantwoorde ligduur wordt berekend als :  
Overigen :  $fw \times verhouding$   
3.6 Verantwoorde bedden per ziekenhuis  
3.6.1. Normatieve bezettingsgraden  
Per bedindex (of groep van bedindexen) wordt het aantal verantwoorde ligdagen gedeeld door de normatieve bezettingsgraad van de dienst vermenigvuldigd met 365 om een aantal bedden te verkrijgen.  
De normatieve bezettingsgraden zijn :

- voor de E- en M-bedindexen : 70 %;
- voor de CD bedindexen : 80 %;
- voor de G bedindexen : 90 %.
- voor de NI bedindexen : 75 %.

3.6.2. Beperking van de G dagen van de GR en GP patiënten tot 6 bedden

Voor de GR en GP patiënten wordt er een aantal G-bedden toegekend, ten belope van maximum 1/4 van de capaciteit van een complete eenheid G-bedden (namelijk 6 bedden). Het overschot van ligdagen (> 6 bedden) wordt verschoven naar bedindex CD.

3.6.3. Geografische uitzonderingen

Er dient rekening gehouden te worden met de geografische afwijkingen voorzien in het koninklijk besluit van 30 januari 1989.

3.6.4. Vergelijking van het aantal ontslagen

Bij de berekening van de verantwoorde activiteit wordt per ziekenhuis uitgegaan van het aantal geregistreerde MZG-verblijven voor het referentiejaar.

De volledigheid van de registratie wordt voor de betrokken bedindexen (C, CD, D, I, L, E, G, M, MI en NI) nagegaan door middel van de vergelijking van het aantal geregistreerde MZG-ontslagen met het aantal ontslagen opgegeven aan de Administratie in het kader van de financiële statistieken.

Het laagste aantal zal worden weerhouden bij de aanpassing van het aantal ligdagen in bedindex CD.

De correctie die moet worden doorgevoerd, gebeurt aan de hand van de hierna volgende formule.

$$AL_{ZH,nd} = [AL_{ZH} - \{\max(\text{aantal MZG-ontslagen} - \text{aantal ontslagen FINHOSTA}, 0) * GL_{ZH}\}]$$

Waarbij :

$AL_{ZH,nd}$  : aantal ligdagen in bedindex CD van het ziekenhuis na datacorrectie

$AL_{ZH}$  : aantal ligdagen in bedindex CD van het ziekenhuis vóór de correctie

vf : valeur financière  
e. Autre  
La durée de séjour justifiée est calculée de la façon suivante :  
Autres :  $vf \times rapport$   
3.6. Les lits justifiés par hôpital  
3.6.1. Taux d'occupation normatifs  
Par index de lit (ou groupe d'index de lits), le nombre de journées justifiées est divisé par le taux d'occupation normatif du service multiplié par 365 pour obtenir un nombre de lits.  
Les taux d'occupation normatifs sont :

- pour les index de lits E et M : 70 %;
- pour les index de lits CD : 80 %;
- pour les index de lits G : 90 %.
- pour les index de lits NI : 75 %.

3.6.2. Limitation des jours G des patients GR et GP à 6 lits

Pour les patients GR et GP, un nombre de lits G sera attribué, à concurrence maximum d'1/4 de la capacité d'une unité complète de lits G (soit 6 lits). Le surplus (> 6 lits) est déplacé vers l'index de lit CD.

3.6.3. Exceptions géographiques

Il y a lieu de tenir compte des dérogations géographiques prévus dans l'arrêté royal du 30 janvier 1989.

3.6.4. Comparaison des sorties

Lors du calcul de l'activité justifiée, on se base, par hôpital, sur le nombre de séjours RHM enregistrés pour l'année de référence.

L'exhaustivité de l'enregistrement sera vérifiée pour les index de lits concernés (C, CD, D, I, L, E, G, M, MI et NI) sur base de la comparaison entre le nombre de sorties RHM et le nombre de sorties communiqué à l'Administration dans le cadre des statistiques financières.

On retiendra le plus petit nombre pour adapter le nombre de journées justifiées en index de lit CD.

La correction qui doit être effectuée à cet égard se fait à l'aide de la formule suivante.

$$AL_{ZH,nd} = [AL_{ZH} - \{\max(\text{nombre de sorties RHM} - \text{nombre de sorties FINHOSTA}, 0) * GL_{ZH}\}]$$

Où :

$AL_{ZH,nd}$  : nombre de journées d'hospitalisation en index de lit CD pour l'hôpital après correction des données

$AL_{ZH}$  : nombre de journées d'hospitalisation en index de lit CD de l'hôpital avant correction des données

GL<sub>ZH</sub>: het gemiddeld aantal ligdagen van het ziekenhuis vóór de correctie

### 3.6.5. Vergelijking met de erkende bedden

Per ziekenhuis wordt een stijging van 12 % van het aantal erkende bedden berekend. 50 % van de activiteit die zich boven deze grens bevindt, wordt pro rata in mindering gebracht van het aantal bedden van de betrokken bedindexen.

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

### 4.1. Gegevensbronnen

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

Referentiejaar = laatst gekende jaar

De RIZIV-gegevens die gebruikt worden bij de bepaling van de lijsten A en B (cf. onderdelen 5 en 6) bevatten informatie in verband met de behandelingsplaats (artsenkabinet, polikliniek, daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie), de frequentie van de ingreep op deze plaatsen en de mate waarin een ingreep in daghospitalisatie evolueert.

#### 4.1.2. Minimale Ziekengegevens

Referentiejaren = de drie laatst gekende jaren

De M.Z.G. bevatten de noodzakelijke informatie in verband met het verblijf, meer bepaald de leeftijd van de patiënt, de APR-DRG waaronder het verblijf wordt gebracht, graad van klinische ernst, het aantal aangetaste systemen, de mortaliteit, de procedurecode ICD-9-CM, de RIZIV-code(s), het aantal verblijfsdagen, enzovoort. Zowel de klassieke als daghospitalisatieverblijven zijn in de databank opgenomen.

Door het gebruik van beide gegevensbronnen wordt het mogelijk om tot een identificatie van de verantwoorde heelkundige dagactiviteit (de reël uitgevoerde heelkundige daghospitalisatie enerzijds en de oneigenlijk klassieke hospitalisatie anderzijds) te komen.

### 4.2. Bepaling van de verantwoorde ziekenhuisactiviteit in chirurgische daghospitalisatie (C)

#### 4.2.1. Gerealiseerde verblijven in (heelkundige) daghospitalisatie

Bij de bepaling van de verantwoorde gerealiseerde dagactiviteit wordt gebruik gemaakt van de MZG van het laatst gekende registratiejaar.

Alle in MZG geregistreerde dagverblijven waarvoor ten minste 1 heelkundige RIZIV-nomenclatuurcode uit de lijst A (cf. onderdeel 5.) werd geregistreerd, worden weerhouden als een verantwoorde gerealiseerde daghospitalisatie.

Indien een verblijf meerdere RIZIV-nomenclatuurcodes uit de lijst bevat, dan wordt dit verblijf slechts éénmaal weerhouden als verantwoorde daghospitalisatie.

#### 4.2.2. Oneigenlijk klassieke verblijven

Bij de bepaling van het aantal oneigenlijk klassieke ziekenhuisverblijven wordt gebruik gemaakt van de case-mix geregistreerd in de MZG van de drie laatst gekende registratiejaren.

Er zijn 2 soorten oneigenlijke klassieke verblijven namelijk chirurgische en medische. Er zijn een aantal gemeenschappelijke (basisvoorwaarden) maar ook een aantal specifieke criteria waar zij aan moeten voldoen.

#### 0. gemeenschappelijke voorwaarden

- klassieke (H) verblijven
- met een APR-DRG uit de lijst met 32 APR-DRG's

GL<sub>ZH</sub>: le nombre de journées moyenne d'hospitalisation de l'hôpital avant correction des données

### 3.6.5. Comparaison avec les lits agréés

Par hôpital, on calcule 112 % du nombre de lits agréés. L'activité justifiée se situant au-dessus de ce seuil est prise en considération pour 50 %. On diminue donc le nombre de lits justifiés de 50% de l'activité se situant au-dessus du seuil de 112%, au prorata du nombre de lits dans les index concernés par le dépassement.

## 4. CALCUL D'UN NOMBRE DE JOURNEES JUSTIFIEES PAR HOPITAL EN HOSPITALISATION DE JOUR CHIRURGICALE

### 4.1. Sources de données

#### 4.1.1. Données de facturation INAMI

Année de référence = dernière année connue

Les données INAMI utilisées lors de la fixation des listes A et B (cf. points 5 et 6) comprennent des informations concernant le lieu du traitement (cabinet du médecin, polyclinique, hospitalisation de jour et hospitalisation classique), la fréquence de l'intervention dans ce lieu et la mesure dans laquelle une intervention en hospitalisation de jour évolue.

#### 4.1.2. Enregistrement RHM

Années de référence = les trois dernières années connues

Le RHM comprend les informations nécessaires concernant le séjour, en particulier l'âge du patient, l'APR-DRG dont le séjour relève, le degré de gravité, le nombre de systèmes atteints, la mortalité, le code de procédure ICD-9-CM, le(s) code(s) INAMI, le nombre de journées d'hospitalisation, etc. Tant les séjours classiques que les séjours en hospitalisation de jour figurent dans la banque de données.

L'utilisation des deux sources de données permet de parvenir à une identification de l'activité chirurgicale de jour justifiée (l'hospitalisation chirurgicale de jour ayant réellement eu lieu, d'une part, et l'hospitalisation classique inappropriée, d'autre part).

### 4.2. Fixation de l'activité hospitalière justifiée en hospitalisation chirurgicale de jour (C)

#### 4.2.1. Séjours réalisés en hospitalisation (chirurgicale) de jour

Pour la fixation de l'activité de jour justifiée, on utilise le RHM de la dernière année connue.

Tous les séjours en hospitalisation de jour enregistrés, pour lesquels au moins un code chirurgical de nomenclature INAMI de la liste A (cf. point 5.) a été enregistré, sont retenus comme hospitalisations de jour justifiées.

Si un séjour comprend plusieurs codes de nomenclature INAMI de la liste, ce séjour n'est retenu qu'une fois comme hospitalisation de jour justifiée.

#### 4.2.2. Séjours classiques inappropriés

Pour la détermination du nombre de séjours hospitaliers classiques inappropriés, on utilise le case-mix enregistré dans le RHM des trois dernières années d'enregistrement connues.

On définit deux sortes de séjours classiques inappropriés : chirurgicaux et médicaux. Ils ont des critères (de base) en commun, et répondent également à des conditions spécifiques.

#### 0. conditions de base

- séjours classiques (H)
- avec un APR-DRG de la liste des 32 APR-DRG's

29 chirurgische	3 medische	29 chirurgicaux	3 médicaux
025, 071, 072, 073, 093, 094, 097, 098, 179, 226, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 361, 364, 446, 483, 484, 513, 515, 516, 517, 544, 850	114, 115, 501	025, 071, 072, 073, 093, 094, 097, 098, 179, 226, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 361, 364, 446, 483, 484, 513, 515, 516, 517, 544, 850	114, 115, 501

- het betreft een geplande opname
- de reële ligduur ≤ 3 dagen
- de graad van ernst = 1
- de patiënt is niet overleden
- het mortaliteitsniveau = 1
- de leeftijd van de patiënt is lager dan 75 jaar
- voor de verblijven behorend tot APR-DRG 097 « adenoïdectomie en amygdalectomie », is de leeftijd van de patiënt strikt lager dan 14 jaar

#### 1. chirurgische (29 APR-DRG's)

Een verblijf wordt aangeduid als chirurgisch oneigenlijk klassiek indien

- de voorwaarden onder 0. Basis gelden
- zijn APR-DRG behoort tot één van de 29 chirurgische APR-DRG's

- il s'agit d'une admission planifiée
- la durée de séjour réelle ≤ 3 jours
- son niveau de sévérité = 1
- il ne s'agit pas d'un patient décédé
- le niveau de mortalité = 1
- l'âge du patient < 75 ans
- pour les séjours de l'APR-DRG 097 « adenoïdectomie et amygdalectomie », l'âge du patient < 14 ans

#### 1. chirurgical (29 APR-DRG)

Un séjour est indiqué comme inapproprié chirurgical si

- les conditions sous 0 sont de vigueur
- l'APR-DRG est égal à un des 29 APR-DRG chirurgicaux

• met enkel operating room ICD codes geselecteerd volgens 2 nationale criteria

- een substitutiegraad  $\geq 33$  % en als volgt berekend op basis van de MZG van de 3 laatst gekende jaren: daghospitalisatie-verblijven/(daghospitalisatieverblijven + klassieke hospitalisatieverblijven)

- en minstens 90 oneigenlijke verblijven

2. medische (3 APR-DRG's)

Een verblijf wordt aangeduid als medisch oneigenlijk klassiek indien

• voor een verblijf met één van de 3 medische APR-DRG's

• bovenop de voorwaarden onder 0. Basis

• een nomenclatuurcode nummer uit lijst B (cf. onderdeel 6) werd geattesteerd.

Op basis van de RIZIV-nomenclatuurcodes uit de lijst B (cf. onderdeel 6) werden alle verblijven weerhouden die gedurende de referentieperiode (drie laatst gekende registratiejaren) minstens één code uit de lijst hebben. Op basis van deze selectie, die zowel de geregistreerde klassieke als daghospitalisatie-verblijven bevatte, werd het aantal verblijven per APR-DRG berekend.

De 32 APR-DRG's die 90 % van de geselecteerde verblijven vertegenwoordigden bevat 29 chirurgische en 3 medische APR-DRG's.

025 Ingrepen op neurologisch systeem voor perifere zenuwaandoeningen

071 Intra-oculaire ingrepen behalve op lens

072 Extra-oculaire ingrepen behalve op lens

073 Ingrepen op lens met of zonder vitrectomie

093 Ingrepen op sinussen en mastoïd

094 Ingrepen op mond

097 Adenoid en amygdalectomie

098 Andere ingrepen op neus, keel, oren en mond

114 Aandoeningen van tand en mond

115 Andere aandoeningen van neus, keel, oren en mond

179 Onderbinden en strippen van venen

226 Ingrepen op de anus en gastro-intestinaal stoma

313 Ingrepen onderste extremiteiten knie en onderbenen, behalve voet

314 Ingrepen op voet

315 Ingrepen op schouder, elleboog en voorarm

316 Ingrepen op hand en pols

317 Ingrepen op weke weefsels

318 Verwijderen van inwendige fixatoren

319 Locale excisie van musculo-scheletaal stelsel

320 Andere ingrepen op musculo-scheletaal stelsel en bindweefsel

361 Huidgreffe en/of debridatie behalve voor ulcus of cellulitis

364 Andere ingrepen op huid, subcutaan weefsel en borsten

446 Trans- en urethrale ingrepen

483 Ingrepen op de testes

484 Andere ingrepen op het mannelijk voorplantingsstelsel

501 Andere aandoeningen, behalve maligne, van het mannelijk voorplantingsstelsel

513 Ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen

515 Ingrepen op de vagina, cervix en vulva

516 Laparoscopie en onderbreken tubae

517 Dilatatie en curetage, conisatie

544 Abortus met dilatatie en curetage, aspiratie curetage of hysterectomie

850 Ingrepen bij andere contacten

4.2.3. Bepaling van het aantal verantwoorde verblijven in heelkundige daghospitalisatie per ziekenhuis

Het totaal aantal verantwoorde verblijven in heelkundige daghospitalisatie wordt per ziekenhuis bekomen door het totaal aantal verantwoorde daghospitalisaties (cf. onderdeel 4.2.1.) te voegen bij het totaal aantal oneigenlijke klassieke ziekenhuisverblijven (cf. onderdeel 4.2.2.).

Elk verantwoord verblijf in chirurgische daghospitalisatie krijgt een verantwoorde verblijfsduur van 0,81 dagen (= multiplicator) toegewezen.

• avec exclusivement des codes ICD operating room sélectionnés selon 2 critères au niveau national

- un taux de substitution  $\geq 33$  % et calculé sur base des 3 dernières années connues du RHM comme suit: séjours d'hospitalisation de jour/(séjours d'hospitalisation de jour + séjours d'hospitalisation classique)

- et au minimum 90 séjours inappropriés

2. médical (3 APR-DRG)

Un séjour est indiqué comme inapproprié médical si

• les conditions sous 0 sont de vigueur

• pour un séjour contenant un des 3 APR-DRG's médicaux

• en combinaison avec la facturation d'un des codes nomenclature de la liste B (cf. point 6)

Sur la base des codes de nomenclature INAMI de la liste B (cf. point 6), on a retenu tous les séjours qui, au cours de la période de référence (trois dernières années d'enregistrement connues) comprennent au moins un code de la liste. Cette sélection comprenait aussi bien les séjours en hospitalisation classique enregistrés que les séjours en hospitalisation de jour. Le nombre de séjours par APR-DRG a été calculé sur la base de cette sélection.

Les 32 APR-DRG qui représentaient 90 % des séjours sélectionnés figurent 29 APR-DRG's chirurgicaux et 3 APR-DRG's médicaux.

025 Interventions sur le système nerveux pour affections des nerfs périphériques

071 Interventions intraoculaires excepté cristallin

072 Interventions extraoculaires excepté sur l'orbite

073 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie

093 Interventions sur sinus et mastoïde

094 Interventions sur la bouche

097 Adénoïdectomie et amygdalectomie

098 Autres interventions sur oreille, nez, bouche, gorge

114 Pathologies dentaires et orales

115 Autres diagnostics d'oreille, nez, bouche, gorge

179 Ligature de veine et stripping

226 Interventions sur anus et orifices de sortie artificiels

313 Interventions des memb.inf. et genoux excepté pied

314 Interventions du pied

315 Interventions épaule, coude et avant-bras

316 Interventions majeures main, poignet

317 Interventions des tissus mous

318 Enlèvement matériel de fixation interne

319 Enlèvement matériel du système musculosquelettique

320 Autres interventions du système musculosquelettique et tissu conjonctif

361 Greffe cutanée et/ou debridement excepté ulcère et cellulite

364 Autres interventions sur les seins, la peau et le tissu sous-cutané

446 Interventions urétrales et transurétrales

483 Interventions sur les testicules

484 Autres interventions sur le système génital masculin

501 Autres diagnostics à propos des organes génitaux masculins

513 Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et aff. bénignes

515 Interventions sur vagin, col et vulve

516 Ligature tubaire par voie laparoscopie

517 Dilatation, curetage, conisation

544 Avortement, avec dilation, aspiration, curetage ou hystérectomie

850 Interventions avec des diagnostics d'autre contact

4.2.3. Détermination du nombre de séjours justifiés en hospitalisation chirurgicale de jour par hôpital

Le nombre total des séjours justifiés en hospitalisation chirurgicale de jour par hôpital est obtenu en ajoutant le nombre total d'hospitalisations de jour justifié (cf. point 4.2.1.) au nombre total de séjours hospitaliers classiques inappropriés (cf. point 4.2.2.).

Chaque séjour justifié en hospitalisation chirurgicale de jour obtient une durée de séjour justifiée de 0,81 jours (= multiplicateur).

## 5. WEERHOUDEN RIZIV-CODES BIJ DE IDENTIFICATIE VAN DE GEREALISEERDE DAGHOSPITALISATIE (LIJST A)

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

Nomenclatuurcode/Code de la nomenclature					
220231	246632	256653	280711	287711	294674
220275	246654	256815	280755	287755	294711
220290	246676	256830	280792	287792	300252
220312	246772	256852	283010	287814	300274
220334	246831	257390	284572	287836	300296
221152	246912 *3	257434	284911	288094	300311
228152	246934 *3	257876	285095	288116	300333
229176	247575 *2	257891	285235	291410	310354 *6
230613	247590 *2	257994	285375	291970	310376 *7
232013	247612 *2	258090	285390	291992	310391 *7
232035	247634 *2	258112	285434	292014	310413 *7
235174	247656 *2	258156	285456	292235	310575
238114	250176	258171	285471	292574	310715
238173	250191	258635 *10	285574	292633	310774
238195	250213	258650 *11	285596	292736	310796
238210	246595	256513	285611	292795	310951
241150	246610	258731 *9	285670	292810	310973
241312	251274	260315	285692	292832	310995
241091	251311	260470	285810	292854	311312
241872 *12	251370	260676	285832	292891	311334
241916 *12	251650	260691	285935	292935	311452
241931 *12	253153	260735	285972	292972	311835
244193	253234 *4	260794	285994	292994	311990
244311	253256 *5	260853	286112	293016	312314 *1
244436	253551	260875	286134	293031	312410 *1
244473	253573	260890	286215	293053	312432 *1
244495	254752 *6	260912	286230	293075	317214
244554	254774 *7 + *8	260934	286252	293134	350512
244635	254796 *7	260956	286296	293156	353253
245534	254811 *7	261214	286451	293171	354056
245571	255172	261236	287350	293230	354351 *12
245630	255194	262216	287372	293252	431056
245733	255231	262231	287431	293274	431071
245755	255253	280055	287453	293296	431513
245814	255695	280070	287475	293311	432191
245851	255894	280092	287490	293370	432213
245873	256115	280136	287512	294210	432316
246094	256130	280151	287534	294232	432434
246212	256174	280195	287556	294475	432692
246514	256314	280534	287571	294615	475996 *12
246551	256336	280571	287696	310811	
246573	256491	280674	292773	310855	

Les codes 250132 et 250154 sont supprimés à dater du 1<sup>er</sup> avril 2003./. De codes 250132 en 250154 worden vanaf 1 april 2003 geschrapt.

\*1 Remplace à partir du 1<sup>er</sup> février 2004 la prestation 312152./. Vanaf 1 februari 2004 vervangt de verstrekking 312152.

\*2 Ces 5 codes remplacent le 247531 à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2006./. Deze 5 codes vervangen 247531 vanaf 1 december 2006.

\*3 Ajoutés à partir du 1<sup>er</sup> mai 2007./. Toegevoegd vanaf 1 mei 2007.

\*4 Remplace à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2008 la prestation 253190./. Vervangt vanaf 1 oktober 2008 de verstrekking 253190.

\*5 Remplace à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2008 la prestation 253212./. Vervangt vanaf 1 oktober 2008 de verstrekking 253212.

\*6 Ces 2 codes remplacent la prestation 255592 à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2008.  
Deze 2 codes vervangen de verstrekking 255592 vanaf 1 oktober 2008.

\*7 Ces 6 codes remplacent la prestation 255614 à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2008.  
Deze 6 codes vervangen de verstrekking 255614 vanaf 1 oktober 2008.

\*8 Remplace à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2008 la prestation 255732./. Vervangt vanaf 1 oktober 2008 de verstrekking 255732.

## Nomenclatuurcode/Code de la nomenclature

\*<sup>9</sup> Remplace à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2008 la prestation 255916./ . Vervangt vanaf 1 oktober 2008 de verstrekking 255916.

\*<sup>10</sup> Remplace à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2008 la prestation 258031./ . Vervangt vanaf 1 oktober 2008 de verstrekking 258031.

\*<sup>11</sup> Remplace à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2008 la prestation 258053./ . Vervangt vanaf 1 oktober 2008 de verstrekking 258053.

Les codes 255776, 255975, 256550 et 227076 sont supprimés à dater du 1<sup>er</sup> octobre 2008.

De codes 255776, 255975, 256550 en 227076 worden vanaf 1 oktober 2008 geschrapt.

\*<sup>12</sup> De codes 241872, 241916, 241931, 354351, 475996 worden toegevoegd vanaf 1 januari 2012/A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 on ajoute les codes 241872, 241916, 241931, 354351, 475996.

Bij de selectie van de RIZIV-nomenclatuurcodes werd uitgegaan van de nominatieve lijst van prestaties welke recht geven op een maxi-, super-, A-, B-, C- of D-forfait, zoals bedoeld in de nationale overeenkomst van 24 januari 1996 tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen.

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

## De selectiecriteria

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

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

## 6. WEERHOUDEN RIZIV-CODES BIJ DE IDENTIFICATIE VAN DE ONEIGENLIJK KLASSIEKE ZIEKENHUISVERBLIJVEN (LIJST B)

Pour la sélection des codes de nomenclature Inami, on s'est fondé sur la liste nominative des prestations donnant droit à un maxiforfait, un superforfait, un forfait A, B, C ou D, tels que visés dans la convention nationale du 24 janvier 1996 entre les institutions de soins et les organismes assureurs.

Ont été retenues les prestations répondant simultanément à tous les critères de sélection mentionnés ci-après.

## Les critères de sélection

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

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

## 6. CODES INAMI RETENUS en vue de L'IDENTIFICATION DES SEJOURS HOSPITALIERS CLASSIQUES INAPPROPRIÉS (LISTE B)

## Nomenclatuurcode/Code de la nomenclature

220231 – 220242	250176 – 250180	260691 – 260702	286215 – 286226	293274 – 293285
220275 – 220286	250191 – 250202	260735 – 260746	286230 – 286241	293311 – 293322
220290 – 220301	251274 – 251285	260794 – 260805	286252 – 286263	293370 – 293381
220312 – 220323	251370 – 251381	260890 – 260901	286296 – 286300	294210 – 294221
220334 – 220345	253234–253245 * <sup>2</sup>	260912 – 260923	287350 – 287361	294232 – 294243
221152 – 221163	253551 – 253562	260934 – 260945	287372 – 287383	294615 – 294626
230613 – 230624	253573 – 253584	260956 – 260960	287431 – 287442	294674 – 294685
232013 – 232024	253654 – 253665	261214 – 261225	287453 – 287464	294711 – 294722
232035 – 232046	254752–254763 * <sup>3</sup>	261236 – 261240	287475 – 287486	300252 – 300263
238114 – 238125	254774–254785 * <sup>4</sup> +* <sup>5</sup>	262231 – 262242	287490 – 287501	300274 – 300285
238151 – 238162	254796–254800 * <sup>4</sup>	280055 – 280066	287512 – 287523	300296 – 300300
238173 – 238184	254811–254822 * <sup>4</sup>	280070 – 280081	287534 – 287545	300311 – 300322
238195 – 238206	255172 – 255183	280092 – 280103	287556 – 287560	300333 – 300344
238210 – 238221	255194 – 255205	280136 – 280140	287571 – 287582	310354–310365 * <sup>3</sup>
241150 – 241161	255231 – 255242	280151 – 280162	287696 – 287700	310376–310380 * <sup>4</sup>
244311 – 244322	255253 – 255264	280195 – 280206	287711 – 287722	310391–310402 * <sup>4</sup>
244436 – 244440	255695 – 255706	280534 – 280545	287755 – 287766	310413–310424 * <sup>4</sup>
244473 – 244484	255754 – 255765	280571 – 280582	287792 – 287803	310575 – 310586
244495 – 244506	255894 – 255905	280674 – 280685	287814 – 287825	310715 – 310726
244576 – 244580	256115 – 256126	280711 – 280722	287836 – 287840	310774 – 310785
244591 – 244602	256130 – 256141	280755 – 280766	288094 – 288105	310855 – 310866
244635 – 244646	256174 – 256185	280792 – 280803	288116 – 288120	310951 – 310962
245114 – 245125	256314 – 256325	284572 – 284583	291410 – 291421	310973 – 310984
245534 – 245545	256336 – 256340	284911 – 284922	291970 – 291981	310995 – 311006
245571 – 245582	256491 – 256502	285095 – 285106	291992 – 292003	311312 – 311323
245630 – 245641	256513 – 256524	285110 – 285121	292014 – 292025	311334 – 311345
245733 – 245744	256653 – 256664	285235 – 285246	292633 – 292644	311452 – 311463
245755 – 245766	256815 – 256826	285375 – 285386	292736 – 292740	311835 – 311846
245770 – 245781	256830 – 256841	285390 – 285401	292773 – 292784	311990 – 312001
245792 – 245803	256852 – 256863	285434 – 285445	292810 – 292821	312314–312325 * <sup>1</sup>
245814 – 245825	257390 – 257401	285456 – 285460	292832 – 292843	312410–312421 * <sup>1</sup>

Nomenclatuurcode/Code de la nomenclature				
245851 – 245862	257434 – 257445	285471 – 285482	292891 – 292902	312432–312443 * <sup>1</sup>
245873 – 245884	257876 – 257880	285574 – 285585	292935 – 292946	317214 – 317225
246094 – 246105	258090 – 258101	285670 – 285681	292972 – 292983	353253 – 353264
246514 – 246525	258112 – 258123	285692 – 285703	292994 – 293005	354056 – 354060
246551 – 246562	258156 – 258160	285810 – 285821	293016 – 293020	431056 – 431060
246573 – 246584	258171 – 258182	285832 – 285843	293053 – 293064	431071 – 431082
246595 – 246606	258635–258646 * <sup>7</sup>	285935 – 285946	293075 – 293086	432191 – 432202
246610 – 246621	258731–258742 * <sup>6</sup>	285972 – 285983	293134 – 293145	432213 – 432224
246632 – 246643	260175 – 260186	285994 – 286005	293156 – 293160	432294 – 432305
246676 – 246680	260315 – 260326	286112 – 286123	293230 – 293241	432316 – 432320
246831 – 246842	260676 – 260680	286134 – 286145	293252 – 293263	432434 – 432445
246853 – 246864				432692 – 432703
Les codes 250132-250143 et 250154-250165 sont supprimés à dater du 1 <sup>er</sup> avril 2003. De codes 250132-250143 en 250154-250165 worden vanaf 1 april 2003 afgeschaft.				
* <sup>1</sup> Ces 3 codes remplacent le 312152-312163 à partir du 1 <sup>er</sup> février 2004. Deze 3 codes vervangen 312152-312163 vanaf 1 februari 2004.				
* <sup>2</sup> Remplace à partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2008 la prestation 253190-253201. Vervangt vanaf 1 oktober 2008 de verstrekking 253190-253201.				
* <sup>3</sup> Ces 2 codes remplacent le 255592-255603 à partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2008. Deze 2 codes vervangen 255592-255603 vanaf 1 oktober 2008.				
* <sup>4</sup> Ces 6 codes remplacent le 255614-255625 à partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2008. Deze 6 codes vervangen 255614-255625 vanaf 1 oktober 2008.				
* <sup>5</sup> Remplace à partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2008 la prestation 255732-255743. Vervangt vanaf 1 oktober 2008 de verstrekking 255732-255743.				
* <sup>6</sup> Remplace à partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2008 la prestation 255916-255920. Vervangt vanaf 1 oktober 2008 de verstrekking 255916-255920.				
* <sup>7</sup> Remplace à partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2008 la prestation 258031-258042. Vervangt vanaf 1 oktober 2008 de verstrekking 258031-258042.				
Les codes 255776-255780, 255975-255986, 256550-256561 et 227076-227080 sont supprimés à dater du 1 <sup>er</sup> octobre 2008. De codes 255776-255780, 255975-255986, 256550-256561 en 227076-227080 worden vanaf 1 oktober 2008 geschrapt.				

Bij de selectie van de RIZIV-nomenclatuurcodes werd uitgegaan van de nominatieve lijst van prestaties welke recht geven op een maxi-, super-, A-, B-, C- of D-forfait, zoals bedoeld in de nationale overeenkomst van 24 januari 1996 tussen de verplegings-inrichtingen en de verzekerings-instellingen.

Een prestatie werd weerhouden indien ze gelijktijdig aan alle van de hierna vermelde criteria voldeed :

De selectiecriteria :

- het betreft een bloederige heelkundige ingreep, zoals gedefinieerd in het koninklijk besluit betreffende de forfaitarisering van de antibioticaprofylaxie in de heelkunde en
- de substitutiegraad van de klassieke hospitalisatie door daghospitalisatie moet minstens 10 % bedragen in de referentieperiode.

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

Gezien om te worden gevoegd bij het besluit van 26 december 2013 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
Mevr. L. ONKELINX

Pour la sélection des codes de nomenclature Inami, on s'est fondé sur la liste nominative des prestations donnant droit à un maxiforfait, un superforfait, un forfait A, B, C ou D, tels que visés dans la convention nationale du 24 janvier 1996 entre les institutions de soins et les organismes assureurs.

Ont été retenues les prestations répondant simultanément à tous les critères de sélection mentionnés ci-après :

Les critères de sélection :

- il s'agit d'une intervention chirurgicale sanglante, telle que définie dans l'arrêté royal concernant la forfaitarisation de l'antibioprofylaxie en chirurgie et
- le taux de substitution de l'hospitalisation classique par l'hospitalisation de jour doit être de 10 % au moins au cours de la période de référence.

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

Vu pour être annexé à l'arrêté du 26 décembre 2013 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
Mme L. ONKELINX