

Vu l'arrêté ministériel du 21 janvier 1997 fixant le calendrier des adjudications et du règlement des fonds des emprunts dénommés « Obligations linéaires » libellés en francs belges pour le premier semestre 1997,

Arrête :

Article 1^{er}. L'adjudication de la neuvième tranche de l'emprunt dénommé « Obligations linéaires 8,75 % — 25 juin 2002 » et de la sixième tranche de l'emprunt dénommé « Obligations linéaires 6,25 % — 28 mars 2007 » est fixée au 24 février 1997 et la date des paiements relatifs à ces tranches est fixée au 27 février 1997.

Art. 2. Les intérêts bruts à liquider à la date de valeur de l'adjudication sont calculés selon la formule :

— pour l'emprunt dénommé « Obligations linéaires 8,75 % — 25 juin 2002 » :

capital nominal \times 8,75 % \times 242/360;

— pour l'emprunt dénommé « Obligations linéaires 6,25 % — 28 mars 2007 » :

capital nominal \times 6,25 % \times 329/360.

Art. 3. Le présent arrêté produit ses effets le 24 février 1997.

Bruxelles, le 25 février 1997.

Ph. MAYSTADT

Gelet op het ministerieel besluit van 21 januari 1997 tot vaststelling van de kalender van de aanbestedingen en van de storting van de gelden voor de leningen genaamd « Lineaire obligaties » uitgedrukt in Belgische frank tijdens het eerste semester 1997,

Besluit :

Artikel 1. De aanbesteding van de negende tranche van de lening genaamd « Lineaire obligaties 8,75 % — 25 juni 2002 » en van de zesde tranche van de lening genaamd « Lineaire obligaties 6,25 % — 28 maart 2007 » is vastgesteld op 24 februari 1997 en de datum van betalingen betreffende deze tranches is vastgesteld op 27 februari 1997.

Art. 2. De brutointeresten te betalen op de valutadatum van de toewijzing worden berekend als volgt :

— voor de lening genaamd « Lineaire obligaties 8,75 % — 25 juni 2002 » :

nominaal kapitaal \times 8,75 % \times 242/360;

— voor de lening genaamd « Lineaire obligaties 6,25 % — 28 maart 2007 » :

nominaal kapitaal \times 6,25 % \times 329/360.

Art. 3. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 24 februari 1997.

Brussel, 25 februari 1997.

Ph. MAYSTADT

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

F. 97 — 366

[C - 97/22029]

30 DECEMBRE 1996. — Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers, les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation

Le Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment les articles 87, 88, 93, 94, troisième alinéa, 97 et 99;

Vu l'arrêté royal du 23 décembre 1996 fixant pour l'exercice 1997 le budget global du Royaume, visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, pour le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux;

Vu l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota de journées d'hospitalisation, modifié par les arrêtés ministériels des 21 avril 1987, 11 août 1987, 7 novembre 1988, 12 octobre 1989, 20 décembre 1989, 23 juin 1990, 10 juillet 1990, 28 novembre 1990, 28 février 1991, 20 mars 1991, 10 avril 1991, 20 novembre 1991, 21 novembre 1991, 19 octobre 1992, 30 octobre 1992, 30 décembre 1993, 23 juin 1994, 19 juillet 1994, 28 décembre 1994 et 27 décembre 1995;

Vu les avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, Section Financement, donnés les 13 juin 1996 et 19 septembre 1996;

Vu l'avis de la Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux, donné le 3 décembre 1996;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 17 décembre 1996;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, modifié par la loi du 9 août 1980, la loi du 4 juillet 1989 et la loi du 19 juillet 1991;

Vu l'urgence;

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 97 — 366

[C - 22029]

30 DECEMBER 1996. — Ministerieel besluit houdende wijziging van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op de artikelen 87, 88, 93, 94, derde lid, 97 en 99;

Gelet op het koninklijk besluit van 23 december 1996 houdende vaststelling van het globale budget van het Rijk, zoals bedoeld in artikel 87 van de wet op de ziekenhuizen, voor de financiering van de werkingskosten van de ziekenhuizen voor 1997;

Gelet op het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, gewijzigd bij de ministeriële besluiten van 21 april 1987, 11 augustus 1987, 7 november 1988, 12 oktober 1989, 20 december 1989, 23 juni 1990, 10 juli 1990, 28 november 1990, 28 februari 1991, 20 maart 1991, 10 april 1991, 20 november 1991, 21 november 1991, 19 oktober 1992, 30 oktober 1992, 30 december 1993, 23 juni 1994, 19 juli 1994, 28 december 1994 en 27 december 1995;

Gelet op de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Financiering, uitgebracht op 13 juni 1996 en 19 september 1996;

Gelet op het advies van de Commissie voor toezicht op en evaluatie van de statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen, uitgebracht op 3 december 1996;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, uitgebracht op 17 december 1996;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wetten van 9 augustus 1980, 4 juli 1989 en 19 juli 1991;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Considérant que la sécurité juridique impose qu'il faut d'urgence informer les gestionnaires des hôpitaux des conditions et des règles en vigueur pour le financement des hôpitaux en 1997, afin qu'ils puissent prendre en temps utile les mesures nécessaires,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 1^{er} de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers, les conditions et règles de fixation du prix de journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation, modifié par les arrêtés ministériels des 21 avril 1987, 11 août 1987, 7 novembre 1988, 12 octobre 1989, 20 décembre 1989, 23 juin 1990, 10 juillet 1990, 28 novembre 1990, 28 février 1991, 20 mars 1991, 10 avril 1991, 20 novembre 1991, 21 novembre 1991, 19 octobre 1992, 30 octobre 1992, 30 décembre 1993, 23 juin 1994, 19 juillet 1994, 28 décembre 1994 et 27 décembre 1995, le point *b*) est supprimé et le point *c*) devient le point *b*).

Art. 2. A l'article 4, § 1^{er} de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, le 2^o est supprimé et le 3^o devient le 2^o.

Art. 3. A l'article 7 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, il est ajouté un point *e*) libellé comme suit :

"*e*) l'hospitalisation de jour en ce qui concerne les coûts visés à l'article 6, 1), *a*) à partir de la date fixée par le Ministre qui a la fixation du prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions."

Art. 4. A l'article 12^{ter} 2^o de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, il est ajouté les points *l*), *m*), *n*), *o*), *p*) et *q*), libellés comme suit :

l) les dépenses relatives au développement, à l'évaluation et à l'application de nouvelles technologies médicales;

m) les coûts relatifs au personnel chargé de coordonner d'une manière multidisciplinaire les soins pour les patients de manière à préparer la sortie du patient en vue d'assurer la continuité des soins efficaces et de qualité;

n) pour les hôpitaux aigus, les coûts relatifs à l'analyse et à l'utilisation des données statistiques en vue de coordonner la stratégie de qualité de l'hôpital;

o) les coûts relatifs à la fonction palliative;

p) les moyens octroyés en vue de promouvoir l'emploi dans le secteur hospitalier;

q) les moyens octroyés en vue de prendre en compte le caractère social de l'hôpital et les charges qui en découlent."

Art. 5. Les dispositions de l'article 20 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité sont supprimées et remplacées par les dispositions ci-après :

"Art. 20. § 1^{er}. Par dérogation à l'article 16, sont couvertes forfaitairement, après la période d'amortissement des investissements subventionnés, les charges suivantes :

1^o les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement médical;

2^o les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement non médical, y compris l'appareillage informatique et le mobilier;

3^o les charges liées à l'amortissement du matériel roulant.

§ 2. Le forfait attribué en vertu du § 1^{er}, 1^o pour les hôpitaux aigus, visés à l'article 46 de la loi sur les hôpitaux est calculé de la manière suivante :

1^o le budget disponible est en premier lieu réparti entre les groupes d'hôpitaux dont question à l'article 32, sur base des dépenses constatées pendant un exercice.

Overwegende dat de rechtszekerheid gebiedt dat de ziekenhuisbeheerders dringend in kennis worden gesteld van de in 1997 vigerende voorwaarden en regelen inzake de financiering van de ziekenhuizen zodat ze tijdig de nodige maatregelen kunnen treffen,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 1, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheiden bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, gewijzigd bij de ministeriële besluiten van 21 april 1987, 11 augustus 1987, 7 november 1988, 12 oktober 1989, 20 december 1989, 23 juni 1990, 10 juli 1990, 28 november 1990, 28 februari 1991, 20 maart 1991, 10 april 1991, 20 november 1991, 21 november 1991, 19 oktober 1992, 30 oktober 1992, 30 december 1993, 23 juni 1994, 19 juli 1994, 28 december 1994 en 27 december 1995, wordt punt *b*) geschrapt en wordt punt *c*) punt *b*).

Art. 2. In artikel 4, § 1, van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt 2^o geschrapt en 3^o wordt 2^o.

Art. 3. Aan artikel 7 van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt een punt *e*) toegevoegd, luidend als volgt :

"*e*) de daghospitalisatie wat betreft de kosten bedoeld in artikel 6, 1), *a*) vanaf de datum vastgesteld door de Minister die de vaststelling van de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft".

Art. 4. Aan artikel 12^{ter}, 2^o, van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986, worden de punten *l*), *m*), *n*), *o*), *p*) en *q*) toegevoegd, luidend als volgt :

l) de uitgaven met betrekking tot de ontwikkeling, de evaluatie en de toepassing van nieuwe medische technologieën;

m) de kosten met betrekking tot het personeel dat belast is met de coördinatie, op een multidisciplinaire wijze, van de verzorging van de patiënten, teneinde het ontslag van de patiënt voor te bereiden en de continuïteit van een efficiënte zorgverlening en van de kwaliteit te waarborgen;

n) voor de acute ziekenhuizen, de kosten met betrekking tot de analyse en het gebruik van de statistische gegevens met het oog op de coördinatie van de kwaliteitsstrategie van het ziekenhuis;

o) de kosten met betrekking tot de palliatieve functie;

p) de middelen toegekend met het oog op de bevordering van de werkgelegenheid in de ziekenhuissector;

q) de middelen die worden toegekend teneinde rekening te houden met de sociale aard van het ziekenhuis en de daaruit voortvloeiende lasten."

Art. 5. De bepalingen van artikel 20 van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden geschrapt en vervangen door de volgende bepalingen :

"Art. 20. § 1. In afwijking van artikel 16 worden de volgende lasten, na afschrijving van de betaalde investeringen, forfaitair vergoed :

1^o de lasten die verband houden met de afschrijving van medische uitrusting;

2^o de lasten die verband houden met de afschrijving van de niet-medische uitrusting, met inbegrip van informatica-apparaatuur alsmede van meubilair;

3^o de lasten die verband houden met de afschrijving van het rollend materieel.

§ 2. Het forfaitair bedrag dat krachtens § 1, 1^o aan de acute ziekenhuizen, bedoeld in artikel 46 van de wet op de ziekenhuizen wordt toegekend, wordt als volgt berekend :

1^o het beschikbare budget wordt in eerste instantie verdeeld onder de groepen van ziekenhuizen, bedoeld in artikel 32, op basis van de kosten vastgesteld gedurende een dienstjaar.

A l'intérieur de chaque groupe, le budget disponible est réparti entre les activités suivantes selon les valeurs exprimées en pourcentage ci-après :

Binnen elke groep wordt het beschikbare budget verdeeld over de volgende activiteiten, op basis van de hiernavolgende waarden uitgedrukt in percentages :

	Groupe universitaire	- 200 lits	200 à 299 lits	300 à 449 lits	> 450 lits
Services d'urgence	2	3	2	4	2
Quartier opératoire	51	51	55	46	56
Maternité	1	4	5	3	4
Néonatalogie intensive	6	1	2	2	10
Soins intensifs	23	17	10	17	11
Autres services	17	24	26	28	17

	Universitaire groep	- 200 bedden	200 à 299 bedden	300 à 449 bedden	> 450 bedden
Spoeedgevallendienst	2	3	2	4	2
Operatiekwartier	51	51	55	46	56
Kraaminrichting	1	4	5	3	4
Intensieve neonatalogie	6	1	2	2	10
Intensieve zorgen	23	17	10	17	11
Overige diensten	17	24	26	28	17

2° a) le budget disponible pour les services d'urgence est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de points attribué à chaque hôpital en application de l'article 43, § 3, 2°, b) ci-après;

b) le budget disponible pour les quartiers opératoires est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de salles d'opération attribué à chaque hôpital en application de l'article 43, § 3, 2°, a) ci-après;

c) le budget disponible pour les services de maternité est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre d'accouchements du dernier exercice connu;

d) le budget disponible pour les services de néonatalogie intensive est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés N;

e) le budget disponible pour les soins intensifs est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de points attribué à chaque hôpital en application de l'article 43, § 2, 2°, c);

f) le budget disponible pour les autres services est réparti entre les hôpitaux au prorata du budget relatif à la Sous-partie B2 visé à l'article 42, §§ 7 et 8.

3° Les montants calculés en application de 2°, a) à f) sont additionnés pour chaque hôpital. Le forfait octroyé à l'hôpital est constitué à raison de 25 % du total précité augmenté de 75 % du forfait dont l'hôpital bénéficie après la révision du budget des moyens financiers portant sur l'exercice 1991.

§ 3. Le forfait attribué en vertu du § 1^{er}, 2° pour les hôpitaux aigus est calculé de la manière suivante :

1° Le budget disponible est réparti en premier lieu entre les groupes d'hôpitaux dont question à l'article 32 sur base des dépenses constatées pendant un exercice. A l'intérieur de chaque groupe, la répartition du budget disponible s'effectue au prorata de la somme des budgets relatifs aux Sous-parties B1 et B2 fixés en application des articles 39 et 42 §§ 7 et 8;

2° Le forfait attribué à chaque hôpital est constitué de 25 % du montant calculé sous 1°, augmenté de 75 % du forfait dont l'hôpital bénéficie après la révision du budget des moyens financiers portant sur l'exercice 1991.

§ 4. 1° Le forfait attribué en vertu du § 1, 1° et 2° pour les hôpitaux et services Sp et G isolés est calculé en répartissant le budget disponible, entre les hôpitaux au prorata du nombre de lits agréés et existants au 1^{er} janvier 1997 de chaque hôpital.

2° Le forfait attribué à chaque hôpital est constitué de 25 % du montant calculé sous 1°, augmenté de 75 % du forfait dont l'hôpital bénéficie après la révision du budget des moyens financiers portant sur l'exercice 1991.

2° a) het beschikbare budget voor de spoedgevallendiensten wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal punten dat met toepassing van het hiernavolgende artikel 43, § 3, 2°, b) aan elk ziekenhuis wordt toegekend;

b) het beschikbare budget voor de operatiekwartieren wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal operatiezalen dat met toepassing van het hiernavolgende artikel 43, § 3, 2°, a), aan elk ziekenhuis wordt toegekend;

c) het beschikbare budget voor de kraaminrichtingen wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal bevallingen van het laatst gekende dienstjaar;

d) het beschikbare budget voor de diensten intensieve neonatalogie wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal erkende N-bedden;

e) het beschikbare budget voor de diensten intensieve zorg wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal punten dat met toepassing van het artikel 43, § 2, 2°, c), aan elk ziekenhuis wordt toegekend;

f) het beschikbare budget voor de andere diensten wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het budget van Onderdeel B2, bedoeld in het artikel 42, §§ 7 en 8.

3° De bedragen berekend met toepassing van 2°, a) tot f) worden voor elk ziekenhuis opgeteld. Het forfaitair bedrag dat aan het ziekenhuis wordt toegekend, bestaat voor 25 % uit het voormelde totaal, verhoogd met 75 % van het forfaitair bedrag dat het ziekenhuis na de herziening van het budget van financiële middelen met betrekking tot het dienstjaar 1991 ontvangt.

§ 3. Het forfaitair bedrag dat krachtens § 1, 2° aan de acute ziekenhuizen wordt toegekend, wordt als volgt berekend :

1° Het beschikbare budget wordt eerst verdeeld onder de groepen van ziekenhuizen, bedoeld in artikel 32 op basis van de kosten gedurende een dienstjaar. Vervolgens wordt het beschikbare budget binnen elke groep verdeeld naar rata van de som van de budgetten van Onderdeel B1 en Onderdeel B2 en dit met toepassing van de artikelen 39 en 42, §§ 7 en 8;

2° Het per ziekenhuis toegekende forfaitair bedrag bestaat uit 25 % van het sub 1° berekende bedrag, verhoogd met 75 % van het forfaitair bedrag dat het ziekenhuis ontvangt na de herziening van het budget van financiële middelen met betrekking tot het dienstjaar 1991.

§ 4. 1° Het forfaitair bedrag dat krachtens § 1, 1° en 2°, aan de ziekenhuizen en diensten Sp en geïsoleerde G-diensten wordt toegekend, wordt berekend door het beschikbare budget onder de ziekenhuizen te verdelen naar rata van het aantal erkende en op 1 januari 1997 bestaande bedden per ziekenhuis.

2° Het per ziekenhuis toegekende forfaitair bedrag bestaat uit 25 % van het sub 1° berekende bedrag, verhoogd met 75 % van het forfaitair bedrag dat het ziekenhuis ontvangt na de herziening van het budget van financiële middelen met betrekking tot het dienstjaar 1991.

§ 5. 1° Le forfait attribué en vertu du § 1, 1° et 2° pour les hôpitaux psychiatriques est calculé en répartissant le budget disponible entre les hôpitaux au prorata du nombre de lits agréés et existants au 1^{er} janvier 1997 de chaque hôpital.

Pour le calcul du nombre de lits, le nombre de lits de jour est multiplié par 0,7.

2° Le forfait attribué à chaque hôpital est constitué de 25 % du montant calculé sous 1° augmenté de 75 % du forfait dont l'hôpital bénéficie après la révision du budget des moyens financiers portant sur l'exercice 1991.

§ 6. Les modalités reprises aux §§ 2 à 5 sont pour la première fois d'application au 1^{er} janvier 1997.

Cependant, pour les hôpitaux qui bénéficient, pendant les exercices 1992 à 1996 inclus, d'une révision de leurs charges d'amortissement du matériel médical et du matériel d'équipement non médical en raison d'investissements subsidés amortis pour la première fois pendant un des exercices concernés, les forfaits calculés selon les §§ 2 à 5 sont remplacés, jusqu'au terme de la période d'amortissement de l'investissement subsidé, par les montants déterminés à la suite de la révision précitée.

En attendant que ces derniers montants soient connus, les forfaits calculés conformément aux §§ 2 à 5 restent provisoirement d'application.

§ 7. Les modalités reprises aux §§ 2 à 5 peuvent être revues tous les trois ans.

§ 8. Les hôpitaux amortissant pour la première fois à partir de l'exercice 1997 des investissements subventionnés bénéficient d'une révision basée sur les charges réelles d'amortissement pour autant que l'investissement subventionné fasse partie d'un projet d'extension et/ou de reconditionnement dont la valeur représente au moins 25 % du coût maximum à la construction calculé en application des arrêtés ministériels des 1^{er} et 4 septembre 1978 modifiant les arrêtés ministériels des 1^{er} juillet 1971 et 8 novembre 1973 fixant les coûts maxima par lit à prendre en considération pour l'application de l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux. Si les charges réelles retenues sont inférieures aux forfaits déterminés conformément aux §§ 2 à 5, ces forfaits sont d'application. D'autre part les charges réelles retenues sont limitées à la valeur du forfait calculé en application des §§ 2 à 5 augmentée de l'amortissement sur la partie non subsidiée de l'investissement subsidé.

Si les conditions de l'alinéa précédent ne sont pas remplies, les forfaits calculés en application des §§ 2 à 5 restent maintenus."

Art. 6. Les dispositions de l'article 21 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité sont remplacées par les dispositions suivantes :

"Art. 21, § 1. Les charges de crédit à court terme visées à l'article 9, sont calculées en multipliant un montant défini ci-dessous par le taux d'intérêt le plus bas du marché déterminé annuellement selon les modalités reprises au § 2 ci-après.

Ce montant est fixé comme suit :

1° un montant de base forfaitaire à concurrence de 5 pourcent des montants tiers-payant;

2° un montant forfaitaire complémentaire en fonction de la période moyenne fixée d'une part entre la date d'expédition des bandes magnétiques de facturation et des documents de facturation y afférents, pour autant qu'ils soient approuvés par les organismes assureurs et d'autre part, la date à laquelle 80 % des montants facturés sont payés. Ce montant complémentaire ne peut dépasser 8 pourcent ou 16 pourcent des montants tiers-payant selon qu'il s'agisse d'un hôpital psychiatrique ou d'un hôpital général.

La période visée ci-dessus doit être prouvée au moyen de pièces justificatives.

§ 2. Le taux d'intérêt le plus bas du marché dont question au § 1^{er} est déterminé en effectuant la moyenne entre le taux de base moyen du crédit de caisse augmenté de 0,50 point et le taux moyen des straight loans à 1 mois augmenté de 0,50 point.

Le taux d'intérêt ainsi calculé est fixé au début de chaque exercice par le Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions. Il peut être revu, l'exercice terminé, en cas de hausse significative des taux."

§ 5. 1° Het forfaitair bedrag dat krachtens § 1, 1° en 2° aan de psychiatrische ziekenhuizen wordt toegekend, wordt berekend door het beschikbare budget onder de ziekenhuizen te verdelen naar rata van het aantal erkende en op 1 januari 1997 bestaande bedden per ziekenhuis.

Om het aantal bedden te berekenen, wordt het aantal bedden voor daghospitaalverminderd met 0,7.

2° Het per ziekenhuis toegekende forfaitair bedrag bestaat uit 25 % van het sub 1° berekende bedrag, verhoogd met 75 % van het forfaitair bedrag dat het ziekenhuis ontvangt na de herziening van het budget van financiële middelen met betrekking tot het dienstjaar 1991.

§ 6. De bepalingen vermeld in de §§ 2 tot 5 zijn voor de eerste maal van toepassing vanaf 1 januari 1997.

Echter, voor de ziekenhuizen die genieten, gedurende de dienstjaren 1992 tot en met 1996, van een herziening van hun afschrijvingslasten van medisch en niet-medisch materieel wegens gesubsidieerde investeringen, afgeschreven voor de eerste maal tijdens één van de betreffende dienstjaren, worden de in §§ 2 tot 5 berekende forfaits vervangen tot het einde van de afschrijvingsperiode van de gesubsidieerde investeringen door de bedragen vastgesteld volgens de voornoemde herziening.

In afwachting dat deze laatste bedragen gekend zijn, blijven de forfaitaire bedragen conform §§ 2 tot 5 voorlopig van toepassing.

§ 7. De bepalingen vermeld in de §§ 2 tot 5 kunnen om de drie jaar worden herzien.

§ 8. De ziekenhuizen die vanaf het dienstjaar 1997 voor het eerst betaalde investeringen afschrijven, krijgen een herziening gebaseerd op de reële afschrijvingslasten, voor zover de betaalde investering deel uitmaakt van een uitbreidings- en/of verbouwingsproject ten belope van ten minste 25 % van de maximumprijs van de bouw, berekend met toepassing van de ministeriële besluiten van 1 en 4 september 1978 tot wijziging van de ministeriële besluiten van 1 juli 1971 en 8 november 1973 tot vaststelling van de maximumkostprijs per bed die in aanmerking moet worden genomen voor de toepassing van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw en de apparatuur, de herconditionering en de uitrusting van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend. Indien de reële lasten lager zijn dan de forfaitaire bedragen die overeenkomstig de §§ 2 tot 5 worden vastgesteld, dan zijn die forfaitaire bedragen van toepassing. De in aanmerking genomen reële lasten beperken zich echter tot het forfaitair bedrag berekend met toepassing van de §§ 2 tot 5, verhoogd met de afschrijving op het niet-betaalde gedeelte van de betaalde investering.

Indien niet aan de in het vorige lid vermelde voorwaarden wordt voldaan, blijven de forfaitaire bedragen berekend met toepassing van de §§ 2 tot 5 behouden."

Art. 6. De bepalingen van artikel 21 van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden vervangen door de volgende bepalingen :

"Art. 21, § 1. De lasten voor korte termijn krediet, bedoeld in artikel 9, worden berekend door het hierna vastgesteld bedrag te verminderen met de laagste intrestvoet van de markt die jaarlijks wordt vastgesteld zoals bepaald in de hierna vermelde § 2.

Dat bedrag wordt als volgt vastgesteld :

1° een forfaitair basisbedrag ten belope van 5 percent van de derde betalende bedragen;

2° een aanvullend forfaitair bedrag op basis van de gemiddelde tijdsspanne enerzijds tussen de datum van verzending van de facturatiemagneetbanden, en de bijhorende facturatiebescheiden, voor zover deze in orde worden bevonden door de verzekeringsinstellingen, en anderzijds de datum van betaling van 80 % van de gefactureerde bedragen. Dat bijkomend bedrag mag niet meer dan 8 % of 16 % van de bedragen derde betaler belopen, naargelang het om een psychiatrisch ziekenhuis of een algemeen ziekenhuis gaat.

De hierboven bedoelde tijdsspanne dient te worden gestaafd aan de hand van bewijsstukken.

§ 2. De laagste intrestvoet van de markt waarvan sprake in § 1 wordt bepaald door het gemiddelde te nemen van de gemiddelde basisrente van het kaskrediet verhoogd met 0,50 punt en de gemiddelde intrestvoet van de straight loans op 1 maand verhoogd met 0,50 punt.

De aldus berekende intrestvoet wordt vastgesteld aan het begin van elk dienstjaar door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft. Als het dienstjaar afgelopen is, kan die intrestvoet worden herzien, indien de intresten aanzienlijk zijn gestegen."

Art. 7. Le § 3 de l'article 22bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est remplacé par la disposition suivante :

"§ 3. Par dérogation aux §§ 1^{er} et 2, les charges des équipements et appareillages sont couvertes forfaitairement de la manière suivante :

1° Pour le tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré installé dans un service d'imagerie agréé conformément à l'arrêté royal du 27 octobre 1989 fixant les normes auxquelles un service où est installé un tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifié par l'arrêté royal du 26 février 1991, un montant de 8 millions est alloué. Cependant, pour les équipements attribués sur base de l'arrêté royal du 18 mars 1985 fixant les critères de programmation et de financement du tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré, un montant de 18 millions est alloué.

2° Pour l'appareillage installé dans un service de radiothérapie agréé conformément à l'arrêté royal du 5 avril 1991, fixant les normes auxquelles un service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifié par l'arrêté royal du 17 octobre 1991, il est prévu le financement suivant :

a) pour les services où moins de 750 patients sont traités par an : 3,6 millions de francs, si le service dispose d'un appareillage d'irradiation qui a été mis en fonction après le 1^{er} janvier 1982. Ce montant sera majoré de 1/500^{ème} du montant précité par patient traité compris entre 500 et 749 patients traités;

b) pour les services où 750 à 1.199 patients sont traités par an : 6 millions de francs si le service dispose de 2 appareillages d'irradiation qui ont été mis en fonction après le 1^{er} janvier 1982. Ce montant devient 4,8 millions de francs si le service dispose d'un appareillage d'irradiation qui a été mis en fonction après le 1^{er} janvier 1982.

Ces montants sont majorés de 1/750^{ème} des montants précités, selon le cas, par patient traité compris entre 1.000 et 1.199 patients traités;

c) pour les services où plus de 1.200 patients sont traités par an : 9,2 millions de francs si le service dispose de 3 appareillages d'irradiation qui ont été mis en fonction après le 1^{er} janvier 1982. Ce montant devient 6 millions de francs si le service dispose de deux appareillages d'irradiation qui ont été mis en fonction après le 1^{er} janvier 1982 et 4,8 millions de francs si le service dispose d'un appareillage d'irradiation qui a été mis en fonction après le 1^{er} janvier 1982.

Ces montants sont majorés de 1/1.200^{ème} du montant précité, selon le cas, par patient traité compris entre 1.500 et 1.700;

d) pour les services où plus de 1.700 patients sont traités par an : 12,4 millions de francs si le service dispose de quatre appareillages d'irradiation qui ont été mis en fonction après le 1^{er} janvier 1982. Ce montant devient 9,2 millions de francs si le service dispose de trois appareillages d'irradiation qui ont été mis en fonction après le 1^{er} janvier 1982, 6 millions de francs si le service dispose de deux appareillages d'irradiation qui ont été mis en fonction après le 1^{er} janvier 1982 et 3,6 millions de francs si le service dispose d'un appareillage d'irradiation qui a été mis en fonction après le 1^{er} janvier 1982.

e) Les montants précités sont diminués de 0,6 million de francs au cas visé à l'alinéa a), et de 1,8 million de francs aux cas visés aux litéras b), c) et d), si l'appareillage d'irradiation qui est pris en considération pour le financement est une bombe au cobalt.

Pour les services où moins de 500 patients par an sont traités, un montant est attribué par patient égal à 1/500^{ème} du montant visé sous a).

Par "patient traité", il faut entendre le nombre de simulations attestées (prestation n° 441512 - 441523 de la nomenclature des prestations médicales) exécutées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre. En attendant de connaître le nombre à retenir pour l'exercice considéré, un montant provisionnel est accordé, basé sur le nombre de patients traités pendant le dernier exercice connu.

Lorsque des services de radiothérapie concluent une convention de collaboration, comme visée dans l'article 1bis, 2° de l'arrêté royal du 5 avril 1991, le financement est basé sur le nombre total des patients traités par les services de radiothérapie concernés."

Art. 7. In artikel 22 bis van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt § 3 vervangen door de volgende bepaling :

"§ 3. In afwijking van §§ 1 en 2 worden de lasten van uitrusting en apparatuur als volgt forfaitair vergoed :

1° Voor de magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem die opgesteld is in een dienst beeldvorming die erkend is overeenkomstig het koninklijk besluit van 27 oktober 1989 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst waarin een magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend als zware medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 februari 1991, wordt 8 miljoen frank uitgetrokken. Voor de uitrusting toegekend op basis van het koninklijk besluit van 18 maart 1985 houdende vaststelling van de criteria voor de programmering en de financiering van de magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem, wordt 18 miljoen frank uitgetrokken.

2° Voor de apparatuur geïnstalleerd in een dienst radiotherapie erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 5 april 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst radiotherapie moet voldoen om te worden erkend als zware medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 oktober 1991, wordt gefinancierd als volgt :

a) voor de diensten waar minder dan 750 patiënten per jaar worden behandeld : 3,6 miljoen frank als de dienst beschikt over een bestralingstoestel dat na 1 januari 1982 in gebruik werd genomen. Dat bedrag wordt verhoogd met 1/500^{ste} van het voormelde bedrag per behandelde patiënt, waarbij het aantal behandelde patiënten tussen 500 en 749 ligt;

b) voor de diensten waar 750 tot 1.199 patiënten per jaar worden behandeld : 6 miljoen frank als de dienst beschikt over 2 bestralingstoestellen die na 1 januari 1982 in gebruik werden genomen. Dat bedrag wordt 4,8 miljoen frank, indien de dienst beschikt over een bestralingstoestel dat na 1 januari 1982 in gebruik werd genomen.

Die bedragen worden verhoogd met 1/750^{ste} van de voormelde bedragen, naar gelang van het geval, per behandelde patiënt begrepen tussen 1.000 en 1.199;

c) voor de diensten waar jaarlijks meer dan 1.200 patiënten worden behandeld : 9,2 miljoen frank, indien de dienst beschikt over drie bestralingstoestellen die na 1 januari 1982 in gebruik werden genomen. Dat bedrag wordt verminderd tot 6 miljoen frank, indien de dienst beschikt over twee bestralingstoestellen die na 1 januari 1982 in gebruik werden genomen en tot 4,8 miljoen frank, indien de dienst beschikt over één bestralingstoestel dat na 1 januari 1982 in gebruik werd genomen.

Die bedragen worden verhoogd met 1/1.200^{ste} van het voormelde bedrag, naar gelang van het geval, per behandelde patiënt begrepen tussen 1.500 en 1.700;

d) voor de diensten waar jaarlijks meer dan 1.700 patiënten worden behandeld : 12,4 miljoen frank, indien de dienst beschikt over vier bestralingstoestellen die na 1 januari 1982 in gebruik zijn genomen. Dat bedrag wordt verminderd tot 9,2 miljoen frank als de dienst beschikt over drie bestralingstoestellen die na 1 januari 1982 in gebruik zijn genomen, 6 miljoen frank als de dienst beschikt over twee bestralingstoestellen die na 1 januari 1982 in gebruik zijn genomen en 3,6 miljoen frank als de dienst beschikt over één bestralingstoestel die na 1 januari 1982 in gebruik is genomen.

e) De voormelde bedragen worden verminderd met 0,6 miljoen frank in het geval bedoeld in a), met 1,8 miljoen in de gevallen bedoeld in b), c) en d), als het bestralingstoestel dat voor de financiering in aanmerking komt, een kobaltbom is.

Voor de diensten waar minder dan 500 patiënten per jaar worden behandeld, wordt per patiënt een bedrag toegekend ten belope van 1/500^{ste} van het bedrag bedoeld in a).

Onder "behandelde patiënt" verstaat men het aantal geattesteerde simulaties (nomenclatuurnr. 441512-441523 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen), uitgevoerd tussen 1 januari en 31 december. In afwachting dat men het exacte cijfer voor het betrokken dienstjaar kent, wordt een provisioneel bedrag toegekend, gebaseerd op het aantal behandelde patiënten tijdens het recentste bekende dienstjaar.

Wanneer radiotherapiediensten een samenwerkingsovereenkomst sluiten, zoals bedoeld in artikel 1bis, 2° van het koninklijk besluit van 5 april 1991, is de financiering gebaseerd op het totale aantal patiënten dat door de betrokken radiotherapiediensten wordt behandeld."

Art. 8. A l'article 23, § 2 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les points 1°, 2° et 3° sont supprimés et le chiffre "4°" est supprimé.

Art. 9. Le point *a)* de l'article 24 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est remplacé par la disposition suivante :

"*a)* au maximum, de l'application des échelles barémiques des pouvoirs publics subordonnés en vigueur au 1^{er} novembre 1993 augmentées de 2,5 pourcent pour les hôpitaux privés et de 3,93 pourcent pour les hôpitaux publics;"

Art. 10. Au point 1) de l'article 25 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, le chiffre "7" est remplacé par le chiffre "5".

Art. 11. L'article 28bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est complété comme suit :

"La prise en considération de certains services, fonctions et activités de l'hôpital peut s'effectuer via une ou des Sous-parties spécifiques à ces services, fonctions et activités."

Art. 12. L'article 32 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est remplacé par la disposition suivante :

"Art. 32. Il est constitué cinq groupes d'hôpitaux, à savoir :

1. le groupe des hôpitaux avec un caractère universitaire, comme visé à l'article 30;

2. le groupe des hôpitaux de moins de 200 lits;

3. le groupe des hôpitaux de 200 à 299 lits;

4. le groupe des hôpitaux de 300 à 449 lits;

5. le groupe des hôpitaux de 450 lits et plus."

Art. 13. Au point 3, *a)* du § 2 de l'article 34 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, il y a lieu de lire :

" $48 < Mli < 55$ $M2i = (48 \times Li) + [\frac{1}{2}(Mli-48) \times Li]$

$55 < Mli$ $M2i = (51,5 \times Li) + [\frac{1}{4}(Mli-55) \times Li]$ "

au lieu de

" $48 < Mli < 55$ $M2i = 48 \times Li$

$\frac{1}{2} \times (Mli-48) \times Li$

$55 < Mli$ $M2i = 51,5 \times Li$

$\frac{1}{4} \times (Mli-55) \times Li$ "

Art. 14. Au point 3, *b)* du § 2 de l'article 34 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, il y a lieu de lire :

" $M2i = 75Li + \frac{1}{2}(Mli - 75) \times Li$

$M2i = (80 \times Li) + [\frac{1}{4}(Mli - 86) \times Li]$ "

au lieu de

" $M2i = 75Li - \frac{1}{2}(Mli - 75) \times Li$

$M2i = 80 + Li$

$\frac{1}{4}(Mli - 86) \times Li$ "

Art. 15. Au point 3, *c)* du § 2 de l'article 34 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les mots "au service de Soins Intensifs (C+D)" sont remplacés par les mots "aux lits C, D, E à caractère intensif", les mots "du service de soins intensifs" sont remplacés par les mots "des lits à caractère intensif", les mots "lits pour les Soins Intensifs" sont remplacés par les mots "lits à caractère intensif" et les mots "article 43, § 2, *c)*" sont remplacés par les mots "article 43, § 2, 2°, *c)*".

Art. 16. Au point 4 du § 2 de l'article 34 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, la phrase "P = nombre de personnel soignant dans les unités et services visés à l'article 7 *a)* et *b)*, exprimé en équivalents temps plein, limité toutefois aux normes pour les unités de soins visées à l'article 43, § 4, *a)* étant entendu que le nombre de lits de Soins Intensifs est calculé conformément à l'article 43, § 2, 1°, *c)*" est remplacée par la phrase ci-après :

"P = nombre de membres du personnel soignant dans les unités et services visés à l'article 7 *a)* et *b)* exprimé en équivalents temps plein. Ce nombre tient compte des maxima suivants :

- pour les unités de soins, les normes visées à l'article 42, § 9 augmentées du personnel octroyé en vertu des différents accords sociaux conclus pendant la période de 1989 à 1991;

Art. 8. In artikel 23, § 2, van het voormeld ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de punten 1°, 2°, 3° en het cijfer "4°" geschrapt.

Art. 9. Punt *a)* van artikel 24 van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt vervangen door de volgende bepaling :

"*a)* maximum, de toepassing van de op 1 november 1993 van kracht zijnde loonschalen van de ondergeschikte openbare besturen, verhoogd met 2,5 percent voor de privé-ziekenhuizen en 3,93 percent voor de openbare ziekenhuizen;"

Art. 10. In punt 1) van artikel 25 van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt het cijfer "7" vervangen door het cijfer "5".

Art. 11. Artikel 28bis van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt aangevuld als volgt :

"Diensten, functies en activiteiten van het ziekenhuis kunnen in aanmerking worden genomen op basis van één of meer Onderdelen die voor die diensten, functies en activiteiten specifiek zijn."

Art. 12. Artikel 32 van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt vervangen door de volgende bepaling :

"Art. 32. Er worden 5 groepen van ziekenhuizen opgericht, meer bepaald :

1. de groep van de ziekenhuizen met een universitair karakter, zoals bedoeld in artikel 30;

2. de groep van de ziekenhuizen met minder dan 200 bedden;

3. de groep van de ziekenhuizen met 200 tot 299 bedden;

4. de groep van de ziekenhuizen met 300 tot 449 bedden;

5. de groep van de ziekenhuizen met 450 en meer bedden."

Art. 13. Artikel 34, § 2, 3), *a)*, van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986, dient als volgt te worden gelezen :

" $48 < Mli < 55$ $M2i = (48 \times Li) + [\frac{1}{2}(Mli-48) \times Li]$

$55 < Mli$ $M2i = (51,5 \times Li) + [\frac{1}{4}(Mli-55) \times Li]$ "

in plaats van

" $48 < Mli < 55$ $M2i = 48 \times Li$

$\frac{1}{2} \times (Mli-48) \times Li$

$55 < Mli$ $M2i = 51,5 \times Li$

$\frac{1}{4} \times (Mli-55) \times Li$ "

Art. 14. Artikel 34, § 2, 3), *b)*, van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 dient als volgt te worden gelezen :

" $M2i = 75Li + \frac{1}{2}(Mli - 75) \times Li$

$M2i = (80 \times Li) + [\frac{1}{4}(Mli - 86) \times Li]$ "

in plaats van

" $M2i = 75Li - \frac{1}{2}(Mli - 75) \times Li$

$M2i = 80 + Li$

$\frac{1}{4}(Mli - 86) \times Li$ "

Art. 15. In artikel 34, § 2, 3), *c)*, van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986, worden de woorden "de dienst voor intensieve zorgen (C + D)" vervangen door de woorden "de bedden C, D, E van intensieve aard"; de woorden "de dienst voor intensieve zorgen" vervangen door de woorden "de bedden van intensieve aard" en de woorden "bedden voor intensieve zorgen" worden vervangen door de woorden "bedden van intensieve aard" en de woorden "artikel 43, § 2, *c)*" worden vervangen door de woorden "artikel 43, § 2, 2°, *c)*".

Art. 16. In artikel 34, § 2, 4), van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt de zin "P = aantal personeelsleden voor verzorging in de in artikel 7 *a)* en *b)* bedoelde eenheden en diensten, uitgedrukt in full-time equivalenten, beperkt evenwel voor de verpleegeenheden tot de normen bedoeld in artikel 43, § 4, *a)*, met dien verstande dat het aantal intensieve bedden berekend overeenkomstig artikel 4°, § 2, 1°, *c)*" wordt vervangen door de volgende zin :

"P = het aantal verplegend personeelsleden in de in artikel 7 *a)* en *b)* bedoelde eenheden en diensten, uitgedrukt in full-time equivalenten. Dat aantal houdt rekening met de volgende maxima :

- voor de verpleegeenheden, de normen bedoeld in artikel 42, § 9, verhoogd met het personeel dat wordt toegekend krachtens de verschillende sociale akkoorden die tussen 1989 en 1991 zijn gesloten;

- pour les lits à caractère intensif, le nombre de lits calculé conformément à l'article 43, § 2, 2°, c) multiplié par 2 équivalents temps plein;

- pour le bloc opératoire, l'urgence et la stérilisation centrale, le nombre de points attribués en application de l'article 43, § 3, 2°, a), b) et d) divisé par 2,5;

- 1 ETP chef du département infirmier par hôpital;

- 1 ETP cadre intermédiaire par 150 lits agréés;

- pour les hôpitaux publics, le personnel financé pour les remplacements des absences de longue durée;

- pour les stagiaires Onem, le nombre limité à deux pourcents de l'effectif présent au 30 juin de l'exercice précédant l'exercice considéré;

- pour les contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire interdépartemental pour la promotion de l'emploi, le nombre exprimé en équivalents temps plein occupés pendant l'exercice considéré;

- le personnel octroyé en application de l'article 12 ter, 1°.

Art. 17. Au point 5) du § 2 de l'article 34 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les mots "C, M, N, C + D (soins Intensifs) et G" sont remplacés par les mots "C, M, N, G et les lits D+E à caractère intensif" et les mots "le service de soins Intensifs" sont remplacés par les mots "les lits à caractère intensif".

Art. 18. La formule mentionnée au point b) de l'article 38 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est remplacée par la formule suivante :

$(M * 75 \%) + (M * 25 \% \text{ TN/TR})$.

Art. 19. Le point c) de l'article 38 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est supprimé.

Art. 20. A l'article 39 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les mots "visés à l'article 38" sont supprimés et les dispositions suivantes sont insérées entre les deuxième et troisième alinéas :

"Par budget actuel B1, on entend le budget dont dispose l'hôpital au 31 décembre de l'année précédant l'exercice de fixation d'une nouvelle Sous-partie B1 en application de l'article 40, § 2.

Ce budget est calculé en multipliant la valeur par journée de la Sous-partie B1 de l'hôpital par le quota qui lui est attribué en fonction de l'article 53 en ne tenant pas compte des adaptations découlant de l'application des articles 46bis et 46ter."

Art. 21. A l'article 40, § 3 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les mots "Par dérogation au premier alinéa" sont supprimés et la disposition suivante est ajoutée après le dernier alinéa :

"Les pourcentages relatifs à chacune des années de la troisième période de trois ans sont fixés respectivement à 25 %, 33 % et 50 %.

A partir de la première année de la quatrième période de trois ans, le pourcentage est égal à 100 %."

Art. 22. L'article 42 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. 42 § 1°. Le budget global pour la Sous-partie B2 est réparti entre les hôpitaux sur base d'un système de points. De cette répartition sont exclus les hôpitaux visés à l'article 23, § 2, pour lesquels le budget B2 est fixé selon les règles à déterminer annuellement.

§ 2. Les modalités du système de points visé au § 1° ne peuvent être revues que tous les trois ans, à dater de l'exercice 1991. Cependant, l'affinement et/ou l'ajout de paramètres et leur confrontation à la situation des pathologies traitées peut être effectué pendant la période de trois ans. Les paramètres visés sont ceux dont question à :

- l'article 43 § 2, 2° c) : les prestations de réanimation;

- l'article 43 § 2, 2° a) : les prestations médicales et chirurgicales, l'indice de coût supplémentaire et le nombre de points-RIM;

- l'article 43 § 2, 5° : les prestations chirurgicales et médicales et le nombre de points -RIM;

- l'article 43 § 3, 2° a) : les temps standards;

- l'article 43 § 3, 2° b) : les prestations médicales d'urgence et les points de base par 100 lits;

- l'article 43 § 3, 2° c) : les prestations médicales.

- voor de bedden van intensieve aard, het aantal bedden berekend overeenkomstig artikel 43, § 2, 2°, c), vermenigvuldigd met 2 full-time equivalenten;

- voor het operatiekwartier, de spoedgevallendiensten en de centrale sterilisatie, het aantal punten toegekend met toepassing van artikel 43, § 3, 2°, a), b) en d), gedeeld door 2,5;

- 1 VTE hoofdverpleegkundig departement per ziekenhuis;

- 1 VTE lid middenkader per 150 erkende bedden;

- voor de openbare ziekenhuizen, het personeel dat vergoed wordt om langdurig afwezig te vervangen;

- voor de RVA-stagiairs, het aantal beperkt tot 2 percent van het personeel dat in dienst was op 30 juni van het dienstjaar dat voorafgaat aan het betrokken dienstjaar;

- voor de contractuelen die ter bevordering van de werkgelegenheid via het Interdepartementaal Begrotingsfonds worden gesubsidieerd, het aantal uitgedrukt in voltijdse equivalenten die tijdens het betrokken dienstjaar in dienst zijn;

- het personeel toegekend in toepassing van artikel 12ter, 1°.

Art. 17. In artikel 34, § 2, punt 5), van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de woorden "C, M, N, C + D (intensieve zorgen) en G" vervangen door de woorden "C, M, N, G en de D+E-bedden van intensieve aard" en worden de woorden "de dienst voor intensieve zorgen" vervangen door de woorden "de bedden van intensieve aard".

Art. 18. De formule vermeld in artikel 38, punt b), van het voormeld ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt vervangen door de volgende formule :

$(B * 75 \%) + (B * 25 \% \text{ [NB/RB]})$.

Art. 19. Punt c) van artikel 38 van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt geschrapt.

Art. 20. In artikel 39 van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de woorden "bedoeld in artikel 38" geschrapt en worden tussen het tweede en het derde lid de volgende bepalingen ingevoegd :

"Onder huidig budget B1 verstaat men het budget waarover het ziekenhuis beschikt op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het dienstjaar waarin, in toepassing van artikel 40, § 2, een nieuw Onderdeel B1 wordt vastgesteld.

Dit budget wordt berekend door de waarde per ligdag van Onderdeel B1 van het ziekenhuis met het quotum dat op basis van artikel 53 aan dat ziekenhuis wordt toegekend, te vermenigvuldigen zonder rekening te houden met de aanpassingen die voortvloeien uit de toepassing van de artikelen 46bis en 46ter."

Art. 21. Aan artikel 40, § 3, van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de woorden "in afwijking van het eerste lid" geschrapt en de volgende bepaling toegevoegd aan de laatste alinea :

"De percentages voor elk jaar van de derde periode van drie jaar worden respectievelijk vastgesteld op 25 %, 33 % en 50 %.

Vanaf het eerste jaar van de vierde periode van drie jaar is het percentage gelijk aan 100 %."

Art. 22. Artikel 42 van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt vervangen door de volgende bepalingen :

"Art. 42, § 1. Het globale budget voor Onderdeel B2 wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van een puntensysteem. Die verdeling geldt niet voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 23, § 2, waarvan het budget B2 volgens jaarlijks te bepalen regels wordt vastgesteld.

§ 2. Vanaf het dienstjaar 1991 kunnen de modaliteiten van het in § 1 bedoelde puntensysteem slechts om de drie jaar worden herzien. Het verfijnen en/of toevoegen van parameters en hun overeenstemming met de behandelde pathologieën kan wel tijdens de periode van drie jaar gebeuren. Het gaat om de parameters bedoeld in :

- artikel 43, § 2, 2°, c) : de reanimatieverstrekkings;

- artikel 43, § 2, 2°, a) : de geneeskundige en heelkundige verstrekkings, de meerkostindex en het aantal M.V.G.-punten;

- artikel 43, § 2, 5° : de geneeskundige en heelkundige verstrekkings en het aantal M.V.G.-punten;

- artikel 43, § 3, 2°, a) : de standaardtijden;

- artikel 43, § 3, 2°, b) : de urgent uitgevoerde geneeskundige verstrekkings en de basispunten per 100 bedden;

- artikel 43, § 3, 2°, c) : de geneeskundige verstrekkings.

§ 3. Par budget global, on entend le montant représenté par l'addition du budget pour la Sous-partie B2 de chaque hôpital. Ce dernier est calculé en multipliant la valeur par journée au 31 décembre de l'exercice précédant celui de la fixation de la nouvelle Sous-partie B2 en application du § 2 précité, de la Sous-partie B2 de l'hôpital par le quota qui lui est attribué en fonction de l'article 53 en ne tenant pas compte des adaptations relatives respectivement au personnel supplémentaire accordé en vertu des différents accords sociaux conclus pendant la période de 1989 à 1991 et en vertu de l'arrêté ministériel du 2 mai 1995, à l'application des articles 46bis et 46ter, à la réduction appliquée en vertu du § 8 du présent article, à l'application des dispositions de l'article 15 de l'arrêté ministériel du 28 novembre 1990 fixant, pour l'exercice 1991, les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du prix de la journée d'hospitalisation, le budget des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation des hôpitaux et services hospitaliers.

§ 4. A chaque hôpital est attribué un nombre de points conformément aux modalités prévues à l'article 43.

§ 5. Le nombre de points attribué à chaque hôpital est additionné afin de déterminer le nombre total pour l'ensemble des hôpitaux.

§ 6. La valeur du point est déterminée en divisant le budget global pour la Sous-partie B2, visé au § 3, par le nombre total de points visé au § 5.

§ 7. A chaque hôpital est attribué un montant représenté par la multiplication du nombre de points de l'hôpital visé au § 4 par la valeur du point fixée conformément au § 6.

Ce montant est adapté pour les hôpitaux qui dans le dernier exercice connu atteignent une occupation moyenne qui est supérieure de 5 % à l'occupation qui correspond au quota visé à l'article 53.

Pour calculer l'occupation moyenne de l'hôpital, les journées réelles sont diminuées, selon le cas, du nombre DJN ou du nombre DJP fixé en application de l'article 46ter, §§ 1^{er} et 2.

Cette adaptation s'effectue comme suit :

a) par pourcentage d'occupation qui dépasse les 5 % précités, jusqu'à un maximum de 10 % de dépassement, la valeur du montant visé ci-dessus est augmentée de 0,10 %;

b) par pourcentage d'occupation qui dépasse les 10 % précités, jusqu'à un maximum de 15 % de dépassement, la valeur du montant visé ci-dessus est augmentée complémentirement de 0,20 %.

La somme des montants ainsi adaptés pour tout le pays doit rester égale au budget global visé au § 3. Sans préjudice de l'article 46, ce montant ainsi calculé est appelé le "budget définitif B2".

§ 8. Le budget définitif B2 des hôpitaux qui disposent de lits qui sont désignés comme des lits universitaires est réduit de 400 millions répartis conformément aux modalités reprises ci-dessous.

Cette réduction est réalisée comme suit :

1° pour les lits universitaires agréés sous les indices D, H, G, A, M et E, avec un montant par lit égal à 400 millions de francs divisé par le nombre total des lits universitaires agréés;

2° pour les lits universitaires agréés sous les indices C, C+D (à caractère intensif) et N, par un montant par lit égal à 400 millions de francs divisé par le nombre total de lits universitaires, multiplié par le coefficient visé sous 3°.

Cette réduction ne peut jamais être inférieure à 75 % du montant par lit visé sous 1° et jamais supérieure à 125 % du montant par lit visé sous 1°.

En cas d'application de l'alinéa précédent le montant pour lequel la Sous-partie B2 est réduite, est adapté pour tous les autres lits universitaires d'une telle manière que l'économie visée soit atteinte.

3° pour fixer le coefficient visé sous 2° les calculs suivants sont effectués :

a) "Le profil moyen de la pathologie par lit" : la somme en francs, de la valeur, selon la nomenclature de l'Assurance Maladie, de toutes les prestations, mentionnées en annexe 6 divisée par le nombre de lits agréés des services visés au 2°;

b) "Index de pathologie" : le profil moyen de la pathologie par lit de l'hôpital divisé par le profil moyen de la pathologie de tous les hôpitaux ayant des lits universitaires agréés;

§ 3. Onder globaal budget wordt verstaan het bedrag bekomen door het budget voor Onderdeel B2 van elk ziekenhuis op te tellen. Dit laatste wordt berekend door de waarde per dag op 31 december van het dienstjaar voorafgaand aan dat tijdens hetwelk het nieuwe Onderdeel B2, met toepassing van voornoemde § 2, vastgesteld werd per dag, van Onderdeel B2 van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met het quotum dat op grond van artikel 53 aan dit ziekenhuis wordt toegekend, zonder rekening te houden met de aanpassingen betreffende respectievelijk het bijkomende personeel dat toegekend werd krachtens de verschillende sociale akkoorden die tussen 1989 en 1991 afgesloten werden, de toepassing van de artikelen 46bis en 46ter, de vermindering die werd toegepast krachtens § 8 van dit artikel en de toepassing van de bepalingen van artikel 15 van het ministerieel besluit van 28 november 1990 tot vaststelling voor het dienstjaar 1991, van de specifieke voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van de prijs per verpleegdag, het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

§ 4. Aan elk ziekenhuis wordt een aantal punten toegekend overeenkomstig de modaliteiten voorzien in artikel 43.

§ 5. Het aantal punten toegekend aan ieder ziekenhuis wordt opgeteld om het totaal aantal punten voor alle ziekenhuizen samen te bepalen.

§ 6. De waarde van het punt wordt bepaald door het globaal budget voor Onderdeel B2, bedoeld in § 3, te delen door het totaal aantal punten, bedoeld in § 5.

§ 7. Aan ieder ziekenhuis wordt een bedrag toegekend, bekomen door het puntenaantal van het ziekenhuis, bedoeld in § 4, te vermenigvuldigen met de waarde van het punt, vastgesteld overeenkomstig § 6.

Dit bedrag wordt aangepast voor de ziekenhuizen die in het laatst bekende dienstjaar een gemiddelde bezetting bereiken die meer dan 5 % hoger ligt dan de bezetting die overeenkomt met het quotum zoals bedoeld in artikel 53.

Voor de berekening van de gemiddelde bezetting van het ziekenhuis worden de reële dagen, naargelang het geval, verminderd met het aantal NAL of het aantal PAL vastgesteld in toepassing van het artikel 46ter, §§ 1 en 2.

Deze aanpassing gebeurt als volgt :

a) per percentage bezetting die bovengenoemde 5 % overtreft, tot een maximum van 10 % overschrijding, wordt de waarde van het hierboven bedoelde bedrag verhoogd met 0,10 %;

b) per percentage bezetting die bovengenoemde 10 % overschrijft, tot een maximum van 15 % overschrijding, wordt de waarde van het hierboven bedoeld bedrag bijkomend verhoogd met 0,20 %.

De som van de aldus aangepaste bedragen voor het gehele land dient gelijk te blijven aan het globale budget zoals bedoeld in § 3. Onverminderd de bepaling van artikel 46 wordt het aldus berekende bedrag het "definitieve budget B2" genoemd.

§ 8. Het definitieve budget B2 van de ziekenhuizen die beschikken over bedden die aangewezen zijn als universitaire bedden, wordt verminderd met 400 miljoen frank, te verdelen overeenkomstig de hierna vermelde modaliteiten.

Die vermindering gebeurt als volgt :

1° voor de universitaire bedden erkend onder de kenletters D, H, G, A, M en E, met een bedrag per bed gelijk aan 400 miljoen frank, gedeeld door het totale aantal erkende universitaire bedden;

2° voor de universitaire bedden erkend onder de kenletters C, C+D (intensieve aard) en N, met een bedrag per bed gelijk aan 400 miljoen, gedeeld door het totale aantal universitaire bedden, vermenigvuldigd met de coëfficiënt bedoeld in 3°.

Die vermindering kan nooit minder bedragen dan 75 % van het bedrag per bed bedoeld in 1° en nooit meer dan 125 % van het bedrag per bed bedoeld in 1°.

Indien het vorige lid van toepassing is, wordt het bedrag waarmee Onderdeel B2 wordt verminderd derwijze voor de overige universitaire bedden aangepast dat de beoogde besparing wordt bereikt.

3° De coëfficiënt bedoeld in 2° wordt als volgt berekend :

a) "het gemiddelde profiel van de pathologie per bed" : de som, uitgedrukt in franken, van de waarde van alle verstrekkingen vermeld in bijlage 6, vastgesteld volgens de nomenclatuur van de Ziekteverzekering, gedeeld door het aantal erkende bedden van de diensten bedoeld in 2°.

b) "Pathologie-index" : het gemiddelde pathologieprofiel per bed van het ziekenhuis, gedeeld door het gemiddelde pathologieprofiel van alle ziekenhuizen die erkende universitaire bedden hebben.

c) "L'index de financement" : la Sous-partie B2 du prix de journée de l'hôpital divisée par la moyenne de la Sous-partie B2 de tous les hôpitaux ayant des lits universitaires agréés;

d) "Le coefficient" : l'index de financement divisé par l'index de pathologie.

Pour l'application des points 1^o, 2^o et 3^o il est tenu compte des données relatives à l'exercice déterminé par le Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions.

§ 9. Avant application de l'article 46, s'il apparaît que le budget, octroyé pour le personnel des unités de soins, après le calcul de l'ajustement dont question au § 10 ci-après, relatif à l'exercice pour lequel la Sous-partie B2 est fixée, est inférieur au budget nécessaire pour couvrir l'activité de base, le budget définitif est adapté d'un montant calculé comme suit :

- on établit la différence (D) entre les deux budgets précités;
- si D est négatif, D est exprimé en pourcentage du budget définitif. De ce pourcentage est déduit le cas échéant le pourcentage entre le nombre TLdt et les journées totales tels que visés à l'annexe 4;
- le budget définitif est augmenté du nouveau pourcentage ainsi déterminé.

Par budget définitif pour le personnel des unités de soins, est entendu, le résultat de la multiplication du nombre de points attribué pour le personnel de ces unités par la valeur du point, telle que visée à l'article 42, § 6 et, après application, le cas échéant, des dispositions de l'article 42, § 8.

Le budget nécessaire pour couvrir l'activité de base est égal aux charges de personnel infirmier et soignant des unités de soins de l'exercice déterminé par le Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions, calculés en application des normes reprises ci-dessous mais limitées, le cas échéant au personnel présent pendant un exercice à déterminer par le Ministre qui a le prix de la journée dans ses attributions.

Le cas échéant, les charges précitées sont adaptées en tenant compte que le pourcentage de personnel qualifié par rapport au total du personnel infirmier et soignant ne peut dépasser 75 pourcent.

Pour l'application des alinéas précédents, les normes de personnel suivantes sont à observer :

c) "De financieringsindex" : Onderdeel B2 van de verpleegdagprijs van het ziekenhuis, gedeeld door het gemiddelde van Onderdeel B2 van alle ziekenhuizen die erkende universitaire bedden hebben.

d) "De coëfficiënt" : de financieringsindex gedeeld door de pathologie-index.

Bij het toepassen van 1^o, 2^o en 3^o wordt rekening gehouden met de gegevens met betrekking tot het dienstjaar, vastgesteld door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft.

§ 9. Indien vóór de toepassing van artikel 46 blijkt dat het definitieve budget toegekend voor het personeel van de verpleegeenheden, na de berekening van de aanpassing waarvan sprake in de hiernavolgende § 10, betreffende het dienstjaar waarvoor het Onderdeel B2 is vastgesteld, lager is dan het budget dat nodig is om de basisactiviteit te dekken, wordt het definitieve budget aangepast met een bedrag berekend als volgt :

- men maakt het verschil (D) tussen de twee voornoemde budgetten;
- indien D negatief is, wordt D uitgedrukt als een percentage van het definitieve budget. Van dat percentage wordt desgevallend het percentage van het aantal TLdt en het totale aantal dagen, zoals bedoeld in bijlage 4, afgetrokken;
- het definitieve budget wordt verhoogd met het aldus vastgestelde nieuwe percentage.

Onder definitief budget voor het personeel van de verpleegeenheden verstaat men het resultaat van de vermenigvuldiging van het voor het personeel van die eenheden toegekende aantal punten met de waarde van het punt bedoeld in artikel 42, § 6 en, desgevallend, na toepassing van de bepalingen van artikel 42, § 8.

Het vereiste budget om de basisactiviteit te dekken, stemt overeen met de lasten voor het verplegend en verzorgend personeel van de verpleegeenheden met betrekking tot het dienstjaar dat wordt vastgesteld door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft, berekend in toepassing van de hierna vermelde normen, maar desgevallend beperkt tot het personeel dat aanwezig is tijdens een dienstjaar dat wordt vastgesteld door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft.

Desgevallend worden de voormelde lasten aangepast, rekening houdend met het feit dat hoogstens 75 % van het personeelsbestand uit gekwalificeerd verplegend personeel mag bestaan.

Voor de toepassing van de voorgaande alinea's, dient men de volgende personeelsnormen na te leven :

Service	Normes	Par nombre de lits
C, D non universitaire	12,—	30 lits occupés de 70 à 90 %
C, D universitaire	0,66	par lit occupé
B, L	12,—	30 lits occupés de 70 à 90 %
E non universitaire	13,—	30 lits occupés de 70 à 90 %
E universitaire	0,77	par lit occupé
M non universitaire	14,—	24 lits occupés de 60 à 80 %
M universitaire	0,66	par lit occupé
N	2,—	par lit
G	12,—	24 lits occupés à 90 %
G paramédical	1,33	24 lits
H	8,—	30 lits occupés à 95 %
A	16,—	30 lits occupés à 100 %
K	16,—	20 lits occupés à 100 %
C + D + E à caractère intensif	2,—	par lit pour 2 % des lits C, D et E
Direction de Nursing	1,—	par hôpital
Cadre intermédiaire	1,—	par 150 lits

Dienst	Normen	Per aantal bedden
C, D niet-universitair	12,—	30 bedden met een bezettingsgraad van 70 tot 90 %
C, D universitair	0,66	per bezet bed
B, L	12,—	30 bedden met een bezettingsgraad van 70 tot 90 %
E niet-universitair	13,—	30 bedden met een bezettingsgraad van 70 tot 90 %
E universitair	0,77	per bezet bed
M niet-universitair	14,—	24 bedden met een bezettingsgraad van 60 tot 80 %
M universitair	0,66	per bezet bed
N	2,—	per bed
G	12,—	24 bedden met een bezettingsgraad van 90 %
G paramedisch	1,33	24 bedden
H	8,—	30 bedden met een bezettingsgraad van 95 %
A	16,—	30 bedden met een bezettingsgraad van 100 %
K	16,—	20 bedden met een bezettingsgraad van 100 %
C + D + E van intensieve aard	2,—	per bed voor 2 % van de C, D en E-bedden
Direction de Nursing	1,—	per ziekenhuis
Middenkader	1,—	per 150 bedden

§ 10. Le passage du budget actuel B2 vers le budget définitif B2 s'effectuera progressivement étant entendu qu'il sera égal à 10 % pour la première année de la période de trois ans et à 10 % complémentai-remment pour chacun des exercices suivants.

Le pourcentage de la première année est fixé à 20 % pour la deuxième période de trois ans et 20 % complémentai-remment pour chacun des exercices suivants. Cependant, pour les hôpitaux dont le budget définitif de l'ensemble des Sous-Parties B1 et B2 après application de l'article 46 diffère de plus de 10 % du budget actuel, le pourcentage relatif à la première année est fixé à 30 % pour la deuxième période de trois ans et à 30 % complémentai-remment pour chacun des exercices suivants sans qu'il en résulte un dépassement du budget national pour la Sous-partie B2.

Les pourcentages relatifs à chacune des années de la troisième période de trois ans sont fixés respectivement à 25 %, 33 % et 50 %. Pour la quatrième période de trois ans, le pourcentage est égal à 100 % à partir de la première année."

Art. 23. Les dispositions reprises à l'article 43, §§ 1^{er} et 2, sont remplacées par les dispositions suivantes :

"Art. 43, § 1^{er}. Le nombre de points attribué à chaque hôpital est fixé conformément aux règles reprises dans les paragraphes suivants.

Pour l'application des paragraphes ci-après il faut entendre par :

1^o valeur des prestations médicales : le montant dû par l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité pour les prestations, reprises à l'annexe 1 du présent arrêté, dispensées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre et figurant dans les tableaux statistiques visés au chapitre XIV, section 4 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et se rapportant à l'exercice concerné et aux premier et deuxième trimestres de l'exercice suivant;

2^o "par lit occupé" : le nombre de journées d'hospitalisation pour lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité est due, réalisées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre et figurant dans les tableaux statistiques précités et se rapportant à l'exercice concerné et aux premier et deuxième trimestres de l'exercice suivant, divisé par 365.

3^o le résumé infirmier minimum (RIM) : les données statistiques, visées à l'arrêté royal du 14 août 1987 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et se rapportant à une période à déterminer par le Ministre qui a le prix de journée d'hospitalisation dans ses attributions.

§ 10. De overgang van het huidige budget B2 naar het definitieve budget B2 verloopt geleidelijk, met dien verstande dat het budget voor het eerste jaar van de periode van drie jaar 10 % bedraagt en nog eens 10 % voor elk van de daaropvolgende dienstjaren.

Het percentage voor het eerste jaar van de tweede periode van drie jaar wordt vastgesteld op 20 % en op 20 % bijkomend voor elk daaropvolgend dienstjaar. Voor de ziekenhuizen waarvan na toepassing van artikel 46 het definitieve budget van de Onderdelen B1 en B2 samen echter meer dan 10 % van het huidige budget afwijkt, wordt het percentage voor het eerste jaar vastgesteld op 30 % voor de tweede periode van drie jaar, en op 30 % bijkomend voor elk daaropvolgend dienstjaar, zonder dat dit resulteert in een overschrijding van het nationaal budget voor Onderdeel B2.

Voor de derde periode van drie jaar worden de percentages respectievelijk vastgesteld op 25 %, 33 % en 50 % per jaar. Voor de vierde periode van drie jaar bedraagt het percentage vanaf het eerste jaar 100 %."

Art. 23. Artikel 43, §§ 1 en 2, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

"Art 43, § 1. Het aantal punten, toegekend aan elk ziekenhuis, wordt vastgesteld overeenkomstig de regelen in de hiernavolgende paragrafen.

Voor de toepassing van de hiernavolgende paragrafen wordt verstaan onder :

1^o waarde van de geneeskundige verstrekkingen : het door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering verschuldigde bedrag voor verstrekkingen, vermeld in bijlage 1 van dit besluit, verleend tussen 1 januari en 31 december, en opgenomen in de bij Hoofdstuk XIV, afdeling 4 van het K.B. van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering bedoelde statistische tabellen voor het betreffende dienstjaar en het eerste en tweede kwartaal van het daaropvolgende dienstjaar;

2^o "per bezet bed" : het aantal verpleegdagen waarvoor een verzekeringstegemoetkoming vanwege de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering verschuldigd is, gerealiseerd tussen 1 januari en 31 december, en opgenomen in de vorengenoemde statistische tabellen voor het betreffende dienstjaar en het eerste en tweede kwartaal van het daaropvolgend dienstjaar, gedeeld door 365.

3^o de minimale verpleegkundige gegevens (MVG) : de statistische gegevens bedoeld in het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 houdende bepaling van de regels volgens dewelke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en met betrekking tot een door de Minister die de vaststelling van de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft vast te stellen periode.

§ 2. Unités de soins.

1° Financement de base.

a) Pour les coûts de personnel des services hospitaliers repris ci-après, des points par lit sont attribués comme suit :

- pour les lits C, D, E, B et L : 1 point;
- pour les lits M : 1,46 points (y compris le quartier obstétrique);

Les points octroyés pour les lits M sont augmentés pour la section de soins néonataux non intensifs de la manière suivante :

- pour une maternité réalisant moins de 400 accouchements par an, pour autant que l'article 18 de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 est appliqué : 2,5 points;

- pour une maternité réalisant 400 accouchements et plus : pour les 400 premiers accouchements 5 points, augmenté de 3 points par tranche complète supplémentaire de 150 accouchements et complémentirement de 22,50 points pour les maternités ayant effectué au moins 3.000 accouchements par an, sans posséder un service de soins néonataux intensifs (N).

Pour l'application de l'alinéa premier, il est tenu compte du nombre d'accouchements fait durant un exercice à déterminer.

- pour les lits N : 5 points;
 - pour les lits G : 1,36 points (y compris les ergothérapeutes et les logopèdes);
 - pour les lits H : 0,68 point;
 - pour les lits A : 1,25 point;
 - pour les lits K : 1,89 point;
 - pour les lits T : 0,94 point;
- b) pour les lits universitaires :
- pour les lits C : 1,33 point;
 - pour les lits D : 1,31 point;
 - pour les lits E : 1,43 point;
 - pour les lits M : 1,78 point (y compris le quartier obstétrique);

Ce nombre de points est adapté comme pour les lits non-universitaires en ce qui concerne la section de soins néonataux non intensifs.

Pour les lits universitaires agréés sous un autre index que C, D, E ou M les points prévus pour les services correspondants visés au 1°, a) sont d'application.

Cependant, 12,5 % des lits universitaires désignés recevront un nombre de points comme visé au point 1°, a), étant entendu que, dans le calcul, pour les hôpitaux dont au moins trois quarts des lits sont désignés comme des lits universitaires, tous les lits sont considérés comme des lits universitaires désignés.

Pour les hôpitaux comptant moins de trois quarts des lits désignés comme des lits universitaires, l'alinéa précédent n'est pas d'application.

c) Pour les chefs de services infirmiers et le cadre intermédiaire, des points sont attribués selon les modalités suivantes :

- hôpitaux jusqu'à 149 lits agréés : 6,45 points;
- hôpitaux de 150 à 250 lits agréés : 7,63 points;
- hôpitaux de 251 à 299 lits agréés : 9,50 points;
- hôpitaux de 300 à 449 lits agréés : 12,29 points;
- hôpitaux de 450 à 500 lits agréés : 13,95 points;
- hôpitaux de 501 à 599 lits agréés : 16,22 points;
- hôpitaux de 600 à 749 lits agréés : 19,45 points;
- hôpitaux de 750 à 899 lits agréés : 22,86 points;
- hôpitaux de 900 à 1.200 lits agréés : 27,28 points;
- hôpitaux de plus de 1.200 lits agréés : 35,02 points;

2° Financement complémentaire.

Le nombre de points attribué conformément au point 1°, a) et b) pour les lits C, D et E est augmenté selon les modalités reprises ci-après :

a) pour les lits C et D, il est attribué un nombre de points supplémentaires calculé comme suit :

1° Sur base de la valeur totale par lit occupé C et D des prestations chirurgicales et médicales pour des patients hospitalisés dans les services C et D pendant un exercice à déterminer, calculée conformé-

§ 2. Verpleegeenheden.

1° Basisfinanciering

a) Voor de personeelskosten van de hiernavolgende ziekenhuisdiensten worden als volgt punten toegekend :

- voor de C, D, E, B en L-bedden : 1 punt;
- voor de M-bedden : 1,46 punt (inbegrepen het bevallingskwartier);

De punten toegekend voor de M-bedden worden voor de afdeling voor niet-intensieve neonatale zorg als volgt verhoogd :

- voor een kraaminrichting met minder dan 400 bevallingen per jaar, voor zover toepassing wordt gemaakt van artikel 18 van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 : 2,5 punten;

- voor een kraaminrichting met 400 bevallingen en meer : voor de eerste 400 bevallingen 5 punten verhoogd met 3 punten per volledig bijkomende schijf van 150 bevallingen, en bijkomend met 22,50 punten voor de kraaminrichtingen met ten minste 3.000 bevallingen zonder dat de betrokken inrichting over een erkende dienst van intensieve neonatale zorg (N) beschikt.

Voor de toepassing van het eerste lid wordt uitgegaan van het aantal bevallingen dat tijdens een te bepalen dienstjaar werd verricht.

- voor de N-bedden : 5 punten;
 - voor de G-bedden : 1,36 punt (inbegrepen de ergotherapeuten en logopedisten);
 - voor de H-bedden : 0,68 punt;
 - voor de A-bedden : 1,25 punt;
 - voor de K-bedden : 1,89 punt;
 - voor de T-bedden : 0,94 punt;
- b) voor de universitaire bedden :
- voor de C-bedden : 1,33 punt;
 - voor de D-bedden : 1,31 punt;
 - voor de E-bedden : 1,43 punt;
 - voor de M-bedden : 1,78 punt (bevallingskwartier inbegrepen);

Dit puntenaantal wordt voor de afdeling voor niet-intensieve zorgen, aangepast zoals voor de niet-universitaire bedden.

Voor de universitaire bedden erkend onder een andere kenletter dan C, D, E of M, gelden de punten bepaald voor de overeenstemmende diensten bedoeld in 1°, a).

Nochtans zal aan 12,5 % van de aangewezen universitaire bedden een aantal punten worden toegekend zoals bedoeld in punt 1°, a), evenwel worden in deze berekening voor de ziekenhuizen waarvan minstens drie kwart van de bedden als universitaire bedden zijn aangewezen, alle bedden beschouwd als aangewezen universitaire bedden.

Voor de ziekenhuizen waarvan minder dan drie kwart van de bedden als universitaire bedden wordt aangewezen, is het vorige lid niet van toepassing.

c) Voor de hoofden van verpleegkundige diensten en het middenkader worden punten toegekend op basis van de volgende regeling :

- ziekenhuizen tot 149 erkende bedden : 6,45 punten;
- ziekenhuizen van 150 tot 250 erkende bedden : 7,63 punten;
- ziekenhuizen van 251 tot 299 erkende bedden : 9,50 punten;
- ziekenhuizen van 300 tot 449 erkende bedden : 12,29 punten;
- ziekenhuizen van 450 tot 500 erkende bedden : 13,95 punten;
- ziekenhuizen van 501 tot 599 erkende bedden : 16,22 punten;
- ziekenhuizen van 600 tot 749 erkende bedden : 19,45 punten;
- ziekenhuizen van 750 tot 899 erkende bedden : 22,86 punten;
- ziekenhuizen van 900 tot 1.200 erkende bedden : 27,28 punten;
- ziekenhuizen met meer dan 1.200 erkende bedden : 35,02 punten.

2° Aanvullende financiering.

Het aantal punten toegekend overeenkomstig punt 1°, a) en b) voor de C-, D- en E-bedden wordt verhoogd op basis van de volgende regeling :

a) voor de C- en D-bedden wordt een aantal bijkomende punten toegekend, berekend als volgt :

1° Op basis van de totale waarde van de geneeskundige en heelkundige verstrekingen per bezet C- en D-bed voor de patiënten die tijdens een nader te bepalen dienstjaar in de C- en D-diensten zijn

ment à la nomenclature précitée, à l'exception des prestations de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante desdites prestations, par lit C et D occupé.

Les hôpitaux reçoivent des points supplémentaires selon leur appartenance à un décile, soit :

Déciles	Nombre de points supplémentaires par lit
1	0
2	0
3	0
4	0,04
5	0,06
6	0,10
7	0,12
8	0,18
9	0,24
10	0,33

Decielen	Bijkomend aantal punten per bed
1	0
2	0
3	0
4	0,04
5	0,06
6	0,10
7	0,12
8	0,18
9	0,24
10	0,33

Les points ainsi attribués sont retenus à raison de 65 %. Les points représentant les 35 % restants sont totalisés pour l'ensemble du pays et sont répartis conformément aux 2^o et 3^o ci-après.

2^o Sur base du nombre de points-RIM par journée d'hospitalisation établi à partir du résumé infirmier minimum pour les lits susmentionnés selon les modalités reprises en annexe 3 du présent arrêté, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du nombre de points-RIM par journée d'hospitalisation.

Les hôpitaux reçoivent des points supplémentaires par lit selon leur appartenance à un décile et pour les valeurs mentionnées au 1^o.

Le nombre total de points ainsi attribués est adapté d'un coefficient afin d'être égal à 25 % des points attribués conformément au 1^o;

3^o Sur base d'un indice de coût supplémentaire (ICS) par lit occupé, établi conformément aux dispositions reprises en annexe 7 du présent arrêté, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante de l'ICS par lit occupé.

Les hôpitaux reçoivent des points supplémentaires par lit selon leur appartenance à un décile et pour les valeurs mentionnées au 1^o.

Le nombre de points ainsi attribués est adapté d'un coefficient afin d'être égal à 10 % des points attribués conformément au 1^o.

b) pour les lits E, il est attribué un nombre de points supplémentaires calculé comme suit :

1^o sur base de la valeur totale des prestations chirurgicales et médicales par lit E occupé, calculée conformément à la nomenclature susvisée et octroyée aux patients admis dans un service E à l'exception des prestations de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante des prestations par lit occupé.

opgenomen, berekend overeenkomstig de voormelde nomenclatuur, met uitzondering van de verstrekingen van klinische biologie, radiologie, fysiotherapie en met uitzondering van de forfaitaire honoraria, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van de voormelde verstrekingen per bezet C- en D-bed.

De ziekenhuizen krijgen bijkomende punten naar gelang van het deciel waarbij ze zijn ingedeeld, namelijk :

De aldus toegekende punten worden in aanmerking genomen ten belope van 65 %. De punten die de overige 35 % vertegenwoordigen worden samengegeld voor het hele land en worden verdeeld overeenkomstig 2^o en 3^o hierna.

2^o Naar gelang van het aantal M.V.G.-punten per verpleegdag vastgesteld op basis van de minimale verpleegkundige gegevens voor de voormelde bedden volgens de bepalingen vermeld in bijlage 3 van dit besluit, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen naar gelang van de stijgende waarde van het aantal M.V.G.-punten per verpleegdag.

De ziekenhuizen krijgen bijkomende punten per bed naar gelang van het deciel waarbij ze zijn ingedeeld en voor de waarden vermeld in 1^o.

Het totale aantal aldus toegekende punten wordt met een coëfficiënt aangepast tot het gelijk is aan 25 % van de overeenkomstig 1^o toegekende punten.

3^o Op basis van een meerkostindex (MKI) per bezet bed, vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van bijlage 7 van dit besluit, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen naar gelang van de stijgende waarde van de MKI per bezet bed.

De ziekenhuizen krijgen bijkomende punten per bed naar gelang van het deciel waartoe ze behoren en voor de waarden vermeld in 1^o.

Het aldus toegekende puntenaantal wordt met een coëfficiënt aangepast tot het gelijk is aan 10 % van de overeenkomstig 1^o toegekende punten.

b) Voor de E-bedden, wordt een aantal bijkomende punten toegekend, berekend als volgt :

1^o op basis van de totale waarde van de heelkundige en geneskundige verstrekingen per bezet E-bed, berekend overeenkomstig de voormelde nomenclatuur en toegekend aan de patiënten die in een E-dienst opgenomen zijn, met uitzondering van de verstrekingen van klinische biologie, radiologie, fysiotherapie en met uitzondering van de forfaitaire honoraria, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen naar gelang van de stijgende waarde van de verstrekingen per bezet bed.

Les hôpitaux reçoivent des points supplémentaires par lit selon leur appartenance à un décile, soit :

De ziekenhuizen krijgen bijkomende punten per bed naar gelang van het deciel waarbij ze zijn ingedeeld, namelijk :

Déciles	Nombre de points supplémentaires par lit
1	0
2	0
3	0,01
4	0,04
5	0,06
6	0,09
7	0,13
8	0,17
9	0,23
10	0,45

Decielen	Aantal bijkomende punten per brief
1	0
2	0
3	0,01
4	0,04
5	0,06
6	0,09
7	0,13
8	0,17
9	0,23
10	0,45

Les points ainsi attribués sont retenus à concurrence de 70 %.

Les points représentant les 30 % restants sont totalisés pour le pays et répartis conformément au 2° ci-après.

2° Sur base du nombre de points-RIM par journée d'hospitalisation établi à partir du résumé infirmier minimum pour les lits E selon les modalités reprises en annexe 3 du présent arrêté, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du nombre de points-RIM par journée d'hospitalisation.

Les hôpitaux reçoivent des points supplémentaires par lit selon leur appartenance à un décile et pour les valeurs mentionnées au 1°.

Le nombre de points ainsi attribué est adapté d'un coefficient afin d'être égal au nombre de points pour tout le pays visé au 1°.

c) pour les lits C, D et E, il est attribué un nombre de points supplémentaires calculé comme suit :

- sur base de la valeur des prestations de réanimation octroyées aux patients hospitalisés dans les services C, D et E dans le dernier exercice connu, calculée conformément à la nomenclature des prestations médicales, il est fixé un nombre de lits à caractère intensif représentant un pourcentage du nombre de lits agréés sous les index C, D et E.

En vue de ce calcul, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante des prestations de réanimation par lit occupé dans les services agréés sous les indices C, D et E. Le pourcentage du nombre de lits et le nombre de points supplémentaires par lit sont fixés comme suit :

De aldus toegekende punten worden in aanmerking genomen ten belope van 70 %.

De punten die de overige 30 % vertegenwoordigen, worden voor het hele land samengeteld en verdeeld overeenkomstig 2° hierna.

2° Naar gelang van het aantal M.V.G.-punten per verpleegdag, vastgesteld op basis van de minimale verpleegkundige gegevens voor de E-bedden volgens de bepalingen vermeld in bijlage 3 van dit besluit, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van het aantal M.V.G.-punten per verpleegdag.

De ziekenhuizen krijgen bijkomende punten per bed naar gelang van het deciel waarbij ze zijn ingedeeld en voor de in 1° vermelde waarden.

Het aldus toegekende puntenaantal wordt met een coëfficiënt aangepast tot het gelijk is aan het in 1° bedoelde aantal punten voor het hele land.

c) voor de C-, D- en E-bedden wordt een aantal bijkomende punten toegekend, berekend als volgt :

- op basis van de waarde van de reanimatieverstrekingen verleend aan de patiënten die tijdens het laatst bekende dienstjaar in de C-, D- en E-diensten verbleven, berekend overeenkomstig de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen, wordt een aantal bedden van intensieve aard vastgesteld dat een percentage van het aantal bedden, erkend onder de kenletters C, D en E, vertegenwoordigt.

Met het oog op deze berekening worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens stijgende waarde van de reanimatieverstrekingen per bezet bed in de diensten erkend onder de kenletters C, D en E. Het percentage van het aantal bedden en het aantal bijkomende punten per bed worden als volgt vastgesteld :

Déciles	Pourcentage de lits	Nombre de points par lit
1	2	0,08
2	2	0,08
3	2	0,08
4	2	0,08
5	2	0,08

Déciles	Pourcentage de lits	Nombre de points par lit
6	2	0,08
7 moitié inférieure	3	0,12
7 moitié supérieure	4	0,16
8 moitié inférieure	6	0,24
8 moitié supérieure	7	0,28
9 moitié inférieure	9	0,36
9 moitié supérieure	10	0,40
10 moitié inférieure	12	0,48
10 moitié supérieure	13	0,52

Decielen	Percentage bedden	Aantal punten per bed
1	2	0,08
2	2	0,08
3	2	0,08
4	2	0,08
5	2	0,08
6	2	0,08
7 laagste helft	3	0,12
7 hoogste helft	4	0,16
8 laagste helft	6	0,24
8 hoogste helft	7	0,28
9 laagste helft	9	0,36
9 hoogste helft	10	0,40
10 laagste helft	12	0,48
10 hoogste helft	13	0,52

3° Totalisation des financements de base et complémentaire.
Les nombres de points calculés selon les dispositions des points 1° et 2° sont additionnés pour chaque hôpital."

Art. 24. A l'article 43, § 3, 2°, a), troisième calcul de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les modifications suivantes sont apportées :

1° les deux premières phrases sont remplacées par la phrase suivante :

"Le nombre de salles à retenir en fonction des 1^{er} et 2^{ème} calculs est calculé de la manière suivante :

(Nbre 1^{er} calcul x 0,40) + (Nbre 2^{ème} calcul x 0,60)

2° les mots "au 1^{er} juillet 1994" sont supprimés;

3° le dernier alinéa est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

"- Quatrième calcul.

a) Le nombre de points déterminé en fonction du troisième calcul est exprimé par lit C.

Sur cette base, les hôpitaux sont classés en décile selon la valeur croissante du nombre de points par lit C.

Le cas échéant, il est corrigé de la manière suivante :

- le nombre de lits total des hôpitaux figurant dans un décile est multiplié avec la valeur moyenne du décile exprimée en points par lit C;

- les résultats ainsi obtenus sont additionnés pour l'ensemble des déciles. Le nombre de points ainsi déterminé (A) est comparé avec le nombre de points total obtenus après application du troisième calcul. Ce dernier est amené à la valeur du nombre de points (A) et les points par lit C de chaque hôpital sont corrigés proportionnellement.

3° Totaal van de basisfinanciering en de aanvullende financiering.
Het aantal punten berekend op basis van punt 1° en 2° wordt voor elk ziekenhuis samengeteld."

Art. 24. In artikel 43, § 3, 2°, a), derde berekening, van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de eerste twee zinnen worden vervangen door de volgende zin :

"Het aantal zalen dat op basis van de 1ste en 2de berekening in aanmerking dient te worden genomen, wordt berekend als volgt :

(Aantal 1ste berek. x 0,40) + (Aantal 2de berek. x 0,60)

2° de woorden "op 1 juli 1994" worden geschrapt;

3° het laatste lid wordt geschrapt en vervangen door de volgende bepalingen :

"- Vierde berekening.

a) Het aantal punten vastgesteld op basis van de derde berekening wordt uitgedrukt per C-bed.

Op basis daarvan worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van het aantal punten per C-bed.

Desgevallend wordt het als volgt gecorrigeerd :

- het totale aantal bedden van de ziekenhuizen binnen eenzelfde deciel, wordt vermenigvuldigd met de gemiddelde decielwaarde, uitgedrukt in punten per C-bed;

- de aldus bekomen resultaten worden voor alle decielen opgeteld. Het aldus bepaalde aantal punten (A) wordt vergeleken met het totale aantal punten dat na toepassing van de derde berekening wordt bekomen. Dit laatste wordt afgestemd op de waarde van het aantal punten (A) en de punten per C-bed per ziekenhuis worden proportioneel gecorrigeerd.

Pour l'application des alinéas précédents, la valeur moyenne par décile est la suivante :

Voor de toepassing van de vorige leden bedraagt de gemiddelde decielwaarde :

Déciles	Nombre de points par lit
1	0,27
2	0,32
3	0,35
4	0,37
5	0,41
6	0,44
7	0,46
8	0,52
9	0,58
10	0,76

Decielen	Aantal punten per bed
1	0,27
2	0,32
3	0,35
4	0,37
5	0,41
6	0,44
7	0,46
8	0,52
9	0,58
10	0,76

b) Cette opération terminée, les hôpitaux sont à nouveau classés en déciles selon la valeur croissante du nombre de points par lit C déterminé au point a).

Pour les hôpitaux qui appartiennent à un décile, le nombre de points par lit C ne peut être inférieur aux minima ou supérieur aux maxima ci-après :

b) Eens deze berekening afgelopen, worden de ziekenhuizen opnieuw in decielen ingedeeld volgens de stijgende waarde van het aantal punten per C bed, bepaald in a).

Voor de ziekenhuizen die tot een deciel behoren, mag het aantal punten per C-bed niet lager zijn dan de hiernavermelde minima of niet hoger zijn dan de hierna vermelde maxima :

	MINIMA	MAXIMA
1 ^{er} décile		0,29
2 ^e décile	0,29	0,33
3 ^e décile	0,33	0,36
4 ^e décile	0,36	0,39
5 ^e décile	0,39	0,42
6 ^e décile	0,42	0,45
7 ^e décile	0,45	0,49
8 ^e décile	0,49	0,54
9 ^e décile	0,54	0,62
10 ^e décile	0,62	1,03

	MINIMA	MAXIMA
1 ^e deciel		0,29
2 ^e deciel	0,29	0,33
3 ^e deciel	0,33	0,36
4 ^e deciel	0,36	0,39
5 ^e deciel	0,39	0,42

	MINIMA	MAXIMA
6e deciel	0,42	0,45
7e deciel	0,45	0,49
8e deciel	0,49	0,54
9e deciel	0,54	0,62
10e deciel	0,62	1,03

Le cas échéant, le nombre de points par lit C de l'hôpital est ramené aux valeurs précitées.

Par hôpital, le nombre de points par lit C ainsi déterminé est ensuite multiplié par le nombre de lits C.

Le total des points pour le pays est adapté d'un coefficient afin de rester dans le nombre total de points retenu pour les quartiers opératoires pour tout le pays étant entendu que le nombre de points minimum par hôpital est 15.

Art. 25. A l'article 43, § 3, 2°, b) de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les dispositions suivantes sont insérées avant le dernier alinéa :

"Le nombre de points déterminé est exprimé par lit. Sur cette base, les hôpitaux sont classés en décile selon la valeur croissante du nombre de points par lit.

Le cas échéant, il est corrigé de la manière suivante :

- le nombre de lits total des hôpitaux figurant dans un décile est multiplié avec la valeur moyenne du décile exprimée en points par lit;

- les résultats ainsi obtenus sont additionnés pour l'ensemble des déciles. Le nombre de points ainsi déterminé (A) est comparé avec le nombre de points total obtenus après application des dispositions reprises aux alinéas précédents. Ce dernier est amené à la valeur du nombre de points (A) et les points par lit de chaque hôpital sont corrigés proportionnellement.

Pour l'application des alinéas précédents, la valeur moyenne par décile est la suivante :

Desgevallend wordt het aantal punten per C-bed van het ziekenhuis teruggebracht tot de voormelde waarden.

Per ziekenhuis wordt het aldus bepaalde aantal punten per C-bed vervolgens vermenigvuldigd met het aantal C-bedden.

Het totale aantal punten voor het land wordt met een coëfficiënt aangepast teneinde binnen het totale aantal punten te blijven dat voor het gehele land in aanmerking wordt genomen voor de operatiekwartieren, met dien verstande dat het minimum aantal punten per ziekenhuis 15 bedraagt.

Art. 25. In artikel 43, § 3, 2°, b), van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden, vóór het laatste lid, de volgende bepalingen ingevoegd :

"Het vastgestelde aantal punten wordt uitgedrukt per bed. Op basis daarvan worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van het aantal punten per bed.

Desgevallend wordt het als volgt gecorrigeerd :

- het totale aantal bedden van de ziekenhuizen binnen eenzelfde deciel, wordt vermenigvuldigd met de gemiddelde decielwaarde, uitgedrukt in punten per bed;

- de aldus bekomen resultaten worden voor alle decielen opgeteld. Het aldus bepaalde aantal punten (A) wordt vergeleken met het totale aantal punten dat na toepassing van de bepalingen van de vorige leden wordt bekomen. Dit laatste wordt afgestemd op de waarde van het aantal punten (A) en de punten per bed van elk ziekenhuis worden proportioneel gecorrigeerd.

Voor de toepassing van de vorige leden bedraagt de gemiddelde decielwaarde :

Déciles	Nombre de points par lit
1	0,02
2	0,05
3	0,06
4	0,07
5	0,08
6	0,09
7	0,10
8	0,11
9	0,13
10	0,17

Decielen	Aantal punten per bed
1	0,02
2	0,05
3	0,06
4	0,07
5	0,08
6	0,09
7	0,10
8	0,11
9	0,13
10	0,17

b) Cette opération terminée, les hôpitaux sont à nouveau classés en déciles selon la valeur croissante du nombre de points par lit déterminé au point a).

Pour les hôpitaux qui appartiennent à un décile, le nombre de points ne peut être inférieur aux minima ou supérieur aux maxima ci-après :

b) Daarna worden de ziekenhuizen opnieuw in decielen ingedeeld volgens de stijgende waarde van het aantal punten per bed, bepaald in a).

Voor de ziekenhuizen die tot een deciel behoren, mag het aantal punten niet lager zijn dan de hierna vermelde minima of niet hoger zijn dan de hierna vermelde maxima :

	MINIMA	MAXIMA
1er décile		0,04
2e décile	0,04	0,06
3e décile	0,06	0,07
4e décile	0,07	0,07
5e décile	0,07	0,08
6e décile	0,08	0,10
7e décile	0,10	0,11
8e décile	0,11	0,12
9e décile	0,12	0,15
10e décile	0,15	0,19

	MINIMA	MAXIMA
1e deciel		0,04
2e deciel	0,04	0,06
3e deciel	0,06	0,07
4e deciel	0,07	0,07
5e deciel	0,07	0,08
6e deciel	0,08	0,10
7e deciel	0,10	0,11
8e deciel	0,11	0,12
9e deciel	0,12	0,15
10e deciel	0,15	0,19

Le cas échéant, le nombre de points par lit de l'hôpital est ramené aux valeurs précitées.

Par hôpital, le nombre de points par lit ainsi déterminé est ensuite multiplié par le nombre de lits."

Art. 26. A l'article 43, § 3, 2°, c) de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les dispositions suivantes sont insérées après le dernier alinéa.

- Les points attribués pour le quartier opératoire, le service d'urgence et les unités de soins sont additionnés et exprimés en points par lit. Sur cette base, les hôpitaux sont classés en déciles selon la valeur croissante du nombre de points par lit.

Le cas échéant, il est corrigé de la manière suivante :

- le nombre de lits total des hôpitaux figurant dans un décile est multiplié avec la valeur moyenne du décile exprimée en points par lit;

- les résultats ainsi obtenus sont additionnés pour l'ensemble des déciles. Le nombre de points ainsi déterminé (A) est comparé avec le nombre de points total obtenus après application des dispositions reprises aux alinéas précédents. Ce dernier est amené à la valeur du nombre de points (A) et les points par lit de chaque hôpital sont corrigés proportionnellement.

Desgevallend wordt het aantal punten per bed van het ziekenhuis teruggebracht tot de voormelde waarden.

Per ziekenhuis wordt het aldus bepaalde aantal punten per bed vermenigvuldigd met het aantal bedden."

Art. 26. Aan artikel 43, § 3, 2°, c), van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden, na het laatste lid, de volgende bepalingen toegevoegd.

- De punten toegekend voor het operatiekwartier, de spoedgevallen-dienst en de verpleegeenheden worden opgeteld en uitgedrukt in punten per bed. Op basis daarvan worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van het aantal punten per bed.

Desgevallend wordt het als volgt gecorrigeerd :

- het totale aantal bedden van de ziekenhuizen binnen eenzelfde deciel, wordt vermenigvuldigd met de gemiddelde decielwaarde, uitgedrukt in punten per bed;

- de aldus bekomen resultaten worden voor alle decielen opgeteld. Het aldus bepaalde aantal punten (A) wordt vergeleken met het totale aantal punten dat na toepassing van de vorige leden wordt verkregen. Dit laatste wordt gebracht op de waarde van het aantal punten (A) en de punten per bed van elk ziekenhuis worden proportioneel gecorrigeerd.

Pour l'application des alinéas précédents, la valeur moyenne par décile est la suivante :

Voor de toepassing van de vorige leden bedraagt de gemiddelde decielwaarde :

Déciles	Nombre de points par lit
1	0,04
2	0,06
3	0,08
4	0,11
5	0,13
6	0,15
7	0,19
8	0,21
9	0,27
10	0,43

Decielen	Aantal punten per bed
1	0,04
2	0,06
3	0,08
4	0,11
5	0,13
6	0,15
7	0,19
8	0,21
9	0,27
10	0,43

Cette opération terminée, les hôpitaux sont à nouveau classés en déciles selon la valeur croissante du nombre de points par lit déterminé ci-dessus.

Daarna worden de ziekenhuizen opnieuw in decielen ingedeeld volgens de stijgende waarde van het aantal punten per bed.

Pour les hôpitaux qui appartiennent à un décile, le nombre de points ne peut être inférieur aux minima ou supérieur aux maxima ci-après :

Voor de ziekenhuizen binnen een deciel, mag het aantal punten niet lager zijn dan de hierna vermelde minima of niet hoger zijn dan de hierna vermelde maxima :

	MINIMA	MAXIMA
1 ^{er} décile		0,05
2 ^e décile	0,05	0,07
3 ^e décile	0,07	0,10
4 ^e décile	0,10	0,12
5 ^e décile	0,12	0,14
6 ^e décile	0,14	0,16
7 ^e décile	0,16	0,20
8 ^e décile	0,20	0,24
9 ^e décile	0,24	0,32
10 ^e décile	0,32	0,67

	MINIMA	MAXIMA
1e deciel		0,05
2e deciel	0,05	0,07
3e deciel	0,07	0,10
4e deciel	0,10	0,12
5e deciel	0,12	0,14
6e deciel	0,14	0,16
7e deciel	0,16	0,20
8e deciel	0,20	0,24
9e deciel	0,24	0,32
10e deciel	0,32	0,67

Le cas échéant, le nombre de points par lit de l'hôpital est ramené aux valeurs précitées.

Par hôpital, le nombre de points par lit ainsi déterminé est ensuite multiplié par le nombre de lits.

Le nombre de points ainsi obtenu est adapté d'un coefficient afin de rester dans le nombre de points retenu pour tout le pays pour les coûts des produits médicaux du quartier opératoire, du service d'urgences et des unités de soins."

Art. 27. A l'article 43, § 4, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les dispositions du point a) sont supprimées et le point b) devient le point a).

Art. 28. A l'article 46 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité : les mots "1 pourcent" sont remplacés par les mots "2 pourcent" et les mots "article 42, § 8" sont remplacés par les mots "article 42, § 9".

Art. 29. Les dispositions de l'article 46bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité sont supprimées.

Art. 30. A l'article 46ter, § 1 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les mots "42, § 9" sont remplacés par les mots "42, § 10" et le dernier alinéa est remplacé par :

"A partir de 1997, la valeur de X est la suivante :

1997 : 60 pourcent;

1998 : 70 pourcent;

1999 : 85 pourcent;

2000 : 100 pourcent."

Art. 31. Les dispositions de l'article 46ter, § 2bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité sont remplacées par les dispositions suivantes :

"§2bis. Les adaptations visées aux § 1^{er} et § 2 sont limitées à un pourcentage des Sous-parties B1 et B2 du budget des moyens financiers telles que fixées en application des articles 40, § 3 et 42, § 10. Ce pourcentage est fixé comme suit :

1997 : 5 pourcent;

1998 : 7 pourcent;

1999 : 8,5 pourcent;

2000 : 10 pourcent."

Art. 32. Les dispositions de l'article 46ter, § 3 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité sont remplacées par les dispositions suivantes :

"§ 3. En 1997, il est retenu provisoirement pour l'application des §§ 1^{er} et 2 les données traitées relatives à l'exercice 1993. La répartition dont question au § 2 est provisoirement effectuée à raison de la moitié des valeurs déterminées. L'autre moitié sera répartie à l'occasion des adaptations visées à l'alinéa suivant.

L'exercice 1997 terminé, 50 % des adaptations calculées sur base des données relatives à l'exercice 1993 seront remplacées par 50 % des adaptations calculées sur la base des données 1997.

Desgevallend wordt het aantal punten per bed van het ziekenhuis teruggebracht tot de voormelde waarden.

Per ziekenhuis wordt het aldus bepaalde aantal punten per bed vermenigvuldigd met het aantal bedden.

Het aldus bepaalde aantal punten wordt met een coëfficiënt aangepast teneinde binnen het aantal punten te blijven dat voor het hele land is vastgesteld met betrekking tot de kosten van medische producten van het operatiekwartier, de spoedgevallendienst en de verpleegeenheden."

Art. 27. In artikel 43, § 4, van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt punt a) geschrapt en wordt punt b) punt a).

Art. 28. In artikel 46 van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt "1 %" vervangen door "2 percent" en worden de woorden "artikel 42, § 8" vervangen door de woorden "artikel 42, § 9".

Art. 29. De bepalingen van artikel 46bis van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden geschrapt.

Art. 30. In artikel 46ter, § 1, van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de woorden "42, § 9" vervangen door de woorden "42, § 10" en wordt het laatste lid vervangen door de volgende bepaling :

" Vanaf 1997 bedraagt de X-waarde :

1997 : 60 percent;

1998 : 70 percent;

1999 : 85 percent;

2000 : 100 percent."

Art. 31. De bepalingen van artikel 46ter, § 2bis, van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden vervangen door de volgende bepaling :

" § 2bis. De wijzigingen bedoeld in § 1 en § 2 worden beperkt tot een percentage van de Onderdelen B1 en B2 van het budget van financiële middelen die zijn vastgesteld op basis van artikelen 40, § 3, en 42, § 10. Dat percentage wordt vastgesteld als volgt :

1997 : 5 percent;

1998 : 7 percent;

1999 : 8,5 percent;

2000 : 10 percent."

Art. 32. De bepalingen van artikel 46ter, § 3, van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt vervangen door de volgende bepalingen :

"§ 3. In 1997 worden voor de toepassing van § 1 en § 2 voorlopig de verwerkte gegevens betreffende het dienstjaar 1993 in aanmerking genomen. De in § 2 bedoelde verdeling gebeurt voorlopig naar rata van de helft van de vastgestelde waarden. De andere helft zal worden verdeeld bij de aanpassingen bedoeld in het volgende lid.

Na afloop van het dienstjaar 1997 wordt 50 % van de aanpassingen berekend op basis van de gegevens betreffende het dienstjaar 1993 vervangen door 50 % van de aanpassingen berekend op basis van de gegevens van 1997.

A partir de 1998, les adaptations calculées en application des §§ 1^{er} et 2 sur base des données traitées des deux derniers exercices connus ne feront plus l'objet de révision. Si le plus ancien des deux derniers exercices connus est éloigné de plus de 3 ans de l'année pendant laquelle les adaptations précitées sont calculées, les données de l'exercice compris dans la période précitée de trois ans sont alors retenues."

Art. 33. Les dispositions de l'article 46ter, § 5 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité sont remplacées par les dispositions suivantes :

"§ 5. D'autre part, seules les demandes de dérogation dûment étayées par un rapport du médecin chef et portant sur les principes retenus pour le calcul des adaptations visées au §§ 1^{er} et 2, introduites en application de l'article 98 de la loi sur les hôpitaux, seront soumises pour avis motivé à la Commission visée au § 4 et pour décision au Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions."

Art. 34. L'article 46ter de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, devient l'article 46bis.

Art. 35. Les dispositions de l'article 47 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

"Art. 47. La Sous-partie B3 est fixée de la manière suivante :

1^o Pour le tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré installé dans un service d'imagerie agréé conformément à l'arrêté royal du 27 octobre 1989 fixant les normes auxquelles un service où est installé un tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifiée par l'arrêté royal du 26 février 1991, un montant de 6 millions (index 01.01.1990) est alloué. Cependant, pour les équipements attribués sur base de l'arrêté royal du 18 mars 1985 fixant les critères de programmation et de financement du tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré, un montant de 13 millions (index 01.07.1987) est alloué.

2^o pour un service de radiothérapie agréé conformément à l'arrêté royal du 5 avril 1991 précité, il est prévu un montant forfaitaire (index 01.01.1992) accordé en vue de couvrir les frais de fonctionnement de base visés à l'article 12bis, et fixé comme suit :

- a) pour les services où moins de 750 patients par an sont traités : 5,5 millions de francs;
- b) pour les services où 750 à 1.199 patients par an sont traités : 8,25 millions de francs;
- c) pour les services où 1.200 à 1.699 patients par an sont traités : 13,2 millions de francs;
- d) pour les services où 1.700 patients et plus par an sont traités : 18,7 millions de francs.

Ces montants sont, pour les services où plus de 500 patients par an sont traités, majorés de 11.000 francs par patient traité.

Pour l'octroi de ce montant, les dispositions reprises dans les deux derniers alinéas de l'article 22bis sont également d'application.

Art. 36. L'article 48 § 6 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est complété comme suit :

"Pour les hôpitaux aigus qui ferment volontairement des lits à partir du 1^{er} janvier 1997 en dehors de la fermeture de lits en application de l'arrêté royal du 30 janvier 1989, la Sous-partie B4 est augmentée :

- d'un montant égal à 15 % du budget des Sous-parties B1 et B2 libéré par cette fermeture en vue de couvrir certains coûts fixes qui restent maintenus après la fermeture;
- par dérogation à l'alinéa précédent, si la fermeture porte sur au moins 10 % de la capacité, d'un montant égal à 25 % du budget des Sous-parties B1 et B2 libéré par cette fermeture, en vue de maintenir l'emploi dans l'hôpital. L'octroi de ce montant est subordonné à la conclusion d'une convention entre l'établissement et le Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions."

Art. 37. A l'article 48, § 12, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les mots "déterminé annuellement par le ministre qui a la fixation du prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions" sont remplacés par les mots "de 216.000 Frs. (valeur au 1/8/1994)".

Vanaf 1998 worden de aanpassingen die met toepassing van § 1 en § 2 op basis van de verwerkte gegevens van de twee laatste, reeds bekende dienstjaren worden berekend, niet langer herzien. Indien er meer dan drie jaar ligt tussen het oudste van de twee laatste, reeds bekende dienstjaren en het jaar waarin de voormelde aanpassingen worden berekend, worden de gegevens van het dienstjaar dat binnen de voormelde periode van drie jaar valt, in aanmerking genomen."

Art. 33. De bepalingen van artikel 46ter, § 5, van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt vervangen door de volgende bepalingen :

"§ 5. Bovendien zullen enkel de aanvragen tot afwijking gestaafd door een verslag van de hoofdgeneesheer en handelend over de woerhouden principes voor de berekening van de aanpassing bedoeld in §§ 1 en 2, ingediend in toepassing van artikel 98 van de wet op de ziekenhuizen, onderworpen worden aan het gemotiveerd advies van de Commissie bedoeld in § 4 en aan de beslissing van de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft."

Art. 34. Artikel 46ter van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt artikel 46bis.

Art. 35. De bepalingen van artikel 47 van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden geschrapt en vervangen door de volgende bepalingen :

"Art. 47. Onderdeel B3 wordt als volgt vastgesteld :

1^o voor de magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem, opgesteld in een dienst beeldvorming die erkend is overeenkomstig het koninklijk besluit van 27 oktober 1989 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst waarin een magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend als zware medisch-technische dienst in de zin van artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 februari 1991, wordt een bedrag van 6 miljoen frank toegekend. Voor de uitrusting toegekend op basis van het koninklijk besluit van 18 maart 1985 houdende vaststelling van de criteria voor de programmering en de financiering van de magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem, wordt een bedrag van 13 miljoen frank toegekend (indexcijfer op 01.07.1987).

2^o voor een radiotherapiedienst die overeenkomstig het voormelde koninklijk besluit van 5 april 1991 erkend is, wordt een forfaitair bedrag (indexcijfer op 01.01.1992) toegekend voor de dekking van de basiswerkingskosten bedoeld in artikel 12bis, vastgesteld als volgt :

- a) voor de diensten waar minder dan 750 patiënten per jaar worden behandeld : 5,5 miljoen frank;
- b) voor de diensten waar 750 tot 1.199 patiënten per jaar worden behandeld : 8,25 miljoen frank;
- c) voor de diensten waar 1.200 tot 1.699 patiënten per jaar worden behandeld : 13,2 miljoen frank;
- d) voor de diensten waar 1.700 patiënten en meer per jaar worden behandeld : 18,7 miljoen frank.

Voor de diensten waar meer dan 500 patiënten per jaar worden behandeld, worden die bedragen verhoogd met 11.000 frank per behandelde patiënt.

Voor de toekenning van dit bedrag zijn ook de bepalingen van de laatste twee leden van artikel 22bis van toepassing.

Art. 36. Artikel 48, § 6, van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt aangevuld als volgt :

"Voor de acute ziekenhuizen die vanaf 1 januari 1997 vrijwillig bedden sluiten, naast de sluiting van bedden in toepassing van het koninklijk besluit van 30 januari 1989, wordt onderdeel B4 verhoogd :

- met een bedrag dat gelijk is aan 15 % van het budget van de Onderdelen B1 en B2 dat door die sluiting vrijkomt teneinde bepaalde vaste kosten, die na de sluiting behouden blijven, te dekken;
- in afwijking van het vorige lid, als de sluiting ten minste 10 % van de capaciteit betreft, met een bedrag dat gelijk is aan 25 % van het budget van de onderdelen B1 en B2 dat door die sluiting vrijkomt, teneinde de werkgelegenheid in het ziekenhuis te handhaven. De toekenning van dit bedrag is afhankelijk van het afsluiten van een overeenkomst tussen de instelling en de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft."

Art. 37. In artikel 48, § 12, van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de woorden "een forfaitair bedrag toegekend. Dat bedrag wordt jaarlijks bepaald door de Minister die de vaststelling van de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft" vervangen door de woorden "Een forfaitair bedrag van 216.000 frank toegekend (waarde op 1/8/1994)".

Art. 38. A l'article 48 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, il est inséré les §§ 14, 15 et 16 libellés comme suit :

"§ 14. a) En vue de financer les dépenses relatives au développement, à l'évaluation et à l'application des nouvelles technologies médicales, la Sous-partie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux qui répondent aux conditions fixées au point b) ci-après, est à partir du 1^{er} janvier 1993, augmentée, dans les limites du budget disponible à cet effet :

1° d'un montant égal proportionnellement à 3,5 % des Sous-parties B1 et B2 du budget des moyens financiers par tranche de 0,15 du rapport entre le nombre de candidats spécialistes, exprimés en équivalents temps plein, occupés et rémunérés dans l'hôpital et le nombre de lits agréés de l'hôpital;

2° d'un montant égal proportionnellement à 0,25 % des Sous-parties B1 et B2 du budget des moyens financiers par tranche de 10 % au-dessus des 50 % des médecins spécialistes occupés à temps plein;

3° d'un montant égal à la valeur du point visé à l'article 42, § 6, multipliée par le nombre de points attribués en application de l'article 42, § 4 et par la fraction 3/100e.

b) Pour bénéficier du financement prévu au point a), l'hôpital doit :

1° participer activement à des programmes de recherche et de développement;

2° être agréé pour les formations complètes dans les principales spécialités médicales;

3° effectuer la perception centrale de tous les honoraires médicaux;

4° employer au minimum un médecin hospitalier, exprimé en équivalent temps plein, par 3 lits agréés;

5° prouver que plus de 70 % de leur activité médicale est effectuée par des médecins à temps plein;

6° rémunérer plus de 70 % des médecins exprimés en équivalents temps plein, par un salaire pour leur activité hospitalière complète;

7° appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs de l'engagement selon les conditions qui, dans l'accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter ces tarifs.

En cas d'absence d'un tel accord national, appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs qui servent de base pour l'intervention de l'assurance maladie, selon les conditions qui, dans le dernier accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter les tarifs de cet accord.

8° Chaque année, pour le 1^{er} mai, l'institution transmet la liste des références des articles scientifiques ayant trait au développement, à l'évaluation et à l'application de nouvelles technologies médicales publiés au cours des trois années précédentes par les membres du cadre clinique à temps plein. Les publications seront évaluées par une Commission Scientifique désignée par le Ministre, qui vérifiera que le facteur d'impact scientifique dépasse 1 point par 10 lits.

Le facteur d'impact des publications scientifiques est calculé annuellement par l'"Institute of Scientific Information" sous la forme de "Science Citation Index" publié dans le "Journal of Citation Reports".

c) En vue de la révision du montant octroyé, l'hôpital devra apporter la preuve qu'il répond aux conditions 1° à 8°, y compris, visées au point b) pour l'exercice écoulé. A cette fin l'hôpital devra faire parvenir pour le 1^{er} mai de l'exercice qui suit l'exercice considéré au Ministère des affaires sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux, les documents et renseignements suivants :

1° le nombre de candidats spécialistes, exprimé en équivalents temps plein, occupés pendant l'exercice considéré dans l'hôpital;

2° pour la condition 2 : une copie des agréments des médecins spécialistes;

3° pour la condition 3 : l'attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical mentionnant que tous les honoraires sont perçus de façon centrale par l'hôpital;

4° pour la condition 4 : le nombre de médecins hospitaliers exprimé en équivalents temps plein et le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier de l'exercice considéré;

Art. 38. In artikel 48 van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden een § 14, een § 15 en een § 16 ingevoegd, luidend als volgt :

"§ 14. a) Voor de financiering van de uitgaven voor de ontwikkeling, evaluatie en toepassing van nieuwe medische technologieën wordt Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen die voldoen aan de voorwaarden bepaald in het hierna vermelde punt b) vanaf 1 januari 1993, binnen de perken van het daartoe beschikbare budget, verhoogd :

1° met een bedrag dat verhoudingsgewijs gelijk is aan 3,5 % van de Onderdelen B1 en B2 van het budget van financiële middelen per schijf van 0,15 van de verhouding tussen het aantal kandidaat-specialisten, uitgedrukt in full-time equivalenten, die in het ziekenhuis werkzaam en bezoldigd zijn en het aantal erkende bedden van het ziekenhuis;

2° met een bedrag dat verhoudingsgewijs gelijk is aan 0,25 % van de Onderdelen B1 en B2 van het budget van financiële middelen per schijf van 10 % boven de 50 % van de geneesheren-specialisten die voltijds werken;

3° met een bedrag dat gelijk is aan de waarde van het punt bedoeld in artikel 42, § 6, vermenigvuldigd met het aantal punten toegekend op basis van artikel 42, § 4, en met de breuk 3/100sten.

b) Om in aanmerking te komen voor de financiering bedoeld in punt a) moet het ziekenhuis :

1° actief meewerken aan onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma's;

2° erkend zijn voor de volledige opleidingen in de medische hoofdspecialismen;

3° alle medische honoraria centraal innen;

4° per 3 erkende bedden ten minste één ziekenhuisgeneesheer, uitgedrukt in full-time equivalenten in dienst hebben;

5° bewijzen dat meer dan 70 % van de medische activiteit door voltijdse artsen wordt uitgevoerd;

6° meer dan 70 % van de artsen, uitgedrukt in full-time equivalenten, vergoeden via een salaris voor hun volledige ziekenhuisactiviteit;

7° voor het geheel van het ziekenhuis de verbintenistarieven toepassen volgens de voorwaarden die in de nationale overeenkomst geneesheren-verzekeringsinstellingen van toepassing zijn op de geneesheren die er zich toe verbonden hebben die tarieven na te leven.

Bij ontstentenis van een dergelijke nationale overeenkomst, voor het geheel van het ziekenhuis de tarieven toepassen die als basis dienen voor de tegemoetkoming van de ziekteverzekering, volgens de voorwaarden die in de laatste nationale overeenkomst geneesheren-verzekeringsinstellingen van toepassing zijn op de geneesheren die er zich toe verbonden hebben de tarieven van die overeenkomst na te leven.

8° Elk jaar bezorgt de instelling tegen 1 mei de lijst met de referenties van de wetenschappelijke artikels over ontwikkeling, evaluatie en toepassing van nieuwe medische technieken die de voltijdse kaderleden van het ziekenhuis tijdens de drie voorgaande jaren hebben gepubliceerd. Een Wetenschappelijke Commissie, aangesteld door de Minister, zal de publicaties beoordelen en zal nagaan of de impact factor van de wetenschappelijke publicatie meer dan 1 punt per 10 bedden bedraagt.

De wetenschappelijke impact factor wordt jaarlijks berekend door het "Institute of Scientific Information" onder de vorm van de "Science Citation Index" en gepubliceerd in het "Journal of Citation Reports".

c) Met het oog op de herziening van het toegekende bedrag moet het ziekenhuis bewijzen dat het voor het afgelopen dienstjaar aan de voorwaarden bedoeld in punt b), 1° tot 8°, voldoet. Daartoe dient het ziekenhuis tegen 1 mei van het jaar na het betrokken dienstjaar bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer van de Ziekenhuizen, de volgende stukken en inlichtingen doen toekomen :

1° het aantal kandidaat-specialisten, uitgedrukt in full-time equivalenten, die tijdens het betrokken dienstjaar in het ziekenhuis werkzaam waren;

2° voor voorwaarde 2 : een kopie van de erkenning van de geneesheer-specialisten;

3° voor voorwaarde 3 : het door de beheerder en de voorzitter van de medische raad ondertekende attest waarin staat dat het ziekenhuis alle honoraria centraal int;

4° voor voorwaarde 4 : het aantal ziekenhuisgeneesheren, uitgedrukt in full-time equivalenten en het aantal erkende bedden op 1 januari van het betreffende dienstjaar;

5° pour les conditions 5 et 6 : la liste nominative des médecins, leur temps de travail exprimé en demi-jours et le pourcentage de la rémunération pour laquelle des cotisations ONSS ont été payées;

6° une copie du statut pécuniaire relatif aux médecins occupés dans l'hôpital;

7° pour la condition 7 : l'attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical mentionnant que les tarifs de l'engagement sont appliqués pour l'ensemble de l'hôpital, selon les conditions qui dans l'accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter ces tarifs.

En cas d'absence d'un tel accord national, l'attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical mentionnant que les tarifs qui servent de base pour l'intervention de l'assurance maladie sont appliqués pour l'ensemble de l'hôpital selon les conditions qui, dans le dernier accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter les tarifs de cet accord.

§ 15. a) 50 % du budget des Sous-parties B1 et B2 libéré par la fermeture de lits en application de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 sont répartis entre les hôpitaux selon les règles et modalités à préciser par le Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions.

b) Lorsque des hôpitaux aigus ferment volontairement des lits, comme visé au § 6, à partir du 1^{er} janvier 1997 en dehors de la fermeture visée au point a), 35 % ou 25 %, selon les cas visés au § 6, du budget des Sous-parties B1 et B2 libéré par cette fermeture sont répartis entre les hôpitaux selon les règles et modalités à préciser par le Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions.

§ 16. En vue de prendre en compte le caractère social des hôpitaux aigus, il est attribué provisoirement au 1^{er} janvier 1997 un montant de 4 millions par hôpital dont le pourcentage de journées d'hospitalisation à charge des CPAS par rapport au nombre total de journées d'hospitalisation pendant un exercice à déterminer par le Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions, est au moins égal à 2.

Par ailleurs, les hôpitaux précités doivent et les autres hôpitaux aigus peuvent faire parvenir avant le 1^{er} juin 1997 au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement - Administration des Soins de Santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux, un rapport faisant ressortir le caractère social de l'établissement. La forme et le contenu de ce rapport seront définis par le Ministre qui a le prix de la journée dans ses attributions.

Les rapports introduits seront soumis à un groupe de travail constitué au sein du Conseil national des Etablissements hospitaliers - Section Financement qui devra remettre un avis au Ministre précité duquel il ressort clairement un classement selon l'importance plus ou moins grande du caractère social de chaque hôpital. Le budget disponible, soit 50 millions, sera réparti entre les 10 hôpitaux ayant le caractère social le plus prononcé. Ce montant de 50 millions sera porté progressivement à 200 millions en l'an 2000.

Art. 39. L'article 49 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art 49. § 1^{er}. La Sous-partie B5 du budget des hôpitaux aigus est fixée selon les règles ci-après :

a) 50 % du budget disponible est réparti entre les hôpitaux sur base du chiffre d'affaires pour les spécialités pharmaceutiques et les médicaments génériques remboursés de chaque hôpital pendant un exercice à déterminer par le Ministre qui a le prix de journée dans ses attributions;

b) 50 % du budget disponible est réparti entre les hôpitaux sur base du nombre de points attribués à chaque hôpital.

Pour l'attribution du nombre de points, les calculs suivants sont effectués :

1° Le nombre de lits existants et agréés est pondéré. A cette fin, il est attribué par type de lit le coefficient suivant :

Service	Coefficient
A	1
A1	0,5
A2	0,5

5° voor voorwaarde 5 en 6: de namenlijst van de artsen, hun arbeidsduur uitgedrukt in halve dagen en het percentage van de bezoldiging waarvoor RSZ-bijdragen werden betaald;

6° een kopie van het geldelijk statuut van de artsen die in het ziekenhuis werkzaam zijn;

7° wat voorwaarde 7 betreft : een attest, ondertekend door de beheerder en de voorzitter van de medische raad, waarin vermeld wordt dat de verbintenistarieven voor het geheel van het ziekenhuis worden toegepast volgens de voorwaarden die in de nationale overeenkomst geneesheren-verzekeringsinstellingen van toepassing zijn op de geneesheren die er zich toe verbonden hebben die tarieven na te leven.

Bij ontstentenis van een dergelijke nationale overeenkomst, het attest ondertekend door de beheerder en de voorzitter van de medische raad waarin wordt vermeld dat de tarieven die als basis dienen voor de tegemoetkoming van de ziekteverzekering, voor het geheel van het ziekenhuis worden toegepast, volgens de voorwaarden die in de laatste nationale overeenkomst geneesheren-verzekeringsinstellingen van toepassing zijn op de geneesheren die er zich toe verbonden hebben de tarieven van die overeenkomst na te leven.

§ 15. a) 50 % van het budget van de Onderdelen B1 en B2 dat vrijkomt door de bedden die op grond van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 worden gesloten, wordt onder de ziekenhuizen verdeeld volgens de regels en de modaliteiten die worden vastgesteld door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft.

b) Wanneer acute ziekenhuizen vanaf 1 januari 1997, naast de sluiting bedoeld in a), vrijwillig bedden sluiten, zoals bedoeld in § 6, wordt 35 % of 25 %, afhankelijk van de gevallen bedoeld in § 6 van het budget van de Onderdelen B1 en B2 dat door die sluiting vrijkomt, onder de ziekenhuizen verdeeld volgens de regels en de modaliteiten die worden vastgesteld door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft.

§ 16. Teneinde rekening te houden met het sociaal profiel van de acute ziekenhuizen wordt op 1 januari 1997 voorlopig een bedrag van 4 miljoen frank toegekend per ziekenhuis waarvoor het percentage van het totale aantal verpleegdagen van een door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft, te bepalen dienstjaar, dat ten laste valt van de OCMW's, ten minste gelijk is aan 2.

Bovendien hebben de voornoemde acute ziekenhuizen de plicht en hebben de overige ziekenhuizen de mogelijkheid vóór 1 juni 1997 het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu - Bestuur van de Gezondheidszorg Boekhouding en Beheer van de Ziekenhuizen een verslag toe te sturen waaruit het sociaal profiel van de instelling blijkt. Vorm en inhoud van dat verslag zullen worden vastgesteld door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft.

De ingediende verslagen worden voorgelegd aan een werkgroep van de Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen - Afdeling Financiering - die de voormelde Minister een advies moet verstrekken waaruit duidelijk een klassement volgens het grotere of kleinere sociaal profiel van het ziekenhuis blijkt. Het beschikbare budget, zijnde 50 miljoen, zal verdeeld worden onder de 10 ziekenhuizen met het meest uitgesproken sociaal karakter. Dit bedrag van 50 miljoen zal geleidelijk aan op 200 miljoen gebracht worden in het jaar 2000.

Art. 39. Artikel 49 van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt vervangen door de volgende bepalingen :

"Art. 49. § 1. Onderdeel B5 van het budget van de acute ziekenhuizen wordt vastgesteld op basis van de hiernavermelde regels :

a) 50 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het omzetcijfer van de farmaceutische specialiteiten en de generische geneesmiddelen van elk ziekenhuis terugbetaald tijdens een dienstjaar dat wordt bepaald door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft;

b) 50 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het aantal punten toegekend aan elk ziekenhuis.

Voor de toekenning van het aantal punten worden de volgende berekeningen uitgevoerd :

1° Het aantal bestaande en erkende bedden wordt gewogen. Daarbij wordt aan elk type bed de volgende coëfficiënt toegekend :

Dienst	Coëfficiënt
A	1
A1	0,5
A2	0,5

Service	Coefficient
B	0,5
C	1
D	1
E	1
G	1
H	0,5
K	0,5
K1	0,5
K2	0,5
L	1
M	0,5
N	1
Sp	0,5
T	0,3
T1	0,3
T2	0,3

Dienst	Coëfficiënt
B	0,5
C	1
D	1
E	1
G	1
H	0,5
K	0,5
K1	0,5
K2	0,5
L	1
M	0,5
N	1
Sp	0,5
T	0,3
T1	0,3
T2	0,3

Jusqu'à 150 lits pondérés, il est attribué 0,40 point par tranche de 25 lits pondérés. Au-delà de 150 lits pondérés, il est attribué 0,26 point par tranche de 10 lits pondérés.

2° Pour les prestations mentionnées ci-après et relatives à un exercice à déterminer, les points suivants sont attribués :

- chirurgie lourde : 1 point par 400 prestations;
- réanimation : 1 point par 1000 prestations;
- radiologie interventionnelle : 1 point par 3000 prestations;
- chirurgie très lourde : 1 point par 200 prestations.

Les prestations visées ci-dessus sont précisées dans l'annexe 8 du présent arrêté.

3° Les points déterminés conformément au 1° et 2° sont additionnés pour chaque hôpital.

c) Les budgets déterminés conformément aux points a et b sont additionnés pour chaque hôpital. Le budget attribué à chaque hôpital ne peut jamais être supérieur à 120 % ou inférieur à 80 % du budget dont il dispose au 31 décembre 1996 dans les limites du budget disponible. En tous cas, il ne peut être inférieur à 2.800.000 F (index 1/1/1991).

§ 2. La Sous-partie B5 du budget des hôpitaux et services agréés sous l'index Sp est fixée en répartissant le budget disponible entre les hôpitaux et services Sp sur base du chiffre d'affaires pour les spécialités pharmaceutiques et les médicaments génériques remboursés pendant un exercice à déterminer par le Ministre qui a le prix de journée dans ses attributions.

§ 3. La Sous-partie B5 du budget des hôpitaux psychiatriques est fixée en répartissant le budget disponible entre ces hôpitaux sur base du chiffre d'affaires pour les spécialités pharmaceutiques et les médicaments génériques remboursés pendant un exercice à déterminer par le Ministre qui a le prix de journée dans ses attributions.

Art. 40. L'article 51ter de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, est complété par la disposition suivante :

"Le Ministre qui a la fixation du prix par journée d'hospitalisation dans ses attributions peut fixer des règles annuelles d'application."

Art. 41. Les dispositions de l'article 57bis, § 1^{er}, 3^e, a) de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité sont supprimées et remplacées par les dispositions ci-après :

"a) au cas où le nombre de lits hospitaliers est diminué, les Sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont réduites d'un montant qui correspond à la part respective de ces Sous-parties dans le prix de journée d'hospitalisation facturé le jour précédant la fermeture, multiplié par le nombre de journées d'hospitalisation établi sur base du nombre et du type de lits fermés et des taux d'occupation visés à l'article 53."

Art. 42. A l'article 57bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, il est inséré un § 4 libellé comme suit :

"§ 4. 1° Au cas où un hôpital ne dispose pas de 150 lits agréés au 1^{er} janvier 1998, son budget des moyens financiers et son quota de journées d'hospitalisation ne lui sont plus attribués, à partir de la date précitée.

Tot 150 gewogen bedden wordt 0,40 punt per schijf van 25 gewogen bedden toegekend. Wanneer er meer dan 150 gewogen bedden zijn, wordt 0,26 punt per schijf van 10 gewogen bedden toegekend.

2° Voor de hierna vermelde verstrekkingen betreffende een nader te bepalen dienstjaar worden de volgende punten toegekend :

- zware heekunde : 1 punt per 400 verstrekkingen;
- reanimatie : 1 punt per 1000 verstrekkingen;
- interventionele radiologie : 1 punt per 3000 verstrekkingen;
- zeer zware heekunde : 1 punt per 200 verstrekkingen.

De voormelde verstrekkingen worden verduidelijkt in bijlage 8 van dit besluit.

3° De punten die op basis van 1° en 2° worden bepaald, worden samengeteld per ziekenhuis.

c) De budgetten die op basis van a) en b) worden bepaald, worden samengeteld per ziekenhuis. Het budget dat per ziekenhuis wordt toegekend, mag nooit hoger zijn dan 120 % of lager zijn dan 80 %, van het budget waarover het betrokken ziekenhuis op 31 december 1996 beschikt en binnen de limiet van het beschikbare budget. Het mag in geen geval minder dan 2.800.000 frank (indexcijfer 1/1/1991) bedragen.

§ 2. Onderdeel B5 van het budget van de ziekenhuizen en de diensten erkend onder kenletter Sp wordt vastgesteld door het beschikbare budget onder de ziekenhuizen en Sp-diensten te verdelen op basis van de omzet van de farmaceutische specialiteiten en de generische geneesmiddelen terugbetaald tijdens een dienstjaar dat wordt bepaald door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft.

§ 3. Onderdeel B5 van het budget van de psychiatrische ziekenhuizen wordt vastgesteld door het beschikbare budget onder die ziekenhuizen te verdelen op basis van de omzet van de farmaceutische specialiteiten en de generische geneesmiddelen terugbetaald tijdens een dienstjaar dat wordt bepaald door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft.

Art. 40. Artikel 51ter van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt aangevuld met de volgende bepaling :

"De Minister die de vaststelling van de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft, kan jaarlijks toepassingsregels vaststellen."

Art. 41. De bepalingen van artikel 57bis, § 1, 3^e, a) van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden geschrapt en vervangen door de hiernavolgende bepalingen :

"a) Ingeval het aantal ziekenhuisbedden wordt verminderd, worden de Onderdelen B1, B2 en B5 van het budget verminderd met een bedrag gelijk aan het respectieve aandeel van deze Onderdelen in de gefactuurde verpleegdagprijs van de dag vóór de sluiting, vermenigvuldigd met het aantal verpleegdagen vastgesteld op basis van het aantal en het soort gesloten bedden en op basis van de bezettingsgraad bedoeld in artikel 53."

Art. 42. Aan artikel 57bis van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt een § 4 toegevoegd, luidend als volgt :

"§ 4. 1° Ingeval een ziekenhuis op 1 januari 1998 over minder dan 150 erkende bedden beschikt, wordt zijn budget van financiële middelen en zijn verpleegdagenquotum vanaf die datum niet meer toegekend.

2° Au cas où un service de maternité ne compte pas au moins 400 accouchements en moyenne durant les trois années 1994, 1995 et 1996 ou si ce service n'atteint pas le niveau des 400 accouchements en 1996, le quota de journées d'hospitalisation et le budget sont, à concurrence de toute l'activité du service, adaptés à partir du 1^{er} janvier 1998 conformément aux règles prévues au § 1^{er}, 1^o, 2^o, 3^o et 4^o.

3° Au cas où un service de pédiatrie ne dispose pas de 15 lits occupés à 70 % en moyenne corrigés en fonction du nombre DJN calculé pour la pédiatrie pour l'année 1993, pendant les années 1994, 1995 et 1996, ou pendant l'exercice 1996, le quota de journées d'hospitalisation et le budget sont à concurrence de toute l'activité du service, adaptés à partir du 1^{er} janvier 1998, conformément aux règles prévues au § 1^{er}, 1^o, 2^o, 3^o et 4^o.

4° Pour l'application des 1° à 3°, il est tenu compte des dérogations accordées dans le cadre de l'agrément des hôpitaux et services hospitaliers pour autant que l'accord en vue du financement ait été obtenu du Ministre qui a la fixation du prix de journée d'hospitalisation dans ses attributions."

Art. 43. L'article 57^{ter} de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est complété comme suit :

"Pour l'exercice 1997, les réductions du budget des moyens financiers seront d'office effectuées au 1^{er} juin 1997."

Art. 44. L'article 60, 2°, a) et b) de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est remplacé par les dispositions suivantes :

"a) Pour toutes les journées d'hospitalisation non réalisées par rapport au quota attribué, il n'est accordé aucun montant.

En dérogation à l'alinéa précédent, il est accordé un montant correspondant à :

- 100 % des Sous-parties B1 et B2 du prix de la journée d'hospitalisation pour les unités de traitement des grands brûlés;
- 25 % des Sous-parties B1 et B2, calculées avant application des nombres DJP ou DJN visés à l'article 46^{bis}, dans les cas suivants :

. au cas où une dérogation a été octroyée pour raisons géographiques pour les maternités de moins de 400 accouchements et pour les pédiatries de moins de 15 lits occupés à 70 % pour autant que la non-réalisation du quota de journées d'hospitalisation soit due au(x) service(s) précité(s) pour le(s)quel(s) la dérogation a été délivrée et pour autant que l'accord en vue du financement ait été obtenu du Ministre qui a la fixation du prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions;

. au cas où la diminution du nombre de journées est due par rapport à 1996 à une diminution de la durée réelle moyenne de séjour ou à une augmentation du degré de substitution de l'hospitalisation classique par l'hospitalisation de jour, calculées par type de séjour, pour autant qu'un nombre DJN ait été fixé pour l'hôpital en application de l'article 46^{bis}.

Pour calculer la durée réelle moyenne de séjour, le degré de substitution et le nombre DJN, il est fait application des dispositions de l'annexe 4 au présent arrêté.

b) - Pour toutes les journées d'hospitalisation excédant le quota de journées d'hospitalisation, il est accordé pour les Sous-parties B1 et B2 un montant correspondant à 25 % de la valeur par jour de ces Sous-parties calculée avant application des nombres DJP ou DJN visés à l'article 46^{bis}.

En ce qui concerne les unités de grands brûlés, il n'est accordé aucun montant.

- Pour les journées d'hospitalisation qui, par rapport à l'exercice 1996 sont réalisées en plus, ce montant est égal à 45 % de la valeur par jour des Sous-parties B1 et B2 calculées avant application des nombres DJP ou DJN visés à l'article 46^{bis} pour autant que ces journées supplémentaires ne soient pas dues à une augmentation de la durée réelle de séjour ou à une diminution du degré de substitution de l'hospitalisation classique par l'hospitalisation de jour/calculées par type de séjour. Cependant, si un nombre DJP est fixé pour l'hôpital en application des dispositions de l'article 46^{bis}, l'indemnisation des journées supplémentaires reste fixée à 25 %.

- Les journées d'hospitalisation encore réalisées à partir de 1997 et ayant bénéficié avant 1997 d'une indemnisation à raison de 45 % de la valeur par jour des Sous-parties B1 et B2 calculée avant application des nombres DJP ou DJN visés à l'article 46^{bis} continuent à être indemnisées à raison de 45 % pour autant qu'un nombre DJN soit fixé en application de l'article 46^{bis}.

2° Ingeval een kraaminrichting gedurende 1994, 1995 en 1996 het gemiddeld aantal van 400 bevallingen niet bereikt, of indien de dienst het niveau van 400 bevallingen in 1996 niet bereikt, worden het verpleegdagenquotum en het budget ten belope van de volledige activiteit van de kraaminrichting vanaf 1 januari 1998 aangepast overeenkomstig de regels voorzien in § 1, 1^o, 2^o, 3^o en 4^o.

3° Ingeval een pediatriedienst niet over 15 bedden beschikt, gemiddeld bezet aan 70 % gecorrigeerd in functie van het aantal NAL voor de pediatrie voor het jaar 1993, gedurende 1994, 1995 en 1996, of gedurende het dienstjaar 1996 worden het verpleegdagenquotum en het budget ten belope van de volledige activiteit van de dienst aangepast vanaf 1 januari 1998, overeenkomstig de regels voorzien in § 1, 1^o, 2^o, 3^o en 4^o.

4° Voor de toepassing van 1° tot 3° wordt rekening gehouden met de afwijking toegekend in het raam van de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, voor zover, met het oog op de financiering, de toestemming werd bekomen van de Minister die de vaststelling van de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft."

Art. 43. Artikel 57^{ter} van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt aangevuld als volgt :

"Voor het dienstjaar 1997 worden de verminderingen van het budget van financiële middelen ambtshalve doorgevoerd op 1 juni 1997."

Art. 44. Artikel 60, 2°, a) en b), van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt vervangen door de volgende bepalingen :

"a) voor de verpleegdagen die ten opzichte van het toegekende quotum niet zijn gerealiseerd, wordt geen bedrag toegekend.

In afwijking van het voorgaande lid wordt een bedrag toegekend ten belope van :

- 100 % van de Onderdelen B1 en B2 van de verpleegdagprijs voor de eenheden waar zware brandwonden worden behandeld;
- 25 % van de Onderdelen B1 en B2, berekend vóór de toepassing van het aantal PAL en NAL bedoeld in artikel 46^{bis}, in de volgende gevallen :

. indien om geografische redenen een afwijking is verleend voor de kraaminrichtingen met minder dan 400 bevallingen en voor de pediatriediensten met minder dan 15 bedden met een bezettingsgraad van 70 %, voor zover het niet-realiseren van het verpleegdagenquotum te wijten is aan de voormelde dienst(en) waarvoor een afwijking is verleend en voor zover, met het oog op de financiering, de toestemming werd bekomen van de Minister die de vaststelling van de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft;

. indien de vermindering van het aantal verpleegdagen ten opzichte van 1996 te wijten is aan een daling van de reële gemiddelde verblijfsduur of aan een verhoging van de substitutiegraad van de klassieke hospitalisatie door daghospitalisatie, berekend per verblijfstype, en voor zover een aantal dagen NAL bepaald werd voor het ziekenhuis in toepassing van artikel 46^{bis}.

Om de reële gemiddelde verblijfsduur, de substitutiegraad en het aantal dagen NAL te berekenen, past men de bepalingen van de bijlage 4 van dit besluit toe.

b) - Voor de verpleegdagen boven het verpleegdagenquotum wordt voor de Onderdelen B1 en B2 een bedrag toegekend ten belope van 25 % van de waarde per dag van die Onderdelen, berekend vóór de toepassing van het aantal PAL en NAL bedoeld in artikel 46^{bis}.

Voor de brandwondeneenheden wordt geen bedrag toegekend.

- Voor de verpleegdagen die ten opzichte van het dienstjaar 1996 in meer worden gerealiseerd, is dat bedrag gelijk aan 45 % van de waarde per dag van de Onderdelen B1 en B2, berekend vóór de toepassing van het aantal PAL en NAL bedoeld in artikel 46^{bis}, voor zover die bijkomende verpleegdagen niet te wijten zijn aan een verhoging van de reële gemiddelde ligduur of aan een vermindering van de substitutiegraad van de klassieke hospitalisatie door daghospitalisatie/berekend per verblijfstype. Indien in toepassing van artikel 46^{bis} voor het ziekenhuis een PAL werd vastgesteld, blijft de vergoeding van de bijkomende ligdagen bepaald op 25 %.

- De verpleegdagen gerealiseerd vanaf 1997 waarvoor, vóór 1997, een vergoeding werd toegekend ten belope van 45 % van de waarde per dag van de Onderdelen B1 en B2, berekend vóór de toepassing van het aantal PAL en NAL bedoeld in artikel 46^{bis}, blijven vergoed ten belope van 45 %, voor zover met toepassing van artikel 46^{bis} een aantal NAL is vastgesteld.

- Pour les journées d'hospitalisation réalisées au delà de 90 % et jusqu'à 95 % d'occupation par rapport au nombre total de lits agréés et existants, le montant est de 60 % de la valeur par jour des Sous-parties B1 et B2 avant application des nombres DJP et DJN visés à l'article 46bis si les conditions suivantes sont remplies :

. la durée réelle moyenne de séjour a diminué ou est égale par rapport à l'exercice précédent sauf pour les hôpitaux dont la durée réelle moyenne de séjour est inférieure à leur durée réelle moyenne normalisée moins 20 %;

. un nombre DJN est fixé pour l'hôpital en application des dispositions de l'article 46bis.

- Pour l'application des alinéas précédents, la durée réelle moyenne de séjour, la durée de séjour moyenne normalisée, le degré de substitution et les nombres DJP et DJN sont calculés en application de l'annexe 4 du présent arrêté."

Art. 45. L'annexe 4 à l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est remplacée par l'annexe 3 au présent arrêté.

Art. 46. Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur le 1^{er} janvier 1997.

Bruxelles, le 30 décembre 1996.

Mme M. DE GALAN

- Voor de verpleegdagen gerealiseerd boven de 90 % en tot 95 % bezetting ten opzichte van het totale aantal bestaande en erkende bedden, belooft het bedrag 60 % van de waarde per dag van de Onderdelen B1 en B2 vóór de toepassing van het aantal PAL en NAL bedoeld in artikel 46bis, indien aan de volgende voorwaarden is voldaan :

. ten opzichte van het vorige dienstjaar is de ligduur gedaald of gelijk gebleven, behalve voor de ziekenhuizen waarvan de reële gemiddelde ligduur lager is dan hun genormaliseerde gemiddelde ligduur vermindert met 20 %;

. met toepassing van artikel 46ter een aantal NAL voor het ziekenhuis wordt vastgesteld.

- Voor de toepassing van de vorige leden worden de reële gemiddelde ligduur, de genormaliseerde gemiddelde ligduur, de substitutiegraad en het aantal PAL en NAL berekend op basis van bijlage 4 van dit besluit."

Art. 45. Bijlage 4 van het voormelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt vervangen door bijlage 3 van dit besluit.

Art. 46. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1997.

Brussel, 30 december 1996.

Mevr. M. DE GALAN

[C - 97/22029]

Annexe 1^{re} à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1996

ANNEXE 6

LISTE DES PRESTATIONS (CODE NOMENCLATURE INAMI)

1. Chirurgie lourde

230425	242502	227360	246606	260540	281746	285666	289240	289785
230521	242524	228045	246665	261122	281783	286322	289284	289940
230543	242561	228126	246680	261424	281805	286381	289306	290242
230602	242605	229121	246783	261601	281864	287265	289321	290264
231405	242723	229165	246805	261682	281945	287685	289343	290286
232164	243040	229246	247122	261704	281960	288400	289365	290964
241043	243062	229386	247203	261741	282004	288606	289380	291222
241404	243106	235082	255323	261763	282026	288746	289402	291605
241463	243320	235104	255684	261800	282063	288761	289424	293926
241485	243784	235126	256782	262021	282623	288783	289446	294125
241500	244020	235200	257460	281046	283242	288886	289461	311625
241566	244042	236106	257902	281083	283360	289026	289586	312605
241581	244101	237101	257961	281105	283463	289041	289601	312620
242045	226962	237123	258403	281120	284163	289063	289660	312642
242082	226984	239083	258425	281584	284222	289085	289682	312664
242141	227146	431185	258440	281643	284642	289100	289704	312701
242325	227264	431340	258462	281665	284701	289122	289726	312723
242340	227323	431362	260164	281680	284760	289144	289741	
242343	227345	246223	260422	281702	283040	289203	289763	

2. Chirurgie très lourde

230440	232540	242745	228023	229224	229423	236062	288326	293440
230484	241426	243025	228060	229283	229445	237020	288341	318021
230506	241441	227205	228185	229305	229526	237042	288363	318043
231022	242023	227220	229025	229320	229541	237064	288385	318065
231044	242303	227242	229040	229342	229563	237086	288422	318080
231420	242421	227286	229062	229364	236025	260444	288444	318102
231442	242620	227301	229084	229401	236040	281982	288525	318124
232525								

3. Réanimation

211024	211120	212225	212542	213043	214045	350044	471800	472404
211046	211142	212520	213021	214023	214126	353183		

4. Radiologie

453084	453202	453320	453725	454020	454145	45928	451522	458640
453106	453224	453342	453740	454042	454160	459303	451765	458662
453121	453246	453364	453762	454064	454182	459325	451824	458765
453143	453261	453386	453784	454086	454204	459340	455685	458905
453165	453283	453526	453806	454101	454226	450085	457203	
453180	453305	453541	453821	454123	459104	451080	458625	

5. Prestations urgentes autres que biologie clinique

599524	599546	599561	599583	599605	599620	599642	599664	
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--

6. Prestations urgentes biologie clinique

599686	599723	599760	599841	599885	599900	599922	599944	599966
599701	599745	599826	599863					

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1996

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

[C - 97/22029]

Bijlage 1 bij het ministerieel besluit van 30 december 1996

BIJLAGE 6

LIJST VAN DE PRESTATIES (nomenclatuur RIZIV)

1. Zware chirurgie

230425	242502	227360	246606	260540	281746	285666	289240	289785
230521	242524	228045	246665	261122	281783	286322	289284	289940
230543	242561	228126	246680	261424	281805	286381	289306	290242
230602	242605	229121	246783	261601	281864	287265	289321	290264
231405	242723	229165	246805	261682	281945	287685	289343	290286
232164	243040	229246	247122	261704	281960	288400	289365	290964
241043	243062	229386	247203	261741	282004	288606	289380	291222
241404	243106	235082	255323	261763	282026	288746	289402	291605
241463	243320	235104	255684	261800	282063	288761	289424	293926
241485	243784	235126	256782	262021	282623	288783	289446	294125
241500	244020	235200	257460	281046	283242	288886	289461	311625
241566	244042	236106	257902	281083	283360	289026	289586	312605
241581	244101	237101	257961	281105	283463	289041	289601	312620
242045	226962	237123	258403	281120	284163	289063	289660	312642

242082	226984	239083	258425	281584	284222	289085	289682	312664
242141	227146	431185	258440	281643	284642	289100	289704	312701
242325	227264	431340	258462	281665	284701	289122	289726	312723
242340	227323	431362	260164	281680	284760	289144	289741	
242343	227345	246223	260422	281702	285040	289203	289763	

2. Zeer zware chirurgie

230440	232540	242745	228023	229224	229423	236062	288326	293440
230484	241426	243025	228060	229283	229445	237020	288341	318021
230506	241441	227205	228185	229305	229526	237042	288363	318043
231022	242023	227220	229025	229320	229541	237064	288385	318065
231044	242303	227242	229040	229342	229563	237086	288422	318080
231420	242421	227286	229062	229364	236025	260444	288444	318102
231442	242620	227301	229084	229401	236040	281982	288525	318124
232525								

3. Reanimatie

211024	211120	212225	212542	213043	214045	350044	471800	472404
211046	211142	212520	213021	214023	214126	353183		

4. Radiologie

453084	453202	453320	453725	454020	454145	45928	451522	458640
453106	453224	453342	453740	454042	454160	459303	451765	458662
453121	453246	453364	453762	454064	454182	459325	451824	458765
453143	453261	453386	453784	454086	454204	459340	455685	458905
453165	453283	453526	453806	454101	454226	450085	457203	
453180	453305	453541	453821	454123	459104	451080	458625	

5. Dringende prestaties andere dan klinische biologie

599524	599546	599561	599583	599605	599620	599642	599664	
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--

6. Dringende prestaties klinische biologie

599686	599723	599760	599841	599885	599900	599922	599944	599966
599701	599745	599826	599863					

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 30 december 1996.

De Minister van Sociale Zaken,

Mevr. M. DE GALAN

[C - 97/22029]

Annexe 2 à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1996

« Annexe 7 »

Détermination d'un indice de coût supplémentaire par lit occupé C et D.

Pour chaque hôpital, un indice de coût supplémentaire pondéré par la pathologie (ICSh) est calculé par lit occupé C et D, sur base du coût moyen par groupe de pathologie (repris ci-après).

1. Sélection des patients C et D.

De la population des patients hospitalisés, seulement les patients C et D sont retenus. Ces patients sont définis comme des patients ayant uniquement des journées dans les services C, D, H* et/ou I. Les séjours outliers (sur base de la durée de séjour) ne sont pas pris en considération.

Les DRGs suivants ne sont pas repris dans les calculs :

Les DRGs au sein des MDCs 14 (grossesses et accouchements), 15 (nouveau-nés), 19 (troubles mentaux) et 20 (alcoolisme et usage de drogue);

Les DRGs 468, 469, 470, 476 en 477 (groupe résiduel);

Le DRGs spécifiques pour les patients plus jeunes que 18 ans avec moins de 30 séjours.

2. Calcul d'un coût moyen de séjour par DRG (CMS_x).

Le coût moyen de séjour par DRG (GVK_x) est égal au total des coûts de séjour relatifs au personnel infirmier, qui sont fixés pour les patients retenus appartenant à un DRG déterminé, dévisé par le nombre total de patients appartenant à ce DRG. Les frais de séjour relatifs au personnel infirmier sont fixés en utilisant les données comptables et le résumé infirmier minimum.

3. Calcul d'un coût par DRG correspondant aux normes (CN_x).

Pour les lits agréés C et D, un coût moyen correspondant aux normes est calculé par DRG de la manière suivante :

$$CN_x = \frac{\text{Norme CD} * \text{Salaire moyen CD} * \text{Nombre de lits CD}}{\text{Nombre de journées CD}} * DMS_x$$

où

Norme CD : normes de personnel comme repris dans l'article 42 § 9;

Salaire moyen C D : salaire moyen d'une infirmière temps plein dans un service C et D;

Nombre de lits C D : total du nombre de lits C et D;

Nombre de journées C D : total du nombre de journées pour les patients C et D;

DMS_x : durée moyenne de séjour du DRG x.

Dans le calcul de la norme et le cas échéant, on tient compte du rapport entre les journées universitaires et non universitaires.

4. Calcul d'un coût supplémentaire par DRG (CSM_x).

Lorsque, pour un DRG déterminé, le coût moyen correspondant aux normes est déduit du coût moyen de séjour, apparaît un coût supplémentaire par rapport aux normes pour ce DRG. Ce coût supplémentaire est positif si plus de moyens sont nécessaires que prévus dans les normes. Si le coût moyen correspondant aux normes est égal ou supérieur, alors le coût supplémentaire est nul ou négatif.

5. Calcul d'un indice de coût supplémentaire par DRG (ICS_x).

Sur base du coût supplémentaire par DRG (point 4) et du coût moyen supplémentaire général (CSMG), un indice de coût supplémentaire par DRG est calculé de la manière suivante :

$$ICS_x = \text{int} \left(\frac{CSM_x}{CSMG} * 100 + 0,5 \right)$$

où

int = entier, arrondir le nombre à l'unité;

CSM_x = le coût supplémentaire du DRG x;

CSMG = le coût moyen supplémentaire général.

6. Calcul d'un indice de coût supplémentaire pondéré par la pathologie pour l'hôpital (ICS_h) par lit occupé.

Sur base de l'indice du coût supplémentaire par DRG et du case-mix de chaque hôpital (le nombre de séjours dans chaque DRG), il est calculé pour chaque hôpital un indice de coût supplémentaire pondéré par la pathologie (ICS_h) par lit occupé selon la formule suivante :

$$ICS_h = \frac{365 * \sum_x (N \text{ séjour } x, h * ICS_x)}{N \text{ journées C D h}}$$

où

N séjour_{x,h} = le nombre de séjours du DRG x dans l'hôpital h;

ICS_x = l'indice de coût supplémentaire du DRG x (voir point 6);

N journées C D h = nombre de journées C et D dans l'hôpital h.

DRG	GVK _{ix} /ICMS _x				
1	2425	11	1020	20	1488
2	3992	12	1164	21	306
4	913	13	553	22	846
5	968	14	1604	23	749
6	159	15	442	24	414
7	2000	16	1172	25	275
8	278	17	709	34	730
9	1202	18	749	35	204
10	1277	19	256	36	433

37	497	83	801	129	410
38	352	84	423	130	790
39	201	85	855	131	345
40	254	86	341	132	338
41	151	87	1165	133	201
42	442	88	733	134	266
43	218	89	1329	135	476
44	1472	90	950	136	146
45	212	92	744	138	622
46	553	93	316	139	385
47	403	94	894	140	272
48	215	95	425	141	422
49	308	96	807	142	170
50	351	97	551	143	118
51	213	99	813	144	860
52	322	100	459	145	576
53	278	101	922	146	2543
54	270	102	399	147	2183
55	273	103	5415	148	3627
56	197	104	3488	149	2121
57	348	105	2226	150	506
58	113	106	2270	151	933
59	178	107	1957	152	2952
60	137	108	2281	153	1588
61	209	110	2194	154	2672
63	286	111	1849	155	1382
64	468	112	297	157	512
65	235	113	5119	158	310
66	213	114	2317	159	985
67	1321	115	7921	160	488
68	436	116	668	161	607
69	318	117	588	162	357
70	347	118	405	163	617
72	204	119	179	164	1767
73	232	120	872	165	692
74	384	121	1855	166	1204
75	1857	122	804	167	412
76	643	123	1304	168	527
77	324	124	343	169	224
78	1042	125	238	170	4089
79	2156	126	3017	171	1313
80	1181	127	1071	172	938
82	544	128	927	173	503

174	687	221	544	264	2356
175	411	222	207	265	1083
176	551	223	279	266	384
177	553	224	253	267	173
178	361	225	297	268	318
179	405	226	731	269	1440
180	1381	227	236	270	222
181	714	228	380	271	1616
182	521	229	203	272	612
183	277	230	382	273	429
185	163	231	237	274	780
186	135	232	150	275	276
187	143	233	1878	276	153
188	474	234	650	277	1187
189	275	235	1944	278	563
191	1951	236	1504	280	577
192	1631	237	774	281	235
193	1509	238	1473	282	204
194	848	239	702	283	588
195	1335	240	607	284	258
196	1735	241	259	285	2970
197	1918	242	754	286	1436
198	756	243	292	288	657
199	1114	244	610	289	437
200	579	245	620	290	320
201	3474	246	403	291	344
202	548	247	342	292	689
203	680	248	229	293	371
204	578	249	305	294	655
205	383	250	632	295	402
206	366	251	216	296	1147
207	978	252	137	297	486
208	462	253	1241	299	420
209	1596	254	354	300	607
210	3514	255	305	301	244
211	2092	256	275	302	1639
212	1303	257	440	303	1786
213	1917	258	605	304	1365
216	854	259	511	305	1051
217	2576	260	381	306	1614
218	1852	261	275	307	633
219	783	262	169	308	1208
220	574	263	6149	309	520

310	543	357	1237	432	69
311	339	358	750	439	1091
312	554	359	415	440	513
313	306	360	194	441	589
315	347	361	236	442	2116
316	489	362	169	443	718
317	431	363	180	444	718
318	846	364	151	445	448
319	486	365	909	447	132
320	981	366	861	449	459
321	495	367	363	450	199
322	559	368	243	451	116
323	243	369	253	452	378
324	177	400	773	453	233
325	422	401	1442	454	633
326	473	402	522	455	337
328	1164	403	1209	458	918
329	266	404	531	459	1841
331	646	406	2090	460	700
332	224	407	1389	461	1191
334	969	408	501	462	4238
335	1294	409	771	463	620
336	1058	410	299	464	295
337	553	411	370	465	354
338	367	412	132	466	425
339	192	413	962	467	123
340	173	414	656	471	6942
341	734	415	1673	475	5802
342	156	416	1472	478	1820
343	136	418	842	479	969
344	581	419	906	480	11476
345	890	420	432	481	6540
346	763	421	276	482	3019
347	550	422	431	483	18154
348	795	423	827	491	1012
349	471	424	1075	530	5687
350	338	425	298	531	2802
351	107	426	243	532	1823
352	99	427	131	533	3516
353	716	428	337	534	647
354	890	429	1614	535	1350
355	778	430	635	536	1205
356	762	431	253	537	1289

538	4119	571	2014	748	319
539	2909	572	1995	749	187
540	2829	573	2029	750	695
541	2298	576	6101	751	275
542	1697	577	1362	752	418
543	1796	578	2450	753	730
544	2007	579	4072	755	2008
545	6346	580	2017	756	893
546	2696	581	12748	757	1762
547	2460	582	2424	758	669
548	2632	583	5660	761	679
549	5407	584	3045	762	94
550	2423	585	6039	763	558
551	1254	633	415	764	324
552	2276	634	133	765	136
553	4965	640	613	766	2492
554	2366	702	577	767	1030
555	3145	705	1096	769	195
556	2895	708	805	773	417
557	1915	710	428	775	348
558	4180	711	603	777	233
559	1451	714	853	779	309
560	2156	730	17169	782	3623
561	2461	731	7040	783	3931
562	2690	732	6814	786	3615
563	1435	733	2422	787	289
564	3915	734	3132	788	551
565	4367	740	1690	789	1830
566	1789	743	49	790	533
567	3122	744	432	791	838
568	1499	745	251	792	18204
569	1766	746	236	793	9781
570	1610	747	412	794	7642

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1996.

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

(C - 97/22029)

Bijlage 2 bij het ministerieel besluit van 30 december 1996

« Bijlage 7 »

Berekening van een meerkostindex per bezet C- en D-bed

Voor elk ziekenhuis wordt een pathologiegewogen meerkostindex per bezet C- en D-bed (MKI_n) berekend, op basis van de gemiddelde verblijfskost per pathologiegroep (zoals hierna vermeld).

1. Selectie van de C- en D-patiënten

Uit de populatie van gehospitaliseerde patiënten worden enkel de C- en D-patiënten weerhouden. Deze patiënten worden gedefinieerd als patiënten met uitsluitend ligdagen op een C-, D-, H*- en/of I-dienst. De outlier-verblijven (op basis van de verblijfsduur) worden buiten beschouwing gelaten.

De volgende DRGs worden niet in de berekeningen opgenomen :

1. De DRGs binnen de MDCs 14 (zwangerschap en bevalling), 15 (pasgeborenen), 19 (psychische stoornissen) en 20 (alcohol en druggebruik);

2. De DRGs 468, 469, 470, 476 en 477 (restgroep);

3. De DRGs specifiek voor patiënten jonger dan 18 jaar met minder dan 30 verblijven.

2. Berekening van de gemiddelde verblijfskost per DRG (GVK_x)

De gemiddelde verblijfskost per DRG (GVK_x) is gelijk aan het totaal van de verblijfskosten inzake verpleegkundig personeel die worden vastgesteld voor de weerhouden patiënten behorend tot een bepaalde DRG, gedeeld door het totaal aantal patiënten die behoren tot die DRG. De verblijfskosten inzake verpleegkundig personeel worden vastgesteld door gebruik te maken van de boekhoudkundige gegevens en de minimale verpleegkundige gegevens.

3. Berekening van een normkost per DRG (NK_x).

Voor de erkende C- en D-bedden wordt voor elke DRG een gemiddelde normkost berekend en dit op de volgende wijze :

$$NK_x = \frac{\text{NormCD} * \text{Gem.LoanCD} * \text{AantalBedCD}}{\text{Aant Ligd CD}} + \text{GemLigd}_x$$

waarbij :

NormCD : personeelsnormen zoals weerhouden in artikel 42 § 9;

GemLoanCD : gemiddeld loon van een fulltime verpleegkundige op een C- en D-dienst;

AantBedCD : totaal aantal C- en D-bedden;

AantLigdCD : totaal aantal ligdagen voor de C- en D-patiënten;

GemLigd_x : gemiddelde ligduur van DRG X.

Voor de berekening van de norm wordt in voorkomend geval rekening gehouden met de verhouding van universitaire en niet-universitaire dagen.

4. Berekening van de gemiddelde meerkost per DRG (GMK_x)

Door voor een bepaalde DRG de gemiddelde normkost af te trekken van de gemiddelde verblijfskost, wordt voor die DRG een meerkost boven norm bekomen. Deze meerkost is positief, wanneer meer middelen nodig zijn dan wat in de normen voorzien wordt. Indien de normkost (meer dan) volstaat, dan is de meerkost (kleiner dan) nul.

5. Berekening van een meerkostindex per DRG (MKI_x)

Op basis van de meerkost per DRG (punt 4) en de algemeen gemiddelde meerkost (AGMK) wordt een meerkostindex per DRG berekend als volgt :

$$MKI_x = \text{int} \left(\frac{GMK_x}{AGMK} * 100 + 0,5 \right)$$

waarbij :

int = integer, afronding tot op de eenheid;

GMK_x = de meerkost van DRG x;

AGMK = de algemeen gemiddelde meerkost.

6. Berekening van de pathologiegewogen meerkostindex per ziekenhuis (MKI_z) per bezet bed.

Op basis van de meerkostindexen per DRG en op basis van de case-mix van elk ziekenhuis (d.i. het aantal verblijven binnen elke DRG) wordt voor elk ziekenhuis een pathologiegewogen meerkostindex (MKI_z) per bezet bed berekend, volgens de volgende formule :

$$MKI_z = \frac{\sum_x (AantVerbl_{x,z} * MKI_x)}{AantLigdCD_z}$$

waarbij :

AantVerbl_{x,z} = het aantal verblijven met DRG X in ziekenhuis Z;

Meerkostindex_x = de meerkostindex van DRG X (zie punt 6).

AantLigdCD_z = aantal C- en D-ligdagen in ziekenhuis Z.

DRG	GVK _x /ICMS _x				
1	2425	15	442	36	433
2	3992	16	1172	37	497
4	913	17	709	38	352
5	968	18	749	39	201
6	159	19	256	40	254
7	2000	20	1488	41	151
8	278	21	306	42	442
9	1202	22	846	43	218
10	1277	23	749	44	1472
11	1020	24	414	45	212
12	1164	25	275	46	553
13	553	34	730	47	403
14	1604	35	204	48	215

49	308	100	459	148	3627
50	351	101	922	149	2121
51	213	102	399	150	506
52	322	103	5415	151	933
53	278	104	3488	152	2952
54	270	105	2226	153	1588
55	273	106	2270	154	2672
56	197	107	1957	155	1382
57	348	108	2281	157	512
58	113	110	2194	158	310
59	178	111	1849	159	985
60	137	112	297	160	488
61	209	113	5119	161	607
63	286	114	2317	162	357
64	468	115	7921	163	617
65	235	116	668	164	1767
66	213	117	588	165	692
67	1321	118	405	166	1204
68	436	119	179	167	412
69	318	120	872	168	527
70	347	121	1855	169	224
72	204	122	804	170	4089
73	232	123	1304	171	1313
74	384	124	343	172	938
75	1857	125	238	173	503
76	643	126	3017	174	687
77	324	127	1071	175	411
78	1042	128	927	176	551
79	2156	129	410	177	553
80	1181	130	790	178	361
82	544	131	345	179	405
83	801	132	338	180	1381
84	423	133	201	181	714
85	855	134	266	182	521
86	341	135	476	183	277
87	1165	136	146	185	163
88	733	138	622	186	135
89	1329	139	385	187	143
90	950	140	272	188	474
92	744	141	422	189	275
93	316	142	170	191	1951
94	894	143	118	192	1631
95	425	144	860	193	1509
96	807	145	576	194	848
97	551	146	2543	195	1335
99	813	147	2183	196	1735

197	1918	245	620	293	371
198	756	246	403	294	655
199	1114	247	342	295	402
200	579	248	229	296	1147
201	3474	249	305	297	486
202	548	250	632	299	420
203	680	251	216	300	607
204	578	252	137	301	244
205	383	253	1241	302	1639
206	366	254	354	303	1786
207	978	255	305	304	1365
208	462	256	275	305	1051
209	1596	257	440	306	1614
210	3514	258	605	307	633
211	2092	259	511	308	1208
212	1303	260	381	309	520
213	1917	261	275	310	543
216	854	262	169	311	339
217	2576	263	6149	312	554
218	1852	264	2356	313	306
219	783	265	1083	315	347
220	574	266	384	316	489
221	544	267	173	317	431
222	207	268	318	318	846
223	279	269	1440	319	486
224	253	270	222	320	981
225	297	271	1616	321	495
226	731	272	612	322	559
227	236	273	429	323	243
228	380	274	780	324	177
229	203	275	276	325	422
230	382	276	153	326	473
231	237	277	1187	328	1164
232	150	278	563	329	266
233	1878	280	577	331	646
234	650	281	235	332	224
235	1944	282	204	334	969
236	1504	283	588	335	1294
237	774	284	258	336	1058
238	1473	285	2970	337	553
239	702	286	1436	338	367
240	607	288	657	339	192
241	259	289	437	340	173
242	754	290	320	341	734
243	292	291	344	342	156
244	610	292	689	343	136

344	581	422	431	531	2802
345	890	423	827	532	1823
346	763	424	1075	533	3516
347	550	425	298	534	647
348	795	426	243	535	1350
349	471	427	131	536	1205
350	338	428	337	537	1289
351	107	429	1614	538	4119
352	99	430	635	539	2909
353	716	431	253	540	2829
354	890	432	69	541	2298
355	778	439	1091	542	1697
356	762	440	513	543	1796
357	1237	441	589	544	2007
358	750	442	2116	545	6346
359	415	443	718	546	2696
360	194	444	718	547	2460
361	236	445	448	548	2632
362	169	447	132	549	5407
363	180	449	459	550	2423
364	151	450	199	551	1254
365	909	451	116	552	2276
366	861	452	378	553	4965
367	363	453	233	554	2366
368	243	454	633	555	3145
369	253	455	337	556	2895
400	773	458	918	557	1915
401	1442	459	1841	558	4180
402	522	460	700	559	1451
403	1209	461	1191	560	2156
404	531	462	4238	561	2461
406	2090	463	620	562	2690
407	1389	464	295	563	1435
408	501	465	354	564	3915
409	771	466	425	565	4367
410	299	467	123	566	1789
411	370	471	6942	567	3122
412	132	475	5802	568	1499
413	962	478	1820	569	1766
414	656	479	969	570	1610
415	1673	480	11476	571	2014
416	1472	481	6540	572	1995
418	842	482	3019	573	2029
419	906	483	18154	576	6101
420	432	491	1012	577	1362
421	276	530	5687	578	2450

579	4072	734	3132	764	324
580	2017	740	1690	765	136
581	12748	743	49	766	2492
582	2424	744	432	767	1030
583	5660	745	251	769	195
584	3045	746	236	773	417
585	6039	747	412	775	348
633	415	748	319	777	233
634	133	749	187	779	309
640	613	750	695	782	3623
702	577	751	275	783	3931
705	1096	752	418	786	3615
708	805	753	730	787	289
710	428	755	2008	788	551
711	603	756	893	789	1830
714	853	757	1762	790	533
730	17169	758	669	791	838
731	7040	761	679	792	18204
732	6814	762	94	793	9781
733	2422	763	558	794	7642

Gezien om als bijlage te worden toegevoegd aan het ministerieel besluit van 30 december 1996.

De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN

IC - 97/22029

Annexe 3 de l'arrêté ministériel du 30 décembre 1996

Annexe 4 : Fixation d'une durée de séjour moyenne par groupe de diagnostics et calcul d'un écart au niveau du nombre de journées d'hospitalisation en vue de la fixation du budget des moyens financiers.

1. INTRODUCTION

1.1. CONCEPTS ET ABBREVIATIONS.

Enregistrement RCM : l'enregistrement du Résumé Clinique Minimum tel que visé à l'arrêté royal du 06/12/1994 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

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

MDC : Major Diagnostic Category, grands groupes de diagnostics qui concernent chacun un système ou un organe, tels que décrits dans les "All Patients Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

DRG : Diagnosis Related Groups, groupes de diagnostics tels que décrits dans les "All Patients Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

Patients Gfin : Les patients gériatriques sont classés dans un groupe distinct. Pour appartenir à ce groupe, les patients doivent satisfaire à un certain nombre de conditions :

1/ si l'âge moyen des patients qui ont séjourné dans le service de gériatrie de l'hôpital est d'au moins 75 ans, alors pour appartenir au groupe Gfin les patients doivent réunir les 3 conditions suivantes :

- présenter au moins 2 systèmes atteints;
- avoir été hospitalisés pendant 10 jours au moins dans un lit d'index G;
- et avoir une durée de séjour à l'hôpital qui excède de 30 % au moins la durée de séjour moyenne nationale des patients présentant la même pathologie mais n'ayant pas séjourné dans un service G.

IC - 97/22029

Bijlage 3 bij het ministerieel besluit van 30 december 1996

Bijlage 4 : Vaststelling van een gemiddelde ligduur per diagnosegroep en berekening van een afwijkend aantal ligdagen met het oog op de vaststelling van het budget van de financiële middelen.

1. INLEIDING.

1.1. Begrippen en afkortingen.

M.K.G-registratie : de registratie van de Minimale Klinische Gegevens zoals bedoeld in het Koninklijk Besluit van 06/12/1994 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn voegdheid 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 Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

DRG : Diagnosis Related Groups, diagnosegroepen zoals beschreven in de "All Patient Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

Gfin-patiënten : de geriatrische patiënten worden in een afzonderlijke groep ondergebracht. Om tot deze groep te behoren dient de patiënt aan een aantal voorwaarden te voldoen :

1/ indien de gemiddelde leeftijd van de patiënten die verblijven op de G-dienst van het ziekenhuis, 75 jaar of meer bedraagt, dan moeten de patiënten voldoen aan de volgende 3 voorwaarden om tot de Gfin-groep te behoren :

- de patiënten moeten minstens 2 aangetaste systemen hebben;
- minimaal 10 dagen in een bed met erkenningsletter G verbleven hebben;
- en minstens 30 % langer in het ziekenhuis verbleven hebben dan de gemiddelde nationale ligduur van de patiënten met een gelijke pathologie die niet in een G-dienst verbleven hebben.

2/ si l'âge moyen des patients qui ont séjourné dans le service de gériatrie de l'hôpital est de moins de 75 ans alors les patients doivent réunir les 3 conditions mentionnés ci-dessus et avoir en plus au minimum 75 ans.

1.2. Groupes de diagnostics.

Les groupes de diagnostics sont constitués sur base des "All Patients Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

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 DRG's, en tenant compte des éléments suivants : diagnostic principal, diagnostics associés, interventions chirurgicales, techniques spéciales, âge, sexe, décès du patient et type de sortie; conformément aux "All Patients Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

Etant donné que certains groupes d'âge, diagnostics ou certaines interventions doivent faire partie d'un groupe distinct en raison de leur spécificité, on scinde, avant de procéder à la subdivision telle que décrite aux alinéas 2 et 3, un certain nombre de groupes de diagnostics (comme le montrent les schémas du manuel "All Patients Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0").

Les patients pour lesquels il n'est pas fait mention d'un diagnostic principal (DRG 470) ou pour lesquels il est fait mention d'un diagnostic ne pouvant être utilisé comme diagnostic principal (DRG 469) ou pour lesquels il y a une importante intervention chirurgicale ne correspondant pas au diagnostic principal (DRG 476, 477, 468) constituent ce que l'on appelle, plus loin, le "groupe de diagnostics résiduel". Aucune durée de séjour moyenne nationale, NGL (voir point 2.4.5.), n'est calculée pour ce groupe.

1.3. Concaténation.

Si l'enregistrement par spécialité a été choisi pour l'enregistrement du R.C.M., on sélectionne parmi les diagnostics principaux mentionnés pour les différentes spécialités un diagnostic principal sur la base des règles suivantes :

a) si une intervention a été pratiquée dans une seule spécialité, on choisit le diagnostic principal de cette spécialité pour attribuer le DRG;

b) si une intervention a été pratiquée dans plusieurs spécialités, on choisit, pour attribuer le DRG, entre ces différentes spécialités, le diagnostic principal qui débouche sur le DRG ayant la plus longue durée de séjour au niveau national;

c) pour les séjours au cours desquels aucune intervention n'a été pratiquée dans une spécialité, la même règle que celle formulée sous le point b) est d'application.

1.4. Nombre de systèmes atteints.

Pour le calcul du nombre de systèmes atteints, le système du diagnostic principal est considéré comme étant le premier système atteint et on y ajoute le nombre de systèmes (différents de celui du diagnostic principal) des complications ou comorbidités mentionnées.

2. DESCRIPTION DE LA MANIÈRE DONT IL EST TENU COMPTE DE LA DURÉE DE SEJOUR ET DE L'HOSPITALISATION DE JOUR.

2.1. Objectif.

Dans la présente annexe, on précise la manière dont est calculé l'excédent en journées d'hospitalisation utilisé lors de la fixation des sous-parties B1 et B2 du budget des moyens financiers.

2.2. Champ d'application.

Pour réaliser l'objectif visé au point 2.1., on tient compte de tous les séjours des patients admis dans des hôpitaux aigus, à l'exception :

1/ des patients ayant séjourné au moins la moitié de leur séjour dans un service V, S ou Sp;

2/ des patients ayant séjourné au moins 1 jour dans un service T, A ou K;

3/ des patients ayant séjourné dans un service G isolé.

A côté des séjours en hospitalisation classique (séjours pour lesquels un prix de journée peut être imputé), on tient compte également des séjours pour lesquels un maxiforfait ou un superforfait est imputé à l'assurance maladie conformément à l'article 4, §§ 4 et 5, de la convention conclue entre les établissements de soins et les organismes assureurs ou, à défaut de cette convention, entre l'assurance maladie et les établissements de soins.

2.3. Données sur base desquelles la durée de séjour est calculée.

Le Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions détermine l'exercice de l'enregistrement RCM qui servira de base pour le calcul de la durée de séjour. Il précisera également les règles relatives à la politique de réadmission.

2/ indien de gemiddelde leeftijd van de patiënten die verblijven op de G-dienst van het ziekenhuis, minder dan 75 jaar bedraagt, dan moeten de patiënten voldoen aan de 3 hogervermelde voorwaarden en daarenboven 75 jaar of ouder zijn.

1.2. Diagnosegroepen.

De diagnosegroepen worden gevormd op grond van de "All Patient Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

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

Binnen deze subgroepen worden de eigenlijke diagnosegroepen, verder DRG's genoemd, onderscheiden, rekening houdend met : hoofddiagnose, nevendiagnoses, chirurgische ingrepen, speciale technieken, leeftijd, geslacht, overlijden van de patiënt en aard van ontslag overeenkomstig de "All Patient Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

Daar sommige leeftijdsgroepen, diagnoses of ingrepen door hun specificiteit een aparte groepering vragen, wordt, vooraleer over te gaan tot de verdeling zoals beschreven in alinea 2 en 3, een aantal diagnosegroepen afgesplitst (zie schema's in "All Patient Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0").

Patiënten zonder vermelding van een hoofddiagnose (DRG 470), of met vermelding van een diagnose die niet als hoofddiagnose gebruikt mag worden (DRG 469), of met een belangrijke chirurgische ingreep die niet overeenkomt met de hoofddiagnose (DRG 476, 477, 468), worden verder de "diagnose-restgroep" genoemd. Hiervoor wordt geen nationaal gemiddelde ligduur, "NGL" (zie punt 2.4.5.), berekend.

1.3. Concatenatie.

Indien bij de MKG-registratie werd geopteerd voor een registratie per specialiteit, wordt uit de hoofddiagnoses, die bij de verschillende specialismen vermeld worden, één hoofddiagnose geselecteerd op basis van de volgende regels :

a) als er slechts in één specialisme een ingreep gebeurde, dan wordt de hoofddiagnose van dit specialisme gekozen voor het toekennen van de DRG;

b) indien in meerdere specialismen een ingreep gebeurde, dan wordt tussen deze specialismen de hoofddiagnose gekozen die aanleiding geeft tot de DRG die op nationaal niveau de langste gemiddelde verblijfsduur heeft;

c) voor de verblijven waar in geen enkel specialisme een ingreep gebeurde, geldt dezelfde regel als deze geformuleerd onder b).

1.4. Aantal aangetaste systemen.

Voor de berekening van het aantal aangetaste systemen wordt het systeem van de hoofddiagnose gelijkgesteld aan 1 systeem, het aantal systemen (verschillend van deze van de hoofddiagnose) waartoe de vermelde complicaties of comorbiditeiten behoren, wordt hierbij opgeteld.

2. BESCHRIJVING VAN DE WIJZE WAAROP MET DE LIGDUUR EN DE DAGHOSPITALISATIE REKENING GEHOUDEN WORDT.

2.1. Doelstelling.

In deze bijlage wordt bepaald op welke wijze een afwijkend aantal ligdagen wordt berekend bij de vaststelling van de onderdelen B1 en B2 van het budget van financiële middelen.

2.2. Toepassingsgebied.

Om de in punt 2.1. beoogde doelstelling te realiseren wordt rekening gehouden met alle verblijven in acute ziekenhuizen, uitgezonderd :

1/ patiënten die minstens voor de helft van hun verblijf verbleven hebben op een V-, S- of Sp-diensten;

2/ patiënten die minstens 1 dag verbleven hebben op een A-, K- of T-dienst;

3/ patiënten die op een geïsoleerde G-dienst verbleven hebben.

Naast de verblijven in klassieke hospitalisatie (verblijven waarvoor een verpleegdagprijs mag aangerekend worden) wordt ook rekening gehouden met verblijven waarvoor een maxi- of superforfait in de ziekteverzekering wordt aangerekend overeenkomstig artikel 4, §§ 4 en 5, van de conventie gesloten tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen of, bij ontstenting hiervan, tussen de ziekteverzekering en de verplegingsinrichtingen.

2.3. Gegevens op basis waarvan de ligduur wordt berekend.

De Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft, bepaalt het dienstjaar van de MKG-registratie dat als basis zal dienen voor de berekening van de ligduur. Hij preciseert eveneens de regels betreffende de heropnamepolitiek.

2.4. Opérations.

2.4.1. Calcul de la durée de séjour.

La durée de séjour est calculée par séjour hospitalier global et est égale au nombre de journées à facturer.

2.4.2. Constitution des groupes de diagnostics.

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

En ce qui concerne les patients dont les prestations chirurgicales enregistrées dans le RCM sont encodées selon la nomenclature INAMI, on convertit les prestations en question dans les codes ICD-9-CM correspondants.

En ce qui concerne les patients pour lesquels un enregistrement RCM par spécialité est effectué au cours d'un même séjour à l'hôpital, on choisit un diagnostic principal unique pour toute la durée du séjour hospitalier, conformément à la technique de concaténation décrite au point 1.3.

En ce qui concerne les séjours des patients pour lesquels un maxiforfait ou un superforfait est imputé à l'assurance maladie conformément à l'article 4, §§ 4 et 5, de la convention conclue entre les établissements de soins et les organismes assureurs ou, à défaut de cette convention, entre l'assurance maladie et les établissements de soins, on retient un groupe de diagnostics correspondant à ces forfaits.

Chaque groupe de diagnostics est divisé en trois sous-groupes, le premier comprenant les patients de moins de 75 ans (hormis les patients Gfin), le deuxième les patients à partir de 75 ans (hormis les patients Gfin), et le troisième sous-groupe comprenant les patients Gfin, tels que définis au point 1.1.

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

Seuls les séjours qui n'appartiennent à aucun des groupes suivants sont retenus pour le calcul de la durée de séjour moyenne par DRG et sous-groupe :

a) les séjours qui ne sont pas terminés et les séjours dont la date d'admission précède le début de la période statistique de plus de 6 mois. Ceux-ci constituent des séjours de longue durée;

b) les séjours 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), l'âge est non valable (pas entre 0 et 120 ans) ou le sexe est non valable (faux ou non mentionné);

c) les séjours appartenant au "groupe de diagnostics résiduels", à savoir les DRG's 468, 469, 470, 476 et 477 (voir point 1.2.);

d) les outliers "petits" (cfr. point 2.4.4.);

e) les outliers "grands ayant plus d'un système atteint" (cfr. point 2.4.4.);

f) les séjours dont le patient est décédé endéans les 3 jours et dont le décès n'est pas une condition de classification dans le DRG;

g) les sous-groupes de DRG composés, au niveau national, de moins de 30 séjours après l'application des critères mentionnés ci-dessus.

2.4.4. Outliers.

Sont considérés "outliers", les séjours qui, au sein d'un DRG et sous-groupe, ont une durée de séjour exceptionnellement courte ou longue c'est-à-dire qui ont une durée de séjour :

supérieure à :

$$Q_3 + 2*(Q_3 - Q_1) = \text{limite supérieure (outliers "grands")}$$

ou inférieure à :

$$\exp(\ln Q_1 - 2*(\ln Q_3 - \ln Q_1)) = \text{limite inférieure (outliers "petits")}$$

où :

Q_1 représente la durée de séjour correspondant au seuil en-deçà duquel se situe la durée de séjour de 25% des séjours de ce DRG et sous-groupe;

Q_3 représente la durée de séjour correspondant au seuil au-delà duquel se situe la durée de séjour de 25% des séjours de ce DRG et sous-groupe.

Les limites d'outliers sont calculées au niveau national.

La limite inférieure est calculée sur base d'une échelle logarithmique. En outre, la limite inférieure doit correspondre à une valeur inférieure d'au moins trois jours à la durée moyenne de séjour et la limite supérieure doit correspondre à une valeur supérieure d'au moins huit jours à la durée moyenne de séjour pour ce DRG et sous-groupe.

2.4. Bewerkingen.

2.4.1. Berekening van de ligduur

De ligduur is gelijk aan het aantal te factureren ligdagen per globaal ziekenhuisverblijf.

2.4.2. Bepalen van de diagnosegroepen

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

Voor de patiënt wiens chirurgische verstrekking in de MKG-registratie bekend is onder de RIZIV-nomenclatuur, wordt de verstrekking geconverteerd naar de overeenkomstige ICD-9-CM-code.

Voor de patiënten waarvoor tijdens eenzelfde verblijf in het ziekenhuis een MKG-registratie per specialisme wordt geregistreerd, wordt één hoofddiagnose gekozen voor gans het ziekenhuisverblijf, overeenkomstig de techniek van concatenatie zoals beschreven in punt 1.3.

Voor de verblijven waarvoor een maxi- of superforfait in de ziekteverzekering wordt aangerekend overeenkomstig artikel 4, §§ 4 en 5, van de conventie gesloten tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen of, bij ontstentenis hiervan, tussen de ziekteverzekering en de verplegingsinrichtingen, wordt een diagnosegroep weerhouden die hiermee overeenkomt.

Elke diagnosegroep wordt onderverdeeld in drie subgroepen, één met de patiënten onder 75 jaar (uitgezonderd Gfin-patiënten), één met de patiënten vanaf 75 jaar (uitgezonderd Gfin-patiënten) en de Gfin-patiënten zoals beschreven in punt 1.1.

2.4.3. De verblijven die weerhouden worden voor de berekening van de gemiddelde verblijfsduur per DRG-subgroep.

Enkel de verblijven die tot geen enkele van de volgende groepen behoren worden weerhouden voor de berekening van de gemiddelde verblijfsduur per DRG-subgroep :

a) de niet-beëindigde verblijven en de verblijven met een opnamedatum in het ziekenhuis meer dan 6 maanden voor het begin van de statistische periode. Dit zijn de langdurige verblijven;

b) de verblijven met een ongeldige verblijfsduur (negatief, niet in overeenstemming met de opgegeven werkdag, maand en jaar van opname en ontslag of niet ingevuld), ongeldige leeftijd (niet tussen 0 en 120 jaar) of ongeldig geslacht (foutief of niet ingevuld);

c) de verblijven die behoren tot de "diagnose-residugroep", nl de DRG's 468, 469, 470, 476 en 477 (zie punt 1.2.);

d) de "kleine outliers" (cfr. punt 2.4.4.);

e) de "grote outliers met meerdere aangetaste systemen" (cfr. punt 2.4.4.);

f) de verblijven waarbij de patiënt binnen de 3 dagen overleden is en waarbij het overlijden geen voorwaarde vormt voor de classificatie in een DRG;

g) de DRG-subgroepen waarin er nationaal minder dan 30 verblijven overblijven na toepassing van de bovenstaande criteria.

2.4.4. Outliers.

Als outliers worden beschouwd de verblijven die binnen een bepaalde DRG-subgroep een uitzonderlijke lange of korte ligduur hebben, d.w.z. een ligduur die :

groter is dan :

$$Q_3 + 2*(Q_3 - Q_1) = \text{bovengrens ("grote outliers")}$$

of kleiner is dan :

$$\exp(\ln Q_1 - 2*(\ln Q_3 - \ln Q_1)) = \text{benedengrens ("kleine outliers")}$$

waarbij :

Q_1 gelijk is aan de ligduur bepaald door de grens waaronder de ligduur van 25 % van de verblijven binnen de DRG-subgroep valt;

Q_3 overeenkomt met de ligduur bepaald door de grens waarboven de ligduur van 25 % van de verblijven binnen de DRG-subgroep valt.

De outliergrenzen worden nationaal berekend.

De benedengrens wordt berekend op logaritmische schaal. Daarenboven moet de benedengrens minstens drie dagen lager zijn dan de gemiddelde ligduur en de bovengrens minstens acht dagen hoger dan de gemiddelde ligduur voor die DRG-subgroep.

2.4.5. Calcul de la durée de séjour moyenne nationale par DRG et sous-groupe.

On calcule par DRG et sous-groupe, tel que défini au point 2.4.2., alinéa 5, une durée de séjour moyenne nationale, en abrégé "NGL". Cette durée par sous-groupe de DRG est calculée en divisant la somme des journées facturées des "séjours retenus" (voir point 2.4.3.) par le nombre de "séjours retenus".

Pour les séjours dont la durée de séjour dépasse la limite supérieure et où un seul système est atteint, on utilise, dans les calculs, une durée de séjour fictive qui est égale à la valeur de la limite supérieure comme calculée au point 2.4.4. Ces séjours ne sont pas traités comme outliers.

2.4.6. Application de la NGL à chaque hôpital.

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

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

b) Pour déterminer la GNLZ_i, on attribue à tous les séjours retenus (après application du point 2.4.3.) un nombre de journées d'hospitalisation correspondant à la NGL du DRG et sous-groupe auquel chacun d'entre eux appartient. La somme des nombres de journées d'hospitalisation ainsi attribués est ensuite divisée par le nombre de séjours retenus.

2.5. Correction liée à un nombre trop élevé d'outliers "grands".

Si au sein d'un DRG et sous-groupe, le nombre d'outliers "grands" est trop élevé, une correction supplémentaire est effectuée.

2.5.1. Calcul de l'excédent en outliers "grands avec plus d'un système atteint".

Les outliers "grands avec un système atteint" sont déjà pris en compte lors du calcul global de l'excédent en jours d'hospitalisation (voir point 2.4.5.).

La correction pour l'hôpital *i* et le DRG et sous-groupe *j* n'est appliquée que si le nombre d'outliers "grands ayant 1 système atteint" ne couvre pas entièrement l'excédent d'outliers "grands" du DRG et sous-groupe *j* de l'hôpital.

L'excédent d'outliers "grands ayant plus d'un système atteint" dans l'hôpital *i* pour le DRG et sous-groupe *j* (TA_{ij}) est calculé de la manière suivante :

$$TA_{ij} = (ZVGO_{ij} - NVGO_j - ZVGO1_{ij}) * n_{ij}$$

où :

ZVGO_{ij} = proportion d'outliers "grands" observée dans l'hôpital *i* pour le DRG et sous-groupe *j*;

= nombre d'outliers "grands" (no_{ij}) divisé par le nombre total de séjours (n_{ij}) (voir point 2.2.) pour l'hôpital *i* et le DRG et sous-groupe *j*;

$$= no_{ij} / n_{ij}$$

NVGO_j = proportion d'outliers "grands" observée au niveau national pour le DRG et sous-groupe *j*;

= nombre d'outliers "grands" observé au niveau national pour le DRG et sous-groupe *j* divisé par le nombre total de séjours au niveau national dans ce DRG et sous-groupe *j*

$$= \frac{\sum_i no_{ij}}{\sum_i n_{ij}}$$

ZVGO1_{ij} = proportion d'outliers "grands avec 1 système atteint" dans l'hôpital *i* pour le DRG et sous-groupe *j*;

= nombre d'outliers "grands ayant un système atteint" dans l'hôpital *i* pour le DRG et sous-groupe *j* (=no1_{ij}) divisé par n_{ij};

$$= \frac{no1_{ij}}{n_{ij}}$$

Il est à remarquer que le NVGO_j n'est calculé que si au niveau national il y a au moins 30 outliers grands dans le DRG et sous-groupe considéré.

Si TA_{ij} est négatif alors aucune correction n'est appliquée.

2.4.5. Bepalen van de nationaal gemiddelde ligduur per DRG-subgroep.

Per DRG-subgroep, zoals bedoeld in punt 2.4.2. alinea 5, wordt een nationaal gemiddelde ligduur berekend, hierna afgekort "NGL". Deze ligduur wordt bekomen door het aantal te factureren ligdagen van de "weerhouden verblijven" (punt 2.4.3.) per DRG-subgroep op te tellen en deze te delen door het aantal "weerhouden verblijven".

Voor de verblijven met 1 aangetast systeem en een ligduur groter dan de bovengrens wordt in de berekening een fictieve ligduur gebruikt die gelijk is aan de waarde van de bovengrens zoals berekend in punt 2.4.4. Deze verblijven worden niet als outlier behandeld.

2.4.6. Toepassing van de NGL op de individuele ziekenhuizen.

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

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

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

2.5. Correctie bij een te groot aantal "grote outliers".

Indien binnen een DRG-subgroep een te groot aantal "grote outliers" voorkomt wordt een bijkomende correctie uitgevoerd.

2.5.1. Berekening van het teveel aan "grote outliers met meerdere aangetaste systemen".

De "grote outliers met 1 aangetast systeem" worden reeds in rekening gebracht bij de globale berekening van het teveel aan ligdagen (zie punt 2.4.5.).

De correctie voor ziekenhuis *i* en DRG-subgroep *j* wordt enkel toegepast als het aantal "grote outliers met 1 aangetast systeem" het teveel aan "grote outliers" binnen de DRG-subgroep van het ziekenhuis niet volledig dekt.

Het teveel aan "grote outliers met meerdere aangetaste systemen" in ziekenhuis *i* voor DRG-subgroep *j* (TA_{ij}) wordt als volgt berekend :

$$TA_{ij} = (ZVGO_{ij} - NVGO_j - ZVGO1_{ij}) * n_{ij}$$

waarbij :

ZVGO_{ij} = verhouding "grote outliers" waargenomen in ziekenhuis *i* voor DRG-subgroep *j*;

= aantal "grote outliers" (no_{ij}) gedeeld door het totaal aantal verblijven (n_{ij}) (zie punt 2.2.) voor ziekenhuis *i* en DRG-subgroep *j*;

$$= no_{ij} / n_{ij}$$

NVGO_j = nationale verhouding "grote outliers" voor DRG-subgroep *j*;

= nationaal aantal "grote outliers" voor DRG-subgroep *j* gedeeld door het nationaal totaal aantal verblijven in DRG-subgroep *j*;

$$= \frac{\sum_i no_{ij}}{\sum_i n_{ij}}$$

ZVGO1_{ij} = verhouding "grote outliers met 1 aangetast systeem" in ziekenhuis *i* voor DRG-subgroep *j*;

= aantal "grote outliers met 1 aangetast systeem" in ziekenhuis *i* voor DRG-subgroep *j* (=no1_{ij}) gedeeld door n_{ij};

$$= \frac{no1_{ij}}{n_{ij}}$$

NVGO_j wordt enkel berekend als er nationaal minstens 30 "grote outliers" in de DRG-subgroep aanwezig zijn.

Als TA_{ij} negatief is wordt de correctie niet toegepast.

2.5.2. Calcul de l'excédent en journées (TLD_{igout}) lié à l'excédent en outliers "grands".

L'excédent en journées (TLD_{igout}) de l'hôpital i est égal à la somme des excédents en journées causés par les excédents en outliers "grands" ayant plus d'un système atteint".

$$TLD_{igout} = \sum_{j=1}^n (TA_{ij} \cdot V_j)$$

où l'excédent en journées par DRG et sous-groupe est égal à l'excédent d'outliers "grands ayant plus d'un système atteint" (TA_{ij}) multiplié par une valeur fixe (V_j) par DRG et sous-groupe j . Cette valeur fixe est égale à la valeur de la limite supérieure d'outliers (voir point 2.4.4) du DRG et sous-groupe j moins la durée de séjour moyenne nationale (NGL) du DRG et sous-groupe j .

2.6. Correction liée aux DRG's neutres.

Un DRG neutre est un DRG qui n'est pas scindé en fonction de la présence ou non de complications et/ou de comorbidités.

2.6.1. Séjours retenus dans l'analyse (= N).

Pour être retenu dans la correction, le séjour doit réunir les conditions suivantes :

a) être retenu dans le cadre du financement (voir point 2.2.);

b) être soigné exclusivement dans un des index de lits suivants : C, D, E, I, G, H;

c) avoir moins de 75 ans.

Les séjours pour lesquels l'âge, le sexe ou la durée de séjour est fautif(ve) ou inconnu(e) (voir point 2.4.3.b) sont éliminés de l'analyse.

2.6.2. Attribution des points par séjour retenu.

Des points sont attribués à chaque séjour retenu (voir point 2.6.1.) selon le nombre de systèmes atteints (voir point 1.4.) et ce, selon les modalités suivantes :

0 point par séjour si 1 système est atteint ;

1 point par séjour si 2 systèmes sont atteints;

2 points par séjour si 3 systèmes ou plus sont atteints.

2.6.3. Calcul du score par hôpital.

Le score total de l'hôpital i est calculé en divisant le nombre total de points de l'hôpital par le nombre de séjours retenus (voir point 2.6.1.)

$$\text{score } i = \frac{\sum_j P_{ij}}{N_i}$$

où :

P_{ij} = nombre de points attribués au séjour j de l'hôpital i ;

N_i = nombre de séjours retenus de l'hôpital i (voir point 2.6.1.).

2.6.4. Classement des hôpitaux en déciles.

Les hôpitaux sont classés en déciles selon l'ordre croissant du score obtenu. Le classement de l'hôpital servira de base correctrice en ce qui concerne les DRG's neutres.

2.6.5. Calcul de l'excédent en journées (TLD_{ineutr}) des DRG's neutres.

$$TLD_{ineutr} = [GNRLZ_i - GNNLZ_i] \cdot N_i$$

où :

$GNRLZ_i$ = durée de séjour moyenne réelle de l'hôpital i (telle que décrite au point 2.4.6. mais calculée sur base des séjours retenus (voir point 2.6.1.) des DRG's neutres);

$GNNLZ_i$ = durée de séjour moyennée normalisée de l'hôpital i (telle que décrite au point 2.4.6. mais calculée sur base des séjours retenus (voir point 2.6.1.) des DRG's neutres);

N_i = nombre de séjours retenus de l'hôpital i (voir point 2.6.1.).

2.5.2. Berekening van het teveel aan ligdagen (TLD_{igout}) door een teveel aan "grote outliers".

Het teveel aan ligdagen (TLD_{igout}) voor het ziekenhuis i is gelijk aan de som van het teveel aan ligdagen veroorzaakt door het teveel aan "grote outliers met meerdere aangetaste systemen".

$$TLD_{igout} = \sum_{j=1}^n (TA_{ij} \cdot V_j)$$

waarbij het teveel aan ligdagen per DRG-subgroep gelijk is aan het teveel aan "grote outliers met meerdere aangetaste systemen" (TA_{ij}) vermenigvuldigd met een vaste waarde (V_j) per DRG-subgroep j die gelijk is aan de waarde van de outlierbovengrens (zie punt 2.4.4.) van de DRG-subgroep j min de nationale gemiddelde ligduur (NGL) van de DRG-subgroep j .

2.6. Correctie doorgevoerd op basis van de neutrale DRG's.

Een neutrale DRG is een DRG die niet opgesplitst wordt in functie van het al of niet aanwezig zijn van complicaties en / of comorbiditeiten.

2.6.1. Verblijven weerhouden in de analyse (= N).

Om in de correctie te worden weerhouden, moet het verblijf voldoen aan de volgende voorwaarden :

a) het verblijf moet weerhouden zijn in het kader van de financiering (zie punt 2.2.);

b) de patiënt mag enkel verbleven hebben in een bed met de volgende bedindexen : C, D, E, I, G, H;

c) de patiënt is minder dan 75 jaar ;

De verblijven waarbij de leeftijd, het geslacht of de verblijfsduur foutief of onbekend zijn (zie punt 2.4.3.b) worden uit de correctie geweerd.

2.6.2. Toekenning van punten per weerhouden verblijf.

Aan de hand van het aantal aangetaste systemen (zie punt 1.4.) worden er per weerhouden verblijf (zie punt 2.6.1.) punten toegekend volgens de onderstaande modaliteiten :

0 punten per verblijf indien 1 aangetast systeem,

1 punten per verblijf indien 2 aangetaste systemen,

2 punten per verblijf indien 3 of meer aangetaste systemen.

2.6.3. Berekenen van de score per ziekenhuis.

De totale score van het ziekenhuis i wordt berekend door het totaal aantal punten van het ziekenhuis te delen door het aantal weerhouden verblijven (zie punt 2.6.1.)

$$\text{score } i = \frac{\sum_j P_{ij}}{N_i}$$

waarbij :

P_{ij} = aantal punten toegekend aan verblijf j van ziekenhuis i ;

N_i = aantal weerhouden verblijven voor ziekenhuis i (zie punt 2.6.1.).

2.6.4. Rangschikking van de ziekenhuizen in decielen.

De ziekenhuizen worden in decielen geïnclassificeerd op basis van de stijgende grootte van de bekomen score. De decielpositie van het ziekenhuis zal dienen als correctiebasis voor de neutrale DRG's.

2.6.5. Berekening van het teveel aan ligdagen (TLD_{ineutr}) van de neutrale DRG's.

$$TLD_{ineutr} = [GNRLZ_i - GNNLZ_i] \cdot N_i$$

waarbij :

$GNRLZ_i$ = gemiddelde reële verblijfsduur van ziekenhuis i (zoals beschreven in punt 2.4.6., maar berekend voor de weerhouden verblijven (zie punt 2.6.1.) van de neutrale DRG's);

$GNNLZ_i$ = gemiddelde genormaliseerde verblijfsduur van ziekenhuis i (zoals beschreven in punt 2.4.6., maar berekend voor de weerhouden verblijven (zie punt 2.6.1.) van de neutrale DRG's);

N_i = aantal weerhouden verblijven van ziekenhuis i (zie punt 2.6.1.).

2.6.6. Le facteur correctif.

Le facteur correctif dépend du décile auquel l'hôpital appartient.
Le TLD_{incutr} corrigé se calcule de la manière suivante :

	si le TLD_{incutr} est positif	si le TLD_{incutr} est négatif
décile 1	$TLD_{\text{incutr}} * 1,03$	$TLD_{\text{incutr}} * 0,97$
décile 2	$TLD_{\text{incutr}} * 1,02$	$TLD_{\text{incutr}} * 0,98$
décile 3	$TLD_{\text{incutr}} * 1,01$	$TLD_{\text{incutr}} * 0,99$
décile 4 à 7	$TLD_{\text{incutr}} * 1$	$TLD_{\text{incutr}} * 1$
décile 8	$TLD_{\text{incutr}} * 0,99$	$TLD_{\text{incutr}} * 1,01$
décile 9	$TLD_{\text{incutr}} * 0,98$	$TLD_{\text{incutr}} * 1,02$
décile 10	$TLD_{\text{incutr}} * 0,97$	$TLD_{\text{incutr}} * 1,03$

L'écart entre le TLD_{incutr} corrigé et le TLD_{incutr} représente le facteur correctif du TLD_{ifinal} (voir point 2.8.) et est exprimé en nombre de jours facturés.

Ce facteur correctif sera appelé dans la suite COR et est égal à :

$$COR_i = TLD_{\text{incutr}} \text{ corrigé} - TLD_{\text{incutr}}$$

La somme nationale des corrections apportées aux 3 derniers déciles sera égalisée à la somme des corrections apportées aux 3 premiers déciles de sorte que le nombre total de journées corrigées positives soit égal au nombre total de journées corrigées négatives.

2.7. Calcul de l'excédent de journées d'hospitalisation (hors correction liée à l'excédent en outliers "grands" et hors correction liée aux DRG's neutres).

L'écart en jours entre la $GRLZ_i$ et la $GNLZ_i$ (voir point 2.4.6.) est multiplié par le nombre total de séjours tel que visé au point 2.2. et diminué de l'excédent en outliers "grands ayant plus d'1 système atteint" (voir point 2.5.1.) sommé sur tous les DRG's et sous-groupes.

$$TLD1_i = [GRLZ_i - GNLZ_i] * [N_{\text{total}} - TA_i]$$

où :

$TLD1_i$ = excédent de journées d'hospitalisation (peut également être un nombre négatif) pour l'hôpital i;

$GRLZ_i$ = durée de séjour moyenne réelle pour l'hôpital i;

$GNLZ_i$ = durée de séjour moyenne normalisée pour l'hôpital i;

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

$TA_i = \sum_{j=1}^n TA_{ij}$ = l'excédent en outliers "grands ayant plus d'un système atteint" pour tout l'hôpital i (donc sommé sur tous les DRG et sous-groupes).

2.8. Calcul de l'excédent de journées d'hospitalisation final.

$$TLD_{\text{ifinal}} = TLD1_i + TLD_{\text{igout}} + COR_i$$

où :

$TLD1_i$ = l'excédent en journées de l'hôpital i (voir point 2.7.);

TLD_{igout} = l'excédent en journées de l'hôpital i généré par l'excédent en outliers "grands avec plus d'un système atteint" (voir point 2.5.2.);

COR_i = facteur correctif des séjours dans les DRG's neutres de l'hôpital i (voir point 2.6.6.).

3. MESURE PROVISOIRE POUR L'HOSPITALISATION DE JOUR.

Pour le moment, on n'applique pas les dispositions visées au point 2.2., alinéa 2, ni la disposition visée au point 2.4.2., alinéa 4.

3.1. Règle générale

On augmente (diminue) le TLD_{ifinal} (voir point 2.8.) d'une valeur complémentaire qui est calculée sur base d'un degré de remplacement (ci-après nommé DR) de l'hospitalisation classique (admissions pour lesquelles un prix de journée peut être imputé) par l'hospitalisation de jour. Pour un ensemble de prestations j sélectionnées (voir annexe a) pour lesquelles on impute un maxiforfait ou un superforfait dans le cadre de l'assurance maladie conformément à l'article 4, §§ 4 et 5 de la convention conclue entre les établissements de soins et les organismes

2.6.6. De correctiefactor.

De correctiefactor hangt af van de decielplaats van het ziekenhuis.
De gecorrigeerde TLD_{incutr} wordt op de volgende wijze berekend :

	indien TLD_{incutr} +	indien TLD_{incutr} -
deciel 1	$TLD_{\text{incutr}} * 1,03$	$TLD_{\text{incutr}} * 0,97$
deciel 2	$TLD_{\text{incutr}} * 1,02$	$TLD_{\text{incutr}} * 0,98$
deciel 3	$TLD_{\text{incutr}} * 1,01$	$TLD_{\text{incutr}} * 0,99$
deciel 4 tot en met 7	$TLD_{\text{incutr}} * 1$	$TLD_{\text{incutr}} * 1$
deciel 8	$TLD_{\text{incutr}} * 0,99$	$TLD_{\text{incutr}} * 1,01$
deciel 9	$TLD_{\text{incutr}} * 0,98$	$TLD_{\text{incutr}} * 1,02$
deciel 10	$TLD_{\text{incutr}} * 0,97$	$TLD_{\text{incutr}} * 1,03$

Het verschil tussen de TLD_{incutr} en de gecorrigeerde TLD_{incutr} vertegenwoordigt de correctiefactor voor de TLD_{ifinal} en is uitgedrukt in aantal gefactureerde dagen.

De correctiefactor voor ziekenhuis i wordt COR, genoemd en is gelijk aan :

$$COR_i = \text{gecorrigeerde } TLD_{\text{incutr}} - TLD_{\text{incutr}}$$

De nationale som van de correcties van de laatste 3 decielen zal worden gelijkgeschakeld met de som van de eerste 3 decielen zodat het totaal aantal positief gecorrigeerde ligdagen in evenwicht is met het totaal aantal negatief gecorrigeerde ligdagen.

2.7. Berekenen van het teveel aan ligdagen (uitgezonderd de correctie doorgevoerd op basis van het teveel aan grote outliers en de correctie voor de neutrale DRG's).

De afwijking in dagen tussen $GRLZ_i$ en $GNLZ_i$ (zie punt 2.4.6.), wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal verblijven zoals bedoeld in punt 2.2. en verminderd met het teveel aan "grote outliers met meerdere aangetaste systemen" (zie punt 2.5.1.) gesommeerd over alle DRG-subgroepen.

$$TLD1_i = [GRLZ_i - GNLZ_i] * [N_{\text{totaal}} - TA_i]$$

waarbij :

$TLD1_i$ = teveel aan ligdagen (kan ook een negatief getal zijn) voor ziekenhuis i;

$GRLZ_i$ = gemiddelde reële ligduur voor ziekenhuis i;

$GNLZ_i$ = gemiddelde genormaliseerde ligduur voor ziekenhuis i;

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

$TA_i = \sum_{j=1}^n TA_{ij}$ = het teveel aan "grote outliers met meerdere aangetaste systemen" voor gans het ziekenhuis i (dus gesommeerd over alle DRG-subgroepen j).

2.8. Berekening van het uiteindelijk teveel aan ligdagen.

$$TLD_{\text{ifinal}} = TLD1_i + TLD_{\text{igout}} + COR_i$$

waarbij

$TLD1_i$ = het teveel aan ligdagen voor ziekenhuis i (zie punt 2.7.);

TLD_{igout} = het teveel aan ligdagen voor ziekenhuis i, gegenereerd door het teveel aan "grote outliers met meerdere aangetaste systemen" (zie punt 2.5.2.);

COR_i = correctiefactor voor de verblijven met een neutrale DRG voor ziekenhuis i (zie punt 2.6.6.).

3. VOORLOPIGE MAATREGEL VOOR DE DAGHOSPITALISATIE.

Er wordt voorlopig geen toepassing gemaakt van de bepalingen bedoeld in punt 2.2., tweede alinea, evenals de bepaling bedoeld in punt 2.4.2., vierde alinea.

3.1. Algemene regel.

De TLD_{ifinal} (zie punt 2.8.) wordt verhoogd (verlaagd) met een bijkomende waarde die berekend wordt aan de hand van een substitutiegraad (hierna SG genoemd) van klassieke hospitalisatie (opnamen waarvoor een verpleegdagprijs mag aangerekend worden) naar daghospitalisatie. Voor een selectie (zie bijlage a) van verstrekkingen j waarvoor een maxi- of super-forfait in de ziekteverzekering aangerekend wordt overeenkomstig artikel 4, §§ 4 en 5 van de conventie gesloten tussen de verplegingsinrichtingen en de verzeke-

assureurs ou, à défaut, entre l'assurance maladie et les établissements de soins, on calcule un DR national (DRN) et un DR par hôpital (DR) :

$$DR_{ij} = \frac{N_{amb_{ij}}}{N_{amb_{ij}} + N_{hosp_{ij}}}$$

où :

$N_{amb_{ij}}$ = nombre d'interventions j en hospitalisation de jour dans l'hôpital i;

$N_{hosp_{ij}}$ = nombre d'interventions j en hospitalisation classique dans l'hôpital i.

On calcule le TLD_{id} de la manière suivante :

$$TLD_{id} = \sum_{j=1}^{s+m} (N_{amb_{ij}} + N_{hosp_{ij}}) \cdot (DRN_j - DR_{ij}) \cdot g \cdot DSR_j$$

où :

$\sum_{j=1}^{s+m}$ = somme de toutes les prestations sélectionnées (y compris la chimiothérapie, voir point 3.2.)

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

DR_{ij} = degré de remplacement de l'hôpital i pour l'intervention j;

g = 1 si $(DRN_j - DR_{ij})$ est inférieur, en valeur absolue, à 0,2;

= 1,25 si $(DRN_j - DR_{ij})$ est, en valeur absolue, supérieur ou égal à 0,2 et inférieur à 0,3;

= 1,5 si $(DRN_j - DR_{ij})$ est, en valeur absolue, supérieur ou égal à 0,3;

DSR_j = durée de séjour de remplacement pour l'intervention j. (Une liste de ces valeurs nationales est jointe en annexe a).

g est toujours égal à 0,5 pour les pseudocodes de la nomenclature INAMI 761353 et 761390 (chimiothérapie, voir point 3.2.) et pour les interventions médicales 473211, 473174, 473196, 473454 et 473432.

3.2. Chimiothérapie

Pour l'application du point 3.1., le nombre de prestations de chimiothérapie réalisées en hospitalisation de jour et en hospitalisation classique est défini de la manière suivante :

N_{amb} = nombre de prestations en hospitalisation de jour;

= nombre de prestations ayant comme numéro de nomenclature INAMI 761353 ou 761390;

N_{hosp} = nombre de prestations en hospitalisation classique;

= nombre de séjours dans le DRG 410 (All Patient Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0) "Chimiothérapie" avec moins de 5 journées à facturer auquel on ajoute le nombre de séjours médicaux ayant un diagnostic secondaire de chimiothérapie (code ICD-9-CM V58I) avec moins de 5 journées à facturer.

4. TLD_{it} TOTAL

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

$$TLD_{it} = TLD_{ifinal} \text{ (Cf. point 2.8.)} + TLD_{id} \text{ (Cf. point 3.1.)}$$

5. CALCUL DE L'EXCÉDENT DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION COMPTE TENU D'UNE FRANCHISE (TLD_{ic}).

a) Si le TLD_{it} tel que calculé au point 4. est inférieur, en valeur absolue, à un pourcentage (f%), à fixer chaque année, et pour la dernière fois en 1997, du nombre total de journées d'hospitalisation normalisées, on ne tient pas compte de l'excédent ou du nombre insuffisant de journées d'hospitalisation.

ringsinstellingen of, bij ontstentenis hiervan, tussen de ziekteverzekering en de verplegingsinrichtingen, wordt een SG nationaal (NSG) en per ziekenhuis (SG) berekend :

$$SG_{ij} = \frac{N_{amb_{ij}}}{N_{amb_{ij}} + N_{hosp_{ij}}}$$

waarbij :

$N_{amb_{ij}}$ = aantal verstrekkingen j in daghospitalisatie in ziekenhuis i;

$N_{hosp_{ij}}$ = aantal verstrekkingen j in klassieke hospitalisatie in ziekenhuis i.

De TLD_{id} wordt als volgt berekend :

$$TLD_{id} = \sum_{j=1}^{s+m} [(N_{amb_{ij}} + N_{hosp_{ij}}) \cdot (NSG_j - SG_{ij}) \cdot g \cdot SV_j]$$

waarbij :

$\sum_{j=1}^{s+m}$ = som voor alle geselecteerde verstrekkingen (inclusief de chemotherapie, zie punt 3.2.);

NSG_j = nationale substitutiegraad voor verstrekking j;

SG_{ij} = substitutiegraad van het ziekenhuis i voor verstrekking j;

g = 1 voor $(NSG_j - SG_{ij})$ in absolute waarde kleiner dan 0,2;

= 1,25 voor $(NSG_j - SG_{ij})$ in absolute waarde groter dan of gelijk aan 0,2 en kleiner dan 0,3;

= 1,5 voor $(NSG_j - SG_{ij})$ in absolute waarde groter dan of gelijk aan 0,3;

SV_j = substitutie verblijfsduur voor verstrekking j. (Een lijst met deze nationale waarden wordt in bijlage a toegevoegd.);

g is steeds gelijk aan 0,5 voor de RIZIV-pseudonomenclatuur code 761353 en 761390 (Chemotherapie, zie punt 3.2.) en voor de medische verstrekkingen 473211, 473174, 473196, 473454 en 473432.

3.2. Chemotherapie.

Voor de toepassing van punt 3.1 wordt het aantal verstrekkingen chemotherapie in dag- en klassieke hospitalisatie als volgt bepaald :

N_{amb} = aantal verstrekkingen in daghospitalisatie;

= aantal verstrekkingen met RIZIV-pseudonomenclatuur code 761353 of 761390;

N_{hosp} = aantal verstrekkingen in klassieke hospitalisatie;

= aantal verblijven in DRG 410 (All Patient Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0) "Chemotherapie" met minder dan 5 te factureren ligdagen, vermeerderd met het aantal medische verblijven met als nevendiagnose chemotherapie (ICD-9-CM code V58I) met minder dan 5 te factureren ligdagen.

4. DE TOTALE TLD_{it} .

De totale TLD_{it} voor ziekenhuis i is de som van de TLD_{ifinal} voor de klassieke hospitalisatie en de TLD_{id} die de daghospitalisatie in rekening brengt.

$$TLD_{it} = TLD_{ifinal} \text{ (uit punt 2.8.)} + TLD_{id} \text{ (uit punt 3.1.)}$$

5. BEREKENEN VAN HET TEVEEL AAN LIGDAGEN REKENING HOUDEND MET EEN FRANCHISE (TLD_{ic}).

a) Indien de TLD_{it} zoals berekend in punt 4., in absolute waarde minder bedraagt dan een jaarlijks vast te stellen percentage (f%), en dit voor de laatste maal in 1997, van het totaal aantal genormaliseerde ligdagen, dan wordt met dit teveel of te weinig aan ligdagen geen rekening gehouden.

Le nombre total de journées d'hospitalisation normalisées, ci-après nommé N_GLD_i , est calculé de la manière suivante :

$$N_GLD_i = (GNLZ_i * N_total_i) + \left[\sum_{j=1}^{s+m} (N_amb_j * DSR_j) \right] - TLD_{id}$$

où :

$GNLZ_i$ = durée de séjour moyenne normalisée pour l'hôpital i (voir point 2.4.6);

N_total_i = le nombre total de séjours tel que visé au point 2.2.

$\sum_{j=1}^{s+m}$ = somme de toutes les prestations j sélectionnées (y compris la chimiothérapie) (voir point 3.).

$j=1$

N_amb_j = nombre d'interventions j en hospitalisation de jour réalisées par l'hôpital i;

DSR_j = durée de séjour de remplacement pour l'intervention j.

TLD_{id} = TLD calculé sur la base de l'hospitalisation de jour tel que visé au point 3.

b) Si le TLD_{it} tel que calculé au point 4. est supérieur, en valeur absolue, au pourcentage (f%) (visé au point 5a) on diminue le TLD_{it} d'une valeur égale à f% du nombre total de journées d'hospitalisation normalisées.

$$TLD_{ic} = TLD_{it} - (f\% * N_GLD_i)$$

où :

TLD_{it} = TLD calculé suivant la formule visée au point 4.

TLD_{ic} = excédent de journées d'hospitalisation (peut également être un nombre négatif) compte tenu d'une franchise;

Si le TLD_{ic} est positif, on le désignera plus loin par l'abréviation DJP (nombre positif de journées d'hospitalisation) et, s'il est négatif, par l'abréviation DJN (nombre négatif de journées d'hospitalisation).

ANNEXE A

Code AMB	Code HOS	DSR
220231	220242	3
220275	220286	4
220290	220301	2
220312	220323	2
220334	220345	3
221152	221163	3
227076	227080	2
229176	229180	2
230613	230624	2
232013	232024	2
235174	235185	2
238114	238125	3
238151	238162	3
238173	238184	2
238195	238206	3
238210	238221	2
241150	241161	3
244311	244322	3
244436	244440	2
244473	244484	3
244495	244506	2
244554	244565	3
244576	244580	4
244591	244602	3

Het totaal aantal genormaliseerde ligdagen, hierna N_GLD_i genoemd, wordt op de volgende manier berekend :

$$N_GLD_i = (GNLZ_i * N_total_i) + \left[\sum_{j=1}^{s+m} (N_amb_j * SV_j) \right] - TLD_{id}$$

waarbij :

$GNLZ_i$ = gemiddelde genormaliseerde ligduur voor ziekenhuis i (zie punt 2.4.6.);

N_total_i = het totaal aantal verblijven zoals bedoeld in punt 2.2.

$\sum_{j=1}^{s+m}$ = som voor alle geselecteerde verstrekkingen (inclusief chemotherapie) (zie punt 3);

$j=1$

N_amb_j = aantal verstrekkingen j in daghospitalisatie;

SV_j = substitutie verblijfsduur voor verstrekking j.

TLD_{id} = TLD berekend op de daghospitalisatie (zie punt 3).

b) Indien de TLD_{it} zoals berekend in punt 4., in absolute waarde meer bedraagt dan het percentage (f%) (zoals bedoeld in punt 5.a) dan wordt de TLD_{it} verminderd met een waarde gelijk aan f% van het totaal aantal genormaliseerde ligdagen.

$$TLD_{ic} = TLD_{it} - (f\% * N_GLD_i)$$

waarbij :

TLD_{it} = TLD zoals berekend in punt 4.

TLD_{ic} = teveel aan ligdagen (kan ook een negatief getal zijn) rekening houdend met een franchise ;

Indien TLD_{ic} positief is zal dit verder aangeduid worden als PAL (positief aantal ligdagen). Indien TLD_{ic} negatief is, wordt deze waarde NAL (negatief aantal ligdagen) genoemd.

BIJLAGE A

Code AMB	Code HOS	SV
220231	220242	3
220275	220286	4
220290	220301	2
220312	220323	2
220334	220345	3
221152	221163	3
227076	227080	2
229176	229180	2
230613	230624	2
232013	232024	2
235174	235185	2
238114	238125	3
238151	238162	3
238173	238184	2
238195	238206	3
238210	238221	2
241150	241161	3
244311	244322	3
244436	244440	2
244473	244484	3
244495	244506	2
244554	244565	3
244576	244580	4

Code AMB	Code HOS	DSR	Code AMB	Code HOS	SV
244635	244646	2	244591	244602	3
245534	245545	2	244635	244646	2
245571	245582	2	245534	245545	2
245630	245641	2	245571	245582	2
245733	245744	2	245630	245641	2
245755	245766	2	245733	245744	2
245770	245781	2	245755	245766	2
245792	245803	4	245770	245781	2
245814	245825	2	245792	245803	4
245851	245862	3	245814	245825	2
245873	245884	2	245851	245862	3
246094	246105	2	245873	245884	2
246212	246223	4	246094	246105	2
246514	246525	4	246212	246223	4
246551	246562	4	246514	246525	4
246573	246584	3	246551	246562	4
246595	246606	3	246573	246584	3
246610	246621	2	246595	246606	3
246632	246643	3	246610	246621	2
246654	246665	4	246632	246643	3
246676	246680	2	246654	246665	4
246772	246783	4	246676	246680	2
246831	246842	3	246772	246783	4
247531	247542	2	246831	246842	3
250132	250143	2	247531	247542	2
250154	250165	2	250132	250143	2
250176	250180	2	250154	250165	2
250191	250202	3	250176	250180	2
250213	250224	2	250191	250202	3
251274	251285	3	250213	250224	2
251311	251322	4	251274	251285	3
251370	251381	2	251311	251322	4
251650	251661	3	251370	251381	2
253153	253164	2	251650	251661	3
253190	253201	2	253153	253164	2
253212	253223	2	253190	253201	2
253551	253562	2	253212	253223	2
253573	253584	2	253551	253562	2
253654	253665	3	253573	253584	2
255172	255183	2	253654	253665	3
255194	255205	2	255172	255183	2
255231	255242	3	255194	255205	2
255592	255603	3	255231	255242	3
255614	255625	2	255592	255603	3
255695	255706	3	255614	255625	2
255732	255743	2	255695	255706	3
255754	255765	4	255732	255743	2
255776	255780	2	255754	255765	4
255894	255905	2	255776	255780	2
255916	255920	2	255894	255905	2

Code AMB	Code HOS	DSR	Code AMB	Code HOS	SV
256115	256126	2	255916	255920	2
256130	256141	2	256115	256126	2
256174	256185	4	256130	256141	2
256314	256325	2	256174	256185	4
256336	256340	2	256314	256325	2
256491	256502	3	256336	256340	2
256513	256524	2	256491	256502	3
256653	256664	2	256513	256524	2
256815	256826	2	256653	256664	2
256830	256841	3	256815	256826	2
256852	256863	4	256830	256841	3
257390	257401	2	256852	256863	4
257434	257445	2	257390	257401	2
257876	257880	2	257434	257445	2
257891	257902	3	257876	257880	2
257994	258005	3	257891	257902	3
258031	258042	3	257994	258005	3
258053	258064	3	258031	258042	3
258156	258160	3	258053	258064	3
258171	258182	2	258156	258160	3
260691	260702	3	258171	258182	2
260735	260746	2	260691	260702	3
260794	260805	2	260735	260746	2
260853	260864	2	260794	260805	2
260875	260886	3	260853	260864	2
260890	260901	2	260875	260886	3
260912	260923	2	260890	260901	2
260934	260945	2	260912	260923	2
260956	260960	2	260934	260945	2
280055	280066	2	260956	260960	2
280070	280081	2	280055	280066	2
280092	280103	2	280070	280081	2
280136	280140	2	280092	280103	2
280151	280162	3	280136	280140	2
280195	280206	4	280151	280162	3
280534	280545	2	280195	280206	4
280571	280582	3	280534	280545	2
280674	280685	4	280571	280582	3
280711	280722	2	280674	280685	4
280755	280766	3	280711	280722	2
280792	280803	4	280755	280766	3
283010	283021	2	280792	280803	4
284572	284583	2	283010	283021	2
284911	284922	2	284572	284583	2
285095	285106	3	284911	284922	2
285235	285246	2	285095	285106	3
285375	285386	2	285235	285246	2
285390	285401	4	285375	285386	2
285434	285445	4	285390	285401	4
285471	285482	2	285434	285445	4

Code AMB	Code HOS	DSR	Code AMB	Code HOS	SV
285574	285585	2	285471	285482	2
285596	285600	2	285574	285585	2
285670	285681	2	285596	285600	2
285810	285821	2	285670	285681	2
285832	285843	4	285810	285821	2
285935	285946	3	285832	285843	4
285972	285983	2	285935	285946	3
286112	286123	2	285972	285983	2
286230	286241	2	286112	286123	2
286296	286300	4	286230	286241	2
286451	286462	4	286296	286300	4
287350	287361	3	286451	286462	4
287372	287383	2	287350	287361	3
287431	287442	2	287372	287383	2
287453	287464	2	287431	287442	2
287475	287486	2	287453	287464	2
287490	287501	2	287475	287486	2
287512	287523	2	287490	287501	2
287534	287545	2	287512	287523	2
287556	287560	2	287534	287545	2
287571	287582	2	287556	287560	2
287696	287700	2	287571	287582	2
287711	287722	2	287696	287700	2
287755	287766	2	287711	287722	2
287792	287803	2	287755	287766	2
287814	287825	2	287792	287803	2
287836	287840	2	287814	287825	2
288094	288105	3	287836	287840	2
288116	288120	4	288094	288105	3
291970	291981	2	288116	288120	4
291992	292003	2	291970	291981	2
292014	292025	2	291992	292003	2
292235	292246	2	292014	292025	2
292633	292644	3	292235	292246	2
292736	292740	4	292633	292644	3
292773	292784	3	292736	292740	4
292795	292806	3	292773	292784	3
292832	292843	2	292795	292806	3
292891	292902	2	292832	292843	2
292935	292946	4	292891	292902	2
292972	292983	3	292935	292946	4
292994	293005	2	292972	292983	3
293016	293020	3	292994	293005	2
293031	293042	4	293016	293020	3
293053	293064	3	293031	293042	4
293075	293086	2	293053	293064	3
293134	293145	3	293075	293086	2
293156	293160	4	293134	293145	3
293171	293182	3	293156	293160	4
293193	293204	4	293171	293182	3

Code AMB	Code HOS	DSR	Code AMB	Code HOS	SV
293230	293241	2	293193	293204	4
293252	293263	4	293230	293241	2
293274	293285	3	293252	293263	4
293311	293322	4	293274	293285	3
293370	293381	2	293311	293322	4
294210	294221	2	293370	293381	2
294232	294243	2	294210	294221	2
294475	294486	2	294232	294243	2
294615	294626	2	294475	294486	2
294674	294685	2	294615	294626	2
294711	294722	2	294674	294685	2
300252	300263	2	294711	294722	2
300274	300285	3	300252	300263	2
300296	300300	2	300274	300285	3
300311	300322	2	300296	300300	2
300333	300344	2	300311	300322	2
310715	310726	2	300333	300344	2
310796	310800	4	310715	310726	2
310855	310866	2	310796	310800	4
310951	310962	2	310855	310866	2
310995	311006	2	310951	310962	2
311312	311323	2	310995	311006	2
311334	311345	2	311312	311323	2
311452	311463	2	311334	311345	2
311835	311846	2	311452	311463	2
311990	312001	2	311835	311846	2
312152	312163	2	311990	312001	2
317214	317225	2	312152	312163	2
354056	354060	4	317214	317225	2
431056	431060	2	354056	354060	4
431071	431082	3	431056	431060	2
431513	431524	2	431071	431082	3
432294	432305	3	431513	431524	2
432316	432320	2	432294	432305	3
432331	432342	2	432316	432320	2
531812	531823	2	432331	432342	2
473211	473222	1	531812	531823	2
473174	473185	1	473211	473222	1
473196	473200	1	473174	473185	1
473454	473465	1	473196	473200	1
473432	473443	1	473454	473465	1
761353	MKGRCM	1	473432	473443	1
761390	MKGRCM	1	761353	MKGRCM	1
			761390	MKGRCM	1

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1996.

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van
30 december 1996.

De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN

Annexe 4 à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1996

ANNEXE 8

LISTE DES PRESTATIONS (code nomenclature INAMI)

1. CHIRURGIE LOURDE

230425	242502	227360	246606	260540	281746	285666	289240	289785
230521	242524	228045	246665	261122	281783	286322	289284	289940
230543	242561	228126	246680	261424	281805	286381	289306	290242
230602	242605	229121	246783	261601	281864	287265	289321	290264
231405	242723	229165	246805	261682	281945	287685	289343	290286
232164	243040	229246	247122	261704	281960	288400	289365	290964
241043	243062	229386	247203	261741	282004	288606	289380	291222
241404	243106	235082	255323	261783	282026	288746	289402	291605
241463	243320	235104	255884	261800	282063	288761	289424	293926
241485	243784	235126	256782	262021	282623	288783	289446	294125
241500	244020	235200	257460	281046	283242	288886	289461	311625
241566	244042	236106	257902	281083	283360	289026	289586	312605
241581	244101	237101	257961	281105	283463	289041	289601	312620
242045	226962	237123	258403	281120	284163	289063	289660	312642
242082	226984	239083	258425	281584	284222	289085	289682	312664
242141	227146	431185	258440	281643	284642	289100	289704	312701
242325	227264	431340	258402	281685	284701	289122	289726	312723
242340	227323	431382	260184	281680	284760	289144	289741	
242443	227345	246223	260422	281702	285040	289203	289763	

2. CHIRURGIE TRES LOURDE

230440	232540	242745	228023	229224	229423	236062	288326	293440
230484	241426	243025	228060	229283	229445	237020	288341	318021
230506	241441	227205	228185	229305	229526	237042	288363	318043
231022	242023	227220	229025	229320	229541	237064	288385	318065
231044	242303	227242	229040	229342	229563	237086	288422	318080
231420	242421	227286	229062	229364	236025	260444	288444	318102
231442	242620	227301	229084	229401	236040	281982	288525	318124
232525	232525							

3. REANIMATION

211024	211120	212225	212542	213043	214045	250044	471800	472404
211046	211142	212520	213021	214023	214126	353183		

4. RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

453084	453202	453320	453725	454020	454145	459281	451522	458640
453106	453224	453342	453740	454042	454160	459303	451765	458662
453121	453246	453364	453762	454064	454182	459325	451824	458765
453143	453261	453386	453784	454086	454204	459340	455685	458905
453165	453283	453326	453806	454101	454226	450085	457203	
453180	453305	453541	453821	454123	459104	451080	458625	

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1996.

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

Bijlage 4 bij het ministerieel besluit van 30 december 1996

BIJLAGE 8

LIJST VAN DE PRESTATIES (nomenclatuur RIZIV)

1. ZWARE CHIRURGIE

230425	242502	227360	246606	260540	281746	285666	289240	289785
230521	242524	228045	246665	261122	281783	286322	289284	289940
230543	242561	228126	246680	261424	281805	286381	289306	290242
230602	242605	229121	246783	261601	281864	287265	289321	290264
231405	242723	229165	246805	261682	281945	287685	289343	290286
232164	243040	229246	247122	261704	281960	288400	289365	290964
241043	243062	229386	247203	261741	282004	288606	289380	291222
241404	243106	235082	255323	261783	282026	288746	289402	291605
241463	243320	235104	255884	261800	282063	288761	289424	293926
241485	243784	235126	256782	262021	282623	288783	289446	294125
241500	244020	235200	257460	281046	283242	288886	289461	311625
241566	244042	236106	257902	281083	283360	289026	289586	312605
241581	244101	237101	257961	281105	283463	289041	289601	312620
242045	226962	237123	258403	281120	284163	289063	289660	312642
242082	226984	239083	258425	281584	284222	289085	289682	312664
242141	227146	431185	258440	281643	284642	289100	289704	312701
242325	227264	431340	258402	281685	284701	289122	289726	312723
242340	227323	431382	260184	281680	284760	289144	289741	
242443	227345	246223	260422	281702	285040	289203	289763	

2. ZEER ZWARE CHIRURGIE

230440	232540	242745	228023	229224	229423	236062	288326	293440
230484	241426	243025	228060	229283	229445	237020	288341	318021
230506	241441	227205	228185	229305	229526	237042	288363	318043
231022	242023	227220	229025	229320	229541	237064	288385	318065
231044	242303	227242	229040	229342	229563	237086	288422	318080
231420	242421	227286	229062	229364	236025	260444	288444	318102
231442	242620	227301	229084	229401	236040	281982	288525	318124
232525	232525							

3. REANIMATIE

211024	211120	212225	212542	213043	214045	250044	471800	472404
211046	211142	212520	213021	214023	214126	353183		

4. INVASIEVE X-STRALEN

453084	453202	453320	453725	454020	454145	459281	451522	458640
453106	453224	453342	453740	454042	454160	459303	451765	458662
453121	453246	453364	453762	454064	454182	459325	451824	458765
453143	453261	453386	453784	454086	454204	459340	455685	458905
453165	453283	453326	453806	454101	454226	450085	457203	
453180	453305	453541	453821	454123	459104	451080	458625	

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 30 december 1996.

De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN