

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2008 — 4149

[C — 2008/22575]

12 NOVEMBER 2008. — Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 57, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de berekeningsregels voor de per verpleegdag betaalde forfaitaire honoraria inzake klinische biologie

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 57, § 2, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, het koninklijk besluit van 25 april 1997 en de wet van 24 december 1999;

Gelet op het koninklijk besluit van 18 oktober 2002 tot uitvoering van artikel 57 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de berekeningsregels voor de per verpleegdag betaalde forfaitaire honoraria inzake klinische biologie;

Gelet op het voorstel van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen van 7 april 2008;

Gelet op het advies uitgebracht door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op 21 april 2008;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 15 mei 2008;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris van Begroting, gegeven op 11 juli 2008;

Gelet op het advies 45.087/1 van de Raad van State, gegeven op 2 oktober 2008, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

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

1^o basisgegevens : de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verschuldigde bedragen voor verstrekkingen, verleend tussen 1 januari en 31 december van een dienstjaar en opgenomen in de bij Titel VI, Hoofdstuk VI van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedoelde statistische tabellen voor dat dienstjaar en voor het eerste daarop volgende semester;

2^o refertejaar : het meest recente jaar waarvan de basisgegevens gekend zijn op 1 april van het jaar welk voorafgaat aan het jaar waarin de forfaitaire honoraria van toepassing zijn;

3^o verstrekkingen inzake klinische biologie : alle verstrekkingen die in de loop van het refertejaar waren opgenomen in artikel 3, § 1, A, II en C, I, in artikel 18, § 2, B, e), en in artikel 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, verleend aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden;

4^o geobserveerde uitgaven inzake klinische biologie : de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verschuldigde bedragen voor verstrekkingen inzake klinische biologie verleend tussen 1 januari en 31 december van het refertejaar en opgenomen in de bij Titel VI, Hoofdstuk VI van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedoelde statistische tabellen betreffende het dienstjaar van het refertejaar en betreffende het eerste semester van het daarop volgende dienstjaar, met dien verstande dat de waarde van de verstrekkingen inzake klinische biologie met vier wordt vermenigvuldigd;

5^o aantal aan een ziekenhuis toegewezen verpleegdagen : het aantal verpleegdagen waarvoor een tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verschuldigd is, gerealiseerd tussen 1 januari en 31 december van het refertejaar en opgenomen in de vorengenoemde statistische tabellen betreffende het dienstjaar van het refertejaar en betreffende het eerste semester van het daarop volgende dienstjaar, zoals gecorrigeerd bij toepassing van artikel 6.

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2008 — 4149

[C — 2008/22575]

12 NOVEMBRE 2008. — Arrêté royal portant exécution de l'article 57, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les règles de calcul des honoraires forfaitaires de biologie clinique payés par journée d'hospitalisation

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

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, particulièrement l'article 57, § 2, modifié par la loi du 20 décembre 1995, l'arrêté royal du 25 avril 1997 et la loi du 24 décembre 1999;

Vu l'arrêté royal du 18 octobre 2002 portant exécution de l'article 57 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les règles de calcul des honoraires forfaitaires de biologie clinique payés par journée d'hospitalisation;

Vu la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste du 7 avril 2008;

Vu l'avis, donné le 21 avril 2008 par le Comité de l'assurance soins de santé;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 15 mai 2008;

Vu l'accord du Secrétaire de l'état au Budget, donné le 11 juillet 2008;

Vu l'avis 45.087/1 du Conseil d'Etat, donné le 2 octobre 2008, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. § 1^{er}. Pour l'application du présent accord, on entend par :

1^o données de base : les montants dus par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour des prestations dispensées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre d'un exercice et figurant dans les tableaux statistiques pour cet exercice et du premier semestre suivant visés au Titre VI, chapitre VI de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

2^o année de référence : l'année la plus récente pour laquelle les données de base sont connues au 1^{er} avril de l'année précédant celle où les honoraires forfaitaires sont d'application;

3^o prestations de biologie clinique : toutes les prestations qui figuraient dans le courant de l'année de référence à l'article 3, § 1^{er}, A, II et C, I, à l'article 18, § 2, B, e) et à l'article 24, § 1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, dispensées à des bénéficiaires hospitalisés;

4^o dépenses de biologie clinique observées : les montants dus par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les prestations de biologie clinique dispensées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année de référence, et figurant dans les tableaux statistiques visés au Titre VI, chapitre VI de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, se rapportant à l'exercice de l'année de référence et au premier semestre de l'exercice suivant, étant entendu que la valeur des prestations de biologie clinique est multipliée par quatre;

5^o nombre de journées d'hospitalisation attribué à un hôpital : le nombre de journées d'hospitalisation pour lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est due, réalisées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année de référence et figurant dans les tableaux statistiques précitées se rapportant à l'exercice de l'année de référence et au premier semestre de l'exercice suivant, corrigé en application de l'article 6;

6° categorale ziekenhuizen : ziekenhuizen die noch over een dienst voor diagnose en heelkundige behandeling (C), noch over een dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling (D), noch over een dienst voor kindergeneeskunde beschikken (E).

§ 2. Voor de ziekenhuizen die ten laatste vanaf 1 januari van het jaar waarin de forfaitaire honoraria van toepassing zijn een fusie hebben aangegaan, worden de gegevens van die verschillende ziekenhuizen eerst samengeteld.

Art. 2. Het forfaitair honorarium per verpleegdag is gelijk aan het quotiënt van de deling met als deeltal de begroting van de financiële middelen voor klinische biologie van het betrokken ziekenhuis en als deler het aantal verpleegdagen dat is toegewezen aan het betrokken ziekenhuis.

De begroting van de financiële middelen voor de klinische biologie wordt voor ieder ziekenhuis afzonderlijk berekend. Ze is gelijk aan de som van de in artikel 4 bedoelde aandelen in de partiële begrotingen.

Art. 3. De globale begroting voor de per verpleegdag betaalde forfaitaire honoraria inzake klinische biologie van het lopende jaar wordt vastgesteld door de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Art. 4. Op grond van de in artikel 3 vastgestelde globale begroting worden partiële begrotingen vastgelegd welke verdeeld worden op basis van de volgende parameters :

1° Voor het dienstjaar 2009 wordt 4,245 miljoen euro van de globale begroting toegekend aan de psychiatrische ziekenhuizen. Dit bedrag wordt jaarlijks verhoogd met 5 %;

2° Voor het dienstjaar 2009 wordt 2,850 miljoen euro van de globale begroting toegekend aan de categorale ziekenhuizen. Dit bedrag wordt jaarlijks aangepast aan de evolutie van het globaal budget klinische biologie;

3° 40 % van de globale begroting, verminderd met de partiële begrotingen vermeld in 1° en 2°, wordt verdeeld op basis van de pathologiegegevens, waarvan een gedeelte wordt afgezonderd op basis van de geobserveerde uitgaven per dienstengroep inzake klinische biologie voor de in artikel 5, § 1, vermelde ziekenhuizen en diensten waarvoor de methode die in bijlage is beschreven, niet van toepassing is;

4° 40 % van de globale begroting, verminderd met de partiële begrotingen vermeld in 1° en 2°, wordt verdeeld op basis van de nationale gemiddelde uitgaven per dag en per dienst;

5° 10 % van de globale begroting, verminderd met de partiële begrotingen vermeld in 1° en 2°, wordt verdeeld op basis van het aantal bedden voor intensieve zorgen;

6° 10 % van de globale begroting, verminderd met de partiële begrotingen vermeld in 1° en 2°, wordt verdeeld op basis van de permanente fysische aanwezigheid van minstens één medisch laboratoriumtechnoloog in het erkend ziekenhuislaboratorium.

De partiële begrotingen vermeld onder 1° en 2° worden verdeeld voor de helft op basis van de nationale gemiddelde uitgaven per dag en per dienst zoals bepaald in artikel 5, § 2, en voor de helft proportioneel aan de geobserveerde uitgaven inzake klinische biologie.

Art. 5. § 1. De partiële begroting inzake klinische biologie welke verdeeld dient te worden volgens de pathologiegegevens wordt per ziekenhuis verdeeld overeenkomstig de methode die in bijlage is beschreven, met uitzondering voor de psychiatrische diensten en sp-diensten in algemene ziekenhuizen, waarvoor de verdeling gebeurt proportioneel aan de geobserveerde uitgaven inzake klinische biologie.

§ 2. Voor de verdeling van de partiële begroting inzake klinische biologie welke op basis van de nationale gemiddelde uitgaven per dienst wordt verdeeld worden de volgende diensten en dienstengroepen onderscheiden :

1° D1 : de dienst voor diagnose en heelkundige behandeling (C) waaraan de helft van de dienst voor intensieve verzorging (I) wordt toegevoegd en de eenheid voor behandeling van zware brandwonden (Br);

2° D2 : de dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling (D), waaraan de helft van de dienst voor intensieve verzorging (I) wordt toegevoegd, de dienst voor kindergeneeskunde (E), de dienst voor geriatrie en revalidatie (G) en de dienst voor besmettelijke aandoeningen (L);

3° D3 : de kraamdienst in een algemeen ziekenhuis (M), de dienst voor intensieve verzorging van pasgeborenen (NIC) en de functie voor niet intensieve neonatale verzorging (N*);

6° hôpitaux catégoriels : hôpitaux qui ne disposent ni d'un service de diagnostic et de traitement chirurgical (C), ni d'un service de diagnostic et de traitement médical (D), ni d'un service de pédiatrie (E).

§ 2. Pour les hôpitaux fusionnés à partir du 1^{er} janvier de l'année où les honoraires forfaitaires sont d'application, les données des différents hôpitaux sont préalablement cumulées.

Art. 2. Les honoraires forfaitaires par journée d'hospitalisation sont égaux au quotient de la division dont le dividende est le budget des moyens financiers pour la biologie clinique de l'hôpital concerné et le diviseur le nombre de journées d'hospitalisation attribué à l'hôpital en question.

Le budget des moyens financiers pour la biologie clinique est calculé séparément pour chaque hôpital. Il est égal à la somme des quotes-parts dans les budgets partiels visées à l'article 4.

Art. 3. Le budget global pour les honoraires forfaitaires de biologie clinique payés par journée d'hospitalisation pour l'année en cours est fixé par le Conseil général de l'assurance soins de santé.

Art. 4. Sur base du budget global fixé dans l'article 3, des budgets partiels sont définis et répartis sur base des paramètres suivants :

1° Pour l'année d'exercice 2009, 4,245 millions d'euros du budget global sont attribués aux hôpitaux psychiatriques. Ce montant sera augmenté annuellement de 5 %;

2° Pour l'année d'exercice 2009, 2,850 millions d'euros du budget global sont attribués aux hôpitaux catégoriels. Ce montant sera adapté annuellement à l'évolution du budget global de biologie clinique;

3° 40 % du budget global, diminué des budgets partiels mentionnés sous 1° et 2°, sont répartis sur base des données de pathologie dont une partie est isolée en fonction des dépenses observées par groupe de services en matière de biologie clinique pour les hôpitaux et les services mentionnés à l'article 5, § 1^{er}, pour lesquels la méthode décrite à l'annexe n'est pas applicable;

4° 40 % du budget global, diminué des budgets partiels mentionnés sous 1° et 2°, sont répartis sur base des dépenses moyennes nationales par jour et par service;

5° 10 % du budget global, diminué des budgets partiels mentionnés sous 1° et 2°, sont répartis sur base du nombre de lits pour les soins intensifs;

6° 10 % du budget global, diminué des budgets partiels mentionnés sous 1° et 2°, sont répartis sur base de la présence physique permanente d'au moins un technologue de laboratoire médical dans le laboratoire agréé de l'hôpital.

Les budgets partiels mentionnés sous 1° et 2° sont répartis pour la moitié sur base des dépenses moyennes nationales par jour et par service comme stipulé à l'article 5, § 2, et pour la moitié proportionnellement aux dépenses de biologie clinique observées.

Art. 5. § 1^{er}. Le budget partiel de biologie clinique qui doit être réparti selon les données de pathologie est ventilé par hôpital conformément à la méthode décrite en annexe, à l'exception des services psychiatriques et des services Sp dans les hôpitaux généraux, pour lesquels la répartition est effectuée proportionnellement aux dépenses de biologie clinique observées.

§ 2. Pour la répartition du budget partiel de biologie clinique réparti sur base des dépenses moyennes nationales par service, on distingue les services et groupes de services suivants :

1° D1 : le service de diagnostic et de traitement chirurgical (C) auquel on adjoint la moitié de l'unité de soins intensifs (I) et l'unité de traitement de grands brûlés (Br)

2° D2 : le service de diagnostic et de traitement médical (D), auquel on adjoint la moitié de l'unité de soins intensifs (I), le service de pédiatrie (E), le service de gériatrie et de rééducation fonctionnelle (G) et le service des affections infectieuses (L);

3° D3 : le service de maternité dans un hôpital général (M), le service de soins intensifs pour nouveau-nés (NIC) y compris la sous-section des soins néonataux non intensifs (N*);

4° D4 : de dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (K) in psychiatrische ziekenhuizen, de dienst voor neuropsychiatrie (A) in psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische dienst (T) in psychiatrische ziekenhuizen en de dienst gespecialiseerd voor de behandeling en de revalidatie voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten met psychogeriatrische aandoeningen (Sp psychogeriatrisch) in de psychiatrische ziekenhuizen;

5° D5 : de dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (K) in een algemeen ziekenhuis, de dienst voor neuropsychiatrie (A) in een algemeen ziekenhuis en de psychiatrische dienst (T) in een algemeen ziekenhuis;

6° D6 : de dienst gespecialiseerd voor de behandeling en de revalidatie voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten met cardio-pulmonaire aandoeningen (Sp cardio-pulmonair), de dienst gespecialiseerd voor de behandeling en de revalidatie voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten met locomotorische aandoeningen (Sp locomotorisch), de dienst gespecialiseerd voor de behandeling en de revalidatie voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten met neurologische aandoeningen (Sp neurologisch), de dienst gespecialiseerd voor de behandeling en de revalidatie voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten met chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn (Sp palliatief), de dienst gespecialiseerd voor de behandeling en de revalidatie voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten met chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn (Sp polypathologie), de dienst gespecialiseerd voor de behandeling en de revalidatie voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten met psychogeriatrische aandoeningen (Sp psychogeriatrisch) en de dienst gespecialiseerd voor de behandeling en de revalidatie voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten met chronische aandoeningen (Sp chronisch);

7° D7 : de diensten in categorale ziekenhuizen.

De begroting van het ziekenhuis wordt bekomen door het aantal toegewezen verpleegdagen per dienst te vermenigvuldigen met de gemiddelde nationale waarde van de geobserveerde uitgaven inzake klinische biologie per dag in de betrokken dienst, met dien verstande dat voor de dienst voor neuropsychiatrie (A) in psychiatrische ziekenhuizen een onderscheid tussen drie groepen van ziekenhuizen wordt ingevoerd in de berekening van het nationale gemiddelde. Dat onderscheid wordt gemaakt op basis van de gemiddelde verblijfsduur per opname naargelang hij korter is dan 50 dagen, begrepen is tussen 50 en 70 dagen of langer is dan 70 dagen.

§ 3. De verdeling van de partiële begroting inzake klinische biologie van artikel 4, verdeeld op basis van het aantal bedden voor intensieve zorgen, gebeurt door deze partiële begroting te delen door het totaal aantal bedden voor intensieve zorgen, zoals bedoeld in artikel 46, § 2 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, en het bekomen bedrag toe te wijzen aan elk ziekenhuis op basis van het aantal bedden voor intensieve zorgen.

§ 4. De verdeling van de partiële begroting inzake klinische biologie van artikel 4, verdeeld op basis van de permanente fysieke aanwezigheid van medisch laboratoriumtechnologen in het erkende ziekenhuislaboratorium, gebeurt door deze partiële begroting te delen door het totaal aantal verpleegdagen in acute diensten in ziekenhuizen die over de permanente fysieke aanwezigheid van medisch laboratoriumtechnologen in het erkend ziekenhuislaboratorium beschikken en het bekomen bedrag toe te wijzen aan elk ziekenhuis met voornoemde permanente fysieke aanwezigheid op basis van het aantal verpleegdagen in acute diensten. Deze verdeling is niet van toepassing op de psychiatrische ziekenhuizen, op de categorale ziekenhuizen en op de diensten Sp in de algemene ziekenhuizen.

De lijsten met de namen van de medisch laboratoriumtechnologen die de permanente binnen het laboratorium verzekeren worden bij de hoofdgeneesheer ter beschikking gehouden van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

Art. 6. § 1. Bij de berekening van de begroting van financiële middelen voor ieder ziekenhuis, alsook bij het toewijzen van het aantal verpleegdagen aan elk ziekenhuis, wordt rekening gehouden met de evolutie van het aantal bedden per dienst tussen het referentiejaar en 1 januari van het jaar gedurende hetwelk de forfaitaire honoraria van toepassing zijn.

§ 2. De som van de begrotingen die aan de ziekenhuizen worden toegewezen, mag geenszins hoger liggen dan de globale begroting per verpleegdag zoals die is omschreven in artikel 3.

Art. 7. De psychiatrische en categorale ziekenhuizen kunnen het forfaitair honorarium per verpleegdag slechts aanrekenen wanneer het ziekenhuis een unieke overeenkomst heeft gesloten met de inrichtende macht van een laboratorium, dat dag en nacht een permanentie van de verstrekkingen garandeert.

4° D4 : le service de neuropsychiatrie pédiatrique (K) dans les hôpitaux psychiatriques, le service de neuropsychiatrie (A) dans les hôpitaux psychiatriques, le service psychiatrique (T) dans les hôpitaux psychiatriques et le service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destiné à des patients hospitalisés atteints d'affections psychogériatriques (Sp-psychogériatriques) dans les hôpitaux psychiatriques;

5° D5 : le service de neuropsychiatrie pédiatrique (K) dans un hôpital général, le service de neuropsychiatrie (A) dans un hôpital général et le service psychiatrique (T) dans un hôpital général;

6° D6 : le service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinés à des patients hospitalisés atteints d'affections cardio-pulmonaires (Sp-cardio-pulmonaires), le service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinés à des patients hospitalisés atteints d'affections locomotrices (Sp-locomoteurs), le service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinés à des patients hospitalisés atteints d'affections neurologiques (Sp-neurologiques), le service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle chroniques destinés à des patients hospitalisés atteints d'affections chroniques nécessitant des soins palliatifs (Sp-palliatifs), le service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinés à des patients hospitalisés atteints de polypathologies chroniques nécessitant des soins prolongés (Sp-polypathologies), le service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinés à des patients hospitalisés atteints d'affections psychogériatriques (Sp-psychogériatriques) et le service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinés à des patients hospitalisés atteints d'affections chroniques (Sp-chroniques);

7° D7 : les services dans les hôpitaux catégoriels;

Le budget de l'hôpital est obtenu en multipliant le nombre de journées d'hospitalisation attribuées par service par la valeur moyenne nationale des dépenses de biologie clinique observées par jour dans le service concerné, étant entendu que pour le service de neuropsychiatrie (A) dans les hôpitaux psychiatriques, une distinction est introduite entre trois groupes d'hôpitaux dans le calcul de la moyenne nationale. Cette distinction est effectuée sur la base de la durée moyenne de séjour par admission selon que celle-ci est de moins de 50 jours, comprise entre 50 et 70 jours ou de plus de 70 jours.

§ 3. La répartition du budget partiel de biologie clinique de l'article 4 sur base du nombre de lits pour les soins intensifs est effectuée en divisant ce budget partiel par le nombre total de lits pour les soins intensifs au sens de l'article 46, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, et en attribuant le montant obtenu à chaque hôpital sur base du nombre de lits pour les soins intensifs.

§ 4. La répartition du budget partiel de biologie clinique de l'article 4 sur base de la présence physique permanente des technologues de laboratoire médical dans le laboratoire agréé de l'hôpital est effectuée en divisant ce budget partiel par le nombre total de journées d'hospitalisation dans les services aigus d'hôpitaux disposant de la présence physique permanente des technologues de laboratoire médical dans le laboratoire agréé de l'hôpital, et en attribuant le montant obtenu à chaque hôpital ayant la présence physique permanente précitée sur base du nombre de journées d'hospitalisation dans les services aigus. Cette répartition n'est pas applicable aux hôpitaux psychiatriques, aux hôpitaux catégoriels et aux services Sp dans les hôpitaux généraux.

Les listes des noms des technologues de laboratoire médical qui assurent la permanence au sein du laboratoire seront tenues par le médecin en chef à la disposition du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Art. 6. § 1^{er}. Lors du calcul du budget des moyens financiers de chaque hôpital et lors de l'attribution du nombre de journées d'hospitalisation à chaque hôpital, il est tenu compte de l'évolution de son nombre de lits par service entre l'année de référence et le 1^{er} janvier de l'année durant laquelle les honoraires forfaitaires sont en application.

§ 2. La somme des budgets individuels attribués aux hôpitaux ne peut en aucun cas excéder le budget global par journée d'hospitalisation tel que défini à l'article 3.

Art. 7. Les hôpitaux psychiatriques et catégoriels peuvent attester les honoraires forfaitaires par journée d'hospitalisation uniquement lorsque l'hôpital a conclu une convention unique avec le pouvoir organisateur d'un laboratoire, qui assure jour et nuit une permanence des prestations.

Art. 8. De Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering is ermee belast het forfaitair honorarium per verpleegdag voor ieder afzonderlijk ziekenhuis vast te stellen.

Hij stelt het betrokken ziekenhuis en de verzekeringsinstellingen ten laatste op 1 mei in kennis van de hiervoren vermelde bedragen. Vanaf de datum waarop het bedrag van de forfaitaire honoraria is meege-deeld, hebben de ziekenhuizen, op straffe van onontvankelijkheid, 30 dagen tijd om eventueel hun opmerkingen bij hogergenoemde Dienst terzake te formuleren.

Elke betwisting betreffende de toegekende forfaits wordt voorgelegd aan het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

De Dienst voor geneeskundige verzorging is belast met de uitvoering van de in het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging genomen beslissing.

Art. 9. Het koninklijk besluit van 18 oktober 2002 tot uitvoering van artikel 57 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de berekeningsregels voor de per verpleegdag betaalde forfaitaire honoraria inzake klinische biologie gewijzigd bij het koninklijk besluit van 7 mei 2004, wordt opgeheven.

Art. 10. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2009.

Art. 11. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 12 november 2008.

ALBERT

Van Koningswege :

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

Art. 8. Le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité est chargé de fixer, pour chaque hôpital, les honoraires forfaitaires par journée d'hospitalisation.

Il informe, le 1^{er} mai au plus tard, l'hôpital concerné et les organismes assureurs des montants précités. A partir de la date de communication du montant des honoraires forfaitaires, les hôpitaux disposent, sous peine d'irrecevabilité, de 30 jours pour formuler éventuellement leurs remarques en la matière au Service susvisé.

Toute contestation relative aux forfaits alloués peut être soumise au Comité de l'assurance soins de santé.

Le Service des soins de santé est chargé de l'exécution de la décision prise par le Comité de l'assurance soins de santé.

Art. 9. L'arrêté royal du 18 octobre 2002 portant exécution de l'article 57 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les règles de calcul des honoraires forfaitaires de biologie clinique payés par journée d'hospitalisation, modifié par l'arrêté royal du 7 mai 2004, est abrogé.

Art. 10. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

Art. 11. Notre Ministre des Affaires sociales et de la santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 12 novembre 2008.

ALBERT

Par le Roi :

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

Bijlage : Regels voor de berekening van de begroting van financiële middelen per ziekenhuis op basis van pathologiegegevens (artikel 5, § 1)

Begrippen en afkortingen :

- Rijksinstituut : het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;
- FOD Volksgezondheid : de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu;
- MKG-MFG data : de minimale klinische en minimale financiële gegevens zoals ingezameld door de Technische cel voor de verwerking van de gegevens met betrekking tot de ziekenhuizen, opgericht bij de FOD Volksgezondheid en het Rijksinstituut door de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen;
- APR-DRG classificatie : de classificatie van patienten in diagnosegroepen zoals beschreven in het handboek « All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manual, version 15.0 »;
- severity klasse : opdeling van APR-DRG in 4 klassen volgens de ernst van de aandoening zoals beschreven in voornoemd handboek;
- case-mix van een ziekenhuis : het aantal verblijven per APR-DRG, per severity klasse, per jaar.

1. Bepaling van de partiële begroting die wordt verdeeld op basis van de pathologiegegevens

De partiële begroting die wordt verdeeld op basis van pathologiegegevens is gelijk aan 40 % van de globale begroting, bedoeld in artikel 3, waarvan een gedeelte wordt afgezonderd op basis van de geobserveerde uitgaven per dienstengroep inzake klinische biologie voor de in artikel 5, § 1, vermelde ziekenhuisdiensten.

2. Bepaling van de klinische biologie indexen per APR-DRG

De Technische cel berekent jaarlijks vóór 1 april de klinische biologie indexen voor de prestaties inzake klinische biologie die op forfaitaire basis vergoed worden. Deze berekening wordt uitgevoerd op de landelijke MKG-MFG data van het meest recent beschikbare jaar. De klinische biologie indexen zijn gelijk aan de verhouding van de gemiddelde uitgaven per verblijf per APR-DRG en per severity klasse voor de prestaties inzake klinische biologie tot de gemiddelde uitgaven per verblijf voor alle APR-DRG's en severity klassen samen.

De gemiddelde uitgaven per verblijf per APR-DRG en per severity klasse wordt bepaald na weglating van de outliers. De outliers zijn de verblijven met uitgaven voor prestaties inzake klinische biologie die groter zijn dan $Q3 + 2x(Q3 - Q1)$, waarbij Q1, Q2 en Q3 de waarden vertegenwoordigen van het eerste, tweede en derde kwartiel van de verdeling van voornoemde uitgaven.

Indien voor een bepaalde APR-DRG er voor de vier severity klassen minder dan 80 verblijven aanwezig zijn in de nationale databank, dan worden deze verblijven samengenomen en wordt er slechts één klinische biologie index berekend. Indien voor een bepaalde APR-DRG er voor de severity klassen 1 en 2 samen minder dan 40 verblijven aanwezig zijn in de nationale databank, dan worden deze verblijven samengenomen en wordt er voor severity klasse 1 en 2 slechts één klinische biologie index berekend. Idem voor severity klassen 3 en 4. Indien voor een bepaalde APR-DRG in een severity klasse minder dan 10 verblijven aanwezig zijn in de nationale databank, dan wordt het aantal verblijven van deze severity klasse samengenomen met de naburige severity klasse op de volgende wijze : klasse 1 + klasse 2 of klasse 3 + klasse 4.

3. Berekening van de begroting van het ziekenhuis

De begroting van het ziekenhuis wordt berekend op basis van de klinische biologie indexen uit punt 2 en de meest recent beschikbare case-mix van het ziekenhuis. In de case-mix van de ziekenhuizen wordt een onderscheid gemaakt naargelang een verblijf als oncologisch wordt gedefiniëerd. Een verblijf wordt als oncologisch gedefiniëerd wanneer de hoofddiagnose van het verblijf één van de volgende ICD-9-CM codes bevat :

- 140 t.e.m. 149 : malignant neoplasm of lip, oral cavity and pharynx
- 150 t.e.m. 159 : malignant neoplasm of digestive organs and peritoneum
- 160 t.e.m. 165 : malignant neoplasm of respiratory and intrathoracic organs
- 170 t.e.m. 176 : malignant neoplasm of bone, connective tissue, skin, and breast
- 179 t.e.m. 189 : malignant neoplasm of genitourinary organs
- 190 t.e.m. 199 : malignant neoplasm of other and unspecified sites
- 200 t.e.m. 208 : malignant neoplasm of lymphatic and hematopoietic tissue
- 230 t.e.m. 234 : carcinoma in situ
- 235 t.e.m. 238 : neoplasms of uncertain behavior
- 239 : neoplasms of unspecified nature
- 259.2 : carcinoid syndrome
- 377.51 : Disorders of optic chiasm associated with pituitary neoplasms and disorders
- 377.52 : Disorders of optic chiasm associated with other neoplasms
- 377.61 : Disorders of other visual pathways associated with neoplasms
- 377.71 : Disorders of visual cortex associated with neoplasms
- 446.3 : lethal midline granuloma
- 960.7 : poisoning by antineoplastic antibiotics
- 963.1 : poisoning by primary systemic agents : antineoplastic and immunosuppressive drugs
- V58.0 : radiotherapy
- V58.1 : chemotherapy.

Deze case-mix-gegevens worden meegegeed door de FOD Volksgezondheid uiterlijk op 1 april voor het betreffend dienstjaar.

De berekening van de begroting van het ziekenhuis gebeurt door, per APR-DRG en severity klasse, het product te maken van het aantal verblijven in betreffend ziekenhuis en de klinische biologie index, met dien verstande dat voor de oncologische verblijven de klinische biologie index vermenigvuldigd wordt met 1,85 :

$$KBI_h = \sum_{xy} (V_{h,xy} * KBI_{xy}) + \sum_{xy} (VO_{h,xy} * KBI_{xy} * 1,85)$$

waarbij :

KBI_h = de klinische biologie index van ziekenhuis h;

$V_{h,xy}$ = het aantal niet-oncologische verblijven in ziekenhuis h met APR-DRG-code x, severity-graad y;

$VO_{h,xy}$ = het aantal oncologische verblijven in ziekenhuis h met APR-DRG-code x, severity-graad y;

KBI_{xy} = de klinische biologie index voor APR-DRG-code x, severity-graad y.

De begroting van het ziekenhuis is gelijk aan het product van de klinische biologie index van elk ziekenhuis en het quotiënt van de voorziene partiële begroting en de som van de klinische biologie indexen van alle ziekenhuizen :

$$E_h = KBI_h * \frac{B}{\sum_i KBI_i}$$

waarbij :

E_h = de enveloppe van het ziekenhuis h;

KBI_h = de klinische biologie index van ziekenhuis h;

B = de partiële begroting in toepassing van artikel 4 van het besluit;

$\sum_i KBI_i$ = de som van de klinische biologie indexen van de ziekenhuizen.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 12 november 2008 tot uitvoering van artikel 57, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de berekeningsregels voor de per verpleegdag betaalde forfaitaire honoraria inzake klinische biologie.

ALBERT

Van Koningswege :

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

Annexe : Règles en vue du calcul du budget des moyens financiers par hôpital
sur base des données de pathologie (article 5, § 1^{er})

Notions et abréviations :

- Institut national : l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;
- SPF Santé Publique : le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement;
- RCM-RFM : le résumé clinique minimum et le résumé clinique financier tels qu'ils ont été constitués par la Cellule technique en vue du traitement des données relatives aux hôpitaux, instituée auprès du SPF Santé Publique et de l'Institut national par la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales;
- classification APR-DRG : la classification de patients dans des groupes de diagnostic comme il a été décrit dans le manuel "All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manual, version 15.0";
- classe de sévérité : ventilation des APR-DRG en 4 classes selon la gravité de l'affection comme décrit dans le manuel précité;
- case-mix d'un hôpital : le nombre de séjours par APR-DRG, par classe de sévérité, par année;

1. Détermination du budget partiel qui est réparti sur base des données de pathologie

Le budget partiel qui est réparti sur base des données de pathologie est égal à 40 % du budget global, visé à l'article 3, dont une partie est isolée en fonction des dépenses observées par groupe de services en matière de biologie clinique pour les hôpitaux et les services mentionnés à l'article 5, § 1^{er}.

2. Détermination de la biologie clinique par APR-DRG

La Cellule technique calcule chaque année, avant le 1^{er} avril, les indices de biologie clinique pour les prestations de biologie clinique qui sont remboursées sur une base forfaitaire. Ce calcul est effectué sur base des RCM-RFM nationaux de l'année la plus récente disponible.

Les indices de biologie clinique sont égaux au rapport entre les dépenses moyennes par séjour par APR-DRG et par classe de sévérité pour les prestations de biologie clinique et les dépenses moyennes par séjour pour tous les APR-DRG et classes de sévérité confondus.

Les dépenses moyennes par séjour par APR-DRG et par classe de sévérité sont déterminées après omission des données aberrantes (outliers). Les données aberrantes sont les séjours dont les dépenses en matière de prestations de biologie clinique sont supérieures à $Q3 + 2x(Q3 - Q1)$, où $Q1$, $Q2$ et $Q3$ représentent respectivement les valeurs des premier, deuxième et troisième quartiles de la distribution desdites dépenses.

Si pour un APR-DRG déterminé et pour les quatre classes de sévérité moins de 80 séjours sont présents dans la banque de données nationale, ces séjours s'additionnent et un seul indice de biologie clinique est calculé. Si pour un APR-DRG déterminé, la banque de données nationale compte moins de 40 séjours pour les classes de sévérité 1 et 2 confondus, ces séjours sont additionnés et un seul indice de biologie clinique est calculé pour les classes de sévérité 1 et 2. Il en va de même pour les classes 3 et 4. Si pour un APR-DRG déterminé la banque de données nationale compte moins de 10 séjours dans une classe de sévérité, le nombre de séjours de cette classe de sévérité est réuni avec la classe de sévérité voisine de la façon suivante : classe 1 + classe 2 ou classe 3 + classe 4.

3. Calcul du budget de l'hôpital

Le budget de l'hôpital est calculé sur base des indices de biologie clinique du point 2 et du plus récent case-mix disponible de l'hôpital. Dans le case-mix des hôpitaux une distinction est faite si un séjour est défini comme oncologique. Un séjour est défini comme oncologique si le diagnostic principal contient un des codes ICD-9-CM suivants :

- 140 jusqu'au 149 : malignant neoplasm of lip, oral cavity and pharynx
- 150 jusqu'au 159 : malignant neoplasm of digestive organs and peritoneum
- 160 jusqu'au 165 : malignant neoplasm of respiratory and intrathoracic organs
- 170 jusqu'au 176 : malignant neoplasm of bone, connective tissue, skin, and breast
- 179 jusqu'au 189 : malignant neoplasm of genitourinary organs
- 190 jusqu'au 199 : malignant neoplasm of other and unspecified sites
- 200 jusqu'au 208 : malignant neoplasm of lymphatic and hematopoietic tissue
- 230 jusqu'au 234 : carcinoma in situ
- 235 jusqu'au 238 : neoplasms of uncertain behavior
- 239 : neoplasms of unspecified nature
- 259.2 : carcinoid syndrome
- 377.51 : Disorders of optic chiasm associated with pituitary neoplasms and disorders
- 377.52 : Disorders of optic chiasm associated with other neoplasms
- 377.61 : Disorders of other visual pathways associated with neoplasms
- 377.71 : Disorders of visual cortex associated with neoplasms
- 446.3 : lethal midline granuloma
- 960.7 : poisoning by antineoplastic antibiotics
- 963.1 : poisoning by primary systemic agents : antineoplastic and immunosuppressive drugs
- V58.0 : radiotherapy
- V58.1 : chemotherapy.

Les données relatives au case-mix sont communiquées par le SPF Santé Publique au plus tard le 1^{er} avril avant l'exercice concerné.

Le calcul du budget de l'hôpital est obtenu en multipliant, par APR-DRG et classe de sévérité, le nombre de séjours dans l'hôpital en question par l'indice de biologie clinique, étant entendu que pour les séjours oncologiques l'indice de biologie clinique est multiplié par 1,85 :

$$IBC_h = \sum_{xy} (S_{h,xy} * IBC_{xy}) + \sum_{xy} (SO_{h,xy} * IBC_{xy} * 1,85)$$

où :

- IBC_h = l'indice de biologie clinique de l'hôpital h ;
 $S_{h,xy}$ = le nombre de séjours non-oncologiques dans l'hôpital h ayant le code APR-DRG x et le grade de sévérité y ;
 $SO_{h,xy}$ = le nombre de séjours oncologiques dans l'hôpital h ayant le code APR-DRG x et le grade de sévérité y ;
 IBC_{xy} = l'indice de biologie clinique pour le code APR-DRG x et le grade de sévérité y.

Le budget de l'hôpital est égal au produit de l'indice de biologie clinique de chaque hôpital par le quotient du budget partiel prévu et la somme des indices de biologie clinique de tous les hôpitaux :

$$E_h = IBC_h * \frac{B}{\sum_i IBC_i}$$

où :

- E_h = l'enveloppe de l'hôpital h ;
 IBC_h = l'indice de biologie clinique de l'hôpital h ;
 B = le budget partiel en vertu de l'article 4 de l'arrêté ;
 $\sum_i IBC_i$ = la somme des indices de biologie clinique des hôpitaux.

Vu pour être joint à Notre arrêté du 12 novembre 2008 portant exécution de l'article 57, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les règles de calcul des honoraires forfaitaires de biologie clinique payés par journée d'hospitalisation.

ALBERT

Par le Roi :

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

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
 SOCIALE ZEKERHEID

N. 2008 — 4150

[C - 2008/22599]

12 NOVEMBER 2008. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 6 maart 2007 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van artikel 35bis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

ALBERT II, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 37, § 14ter, derde lid, ingevoegd bij de wet van 24 december 2002;

Gelet op het koninklijk besluit van 6 maart 2007 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van artikel 35bis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 23 mei 2008;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 4 juni 2008;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 24 september 2008.

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 10 maart 2008;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, artikel 3, § 1;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

SERVICE PUBLIC FEDERAL
 SECURITE SOCIALE

F. 2008 — 4150

[C - 2008/22599]

12 NOVEMBRE 2008. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 6 mars 2007 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations de l'article 35bis de la nomenclature des prestations de santé

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 37, § 14ter, alinéa 3, inséré par la loi du 24 décembre 2002;

Vu l'arrêté royal du 6 mars 2007 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations de l'article 35bis de la nomenclature des prestations de santé;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 23 mai 2007;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 4 juin 2008;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 24 septembre 2008;

Vu l'accord du Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 10 mars 2008;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, l'article 3, § 1er;

Vu l'urgence;