

**WET BETREFFENDE DE GEBUNDELDE
FINANCIERING VAN DE
ZIEKENHUISACTIVITEITEN**

FILIP, KONING DER BELGEN,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze
Groet.**Hoofdstuk 1 – Algemene bepaling****Art. 1.** Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.**Hoofdstuk 2 – Definities****Art. 2.** Voor de toepassing van deze wet en de uitvoeringsbesluiten ervan wordt verstaan onder :

1° de gecoördineerde wet van 14 juli 1994: de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° de gecoördineerde wet van 10 juli 2008: de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen;

3° het Instituut: het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

4° de Technische cel: de technische cel bedoeld in artikel 155 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen;

5° rechthebbende: iedere persoon die aanspraak kan maken op de in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vastgestelde prestaties;

6° MZG-AZV-gegevens: minimale ziekenhuisgegevens en anonieme ziekenhuisverblijven, zoals die door de Technische cel aan elkaar zijn gekoppeld;

7° Verzekeringscomité: het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 21 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;

8° patiëntengroep: een groep van patiënten, bepaald door de Koning, voor dewelke de kosten die vereist zijn voor de diagnostiek en de behandeling van eenzelfde pathologiegroep vergelijkbaar zijn;

9° budget van financiële middelen: het budget van financiële middelen bedoeld in artikel 95 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008.

**LOI RELATIVE AU FINANCEMENT GROUPE
DES ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES**

PHILIPPE, ROI DES BELGES,

A tous, présents et à venir, salut.

Chapitre 1^{er} – Disposition générale**Art. 1^{er}** La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.**Chapitre 2 – Définitions****Art. 2.** Pour l'application de la présente loi et de ses arrêtés d'exécution, on entend par :

1° la loi coordonnée du 14 juillet 1994 : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994;

2° la loi coordonnée du 10 juillet 2008 : la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins;

3° l'Institut : l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

4° la Cellule technique : la Cellule technique visée à l'article 155 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales;

5° bénéficiaire : toute personne qui peut faire appel aux prestations prévues par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ;

6° données RHM-SHA : les données du résumé hospitalier minimum et les données du séjour hospitalier anonyme telles qu'elles sont couplées par la Cellule technique ;

7° Le Comité de l'assurance : le Comité de l'assurance soins de santé visé à l'article 21 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ;

8° groupe de patients : un groupe de patients déterminé par le Roi pour lesquels les coûts de diagnostic et de traitement pour un même groupe de pathologie sont équivalents ;

9° budget des moyens financiers : le budget des moyens financiers visé à l'article 95 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008.

Hoofdstuk 3 – Globaal prospectief bedrag per opname

Art. 3. In afwijking van de bepalingen van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 en hun uitvoeringsbesluiten wordt een globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis toegepast met betrekking tot de patiëntengroepen bedoeld in artikel 6 en waarvoor een verstrekking is verricht waarvoor op de datum van inwerkingtreding van deze wet krachtens artikel 53 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht is. In het globaal prospectief bedrag zijn begrepen de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 4 en het budget van financiële middelen bedoeld in artikel 5, voor zover dat het betrekking heeft op de voornoemde patiëntengroepen. Het globaal prospectief bedrag per opname dekt alle kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden zijn aan de opname in een ziekenhuis en de uitvoering van de in artikel 4 bedoelde geneeskundige verstrekkingen voor de bedoelde patiëntengroepen.

Het globaal prospectief bedrag per opname is niet van toepassing voor de opnames in een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (Sp). De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de toepassing van het globaal prospectief bedrag per opname uitbreiden tot de verstrekkingen die gerelateerd zijn aan de opname maar die worden verleend gedurende een door Hem te bepalen periode vóór en/of na de opname.

Art. 4. Het globaal prospectief bedrag per opname, bedoeld in artikel 3, dekt de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en de bedragen die zijn vastgesteld in de overeenkomsten bedoeld in artikel 46 van dezelfde wet. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, bepalen dat bepaalde van de voormelde geneeskundige verstrekkingen en bedragen niet worden gedekt door het globaal prospectief bedrag per opname. De Koning kan specifieke forfaitaire honoraria voorzien voor bepaalde verstrekkingen. Hij kan ook bepalen dat de verstrekkingen waarop een specifiek forfaitair honorarium van toepassing is slechts voor een door Hem nader te bepalen gedeelte door het forfaitair honorarium worden vergoed.

Art. 5. De Koning stelt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de nadere regels vast

Chapitre 3 – Montant global prospectif par admission

Art. 3. Par dérogation aux dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 et de leurs arrêtés d'exécution, un montant global prospectif par admission dans un hôpital est appliqué aux groupes de patients visés à l'article 6 et pour lesquels est exécutée une prestation à laquelle à la date d'entrée en vigueur de la présente loi est applicable le régime du tiers payant obligatoire en vertu de l'article 53 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Dans le montant global prospectif par admission sont compris les interventions pour les prestations de santé visées à l'article 4 et le budget des moyens financiers visé à l'article 5, pour autant qu'il concerne les groupes de patients précités. Le montant global prospectif couvre tous les coûts qui sont liés directement ou indirectement à l'admission dans un hôpital et à l'exécution des prestations de santé visées à l'article 4 pour les groupes de patients visés.

Le montant global prospectif par admission n'est pas d'application pour les admissions dans un service spécialisé pour le traitement et la revalidation (Sp). Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre l'application du montant global prospectif par admission aux prestations qui sont liées à l'admission mais qui sont exécutées pendant une période déterminée par Lui avant et/ou après l'admission.

Art. 4. Le montant global prospectif par admission, visé à l'article 3, couvre les prestations de santé visées à l'article 34 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et les montants qui sont établis dans les conventions visées à l'article 46 de la même loi. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, prévoir que certaines des prestations de santé susvisées et montants ne sont pas couverts par le montant global prospectif par admission. Le Roi peut prévoir un honoraire forfaitaire spécifique pour certaines prestations. Il peut également prévoir que les prestations pour lesquelles un honoraire forfaitaire spécifique est d'application ne sont couvertes par l'honoraire forfaitaire que pour une partie à déterminer par Lui.

Art. 5. Le Roi fixe par arrêté délibéré en Conseil des Ministres les règles précises par lesquelles le

volgens dewelke het budget van financiële middelen wordt opgenomen in het globaal prospectief bedrag per opname, bedoeld in artikel 3.

Art. 6. De Koning stelt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van het Verzekeringscomité, de lijst vast van patiëntengroepen waarvoor het globaal prospectief bedrag per opname wordt toegepast. Een patiëntengroep kan worden ingeschreven op de lijst voor zover het gaat om opnames die een standaardproces van zorg vereisen dat weinig verschilt tussen patiënten en tussen ziekenhuizen.

Art. 7. Het Instituut berekent periodiek het globaal prospectief bedrag per opname voor elk van de in artikel 6 bedoelde patiëntengroepen op basis van de MZG-AZV-gegevens die worden bezorgd door de Technische cel en deelt dit mee aan de ziekenhuizen. De Koning stelt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van het Verzekeringscomité, de nadere regels vast betreffende de berekening en de facturatie van het globaal prospectief bedrag per opname. De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de nadere regels voor de indexering van het globaal prospectief bedrag per opname.

Het Instituut deelt aan de ziekenhuizen het deel van het globaal prospectief bedrag per opname mee dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt en het deel dat het budget financiële middelen vertegenwoordigt. Het Instituut deelt aan de ziekenhuizen ook de gedetailleerde verdeling tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen mee van het deel van het globaal prospectief bedrag per opname dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt. De honoraria begrepen in het globaal prospectief bedrag worden aan de artsen en andere zorgverleners overgemaakt overeenkomstig de verdeling meegedeeld door het Instituut en onverminderd de toepassing van artikel 144 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008.

Het globaal prospectief bedrag per opname berekend voor het jaar T is van toepassing voor alle opnames die een aanvang nemen na 31 augustus van het jaar T en vóór 1 september van het jaar T+1 en wordt vóór 1 augustus van het jaar T bekendgemaakt via een bericht in het Belgisch Staatsblad en door het Instituut meegedeeld aan de ziekenhuizen.

budget des moyens financiers est repris dans le montant global prospectif par admission visé à l'article 3.

Art. 6. Le Roi fixe par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, la liste des groupes de patients pour lesquels le montant global prospectif par admission est appliqué. Un groupe de patient peut être inscrit sur la liste pour autant qu'il s'agisse d'admissions qui exigent un processus standard qui se différencie peu entre patients et entre hôpitaux.

Art. 7 L'Institut calcule périodiquement et communique aux hôpitaux le montant global prospectif par admission pour chacun des groupes de patients visés à l'article 6 sur base des données RHM-SHA qui sont transmises par la Cellule technique. Le Roi fixe par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les règles complémentaires concernant le calcul et la facturation du montant global prospectif par admission. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les règles complémentaires pour l'indexation du montant global prospectif par admission.

L'Institut communique aux hôpitaux la partie du montant global prospectif par admission que l'intervention pour les prestations de santé représente et la partie que le budget des moyens financiers représente. L'Institut communique également aux hôpitaux la répartition détaillée entre les différentes prestations de santé de la partie du montant global prospectif par admission que l'intervention pour les prestations de santé représente. Les honoraires compris dans le montant global prospectif sont attribués aux médecins et aux autres dispensateurs de soins conformément à la répartition communiquée par l'Institut et sans préjudice de l'article 144 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008.

Le montant global prospectif par admission calculé pour l'année T est d'application pour toutes les admissions qui débutent après le 31 août de l'année T et avant le 1^{er} septembre de l'année T+1 et est publié avant le 1^{er} août de l'année T par communiqué dans le Moniteur belge et est communiqué par l'Institut aux hôpitaux.

Hoofdstuk 4 – Wijzigingsbepalingen en slotbepaling

Art. 8. In artikel 37 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 wordt paragraaf 22, ingevoegd bij de wet van 27 december 2005 en opgeheven bij de wet van 19 december 2008, hersteld als volgt:

“§ 22. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, een forfaitair persoonlijk aandeel vaststellen voor de verstrekkingen die worden vergoed via het globaal prospectief bedrag per opname, bedoeld in de wet van XXX betreffende de gebundelde financiering van de ziekenhuisactiviteiten. Het persoonlijk aandeel bestaat in een vast bedrag per opname dat geldt voor alle of bepaalde patiëntengroepen bedoeld in artikel 6 van de voornoemde wet, of in een vast bedrag per opname per patiëntengroep.

Dit persoonlijk aandeel kan verschillend zijn naargelang de rechthebbenden al dan niet genieten van de verhoogde verzekerings-tegemoetkoming bedoeld in § 19.”

Art. 9. Artikel 56ter van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, ingevoegd bij de wet van 22 augustus 2002, vervangen bij de wet van 19 december 2008 en gewijzigd bij de wetten van 10 december 2009, 19 maart 2013 en 10 april 2014, wordt opgeheven.

Art. 10. In artikel 151 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, gewijzigd bij de wet van 18 december 2016, worden het tweede tot het vijfde lid opgeheven.

Art. 11. In artikel 152 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 wordt paragraaf 6, opgeheven bij de wet van 7 februari 2014, hersteld als volgt:

“§ 6. De paragrafen 1 tot en met 5 zijn eveneens van toepassing voor de verstrekkingen die worden gedekt door het globaal prospectief bedrag per opname, bedoeld in de wet van XXX betreffende de gebundelde financiering van de ziekenhuisactiviteiten. De berekeningsbasis voor de supplementen is samengesteld uit de honorariawaarde van de verstrekkingen die effectief werden verricht. Behoudens in de bijzondere situaties vastgesteld door de Koning kan de berekeningsbasis in beginsel niet hoger liggen dan het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag.”

Art. 12. In artikel 154ter, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, ingevoegd bij de wet van 22 augustus 2002 en gewijzigd bij de

Chapitre 4 -Dispositions modificative et finales

Art. 8. A l'article 37 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, le paragraphe 22, inséré par la loi du 27 décembre 2005 et abrogé par la loi du 19 décembre 2008 est rétabli comme suit :

« § 22. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer une intervention personnelle forfaitaire pour les prestations qui sont remboursées via le montant global prospectif par admission visé par la loi du XXX relative au financement groupé des activités hospitalières. L'intervention personnelle consiste en un montant fixe par admission qui vaut pour tous ou certains groupes de patients visés à l'article 6 de la loi susvisée ou en un montant fixe par admission par groupe de patients.

Cette intervention personnelle peut être différente selon que le bénéficiaire bénéficie ou non de l'intervention majorée visée au § 19. »

Art. 9. L'article 56ter de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, inséré par la loi du 22 août 2002, remplacé par la loi du 19 décembre 2009 et modifié par les lois du 10 décembre 2000, 19 mars 2013 et 10 avril 2014 est abrogé.

Art. 10. Dans l'article 151 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, modifié par la loi du 18 décembre 2016, les alinéas 2 à 5 sont abrogés.

Art. 11. A l'article 152 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 le paragraphe 6 abrogé par la loi du 7 février 2014 est rétabli comme suit :

« § 6. Les paragraphes 1 à 5 sont également d'application pour les prestations qui sont couvertes par le montant global prospectif par admission visé par la loi du XXX relative au financement groupé des activités hospitalières. . La base de calcul pour les suppléments est constituée de la valeur des honoraires des prestations qui ont été effectivement réalisées. Sauf dans des situations particulières fixées par le Roi, la base de calcul ne peut en principe être supérieur à la partie honoraire du montant prospectif global allouée. »

Art. 12. Dans l'article 154ter de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, inséré par la

wet van 24 december 2002, wordt de bepaling onder 2° opgeheven.

Art. 13. Het koninklijk besluit van 18 december 2012 tot uitvoering van het artikel 56ter, § 1, en § 11, 2°, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat de referentiebedragen per opneming betreft, wordt opgeheven.

Art. 14. Het koninklijk besluit van 14 september 2016 houdende uitvoering van artikel 156bis, eerste lid, eerste zin, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, met betrekking tot de wijze waarop de verzekeringsinstellingen aan de technische cel de noodzakelijke informatie meedelen voor de koppeling van de gegevens die dienen als grondslag voor de referentiebedragen en de ambulante verstrekkingen uitgevoerd tijdens de carensperiode, wordt opgeheven.

Art. 15. Deze wet treedt in werking op 1 september 2018.

De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de datum vanaf wanneer de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 4°bis, 5°, b) tot e), 6° en 20°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, de bedragen die zijn vastgesteld in de overeenkomsten bedoeld in artikel 46 van dezelfde wet en het budget van financiële middelen worden opgenomen in het globaal prospectief bedrag per opname.

Art. 16. De bepalingen die worden opgeheven door de artikelen 9, 10, 12, 13 en 14 blijven van toepassing voor de opnames die worden beëindigd vóór 1 januari 2018.

loi du 22 août 2002 et modifié par la loi du 24 décembre 2002 le 2° est abrogé.

Art. 13. L'arrêté royal du 18 décembre 2012 portant exécution de l'article 56ter, § 1er, et § 11, 2°, alinéa 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour ce qui concerne les montants de référence par admission, est abrogé.

Art. 14. L'arrêté royal du 14 septembre 2016 portant exécution de l'article 156bis, alinéa 1er, première phrase, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, en ce qui concerne les modalités selon lesquelles les organismes assureurs sont tenus de transmettre à la cellule technique les informations nécessaires au couplage des données qui servent de base pour les montants de référence et les prestations ambulatoires réalisées au cours de la période de carence, est abrogé.

Art. 15. La présente loi entre en vigueur le 1^{er} septembre 2018.

Le Roi fixe par arrêté délibéré en Conseil des ministres la date à partir de laquelle les prestations de santé visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 4°bis, 5°, b) à e), 6° et 20°, les montants qui sont établis dans les conventions visées à l'article 46 de la même loi et le budget des moyens financiers sont repris dans le montant global prospectif par admission.

Art. 16 Les dispositions abrogées par les articles 9, 10, 12, 13 et 14 restent d'application pour les admissions qui prennent fin avant le 1^{er} janvier 2018.

Art. 17. In afwijking van artikel 11 kan de berekeningsbasis voor de supplementen tot 31 december 2019, behoudens in de bijzondere situaties vastgesteld door de Koning, in beginsel niet hoger liggen dan 115 pct. van het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag.

Art. 17. Par dérogation à l'article 11, la base de calcul des suppléments jusqu'au 31 décembre 2019 ne peut, à l'exception des cas particuliers déterminés par le Roi, en principe pas dépasser 115 p.c. de la partie représentant les honoraires du montant prospectif global.

...

, ...

...

, le ...

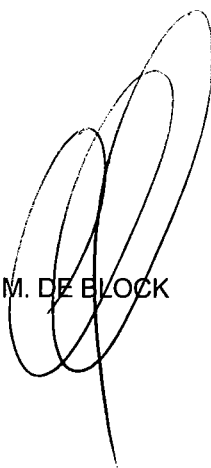
VAN KONINGSWEGE :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

PAR LE ROI :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé
publique,

M. DE BLOCK

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long vertical stroke extending downwards.

WET BETREFFENDE DE GEBUNDELDE FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUISACTIVITEITEN	LOI RELATIVE AU FINANCEMENT GROUPÉ DES ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES
<p>Overeenkomstig de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen blijft de federale overheid o.m. bevoegd voor de organieke wetgeving betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen en de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving. De federale overheid blijft eveneens bevoegd voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering. In uitvoering daarvan voorziet deze wet een globaal prospectief bedrag per opname voor de financiering van bepaalde ziekenhuisactiviteiten. De geïsoleerde G-diensten (revalidatie van geriatrische patiënten) en Sp-diensten (gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie) zijn bij de zesde staatshervorming integraal overgedragen aan de gemeenschappen. Het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis is dus niet van toepassing voor de opnames in geïsoleerde G-diensten en Sp-diensten.</p>	<p>Conformément à la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, l'autorité fédérale reste compétente e.a. pour la législation organique relative aux prestations de soins dans et en dehors des institutions de soins ainsi que le financement de l'exploitation quand celle-ci est réglée par la législation organique. L'autorité fédérale reste également compétente pour l'assurance maladie-invalidité. En exécution de ceci, la présente loi prévoit un montant global prospectif par admission pour le financement de certaines activités hospitalières. Les services G isolés (revalidation de patients gériatriques) et les services Sp (services spécialisés pour le traitement et la revalidation) sont intégralement transférés aux communautés dans le cadre de sixième réforme de l'Etat. Le montant global prospectif par admission à l'hôpital n'est donc pas d'application pour les admissions dans les services G et Sp isolés.</p>
<p>De ziekenhuizen worden momenteel op verschillende manieren gefinancierd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de niet-medische activiteiten worden vergoed via het budget van financiële middelen, - de medische activiteiten worden in het algemeen vergoed per prestatie op basis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, - voor een selectie van veel voorkomende en minder ernstige pathologieën wordt het systeem van de referentiebedragen toegepast, - voor de meeste farmaceutische specialiteiten bestaat sinds 2006 een systeem van forfaitaire vergoeding per opname, ongeacht het reële gebruik. Bepaalde farmaceutische specialiteiten zijn uitgesloten van dit forfaitair systeem en worden vergoed per toegediende farmaceutische eenheid. 	<p>Les hôpitaux sont actuellement financés de différentes manières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les activités non médicales sont remboursées via le budget des moyens financiers, - les activités médicales sont en général remboursées par prestation sur base de la nomenclature des prestations de santé, - pour une sélection de pathologies courantes et moins sévères le système des montants de référence est appliqué, - pour la plupart des spécialités pharmaceutiques, il existe depuis 2006 un système de remboursement forfaitaire par admission indépendamment de l'utilisation réelle. Certaines spécialités pharmaceutiques sont exclues de ce système forfaitaire et sont remboursées par unité.
<p>Het globaal prospectief bedrag per opname vervangt de huidige financieringswijzen, die zijn voorzien door of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de wet betreffende de ziekenhuizen. De invoering van deze prospectieve financiering per opname zal gepaard gaan met de nodige monitoring (o.a. om het risico van ondermedicalisering te verminderen). Deze hervorming is budgetneutraal. Het globaal bedrag van de persoonlijke aandelen en de uitgaven van de verplichte verzekering blijven stabiel.</p>	<p>Le montant global prospectif par admission remplace les systèmes actuels de financement qui sont prévus par ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé ou de la loi sur les hôpitaux. L'introduction de ce financement prospectif par admission devra aller de pair avec un nécessaire monitoring (e.a. pour diminuer le risque de sous-médicalisation). Cette réforme est budgétairement neutre. Le montant des interventions personnelles et des dépenses de l'assurance obligatoire restent stables.</p>

ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING	DISCUSSION DES ATICLES
Hoofdstuk 1 – Algemene bepaling	CHAPITRE 1 DISPOSITION GÉNÉRALE
Art. 1	Art 1
Dit artikel bepaalt de grondwettelijke bevoegdheidsgrondslag.	Cet article précise le fondement constitutionnel de la compétence.
Hoofdstuk 2 - Definities	Chapitre 2 Définitions
Art. 2	Art. 2
Dit artikel definieert bepaalde begrippen die worden gebruikt in de wet.	Cet article définit certains concepts qui sont utilisés dans la loi.
Hoofdstuk 3 Globaal prospectief bedrag per opname	Chapitre 3– Montant global prospectif par admission
Art. 3	Art. 3
Deze artikelen bepalen voor welke patiëntengroepen het globaal prospectief bedrag per opname van toepassing is en wat dit bedrag omvat. Het globaal prospectief bedrag per opname vervangt de huidige financieringswijzen, die zijn voorzien door of krachtens de wet betreffende de verplichte ziekteverzekering en de wet betreffende de ziekenhuizen. Voor het overige blijven deze wetten onverminderd van toepassing. Dit betekent bijv. dat de regeling inzake kamersupplementen die is voorzien in artikel 97 van de ziekenhuiswet ook van toepassing is op de opnames die worden vergoed via het globaal prospectief bedrag per opname. Het globaal prospectief bedrag per opname wordt toegepast op patiëntengroepen die behoren tot de laagvariabele cluster. Het gaat om patiëntengroepen die een standaardproces van diagnostiek en behandeling vereisen dat weinig verschilt tussen patiënten en tussen ziekenhuizen. Voor de financiering van deze patiëntengroepen wordt de prijs vooraf vastgelegd en deze is onafhankelijk van het reële zorgproces voor de individuele patiënt. Het globaal prospectief bedrag per opname zal van toepassing zijn voor de voormelde patiëntengroepen wanneer de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht is. Het betreft dus zowel de opnames met een overnachting als bepaalde daghospitalisaties, bv. die waarvoor krachtens de Nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen het bedrag per opname verschuldigd is (chirurgische daghospitalisatie) of de bedragen toegekend in toepassing van artikel 4 van de Nationale overeenkomst voor het maxiforfait, de forfaits dagziekenhuis, het forfait gipskamer, de forfaits chronische pijn en het forfait manipulatie poortkatheter. De Koning wordt bovendien gemachtigd om bepaalde verstrekkingen die gerelateerd zijn aan de opname, maar vóór en/of na de opname worden verleend, op te nemen	Ces articles déterminent pour quels groupes de patients le montant global prospectif par admission est d'application et ce que ce montant comprend. Le montant global prospectif par admission remplace les systèmes actuels de financement qui sont prévus par ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé ou de la loi sur les hôpitaux. Pour le surplus, ces lois restent d'application de manière inchangée. Cela signifie que les règles en matière de suppléments de chambre qui sont prévues à l'article 97 de la loi sur les hôpitaux sont aussi d'application pour les admissions qui ont couvertes par le montant global prospectif par admission. Le montant global prospectif par admission est appliqué aux groupes de patients qui appartiennent au cluster à basse variabilité. Il s'agit de patients qui exigent un processus standard de diagnostic et de traitement qui se différencie peu entre patients et entre hôpitaux. Pour le financement de ces groupes de patients, le prix est déterminé préalablement et est indépendant du processus de soins réel du patient individuel. Le montant global prospectif par admission sera d'application pour les groupes de patients susmentionnés lorsque l'application du régime du tiers payant est obligatoire. Il s'agit donc aussi bien des admissions impliquant un séjour d'au moins une nuit que certaines hospitalisations de jour par exemple celles pour lesquelles, en vertu de la Convention nationale entre les hôpitaux et les organismes assureurs, le montant par admission est dû (hospitalisation chirurgicale de jour) ou les montant sont accordés en application de l'article 4 de la Convention nationale pour le maxiforfait, les forfaits hospitalisation de jour, le forfait salle de plâtre, le forfait douleur chronique et le forfait manipulation Port-a-Cath. Le Roi est en outre habilité à reprendre dans le montant global prospectif par admission certaines prestations qui sont liées à l'admission mais qui sont exécutées

<p>in het globaal prospectief bedrag. De verstrekkingen die worden verleend tijdens de opname in een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (Sp) worden uitgesloten van het globaal prospectief bedrag per opname en kunnen dus verder worden vergoed per verstrekking.</p>	<p>avant et/ou après celle-ci. Les prestations qui sont réalisées pendant une admission dans un service spécialisé pour le traitement et la réadaptation (Sp) sont exclues du montant global prospectif par admission et peuvent donc continuer à être remboursées par prestations.</p>
<p>De laatste zin van het eerste lid heeft tot doel aan te geven dat voor prestaties die worden gedekt door het globaal prospectief bedrag per opname geen bijkomende kosten mogen worden aangerekend. De niet-vergoedbare prestaties kunnen in principe dus nog altijd vrij worden gefactureerd aan de patiënt. Hetzelfde geldt voor bv. comfortkosten.</p>	<p>La dernière phrase de l'alinéa 1^{er} a pour but d'indiquer que pour les prestations qui sont couvertes par le montant global prospectif par admission aucun cout supplémentaire ne pourra être facturé. Les prestations non remboursables peuvent donc encore en principe être facturées librement aux patients. La même chose vaut par exemple pour les frais de confort.</p>
<p></p>	<p></p>
<p>Art. 4</p>	<p>Art. 4</p>
<p>Het globaal prospectief bedrag zal de tegemoetkomingen van de verplichte ziekteverzekering omvatten voor de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de bedragen die zijn vastgesteld in de Nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen en het budget van financiële middelen, voor zover dat het betrekking heeft op de voornoemde patiëntengroepen. Dit betreft dus zowel de tegemoetkomingen die worden verleend voor de prestaties van artsen en andere zorgverleners, de tegemoetkomingen voor het verstrekken van geneesmiddelen, implantaten en medische hulpmiddelen, de verschillende forfaits die zijn voorzien in de Nationale overeenkomst (maxiforfait, dagziekenhuisforfait, forfait chronische pijn, enz.) en de tegemoetkomingen voor de opname en het verblijf in een ziekenhuis. Dit prospectief systeem zal echter stapsgewijs worden ingevoerd. In een eerste fase beperkt dit prospectief systeem zich tot de honoraria: de zorgverstrekkers worden voor hun prestaties niet meer afzonderlijk per prestatie betaald, maar ze krijgen een bedrag voor het geheel van de prestaties voor een bepaalde aandoening, onafhankelijk van de reëel verleende zorg. Het globaal prospectief bedrag per opname kan niet worden gecumuleerd met de honoraria voor de bedoelde verstrekkingen en dekt alle kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden zijn aan de uitvoering van de bedoelde verstrekkingen, behoudens uitzonderingen voorzien door of krachtens de wet. In de volgende fases zullen ook de tegemoetkomingen voor andere geneeskundige verstrekkingen, de bedragen die zijn voorzien in de Nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen en het budget van financiële middelen worden opgenomen in het globaal prospectief bedrag. Het deel van het globaal prospectief bedrag dat de honoraria vertegenwoordigt blijft eigendom van de zorgverstrekkers en wordt verder verdeeld volgens</p>	<p>Le montant global prospectif par admission comportera les interventions de l'assurance obligatoire pour les prestations de santé visée à l'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé coordonnée le 14 juillet 1994, les montants qui sont établis dans la convention nationale entre les hôpitaux et les institutions de soins et le budget des moyens financiers, pour autant qu'ils concernent les groupes de patients précités. Ceci concerne aussi bien les interventions qui sont payées pour les prestations des médecins et des autres dispensateurs de soins que les interventions pour la fourniture de médicaments, d'implants et de dispositifs médicaux, les différents forfaits qui sont prévus dans la convention nationale (maxiforfait, forfait hospitalisation de jour, forfait douleur chronique, etc.) et l'intervention pour l'admission et le séjour en hôpital. Ce système prospectif sera cependant introduit par étape. Dans une première phase, ce système prospectif se limite aux honoraires : les prestataires ne seront plus payés pour leurs prestations séparément par prestation mais recevront un montant pour l'ensemble des prestations pour une affection déterminée, indépendamment des soins réellement apportés. Le montant global prospectif par admission ne peut pas être cumulé avec les honoraires pour la prestation visée et couvre tous les coûts qui sont directement ou indirectement liés à l'exécution de la prestation visée sauf exception prévue par ou en vertu de la loi. Dans les phases suivantes, les interventions pour les autres prestations de santé, les montants qui sont établis dans la convention nationale entre les hôpitaux et les institutions de soins et le budget des moyens financiers seront repris également dans le montant global prospectif par admission. La partie du montant global prospectif par admission que l'honoraire représente, demeure la propriété des prestataires et est ensuite réparti selon le système de rémunération en vigueur dans l'hôpital. L'article 146 de la loi sur les hôpitaux reste d'application.</p>

de vergoedingsstelsels die van toepassing zijn in het ziekenhuis. Artikel 146 van de ziekenhuiswet blijft van toepassing.	
De Koning wordt ook gemachtigd om bepaalde verstrekkingen en forfaits uit te sluiten van de vergoeding via het globaal prospectief bedrag en om voor bepaalde verstrekkingen specifieke forfaitaire honoraria te voorzien. De verstrekkingen van klinische biologie en medische beeldvorming worden nu reeds geheel of gedeeltelijk vergoed via forfaitaire honoraria. Het is de bedoeling dat het globaal prospectief bedrag per opname in de eerste fase voor de verstrekkingen van klinische biologie en medische beeldvorming enkel de honoraria per prestatie vervangt en de forfaitaire honoraria die voor alle ziekenhuizen dezelfde zijn, maar niet de honoraria die voor elk ziekenhuis apart worden berekend in functie van de specifieke kenmerken van het ziekenhuis.	Le Roi est également habilité à exclure certaines prestations et forfaits du remboursement via le montant global prospectif et à prévoir pour certaines prestations un honoraire spécifique. Les prestations de biologie clinique et d'imagerie médicale sont déjà totalement ou partiellement remboursées par des honoraires forfaitaires. L'intention est que le montant global prospectif par admission remplace dans une première phase pour les prestations de biologie clinique et d'imagerie médicale uniquement les honoraires par prestation et les honoraires forfaitaires qui sont les mêmes pour tous les hôpitaux mais pas pour les honoraires forfaitaires qui sont calculés séparément pour chaque hôpital en fonction de ses caractéristiques spécifiques.
Art. 5	Art. 5
Het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen is samengesteld uit een vast gedeelte en een variabel gedeelte. Dit artikel machtigt de Koning om de nadere regels vast te stellen volgens dewelke het budget van financiële middelen (vast gedeelte en variabel gedeelte) wordt opgenomen in het globaal prospectief bedrag per opname.	Le budget des moyens financiers des hôpitaux est composé d'une partie fixe et d'une partie variable. Cet article autorise le Roi à fixer des règles complémentaires selon lesquelles le budget des moyens financiers (partie fixe et partie variable) est repris dans le montant global prospectif par admission.
Art. 6	Art. 6
De lijst van patiëntengroepen waarvoor het globaal prospectief bedrag per opname wordt toegepast, zal worden vastgesteld door de Koning. Op die manier kan sneller rekening worden gehouden met evoluties in de medische praktijkvoering. Om de patiënten te classificeren kan men zich baseren op het systeem van de "All Patient Refined Diagnosis Related Groups", dat nu ook wordt gebruikt voor het systeem van de referentiebedragen, of op andere mogelijke criteria zoals nomenclatuurcodes.	La liste des groupes de patients pour lesquels le montant global prospectif par admission est d'application sera déterminée par le Roi. De cette manière, le gouvernement peut tenir compte plus rapidement des évolutions dans la pratique médicale. Pour classer les patients on peut se baser sur le système du "All Patient Refined Diagnosis Related Groups", qui est déjà actuellement utilisé pour le système du montant de référence ou sur un autre critère possible comme les codes de nomenclature.
Art. 7	Art. 7
Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering zal periodiek het globaal prospectief bedrag per opname berekenen voor de bedoelde patiëntengroepen. Dit zal gebeuren op basis van de gegevens die aan het Instituut worden bezorgd door de Technische cel. De nadere regels betreffende die berekening worden vastgesteld door de Koning. Bij de aanvang wordt het globaal prospectief bedrag per opname louter berekend op basis van de historische gegevens, maar in de toekomst kan, in overleg met de artsen, ook evidence-based practice informatie gebruikt worden bij de herberekening.	L'Institut national d'assurance maladie-invalidité calculera périodiquement le montant global prospectif par admission pour chacun des groupes de patients visés. Cela se fera sur base des données mises à dispositions par la Cellule technique. Les règles complémentaires de calcul sont fixées par le Roi. Au début, le montant global prospectif par admission est uniquement fixé sur base des données historiques mais dans le futur l'information evidence-based practice pourra également, en concertation avec les médecins, être utilisée pour le calcul. Pour toutes les admissions en Belgique pour un même groupe de patient, le même montant sera payé.

Voor alle opnames in België voor een bedoelde patiëntengroep zal eenzelfde bedrag worden toegekend.	
Het ziekenhuis krijgt informatie inzake de bestanddelen van globaal prospectief bedrag. Daarnaast krijgen de ziekenhuizen (beheerder, artsen en andere zorgverleners) per gedefinieerde patiëntengroep ook inzicht in hoe het deel 'honoraria' van het globaal bedrag precies is samengesteld. Er zal duidelijk aangegeven worden welke prestaties van welk hoofdstuk van de nomenclatuur inbegrepen zijn in het globaal prospectief bedrag, met inbegrip van het tarief van die prestaties.	L'hôpital reçoit l'information concernant la composition du montant global prospectif. A côté de cela, les hôpitaux (gestionnaire, médecins et autres dispensateurs de soins) reçoivent également par groupe de patients défini une vue sur la composition précise de la partie 'honoraire' dans le montant global prospectif. Il sera précisé clairement quelles prestations de quel chapitre de la nomenclature sont comprises dans le montant global prospectif y inclus le tarif de ces prestations.
Binnen het ziekenhuis zien de zorgverleners zich het deel van het globaal prospectief bedrag toegekend dat de honoraria vertegenwoordigt . Deze regeling heeft tot doel discussies over de verdeling van de honoraria tussen de verschillende zorgverleners te beperken. Bovendien zorgt de regeling ervoor dat geen enkele zorgverlener er financieel voordeel bij heeft om de prestaties van andere zorgverleners op een of andere manier in te perken.	A l'hôpital les prestataires se voient attribuer la part du montant global prospectif qui représente les honoraires . Cette mesure a pour but de limiter les discussions quant à la répartition des honoraires entre les différents dispensateurs de soins. En outre, la réglementation veille qu'aucun dispensateur de soins ne soit avantagé financièrement en limitant de l'une ou l'autre manière les prestations d'autres dispensateurs de soins.
De verdeling van de honoraria moet evenwel gebeuren met respect voor de (financiële) afspraken die neergeschreven zijn in de algemene regeling van het ziekenhuis. Wat bijvoorbeeld de problematiek van afdrachten door de zorgverleners aan het ziekenhuis voor de dekking van kosten betreft, zullen de overeenkomsten die momenteel in elk ziekenhuis van kracht zijn worden toegepast voor de honoraria die zijn inbegrepen in het globaal prospectief bedrag volgens die verdeling.	La répartition des honoraires doit également se faire dans le respect des conventions (financières) inscrites dans la réglementation générale de l'hôpital. En ce qui concerne la problématique des rétrocessions des prestataires à l'hôpital pour la couverture des frais par exemple, les conventions actuellement en vigueur dans chaque hôpital seront appliquées selon les types d'honoraires prévus et compris dans le montant global et en fonction de leur répartition.
Hoofdstuk 4 – Wijzigingsbepalingen en slotbepalingen	CHAPITRE 4–Dispositions modificatives et finales
Art. 8	Art. 8
Dit artikel wijzigt artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dat de algemene principes vaststelt inzake de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en het persoonlijk aandeel voor de verschillende geneeskundige verstrekkingen. In het huidige systeem wordt het persoonlijk aandeel van de patiënt vastgesteld op basis van het honorarium voor de nomenclatuurverstrekking. Voor de verstrekkingen die worden vergoed door het globaal prospectief bedrag per opname zullen geen individuele verstrekkingen meer kunnen worden aangerekend aan het patiënt. Het persoonlijk aandeel zal dan ook niet meer worden vastgesteld op basis van de individuele verstrekking maar op basis van het globaal prospectief bedrag. De	Cet article modifie l'article 37 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités qui fixe les principes généraux concernant l'intervention de l'assurance soins de santé et l'intervention personnelle pour les différentes prestations de santé. Dans le système actuel, l'intervention personnelle du patient est fixée sur base de l'honoraire pour les prestations de la nomenclature. Pour les prestations qui sont remboursées par le montant global prospectif par admission, aucune prestation individuelle ne pourra plus être facturée au patient. L'intervention personnelle ne sera donc non plus fixée sur base des prestations individuelles mais sur base du montant global prospectif par admission. Le patient payera une intervention personnelle par admission. Cette intervention personnelle remplace toutes les

<p>patiënt zal een forfaitair persoonlijk aandeel betalen per opname. Dit persoonlijk aandeel vervangt alle persoonlijke aandelen voor de geneeskundige verstrekkingen die worden vergoed door het globaal prospectief bedrag. De Koning kan een persoonlijk aandeel vaststellen dat identiek is voor alle patiëntengroepen waarvoor het globaal prospectief bedrag wordt toegepast. De Koning kan ook verschillende niveau's van persoonlijk aandeel vaststellen voor de verschillende patiëntengroepen.</p>	<p>interventions personnelles pour les prestations de santé qui sont couvertes par le montant global prospectif par admission. Le Roi peut fixer une intervention personnelle qui est identique pour tous les groupes de patients pour lesquels le montant global prospectif par admission est appliqué. Le Roi peut également fixer différents niveaux d'intervention personnelle pour les différents groupes de patients.</p>
<p>Overeenkomstig artikel 37^{sexies} van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 wordt voor de toepassing van de maximumfactuur onder "persoonlijk aandeel" verstaan het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kostprijs van de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekking, zoals het blijkt uit de reglementering en rekening houdende met de overeenkomsten, akkoorden en als zodanig geldende documenten of met de honoraria die door de Koning zijn vastgesteld. Het forfaitair persoonlijk aandeel dat de Koning kan vaststellen krachtens het voorgestelde artikel 37, § 22 valt onder deze definitie en zal bijgevolg, net zoals de huidige persoonlijke aandelen voor de afzonderlijke verstrekkingen, in aanmerking worden genomen voor de maximumfactuur.</p>	<p>Conformément à l'article 37^{sexies} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, on entend par « intervention personnelle » pour l'application du maximum à facturer l'intervention personnelle du bénéficiaire dans le coût des prestations de santé visée à l'article 34, telle qu'elle ressort de la réglementation et en tenant compte des conventions, accords et les documents en tenant lieu ou des honoraires qui sont déterminés par le Roi. L'intervention personnelle forfaitaire que le Roi peut fixer en vertu de l'article 37, §22 tombe sous cette définition et sera, par conséquent, pris en compte pour le maximum à facturer exactement comme les interventions personnelles actuelles pour les prestations distinctes.</p>
Art. 9	Art. 9
<p>Dit artikel heft artikel 56^{ter} van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op, dat de wettelijke basis vormt voor het systeem van de referentiebedragen.</p>	<p>Cet article abroge l'article 56^{ter} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé qui forme la base légale pour le système des montants de référence.</p>
<p>Het systeem van de referentiebedragen werd ingevoerd in 2002 om ongefundeerde verschillen tussen de ziekenhuispraktijken weg te werken. Het systeem richt zich in het bijzonder op de praktijken van de medische zorgverleners in de ziekenhuizen, voor de medische of chirurgische aandoeningen die redelijk vaak voorkomen en met een zwak niveau van klinische ernst, waarvan men kan veronderstellen dat een bepaalde graad van standaardisering of harmonisering van de praktijken kan worden ontwikkeld en bereikt.</p>	<p>Le système des montants de référence a été introduit en 2002 pour remédier aux différences injustifiées dans les pratiques des hôpitaux. Le système vise en particulier les pratiques des dispensateurs médicaux dans les hôpitaux pour les affections médicales ou chirurgicales qui surviennent relativement fréquemment et d'une gravité clinique faible, et pour lesquelles l'on peut supposer qu'un certain degré de standardisation ou d'harmonisation des pratiques peut être développé et atteint.</p>
<p>Op een zeer synthetische manier voorziet het systeem voor elke in aanmerking genomen aandoening de berekening van een referentiebedrag (op basis van een nationaal gemiddelde van de werkelijke uitgaven) dat met de werkelijke uitgaven van elk ziekenhuis wordt vergeleken. De bedragen van de uitgaven die met een bepaalde drempelwaarde de referentiebedragen overschrijden worden teruggevorderd van de betrokken ziekenhuizen.</p>	<p>En résumant fortement, le système prévoit pour chaque affection prise en compte le calcul d'un montant de référence (sur base d'une moyenne nationale des dépenses effectives) qui est comparé aux dépenses réelles de chaque hôpital. Les montants des dépenses qui dépassent les montants de références d'une valeur seuil déterminée sont récupérés auprès des hôpitaux concernés.</p>
<p>Het systeem van de referentiebedragen zal voor de laatste maal worden toegepast voor de opnames in 2017. Voor de opnames vanaf 2018 wordt het systeem vervangen door de financiering op basis van het globaal prospectief bedrag per opname.</p>	<p>Le système des montants de référence sera appliqué pour la dernière fois aux admissions 2017. Pour les admissions à partir de 2018, le système est remplacé par le financement au moyen du montant global prospectif par admission.</p>

Art. 10	Art. 10
Artikel 151, tweede tot vijfde lid, van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen betreft de verrekening ten aanzien van de individuele ziekenhuisartsen van het verschil tussen de werkelijke uitgaven en de referentie-uitgaven bij toepassing van de referentiebedragen. Deze leden worden opgeheven gezien ze door de opheffing van het systeem van de referentiebedragen overbodig worden.	L'article 151, alinéas 2 à 5 de la loi coordonnée sur les hôpitaux concerne l'imputation vis-à-vis des médecins hospitaliers individuels de la différence entre les dépenses réelles et les dépenses de référence en application des montants de référence. Ces alinéas sont abrogés puisqu'ils sont devenus superflus suite à l'abrogation du système des montants de référence.
Art. 11	Art. 11
Dit artikel wijzigt artikel 152 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen teneinde de principes inzake ereloonsupplementen, die zijn vastgelegd in die bepaling, ook van toepassing te maken voor de verstrekkingen die worden vergoed via het globaal prospectief bedrag per opname. Het zal dus verboden zijn om ereloonsupplementen aan te rekenen bij opname in twee of meerpersoonkamers. Bij opname in een individuele kamer zijn, behoudens een aantal uitzonderingen, wel ereloonsupplementen mogelijk. De ereloonsupplementen kunnen enkel worden aangerekend op de verstrekkingen die aanleiding kunnen geven tot supplementen en effectief werden verricht en aangerekend. De basis waarop de supplementen worden berekend, is de waarde van de honoraria van de verrichte prestaties, maar die totale waarde mag het totaal bedrag van de honoraria binnen het deel van het globaal prospectief bedrag per opname dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt, niet overschrijden. Op die manier vermijdt men dat overbodige prestaties worden aangerekend enkel met als doel om supplementen te kunnen aanrekenen.	Cet article modifie l'article 152 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins afin que les principes relatifs aux suppléments d'honoraires qui sont fixés dans cette disposition soient également d'application pour les prestations qui sont remboursées via le montant global prospectif par admission. Il sera donc également interdit de facturer des suppléments d'honoraires en cas d'admission dans les chambres de deux personnes ou plus. En cas d'admission en chambre individuelle, sauf dans une série d'exceptions, les suppléments d'honoraires sont possibles. Les suppléments d'honoraires peuvent uniquement être facturés sur les prestations qui peuvent donner lieu à des suppléments et qui sont effectivement réalisées et portées en compte. La base sur laquelle les suppléments sont calculés est la valeur des honoraires des prestations réalisées mais cette valeur totale ne peut dépasser le montant total des honoraires dans la partie du montant global prospectif par admission qui représente les prestations de soins. De cette manière, on évite une surconsommation des actes pour seul but de pouvoir compter des suppléments.
Art. 12	Art. 12
Dit artikel heft de bevoegdheid op van de multipartitestructuur betreffende het ziekenhuisbeleid om advies te geven over de regels voor het vaststellen van de referentiebedragen.	Cet article abroge la compétence d'avis sur les règles pour fixer les montants de référence de la structure multipartite en matière hospitalière
Art. 13.	Art. 13
Dit artikel heft het koninklijk besluit op dat de toepassing van de referentiebedragen uitbreidt tot verstrekkingen verleend tijdens daghospitalisaties en verstrekkingen die zijn uitgevoerd tijdens een carenperiode die voorafgaat aan de opname.	Cet article abroge l'arrêté royal qui étend l'application du système des montants de référence aux prestations fournies pendant les hospitalisations de jour et aux prestations qui sont fournies pendant une période de carence précédant une admission.
Art. 14	Art. 14
Dit artikel heft het koninklijk besluit op dat vaststelt welke gegevens de verzekeringsinstellingen moeten meedelen aan de technische cel voor de koppeling aan de ziekenhuisverblijven waarop de	Cet article abroge l'arrêté royal qui détermine quelles données les organismes assureurs doivent communiquer à la cellule technique pour le couplage aux séjours hospitaliers auxquels les

referentiebedragen betrekking hebben met de ambulante verstrekkingen die zijn uitgevoerd tijdens de carenperiode.	montants de référence ont trait, des prestations ambulantes qui sont effectuées pendant la période de carence.
Art. 15	Art. 15
Dit artikel bepaalt de inwerkingtreding van de wet. In een eerste fase blijven de huidige financieringssystemen van toepassing voor geneesmiddelen, implantaten en medische hulpmiddelen. Ook de bedragen die zijn voorzien in de Nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen en het budget van financiële middelen worden in de eerste fase niet opgenomen in het globaal prospectief bedrag. De Koning bepaalt vanaf wanneer dat het geval zal zijn.	Cet article fixe l'entrée en vigueur de la loi. Dans une première phase, le système de financement actuel reste d'application pour les médicaments, les implants et les dispositifs médicaux. Les montants qui sont prévus par la convention nationale entre les hôpitaux et les institutions de soins et le budget des moyens financiers ne sont pas non plus repris dans la première phase. Le Roi fixe la date à partir de laquelle ce sera le cas.
Art. 16	Art. 16
Dit artikel voorziet dat de bepalingen betreffende het systeem van de referentiebedragen van toepassing blijven voor de opnames die worden beëindigd vóór 1 januari 2018.	Cet article prévoit que les dispositions relatives au système des montants de référence restent d'application pour les admissions qui prennent fin avant le 1 ^{er} janvier 2018.
Rekening houdende met de termijn voor de terbeschikkingstelling en de validering van de gegevens die in het systeem van de referentiebedragen worden opgenomen, kan de toepassing van het systeem voor de verblijven van het jaar X immers pas in het jaar X+3 worden uitgevoerd.	Compte tenu des délais pour la mise à disposition et la validation des données qui sont reprises dans le système des montants de référence l'application du système peut donc, pour les séjours de l'année X être appliquée seulement pendant l'année X+3.
Art. 17	Art. 17
De berekeningsbasis voor de honorariumsupplementen wordt gedurende een overgangsperiode, die loopt tot 31 december 2019, verhoogd met 15 pct.	La base de calcul pour les suppléments d'honorair est majorée de 15% pendant une période transitoire qui court jusqu'au 31 décembre 2019.