

# KONINKRIJK BELGIE

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid,  
Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

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

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

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 105, § 1, gewijzigd bij de wetten van 10 april 2014 en 18 december 2016;

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

Gelet op de adviezen van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, gegeven op 30 januari 2020, 29 april 2020 en 11 juni 2020;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 16 juni 2020;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister voor Begroting, gegeven op ... ;

Gelet op het advies ... van de Raad van State, gegeven op ..., met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij:

**Artikel 1.** Artikel 4 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen wordt aangevuld luidende:

“In voorkomend geval, in geval van onmogelijkheid om een budget van financiële middelen te berekenen ten gevolge van een situatie van ramp, catastrofe, epidemie, pandemie bepaald volgens de voorwaarden bedoeld in artikel 101 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen of in geval van overmacht, blijft het laatste berekende budget van financiële middelen van toepassing.”.

**Art. 2.** In artikel 45, paragraaf 3, 1°, derde lid, van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17

# ROYAUME DE BELGIQUE

Service public fédéral Santé publique,  
Sécurité de la Chaîne alimentaire et  
Environnement

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

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

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, l'article 105, § 1<sup>er</sup>, modifié par les lois du 10 avril 2014 et 18 décembre 2016 ;

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

Vu les avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, donnés le 30 janvier 2020, 29 avril 2020 et 11 juin 2020 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 16 juin 2020 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le ... ;

Vu l'avis ... du Conseil d'Etat, donné le ..., en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** L'article 4 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux est complété comme suit :

« Le cas échéant, en cas d'impossibilité de calculer un budget des moyens financiers à la suite d'une situation de catastrophe, calamité, épidémie, pandémie déterminées selon les conditions visées à l'article 101 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ou d'un cas de force majeure, le dernier budget des moyens financiers calculé reste d'application. ».

**Art. 2.** Dans l'article 45, paragraphe 3, 1°, alinéa 3, du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté

december 2012, worden de woorden “punt 6” vervangen door de woorden “punt 4”.

**Art. 3.** In artikel 46 van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, tweede lid, 1°, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 30 oktober 2018, worden de woorden “bijlage 3bis” vervangen door de woorden “bijlage 3” en de woorden “bijlage 3, punt 3bis” vervangen door de woorden “bijlage 17, punt 3”;

2° in de Nederlandstalige tekst van het paragraaf 4, b), b.5), tweede streepje, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 september 2019, worden de woorden “ETP” vervangen door de woorden “VTE’s”.

3° in paragraaf 3, 1°, tweede lid, worden de woorden “- personeel van de spoedgevallendienst : 6,32 % met een verdeling tussen de eerste berekening en de tweede berekening bedoeld in de bepalingen onder 2°, b), vastgesteld op 1 juli 2013 respectievelijk aan 90 % en 10 %, op 1 juli 2014 respectievelijk aan 80 % en 20 % en vanaf 1 juli 2015 respectievelijk aan 60 % en 40 %;” vervangen door de woorden “- personeel van de spoedgevallendienst : 6,32 %;”;

4° in paragraaf 3, 2°, b) voor de spoedgevallendienst, worden de bepalingen onder b.1) tot en met b.4) vervangen als door:

**b.1) Berekening**

Het aantal punten bedoeld in § 3, 1°, wordt verhoudingsgewijs verdeeld tussen de ziekenhuizen op basis van het aantal punten units-spoedgevallen volgens de modaliteiten van bijlage 6 van dit besluit.

Vanaf 1 juli 2014 wordt een aantal bijkomende punten, dat overeenstemt met 20 % van de som van de budgetten die worden toegekend aan de ziekenhuizen die vermeld staan in bijlage 16 van dit besluit, met uitzondering van de algemene ziekenhuizen die over erkende bedden beschikken onder de kenletter G en/of de kenletter Sp in combinatie met erkende bedden onder de kenletters A, T of K en de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2 van dit besluit, toegevoegd aan het beschikbare budget voor het personeel van de spoedgevallendienst, en verdeeld tussen de betrokken ziekenhuizen op basis van hun aantal units spoedgevallen, zoals berekend volgens de modaliteiten beschreven in bijlage 6 van dit besluit.

De verdeling van de punten moet de toekenning verzekeren van ten minste 15 punten aan de ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie ‘gespecialiseerde spoedgevallenzorg’ of een functie voor intensieve zorg. In geval van overschrijding van het totale aantal voor het land weerhouden punten, wordt een lineaire verminderingscoëfficiënt toegepast op de berekende punten die hoger liggen dan 15 teneinde binnen het totale aantal voor het land beschikbare punten te blijven.

Vanaf het ogenblik dat een ziekenhuis erkend is hetzij voor de functie ‘eerste opvang van spoedgevallen’, hetzij voor de functie ‘gespecialiseerde spoedgevallenzorg’ wordt het

royal du 17 décembre 2012, les mots « point 6 » sont remplacés par les mots « point 4 ».

**Art. 3.** Dans l’article 46 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, 1°, modifié en dernier lieu par l’arrêté royal du 30 octobre 2018, les mots « l’annexe 3bis » sont remplacés par les mots « l’annexe 3 » et les mots « annexe 3, point 3bis » sont remplacés par les mots « annexe 17, point 3 » ;

2° dans le texte néerlandophone du paragraphe 4, b), b.5), deuxième tiret, modifié en dernier lieu par l’arrêté royal du 8 septembre 2019, les mots « ETP » sont remplacés par les mots « VTE’s ».

3° dans le paragraphe 3, 1°, alinéa 2, les mots « - personnel de service d’urgence : 6,32 % avec une répartition entre le 1<sup>er</sup> calcul et le 2<sup>e</sup> calcul, visés au 2°, b), s’établissant au 1<sup>er</sup> juillet 2013 à respectivement 90 % et 10 %, au 1<sup>er</sup> juillet 2014 à respectivement 80 % et 20 % et à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015 à respectivement 60 % et 40 % » sont remplacés par les mots « personnel de service d’urgence : 6,32 % ; » ;

4° dans le paragraphe 3, 2°, b) pour le service des urgences, b.1) à b.4) sont remplacés par ce qui suit :

**« b.1) Calcul**

Le nombre de points, visé au § 3, 1°, est réparti proportionnellement entre les hôpitaux sur base du nombre de points d’unités d’urgence déterminé selon les modalités de l’annexe 6 au présent arrêté.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, un nombre de points supplémentaires, correspondant à 20 % de la somme des budgets octroyés aux hôpitaux mentionnés dans l’annexe 16 du présent arrêté, à l’exclusion des hôpitaux généraux qui disposent de lits agréés sous l’index G et/ou l’index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et des hôpitaux visés à l’article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2 du présent arrêté, est ajouté au budget disponible pour le personnel des urgences et est réparti entre les hôpitaux concernés sur base de leur nombre d’unités d’urgence, telles que calculées selon les modalités décrites dans l’annexe 6 du présent arrêté.

La répartition des points doit garantir l’attribution d’au moins 15 points aux hôpitaux agréés pour une fonction ‘soins urgents spécialisés’ ou une fonction de soins intensifs. S’il y a dépassement du nombre total de points retenu pour le pays, un coefficient de réduction linéaire est appliqué aux points calculés supérieurs à 15 afin de rester dans le nombre total de points disponible pour le pays.

Dès que l’hôpital est agréé, soit pour la fonction de première prise en charge des urgences, soit pour la fonction ‘soins urgents spécialisés’, le minimum

minimum van 15 punten slechts één keer per ziekenhuis, ongeacht het aantal sites, verzekerd voor één van de twee functies.

Voor de ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg' en die voldoen aan de volgende voorwaarden:

- zich minstens 25 km van een ander ziekenhuis bevinden dat over een erkende functie 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg' beschikt of zich in een gemeenschap bevinden waar alleen de erkende functies 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg' zich op meer dan 25 km van elkaar bevinden,

- en over het maximum 200 erkende bedden beschikken,

wordt het minimum van 15 punten tot 30 punten opgetrokken, met dien verstande dat na de toepassing van die regel het aantal voor het hele land toegekende punten het totale aantal voor het land beschikbare punten niet mag overschrijden. In geval van overschrijding van het totale aantal weerhouden punten voor het land, wordt een lineaire verminderingcoëfficiënt toegepast op de berekende punten die, naargelang het geval, hoger liggen dan 15 of 30, teneinde binnen het totale aantal voor het land beschikbare punten te blijven.

b.2) Het behoud van het voormelde aantal punten is afhankelijk van het verzamelen en verzenden van de gegevens met betrekking tot de activiteit van de dienst spoedgevallen.”.

**Art. 4.** In de Franstalige tekst van het artikel 49 van hetzelfde besluit, 3°, tweede lid, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 september 2019, wordt het woord “d” opgeheven.

**Art. 5.** In artikel 56, paragraaf 2, eerste lid, van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 22 juni 2017, worden de woorden “de niet-psi­chiatrische ziekenhuizen en de ziekenhuizen die enkel over erkende bedden beschikken onder de kenletter G en/of kenletter Sp in combinatie met bedden erkend onder de kenletters A, T of K” vervangen door de woorden “de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-­ziekenhuizen palliatieve zorg,”.

**Art. 6.** Artikel 61 van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 23 juni 2019, wordt vervangen als volgt:

« Art. 61. Met het oog op de realisatie in de ziekenhuizen van het door actie­punt 2 van de Roadmap 2.0 van het e-Gezondheidsplan voorziene Elektronisch Patiënten Dossier, worden de ziekenhuizen forfaitair gefinancierd volgens de hierna hernomen bepalingen.

Op 1 juli 2020, worden een enveloppe van 51.094.383,43 euro (waarde op 1 januari 2020) voor de algemene

d'une seule fois 15 points par hôpital, quel que soit le nombre de sites, lui est assuré pour une seule des deux fonctions.

Pour les hôpitaux agréés pour une fonction ‘soins urgents spécialisés’ et qui répondent aux conditions suivantes :

- se situer à au moins 25 km d'un autre hôpital disposant d'une fonction agréée ‘soins urgents spécialisés’ ou se situer dans une communauté où les seules fonctions agréées ‘soins urgents spécialisés’ sont distantes de plus de 25 km,

- et disposer au maximum de 200 lits agréés,

le minimum de 15 points est porté à 30 points, étant entendu qu'après application de cette règle, le nombre de points attribué pour l'ensemble du pays ne peut dépasser le nombre total de points disponibles pour le pays. S'il y a dépassement du nombre total de points retenu pour le pays, un coefficient de réduction linéaire est appliqué aux points calculés supérieurs à 15 ou 30, selon le cas, afin de rester dans le nombre total de points disponible pour le pays.

b.2) Le maintien des points précités est subordonné à la collecte et la transmission de données relatives à l'activité du service d'urgences. ».

**Art. 4.** Dans le texte francophone de l'article 49 du même arrêté, 3°, alinéa 2, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 8 septembre 2019, le mot « d » est abrogé.

**Art. 5.** Dans l'article 56, paragraphe 2, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 22 juin 2017, les mots « les hôpitaux non psychiatriques et les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K » sont remplacés par les mots « les hôpitaux généraux, à l'exception des hôpitaux Sp soins palliatifs, ».

**Art. 6.** L'article 61 du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 23 juin 2019, est remplacé par ce qui suit :

« Art. 61. En vue de la réalisation du dossier patient informatisé dans les hôpitaux, prévu par le point d'action 2 de la Feuille de route 2.0 du Plan e-Santé, les hôpitaux sont financés forfaitairement selon les dispositions reprises ci-après.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2020, une enveloppe de 51.094.383,43 euros (valeur 1<sup>er</sup> janvier 2020) pour les hôpitaux

ziekenhuizen en een enveloppe van 8.665.129,35 euro (waarde op 1 januari 2020) voor de psychiatrische ziekenhuizen verdeeld onder de betrokken ziekenhuizen als volgt:

- 15 % van elk van de enveloppen wordt verdeeld onder de ziekenhuizen, waarbij elk ziekenhuis een identiek bedrag ontvangt;
- 85 % van elk van de enveloppen wordt verdeeld pro rata van het aantal bedden in elk ziekenhuis.

De berekening van het forfaitaire bedrag per bed wordt gerealiseerd waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen van het betrokken dienstjaar en het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar.”.

**Art. 7.** In artikel 63bis, eerste lid, van hetzelfde besluit, ingevoegd door het koninklijk besluit van 8 januari 2015, worden de woorden “in aanvulling op de C- en D-diensten,” opgeheven.

**Art. 8.** In artikel 63ter, eerste lid, van hetzelfde besluit, ingevoegd door het koninklijk besluit van 8 januari 2015, worden de woorden “, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en Sp-diensten en de geïsoleerde G-ziekenhuizen en G-diensten,” opgeheven.

**Art. 9.** In artikel 63quater, eerste lid, van hetzelfde besluit, ingevoegd door het koninklijk besluit van 8 januari 2015, worden de woorden “alle niet-psychiatrische ziekenhuizen, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en Sp-diensten en de geïsoleerde G-ziekenhuizen en G-diensten en de ziekenhuizen voor palliatieve zorg,” vervangen door de woorden “alle algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-ziekenhuizen palliatieve zorg,”.

**Art. 10.** In artikel 63quinquies, eerste lid, van hetzelfde besluit, ingevoegd door het koninklijk besluit van 8 januari 2015, worden de woorden “alle ziekenhuizen, met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen, de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten, de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten en de diensten voor palliatieve zorg,” vervangen door de woorden “alle ziekenhuizen, met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen en de Sp-ziekenhuizen palliatieve zorg,”.

**Art. 11.** In artikel 63septies, eerste lid, van hetzelfde besluit, ingevoegd door het koninklijk besluit van 8 januari 2015, worden de woorden “alle niet-psychiatrische ziekenhuizen, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en –

généraux et une enveloppe de 8.665.129,35 euros (valeur 1<sup>er</sup> janvier 2020) pour les hôpitaux psychiatriques sont réparties entre les hôpitaux concernés de la manière suivante :

- 15 % de chacune des enveloppes sont répartis entre les hôpitaux, chaque hôpital recevant un montant identique ;
- 85 % de chacune des enveloppes sont répartis au prorata du nombre de lits de chaque hôpital.

Le calcul du montant forfaitaire par lit est réalisé en entendant par lit, les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée. ».

**Art. 7.** Dans l'article 63bis, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, inséré par l'arrêté royal du 8 janvier 2015, les mots « en complément de services C et D, » sont abrogés.

**Art. 8.** Dans l'article 63ter, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, inséré par l'arrêté royal du 8 janvier 2015, les mots « , à l'exception des hôpitaux et services, isolés, Sp et des hôpitaux et services, isolés, G, » sont abrogés.

**Art. 9.** Dans l'article 63quater, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, inséré par l'arrêté royal du 8 janvier 2015, les mots « tous les hôpitaux non psychiatriques, à l'exception des hôpitaux et services, isolés, Sp et des hôpitaux et services, isolés, G et des hôpitaux de soins palliatifs, » sont remplacés par les mots « tous les hôpitaux généraux, à l'exception des hôpitaux Sp soins palliatifs, ».

**Art. 10.** Dans l'article 63quinquies, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, inséré par l'arrêté royal du 8 janvier 2015, les mots « tous les hôpitaux, à l'exception des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux et services, isolés, Sp, des hôpitaux et services, isolés, G et des hôpitaux Sp soins palliatifs, » sont remplacés par les mots « tous les hôpitaux, à l'exception des hôpitaux psychiatriques et des hôpitaux Sp soins palliatifs, » .

**Art. 11.** Dans l'article 63septies, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, inséré par l'arrêté royal du 8 juillet 2015, les mots « tous les hôpitaux non psychiatriques, à l'exception des hôpitaux et services, isolés, Sp et des

diensten en de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten en de ziekenhuizen voor palliatieve zorg” vervangen door de woorden “alle algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-ziekenhuizen palliatieve zorg.”.

**Art. 12.** In artikel 65, 2°, tweede lid, tweede streepje, van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 30 oktober 2018, worden de woorden “Version 31.0, Definitions Manual'.” vervangen door de woorden “Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is.”.

**Art. 13.** In artikel 73 van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 4, vierde lid, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 september 2019, worden de woorden “69.353.332,74 euro (index op 1 juli 2019)” vervangen door de woorden “71.753.332,74 euro (index op 1 januari 2020)”;

2° in paragraaf 5, vierde lid, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 september 2019, worden de woorden “9.860.100 euro (index op 1 juli 2019)” vervangen door de woorden “12.260.100 euro (index op 1 januari 2020)”.

**Art. 14.** In artikel 74bis, eerste lid, van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 12 mei 2006, wordt 1. aangevuld als volgt:

“tijdens de toepassingsperiode van het artikel 2 van het koninklijk besluit nr. 21 van 14 mei 2020 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19 pandemie, wordt de leeftijd van de vrouw met 6 maanden verlengd, dat wil zeggen tot de vooravond van 43 jaar en 6 maanden van de patiënte;”.

**Art. 15.** Artikel 74septies van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, wordt vervangen als volgt:

“Art. 74septies. In geval van voorkomen van rampen, catastrofes, epidemie of pandemie zoals bepaald in artikel 101 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, kunnen overeenkomsten over specifieke thema's worden ondertekend tussen de minister dewelke de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en ziekenhuizen.”.

**Art. 16.** In artikel 75, paragraaf 8, eerste lid, van hetzelfde besluit, ingevoegd door het koninklijk besluit van 8 januari 2015, worden de woorden “aan de niet-psychiatrische ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie ziekenhuisapotheek, met uitzondering van de geïsoleerde

hospitaux et services, isolés, G et des hôpitaux de soins palliatifs, » sont remplacés par les mots « tous les hôpitaux généraux, à l'exception des hôpitaux Sp soins palliatifs, ».

**Art. 12.** Dans l'article 65, 2°, alinéa 2, deuxième tiret, du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 30 octobre 2018, les mots « Version 31.0, Definitions Manual' » sont remplacés par les mots « Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul. ».

**Art. 13.** Dans l'article 73 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 4, alinéa 4, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 8 septembre 2019, les mots « 69.353.332,74 euros (index au 1<sup>er</sup> juillet 2019) » sont remplacés par les mots « 71.753.332,74 euros (index au 1<sup>er</sup> janvier 2020) » ;

2° dans le paragraphe 5, alinéa 4, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 8 septembre 2019, les mots « 9.860.100 euros (index au 1<sup>er</sup> juillet 2019) » sont remplacés par les mots « 12.260.100 euros (index au 1<sup>er</sup> janvier 2020) ».

**Art. 14.** Dans l'article 74bis, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 12 mai 2006, le 1. est complété comme suit :

« pendant la période d'application de l'article 2 de l'arrêté royal n° 21 du 14 mai 2020 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19, l'âge de la femme est prolongé de 6 mois, c'est-à-dire jusqu'à la veille des 43 ans et 6 mois de la patiente ; ».

**Art. 15.** L'article 74septies du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, est remplacé par ce qui suit :

« Art. 74septies. En cas de survenance de catastrophes, calamités, épidémie ou pandémie telles que définies dans l'article 101 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, des conventions portant sur des thématiques spécifiques peuvent être signées entre le ministre ayant la santé publique dans ses attributions et des hôpitaux. ».

**Art. 16.** Dans l'article 75, paragraphe 8, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, inséré par l'arrêté royal du 8 janvier 2015, les mots « aux hôpitaux non psychiatriques agréés pour une fonction d'officine hospitalière, à l'exception des hôpitaux et services, isolés, Sp, des

Sp-ziekenhuizen en –diensten, de geïsoleerde G-ziekenhuizen en –diensten en de ziekenhuizen voor palliatieve zorg,” vervangen door de woorden “aan de algemene ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie ziekenhuisapothek, met uitzondering van de Sp-ziekenhuizen palliatieve zorg,”.

hôpitaux et services, isolés, G et des hôpitaux de soins palliatifs, » sont remplacés par les mots « aux hôpitaux généraux agréés pour une fonction d’officine hospitalière, à l’exception des hôpitaux Sp soins palliatifs, ».

**Art. 17.** Bijlagen 3 en 3bis van hetzelfde besluit worden vervangen door de bijlage van dit besluit.

**Art. 17.** Les annexes 3 et 3bis du même arrêté sont remplacés par l’annexe au présent arrêté.

**Art. 18.** Bijlage 9 van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 21 juli 2017, wordt aangevuld als volgt:

**Art. 18.** L’annexe 9 du même arrêté, modifiée en dernier lieu par l’arrêté du 21 juillet 2017, est complétée par ce qui suit :

| “Nomenclatuur | Minuten |
|---------------|---------|
| 252652        | 730     |
| 252663        | 730     |
| 252674        | 1095    |
| 252685        | 1095    |
| 252696        | 730     |
| 252700        | 730     |
| 252711        | 1095    |
| 252722        | 1095    |
| 252733        | 180     |
| 252744        | 180     |
| 252755        | 180     |
| 252766        | 180     |
| 252770        | 180     |
| 252781        | 180     |
| 252836        | 300     |
| 252840        | 300”.   |

| « Nomenclature | Minutes |
|----------------|---------|
| 252652         | 730     |
| 252663         | 730     |
| 252674         | 1095    |
| 252685         | 1095    |
| 252696         | 730     |
| 252700         | 730     |
| 252711         | 1095    |
| 252722         | 1095    |
| 252733         | 180     |
| 252744         | 180     |
| 252755         | 180     |
| 252766         | 180     |
| 252770         | 180     |
| 252781         | 180     |
| 252836         | 300     |
| 252840         | 300 ».  |

**Art. 19.** In bijlage 12, tweede lid, van hetzelfde besluit, vervangen door het koninklijk besluit van 12 juni 2019, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

**Art. 19.** Dans l’annexe 12, alinéa 2, du même arrêté, remplacée par l’arrêté du 12 juin 2019, les modifications suivantes sont apportées :

1° in de Nederlandstalige tekst worden de woorden “en oog de volgende elementen” toegevoegd na het woord “Leefmilieu”;

1° dans le texte néerlandophone, les mots « en oog de volgende elementen » sont ajoutés après le mot « Leefmilieu » ;

2° in 1°, worden de woorden “voorwaarde 3” vervangen door de woorden “voorwaarde 2”.

2° dans 1°, les mots « condition 3 » sont remplacés par les mots « condition 2 ».

**Art. 20.** Bijlage 15, 2°, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit 4 juni 2003, wordt vervangen als volgt:

**Art. 20.** L’annexe 15, 2°, modifiée en dernier lieu par l’arrêté du 4 juin 2003, est complétée comme suit :

“Tijdens de toepassingsperiode van het artikel 2 van het koninklijk besluit nr. 21 van 14 mei 2020 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19 pandemie, wordt de leeftijd van de vrouw met 6 maanden verlengd, dat wil zeggen tot de vooravond van 43 jaar en 6 maanden van de patiënte.”.

« Pendant la période d’application de l’article 2 de l’arrêté royal n° 21 du 14 mai 2020 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d’assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19, l’âge maximum de la femme est prolongé de 6 mois, c’est-à-dire jusqu’à la veille des 43 ans et 6 mois de la patiente. ».

**Art. 21.** In de Nederlandstalige tekst van bijlage 18, deel 1, worden de woorden “1. Geselecteerde zorgperiodes”

**Art. 21.** Dans le texte néerlandophone de l’annexe 18, partie 1, les mots « 1. Geselecteerde

en “2. Geselecteerde items” respectievelijk vervangen door de woorden “2. Geselecteerde zorgperiodes” en “3. Geselecteerde items”.

zorgperiodes » et « 2. Geselecteerde items » sont respectivement remplacés par les mots « 2. Geselecteerde zorgperiodes » et « 3. Geselecteerde items ».

**Art. 22.** Bijlagen 19, 19bis, 19 ter en 19quater worden opgeheven.

**Art. 22.** Les annexes 19, 19bis, 19ter et 19quater sont abrogées.

**Art. 23.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2020 met uitzondering van artikels 4, 13, 19 en 21 die in werking treden op 1 januari 2020 en artikels 14, 15 en 20 die in werking treden op 1 maart 2020.

**Art. 23.** Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> juillet 2020 sauf les articles 4, 13, 19 et 21 qui entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et les articles 14, 15 et 20 qui entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2020.

**Art. 24.** De minister bevoegd voor Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

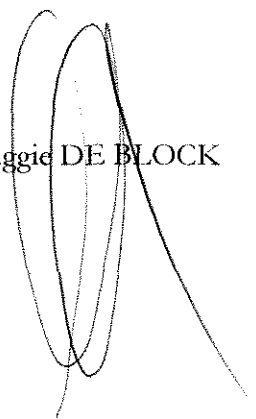
**Art. 24.** Le ministre qui a les Affaires sociales et la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

, le

Van Koningswege:  
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Par le Roi :  
La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Maggie DE BLOCK

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

“Bijlage 3 - Vaststelling van een gemiddelde ligduur per diagnosegroep en berekening van een aantal verantwoorde bedden

## 1. INLEIDING

### 1.1. Begrippen en afkortingen

- MZG-registratie: de registratie van de Minimale Ziekenhuisgegevens zoals bedoeld in het Koninklijk Besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden meegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.
- ICD-10-BE: International Classification of Diseases –10th edition- Clinical Modification.
- MDC: Major Diagnostic Category, grote diagnosegroepen die elk een systeem of een orgaan omvatten, zoals beschreven in '3M<sup>TM</sup> APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is;
- APR-DRG: Diagnosis Related Groups, diagnosegroepen zoals beschreven in '3M<sup>TM</sup> APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is;
- Klinische ernst of “severity of illness”: Omvang van de fysiologische decompensatie of van verlies van orgaanfunctie zoals beschreven in '3M<sup>TM</sup> APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is;
- Sterftrisico: waarschijnlijkheid van overlijden, zoals beschreven in '3M<sup>TM</sup> APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is.

### 1.2. Diagnosegroepen

De diagnosegroepen worden gevormd op grond van '3M<sup>TM</sup> APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is.

Op basis van de hoofddiagnose wordt een eerste indeling gemaakt in grote diagnosegroepen, hierna MDC's genoemd, die elk betrekking hebben op een systeem of orgaan.

Elke MDC wordt vervolgens verder verdeeld in een medische subgroep en een chirurgische subgroep op basis van het al dan niet voorkomen van een chirurgische ingreep.

Binnen deze subgroepen worden de eigenlijke diagnosegroepen, namelijk de APR-DRG's, onderscheiden, rekening houdend met de volgende elementen: hoofddiagnose, nevendiagnostics, chirurgische ingrepen, speciale technieken, leeftijd, geslacht en aard van ontslag overeenkomstig '3M<sup>TM</sup> APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is.

Op die manier worden 322 basis-APR-DRG's verkregen.

Elke basis-APR-DRG (met uitzondering van de APR-DRG's MMM, AAA, 955 en 956) wordt vervolgens opgesplitst in 4 niveaus van klinische ernst. De bepaling van het niveau van klinische ernst van een verblijf gebeurt in 3 fasen waarbij met name rekening wordt gehouden met de gevolgen op de klinische ernst van de nevendiagnostics die geen verband houden met de hoofddiagnose en niet onderling verbonden zijn, de leeftijd, de hoofddiagnose, het bestaan van bepaalde niet-operatieve procedures,... (Cf. '3M<sup>TM</sup> APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is).

De 4 verkregen “severities of illness” zijn :

- niveau 1 : zwak niveau van klinische ernst;

- niveau 2 : gematigd niveau van klinische ernst;
- niveau 3 : groot niveau van klinische ernst;
- niveau 4 : extreem niveau van klinische ernst.

Patiënten zonder vermelding van een hoofddiagnose (APR-DRG 955) of met vermelding van een diagnose die niet als hoofddiagnose gebruikt mag worden (APR-DRG 956) worden verder de 'rest diagnosegroepen type I' genoemd.

Patiënten met een belangrijke chirurgische ingreep die niet overeenkomt met de hoofddiagnose (APR-DRG 950, 951, 952) worden verder de 'restdiagnosegroepen type II' genoemd.

Voor de patiënten waarvoor tijdens eenzelfde ziekenhuisverblijf de MZG per specialisme wordt geregistreerd, kiest men een enkele hoofddiagnose voor de hele duur van het ziekenhuisverblijf, overeenkomstig de in punt 1.3. beschreven techniek.

### 1.3. Concatenatie

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

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

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

Elk van die groepen wordt vervolgens opgesplitst in 4 niveau's van severity of illness zoals beschreven in punt 1.2.

Vervolgens worden de severity of illness niveau's opgesplitst in vier leeftijdscategorieën:

#### 1) G: Gfin-patiënten

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

- a) minimaal 10 dagen in een G bedindex verbleven hebben;
  - b) de gemiddelde leeftijd van de patiënten die verblijven in een G bedindex van het ziekenhuis 75 jaar of ouder bedraagt of de patiënt is minstens 75 jaar;
  - c) en minstens 30 % langer in het ziekenhuis verbleven hebben dan de gemiddelde standaardligduur van de inlier patiënten van 75 jaar of ouder met een zelfde pathologie en een zelfde klinische ernst die niet of minder dan 10 dagen in een G bedindex verbleven hebben.
- 2) L: patiënten onder 75 jaar (uitgezonderd Gfin-patiënten) met graad van ernst 1 of 2;
  - 3) H: patiënten van 75 jaar en ouder (uitgezonderd Gfin-patiënten) met graad van ernst 1 of 2;
  - 4) A: Graad van ernst 3 of 4 (uitgezonderd Gfin-patiënten).

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

### 1.5. Aantal aangetaste systemen

Voor de berekening van het aantal aangetaste systemen wordt het systeem van de hoofddiagnose beschouwd als het eerste aangetaste systeem en wordt het aantal systemen (verschillend van dat van de hoofddiagnose) van de vermelde complicaties hieraan toegevoegd, zoals beschreven in '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is.

## 2. BEREKENING VAN GEMIDDELDE STANDAARDLIGDUREN

### 2.1. Doelstelling

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

## 2.2. Toepassingsgebied

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

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

- 1) patiënten die minstens één dag van hun verblijf op een Sp-, A- of K-dienst verbleven hebben;
- 2) pasgeborenen (0-7 dagen) met een exclusief verblijf in M en N\* bedindexen;
- 3) verblijven die als “oneigenlijk” klassieke verblijven worden beschouwd (zie punt 4.2.2.);
- 4) de zware brandwonden verblijven: verblijven van ziekenhuizen met behandelings-eenheden voor zware brandwonden waarvoor MDC = 22 of de APR-DRG = 004 of = 005 en de eerste 3 cijfers van de hoofddiagnose gelijk aan ICD-10-BE :  $\geq T20$  en  $\leq T32$ ;
- 5) de patiënten die na één dag in het ziekenhuis naar een ander ziekenhuis worden overgebracht;
- 6) verblijven van de APR-DRG 693 ‘chemotherapie’ waarvoor de ontslagdatum min de opnamedatum gelijk is aan 1 dag;
- 7) de verblijven die behoren tot APR-DRG’s 950, 951, 952, 955 en 956;
- 8) de verblijven waarbij de patiënt binnen 3 dagen overleden is;
- 9) de foutieve verblijven, met name de verblijven met een ongeldige verblijfsduur (negatief, niet in overeenstemming met de dag, maand en jaar van opname en ontslag of niet ingevuld, incoherentie tussen de berekende verblijfsduur, de gefactureerde verblijfsduur en de som van de verblijfsduren per bedindex), ongeldige leeftijd (niet tussen 0 en 120 jaar);
- 10) de deelnemende verblijven aan het project ‘bevalling met verkorte ligduur’.

De overblijvende verblijven worden pure verblijven genoemd.

## 2.3. Outliers

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

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

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

De kleine outlierverblijven met APR-DRG 560 ‘vaginale bevalling’ waarbij de moeder naar huis terugkeert en die niet deelneemt aan het pilootproject ‘bevalling met verkorte ligduur’ worden apart aangeduid namelijk als categorie 2b.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per APR-DRG-subgroep (cf. punt 1.4.) wordt een gemiddelde standaardligduur berekend, hierna afgekort 'NGL'.

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

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

- 0a) de subgroepen van APR-DRG 003 'Beenmergtransplantatie';
- 0b) de subgroepen van APR-DRG 004 'Ecmo of tracheostomie met langdurige mechanische ventilatie met extensieve procedure';
- 0c) de subgroepen van APR-DRG 005 'Tracheostomie met langdurige mechanische ventilatie zonder extensieve procedure';
- 0d) de subgroepen van APR-DRG waarin er nationaal minder dan 30 verblijven overblijven na toepassing van bovenvermelde criteria;
- 0e) de subgroepen van het extreme niveau van klinische ernst indien dit niveau minder dan 20 % van de APR-DRG-verblijven vertegenwoordigt.

## 2.5. De waargenomen gemiddelde ligduur in het ziekenhuis

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

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

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

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

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

#### 3.1. Verblijven die niet deelnemen aan de berekening

- 1) pasgeborenen (0-7 dagen) met een exclusief verblijf in M en N\* bedindexen;
- 2) de zware brandwonden verblijven: verblijven van ziekenhuizen met behandelings-eenheden voor zware brandwonden waarvoor MDC = 22 of de APR-DRG = 004 of = 005 en de eerste 3 cijfers van de hoofddiagnose gelijk aan ICD-10-BE :  $\geq T20$  en  $\leq T32$ ;
- 3) de verblijven zonder facturatie in de bedindexen (cf. punt 3.3.) waarvoor een aantal verantwoorde bedden wordt berekend.

#### 3.2. Verschuivingen van de gefactureerde ligduur

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

#### 3.3. Bedindexen waarvoor een aantal verantwoorde bedden wordt berekend

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

CD : C, D, I, L, B

E : E

G : G

M : M

NI : NI

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

Wat de A-, K-, Sp-, Z en BR-bedden betreft, zullen geen verantwoorde bedden worden berekend. De erkende bedden op 1 januari van het betrokken jaar zullen worden geassimileerd met de verantwoorde activiteiten.

#### 3.4. Bepaling van de financiële waarde

A. Voor de normale verblijven (categorie 1) en de verblijven die deelnemen aan een pilootproject 'bevalling met verkorte ligduur': de financiële waarde is de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep waartoe hij behoort.

B. Voor de verblijven:

- ingedeeld bij de rest-APR-DRG's type I (955 en 956, categorie 6a) als de gefactureerde ligduur gelijk of lager is dan de waargenomen gemiddelde ligduur van het ziekenhuis verminderd met twee dagen,
- ingedeeld bij de APR-DRG-restgroep type II (950, 951 en 952, categorie 6b),
- van de APR-DRG-subgroepen waaraan geen gemiddelde ligduur werd toegekend (categorieën 0a, 0b, 0c, 0d, 0e en 0f),
- van patiënten die na een verblijf van één dag naar een ander ziekenhuis worden overgebracht (categorie 2t),
- van de APR-DRG 693 chemotherapie waarvoor de ontslagdatum min de opnamedatum gelijk is aan 1 dag (categorie 2c),

- van de kleine outliers (categorie 2),
  - van de grote outliers van type 1 (categorie 3),
  - van lange duur (categorie 5),
  - waarbij de patiënten meer dan de helft van hun verblijf in een A-, K- of Sp-dienst hebben doorgebracht (categorie 7),
  - waarbij de patiënt binnen 3 dagen is overleden (categorie 8),
- de financiële waarde is gelijk aan de gefactureerde ligduur.

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

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

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

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

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

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

### 3.5. Een verantwoorde ligduur per verblijf

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

#### a. Langdurige verblijven

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

- van het jaar voor de M en L verblijven
- sinds het begin van het verblijf voor F.

#### b. MDC = 14

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

#### c. G potentieel

Een verblijf wordt aangeduid als een potentieel G verblijf indien:

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

De verantwoorde ligduur wordt berekend als volgt:

| Leeftijds-groep | CD                           | G                              |
|-----------------|------------------------------|--------------------------------|
| 70-74           | $0,55 \times fw \times verh$ | $0,45 \times fw \times verhCD$ |
| 75-79           | $0,35 \times fw \times verh$ | $0,65 \times fw \times verhCD$ |
| 80-84           | $0,25 \times fw \times verh$ | $0,75 \times fw \times verhCD$ |

85+                      0,10 x fw x verh      0,90 x fw x verhCD

fw: financiële waarde, verh: verhouding

d.            G reëel

Een verblijf wordt aangeduid als een reëel G verblijf indien:

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

Zijn verantwoorde ligduur wordt berekend als:

| Leeftijds-groep | CD                           | G                                      |
|-----------------|------------------------------|----------------------------------------|
| 70-74           | $0,55 \times fw \times verh$ | $fw \times 0,45 \times verhCD + verhG$ |
| 75-79           | $0,35 \times fw \times verh$ | $fw \times 0,65 \times verhCD + verhG$ |
| 80-84           | $0,25 \times fw \times verh$ | $fw \times 0,75 \times verhCD + verhG$ |
| 85+             | $0,10 \times fw \times verh$ | $fw \times 0,90 \times verhCD + verhG$ |

fw: financiële waarde, verh: verhouding

e. Overige

De verantwoorde ligduur wordt berekend als:

Overigen:  $fw \times verhouding$

### 3.6. Verantwoorde bedden per ziekenhuis

#### 3.6.1. Normatieve bezettingsgraden

Per bedindex (of groep van bedindexen) wordt het aantal verantwoorde ligdagen gedeeld door de normatieve bezettingsgraad van de dienst vermenigvuldigd met 365 om een aantal bedden te verkrijgen.

De normatieve bezettingsgraden zijn:

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

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

Voor de GR en GP-patiënten wordt er een aantal G-bedden toegekend, ten belope van maximum 1/4 van de capaciteit van een complete eenheid G-bedden (namelijk 6 bedden).

Het overschot van ligdagen (> 6 bedden) wordt verschoven naar bedindex CD.

#### 3.6.3. Geografische uitzonderingen

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

### 3.6.4. Vergelijking van het aantal ontslagen

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

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

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

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

$$ALZH_{nd} = [ALZH - \{\max(\text{aantal MZG-ontslagen} - \text{aantal ontslagen FINHOSTA}, 0) * GLZH\}]$$

waarbij :

ALZH<sub>nd</sub> : aantal ligdagen in bedindex CD van het ziekenhuis na datacorrectie;

ALZH: aantal ligdagen in bedindex CD van het ziekenhuis vóór de datacorrectie;

GLZH : het gemiddeld aantal ligdagen van het ziekenhuis vóór de datacorrectie.

### 3.6.5. Vergelijking met de erkende bedden

Per ziekenhuis berekent men 112 % van de erkende bedden. De verantwoorde activiteit die zich boven deze grens bevindt, wordt voor 50 % meegenomen. Men vermindert dus het aantal verantwoorde bedden met 50 % voor de activiteit boven deze grens pro rata van het aantal bedden van de betrokken bedindexen.

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

### 4.1. Gegevensbronnen

De facturatiegegevens van het laatst gekende jaar komen van het R.I.Z.I.V.

De RIZIV-gegevens die gebruikt worden bij de bepaling van de lijst A bevatten informatie in verband met de behandelingsplaats (artsenkabinet, polikliniek, daghospitalisatie), de frequentie van de ingreep op deze plaatsen en de mate waarin een ingreep in daghospitalisatie evolueert.

### 4.2. Bepaling van de verantwoorde ziekenhuisactiviteit in chirurgische daghospitalisatie

#### 4.2.1 Gerealiseerde verblijven in chirurgische daghospitalisatie

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

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

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

#### 4.2.2. Bepaling van het aantal verantwoorde verblijven in chirurgische daghospitalisatie per ziekenhuis

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

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

| Nomenclatuurcode |        |        |        |        |        |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 220231           | 246595 | 256513 | 275553 | 280571 | 300311 |
| 220275           | 246610 | 256653 | 275656 | 280674 | 310354 |
| 220290           | 246632 | 256815 | 275671 | 280711 | 310376 |
| 220312           | 246654 | 256830 | 275693 | 280755 | 310391 |
| 220334           | 246676 | 256852 | 275715 | 280792 | 310413 |
| 221152           | 246772 | 257390 | 275752 | 284911 | 310575 |
| 228152           | 246831 | 257434 | 275811 | 285235 | 310715 |
| 229176           | 246912 | 257876 | 275833 | 285390 | 310774 |
| 230613           | 246934 | 257891 | 275855 | 285670 | 310796 |
| 232013           | 247575 | 257994 | 275951 | 285692 | 310811 |
| 232035           | 247590 | 258090 | 276275 | 285972 | 310855 |
| 235174           | 247612 | 258112 | 276334 | 287431 | 310951 |
| 238114           | 247634 | 258156 | 276356 | 287453 | 310973 |
| 238173           | 247656 | 258171 | 276371 | 287475 | 310995 |
| 238195           | 250176 | 258635 | 276452 | 287490 | 311312 |
| 238210           | 250191 | 258650 | 276474 | 287512 | 311334 |
| 241091           | 250213 | 258731 | 276496 | 287534 | 311452 |
| 241150           | 251274 | 260315 | 276511 | 287696 | 311835 |
| 241312           | 251311 | 260470 | 276555 | 287711 | 311990 |
| 241872           | 251370 | 260676 | 276636 | 287755 | 312314 |
| 241916           | 251650 | 260691 | 276776 | 287792 | 312410 |
| 241931           | 253153 | 260735 | 276931 | 287814 | 312432 |
| 244193           | 253234 | 260794 | 277034 | 287836 | 317214 |
| 244311           | 253256 | 260853 | 277093 | 291992 | 350512 |
| 244436           | 253551 | 260875 | 277152 | 292014 | 353253 |
| 244473           | 253573 | 260890 | 277211 | 292633 | 354056 |
| 244495           | 254752 | 260912 | 277233 | 292795 | 354351 |
| 244554           | 254774 | 260934 | 277270 | 292810 | 431056 |
| 244635           | 254796 | 260956 | 277476 | 292854 | 431071 |
| 245534           | 254811 | 261214 | 277616 | 293016 | 431513 |
| 245571           | 255172 | 261236 | 277631 | 293274 | 432191 |
| 245630           | 255194 | 262216 | 278390 | 293296 | 432213 |
| 245733           | 255231 | 262231 | 278832 | 293311 | 432316 |
| 245755           | 255253 | 275015 | 279451 | 293370 | 432434 |
| 245814           | 255695 | 275096 | 279473 | 294210 | 432692 |
| 245851           | 255894 | 275111 | 279495 | 294232 | 475996 |
| 245873           | 256115 | 275133 | 280055 | 294475 |        |
| 246094           | 256130 | 275236 | 280070 | 294674 |        |
| 246212           | 256174 | 275251 | 280092 | 294711 |        |
| 246514           | 256314 | 275494 | 280136 | 300252 |        |
| 246551           | 256336 | 275516 | 280151 | 300274 |        |
| 246573           | 256491 | 275531 | 280534 | 300296 |        |

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

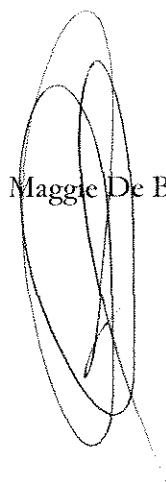
Een prestatie werd weerhouden indien ze gelijktijdig aan alle hiernavermelde criteria voldeed :

- het betreft een bloederige heelkundige ingreep, zoals gedefinieerd in het koninklijk besluit betreffende de forfaitarisering van de antibiotica-profylaxie in de heelkunde en
- het aantal intramurale prestaties moet minstens 60 % zijn van het totaal aantal ambulant gerealiseerde prestaties waar intramuraal = in ziekenhuisverband, hetzij in daghospitalisatie hetzij poliklinisch.”.

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

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

A handwritten signature in dark ink, consisting of several overlapping loops and a long trailing stroke at the bottom.

Maggie De Block

« Annexe 3 - Fixation d'une durée de séjour moyenne par groupe de diagnostics et calcul d'un nombre de lits justifiés

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Concepts et abréviations

- Enregistrement RHM: l'enregistrement du Résumé Hôpital Minimum tel que visé à l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;
- ICD-10-BE: International Classification of Diseases –10th Edition - Clinical Modification;
- MDC: Major Diagnostic Category, grands groupes de diagnostics qui concernent chacun un système ou un organe, tels que décrits dans '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul;
- APR-DRG : Diagnosis Related Groups, groupes de diagnostic tels que décrits dans '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul;
- Gravité clinique ou « severity of illness » : Etendue de la dégradation physiologique ou de la perte de fonction d'un système clinique, telle que décrite dans '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul;
- Risque de mortalité : probabilité de décès, tel que décrit dans '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul.

### 1.2. Groupes de diagnostics

Les groupes de diagnostic sont constitués sur base de '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul.

Sur base du diagnostic principal, on effectue une première subdivision en groupes de diagnostics principaux, appelés MDC's, qui portent chacun sur un système ou un organe.

Chaque MDC est ensuite scindé en un sous-groupe médical et un sous-groupe chirurgical selon qu'il y ait intervention chirurgicale ou non.

A l'intérieur de ces sous-groupes, on distingue les groupes de diagnostics proprement dits, c'est-à-dire les APR-DRG, en tenant compte des éléments suivants : diagnostic principal, diagnostics associés, interventions chirurgicales, techniques spéciales, âge, sexe et type de sortie, conformément à '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul.

322 APR-DRG de base sont ainsi obtenus.

Chaque APR-DRG de base (à l'exception des APR-DRG MMM, AAA, 955 et 956) est ensuite scindé en 4 niveaux de sévérité clinique. La détermination du niveau de sévérité clinique d'un séjour s'effectue en 3 étapes qui prennent notamment en compte les effets sur la gravité clinique des diagnostics secondaires non associés avec le diagnostic principal et non inter reliés entre eux, de l'âge, du diagnostic principal, de l'existence de certaines procédures non opératoires,... (Cfr '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul.)

Les quatre « niveaux de sévérité » obtenus sont :

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

Les patients pour lesquels il n'est pas fait mention d'un diagnostic principal (APR-DRG 955) ou pour lesquels il est fait mention d'un diagnostic ne pouvant être utilisé comme diagnostic principal (APR-DRG 956) constituent ce que l'on appelle, plus loin, le 'groupe de diagnostics résiduels type I'.

Les patients pour lesquels il y a une importante intervention chirurgicale ne correspondant pas au diagnostic principal (APR-DRG 950, 951, 952) constituent ce que l'on appelle, plus loin, le 'groupe de diagnostics résiduels type II'.

En ce qui concerne les patients pour lesquels un enregistrement RHM par spécialité est effectué au cours d'un même séjour à l'hôpital, on choisit un diagnostic principal unique pour toute la durée du séjour hospitalier, conformément à la technique décrite au point 1.3.

### 1.3. Concaténation

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

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

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

Chacun de ces groupes est ensuite scindé en 4 niveaux de sévérité, tel que décrit au point 1.2.

Les niveaux de sévérité sont ensuite scindés en quatre sous-groupes d'âge :

1) G : les patients G<sub>fin</sub>

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

- a) avoir été hospitalisés pendant 10 jours au moins dans un lit d'index G ;
  - b) l'âge moyen des patients qui ont séjourné dans un index de lit G de l'hôpital est d'au moins 75 ans ou l'âge du patient est d'au moins 75 ans ;
  - c) et avoir une durée de séjour à l'hôpital qui excède de 30 % au moins la durée de séjour moyenne standard des patients inliers de 75 ans et plus présentant la même pathologie et la même gravité clinique mais n'ayant pas séjourné ou ayant séjourné moins de 10 jours dans un index de lit G.
- 2) L : les patients de moins de 75 ans (hormis les patients G<sub>fin</sub>) avec niveau de sévérité 1 ou 2 ;
  - 3) H : les patients de 75 ans ou plus (hormis les patients G<sub>fin</sub>) avec niveau de sévérité 1 ou 2 ;
  - 4) A : Niveau de sévérité 3 ou 4 (hormis les patients G<sub>fin</sub>).

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

### 1.5. Nombre de systèmes atteints

Pour le calcul du nombre de systèmes atteints, le système du diagnostic principal est considéré comme étant le premier système atteint et on y ajoute le nombre de systèmes (différents de celui du diagnostic principal) des complications mentionnées, tels que décrits dans le '3M<sup>TM</sup> APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul.

## 2. CALCUL DES DUREES DE SEJOUR MOYENNES STANDARDS

## 2.1. Objectif

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

## 2.2. Champ d'application

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

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

- 1) des patients ayant séjourné au moins une journée de leur séjour dans un service Sp, A ou K ;
- 2) des nouveau-nés (0-7 jours) ayant séjournés exclusivement dans les index de lits M et N\* ;
- 3) des séjours qui sont considérés comme séjours classiques inappropriés (voir point 4.2.2.) ;
- 4) des séjours des grands brûlés : séjours des hôpitaux avec des unités des grands brûlés pour lesquels MDC=22, soit l'APR-DRG=004 ou 005 et les 3 premiers chiffres du diagnostic principal sont égaux à ICD-10-BE :  $\geq T20$  et  $\leq T32$  ;
- 5) des patients qui séjournent un jour dans l'hôpital et qui sont transférés vers un autre hôpital ;
- 6) des séjours de l'APR-DRG 693 'chimiothérapie' dont la date de sortie moins la date d'admission est égale à 1 jour ;
- 7) des séjours appartenant aux APR-DRG's 950, 951, 952, 955 et 956 ;
- 8) des séjours dont le patient est décédé endéans les 3 jours ;
- 9) des séjours fautifs soit les séjours pour lesquels la durée de séjour est non valable (négative, pas en concordance avec le jour, le mois et l'année d'admission et de sortie ou non mentionnée, non concordance entre la durée de séjour calculée, la durée de séjour facturée et la somme des durées par index de lit), l'âge est non valable (pas entre 0 et 120 ans) ;
- 10) des séjours participant au projet pilote « accouchement avec séjour hospitalier écourté ».

On appelle les séjours restants des séjours purs.

## 2.3. Outliers

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

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

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

Les séjours outliers petits de l'APR-DRG 560 'accouchement par voie vaginale' avec retour de la mère à domicile et ne participant pas au projet pilote 'accouchement avec séjour hospitalier écourté' sont classés à part comme catégorie 2b.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q1 = la durée de séjour correspondant au seuil -sous lequel se situe la durée de séjour de 25 % des séjours du sous-groupe d'APR-DRG et

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

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

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

On calcule par sous-groupe d'APR-DRG (cf. point 1.4.) une durée de séjour moyenne standard, en abrégé 'NGL'. Cette NGL est calculée par sous-groupe d'APR-DRG en divisant la somme des journées facturées des séjours normaux (catégorie 1) et des durées limitées des outliers type 2 (catégorie 4) par leur nombre de séjours.

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

- 0a) les sous-groupes de l'APR-DRG 003 'Transplantation de moelle osseuse';
- 0b) les sous-groupe d'APR-DRG 004 'Ecmo ou trachéostomie avec ventilation mécanique de longue durée et procédure extensive';
- 0c) les sous-groupes de l'APR-DRG 005 « Trachéostomie avec ventilation mécanique de longue durée sans intervention extensive »;
- 0d) les sous-groupes d'APR-DRG, composés au niveau national, de moins de 30 séjours après l'application des critères mentionnés ci-dessus;
- 0e) les sous-groupes de niveau de sévérité extrême si ce niveau représente moins de 20 % des séjours de l'APR-DRG.

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

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

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

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

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

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

### 3.1. Séjours exclus du calcul

- 1) les nouveau-nés (0-7 jours) ayant séjournés exclusivement dans les index de lits M et N\* ;
- 2) les séjours des grands brûlés : séjours des hôpitaux avec des unités des grands brûlés pour lesquels soit le MDC=22, soit l'APR-DRG = 004 ou = 005 et les 3 premiers chiffres du diagnostic principal sont égaux à ICD-10-BE : > = T20 et < = T32 ;
- 3) les séjours sans facturation en index de lits (cf. point 3.3) pour lesquels un nombre de lits justifiés est calculé.

### 3.2. Déplacements de la durée de séjour facturée

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

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

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

CD : C, D, I, L, B

E : E

G : G

M : M

NI : NI

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

En ce qui concerne les lits A, K, Sp, Z et BR, on ne calculera pas de lits justifiés. Les lits agréés au 1<sup>er</sup> janvier de l'année concernée seront assimilés aux activités justifiées.

### 3.4. Détermination de la valeur financière

A. Pour les séjours normaux (catégorie 1) et les séjours participant à un projet pilote « accouchement avec séjour hospitalier écourté » : la valeur financière est la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG dont il fait partie.

B. Pour les séjours :

- des APR-DRG's résiduels type I (955 et 956, catégorie 6a) si la durée facturée est inférieure ou égale à la durée de séjour moyenne observée de l'hôpital moins 2 jours,
- classés dans les APR-DRG's résiduels type II (950, 951, et 952, catégorie 6b),
- compris dans les sous-groupes d'APR-DRG auxquels aucune durée de séjour moyenne n'est attribuée (catégories 0a, 0b, 0c, 0d, 0e et 0f),
- des patients qui séjournent un jour dans l'hôpital et qui sont transférés vers un autre hôpital (catégorie 2t),
- des séjours de l'APR-DRG 693 chimiothérapie dont la date de sortie moins la date d'admission est égale à 1 jour (catégorie 2c),
- des outliers petits (catégorie 2),
- des outliers grands de type 1 (catégorie 3),
- de longue durée (catégorie 5),
- pour lesquels les patients sont restés plus de la moitié de leur durée de séjour dans un service A, K ou Sp (catégorie 7),
- dont le patient est décédé endéans les 3 jours (catégorie 8),

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

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

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

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

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

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

On répartira la valeur financière au prorata (= selon les rapports) de la durée de séjour facturée dans les index de lits, sauf pour les séjours fautifs (catégorie 9) où l'on attribuera l'entièreté de la valeur financière à l'index CD.

### 3.5. La durée de séjour justifiée par séjour

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

#### a. Séjours de longue durée

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

- de l'année pour les séjours M et L
- depuis le début du séjour pour les séjours F.

#### b. MDC = 14

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

#### c. G potentiel

Pour qu'un séjour soit considéré comme potentiellement G :

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

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

| Groupe d'âge | CD                              | G                                 |
|--------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| 70-74        | $0,55 \times vf \times rapport$ | $0,45 \times vf \times rapportCD$ |
| 75-79        | $0,35 \times vf \times rapport$ | $0,65 \times vf \times rapportCD$ |
| 80-84        | $0,25 \times vf \times rapport$ | $0,75 \times vf \times rapportCD$ |
| 85+          | $0,10 \times vf \times rapport$ | $0,90 \times vf \times rapportCD$ |

vf : valeur financière

#### d. G réel

Afin d'être considéré comme G réel :

- le patient doit avoir au minimum 70 ans ;
- le patient doit avoir au minimum 2 systèmes atteints ;

- le séjour doit avoir une durée de séjour totale facturée supérieure à la moyenne  $G_{fin} * 0,5$  ;
- la catégorie d'âge est différente de G ;
- le nombre de jours facturés en index G dépasse 0 ;
- le patient ne fait pas partie de la catégorie 9 (les séjours fautifs).

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

| Groupe d'âge | CD                              | G                                            |
|--------------|---------------------------------|----------------------------------------------|
| 70-74        | $0,55 \times vf \times rapport$ | $vf \times 0,45 \times rapportCD + rapportG$ |
| 75-79        | $0,35 \times vf \times rapport$ | $vf \times 0,65 \times rapportCD + rapportG$ |
| 80-84        | $0,25 \times vf \times rapport$ | $vf \times 0,75 \times rapportCD + rapportG$ |
| 85+          | $0,10 \times vf \times rapport$ | $vf \times 0,90 \times rapportCD + rapportG$ |

vf : valeur financière

#### e. Autre

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

Autres :  $vf \times rapport$

### 3.6. Les lits justifiés par hôpital

#### 3.6.1. Taux d'occupation normatifs

Par index de lit (ou groupe d'index de lits), le nombre de journées justifiées est divisé par le taux d'occupation normatif du service multiplié par 365 pour obtenir un nombre de lits.

Les taux d'occupation normatifs sont :

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

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

Pour les patients GR et GP, un nombre de lits G sera attribué, à concurrence maximum d'1/4 de la capacité d'une unité complète de lits G (soit 6 lits).

Le surplus (> 6 lits) est déplacé vers l'index de lit CD.

#### 3.6.3. Exceptions géographiques

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

#### 3.6.4. Comparaison des sorties

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

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

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

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

$ALZH_{nd} = [ALZH - \{\max(\text{nombre de sorties RHM} - \text{nombre de sorties FINHOSTA}, 0) * GLZH\}]$

où :

ALZH<sub>nd</sub> : nombre de journées d'hospitalisation en index de lit CD pour l'hôpital après correction des données ;

ALZH : nombre de journées d'hospitalisation en index de lit CD de l'hôpital avant correction des données ;

GLZH : le nombre de journées moyenne d'hospitalisation de l'hôpital avant correction des données.

### 3.6.5. Comparaison avec les lits agréés

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

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

### 4.1. Sources de données

Les données de facturation sur la dernière année connue proviennent de l'INAMI.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| Code de nomenclature |        |        |        |        |        |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 220231               | 246595 | 256513 | 275553 | 280571 | 300311 |
| 220275               | 246610 | 256653 | 275656 | 280674 | 310354 |
| 220290               | 246632 | 256815 | 275671 | 280711 | 310376 |
| 220312               | 246654 | 256830 | 275693 | 280755 | 310391 |
| 220334               | 246676 | 256852 | 275715 | 280792 | 310413 |
| 221152               | 246772 | 257390 | 275752 | 284911 | 310575 |
| 228152               | 246831 | 257434 | 275811 | 285235 | 310715 |
| 229176               | 246912 | 257876 | 275833 | 285390 | 310774 |

|        |        |        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 230613 | 246934 | 257891 | 275855 | 285670 | 310796 |
| 232013 | 247575 | 257994 | 275951 | 285692 | 310811 |
| 232035 | 247590 | 258090 | 276275 | 285972 | 310855 |
| 235174 | 247612 | 258112 | 276334 | 287431 | 310951 |
| 238114 | 247634 | 258156 | 276356 | 287453 | 310973 |
| 238173 | 247656 | 258171 | 276371 | 287475 | 310995 |
| 238195 | 250176 | 258635 | 276452 | 287490 | 311312 |
| 238210 | 250191 | 258650 | 276474 | 287512 | 311334 |
| 241091 | 250213 | 258731 | 276496 | 287534 | 311452 |
| 241150 | 251274 | 260315 | 276511 | 287696 | 311835 |
| 241312 | 251311 | 260470 | 276555 | 287711 | 311990 |
| 241872 | 251370 | 260676 | 276636 | 287755 | 312314 |
| 241916 | 251650 | 260691 | 276776 | 287792 | 312410 |
| 241931 | 253153 | 260735 | 276931 | 287814 | 312432 |
| 244193 | 253234 | 260794 | 277034 | 287836 | 317214 |
| 244311 | 253256 | 260853 | 277093 | 291992 | 350512 |
| 244436 | 253551 | 260875 | 277152 | 292014 | 353253 |
| 244473 | 253573 | 260890 | 277211 | 292633 | 354056 |
| 244495 | 254752 | 260912 | 277233 | 292795 | 354351 |
| 244554 | 254774 | 260934 | 277270 | 292810 | 431056 |
| 244635 | 254796 | 260956 | 277476 | 292854 | 431071 |
| 245534 | 254811 | 261214 | 277616 | 293016 | 431513 |
| 245571 | 255172 | 261236 | 277631 | 293274 | 432191 |
| 245630 | 255194 | 262216 | 278390 | 293296 | 432213 |
| 245733 | 255231 | 262231 | 278832 | 293311 | 432316 |
| 245755 | 255253 | 275015 | 279451 | 293370 | 432434 |
| 245814 | 255695 | 275096 | 279473 | 294210 | 432692 |
| 245851 | 255894 | 275111 | 279495 | 294232 | 475996 |
| 245873 | 256115 | 275133 | 280055 | 294475 |        |
| 246094 | 256130 | 275236 | 280070 | 294674 |        |
| 246212 | 256174 | 275251 | 280092 | 294711 |        |
| 246514 | 256314 | 275494 | 280136 | 300252 |        |
| 246551 | 256336 | 275516 | 280151 | 300274 |        |
| 246573 | 256491 | 275531 | 280534 | 300296 |        |

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

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

- il s'agit d'une intervention chirurgicale sanglante, telle que définie dans l'arrêté royal concernant la forfaitarisation de l'antibioprophylaxie en chirurgie et
- le nombre de prestations en intra-muros doit représenter au moins 60 % du nombre total de prestations réalisées en ambulatoire où intra-muros = dans un cadre hospitalier, soit en hospitalisation de jour, soit en polyclinique. ».

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

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Maggie De Block



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

**VERSLAG AAN DE KONING**

Sire,

Het koninklijk besluit dat ik de eer heb aan Uwe Majesteit ter ondertekening voor te leggen, heeft tot doel de regels vast te stellen voor de verdeling van het globaal budget voor het Rijk voor de financiering van de werkingskosten van de ziekenhuizen voor het jaar 2020, gedefinieerd door het koninklijk besluit van 17 december 2019.

Dit is het geval voor de verdeling van het budget van 4,8 miljoen euro komende uit de taks shift die gebruikt moet worden om een deel van de kosten van de pensioenlasten van het statutair personeel ten laste van de ziekenhuizen te dekken. De federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) heeft in zijn advies van 30 januari 2020 de aandacht gevestigd op zijn advies van 13 december 2018 waar hij uitsprak om het beschikbare budget te verdelen op basis van de reële responsabiliseringslasten van elk betrokken ziekenhuis. Deze wens neemt een consequente aanpassing met zich mee van de wetgeving en benodigd het verkrijgen van informatie gevalideerd door een ander kanaal dan dewelke voorzien werd want de RSZ beschikt niet over deze informatie. Dit advies werd dus niet gevolgd door een juridisch effect op 1 juli 2019 want de regering bevond zich in lopende zaken. Wat nog steeds het geval is in 2020. In hetzelfde advies deelt de FRZV ook een onenigheid tussen zijn leden mee met betrekking tot de toewijzing van het budget van de taks shift. Sommigen zijn van mening dat het budget volledig zou moeten worden toegevoegd aan de maatregel die een deel van de bijdragelasten en de responsabiliseringslasten (artikel 73, §4 van het bovengenoemde besluit) financieel dekt. Anderen zijn van mening dat het budget volledig zou moeten toegevoegd worden aan de maatregel die een deel van de responsabiliseringslasten financieel dekt (artikel 73, §5 van het bovengenoemde besluit). Omwille van pragmatische wordt het budget in twee gedeeld tussen de twee maatregelen.

Ten gevolge van de vernietiging door de Raad van State van het artikel 1, paragraaf 1, 4° van het koninklijk besluit van 30 augustus 2016, werden de berekeningsmodaliteiten met betrekking tot de financiering van het spoedpersoneel in het onderdeel B2 aangepast om de wetgeving te hernemen die voorging aan dewelke werd vernietigd.

Ten gevolge van een veroordeling van de Belgische Staat door een vonnis van de rechtbank van eerste aanleg van Luik op 13 maart 2019, moeten de ziekenhuizen die beschikken over erkende bedden onder index G en/of index Sp in combinatie met bedden erkend onder index A, T en K aanzien worden als algemene ziekenhuizen. Verschillende artikels van het besluit dienden daartoe gecorrigeerd te worden.

Ten gevolge van de vernietiging door de Raad van State

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

**RAPPORT AU ROI**

Sire,

L'arrêté royal que j'ai l'honneur de soumettre à la signature de votre Majesté a pour but, principalement, de déterminer les modalités de répartition du budget global du Royaume pour le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux pour l'année 2020, défini par arrêté royal du 17 décembre 2019.

C'est le cas pour la répartition du budget de 4,8 millions d'euros provenant du tax shift qui doit être utilisé pour couvrir une partie des coûts des charges de pensions du personnel statutaire à charge des hôpitaux. Dans son avis du 30 janvier 2020, le Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) a rappelé son avis du 13 décembre 2018 où il préconisait de répartir le budget disponible sur base des charges réelles de responsabilisation de chaque hôpital concerné. Ce souhait entraînait une adaptation conséquente de la législation et nécessitait d'obtenir des informations validées par un autre canal que celui qui était prévu car l'ONSS ne dispose pas de cette information. Cet avis n'avait donc pas été suivi d'effet juridique au 1<sup>er</sup> juillet 2019 car le gouvernement était en affaires courantes. Ce qui est toujours le cas en 2020. Dans ce même avis, le CFEH fait également part d'une division de ses membres sur l'affectation du budget du tax shift. Certains sont d'avis qu'il soit ajouté entièrement à la mesure qui couvre financièrement une partie des charges de cotisations et des charges de responsabilisation (article 73, §4 de l'arrêté susmentionné). D'autres sont d'avis qu'il soit ajouté entièrement à la mesure qui couvre financièrement une partie des charges de responsabilisation (article 73, §5 de l'arrêté susmentionné). De manière pragmatique, le budget est réparti par moitié entre les deux mesures.

Suite à l'annulation par le Conseil d'Etat de l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 4°, de l'arrêté royal du 30 août 2016, les modalités de calcul relatives au financement du personnel des urgences dans la sous-partie B2 ont été modifiées pour reprendre la législation antérieure à celle qui a été annulée.

Suite à une condamnation de l'Etat belge par un jugement du Tribunal de première instance de Liège le 13 mars 2019, les hôpitaux qui disposent de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K doivent être considérés comme des hôpitaux généraux. Il y a donc correction de plusieurs articles de l'arrêté.

Suite à l'annulation par le Conseil d'Etat des articles 2

van de artikels 2 en 4 van het koninklijk besluit van 6 september 2016, is er geen wettelijke basis meer voor de financiering van het elektronisch patiëntendossier. Om de ziekenhuizen de financiering niet te ontnemen die nodig is voor de continuïteit van het volledig invoeren van dit patiëntendossier, worden de beschikbare budgetten zonder voorwaarde verdeeld onder de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen op een eenvoudige manier en volgens het advies van de FRZV van 23 april 2020. Nieuwe verdelingsmodaliteiten zullen voorzien worden voor 2021.

Ten gevolge van de COVID crisis, werden de niet dringende consultaties in het ziekenhuis uitgesteld. Dit heeft een impact gehad op de medisch begeleide voortplanting. Het RIZIV heeft dus een verlenging van de maximale leeftijd voorzien van 6 maanden om een terugbetaling te krijgen voor de specialiteiten die gebruikt worden in het kader van de medisch begeleide voortplanting. Aangezien de laboratoriumkosten gelinkt aan de cycli forfaitair gedekt worden door het BFM van de ziekenhuizen, wordt deze verhoging eveneens voorzien in het besluit. Het einde van de verhoging wordt eveneens voorzien.

Het wordt ook voorzien dat als een situatie, beschreven in artikel 101 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen (catastrofe, ramp, epidemie of pandemie) met zich meebrengt dat het onmogelijk is om het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen te berekenen, het laatste budget van financiële middelen dat berekend zou moeten worden van toepassing blijft.

Bovendien wordt voorzien dat, in geval van een situatie voorzien in artikel 101 van de bovengenoemde wet, er contracten kunnen afgesloten worden rond zeer specifieke thema's.

Om te eindigen werden er verschillende technische correcties aangebracht aan het besluit en zijn bijlagen.

Ik heb de eer te zijn,  
Sire,  
van Uwe Majesteit,  
de zeer eerbiedige  
en zeer getrouwe dienaar,  
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

et 4 de l'arrêté royal du 6 septembre 2016, il n'y a plus de base légale pour le financement du dossier patient informatisé. Afin de ne pas priver les hôpitaux d'un financement nécessaire à la continuité de la mise en œuvre complète de ce dossier patient, les budgets disponibles sont répartis sans condition entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques de manière simple en suivant l'avis du CFEH du 23 avril 2020. De nouvelles modalités de répartition seront prévues pour 2021.

Suite à la crise du COVID, les consultations non urgentes à l'hôpital ont été postposées. Cela a eu un impact sur la procréation médicament assistée. L'Inami a donc prévu une prolongation de 6 mois de l'âge maximal pour obtenir le remboursement de spécialités utilisées dans le cadre de la procréation médicalement assistée. Comme les frais de laboratoire lié aux cycles sont couverts forfaitairement pas le BMF des hôpitaux, cette prolongation est également prévue dans l'arrêté. La fin de la prolongation est également prévue.

Il est, en outre, prévu que si une situation décrite à l'article 101 de la loi coordonnée sur les hôpitaux (situation de catastrophe, calamité, épidémie ou pandémie) entraînerait l'impossibilité de calculer le budget des moyens financiers des hôpitaux, le dernier budget des moyens financiers qui aurait été calculé resterait d'application.

De plus, il est prévu qu'en cas de situation prévue à l'article 101 de la loi susmentionnée il peut être conclu des contrats sur des thématiques très spécifiques.

Pour terminer, plusieurs corrections techniques sont apportées à l'arrêté et à ses annexes.

J'ai l'honneur d'être,  
Sire,  
de Votre Majesté,  
le très respectueux  
et très fidèle serviteur,  
La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

M. DE BLOCK