

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid,
Veiligheid van de Voedselketen en
Leefmilieu

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

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

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

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

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

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;

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

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

Gelet op de adviezen van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, gegeven op 11 januari 2018, 30 januari 2018, 8 maart 2018, 26 april 2018 en 7 mei 2018;

Vu les avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, donnés le 11 janvier 2018, 30 janvier 2018, 8 mars 2018, 26 avril 2018 et 7 mai 2018 ;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 19 juli 2018;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 19 juillet 2018 ;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister voor Begroting, gegeven op 10 september 2018;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 10 septembre 2018 ;

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

Vu l'avis ... du Conseil d'Etat, donné le ..., en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

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

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij:

Nous avons arrêté et arrêtons :

Artikel 1. In artikel 46 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, worden de volgende bepalingen aangebracht:

Article 1^{er}. Dans l'article 46 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, les modifications suivantes sont apportées :

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

1^o le paragraphe 1^{er}, 1^o, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 19 juin 2007, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

“Wordt op 1 juli 2018 verstaan onder verantwoorde bedden: het aantal bedden bepaald door de toepassing van bijlage 3bis van het huidige besluit, waarvan de berekening rekening houdt met de index sociale correctie waarvan de berekeningsmodaliteiten gedefinieerd zijn in bijlage 3, punt 3bis;”

« Au 1^{er} juillet 2018, on entend par lits justifiés, le nombre de lits déterminé en application de l'annexe 3bis du présent arrêté, dont le calcul tient compte de l'indice de correction sociale dont les modalités de calcul sont définies dans l'annexe 3, point 3bis ; » ;

2° in paragraaf 3, 2°, b), b.1), a), laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 november 2012, worden de twee streepjes als volgt vervangen:

- “- voor de ziekenhuizen erkend voor een functie ‘eerste opvang van spoedgevallen’: 3 punten; ”
- Voor de ziekenhuizen erkend voor een functie ‘gespecialiseerde spoedgevallen’ en/of een functie ‘intensieve zorgen’: 5 punten.

3° in paragraaf 3, 2°, c), wordt het lid die aanvangt met de woorden “Om de waarde” en eindigt met de woorden “aantal verantwoorde bedden.”, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 20 september 2009, vervangen als volgt:

“Om de waarde per bezet bed te bepalen wordt geen rekening gehouden met de medische prestaties en de verpleegdagen in de bedden erkend A, Ad, An, T, Td, Tn, K, Kd, Kn en IB. Voor de ziekenhuizen waarvan het aantal verantwoorde bedden onder kenletter G hoger is dan het nationaal gemiddelde, zonder A-, Ad-, An-, T-, Td-, Tn-, K-, Kd-, Kn en IB-bedden, worden de verminderd met een aantal dagen overeenkomend met een aantal verpleegdagen G vermenigvuldigd met het volgende percentage :

$$\frac{\text{Aantal Ghi} - \text{bed.} - \text{aantal gemidd. G} - \text{bed. nationaal}}{\text{Aantal Ghi} - \text{bedden}} \times 100$$

waarbij :

- aantal bedden Ghi = Aantal verantwoorde G-bedden van het beschouwde ziekenhuis ;
- gemiddeld nationaal aantal bedden G = het totaal aantal verantwoorde bedden van het beschouwde ziekenhuis, zonder A-, Ad-, An-, T-, Td-, Tn-, K-, Kd-, Kn en IB-bedden, vermenigvuldigd met het gemiddeld percentage verantwoorde G-bedden vastgesteld op nationaal vlak met betrekking tot het totaal aantal verantwoorde bedden, zonder A-, Ad-, An-, T-, Td-, Tn-, K-, Kd-, Kn en IB-bedden.

Met hospitalisatiedagen G wordt bedoeld : de dagen MZG behalve deze met betrekking tot A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn en IB * (gerealiseerde dagen G van Finhosta / aantal totaal gerealiseerde dagen van Finhosta behalve deze gerealiseerd in A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn en IB), wetende dat de gerealiseerde dagen gehaald uit finhosta en de MZG betrekking hebben op het jaar dat dient als referentie voor de berekening van de verantwoorde activiteit van het beschouwde jaar.

Art. 2. In artikel 56, van hetzelfde besluit, wordt paragraaf 4, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 20 september 2009, vervangen als volgt:

« § 4. Vanaf 1 januari 2018 wordt om de coördinatie van de activiteiten in de ziekenhuizen op het vlak van kwaliteit en veiligheid te bevorderen een bedrag van 8.014.690 euro

2° dans le paragraphe 3, 2°, b), b.1), a), modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 19 novembre 2012, les 2 tirets sont remplacés comme suit :

- « - pour les hôpitaux agréés pour une fonction ‘Première prise en charge des urgences’ : 3 points ;
- pour les hôpitaux agréés pour une fonction ‘Soins urgents spécialisés’ et/ou une fonction ‘Soins intensifs’: 5 points.

3° dans le paragraphe 3, 2°, c), l'alinéa commençant par les mots « Pour déterminer la valeur » et se terminant par les mots « nombre total de lits justifiés. » , modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 20 septembre 2009, est remplacé par ce qui suit :

« Pour déterminer la valeur par lit occupé, il n'est pas tenu compte des prestations médicales et des journées d'hospitalisation dans les lits agréés A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB. Pour les hôpitaux dont le nombre de lits justifiés sous l'index G est supérieur à la moyenne nationale exprimée en lits justifiés, hors lits A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB, les journées d'hospitalisation sont diminuées d'un nombre de journées correspondant aux journées d'hospitalisation G multiplié par le pourcentage suivant :

$$\frac{\text{Nb de lits Ghi} - \text{Nb de lits G moyen national}}{\text{Nb de lits Ghi}} \times 100$$

où :

- nombre de lits Ghi = Nombre de lits justifiés G de l'hôpital considéré ;
- nombre de lits G moyen national = le nombre total de lits justifiés de l'hôpital considéré, hors lits A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB, multiplié par le pourcentage moyen de lits justifiés G constaté au niveau national par rapport au nombre total de lits justifiés hors lits A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB.

Par journées d'hospitalisation G, il faut entendre les journées RHM hors celles relatives aux séjours en A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB * (journées réalisées G de Finhosta / nombre total de journées réalisées de Finhosta hors celles réalisées en A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB), en sachant que les journées réalisées extraites de Finhosta et du RHM ont trait à l'exercice servant de référence au calcul de l'activité justifiée de l'année considérée. ».

Art. 2. Dans l'article 56, du même arrêté, le paragraphe 4, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 20 septembre 2009, est remplacé par ce qui suit :

« § 4. A partir du 1^{er} janvier 2018, afin de stimuler la coordination des activités de qualité et de sécurité dans les hôpitaux, un budget de 8.014.690 euros (index 1^{er}

(index 1 januari 2018) verdeeld onder de ziekenhuizen die op vrijwillige basis een overeenkomst sluiten met de Directeur-generaal van het 'DG Gezondheidszorg' van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.”.

janvier 2018) est réparti entre les hôpitaux qui, sur base volontaire, concluent une convention avec le Directeur général de la 'DG Soins de santé' du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. ».

Art. 3. In artikel 63, § 1, van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 december 2017, worden de woorden « op 1 januari 2018 is vastgesteld op 38.346.548 euro » vervangen door de woorden « op 1 juli 2018 is vastgesteld op 33.846.548 euro ».

Art. 3. Dans l'article 63, § 1^{er}, du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 19 décembre 2017, les mots « au 1^{er} janvier 2018 à 38.346.548 euros » sont remplacés par les mots « au 1^{er} juillet 2018 à 33.846.548 euros ».

Art. 4. In artikel 63, § 3, van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 6 september 2016, worden de woorden “op 1 juli 2016 werd vastgesteld op 1.628.000 euro” vervangen door de woorden “op 1 juli 2018 werd vastgesteld op 5.193.771 euro”.

Art. 4. Dans l'article 63, § 3, du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 6 septembre 2016, les mots « au 1^{er} juillet 2016 à 1.628.000 euros » sont remplacés par les mots « au 1^{er} juillet 2018 à 5.193.771 euros ».

Art. 5. In artikel 65, 2°, van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 januari 2015, wordt het tweede lid vervangen als volgt:

Art. 5. Dans l'article 65, 2°, du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 8 janvier 2015, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

“De verblijven die in aanmerking worden genomen, zijn :

- de verblijven met als nevendiagnose – code ICD10-BE – Z515,
- en de verblijven met ernstgraad 3 of 4 en mortaliteitrisico 3 of 4 in de '3MTM APR DRG Classification System, Version 31.0, Definitions Manual'.”.

“Les séjours pris en considération sont :

- les séjours avec un code ICD10-BE de diagnostic secondaire – Z515,
- et les séjours avec un niveau de sévérité 3 ou 4 et un niveau de mortalité 3 ou 4 dans la classification '3MTM APR DRG Classification System, Version 31.0, Definitions Manual'.

Art. 6. In hetzelfde besluit wordt een artikel 74decies ingevoegd, luidende:

Art. 6. Dans le même arrêté, il est inséré un article 74decies rédigé comme suit :

“Art. 74decies. Vanaf 1 juli 2018 wordt een budget van 1.000.000 euro (index 1 juli 2018) verdeeld onder de ziekenhuizen die erkend zijn voor de functie ‘zeldzame ziekten’, in de zin van het koninklijk besluit van 25 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie ‘zeldzame ziekten’ moet voldoen om te worden erkend en erkend te blijven.

« Art. 74decies. A partir du 1^{er} juillet 2018, un budget de 1.000.000 euros (index 1^{er} juillet 2018) est réparti entre les hôpitaux agréés pour une fonction ‘maladies rares’, au sens de l’arrêté royal du 25 avril 2014 fixant les normes auxquelles une fonction ‘maladies rares’ doit répondre pour être agréée et le rester.

De verdeling van het beschikbare budget komt tot stand volgens de hieronder hernomen percentages voor elk betrokken ziekenhuis:

La répartition du budget disponible s’effectue selon les pourcentages repris ci-dessous pour chaque hôpital concerné :

- UZ Brussel : 11,16 % ;
- CHU Liège : 13,30 % ;
- ULB Erasme Bruxelles : 13,30 % ;
- CU Saint-Luc Bruxelles : 12,86 % ;
- UZ Antwerpen : 13,26 % ;
- UZ Gent : 15,38 % ;
- UZ Leuven : 20,74%.”.

- UZ Brussel : 11,16 % ;
- CHU Liège : 13,30 % ;
- ULB Erasme Bruxelles : 13,30 % ;
- CU Saint-Luc Bruxelles : 12,86 % ;
- UZ Antwerpen : 13,26 % ;
- UZ Gent : 15,38 % ;
- UZ Leuven : 20,74%.

Art. 7. Artikel 79quater van hetzelfde besluit, opgeheven bij het koninklijk besluit van 20 september 2009, wordt hersteld als volgt:

Art. 7. L'article 79quater du même arrêté, abrogé par l'arrêté royal du 20 septembre 2009, est rétabli dans la rédaction suivante :

“Art. 79quater. Er wordt op 1 januari 2018 een provisioneel budget toegekend voor de ziekenhuizen vallend onder het paritair comité 330, met het oog op de progressieve invoering van de nieuwe sectorale functieclassificaties van functies uitgewerkt door het instituut voor functieclassificatie (IFIC) alsook de nieuwe loonschalen die daarop betrekking hebben.

De provisie van 58.425.430 euro (waarde op 1 januari 2018) wordt verdeeld pro rata het aantal VTE van elk betrokken ziekenhuis.

De in aanmerking genomen VTE's zijn degene die gediend hebben voor de verdeling van het bedrag van 31.460.000 euro als tussenkomst onder de vorm van een eenmalige verhoging van het vaste deel van de eindejaarspremie voor de loontrekkenden zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 8 mei 2018 tot vaststelling en uitkering van de bedragen van de vergoedingen voor de invoering van de functieclassificatie die is voorzien in het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de federale gezondheidssector en dat op 25 oktober 2017 door de federale regering werd gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers.

De VTE's en het gefinancierde bedrag per ziekenhuis worden vastgelegd in bijlage 20.

Art. 8. In hetzelfde besluit wordt een bijlage 3 bis opgenomen die wordt toegevoegd aan de bijlage 1 van het huidige besluit.

Art. 9. In bijlage 6 van hetzelfde besluit worden de volgende bepalingen aangebracht:

1° In B., b. en c. wordt vervangen zoals volgt :

“b. patiënten met een geverifieerde opnamediagnose ICD-10 zoals hieronder vermeld, en die niet opgenomen worden in de verpleegeenheden intensieve zorgen : + 1;

De ICD-10 codes zijn de codes :

- I60 = nontraumatic subarachnoid hemorrhage;
- I61 = nontraumatic intracerebral hemorrhage;
- I62 = other and unspecified nontraumatic intracranial hemorrhage;
- I63 = cerebral infarction;
- I67 = other cerebrovascular diseases;

c. patiënten met psychiatrische diagnose met een ICD-10 code gaande van F01 tot F99 in geverifieerde opnamediagnose of in nevendiagnose en patiënten die worden gehospitaliseerd in een psychiatrische dienst die beiden niet beantwoorden aan de criteria vermeld onder a. en b. : + 1;”.

« Art. 79quater. Au 1^{er} janvier 2018, dans les hôpitaux ressortissant à la commission paritaire 330, en vue de mettre en œuvre progressivement les nouvelles classifications sectorielles de fonctions élaborées par l'Institut de Classification de Fonction (IF-IC) ainsi que les nouvelles échelles salariales y afférentes, il est octroyé un budget provisionnel.

La provision de 58.425.430 euros (valeur au 1^{er} janvier 2018) est répartie au prorata du nombre d'ETP de chaque hôpital concerné.

Les ETP pris en considération sont ceux ayant servi à la répartition du montant de 31.460.000 euros à titre d'intervention sous forme d'une augmentation unique de la partie fixe de la prime de fin d'année pour les travailleurs salariés visés dans l'arrêté royal du 8 mai 2018 fixant et allouant les montants des rémunérations pour l'instauration de la classification de fonctions prévue dans l'accord social relatif au secteur fédéral de la santé et qui a été conclu le 25 octobre 2017 par le gouvernement fédéral avec les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs salariés concernées.

Les ETP et le montant financé par hôpital sont fixés en annexe 20. ».

Art. 8. Dans le même arrêté, il est inséré une annexe 3bis, qui est jointe en annexe 1 au présent arrêté.

Art. 9. Dans l'annexe 6 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans B., b. et c. sont remplacés par ce qui suit :

« b. patients avec diagnostic d'admission vérifié d'un code ICD-10 repris ci-dessous et qui ne sont pas admis en soins intensifs : + 1 ;

Les codes ICD-10 sont les codes :

- I60 = nontraumatic subarachnoid hemorrhage;
- I61 = nontraumatic intracerebral hemorrhage;
- I62 = other and unspecified nontraumatic intracranial hemorrhage;
- I63 = cerebral infarction;
- I67 = other cerebrovascular diseases;

c. patients avec diagnostic psychiatrique avec un code ICD-10 allant du F01 au F99 en diagnostic d'admission vérifié ou en diagnostic secondaire et patients hospitalisés en service psychiatrique, tous deux ne répondant pas aux critères repris sous a. et b. : + 1 ; ».

Art. 10. In bijlage 8,2. van hetzelfde besluit, 4., laatstelijk aangepast door het koninklijk besluit van 8 januari 2015, wordt vervolledigd als volgt:

“(ICD9CM) of $\geq T20$ en $\leq T32$ (ICD10-BE) ”.

Art. 11. In hetzelfde besluit wordt er een bijlage 20 opgenomen, die wordt toegevoegd aan bijlage 2 van het huidige besluit.

Art. 12. Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2018.

Art. 13. De minister bevoegd voor Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Art. 10. Dans l'annexe 8, 2., du même arrêté, 4., modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 8 janvier 2015, est complété par ce qui suit :

« (ICD9-CM) ou $\geq T20$ et $\leq T32$ (ICD10-BE) ».

Art. 11. Dans le même arrêté, il est inséré une annexe 20, qui est jointe en annexe 2 au présent arrêté.

Art. 12. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2018.

Art. 13. Le ministre qui a les Affaires sociales et la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

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

Annexe 1^{ère} à l'arrêté royal du modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

« Annexe 3bis - 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 –10 th Edition - Clinical Modification;
- MDC: Major Diagnostic Category, grands groupes de diagnostics qui concernent chacun un système ou un organe, tels que décrits dans '3MTM 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 '3MTM 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, tels que décrits dans '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul;
- Risque de mortalité : probabilité de décès, tel que décrit dans '3MTM 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 '3MTM 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 '3MTM 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 '3MTM 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 1.4.

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 1.3.

Chacun de ces groupes est ensuite scindé en 4 niveaux de sévérité, tel que décrit au point 1.3. Les niveaux de sévérité sont ensuite scindés en quatre sous-groupes d'âge :

1) G les patients Gfin

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

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

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

1.5. 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 '3MTM 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 $EXP [\ln Q1 - 2 \times (\ln Q3 - \ln Q1)]$.

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

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

Les séjours outliers petits de l'APR-DRG 560 « accouchement par voie vaginale » avec retour de la mère à domicile 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 en delà duquel se situe la durée de séjour de 25 % des séjours du sous-groupe d'APR-DRG et où $Q3$ = la durée de séjour correspondant au seuil au-delà duquel se situe la durée de séjour de 25 % des séjours du sous-groupe d'APR-DRG.

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

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

On calcule par sous-groupe d'APR-DRG (cf. point 1.4.) 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 : $\geq T20$ et $\leq T32$;
- 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 au index de lit M pour autant que l'hôpital ait un service M agréé.

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

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

CD: C, D, I, L, 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 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 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 $G_{fin} \times 0,5$

- la catégorie d'âge est différente de G
 - le nombre de jours facturés en index G dépasse 0
 - le patient ne fait pas partie de la catégorie 9 (les séjours fautifs)
- La durée de séjour justifiée est calculée de la façon suivante :

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

vf : valeur financière

e. Autre

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

Autres: $\text{vf} \times \text{rapport}$

3.6. Les lits justifiés par hôpital

3.6.1. Taux d'occupation normatifs

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

Les taux d'occupation normatifs sont :

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

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

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

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

3.6.3. Exceptions géographiques

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

3.6.4. Comparaison des sorties

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

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

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

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

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

où :

ALZH_{nd} : 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

4.1.1. Données de facturation INAMI

Année de référence = dernière année connue

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.

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

4.1.1. 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.

4.1.2. 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). »

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

Bijlage 1 van het koninklijk besluit van betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

“Bijlage 3bis - 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™ 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™ 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™ 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™ 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™ 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 en chirurgische subgroep op basis van het al dan niet voorkomen van een chirurgische ingreep.

Binnen deze subgroepen worden de eigenlijke diagnosegroepen, namelijk de APR-DRG's, onderscheiden, rekening houdend met de volgende elementen: hoofddiagnose, nevendiaagnoses, chirurgische ingrepen, speciale technieken, leeftijd, geslacht en aard van ontslag overeenkomstig '3M™ 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 nevendiaagnosen 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™ 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. 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 1.4 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 1.3.

Elk van die groepen wordt vervolgens opgesplitst in 4 niveau's van severity of illness zoals beschreven in punt 1.3. 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 en 955 en 956;
- 8) de verblijven waarbij de patiënt binnen 3 dagen overleden is;
- 9) de foutieve verblijven, met name de verblijven met een ongeldige verblijfsduur (negatief, niet in overeenstemming met de dag, maand en jaar van opname en ontslag of niet ingevuld, incoherentie tussen de berekende verblijfsduur, de gefactureerde verblijfsduur en de som van de verblijfsduren per bedindex), ongeldige leeftijd (niet tussen 0 en 120 jaar);
- 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 $EXP [\ln Q1 - 2 \times (\ln Q3 - \ln Q1)]$.

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

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

De kleine outlierverblijven met APR-DRG 560 “vaginale bevalling” waarbij de moeder naar huis terugkeert 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. onderdeel 3.3) waarvoor een aantal verantwoorde bedden wordt berekend.

3.2. Verschuivingen van de gefactureerde ligduur

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

3.3. Bedindexen waarvoor een aantal verantwoorde bedden wordt berekend

Het doel bestaat erin voor de hierna vermelde gefactureerde 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 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 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 $G_{fin} \cdot 0,5$;
- de leeftijdscategorie verschillend is van G;
- het aantal gefactureerde dagen in G gelijk is aan 0;
- de patient behoort niet tot categorie 9 (de foutieve verblijven).

Het verantwoorde ligduur wordt berekend als volgt:

Leeftijd s-groep	CD	G
70-74	$0,55 \times fw \times verh$	$0,45 \times fw \times \frac{verh}{CD}$
75-79	$0,35 \times fw \times verh$	$0,65 \times fw \times \frac{verh}{CD}$
80-84	$0,25 \times fw \times verh$	$0,75 \times fw \times \frac{verh}{CD}$
85+	$0,10 \times fw \times verh$	$0,90 \times fw \times \frac{verh}{CD}$

fw: financiële waarde, verh: verhouding

d. G reëel

Een verblijf wordt aangeduid als een reëel G verblijf indien:

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

Zijn verantwoorde ligduur wordt berekend als:

Leeftijds- groep	CD	G
70-74	$0,55 \times fw \times verh$	$fw \times \left[\frac{0,45 \times verh}{CD} + verhG \right]$

75-79	$0,35 \times fw \times$ verh	$fw \times$ verhCD verhG]	$[0,65 \times$ +
80-84	$0,25 \times fw \times$ verh	$fw \times$ verhCD verhG]	$[0,75 \times$ +
85+	$0,10 \times fw \times$ verh	$fw \times$ verhCD verhG]	$[0,90 \times$ +

fw: financiële waarde, verh: verhouding

e. Overige

De verantwoorde ligduur wordt berekend als:

Overigen: $fw \times$ verhouding

3.6 Verantwoorde bedden per ziekenhuis

3.6.1. Normatieve bezettingsgraden

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

De normatieve bezettingsgraden zijn:

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

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

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

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

3.6.3. Geografische uitzonderingen

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

3.6.4. Vergelijking van het aantal ontslagen

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

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

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

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

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

waarbij :

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

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

GL_{ZH}: het gemiddeld aantal ligdagen van het ziekenhuis vóór de correctie

3.6.5. Vergelijking met de erkende bedden

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

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

4.1. Gegevensbronnen

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

Referentiejaar = laatst gekende jaar

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

4.1. Bepaling van de verantwoorde ziekenhuisactiviteit in chirurgische daghospitaal (C)

4.1.1 Gerealiseerde verblijven in (heelkundige) daghospitaal

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

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

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

4.1.2. Bepaling van het aantal verantwoorde verblijven in heelkundige daghospitaal per ziekenhuis

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

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,

Maggie De Block

Annexe 2 à l'arrêté royal du modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

« Annexe 20. Article 79quater : liste des ETP et budget par hôpital dans le cadre de l'instauration de l'IF-IC

AGREMENT	ETP	PART DE MARCHE	BUDGET OCTROYE	AGREMENT	ETP	PART DE MARCHE	BUDGET OCTROYE
9	2.818,39	2,85%	1.667.339,78	595	1.547,73	1,57%	915.626,22
10	2.705,41	2,74%	1.600.501,60	682	1.011,40	1,02%	598.337,15
12	874,14	0,89%	517.135,10	689	1.160,61	1,18%	686.608,74
15	377,29	0,38%	223.202,12	706	774,80	0,78%	458.366,25
17	1.250,04	1,27%	739.514,91	710	1.129,50	1,14%	668.204,29
23	444,34	0,45%	262.868,43	712	364,95	0,37%	215.901,86
26	1.232,91	1,25%	729.380,92	714	531,61	0,54%	314.496,75
32	959,40	0,97%	567.574,32	715	649,86	0,66%	384.452,62
38	533,49	0,54%	315.608,95	717	440,09	0,45%	260.354,16
39	1.234,72	1,25%	730.451,70	719	699,10	0,71%	413.582,66
43	1.125,46	1,14%	665.814,25	723	1.232,02	1,25%	728.854,40
57	929,48	0,94%	549.873,86	724	494,94	0,50%	292.803,04
63	1.390,38	1,41%	822.539,07	900	340,32	0,34%	201.330,93
96	1.108,76	1,12%	655.934,65	901	242,05	0,25%	143.195,08
97	832,36	0,84%	492.418,34	902	599,05	0,61%	354.393,78
99	2.262,44	2,29%	1.338.443,65	904	308,41	0,31%	182.453,20
102	487,50	0,49%	288.401,58	905	55,70	0,06%	32.951,73
104	451,73	0,46%	267.240,30	911	171,18	0,17%	101.268,89
106	669,47	0,68%	396.053,76	912	265,51	0,27%	157.075,63
108	541,99	0,55%	320.637,49	915	128,70	0,13%	76.138,02
109	592,48	0,60%	350.507,02	916	3,56	0,00%	2.106,07
110	1.062,14	1,08%	628.354,58	918	226,41	0,23%	133.942,57
111	1.267,05	1,28%	749.577,90	922	82,74	0,08%	48.948,40
117	2.923,68	2,96%	1.729.628,60	925	203,46	0,21%	120.365,51
124	456,35	0,46%	269.973,46	926	129,28	0,13%	76.481,14
126	1.992,78	2,02%	1.178.914,69	927	55,60	0,06%	32.892,57
134	335,51	0,34%	198.485,37	930	182,62	0,18%	108.036,71
140	982,70	1,00%	581.358,43	935	126,21	0,13%	74.664,95
143	2.876,82	2,91%	1.701.906,56	937	637,14	0,65%	376.927,56
146	1.646,39	1,67%	973.992,79	938	60,22	0,06%	35.625,73
152	2.060,71	2,09%	1.219.101,60	941	38,67	0,04%	22.876,90
158	620,98	0,63%	367.367,42	942	158,44	0,16%	93.731,99
166	944,79	0,96%	558.931,14	943	716,65	0,73%	423.965,12
170	311,29	0,32%	184.156,98	944	171,68	0,17%	101.564,69
204	541,06	0,55%	320.087,30	946	357,48	0,36%	211.482,66
217	745,82	0,76%	441.221,89	947	298,35	0,30%	176.501,77
242	194,23	0,20%	114.905,11	948	164,61	0,17%	97.382,12
243	1.748,32	1,77%	1.034.293,86	949	37,66	0,04%	22.279,39
247	818,02	0,83%	483.934,90	950	174,02	0,18%	102.949,01
257	304,85	0,31%	180.347,12	952	391,50	0,40%	231.608,66
264	507,13	0,51%	300.014,55	954	314,26	0,32%	185.914,01
266	858,06	0,87%	507.622,28	955	420,47	0,43%	248.747,11

290	1.812,17	1,83%	1.072.067,07	956	207,50	0,21%	122.755,55
300	2.290,60	2,32%	1.355.102,91	959	352,77	0,36%	208.696,26
308	497,15	0,50%	294.110,46	960	286,86	0,29%	169.704,37
310	477,46	0,48%	282.461,99	961	319,00	0,32%	188.718,16
314	440,62	0,45%	260.667,70	962	225,34	0,23%	133.309,57
322	6.424,17	6,50%	3.800.493,96	963	386,05	0,39%	228.384,48
332	1.286,04	1,30%	760.812,25	964	14,21	0,01%	8.406,54
346	440,78	0,45%	260.762,36	970	635,38	0,64%	375.886,36
392	656,22	0,66%	388.215,15	975	409,26	0,41%	242.115,35
395	501,49	0,51%	296.677,97	978	322,61	0,33%	190.853,82
396	2.090,63	2,12%	1.236.802,06	979	64,02	0,06%	37.873,78
397	530,42	0,54%	313.792,76	980	19,74	0,02%	11.678,05
403	3.598,90	3,64%	2.129.084,02	982	497,79	0,50%	294.489,08
406	2.570,00	2,60%	1.520.393,99	986	369,47	0,37%	218.575,86
409	512,20	0,52%	303.013,93	987	70,20	0,07%	41.529,83
410	1.467,80	1,49%	868.340,20	988	205,26	0,21%	121.430,38
525	1.004,53	1,02%	594.272,91	989	47,00	0,05%	27.804,87
528	172,19	0,17%	101.866,40	991	656,98	0,67%	388.664,76
534	1.675,50	1,70%	991.214,06	992	380,19	0,38%	224.917,74
536	601,56	0,61%	355.878,68	997	39,13	0,04%	23.149,03
547	311,95	0,32%	184.547,43	998	108,25	0,11%	64.039,94 ».
550	660,69	0,67%	390.859,57				

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

Bijlage 2 van het koninklijk besluit van betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

“Bijlage 20 - Artikel 79quater : lijst van VTE's en budget voor ziekenhuis in het kader van de invoering van IFIC

ERKENING	VTE	MAARK-AANDEEL	BUDGET TOEGEKEND	ERKENING	VTE	MAARK-AANDEEL	BUDGET TOEGEKEND
9	2.818,39	2,85%	1.667.339,78	595	1.547,73	1,57%	915.626,22
10	2.705,41	2,74%	1.600.501,60	682	1.011,40	1,02%	598.337,15
12	874,14	0,89%	517.135,10	689	1.160,61	1,18%	686.608,74
15	377,29	0,38%	223.202,12	706	774,80	0,78%	458.366,25
17	1.250,04	1,27%	739.514,91	710	1.129,50	1,14%	668.204,29
23	444,34	0,45%	262.868,43	712	364,95	0,37%	215.901,86
26	1.232,91	1,25%	729.380,92	714	531,61	0,54%	314.496,75
32	959,40	0,97%	567.574,32	715	649,86	0,66%	384.452,62
38	533,49	0,54%	315.608,95	717	440,09	0,45%	260.354,16
39	1.234,72	1,25%	730.451,70	719	699,10	0,71%	413.582,66
43	1.125,46	1,14%	665.814,25	723	1.232,02	1,25%	728.854,40
57	929,48	0,94%	549.873,86	724	494,94	0,50%	292.803,04
63	1.390,38	1,41%	822.539,07	900	340,32	0,34%	201.330,93
96	1.108,76	1,12%	655.934,65	901	242,05	0,25%	143.195,08
97	832,36	0,84%	492.418,34	902	599,05	0,61%	354.393,78
99	2.262,44	2,29%	1.338.443,65	904	308,41	0,31%	182.453,20
102	487,50	0,49%	288.401,58	905	55,70	0,06%	32.951,73
104	451,73	0,46%	267.240,30	911	171,18	0,17%	101.268,89
106	669,47	0,68%	396.053,76	912	265,51	0,27%	157.075,63
108	541,99	0,55%	320.637,49	915	128,70	0,13%	76.138,02
109	592,48	0,60%	350.507,02	916	3,56	0,00%	2.106,07
110	1.062,14	1,08%	628.354,58	918	226,41	0,23%	133.942,57
111	1.267,05	1,28%	749.577,90	922	82,74	0,08%	48.948,40
117	2.923,68	2,96%	1.729.628,60	925	203,46	0,21%	120.365,51
124	456,35	0,46%	269.973,46	926	129,28	0,13%	76.481,14
126	1.992,78	2,02%	1.178.914,69	927	55,60	0,06%	32.892,57
134	335,51	0,34%	198.485,37	930	182,62	0,18%	108.036,71
140	982,70	1,00%	581.358,43	935	126,21	0,13%	74.664,95
143	2.876,82	2,91%	1.701.906,56	937	637,14	0,65%	376.927,56
146	1.646,39	1,67%	973.992,79	938	60,22	0,06%	35.625,73
152	2.060,71	2,09%	1.219.101,60	941	38,67	0,04%	22.876,90
158	620,98	0,63%	367.367,42	942	158,44	0,16%	93.731,99
166	944,79	0,96%	558.931,14	943	716,65	0,73%	423.965,12
170	311,29	0,32%	184.156,98	944	171,68	0,17%	101.564,69
204	541,06	0,55%	320.087,30	946	357,48	0,36%	211.482,66
217	745,82	0,76%	441.221,89	947	298,35	0,30%	176.501,77
242	194,23	0,20%	114.905,11	948	164,61	0,17%	97.382,12
243	1.748,32	1,77%	1.034.293,86	949	37,66	0,04%	22.279,39
247	818,02	0,83%	483.934,90	950	174,02	0,18%	102.949,01
257	304,85	0,31%	180.347,12	952	391,50	0,40%	231.608,66
264	507,13	0,51%	300.014,55	954	314,26	0,32%	185.914,01
266	858,06	0,87%	507.622,28	955	420,47	0,43%	248.747,11
290	1.812,17	1,83%	1.072.067,07	956	207,50	0,21%	122.755,55

300	2.290,60	2,32%	1.355.102,91	959	352,77	0,36%	208.696,26
308	497,15	0,50%	294.110,46	960	286,86	0,29%	169.704,37
310	477,46	0,48%	282.461,99	961	319,00	0,32%	188.718,16
314	440,62	0,45%	260.667,70	962	225,34	0,23%	133.309,57
322	6.424,17	6,50%	3.800.493,96	963	386,05	0,39%	228.384,48
332	1.286,04	1,30%	760.812,25	964	14,21	0,01%	8.406,54
346	440,78	0,45%	260.762,36	970	635,38	0,64%	375.886,36
392	656,22	0,66%	388.215,15	975	409,26	0,41%	242.115,35
395	501,49	0,51%	296.677,97	978	322,61	0,33%	190.853,82
396	2.090,63	2,12%	1.236.802,06	979	64,02	0,06%	37.873,78
397	530,42	0,54%	313.792,76	980	19,74	0,02%	11.678,05
403	3.598,90	3,64%	2.129.084,02	982	497,79	0,50%	294.489,08
406	2.570,00	2,60%	1.520.393,99	986	369,47	0,37%	218.575,86
409	512,20	0,52%	303.013,93	987	70,20	0,07%	41.529,83
410	1.467,80	1,49%	868.340,20	988	205,26	0,21%	121.430,38
525	1.004,53	1,02%	594.272,91	989	47,00	0,05%	27.804,87
528	172,19	0,17%	101.866,40	991	656,98	0,67%	388.664,76
534	1.675,50	1,70%	991.214,06	992	380,19	0,38%	224.917,74
536	601,56	0,61%	355.878,68	997	39,13	0,04%	23.149,03
547	311,95	0,32%	184.547,43	998	108,25	0,11%	64.039,94 »
550	660,69	0,67%	390.859,57				

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,

Maggie De Block