



**Cellule stratégique  
de Laurette ONKELINX,  
Ministre des Affaires sociales  
et de la Santé publique**

tél.: +32 (0)2 233 51 11  
fax: +32 (0)2 230 10 67  
personne de contact: Martine DUCKERS  
e-mail: m.duckers@lo.fgov.be

Monsieur Daniel DESIR  
Président de la structure Multipartite  
En matière de politique hospitalière

vos lettres du  
vos références

nos références  
date

**09 DEC. 2008**

annexe(s)

C/O SPF Santé Publique  
Secrétariat multipartite F.LOOSEN  
Eurostation Bloc II - first floor - 1 D 11 H  
Place Victor Horta 40 bte 10  
B 1060 Brussels

**Objet:** Suivi de l'avis de la Structure Multipartite du 12/02/2008 (Groupe de Travail « Forfaitarisation Globale ») – Système des montants de référence

Monsieur le Président,

Par la présente, je souhaite faire le point et informer officiellement la structure multipartite quant au suivi donné à son avis du 12 février 2008 (sur base des travaux du Groupe de Travail « Forfaitarisation Globale ») et portant principalement sur les modifications à apporter au système des montants de référence.

La quasi-totalité des propositions contenues dans l'avis ont été intégrées dans un article de la « Loi Santé » actuellement en fin de parcours d'approbation par les Assemblées parlementaires.

Cet article remplace totalement l'article 56ter actuel de la Loi AMI coordonnée le 14/07/1994, article 56 ter qui met en place le système des montants de référence. Vous trouverez en annexe une copie du nouvel article 56ter proposé.

En résumé, le système des montants de référence tel que prévu actuellement pour application à partir des séjours 2006 (système « 2006 ») est maintenu et fait l'objet de l'article 56ter §1 au §10. Quelques modifications portent sur la transmission des montants de références et des montants à rembourser, sans modifier le fonds du système.

Un nouveau §11 reprend toutes les modifications apportées au système « 2006 » à partir des séjours 2009 et opérationnalise en quasi-totalité les propositions contenues dans votre avis du 12/02/2008.

Pour ne pas retarder l'application effective du système des montants de référence, il a été proposé d'une part de scinder l'application à partir des séjours 2006 (en maintenant le système « 2006 » - art 56ter §1 à 10) et à partir des séjours 2009 (système adapté – art 56ter §11) et d'autre part de laisser au Roi le soin de fixer quelques modalités particulières : extension à l'hospitalisation de jour, intégration des données « période de carence - pré-admission », fixation des seuils.

**Je souhaite que la multipartite puisse, via un groupe de travail, analyser et remettre un avis quant à ces modalités concrètes à proposer, sur base des éléments fournis par l'INAMI et la Cellule Technique.**

L'avis du 12 février 2008 comprenait également, en plus des propositions d'adaptation du système de référence, une série de constats ou de recommandations plus larges.

En réponse à ceux-ci, l'exposé des motifs indique :

*« Même si cela ne fait pas l'objet d'une intégration dans la législation, via le présent projet de loi, la Ministre veut également attirer l'attention du parlement sur un élément important repris dans les recommandations de la structure multipartite dans son avis du 12 février 2008 et sur la suite qu'elle entend y donner :*

*L'avis recommande « outre les applications des montants de référence, d'ajouter ... un montant – un incitant – qui pourrait être octroyé aux hôpitaux s'ils obtiennent de bons scores sur un certain nombre de paramètre de performance et de qualité des soins. »*

*En réponse à l'avis global de la multipartite, outre les révisions proposées et intégrées dans le présent projet, la Ministre chargera la multipartite de poursuivre ces travaux en vue d'analyser et de proposer une opérationnalisation adéquate et possible d'un système d'incitant ou de boni lié à la performance et à la qualité des soins. Ce système à construire pourrait donc à terme de manière positive favoriser et récompenser « les bonnes pratiques » à côté d'un système de limitation et de pénalisation des « mauvaises pratiques ». L'objectif serait dans un premier temps d'installer et de favoriser une véritable culture du monitoring de la qualité et de la performance pour permettre par la suite de mesurer l'évolution de ces deux éléments. Ce système s'inscrit parfaitement dans la mesure de la performance plus globale de notre système de santé.*

*Conformément à l'avis de la Multipartite, la Ministre souhaite également que divers organes ou services puissent contribuer à l'analyse des différences de pratiques afin d'aider les hôpitaux et les prestataires à une réelle compréhension de ces différences et de là à modifier les comportements, sans en rester à une analyse traduite seulement en impacts financiers. Il serait ainsi utile de réactiver la commission des profils « Hôpitaux » au niveau de l'INAMI. Le SECM de l'INAMI pourrait également mener une évaluation plus approfondie auprès des hôpitaux ciblés par le système des montants de référence (pratique la plus supérieure à la moyenne). Dans le cadre d'une analyse de la variance des pratiques et de sa relation avec la qualité des soins, il serait sans doute également utile de procéder à une pareille évaluation auprès des hôpitaux ayant une pratique la plus inférieure à la moyenne. »*

**Je souhaite donc que la Structure Multipartite puisse poursuivre ces travaux en vue d'analyser et de me proposer une opérationnalisation adéquate et possible d'un système d'incitant ou de boni lié à la performance et à la qualité des soins selon la philosophie indiquée ci-avant.**

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Laurette ONKELINX  
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

## Afdeling 12

*Verjaringstermijnen*

## Art. 47. (vroeger art. 50)

In artikel 174 van dezelfde wet wordt tussen het tweede en derde lid een lid ingevoegd, luidende:

«De in 5°, 6° en 7° bedoelde verjaringen worden vastgesteld op een jaar ingeval van een onverschuldigde betaling die voortvloeit uit een juridische of materiële vergissing van de verzekeringsinstelling en wanneer de per vergissing gecrediteerde verzekerde niet wist of niet moest weten dat hij geen recht had of niet langer recht had op de betaalde prestatie, geheel of gedeeltelijk.».

## Afdeling 13

*Single Euro Payments Area*

## Art. 48. (vroeger art. 51)

In artikel 191, 15°, 15°*ter*, 15°*quater*, 15°*quinquies*, 15°*sexies*, 15°*septies*, 15°*novies*, 15°*decies* en 16°*bis* van dezelfde wet worden de woorden «op rekening nr. 001-1950023-11» of de woorden «op het rekeningnummer 001-1950023-11» telkens vervangen door de woorden «op de rekening».

## Art. 49. (vroeger art. 52)

In artikel 191, 15°*octies*, worden de woorden «op het rekeningnummer 001-4722037-56» telkens vervangen door de woorden «op de rekening van het Instituut».

## Afdeling 14

*Referentiebedragen*

## Art. 50. (vroeger art. 53)

Artikel 56*ter* van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 augustus 2002 en gewijzigd bij de wet van 27 december 2005, wordt vervangen als volgt:

«Art. 56*ter*. § 1. In afwijking van de bepalingen van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten worden jaarlijks referentiebedragen per opneming toegepast voor de verzekeringstegemoetkoming verleend aan rechthebbers in een ziekenhuis met betrekking tot de groepen van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8 voor zover

## Section 12

*Délais de prescription*

## Art. 47. (ancien art. 50)

Dans l'article 174 de la même loi, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 2 et 3:

«Les prescriptions prévues aux 5°, 6° et 7° sont fixées à un an, en cas de paiement indu résultant d'une erreur de droit ou d'une erreur matérielle de l'organisme assureur et lorsque l'assuré erronément crédité ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'il n'avait pas ou plus droit, en tout ou en partie, à la prestation versée.».

## Section 13

*Single Euro Payments Area*

## Art. 48. (ancien art. 51)

Dans l'article 191, 15°, 15°*ter*, 15°*quater*, 15°*quinquies*, 15°*sexies*, 15°*septies*, 15°*novies*, 15°*decies* et 16°*bis* de la même loi, les mots «au compte n° 001-1950023-11 de» sont à chaque fois remplacés par les mots «sur le compte de».

## Art. 49. (ancien art. 52)

Dans l'article 191, 15°*octies*, les mots «au numéro de compte n° 001-4722037-56» sont remplacés à chaque fois par les mots «sur le compte de l'Institut.».

## Section 14

*Montants de référence*

## Art. 50. (ancien art. 53)

L'article 56*ter* de la même loi, inséré par la loi du 22 août 2002 et modifié par la loi du 27 décembre 2005, est remplacé par ce qui suit:

«Art. 56*ter*. §1<sup>er</sup>. Par dérogation aux dispositions de cette loi et de ses arrêtés d'exécution, des montants de référence sont appliqués annuellement par admission pour l'intervention de l'assurance octroyée à des bénéficiaires hospitalisés, en ce qui concerne les groupes de prestations visées au paragraphe 8, pour autant que

deze behoren tot de in paragraaf 9 bedoelde APR-DRG-groepen. Onder APR-DRG-groepen wordt verstaan: de classificatie van patiënten in diagnosegroepen zoals beschreven in het handboek «*All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manuel, version 15.0*». De Koning kan de toepassing van de referentiebedragen uitbreiden tot de verstrekkingen verleend tijdens een verblijf in het ziekenhuis dat aanleiding geeft tot de betaling van een dagforfait zoals bedoeld in de geldende overeenkomst bij toepassing van artikel 46, of tijdens om het even welk verblijf dat aanleiding geeft tot de betaling van een verpleegdagprijs.

§ 2. Deze referentiebedragen worden berekend voor de in paragraaf 1 bedoelde APR-DRG-groepen voor de klassen 1 en 2 van klinische ernst, voor de groepen van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8 en na weglating van de «*outliers*» type 2 bedoeld in de besluiten genomen in uitvoering van artikel 87 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

§ 3. De betrokken referentiebedragen zijn gelijk aan het gemiddelde van de jaarlijkse uitgaven per opneming, vermeerderd met 10 pct. en steunen op de gegevens bedoeld in artikel 206, § 2, van deze wet en artikel 156, § 2, tweede lid, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen.

§ 4. De betrokken referentiebedragen worden jaarlijks berekend door de technische cel bedoeld in artikel 155 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, op basis van de in paragraaf 3 bedoelde gegevens met betrekking tot de in paragraaf 1 bedoelde verstrekkingen. De referentiebedragen worden jaarlijks in mei meegedeeld aan de in artikel 153 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen bedoelde multipartite-structuur inzake ziekenhuisbeleid.

De jaarlijkse referentiebedragen per opname worden voor de eerste maal vastgesteld voor het jaar 2006. Ze worden jaarlijks berekend op basis van de in het eerste lid bedoelde gegevens met betrekking tot de opnames die worden beëindigd na 31 december van het voorgaande jaar en voor 1 januari van het volgende jaar.

§ 5. 1° De selectie van de ziekenhuizen die in aanmerking komen voor effectieve opvordering van de terug te storten bedragen en de berekening van de effectieve aan het Instituut terug te storten bedragen door de geselectioneerde ziekenhuizen, ten laste van de aan de verzekering aangerekende honoraria, gebeurt volgens de volgende berekeningsmethode, die in twee onderdelen opgedeeld wordt:

celles-ci figurent dans les groupes APR-DRG visés au paragraphe 9. Est entendu par groupe APR-DRG: la classification des patients en groupes diagnostiques tels que décrits dans le manuel «*All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manuel, version 15.0*». Le Roi peut étendre l'application des montants de référence aux prestations dispensées au cours d'un séjour en milieu hospitalier qui donne lieu au paiement d'un forfait de journée comme visé dans l'accord en vigueur en application de l'article 46, ou au cours de tout séjour donnant lieu au paiement d'un prix de journée d'hospitalisation.

§ 2. Ces montants de référence sont calculés pour les groupes APR-DRG visés au paragraphe 1<sup>er</sup> pour les classes 1 et 2 de gravité clinique, pour les groupes de prestations visés au paragraphe 8 et après suppression des «*outliers*» de type 2 visés dans les arrêtés pris en exécution de l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

§ 3. Les montants de référence concernés sont égaux à la moyenne des dépenses annuelles par admission, majorée de 10 p.c., et sont basés sur les données visées à l'article 206, § 2, de la présente loi et à l'article 156, § 2, alinéa 2, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales.

§ 4. Les montants de référence concernés sont calculés annuellement par la cellule technique visée à l'article 155 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, sur la base des données dont il est question au paragraphe 3 concernant les prestations visées au paragraphe 1<sup>er</sup>. Les montants de référence sont communiqués, en mai de chaque année, à la structure multipartite en matière de politique hospitalière visée à l'article 153 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales.

Les montants de référence annuels par admission sont fixés pour la première fois pour l'année 2006. Ils sont calculés annuellement sur la base des données visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> concernant les admissions qui prennent fin après le 31 décembre de l'année précédente et avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

§ 5. 1° La sélection des hôpitaux qui entrent en ligne de compte pour la réclamation effective des montants à rembourser et le calcul des montants effectifs à rembourser à l'Institut par les hôpitaux sélectionnés, à charge des honoraires portés en compte à l'assurance, sont déterminés par le mode de calcul suivant, scindé en deux parties:

a. Selectie van de ziekenhuizen die in aanmerking komen voor effectieve opvordering van de terug te storten bedragen:

– berekening per ziekenhuis van de verschilbedragen tussen enerzijds de werkelijke uitgaven voor de opnames zoals bedoeld in paragraaf 1, rekening houdend met de beperkingen bedoeld in paragraaf 2, en anderzijds de referentie-uitgaven berekend volgens de modaliteiten, zoals opgegeven in paragrafen 2, 3 en 4;

– totalisatie per ziekenhuis van de positieve en negatieve resultaten van deze berekeningen; enkel de ziekenhuizen voor wie het resultaat van deze totalisatie positief is, komen in aanmerking voor terugstorting.

b. Berekening van de effectieve terug te storten bedragen voor de in a. geselecteerde ziekenhuizen:

– herberekening per ziekenhuis van de verschilbedragen tussen enerzijds werkelijke uitgaven voor de opnames zoals bedoeld in paragraaf 1, rekening houdend met de beperkingen bedoeld in paragraaf 2, en anderzijds de overeenkomstige nationale mediaanuitgave, per APR-DRG, per klasse 1 respectievelijk 2 van klinische ernst en per groep van verstrekkingen;

– alle positieve verschilbedragen van de hierboven uitgevoerde berekeningen per ziekenhuis vormen de effectieve terug te storten bedragen voor de onder a. geselecteerde ziekenhuizen, mits de som van deze positieve verschilbedragen groter is dan 1.000 euro.

2° De door het ziekenhuis terug te storten bedragen worden verdeeld tussen de ziekenhuisbeheerder en de ziekenhuisgeneesheren, conform het reglement zoals bedoeld in artikel 135, 1°, tweede lid, of in artikel 136, eerste lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

§ 6. Het Instituut past de in paragraaf 5, 1°, beschreven berekeningsmethode toe op basis van de gegevens verstrekt door de technische cel en deelt het individueel resultaat van de berekening aan elk ziekenhuis mee. De mededeling van de resultaten, met inbegrip van de terug te storten bedragen, gebeurt jaarlijks in september.

In geval van terug te storten bedragen, stort het betrokken ziekenhuis ze aan het Instituut ten laatste op 15 december van het jaar van de mededeling. In geval van betwisting stort het betrokken ziekenhuis de terug te storten bedragen aan het Instituut binnen de dertig dagen volgend op de mededeling van de beslissing van het Verzekeringscomité, als deze termijn de voornoemde

a. Sélection des hôpitaux qui entrent en ligne de compte pour la réclamation effective des montants à rembourser:

– calcul par hôpital des différences entre, d'une part, les dépenses réelles afférentes aux admissions visées au paragraphe 1<sup>er</sup>, en tenant compte des limitations visées au paragraphe 2, et, d'autre part, les dépenses de référence calculées selon les modalités telles que mentionnées aux paragraphes 2, 3 et 4;

– totalisation par hôpital des résultats positifs et négatifs de ces calculs; seuls les hôpitaux pour lesquels le résultat de cette totalisation est positif entrent en ligne de compte pour le remboursement.

b. Calcul des montants effectifs à rembourser pour les hôpitaux sélectionnés sous a:

– calcul par hôpital des différences entre, d'une part, les dépenses réelles afférentes aux admissions visées au paragraphe 1<sup>er</sup>, en tenant compte des limitations visées au paragraphe 2, et, d'autre part, la dépense nationale médiane correspondante, par APR-DRG, par degré de gravité clinique 1 ou 2 et par groupe de prestations;

– toutes les différences positives des calculs effectués ci-dessus par hôpital constituent les montants effectifs à rembourser pour les hôpitaux sélectionnés sous a., pour autant que la somme de ces différences positives soit supérieure à 1.000 euros.

2° Les montants à rembourser par l'hôpital sont partagés entre le gestionnaire de l'hôpital et les médecins hospitaliers, conformément au règlement visé à l'article 135, 1°, alinéa 2, ou à l'article 136, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

§ 6. L'Institut applique le mode de calcul défini au paragraphe 5, 1°, sur la base des données fournies par la cellule technique et en communique le résultat individuel à chaque hôpital. La communication des résultats, en ce compris les montants à rembourser, se fait en septembre de chaque année.

En cas de montants à rembourser, l'hôpital concerné les verse à l'Institut, au plus tard pour le 15 décembre de l'année de la communication. En cas de contestation, l'hôpital concerné verse à l'Institut les montants à rembourser dans les 30 jours suivant la communication de la décision du Comité de l'assurance si ce délai dépasse le 15 décembre cité ci-avant. Tout versement des

vijftiende december overschrijdt. Elke storting van de terug te storten bedragen gebeurt in een unieke en algemene storting.

Het Verzekeringscomité is belast met de afhandeling van de geschillen met betrekking tot de berekening van de terug te storten bedragen. Vanaf de datum waarop de resultaten zijn meegedeeld, beschikt het ziekenhuis, op straffe van onontvankelijkheid, over dertig kalenderdagen om de elementen van de berekening van de terug te storten bedragen te betwisten bij het Verzekeringscomité.

De betwistingen kunnen slaan op de volgende elementen:

- de samenstelling van de gebruikte case-mix;
- de werkelijke uitgaven met betrekking tot de case-mix;

- eventuele materiële fouten in de uitgevoerde berekeningen.

De betwistingen, gemotiveerd en gerechtvaardigd door bewijselementen, moeten worden ingediend bij een ter post aangetekende brief.

Het Verzekeringscomité neemt een beslissing binnen de negentig dagen na ontvangst van de betwisting en deelt deze met een ter post aangetekende brief mee aan de ziekenhuizen.

§ 7. De door de ziekenhuizen teruggestorte bedragen worden beschouwd als inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging volgens de bepalingen van artikel 191 van deze wet.

§ 8. Volgende groepen van verstrekkingen worden in aanmerking genomen:

1° de verstrekkingen opgenomen in artikel 3, § 1, A, II, en C, I, artikel 18, § 2, B, e), en artikel 24, § 1, uitgezonderd de forfaitaire vergoedingen, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

2° de verstrekkingen opgenomen in artikels 17, § 1, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 17bis, 17ter en 17quater, uitgezonderd de forfaitaire vergoedingen, van de bijlage bij hogervermeld koninklijk besluit van 14 september 1984;

montants à rembourser doit s'opérer en un versement unique et global.

Le Comité de l'assurance est chargé du règlement des contentieux relatifs au calcul des montants à rembourser. À partir de la date de la communication des résultats, les hôpitaux, sous peine d'irrecevabilité, disposent de trente jours calendrier pour contester les éléments du calcul des montants à rembourser auprès du Comité de l'assurance.

Les éléments sur lesquels peuvent porter les contestations sont:

- la composition du case-mix utilisé;
- les dépenses réelles relatives au case-mix;

- d'éventuelles erreurs matérielles dans les calculs effectués.

Les contestations, motivées et justifiées par des éléments probants, doivent être introduites par lettre recommandée à la poste.

Le Comité de l'assurance prend une décision dans les 90 jours après réception de la contestation et la communique aux hôpitaux par lettre recommandée à la poste.

§ 7. Les montants remboursés par les hôpitaux sont considérés comme des ressources de l'assurance maladie selon les termes de l'article 191 de la présente loi.

§ 8. Les groupes de prestations suivants sont pris en considération:

1° les prestations reprises à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, A, II, et C, I, à l'article 18, § 2, B, e), et à l'article 24, § 1<sup>er</sup>, excepté les remboursements forfaitaires, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

2° les prestations reprises aux articles 17, § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 17bis, 17ter et 17quater, excepté les remboursements forfaitaires, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

3° de verstrekkingen opgenomen in artikel 3, uitgezonderd de verstrekkingen inzake klinische biologie, artikel 7, artikel 11, artikel 20 en artikel 22 van de bijlage bij hogervermeld koninklijk besluit van 14 september 1984.

§ 9. De diagnosegroepen worden gevormd op grond van de «*All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0*»:

1° APR-DRG 73 – Ingrepen op de lens met of zonder vitrectomie, APR-DRG 97 – Adenoïdectomie en amygdalectomie, APR-DRG 179 – Onderbinden en strippen van venen, APR-DRG 225 – Appendectomie, APR-DRG 228 – Ingrepen voor hernia inguinalis en cruris, APR-DRG 263 – Laparoscopische cholecystectomie, APR-DRG 302 – Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 289085 – Arthroplastiek van de heup met totale prothese (acetabulum en femurkop) werd aangerekend, APR-DRG 302 – Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 290286 – Femorotibiale arthroplastiek met gelede prothese werd aangerekend, APR-DRG 313 – Ingrepen onderste extremititeiten knie en onderbeen, behalve voet, indien nomenclatuurcode 300344 – Therapeutische arthroscopieën (partiële of totale meniscectomie) werd aangerekend, APR-DRG 318 – Verwijderen van inwendige fixatoren, APR-DRG 482 – Transurethrale prostatectomie, APR-DRG 513 – Ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen, indien nomenclatuurcode 431281 – Totale hysterectomie, langs abdominale weg werd aangerekend, APR-DRG 513 – Ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen, indien nomenclatuurcode 431325 – Totale hysterectomie, langs vaginale weg werd aangerekend, APR-DRG 516 – Laparoscopie en onderbreken tubae, APR-DRG 540 – Keizersnede en APR-DRG 560 – Vaginale bevalling, APR-DRG 024 – Ingrepen op extracraniale bloedvaten, APR-DRG 072 – Extra-oculaire ingrepen behalve op orbita, APR-DRG 171 – Andere redenen voor het plaatsen van permanente pacemaker, APR-DRG 176 – Vervangen van pacemaker of defibrillator, APR-DRG 445 – Mineure ingrepen op de blaas en APR-DRG 517 – Dilatatie en curettage, conisatie.

2° APR-DRG 45 – CVA met herseninfarct, APR-DRG 46 – Niet gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct, APR-DRG 47 – Transient ischemia, APR-DRG 134 – Longembolie, APR-DRG 136 – Nieuwvormingen van het ademhalingsstelsel, APR-DRG 139 – Gewone pneumonie, APR-DRG 190 – Circulatoire aandoeningen met acuut myocardinfarct, APR-DRG 202 Angina pectoris, APR-DRG 204 – Syncope en collaps, APR-DRG 244 – Diverticulitis en diverticulosis, APR-DRG 464 – Urinaire stenen en ultrasona lithotripsie

3° les prestations reprises à l'article 3, excepté les prestations en biologie clinique, à l'article 7, à l'article 11, à l'article 20 et à l'article 22, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

§ 9. Les groupes de diagnostic sont constitués sur la base des «*All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0*»:

1° APR-DRG 73 – Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, APR-DRG 97 – Adenoïdectomie et amygdalectomie, APR-DRG 179 – Ligature de veine et stripping, APR-DRG 225 – Appendicectomie, APR-DRG 228 – Cures de hernie inguinale et crurale, APR-DRG 263 – Cholécystectomie laparoscopique, APR-DRG 302 – Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieures sans trauma, si le code de nomenclature 289085 – Arthroplastie de la hanche avec prothèse totale (cotyle et tête fémorale) a été attesté, APR-DRG 302 – Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieures sans trauma, si le code de nomenclature 290286 – Arthroplastie fémoro-tibiale avec prothèse articulée a été attestée, APR-DRG 313 – Interventions des membres inférieures et genoux excepté pied, si le code nomenclature 300344 – Arthroscopies thérapeutiques (meniscectomie partielle ou totale) a été attesté, APR-DRG 318 – Enlèvement matériel de fixation interne, APR-DRG 482 – Prostatectomie transuretrale, APR-DRG 513 – Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et affections bénignes, si le code de nomenclature 431281 – Hystérectomie totale, par voie abdominale a été attesté, APR-DRG 513 – Interventions sur utérus/annexes pour carcinome in situ et affections bénignes, si le code de nomenclature 431325 – Hystérectomie totale, par voie vaginale a été attesté, APR-DRG 516 – Ligature tubaire par voie laparoscopie, APR-DRG 540 – Césarienne en APR-DRG 560 – Accouchement par voie vaginale, APR-DRG 024 – Interventions sur les vaisseaux extra crâniens, APR-DRG 072 – Interventions extraoculaires sauf sur les orbites, APR-DRG 171 – Autres motifs pour le placement d'un pacemaker permanent, APR-DRG 176 – Remplacement d'un pacemaker ou défibrillateur, APR-DRG 445 – Interventions mineures sur la vessie et APR-DRG 517 – Dilatation et curetage, conisation.

2° APR-DRG 45 – Accident vasculaire cérébral avec infarctus, APR-DRG 46 – Accident vasculaire cérébral non spécifique avec occlusion précérébrale sans infarctus, APR-DRG 47 – Accident ischémique transitoire, APR-DRG 134 – Embolie pulmonaire, APR-DRG 136 – Affections malignes du système respiratoire, APR-DRG 139 – Pneumonie simple, APR-DRG 190 – Affections circulatoires avec infarctus, APR-DRG 202 – Angine de poitrine, APR-DRG 204 – Syncope et collapsus, APR-DRG 244 – Diverticulité et diverticulose, APR-DRG

en APR-DRG 465 – Urinaire stenen zonder ultrasona lithotripsie.

§ 10. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, ten einde rekening te houden met evoluties in de medische praktijkvoering en in de medische praktijkverschillen na advies van de multipartite-structuur bedoeld in artikel 15 van hogervermelde wet van 29 april 1996, de verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8 en de APR-DRG-groepen bedoeld in paragraaf 9 aanpassen.

§11. Voor de opnames die na 31 december 2008 worden beëindigd, worden de paragrafen 1 tot 10 toegepast volgens de volgende nadere regels:

1° In de groep van verstrekkingen bepaald in paragraaf 8, 3°, worden de verstrekkingen van artikel 22 (fysiotherapie) uitgesloten van de berekening van de referentiebedragen voor de volgende 5 diagnosegroepen: APR-DRG 45 – CVA met herseninfarct, APR-DRG 46 – Niet-gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct, APR-DRG 139 – Gewone pneumonie, APR-DRG 302 – Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 289085 – Arthroplastiek van de heup met totale prothese (acetabulum en femurkop) en APR-DRG 302 Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 290286 - Femorotibiale arthroplastiek met gelede prothese werd aangerekend;

2° De Koning kan, voor de diagnosegroep bepaald in paragraaf 9, 1°, de nadere regels en de datum van inwerkingtreding vastleggen om, bij de berekening van de referentiebedragen en de mediaanuitgave, eveneens rekening te houden met alle verstrekkingen uit de groepen van verstrekkingen bepaald in paragraaf 8, die zijn uitgevoerd tijdens de carensperiode van 30 dagen die voorafgaan aan een opname die voor de berekening van de referentiebedragen in aanmerking is genomen; de Koning kan bepalen hoe die gegevens worden verwerkt;

Indien tijdens de carensperiode een andere opname aan de voor de berekening van de referentiebedragen in aanmerking genomen opname voorafgaat, begint deze carensperiode de dag na het beëindigen van die opname;

3° Onafhankelijk van de toepassing van paragraaf 4, zullen de referentiebedragen, bepaald in paragraaf 3, op voorhand worden berekend op basis van de meest recente beschikbare jaarlijkse gegevens vóór het jaar van

464 – Lithiases urinaires, avec lithotripsie par ultrasons et APR-DRG 465 – Lithiases urinaires, sans lithotripsie par ultrasons.

§ 10. Afin de tenir compte de l'évolution dans les pratiques médicales et dans les différences de pratiques, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis de la Structure multipartite visée à l'article 153 de la loi précitée du 29 avril 1996, adapter les prestations visées au paragraphe 8 et les groupes APR-DRG visés au paragraphe 9.

§ 11. Pour les admissions qui prennent fin après le 31 décembre 2008, les paragraphe 1 à 10 s'appliquent moyennant les modalités suivantes:

1° Dans le groupe de prestations défini au paragraphe 8, 3°, les prestations de l'article 22 (physiothérapie) sont exclues du calcul des montants de référence pour les 5 groupes de diagnostic suivants: APR-DRG 045 – Accident vasculaire cérébral avec infarctus, APR-DRG 046 – Accident vasculaire cérébral non spécifique avec occlusion précérébrale sans infarctus, APR-DRG 139 – Pneumonie simple, APR-DRG 302 – Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieures sans trauma, si le code 289085 – Arthroplastie de la hanche avec prothèse totale (cotyle et tête fémorale) et APR-DRG 302 – Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieures sans trauma, si le code 290286 – Arthroplastie fémorotibiale avec prothèse articulée a été attestée;

2° Le Roi peut, pour le groupe de diagnostic défini au paragraphe 9, 1°, fixer les modalités et la date d'application pour prendre également en compte, dans le cadre du calcul des montants de référence et de la dépense médiane, toutes les prestations, appartenant aux groupes de prestations définies au paragraphe 8, réalisées au cours de la période de carence, définie comme étant les 30 jours qui précèdent une admission prise en considération pour le calcul des montants de référence; le Roi peut déterminer la manière dont ces données sont traitées;

Si au cours de sa période de carence, une admission prise en considération pour le calcul des montants de référence a été précédée d'une autre admission, cette période de carence débute le lendemain de la fin de l'admission précédente;

3° Indépendamment de l'application du paragraphe 4, des montants de référence, tels que définis au paragraphe 3, seront pré-calculés sur base des données annuelles les plus récentes disponibles avant l'année



toepassing bedoeld in paragraaf 4, tweede lid. Ze zullen vóór 1 januari van het beschouwde jaar als indicatoren aan de ziekenhuizen worden meegedeeld;

4° Bij de toepassing van paragraaf 4 worden de overeenkomstig paragraaf 11, 3°, berekende referentiebedragen per APR-DRG, per graad van klinische ernst 1 of 2 en per groep van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8, vergeleken met de overeenkomstig paragraaf 4 berekende referentiebedragen.

Uit die vergelijking zal men per APR-DRG, per graad van klinische ernst 1 of 2 en per groep van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8, de overeenkomstig paragraaf 4 berekende referentiebedragen weerhouden, indien die bedragen, per APR-DRG, per graad van klinische ernst 1 of 2 en per groep van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8, hoger zijn dan de overeenkomstig paragraaf 11, 3°, berekende bedragen.

De Koning kan, voor de toepassing van het vorige lid, de nadere regels bepalen voor het invoeren of berekenen van een drempel, die de overeenkomstig paragraaf 4 berekende referentiebedragen moeten overschrijden, om te worden weerhouden.

5° De Koning kan, behalve voor het eerste toepassingsjaar van paragraaf 11, de nadere regels bepalen voor het invoeren of berekenen van een drempelwaarde waarmee de referentiebedragen, die na de in paragraaf 11, 4°, bepaalde vergelijking zijn weerhouden, niet lager mogen zijn dan de in het voorgaande jaar vastgestelde referentiebedragen.

6° De Koning kan de nadere regels bepalen voor het invoeren of berekenen van een drempelwaarde waarmee de referentiebedragen, die na de in paragraaf 11, 4°, bepaalde vergelijking zijn weerhouden, niet lager mogen zijn dan de referentiebedragen die tijdens het eerste toepassingsjaar van paragraaf 11 zijn vastgesteld.

7° De referentiebedragen die zijn bepaald en uiteindelijk na toepassing van paragrafen 4 en 11, 3° tot 6°, zijn weerhouden, vertegenwoordigen de definitieve referentiebedragen die overeenkomstig paragraaf 4 worden meegedeeld en die als basis dienen voor de toepassing van paragraaf 5.

8° Wanneer de mediaanuitgave per APR-DRG, per graad van klinische ernst 1 of 2 en per groep van verstrekkingen voor de in paragraaf 5, 1°, b bepaalde berekening van de bedragen die door de ziekenhuizen moeten worden terugbetaald, gelijk is aan nul, wordt die mediaan vervangen door de gemiddelde uitgave.

d'application considérée par le paragraphe 4, alinéa 2. Ils seront communiqués, à titre d'indicateurs, aux hôpitaux avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'application considérée;

4° Lors de l'application du paragraphe 4, les montants de référence calculés conformément au paragraphe 11, 3°, sont comparés, par APR-DRG, par degré de gravité clinique 1 ou 2 et par groupe de prestations visés au paragraphe 8, aux montants de référence calculés conformément au paragraphe 4.

De cette comparaison, on retiendra, par APR-DRG, par degré de gravité clinique 1 ou 2 et par groupe de prestations visés au paragraphe 8, les montants de référence calculés conformément au paragraphe 4 si ces montants sont supérieurs, par APR-DRG, par degré de gravité clinique 1 ou 2 et par groupe de prestations visés au paragraphe 8 à ceux calculés conformément au paragraphe 11, 3°.

Le Roi peut, pour l'application de l'alinéa précédent, fixer des modalités instaurant ou permettant de calculer un seuil auquel doivent être supérieurs les montants de référence calculés conformément au paragraphe 4 pour être retenus;

5° Le Roi peut fixer, sauf pour la première année d'application du paragraphe 11, des modalités instaurant ou permettant de calculer un seuil en dessous duquel les montants de référence, tels que retenus au terme de la comparaison prévue par le paragraphe 11, 4°, ne pourront pas être inférieurs à ceux fixés l'année précédente.

6° Le Roi peut fixer des modalités instaurant ou permettant de calculer un seuil en dessous duquel les montants de référence tels que retenus au terme de la comparaison prévue par le paragraphe 11, 4°, ne pourront pas être inférieurs à ceux fixés lors de la première année d'application du paragraphe 11;

7° Les montants de référence déterminés et finalement retenus au terme de l'application des paragrapes 4 et 11, 3° à 6°, sont les montants de référence définitifs qui font l'objet de la communication prévue au paragraphe 4 et qui servent de base à l'application du paragraphe 5.

8° Lorsque, pour le calcul des montants à rembourser par les hôpitaux défini au paragraphe 5, 1°, b), la dépense médiane par APR-DRG, par degré de gravité clinique 1 ou 2 et par groupe de prestations est nulle, elle est remplacée par la dépense moyenne.