

## WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2018/15203]

**2 DECEMBER 2018.** — Koninklijk besluit tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg

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

Gelet op de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 11 april 2018;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 16 april 2018 en op 10 september 2018;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 11 oktober 2018;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 31 oktober 2018;

Gezien de impactanalyse van de regelgeving, uitgevoerd overeenkomstig artikels 6 en 7 van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging;

Gelet op de adviesaanvraag binnen 30 dagen, die op 12 november 2018 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;

Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en op het advies van de in Raad vergaderde Ministers.

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** § 1. Het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis wordt toegepast voor de patiëntengroepen vermeld in de tabel opgenomen in bijlage 1. Een verblijf wordt geïncludeerd in de patiëntengroep als het voldoet aan elk van de inclusiecriteria vermeld in de kolommen 1 tot 3 en 6 tot 8 van de tabel. Een verblijf dat voldoet aan minstens één van de exclusiecriteria vermeld in de kolommen 9 tot 11 van de tabel wordt uitgesloten van de patiëntengroep.

**Art. 2.** § 1. De volgende verstrekkingen worden niet gedekt door het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis:

1° de verstrekkingen vermeld in artikelen 2, 5, 8, 21, 24bis, 27, 28 § 8, 30, 31, 36, 33, 33bis en 33ter van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

2° de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 591080, 591124, 591146, 591076, 591113 en 591135 in artikel 24 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

3° de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 590310, 590181, 590332, 590203, 596024, 596046, 596061, 596120, 596142, 596164, 599303, 599970, 599981, 596525, 596540, 596562, 596584, 597461, 597483, 597505, 597564, 597520, 597542, 599045, 597623, 599082, 599104, 599443 en 599465 in artikel 25 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2018/15203]

**2 DECEMBRE 2018.** — Arrêté royal portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité

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

Vu la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 11 avril 2018;

Vu l'avis du Comité de l'assurance des soins de santé, donné le 16 avril 2018 et le 10 septembre 2018;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 11 octobre 2018;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 31 octobre 2018;

Vu l'analyse d'impact de la réglementation réalisée conformément aux articles 6 et 7 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification administrative;

Vu la demande d'avis dans un délai de 30 jours, adressée au Conseil d'État le 12 novembre 2018, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant l'absence de communication de l'avis dans ce délai;

Vu l'article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** § 1. Le montant global prospectif par admission est appliqué aux groupes de patients énumérés dans le tableau figurant à l'annexe 1. Un séjour est inclus dans le groupe de patients s'il satisfait à chacun des critères d'inclusion énoncés dans les colonnes 1 à 3 et 6 à 8 du tableau. Un séjour répondant à au moins un des critères d'exclusion énoncés dans les colonnes 9 à 11 du tableau est exclu du groupe de patients.

**Art. 2.** § 1. Les prestations suivantes ne sont pas couvertes par le montant global prospectif par admission dans un hôpital:

1° les prestations visées aux articles 2, 5, 8, 21, 24bis, 27, 28 § 8, 30, 31, 36, 33, 33bis et 33ter de l'annexe de 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 désignées par les numéros 591080, 591124, 591146, 591076, 591113 et 591135 à l'article 24 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

3° les prestations désignées par les numéros 590310, 590181, 590332, 590203, 596024, 596046, 596061, 596120, 596142, 596164, 599303, 599970, 599981, 596525, 596540, 596562, 596584, 597461, 597483, 597505, 597564, 597520, 597542, 599045, 597623, 599082, 599104, 599443 et 599465 à l'article 25 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

4° de verstrekking 592001 Forfaitair honorarium dat per verpleegdag wordt betaald voor de verstrekkingen inzake klinische biologie van de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden;

5° de verstrekking 460784 Forfaitair honorarium inzake medische beeldvorming per opname;

6° de pseudonomenclatuurcodes met uitzondering van de volgende codes die inbegrepen zijn: 592852, 592815, 592955, 592911, 593051, 593014, 593154, 593110;

7° de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 470470, 470481, 474714, 474725, 470433, 470444, 470374 en 470385 in artikel 20 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

8° voor de opnames die een aanvang nemen vóór 1 januari 2022, de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 423511-423522 en 423533-423544 in artikel 9 en de rangnummers 201390-201401 in artikel 12 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

§ 2. Zijn uitgesloten van de toepassing van dit koninklijk besluit verblijven waarbij een prestatie, noodzakelijk om tot een van de patiëntengroepen te behoren zoals beschreven in bijlage 1, wordt uitgevoerd in een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis van verblijf, omdat het ziekenhuis van verblijf niet zelf de benodigde erkenning heeft om de prestatie uit te voeren en te factureren.

**Art. 3.** Het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis wordt berekend als volgt:

1° er wordt een koppeling gemaakt van de minimale ziekenhuis gegevens (MZG) en de gegevens klassieke hospitalisatie (AZV) en daghospitalisatie (ADH) voor het laatst beschikbare jaar;

2° de verblijven die voldoen aan de definities van de patiëntengroepen die in de bijlage 1 zijn vermeld, worden geselecteerd;

3° uit deze gekoppelde verblijven wordt per verblijf het totaalbedrag voor de verstrekkingen en ligdagen berekend door de bedragen van alle prestaties te sommeren. Enkel de verblijven die zowel voor de geneeskundige verstrekkingen als voor de ligdagen een positief totaalbedrag hebben, worden bewaard;

4° De verstrekkingen vermeld in artikel 2 worden uitgesloten;

5° voor alle geselecteerde verblijven wordt daarna, per verblijf, het totaalbedrag van honoraria berekend door de reële uitgaven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en het wettelijk persoonlijk aandeel te sommeren;

6° per patiëntengroep wordt op basis van de honoraria per verblijf de mediaan van de honoraria berekend. Hiervoor wordt het verblijf geïdentificeerd dat het middelste element is wanneer de verblijven geordend zijn op honoraria. Bij een even aantal verblijven is er geen midden en wordt de mediaan van de honoraria berekend door het gemiddelde te nemen van de honoraria van de twee middelste verblijven;

7° de historische honorariamassa, d.i. de honoraria van de geselecteerde verblijven van het laatste beschikbare jaar, wordt vergeleken met de hypothetische honorariamassa. De hypothetische honorariamassa wordt berekend op basis van de mediaan per patiëntengroep: per patiëntengroep wordt het aantal verblijven vermenigvuldigd met de mediaan en deze bedragen worden over alle patiëntengroepen gesommeerd;

4° la prestation 592001 Honoraire forfaitaire payé par journée d'hospitalisation pour les prestations de biologie clinique aux bénéficiaires hospitalisés;

5° la prestation 460784 Honoraire forfaitaire d'imagerie médicale par admission;

6° les pseudocodes nomenclature à l'exception des codes suivants qui sont inclus : 592852, 592815, 592955, 592911, 593051, 593014, 593154, 593110;

7° les prestations désignées par les numéros 470470, 470481, 474714, 474725, 470433, 470444, 470374 et 470385 à l'article 20 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

8° pour les admissions qui débutent avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les prestations désignées par les numéros 423511-423522 et 423533-423544 à l'article 9 et les numéros 201390-201401 à l'article 12 de l'annexe de 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. Sont exclus de l'application du présent arrêté, les séjours au cours desquels une prestation nécessaire pour appartenir à l'un des groupes de patients décrit à l'annexe 1 est réalisée dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour parce que celui-ci ne possède pas l'agrément nécessaire pour effectuer lui-même et facturer cette prestation.

**Art. 3.** Le montant global prospectif par admission dans un hôpital est calculé comme suit:

1° un couplage est établi entre le résumé hospitalier minimum (RHM) et les données pour l'hospitalisation classique (SHA) et l'hospitalisation de jour (ADH) pour la dernière année disponible;

2° les séjours qui répondent aux définitions des groupes de patients de l'annexe 1 sont sélectionnés;

3° pour ces séjours, le montant total des prestations et des jours d'hospitalisation par séjour est calculé en additionnant les montants. Seuls les séjours qui ont un montant total positif tant pour les soins médicaux que pour les jours d'hospitalisation sont retenus;

4° les prestations mentionnées à l'article 2 sont exclues;

5° pour tous les séjours sélectionnés, le montant total des honoraires est alors calculé par séjour, en additionnant les dépenses réelles de l'assurance obligatoire soins de santé et l'intervention personnelle réglementaire;

6° la médiane des honoraires est calculée par groupe de patients sur la base des honoraires par séjour. À cette fin, on identifie le séjour du milieu lorsque les séjours sont ordonnés en fonction des honoraires. Avec un nombre pair de séjours il n'y a pas de milieu et la médiane des honoraires est calculée en prenant la moyenne des honoraires des deux séjours centraux;

7° la masse historique des honoraires, c'est-à-dire les honoraires des séjours sélectionnés pour la dernière année disponible, est comparé avec la masse hypothétique des honoraires. La masse hypothétique des honoraires est calculé sur base de la médiane par groupe de patients: par groupe de patients, le nombre de séjours est multiplié par la médiane et ces montants sont additionnés pour tous les groupes de patients;

$$M_{hyp} = \sum_{p=1}^j (N_p * m_p)$$

$M_{hyp}$  = hypothetische honorariamassa van alle geselecteerde verblijven van het laatst beschikbare jaar

$N_p$  = aantal geselecteerde verblijven per patiëntengroep

$m_p$  = mediaan van de honoraria per patiëntengroep

$j$  = aantal patiëntengroepen

$M_{hyp}$  = masse des honoraires hypothétiques de tous les séjours sélectionnés de la dernière année disponible

$N_p$  = nombre de séjours sélectionnés par groupe de patients

$m_p$  = médiane des honoraires par groupe de patients

$j$  = nombre de groupes de patients

Indien de hypothetische honorariamassa groter dan of gelijk aan de historische honorariamassa is, komt, voor alle patiëntengroepen, de mediaan van de honoraria van de patiëntengroep overeen met het globaal prospectief bedrag.

Indien de hypothetische honorariamassa kleiner is dan de historische honorariamassa wordt, voor de patiëntengroepen waarbij de mediaan van de honoraria lager is dan het gemiddelde honoraria, de mediaan opgehoogd met een correctiefactor uitgedrukt in percentage om het globaal prospectief bedrag te bekomen. Voor de overige patiëntengroepen komt het globaal prospectief bedrag overeen met de mediaan.

De correctiefactor wordt bekomen door het restbedrag, d.i. het verschil tussen historische honorariamassa en hypothetische honorariamassa, gebaseerd op alle patiëntengroepen, te delen door de hypothetische honorariamassa van de patiëntengroepen waarbij de mediaan van de honoraria kleiner is dan het gemiddelde honoraria.

Si la masse hypothétique des honoraires est plus grande ou égale à la masse historique des honoraires, la médiane des honoraires du groupe de patients correspond au montant prospectif global, pour tous les groupes de patients.

Si la masse hypothétique des honoraires est inférieure à la masse des honoraires historiques, la médiane est augmentée, pour les groupes de patients pour lesquelles la médiane des honoraires est inférieure à la moyenne des honoraires, d'un facteur de correction exprimé en pourcentage pour obtenir le montant prospectif global. Pour les groupes de patients restant, le montant global prospectif correspond à la médiane.

Le facteur de correction est obtenu en divisant le montant résiduel, c'est-à-dire la différence entre la masse des honoraires historiques et la masse hypothétique des honoraires, basée sur tous les groupes de patients, par la masse hypothétique des honoraires des groupes de patients pour lesquels la médiane des honoraires est inférieure aux honoraires moyens.

$$C = \frac{M_{\text{hist}} - M_{\text{hyp}}}{\sum_{p=1}^k (N_p * m_p)}$$

C= correctiefactor

$M_{\text{hist}}$  = honorariamassa van alle geselecteerde verblijven van het laatst beschikbare jaar

$M_{\text{hyp}}$  = hypothetische honorariamassa van alle geselecteerde verblijven van het laatst beschikbare jaar

$N_p$  = aantal geselecteerde verblijven per patiëntengroep

$m_p$  = mediaan van de honoraria per patiëntengroep

k = aantal patiëntengroepen waarbij  $m_p$  kleiner is dan het gemiddelde honoraria van de patiëntengroep;

8° Voor elke nomenclatuurcode in de geselecteerde verblijven van een patiëntengroep wordt het aantal gevallen vermenigvuldigd met het honorarium op 1 januari van het laatst beschikbare jaar van de gekoppelde gegevens en het honorarium op 1 januari van het jaar van toepassing. Deze bedragen worden gesommeerd per patiëntengroep en per jaar. Daarna wordt per patiëntengroep de gemiddelde evolutie tussen het laatst beschikbare jaar van de gekoppelde gegevens en het jaar van toepassing berekend door het totale honorarium van het jaar van toepassing te delen door het totale honorarium van het laatste beschikbare jaar van de gekoppelde gegevens. Die evolutie uitgedrukt in percentage wordt toegepast op de globale bedragen berekend op basis van artikel 3, 7°.

**Art. 4.** Het instituut berekent elk jaar de globale prospectief bedragen van elke patiëntengroep op basis van de meest recente beschikbare gekoppelde gegevens.

**Art. 5.** Het ziekenhuis of de dienst die door de medische raad is ingesteld voor de centrale inning van de honoraria factureert het globaal prospectief bedrag per opname via een pseudocodenummer vermeld in kolom 12 van bijlage 1. Alle verstrekkingen die tijdens het verblijf zijn verricht, en die worden gedekt door het globaal prospectief bedrag per opname, worden gefactureerd aan 0 euro.

**Art. 6.** Het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor de verstrekkingen die worden vergoed via het globaal prospectief bedrag per opname wordt vermeld in bijlage 2.

**Art. 7.** Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2019 voor de opnames vanaf die datum.

**Art. 8.** De minister bevoegd voor Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, 2 december 2018,

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
M. DE BLOCK

C = facteur de correction

$M_{\text{hist}}$  = masse des honoraires de tous les séjours sélectionnés de la dernière année disponible

$M_{\text{hyp}}$  = masse des honoraires hypothétiques de tous les séjours sélectionnés de la dernière année disponible

$N_p$  = nombre de séjours sélectionnés par groupe de patients

$m_p$  = médiane des honoraires par groupe de patients

k = nombre de groupes de patients où  $m_p$  est inférieur aux honoraires moyens du groupe de patients;

8° pour chaque code de nomenclature dans les séjours sélectionnés d'un groupe de patients, le nombre de cas est multiplié par l'honoraire du 1<sup>er</sup> janvier de la dernière année disponible des données couplées et l'honoraire du 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'application. Ces montants sont additionnés par groupe de patients et par année. Par la suite, pour chaque groupe de patients, l'évolution moyenne entre la dernière année disponible des données couplées et l'année d'application est calculée en divisant le total des honoraires de l'année d'application par le total des honoraires de la dernière année disponible des données couplées. Cette évolution exprimée en pourcentage est appliquée aux montants globaux calculés sur base de l'article 3, 7°.

**Art. 4.** L'institut calcule chaque année les montants globaux prospectifs de chaque groupe de patients sur la base des données couplées disponibles les plus récentes.

**Art. 5.** L'hôpital ou le service qui est mis en place par le conseil médical pour la perception centrale des honoraires facturera le montant global prospectif par admission via un pseudo code communiqué en colonne 12 de l'annexe 1. Toutes les prestations réalisées pendant le séjour, qui sont couvertes par le montant global prospectif par admission, sont facturées à 0 euro.

**Art. 6.** L'intervention personnelle des bénéficiaires pour les prestations qui sont remboursées via le montant global prospectif par admission est indiquée à l'annexe 2.

**Art. 7.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019 pour les admissions à partir de cette date.

**Art. 8.** Le ministre qui a les Affaires Sociales et la Santé Publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 2 décembre 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
M. DE BLOCK









Annex 1

Déclaration des groupes de patients des soins à haute spécialité pour les enfants d'activités médicales admissibles à l'inscription (Annexes 1 à 4) et des enfants d'activités médicales admissibles à l'inscription (Annexes 5 à 13) selon l'annexe 1 de la loi relative à l'organisation de la profession médicale.

App. OMS	SAI (niveau de spécialité)	Spécialité (ou hospitalisation de jour)	Groupes	Description	Niveau admissible de l'ICD-10-CM (niveau principal (premier 803))	Prévalence admissible de l'ICD-10-CM (niveau principal (premier 803))	Inclusion des séjours avec un code de l'ICD-10-CM (niveau principal (premier 803))	Exclusion des séjours avec un code de l'ICD-10-CM (niveau principal (premier 803))	Prévalence cible (niveau principal)	Prévalence cible (niveau principal)	Exclusion des séjours par une autre base:
087	1	H-D	872	Groupes de patients ayant bénéficié d'une intervention à la direction, ou d'une amputation avec/ sans ostéotomie (liget de la poe de l'anne), combinée à la pose de greffe), en hospitalisation classique et de jour, de séjours à l'adulte 1.	257390-257401, 256935-256946	J08.* J05.* J06. J45.* J46.*	257434-257445, 256933-256934, 256935-256936	086.047.3*	798430	798415	
087	1	H-D	873	Groupes de patients de moins de 18 ans ayant bénéficié d'une ostéotomie de l'os de la main, en hospitalisation classique et de jour, de séjours à l'adulte 1.	256933-256934, 256940-256942	J08.* J05.* J06. J45.* J46.*	257446-257447, 257471-257482, 257390-257401, 256935-256946	086.047.3*	798442	798431	
087	1	H-D	874	Groupes de patients de moins de 18 ans ayant bénéficié de la pose de greffe combinée avec une ostéotomie et/ou d'une amputation, en hospitalisation classique et de jour, de séjours à l'adulte 1.	257473-257482	J08.* J05.* J06. J45.* J46.*	257446-257447, 257390-257401, 256935-256946	086.047.3*	798466	798453	
088	1	H-D	875	Groupes de patients ayant bénéficié de la pose d'un/plusieurs de drains transmyotomiques, sans attestation d'arthrectomie, en hospitalisation classique et de jour, de séjours à l'adulte 1.	257473-257482	J08.* J05.* J06. J45.* J46.*	257446-257447, 257390-257401, 256935-256946	086.047.3*	798466	798453	
089	1	H-D	876	Groupes de patients ayant bénéficié de la pose d'un/plusieurs de drains transmyotomiques, avec attestation d'arthrectomie, en hospitalisation classique et de jour, de séjours à l'adulte 1.	257473-257482	J08.* J05.* J06. J45.* J46.*	257446-257447, 257390-257401, 256935-256946	086.047.3*	798466	798453	
404	3,2	H	877	Groupes de patients ayant bénéficié d'une thyroïdectomie totale simple ou partielle, en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 1 et 2.	257014-257025	H05.* H06.3*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
404	3,2	H	878	Groupes de patients ayant bénéficié d'une thyroïdectomie totale ou partielle, en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 1 et 2.	257014-257025	H05.* H06.3*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
560	1	H	879	Groupes de patients ayant eu un accouchement vaginal sans extraction d'embryon, en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 1.	424013-424023, 423010-423021	H05.* H06.3*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
560	1	H	880	Groupes de patients ayant eu un accouchement vaginal avec extraction d'embryon, en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 1.	424013-424023, 423010-423021	H05.* H06.3*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
340	3	X	881	Groupes de patients ayant eu un accouchement par césarienne, en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 1.	424024-424034	H05.* H06.3*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
545	1	H	882	Groupes de patients ayant bénéficié d'une prothèse en cas de grossesse ectopique, en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 1.	432374-432384, 431584-431605	O00.1*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
533, 539	1	H	883	Groupes de patients ayant bénéficié d'une prothèse totale ou partielle, en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 1.	432374-432384, 431584-431605, 432385-432396, 432379-432389, 432396-432407	O00.1*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
026	1	H-D	884	Groupes de patients ayant bénéficié d'une libération du canal carpien (syndrome du canal carpien), sans extraction d'embryon, en hospitalisation classique et de jour, de séjours à l'adulte 1.	287846-287849	G06.0*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
026	1	H-D	885	Groupes de patients ayant bénéficié d'une libération du canal carpien (syndrome du canal carpien), avec extraction d'embryon, en hospitalisation classique et de jour, de séjours à l'adulte 1.	287846-287849	G06.0*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
301	1	H	886	Groupes de patients ayant bénéficié d'un problème de hanche, en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 1. Exclusion des ruptures, fractures et infections de prothèse.	289074-289084, 289090-289101, 289093-289103 (sauf 289094, 289095, 289096, 289097, 289098, 289099, 289100, 289101)	G06.0*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
301	2	H	887	Groupes de patients ayant bénéficié d'un problème de hanche, en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 2. Exclusion des ruptures, fractures et infections de prothèse.	289074-289084, 289090-289101, 289093-289103 (sauf 289094, 289095, 289096, 289097, 289098, 289099, 289100, 289101)	G06.0*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
302	1	H	888	Groupes de patients ayant bénéficié d'un problème de genou, en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 1. Exclusion des ruptures, fractures et infections de prothèse.	290114-290124, 290129-290140, 290132-290142, 290135-290145	G06.0*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
302	2	H	889	Groupes de patients ayant bénéficié d'un problème de genou, en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 2. Exclusion des ruptures, fractures et infections de prothèse.	290114-290124, 290129-290140, 290132-290142, 290135-290145	G06.0*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
446, 448	1	H-D	890	Groupes de patients ayant bénéficié d'une intervention interne ou externe, en hospitalisation classique et de jour, de séjours à l'adulte 1.	240846-240849	N13.* N09.1*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
446, 449, 445	1	H-D	891	Groupes de patients ayant bénéficié d'un traitement endoscopique pour troubles urinaires ou sténose vésicale, en hospitalisation classique et de jour, de séjours à l'adulte 1.	292373-292382	N13.* N09.1*	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
446	1	H	892	Groupes de patients ayant bénéficié d'une cure totale par résection endoscopique pour tumeur vésicale, en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 1. (Ne pas dire factice qu'il s'agit d'une cure totale par résection endoscopique)	241391-241402	G07.* G08.1, G08.0, G09.3, G09.4, G09.4	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
440	1	H	893	Groupes de patients ayant bénéficié d'une prothèse totale, y compris l'anneau de bloc valvulaire avec suture arthro-visuale, en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 1.	283796-283800	G05.* G02, G03, G04, G05.1, G05.2, G05.3, G05.4, G05.5	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
440	1	H	894	Groupes de patients ayant bénéficié d'une prothèse totale (non intracapsulaire), en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 1.	283801-283804	G05.* G02, G03, G04, G05.1, G05.2, G05.3, G05.4, G05.5	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
442	3,2	H	895	Groupes de patients ayant bénéficié d'une ostéotomie double, en hospitalisation classique, de séjours à l'adulte 1.	241553-241564	G05.* G02, G03, G04, G05.1, G05.2, G05.3, G05.4, G05.5	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
448	1	H-D	896	Groupes de patients ayant bénéficié d'une ostéotomie simple ou d'une résection ou d'une intervention chirurgicale pour l'hyposphadienne, en hospitalisation classique et de jour, de séjours à l'adulte 1.	240913-240916, 241214-241223	G05.* G02, G03, G04, G05.1, G05.2, G05.3, G05.4, G05.5	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
501, 441, 444	1	H-D	897	Groupes de patients ayant bénéficié d'une ostéotomie, sans résection d'embryon, en hospitalisation classique et de jour, de séjours à l'adulte 1.	240913-240916	H07.* Z41.2	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	
501	1	H-D	898	Groupes de patients ayant bénéficié d'une ostéotomie, avec résection d'embryon, en hospitalisation classique et de jour, de séjours à l'adulte 1.	240913-240916	H07.* Z41.2	201110-201121 (sauf 201118 à l'intervention principale)	DP en D06. C73. C75.0. C79.89. D09.3, D44.0. D44.1	798473	798462	





APDRG	groupe / groep	type*	groupe intervention personnelle / persoonlijk aandeelgroep	Intervention personnelle / persoonlijk aandeel	
				bénéficiaire / rechthebbende	bénéficiaire de l'intervention majorée / rechthebbende met verhoogde tegemoetkoming
026	grp1	HD1	1	2,00	0,00
026	grp2	HD1	1	2,00	0,00
097	grp1	HD1	2	11,00	1,00
097	grp2	HD1	2	11,00	1,00
097	grp3	HD1	2	11,00	1,00
097	grp4	HD1	2	11,00	1,00
098	grp1	HD1	1	2,00	0,00
098	grp2	HD1	1	2,00	0,00
120	grp1	H12	9	74,00	18,00
163	grp1	H12	6	48,00	8,00
166	grp1	H12	6	48,00	8,00
171	grp1	H12	4	34,00	6,00
171	grp2	H12	4	34,00	6,00
174	grp1	H12	4	34,00	6,00
174	grp2	H12	4	34,00	6,00
175	grp1	H12	3	20,00	3,00
175	grp2	H12	3	20,00	3,00
175	grp3	H12	3	20,00	3,00
175	grp4	H12	3	20,00	3,00
175	grp5	H12	3	20,00	3,00
175	grp6	H12	3	20,00	3,00
175	grp7	H12	3	20,00	3,00
175	grp8	H12	3	20,00	3,00
180	grp1	HD1	2	11,00	1,00
180	grp2	HD1	2	11,00	1,00
180	grp3	HD1	1	2,00	0,00
191	grp1	HD12	3	20,00	3,00
225	grp1	H1	3	20,00	3,00
228	grp1	HD1	2	11,00	1,00
228	grp2	HD1	2	11,00	1,00
263	grp1	H1	3	20,00	3,00
263	grp2	H1	3	20,00	3,00
301	grp1	H1	7	59,00	13,00
301	grp1	H2	8	64,00	15,00
302	grp1	H1	8	64,00	15,00
302	grp1	H2	9	74,00	18,00
403	grp1	H12	3	20,00	3,00
403	grp2	H12	4	34,00	6,00
403	grp3	H12	4	34,00	6,00
404	grp1	H12	3	20,00	3,00
404	grp2	H12	3	20,00	3,00
446_468	grp1	HD1	2	11,00	1,00
446_443_465	grp2	HD1	2	11,00	1,00
446	grp3	H1	2	11,00	1,00
480	grp1	H1	5	41,00	8,00
480	grp2	H1	4	34,00	6,00
482	grp1	H12	3	20,00	3,00
483	grp1	HD1	1	2,00	0,00
483	grp2	HD1	1	2,00	0,00
501_481_484	grp1	HD1	2	11,00	1,00
501	grp2	HD1	2	11,00	1,00
501	grp3	HD1	2	11,00	1,00
513_519	grp1	H1	4	34,00	6,00
540	grp1	H1	5	41,00	8,00
545	grp1	H1	2	11,00	1,00
560	grp1	H1	4	34,00	6,00
560	grp2	H1	4	34,00	6,00

\* Type se compose de plusieurs éléments: H = hospitalisation classique, D = hospitalisation du jour, 1 = SOI niveau 1, 2 = SOI niveau 2

\* Type bestaat uit verschillende elementen: H = klassieke hospitalisatie, D = daghospitalisatie, 1 = SOI niveau 1, 2 = SOI niveau 2.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons koninklijk besluit tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg  
Vu pour être annexé à Notre arrêté royal portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité

FILIP

Van Koningswege :  
De Minister van Sociale zaken,

M. DE BLOCK

PHILIPPE

Par le Roi  
La Ministre d'Affaires sociales,

M. DE BLOCK