

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

22 juni 2018

WETSONTWERP

**betreffende de gebundelde financiering van de
laagvariabele ziekenhuiszorg**

INHOUD

	Blz.
Samenvatting	3
Memorie van toelichting	4
Voorontwerp	14
Impactanalyse	18
Advies van de Raad van State	32
Wetsontwerp	38

**DE SPOEDBEHANDELING WORDT DOOR DE REGERING GEVRAAGD
OVEREENKOMSTIG ARTIKEL 51 VAN HET REGLEMENT.**

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

22 juin 2018

PROJET DE LOI

**relatif au financement groupé des soins
hospitaliers à basse variabilité**

SOMMAIRE

	Pages
Résumé	3
Exposé des motifs	4
Avant-projet	14
Analyse d'impact	26
Avis du Conseil d'État	32
Projet de loi	38

**LE GOUVERNEMENT DEMANDE L'URGENCE CONFORMÉMENT À
L'ARTICLE 51 DU RÈGLEMENT.**

8845

De regering heeft dit wetsontwerp op 22 juni 2018 ingediend.

Le gouvernement a déposé ce projet de loi le 22 juin 2018.

De “goedkeuring tot drukken” werd op 22 juni 2018 door de Kamer ontvangen.

Le “bon à tirer” a été reçu à la Chambre le 22 juin 2018.

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Vuye&Wouters	:	Vuye&Wouters

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000: Parlementair document van de 54^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
 QRVA: Schriftelijke Vragen en Antwoorden
 CRIV: Voorlopige versie van het Integraal Verslag
 CRABV: Beknopt Verslag
 CRIV: Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)

PLEN: Plenum
 COM: Commissievergadering
 MOT: Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000: Document parlementaire de la 54^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
 QRVA: Questions et Réponses écrites
 CRIV: Version Provisoire du Compte Rendu intégral
 CRABV: Compte Rendu Analytique
 CRIV: Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)

PLEN: Séance plénière
 COM: Réunion de commission
 MOT: Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
 Natieplein 2
 1008 Brussel
 Tel.: 02/ 549 81 60
 Fax: 02/549 82 74
 www.dekamer.be
 e-mail: publicaties@dekamer.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
 Place de la Nation 2
 1008 Bruxelles
 Tél.: 02/ 549 81 60
 Fax: 02/549 82 74
 www.lachambre.be
 courriel: publications@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

SAMENVATTING

Het globaal prospectief bedrag per opname vangt de huidige financieringswijzen, die zijn voorzien door of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de wet betreffende de ziekenhuizen.

De invoering van het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis is een eerste stap in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

Deze hervorming is budgetneutraal. Het globaal bedrag van de persoonlijke aandelen en de uitgaven van de verplichte verzekering blijven stabiel.

RÉSUMÉ

Le montant global prospectif par admission remplace les systèmes actuels de financement qui sont prévus par ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé ou de la loi sur les hôpitaux.

L'introduction du montant global prospectif par admission dans un hôpital constitue un premier pas dans la réforme du financement hospitalier.

Cette réforme est budgétairement neutre. Le montant des interventions personnelles et des dépenses de l'assurance obligatoire restent stables.

MEMORIE VAN TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

ALGEMENE TOELICHTING

Overeenkomstig de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen blijft de federale overheid o.m. bevoegd voor de organieke wetgeving betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen en de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving. De federale overheid blijft eveneens bevoegd voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering. In uitvoering daarvan voorziet deze wet een globaal prospectief bedrag per opname voor de financiering van bepaalde ziekenhuisactiviteiten. De geïsoleerde G-diensten (revalidatie van geriatrische patiënten) en Sp-diensten (gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie) zijn bij de zesde staatshervorming integraal overgedragen aan de gemeenschappen. Het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis is dus niet van toepassing voor de opnames in geïsoleerde G-diensten en Sp-diensten.

De ziekenhuizen worden momenteel op verschillende manieren gefinancierd:

— de niet-medische activiteiten worden vergoed via het budget van financiële middelen,

— de medische activiteiten worden in het algemeen vergoed per prestatie op basis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen,

— voor een selectie van veel voorkomende en minder ernstige pathologieën wordt het systeem van de referentiebedragen toegepast,

— voor de meeste farmaceutische specialiteiten bestaat sinds 2006 een systeem van forfaitaire vergoeding per opname, ongeacht het reële gebruik. Bepaalde farmaceutische specialiteiten zijn uitgesloten van dit forfaitair systeem en worden vergoed per toegediende farmaceutische eenheid.

Het globaal prospectief bedrag per opname vervangt de huidige financieringswijzen, die zijn voorzien door of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de wet betreffende de ziekenhuizen. De invoering van deze prospectieve financiering per opname zal gepaard gaan met de nodige monitoring (o.a. om het risico van ondermedicatisering te verminderen).

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

EXPOSÉ GENERAL

Conformément à la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, l'autorité fédérale reste compétente e.a. pour la législation organique relative aux prestations de soins dans et en dehors des institutions de soins ainsi que le financement de l'exploitation quand celle-ci est réglée par la législation organique. L'autorité fédérale reste également compétente pour l'assurance maladie-invalidité. En exécution de ceci, la présente loi prévoit un montant global prospectif par admission pour le financement de certaines activités hospitalières. Les services G isolés (revalidation de patients gériatriques) et les services Sp (services spécialisés pour le traitement et la revalidation) sont intégralement transférés aux communautés dans le cadre de sixième réforme de l'État. Le montant global prospectif par admission à l'hôpital n'est donc pas d'application pour les admissions dans les services G et Sp isolés.

Les hôpitaux sont actuellement financés de différentes manières:

— les activités non médicales sont remboursées via le budget des moyens financiers,

— les activités médicales sont en général remboursées par prestation sur base de la nomenclature des prestations de santé,

— pour une sélection de pathologies courantes et moins sévères le système des montants de référence est appliqué,

— pour la plupart des spécialités pharmaceutiques, il existe depuis 2006 un système de remboursement forfaitaire par admission indépendamment de l'utilisation réelle. Certaines spécialités pharmaceutiques sont exclues de ce système forfaitaire et sont remboursées par unité.

Le montant global prospectif par admission remplace les systèmes actuels de financement qui sont prévus par ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé ou de la loi sur les hôpitaux. L'introduction de ce financement prospectif par admission devra aller de pair avec un nécessaire monitoring (e.a. pour diminuer le risque de sous-médicalisation).

Deze hervorming is budgetneutraal. Het globaal bedrag van de persoonlijke aandelen en de uitgaven van de verplichte verzekering blijven stabiel.

De invoering van het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis is een eerste stap in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Gezien het de bedoeling is om deze tekst later aan te vullen met bijkomende regelingen inzake de financiering van de ziekenhuizen werd ervoor gekozen om dit te regelen in een nieuwe autonome wet.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

HOOFDSTUK 1

Algemene bepaling

Artikel 1

Dit artikel bepaalt de grondwettelijke bevoegdheidsgrondslag.

HOOFDSTUK 2

Definities

Art. 2

Dit artikel definieert bepaalde begrippen die worden gebruikt in de wet.

HOOFDSTUK 3

Globaal prospectief bedrag per opname

Art. 3

Deze artikelen bepalen voor welke patiëntengroepen het globaal prospectief bedrag per opname van toepassing is en wat dit bedrag omvat. Het globaal prospectief bedrag per opname vervangt de huidige financieringswijzen, die zijn voorzien door of krachtens de wet betreffende de verplichte ziekteverzekering en de wet betreffende de ziekenhuizen. Voor het overige blijven deze wetten onverminderd van toepassing. Dit betekent bijv. dat de regeling inzake kamersupplementen die is voorzien in artikel 97 van de ziekenhuiswet ook van toepassing is op de opnames die worden vergoed via het globaal prospectief bedrag per opname. Het globaal prospectief bedrag per opname wordt toegepast op patiëntengroepen die behoren tot de laagvariabele cluster. Het gaat om patiëntengroepen die een standaardproces

Cette réforme est budgétairement neutre. Le montant des interventions personnelles et des dépenses de l'assurance obligatoire restent stables.

L'introduction du montant global prospectif par admission dans un hôpital constitue un premier pas dans la réforme du financement hospitalier. Compte tenu de l'intention de compléter ce texte par la suite avec des règles supplémentaires concernant le financement des hôpitaux, il a été décidé d'organiser cela dans une nouvelle loi autonome.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

CHAPITRE 1^{ER}

Disposition générale

Article 1^{er}

Cet article précise le fondement constitutionnel de la compétence.

CHAPITRE 2

Definitions

Art. 2

Cet article définit certains concepts qui sont utilisés dans la loi.

CHAPITRE 3

Montant global prospectif par admission

Art. 3

Ces articles déterminent pour quels groupes de patients le montant global prospectif par admission est d'application et ce que ce montant comprend. Le montant global prospectif par admission remplace les systèmes actuels de financement qui sont prévus par ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé ou de la loi sur les hôpitaux. Pour le surplus, ces lois restent d'application de manière inchangée. Cela signifie que les règles en matière de suppléments de chambre qui sont prévues à l'article 97 de la loi sur les hôpitaux sont aussi d'application pour les admissions qui ont couvertes par le montant global prospectif par admission. Le montant global prospectif par admission est appliqué aux groupes de patients qui appartiennent au cluster à basse variabilité. Il s'agit de patients qui

van diagnostiek en behandeling vereisen dat weinig verschilt tussen patiënten en tussen ziekenhuizen. Voor de financiering van deze patiëntengroepen wordt de prijs vooraf vastgelegd en deze is onafhankelijk van het reële zorgproces voor de individuele patiënt. Het globaal prospectief bedrag per opname zal van toepassing zijn voor de voormelde patiëntengroepen wanneer de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht is. Het betreft dus zowel de opnames met een overnachting als bepaalde daghospitalisaties, bv. die waarvoor krachtens de Nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen het bedrag per opname verschuldigd is (chirurgische daghospitalisatie) of de bedragen toegekend in toepassing van artikel 4 van de Nationale overeenkomst voor het maxiforfait, de forfaits dagziekenhuis, het forfait gipskamer, de forfaits chronische pijn en het forfait manipulatie poortkatheter. De Koning wordt bovendien gemachtigd om bepaalde verstrekkingen die gerelateerd zijn aan de opname, maar vóór en/of na de opname worden verleend, op te nemen in het globaal prospectief bedrag. De verstrekkingen die worden verleend tijdens de opname in een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (Sp) worden uitgesloten van het globaal prospectief bedrag per opname en kunnen dus verder worden vergoed per verstrekking. Enerzijds beschikken niet alle ziekenhuizen over een Sp-dienst. Als de uitgaven verbonden aan Sp-diensten zouden worden opgenomen in de globale prospectieve bedragen, zou dit leiden tot een ongelijke herverdeling van de budgetten van de ziekenhuizen die over een Sp-dienst beschikken naar ziekenhuizen die er geen hebben. Anderzijds zal de uitsluiting van Sp-diensten van de financiering van laagvariabele zorg de ziekenhuizen ertoe aanzetten om de patiënt sneller naar een Sp-dienst te oriënteren en dus sneller zijn revalidatie aan te vatten, wat in het voordeel is van de patiënt.

De laatste zin van het eerste lid heeft tot doel aan te geven dat voor prestaties die worden gedekt door het globaal prospectief bedrag per opname geen bijkomende kosten mogen worden aangerekend. De niet-vergoedbare prestaties kunnen in principe dus nog altijd vrij worden gefactureerd aan de patiënt. Hetzelfde geldt voor bv. comfortkosten.

Art. 4

Het globaal prospectief bedrag zal de tegemoetkomingen van de verplichte ziekteverzekering omvatten voor de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de bedragen die zijn vastgesteld in de Nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen

exigent un processus standard de diagnostic et de traitement qui se différencie peu entre patients et entre hôpitaux. Pour le financement de ces groupes de patients, le prix est déterminé préalablement et est indépendant du processus de soins réel du patient individuel. Le montant global prospectif par admission sera d'application pour les groupes de patients susmentionnés lorsque l'application du régime du tiers payant est obligatoire. Il s'agit donc aussi bien des admissions impliquant un séjour d'au moins une nuit que certaines hospitalisations de jour par exemple celles pour lesquelles, en vertu de la Convention nationale entre les hôpitaux et les organismes assureurs, le montant par admission est dû (hospitalisation chirurgicale de jour) ou les montants sont accordés en application de l'article 4 de la Convention nationale pour le maxiforfait, les forfaits hospitalisation de jour, le forfait salle de plâtre, le forfait douleur chronique et le forfait manipulation Port-a-Cath. Le Roi est en outre habilité à reprendre dans le montant global prospectif par admission certaines prestations qui sont liées à l'admission mais qui sont exécutées avant et/ou après celle-ci. Les prestations qui sont réalisées pendant une admission dans un service spécialisé pour le traitement et la réadaptation (Sp) sont exclues du montant global prospectif par admission et peuvent donc continuer à être remboursées par prestations. D'une part tous les hôpitaux ne disposent pas d'un service Sp. Si les dépenses liées aux services Sp avaient été incluses dans les montants globaux prospectifs, cela aurait occasionné une redistribution inégalitaire des budgets des hôpitaux qui disposent d'un service Sp vers les hôpitaux qui n'en ont pas. D'autre part, cette exclusion des services Sp du financement des soins à basse variabilité poussera les hôpitaux à orienter plus rapidement le patient vers le service Sp et donc à entamer plus rapidement sa revalidation ce qui est bénéfique pour le patient.

La dernière phrase de l'alinéa 1^{er} a pour but d'indiquer que pour les prestations qui sont couvertes par le montant global prospectif par admission aucun coût supplémentaire ne pourra être facturé. Les prestations non remboursables peuvent donc encore en principe être facturées librement aux patients. La même chose vaut par exemple pour les frais de confort.

Art. 4

Le montant global prospectif par admission comportera les interventions de l'assurance obligatoire pour les prestations de santé visées à l'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé coordonnée le 14 juillet 1994, les montants qui sont établis dans la convention nationale entre les hôpitaux et les institutions de soins et le budget des moyens financiers, pour

en de verzekeringsinstellingen en het budget van financiële middelen, voor zover dat het betrekking heeft op de voornoemde patiëntengroepen. Dit betreft dus zowel de tegemoetkomingen die worden verleend voor de prestaties van artsen en andere zorgverleners, de tegemoetkomingen voor het verstrekken van geneesmiddelen, implantaten en medische hulpmiddelen, de verschillende forfaits die zijn voorzien in de Nationale overeenkomst (maxiforfait, dagziekenhuisforfait, forfait chronische pijn, enz.) en de tegemoetkomingen voor de opname en het verblijf in een ziekenhuis. Dit prospectief systeem zal echter stapsgewijs worden ingevoerd. In een eerste fase beperkt dit prospectief systeem zich tot de honoraria: de zorgverstrekkers worden voor hun prestaties niet meer afzonderlijk per prestatie betaald, maar ze krijgen een bedrag voor het geheel van de prestaties voor een bepaalde aandoening, onafhankelijk van de reëel verleende zorg. Het globaal prospectief bedrag per opname kan niet worden gecumuleerd met de honoraria voor de bedoelde verstrekkingen en dekt alle kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden zijn aan de uitvoering van de bedoelde verstrekkingen, behoudens uitzonderingen voorzien door of krachtens de wet. In de volgende fases zullen ook de tegemoetkomingen voor andere geneeskundige verstrekkingen, de bedragen die zijn voorzien in de Nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen en het budget van financiële middelen worden opgenomen in het globaal prospectief bedrag. Het deel van het globaal prospectief bedrag dat de honoraria vertegenwoordigt blijft eigendom van de zorgverstrekkers en wordt verder verdeeld volgens de vergoedingsstelsels die van toepassing zijn in het ziekenhuis. Artikel 146 van de ziekenhuiswet blijft van toepassing.

De Koning wordt ook gemachtigd om bepaalde verstrekkingen en forfaits uit te sluiten van de vergoeding via het globaal prospectief bedrag en om voor bepaalde verstrekkingen specifieke forfaitaire honoraria te voorzien. De verstrekkingen van klinische biologie en medische beeldvorming worden nu reeds geheel of gedeeltelijk vergoed via forfaitaire honoraria. Het is de bedoeling dat het globaal prospectief bedrag per opname in de eerste fase voor de verstrekkingen van klinische biologie en medische beeldvorming enkel de honoraria per prestatie vervangt en de forfaitaire honoraria die voor alle ziekenhuizen dezelfde zijn, maar niet de honoraria die voor elk ziekenhuis apart worden berekend in functie van de specifieke kenmerken van het ziekenhuis.

Art. 5

Het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen is samengesteld uit een vast gedeelte en een

autant qu'ils concernent les groupes de patients précités. Ceci concerne aussi bien les interventions qui sont payées pour les prestations des médecins et des autres dispensateurs de soins que les interventions pour la fourniture de médicaments, d'implants et de dispositifs médicaux, les différents forfaits qui sont prévus dans la convention nationale (maxiforfait, forfait hospitalisation de jour, forfait douleur chronique, etc.) et l'intervention pour l'admission et le séjour en hôpital. Ce système prospectif sera cependant introduit par étape. Dans une première phase, ce système prospectif se limite aux honoraires: les prestataires ne seront plus payés pour leurs prestations séparément par prestation mais recevront un montant pour l'ensemble des prestations pour une affection déterminée, indépendamment des soins réellement apportés. Le montant global prospectif par admission ne peut pas être cumulé avec les honoraires pour la prestation visée et couvre tous les coûts qui sont directement ou indirectement liés à l'exécution de la prestation visée sauf exception prévue par ou en vertu de la loi. Dans les phases suivantes, les interventions pour les autres prestations de santé, les montants qui sont établis dans la convention nationale entre les hôpitaux et les institutions de soins et le budget des moyens financiers seront repris également dans le montant global prospectif par admission. La partie du montant global prospectif par admission que l'honoraire représente, demeure la propriété des prestataires et est ensuite réparti selon le système de rémunération en vigueur dans l'hôpital. L'article 146 de la loi sur les hôpitaux reste d'application.

Le Roi est également habilité à exclure certaines prestations et forfaits du remboursement via le montant global prospectif et à prévoir pour certaines prestations un honoraire spécifique. Les prestations de biologie clinique et d'imagerie médicale sont déjà totalement ou partiellement remboursées par des honoraires forfaitaires. L'intention est que le montant global prospectif par admission remplace dans une première phase pour les prestations de biologie clinique et d'imagerie médicale uniquement les honoraires par prestation et les honoraires forfaitaires qui sont les mêmes pour tous les hôpitaux mais pas pour les honoraires forfaitaires qui sont calculés séparément pour chaque hôpital en fonction de ses caractéristiques spécifiques.

Art. 5

Le budget des moyens financiers des hôpitaux est composé d'une partie fixe et d'une partie variable. Cet

variabel gedeelte. Dit artikel machtigt de Koning om de nadere regels vast te stellen volgens dewelke het budget van financiële middelen (vast gedeelte en variabel gedeelte) wordt opgenomen in het globaal prospectief bedrag per opname. Deze machtiging is uiteraard beperkt tot de bestanddelen waarvan de financiering tot de bevoegdheid van de federale overheid behoort.

Art. 6

De lijst van patiëntengroepen waarvoor het globaal prospectief bedrag per opname wordt toegepast, zal worden vastgesteld door de Koning. Op die manier kan sneller rekening worden gehouden met evoluties in de medische praktijkvoering. Om de patiënten te classificeren kan men zich baseren op het systeem van de "All Patient Refined Diagnosis Related Groups", dat nu ook wordt gebruikt voor het systeem van de referentiebedragen, of op andere mogelijke criteria zoals nomenclatuurcodes.

Art. 7

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering zal periodiek het globaal prospectief bedrag per opname berekenen voor de bedoelde patiëntengroepen. Dit zal gebeuren op basis van de gegevens die aan het Instituut worden bezorgd door de Technische cel. De nadere regels betreffende die berekening worden vastgesteld door de Koning. Bij de aanvang wordt het globaal prospectief bedrag per opname louter berekend op basis van de historische gegevens, maar in de toekomst kan, in overleg met de artsen, ook evidence-based practice informatie gebruikt worden bij de herberekening.

Voor alle opnames in België voor een bedoelde patiëntengroep zal eenzelfde bedrag worden toegekend.

Het ziekenhuis krijgt informatie inzake de bestanddelen van het globaal prospectief bedrag. Daarnaast krijgen de ziekenhuizen (beheerder, artsen en andere zorgverleners) per gedefinieerde patiëntengroep ook inzicht in hoe het deel "honoraria" van het globaal prospectief bedrag precies is samengesteld. Er zal duidelijk aangegeven worden welke prestaties van welk hoofdstuk van de nomenclatuur inbegrepen zijn in het globaal prospectief bedrag, met inbegrip van het tarief van die prestaties.

Binnen het ziekenhuis zien de zorgverleners zich het deel van het globaal prospectief bedrag toegekend dat de honoraria vertegenwoordigt. Deze regeling heeft tot doel discussies over de verdeling van de honoraria tussen de verschillende zorgverleners te beperken.

article autorise le Roi à fixer des règles complémentaires selon lesquelles le budget des moyens financiers (partie fixe et partie variable) est repris dans le montant global prospectif par admission. Cette autorisation est, bien entendu, limitée aux éléments dont le financement relève de la compétence de l'autorité fédérale.

Art. 6

La liste des groupes de patients pour lesquels le montant global prospectif par admission est d'application sera déterminée par le Roi. De cette manière, le gouvernement peut tenir compte plus rapidement des évolutions dans la pratique médicale. Pour classer les patients on peut se baser sur le système du "All Patient Refined Diagnosis Related Groups", qui est déjà actuellement utilisé pour le système du montant de référence ou sur un autre critère possible comme les codes de nomenclature.

Art. 7

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité calculera périodiquement le montant global prospectif par admission pour chacun des groupes de patients visés. Cela se fera sur base des données mises à dispositions par la Cellule technique. Les règles complémentaires de calcul sont fixées par le Roi. Au début, le montant global prospectif par admission est uniquement fixé sur base des données historiques mais dans le futur l'information evidence-based practice pourra également, en concertation avec les médecins, être utilisée pour le calcul.

Pour toutes les admissions en Belgique pour un même groupe de patient, le même montant sera payé.

L'hôpital reçoit l'information concernant la composition du montant global prospectif. A côté de cela, les hôpitaux (gestionnaire, médecins et autres dispensateurs de soins) reçoivent également par groupe de patients défini une vue sur la composition précise de la partie "honoraires" dans le montant global prospectif. Il sera précisé clairement quelles prestations de quel chapitre de la nomenclature sont comprises dans le montant global prospectif y inclus le tarif de ces prestations.

A l'hôpital les prestataires se voient attribuer la part du montant global prospectif qui représente les honoraires. Cette mesure a pour but de limiter les discussions quant à la répartition des honoraires entre les différents dispensateurs de soins. En outre, la réglementation

Bovendien zorgt de regeling ervoor dat geen enkele zorgverlener er financieel voordeel bij heeft om de prestaties van andere zorgverleners op een of andere manier in te perken.

De verdeling van de honoraria moet evenwel gebeuren met respect voor de (financiële) afspraken die neergeschreven zijn in de algemene regeling van het ziekenhuis.

Wat bijvoorbeeld de problematiek van afdrachten door de zorgverleners aan het ziekenhuis voor de dekking van kosten betreft, zullen de overeenkomsten die momenteel in elk ziekenhuis van kracht zijn worden toegepast voor de honoraria die zijn inbegrepen in het globaal prospectief bedrag volgens die verdeling.

Gezien de wet pas op 1 januari 2019 in werking kan treden dienden de periode van jaarlijkse toepassing van het globaal prospectief bedrag per opname en het tijdstip van de bekendmaking daarvan, zoals die waren voorzien in het voorontwerp, te worden aangepast.

HOOFDSTUK 4

Wijzigingsbepalingen en slotbepalingen

Art. 8

Dit artikel wijzigt artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dat de algemene principes vaststelt inzake de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en het persoonlijk aandeel voor de verschillende geneeskundige verstrekkingen. In het huidige systeem wordt het persoonlijk aandeel van de patiënt vastgesteld op basis van het honorarium voor de nomenclatuurverstrekking. Voor de verstrekkingen die worden vergoed door het globaal prospectief bedrag per opname zullen geen individuele verstrekkingen meer kunnen worden aangerekend aan het patiënt. Het persoonlijk aandeel zal dan ook niet meer worden vastgesteld op basis van de individuele verstrekking maar op basis van het globaal prospectief bedrag. De patiënt zal een forfaitair persoonlijk aandeel betalen per opname. Dit persoonlijk aandeel vervangt alle persoonlijke aandelen voor de geneeskundige verstrekkingen die worden vergoed door het globaal prospectief bedrag. De Koning kan een persoonlijk aandeel vaststellen dat identiek is voor alle patiëntengroepen waarvoor het globaal prospectief bedrag wordt toegepast. De Koning kan ook verschillende niveau's van persoonlijk aandeel vaststellen voor de verschillende patiëntengroepen.

veille qu'aucun dispensateur de soins ne soit avantagé financièrement en limitant de l'une ou l'autre manière les prestations d'autres dispensateurs de soins.

La répartition des honoraires doit également se faire dans le respect des conventions (financières) inscrites dans la réglementation générale de l'hôpital.

En ce qui concerne la problématique des rétrocessions des prestataires à l'hôpital pour la couverture des frais par exemple, les conventions actuellement en vigueur dans chaque hôpital seront appliquées selon les types d'honoraires prévus et compris dans le montant global et en fonction de leur répartition.

Etant donné que la loi ne peut entrer en vigueur que le 1^{er} janvier 2019, la période d'application annuelle du montant global prospectif par admission et le moment de sa publication, tels que prévus dans l'avant-projet, doivent être adaptés.

CHAPITRE 4

Dispositions modificatives et finales

Art. 8

Cet article modifie l'article 37 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités qui fixe les principes généraux concernant l'intervention de l'assurance soins de santé et l'intervention personnelle pour les différentes prestations de santé. Dans le système actuel, l'intervention personnelle du patient est fixée sur base de l'honoraire pour les prestations de la nomenclature. Pour les prestations qui sont remboursées par le montant global prospectif par admission, aucune prestation individuelle ne pourra plus être facturée au patient. L'intervention personnelle ne sera donc non plus fixée sur base des prestations individuelles mais sur base du montant global prospectif par admission. Le patient payera une intervention personnelle par admission. Cette intervention personnelle remplace toutes les interventions personnelles pour les prestations de santé qui sont couvertes par le montant global prospectif par admission. Le Roi peut fixer une intervention personnelle qui est identique pour tous les groupes de patients pour lesquels le montant global prospectif par admission est appliqué. Le Roi peut également fixer différents niveaux d'intervention personnelle pour les différents groupes de patients.

Overeenkomstig artikel 37sexies van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 wordt voor de toepassing van de maximumfactuur onder “persoonlijk aandeel” verstaan het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kostprijs van de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekking, zoals het blijkt uit de reglementering en rekening houdende met de overeenkomsten, akkoorden en als zodanig geldende documenten of met de honoraria die door de Koning zijn vastgesteld. Het forfaitair persoonlijk aandeel dat de Koning kan vaststellen krachtens het voorgestelde artikel 37, § 22, valt onder deze definitie en zal bijgevolg, net zoals de huidige persoonlijke aandelen voor de afzonderlijke verstrekkingen, in aanmerking worden genomen voor de maximumfactuur.

Art. 9

Dit artikel heft artikel 56ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op, dat de wettelijke basis vormt voor het systeem van de referentiebedragen.

Het systeem van de referentiebedragen werd ingevoerd in 2002 om ongefundeerde verschillen tussen de ziekenhuispraktijken weg te werken. Het systeem richt zich in het bijzonder op de praktijken van de medische zorgverleners in de ziekenhuizen, voor de medische of chirurgische aandoeningen die redelijk vaak voorkomen en met een zwak niveau van klinische ernst, waarvan men kan veronderstellen dat een bepaalde graad van standaardisering of harmonisering van de praktijken kan worden ontwikkeld en bereikt.

Op een zeer synthetische manier voorziet het systeem voor elke in aanmerking genomen aandoening de berekening van een referentiebedrag (op basis van een nationaal gemiddelde van de werkelijke uitgaven) dat met de werkelijke uitgaven van elk ziekenhuis wordt vergeleken. De bedragen van de uitgaven die met een bepaalde drempelwaarde de referentiebedragen overschrijden worden teruggevorderd van de betrokken ziekenhuizen.

Het systeem van de referentiebedragen zal voor de laatste maal worden toegepast voor de opnames in 2017. Voor de opnames vanaf 2018 wordt het systeem vervangen door de financiering op basis van het globaal prospectief bedrag per opname.

Art. 10

Artikel 151, tweede tot vijfde lid, van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen betreft de verrekening

Conformément à l'article 37sexies de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, on entend par “intervention personnelle” pour l'application du maximum à facturer l'intervention personnelle du bénéficiaire dans le coût des prestations de santé visée à l'article 34, telle qu'elle ressort de la réglementation et en tenant compte des conventions, accords et les documents en tenant lieu ou des honoraires qui sont déterminés par le Roi. L'intervention personnelle forfaitaire que le Roi peut fixer en vertu de l'article 37, § 22, tombe sous cette définition et sera, par conséquent, pris en compte pour le maximum à facturer exactement comme les interventions personnelles actuelles pour les prestations distinctes.

Art. 9

Cet article abroge l'article 56ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé qui forme la base légale pour le système des montants de référence.

Le système des montants de référence a été introduit en 2002 pour remédier aux différences injustifiées dans les pratiques des hôpitaux. Le système vise en particulier les pratiques des dispensateurs médicaux dans les hôpitaux pour les affections médicales ou chirurgicales qui surviennent relativement fréquemment et d'une gravité clinique faible, et pour lesquelles l'on peut supposer qu'un certain degré de standardisation ou d'harmonisation des pratiques peut être développé et atteint.

En résumant fortement, le système prévoit pour chaque affection prise en compte le calcul d'un montant de référence (sur base d'une moyenne nationale des dépenses effectives) qui est comparé aux dépenses réelles de chaque hôpital. Les montants des dépenses qui dépassent les montants de références d'une valeur seuil déterminée sont récupérés auprès des hôpitaux concernés.

Le système des montants de référence sera appliqué pour la dernière fois aux admissions 2017. Pour les admissions à partir de 2018, le système est remplacé par le financement au moyen du montant global prospectif par admission.

Art. 10

L'article 151, alinéas 2 à 5 de la loi coordonnée sur les hôpitaux concerne l'imputation vis-à-vis des

ten aanzien van de individuele ziekenhuisartsen van het verschil tussen de werkelijke uitgaven en de referentie-uitgaven bij toepassing van de referentiebedragen. Deze leden worden opgeheven gezien ze door de opheffing van het systeem van de referentiebedragen overbodig worden.

Art. 11

Dit artikel wijzigt artikel 152 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen teneinde de principes inzake ereloonsupplementen, die zijn vastgelegd in die bepaling, ook van toepassing te maken voor de verstrekkingen die worden vergoed via het globaal prospectief bedrag per opname. Het zal dus verboden zijn om ereloonsupplementen aan te rekenen bij opname in twee of meerpersoonskamers. Bij opname in een individuele kamer zijn, behoudens een aantal uitzonderingen, wel ereloonsupplementen mogelijk. De ereloonsupplementen kunnen enkel worden aangerekend op de verstrekkingen die aanleiding kunnen geven tot supplementen en effectief werden verricht en aangerekend. De basis waarop de supplementen worden berekend, is de waarde van de honoraria van de verrichte prestaties, maar die totale waarde mag het totaal bedrag van de honoraria binnen het deel van het globaal prospectief bedrag per opname dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt, niet overschrijden. Op die manier vermijdt men dat overbodige prestaties worden aangerekend enkel met als doel om supplementen te kunnen aanrekenen.

Art. 12

Dit artikel heft de bevoegdheid op van de multipartitestructuur betreffende het ziekenhuisbeleid om advies te geven over de regels voor het vaststellen van de referentiebedragen.

Art. 13

Dit artikel heft het koninklijk besluit op dat de toepassing van de referentiebedragen uitbreidt tot verstrekkingen verleend tijdens daghospitalisaties en verstrekkingen die zijn uitgevoerd tijdens een carensperiode die voorafgaat aan de opname.

Art. 14

Dit artikel heft het koninklijk besluit op dat vaststelt welke gegevens de verzekeringsinstellingen moeten

médecins hospitaliers individuels de la différence entre les dépenses réelles et les dépenses de référence en application des montants de référence. Ces alinéas sont abrogés puisqu'ils sont devenus superflus suite à l'abrogation du système des montants de référence.

Art. 11

Cet article modifie l'article 152 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins afin que les principes relatifs aux suppléments d'honoraires qui sont fixés dans cette disposition soient également d'application pour les prestations qui sont remboursées via le montant global prospectif par admission. Il sera donc également interdit de facturer des suppléments d'honoraires en cas d'admission dans les chambres de deux personnes ou plus. En cas d'admission en chambre individuelle, sauf dans une série d'exceptions, les suppléments d'honoraires sont possibles. Les suppléments d'honoraires peuvent uniquement être facturés sur les prestations qui peuvent donner lieu à des suppléments et qui sont effectivement réalisées et portées en compte. La base sur laquelle les suppléments sont calculés est la valeur des honoraires des prestations réalisées mais cette valeur totale ne peut dépasser le montant total des honoraires dans la partie du montant global prospectif par admission qui représente les prestations de soins. De cette manière, on évite une surconsommation des actes pour seul but de pouvoir compter des suppléments.

Art. 12

Cet article abroge la compétence d'avis sur les règles pour fixer les montants de référence de la structure multipartite en matière hospitalière.

Art. 13

Cet article abroge l'arrêté royal qui étend l'application du système des montants de référence aux prestations fournies pendant les hospitalisations de jour et aux prestations qui sont fournies pendant une période de carence précédant une admission.

Art. 14

Cet article abroge l'arrêté royal qui détermine quelles données les organismes assureurs doivent

meedelen aan de technische cel voor de koppeling aan de ziekenhuisverblijven waarop de referentiebedragen betrekking hebben met de ambulante verstrekkingen die zijn uitgevoerd tijdens de carensperiode.

Art. 15

Dit artikel bepaalt de inwerkingtreding van de wet. In een eerste fase blijven de huidige financieringssystemen van toepassing voor geneesmiddelen, implantaten en medische hulpmiddelen. Ook de bedragen die zijn voorzien in de Nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen en het budget van financiële middelen worden in de eerste fase niet opgenomen in het globaal prospectief bedrag. De Koning bepaalt vanaf wanneer dat het geval zal zijn.

Art. 16

Dit artikel voorziet dat de bepalingen betreffende het systeem van de referentiebedragen van toepassing blijven voor de opnames die worden beëindigd vóór 1 januari 2018.

Rekening houdende met de termijn voor de terbeschikkingstelling en de validering van de gegevens die in het systeem van de referentiebedragen worden opgenomen, kan de toepassing van het systeem voor de verblijven van het jaar X immers pas in het jaar X+3 worden uitgevoerd.

Art. 17

De berekeningsbasis voor de honorariumsupplementen wordt gedurende een overgangsperiode, die loopt tot 31 december 2019, verhoogd met 15 pct. Overeenkomstig artikel 11 laatste zin kan, behoudens in de bijzondere situaties vastgesteld door de Koning, de berekeningsbasis voor de supplementen niet hoger liggen dan het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag, m.a.w. 100 % van dit honorariumgedeelte. Artikel 17 van het voorontwerp beoogt een overgangsregeling in te stellen waarbij gedurende de daarin bepaalde periode de berekeningsbasis voor de supplementen met 15 % wordt verhoogd. De overgangsmaatregel is bedoeld om de artsen en de ziekenhuizen de tijd te geven om per ziekenhuis afspraken te maken hoe men zal omgaan met de situatie waarbij de berekeningsbasis van de gevraagde honorariumsupplementen 100 % van het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag overstijgt. De overgangsmaatregel dient de zorgverleners en elk ziekenhuis ook en vooral toe te laten hun reële praktijk (verrichte verstrekkingen)

communiquer à la cellule technique pour le couplage aux séjours hospitaliers auxquels les montants de référence ont trait, des prestations ambulantes qui sont effectuées pendant la période de carence.

Art. 15

Cet article fixe l'entrée en vigueur de la loi. Dans une première phase, le système de financement actuel reste d'application pour les médicaments, les implants et les dispositifs médicaux. Les montants qui sont prévus par la convention nationale entre les hôpitaux et les institutions de soins et le budget des moyens financiers ne sont pas non plus repris dans la première phase. Le Roi fixe la date à partir de laquelle ce sera le cas.

Art. 16

Cet article prévoit que les dispositions relatives au système des montants de référence restent d'application pour les admissions qui prennent fin avant le 1^{er} janvier 2018.

Compte tenu des délais pour la mise à disposition et la validation des données qui sont reprises dans le système des montants de référence l'application du système peut donc, pour les séjours de l'année X être appliquée seulement pendant l'année X+3.

Art. 17

La base de calcul pour les suppléments d'honoraire est majorée de 15 % pendant une période transitoire qui court jusqu'au 31 décembre 2019. Conformément à l'article 11 dernière phrase, sauf dans les situations particulières fixées par le Roi, la base de calcul pour les suppléments ne peut pas dépasser la partie honoraires du montant global prospectif, autrement dit 100 % de cette partie honoraires. L'article 17 de l'avant-projet vise à établir une disposition transitoire selon laquelle la base de calcul des suppléments sera augmentée de 15 % pendant la période stipulée. La mesure transitoire est destinée à donner aux médecins et aux hôpitaux le temps de conclure des accords par hôpital sur la manière de traiter la situation dans laquelle la base de calcul des suppléments d'honoraires demandés dépassent 100 % de la partie honoraires du montant global prospectif. La mesure transitoire doit aussi et surtout permettre aux dispensateurs de soins et chaque hôpital d'adapter leur pratique réelle (prestations réalisées) à la pratique standard (que représente le montant global

aan te passen aan de gestandaardiseerde praktijk (die het globaal prospectief bedrag vertegenwoordigt) teneinde geen supplementen meer te moeten vragen voor verstrekkingen die buiten de nieuwe norm vallen en dus het risico te vermijden om in de praktijk de nieuwe berekeningsbasis te overschrijden.

*De minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid,*

Maggie DE BLOCK

prospectif) pour ne plus demander des suppléments pour les prestations en dehors de la nouvelle norme et évitant ainsi le risque de dépasser la nouvelle base de calcul dans la pratique.

*La ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique,*

Maggie DE BLOCK

VOORONTWERP VAN WET

onderworpen aan het advies van de Raad van State

**Voorontwerp van wet betreffende de gebundelde
financiering van de ziekenhuisactiviteiten**

HOOFDSTUK 1

Algemene bepaling

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2

Definities

Art. 2

Voor de toepassing van deze wet en de uitvoeringsbesluiten ervan wordt verstaan onder:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AVANT-PROJET DE LOI

soumis à l'avis du Conseil d'État

**Avant-projet de loi relative au financement groupé des
activités hospitalières**

CHAPITRE 1^{ER}

Disposition générale

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

CHAPITRE 2

Définitions

Art. 2

Pour l'application de la présente loi et de ses arrêtés d'exécution, on entend par:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOOFDSTUK 3

Globaal prospectief bedrag per opname

Art. 3

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

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

Art. 4

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

Art. 5

De Koning stelt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de nadere regels vast volgens dewelke het budget van financiële middelen wordt opgenomen in het globaal prospectief bedrag per opname, bedoeld in artikel 3.

CHAPITRE 3

Montant global prospectif par admission

Art. 3

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

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

Art. 4

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

Art. 5

Le Roi fixe par arrêté délibéré en Conseil des ministres les règles précises par lesquelles le budget des moyens financiers est repris dans le montant global prospectif par admission visé à l'article 3.

Art. 6

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

Art. 7

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

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

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

HOOFDSTUK 4

Wijzigingsbepalingen en slotbepaling

Art. 8

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

Art. 6

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

Art. 7

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

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

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

CHAPITRE 4

Dispositions modificative et finales

Art. 8

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

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

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

Art. 9

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

Art. 10

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

Art. 11

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

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

Art. 12

In artikel 154ter, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, ingevoegd bij de wet van 22 augustus 2002 en gewijzigd bij de wet van 24 december 2002, wordt de bepaling onder 2° opgeheven.

Art. 13

Het koninklijk besluit van 18 december 2012 tot uitvoering van het artikel 56ter, § 1 en § 11, 2°, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige

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

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

Art. 9

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

Art. 10

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

Art. 11

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

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

Art. 12

Dans l'article 154ter de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, inséré par la loi du 22 août 2002 et modifié par la loi du 24 décembre 2002 le 2° est abrogé.

Art. 13

L'arrêté royal du 18 décembre 2012 portant exécution de l'article 56ter, § 1er, et § 11, 2°, alinéa 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités,

verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat de referentiebedragen per opneming betreft, wordt opgeheven.

Art. 14

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

Art. 15

Deze wet treedt in werking op 1 september 2018.

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

Art. 16

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

Art. 17

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

coordonnée le 14 juillet 1994 pour ce qui concerne les montants de référence par admission, est abrogé.

Art. 14

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

Art. 15

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

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

Art. 16

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

Art. 17

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

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

- :: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
- :: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
- :: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.veroeenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	Maggie DE BLOCK
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Bernard VERHEYDEN, Bernard.Verheyden@minsoc.fed.be , 02/528 69 41
Overheidsdienst	RIZIV
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Mickaël Daubie, mickael.daubie@inami.fgov.be, 02/739 77 04

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	WET BETREFFENDE DE GEBUNDELDE FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUISACTIVITEITEN _
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, ...), de beoogde doelen van uitvoering.	Conform het regeringsakkoord die voor een « prospectieve financiering voor standaardiseerbare zorg » pleit, voorziet dit wetsontwerp dat voor alle opnames die na 31 augustus 2018 plaatsvinden en die een standaardproces van zorg vereisen dat weinig verschilt tussen patiënten en tussen ziekenhuizen, zal een eenmalig bedrag moeten gefactureerd worden en dat alle honoraria (behalve uitzonderingen) zal dekken, ongeacht de werkelijk verrichte verstrekkingen.
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: __ ☒ Nee

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	Het wetsontwerp werd al voorgesteld op het verzekeringscomité, de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen en de Algemene Raad (9 oktober 2017). We hebben al het advies van de Inspecteur financiën gekregen.
--	--

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen:	De studie had als doel een cluster "laag variabele zorg" van 77 APR-DRG te bepalen die als inspiratiebron heeft gediend om de pathologie, die uiteindelijk zal onthouden worden, te identificeren.
--	--

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

RIA formulier - v2 - oct. 2014

23/03/2018

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?



Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's **3, 10, 11 en 21**, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de [handleiding](#) of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact Leg uit.

☐ Geen impact

Het wetsvoorstel voorziet dat de remgelden betaald door patiënten ook één enkel bedrag is dat alle verstrekkingen zal dekken, ongeacht de daadwerkelijk gerealiseerde prestaties. Het systeem draagt bij om de toegang tot de gezondheidszorg te verbeteren door de kosten van de patiënt te beperken en vooral waardoor ze voorspelbaar zijn.

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact Leg uit.

☒ Geen impact

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

De personen die in een aanmerking komen voor een tegemoetkoming, zoals opgenomen in de doelgroepen met laag variabele zorg.

Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

Op basis van de historische gegevens, is de verdeling van de verblijven tussen mannen en vrouwen respectievelijk 46% en 54%.

Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

Nee. De toegang tot de gezondheidszorg is afhankelijk van de pathologie van de patiënt en niet van het geslacht.

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

--

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☒ Positieve impact

☐ Negatieve impact



Leg uit.

☐ Geen impact

De financiering van laagvariabele zorg door middel van een globaal prospectief bedrag laat een betere beheersing van de uitgaven toe die de toegang tot kwaliteitszorg zal versterken.

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact



Leg uit.

☒ Geen impact

--

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact



Leg uit.

☒ Geen impact

--

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact



Leg uit.

☒ Geen impact

--

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuur), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringcijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact



Leg uit.

☒ Geen impact

--

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact



Leg uit.

☒ Geen impact

--

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?

Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).

Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.

De Kmo's zijn niet door de nieuwe maatregel betrokken.

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.

N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

--

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

--

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

--

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

--

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving. Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

a. *Op dit moment factureren de ziekenhuizen de uitgevoerde verstrekkingen tijdens een verblijf ongeacht de pathologie die wordt vastgesteld na codering in de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG).*

b. *De financiering van de "laagvariabele zorg" impliceert om de pathologie te kennen, voordat de prestaties kunnen worden gefactureerd.*

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?

a. *De verkregen informatie van de ziekenhuizen is dezelfde als in de voorgaande wetgeving.*

b. *De verkregen informatie van de ziekenhuizen is dezelfde als in de voorgaande wetgeving.*

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?

a. *De gegevensverzameling (te factureren prestaties en MKG) worden niet gewijzigd als gevolg van de nieuwe financieringsmethode.*

b. *Ziekenhuizen zullen hun coderingsprocessen in de MKG en facturering echter moeten reorganiseren*

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?

a. *Op het einde van elke verblijf*

b. *Op het einde van elke verblijf*

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

--

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact

--

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact

--

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact

--

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact

--

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact

--

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact

--

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact

--

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact
Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact
Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

- | | |
|--|---|
| ☐ voedselveiligheid | ☐ inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie) |
| ☐ gezondheid en toegang tot geneesmiddelen | ☐ mobiliteit van personen |
| ☐ waardig werk | ☐ leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling) |
| ☐ lokale en internationale handel | ☐ vrede en veiligheid |

Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

[Dit zijn maatregelen voor mensen die rechthebbenden zijn aan de Belgische ziekteverzekering.](#)



Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage



Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

Analyse d'impact de la réglementation

RiA-AiR

- :: Remplissez de préférence le formulaire en ligne ria-air.fed.be
- :: Contactez le Helpdesk si nécessaire ria-air@premier.fed.be
- :: Consultez le manuel, les FAQ, etc. www.simplification.be

Fiche signalétique

Auteur .a.

Membre du Gouvernement compétent	Maggie DE BLOCK
Contact cellule stratégique (nom, email, tél.)	Bernard VERHEYDEN , Bernard.Verheyden@minsoc.fed.be , 02/528 69 41
Administration compétente	INAMI
Contact administration (nom, email, tél.)	Mickaël Daubie , mickael.daubie@inami.fgov.be , 02/739 77 04

Projet .b.

Titre du projet de réglementation	LOI RELATIVE AU FINANCEMENT GROUPE DES ACTIVITÉS HOSPITALIERES	
Description succincte du projet de réglementation en mentionnant l'origine réglementaire (traités, directive, accord de coopération, actualité, ...), les objectifs poursuivis et la mise en œuvre.	Conformément à l'accord de gouvernement qui plaide pour un « financement prospectif pour les soins pouvant être standardisés », ce projet de loi prévoit que pour toutes les admissions qui débutent après le 31 août 2018 et qui exigent un processus standard qui se différencie peu entre patients et entre hôpitaux, un montant unique qui couvrira tous les honoraires (sauf exceptions) devra être facturé, indépendamment des prestations réellement réalisées.	
Analyses d'impact déjà réalisées	☐ Oui ☒ Non	Si oui, veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document : __

Consultations sur le projet de réglementation .c.

Consultations obligatoires, facultatives ou informelles :	Le projet de loi a déjà été présenté au Comité de l'assurance, à la Commission médico-mutuelliste et au Conseil général (9 octobre 2017). L'avis de l'inspecteur des finances a déjà été reçu.
---	--

Sources utilisées pour effectuer l'analyse d'impact .d.

Statistiques, documents de référence, organisations et personnes de référence :	L'étude du Centre Fédéral d'expertise (KCE) « Clustering des groupes de pathologies selon les similarités de séjours hospitaliers » a déterminé un cluster « basse variabilité » de 77 APR-DRG/SOI qui a servi de source d'inspiration pour identifier les pathologies qui seront finalement retenues pour le nouveau système.
---	--

Date de finalisation de l'analyse d'impact .e.

[23/03/2018](#)

Quel est l'impact du projet de réglementation sur ces 21 thèmes ?



Un projet de réglementation aura généralement des impacts sur un nombre limité de thèmes.

Une liste non-exhaustive de mots-clés est présentée pour faciliter l'appréciation de chaque thème.

S'il y a des **impacts positifs et / ou négatifs**, **expliquez-les** (sur base des mots-clés si nécessaire) et **indiquez** les mesures prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs.

Pour les thèmes 3, 10, 11 et 21, des questions plus approfondies sont posées.

Consultez le [manuel](#) ou contactez le helpdesk ria-air@premier.fed.be pour toute question.

Lutte contre la pauvreté .1.

Revenu minimum conforme à la dignité humaine, accès à des services de qualité, surendettement, risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (y compris chez les mineurs), illettrisme, fracture numérique.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif Expliquez.

☐ Pas d'impact

Le projet de Loi prévoit que les tickets modérateurs payés par les patients soient également un montant unique qui couvrira toutes les prestations, indépendamment des prestations réellement réalisées. Le système contribue à améliorer l'accès aux soins en limitant les frais à charge du patient et surtout en les rendant prévisibles.

Égalité des chances et cohésion sociale .2.

Non-discrimination, égalité de traitement, accès aux biens et services, accès à l'information, à l'éducation et à la formation, écart de revenu, effectivité des droits civils, politiques et sociaux (en particulier pour les populations fragilisées, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les minorités).

☐ Impact positif ☐ Impact négatif Expliquez.

☒ Pas d'impact

Égalité entre les femmes et les hommes .3.

Accès des femmes et des hommes aux ressources : revenus, travail, responsabilités, santé/soins/bien-être, sécurité, éducation/savoir/formation, mobilité, temps, loisirs, etc.

Exercice des droits fondamentaux par les femmes et les hommes : droits civils, sociaux et politiques.

1. Quelles personnes sont directement et indirectement concernées par le projet et quelle est la composition sexuée de ce(s) groupe(s) de personnes ?

Si aucune personne n'est concernée, expliquez pourquoi.

Les personnes susceptibles de subir une intervention reprises dans un des groupes visés par les soins à basse variabilité.

Si des personnes sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les éventuelles différences entre la situation respective des femmes et des hommes dans la matière relative au projet de réglementation.

Sur base des données historiques, la répartition des séjours entre les hommes et les femmes est respectivement de 46% et 54%

S'il existe des différences, répondez aux questions 3 et 4.

3. Certaines de ces différences limitent-elles l'accès aux ressources ou l'exercice des droits fondamentaux des femmes ou des hommes (différences problématiques) ? [O/N] > expliquez

Non. L'accès aux soins dépend de la pathologie du patient et pas de son sexe.

4. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur l'égalité des femmes et les hommes ?

S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 5.

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

--

Santé .4.

Accès aux soins de santé de qualité, efficacité de l'offre de soins, espérance de vie en bonne santé, traitements des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabète et maladies respiratoires chroniques), déterminants de la santé (niveau socio-économique, alimentation, pollution), qualité de la vie.

☒ Impact positif☐ Impact négatif

↓ Expliquez.

☐ Pas d'impact

Le financement des soins à basse variabilité à travers un montant global prospectif permet une meilleure maîtrise des dépenses ce qui renforcera l'accès aux soins de qualité.

Emploi .5.

Accès au marché de l'emploi, emplois de qualité, chômage, travail au noir, conditions de travail et de licenciement, carrière, temps de travail, bien-être au travail, accidents de travail, maladies professionnelles, équilibre vie privée - vie professionnelle, rémunération convenable, possibilités de formation professionnelle, relations collectives de travail.

☐ Impact positif☐ Impact négatif

↓ Expliquez.

☒ Pas d'impact

--

Modes de consommation et production .6.

Stabilité/prévisibilité des prix, information et protection du consommateur, utilisation efficace des ressources, évaluation et intégration des externalités (environnementales et sociales) tout au long du cycle de vie des produits et services, modes de gestion des organisations.

☐ Impact positif☐ Impact négatif

↓ Expliquez.

☒ Pas d'impact

--

Développement économique .7.

Création d'entreprises, production de biens et de services, productivité du travail et des ressources/matières premières, facteurs de compétitivité, accès au marché et à la profession, transparence du marché, accès aux marchés publics, relations commerciales et financières internationales, balance des importations/exportations, économie souterraine, sécurité d'approvisionnement des ressources énergétiques, minérales et organiques.

☐ Impact positif☐ Impact négatif

↓ Expliquez.

☒ Pas d'impact

--

Investissements .8.

Investissements en capital physique (machines, véhicules, infrastructures), technologique, intellectuel (logiciel, recherche et développement) et humain, niveau d'investissement net en pourcentage du PIB.

☐ Impact positif☐ Impact négatif

↓ Expliquez.

☒ Pas d'impact

--

Recherche et développement .9.

Opportunités de recherche et développement, innovation par l'introduction et la diffusion de nouveaux modes de production, de nouvelles pratiques d'entreprises ou de nouveaux produits et services, dépenses de recherche et de développement.

☐ Impact positif☐ Impact négatif

↓ Expliquez.

☒ Pas d'impact

--

PME .10.

Impact sur le développement des PME.

1. Quelles entreprises sont directement et indirectement concernées par le projet ?

Détaillez le(s) secteur(s), le nombre d'entreprises, le % de PME (< 50 travailleurs) dont le % de micro-entreprise (< 10 travailleurs).

Si aucune entreprise n'est concernée, expliquez pourquoi.

[Le PME ne sont pas concernées en tant que telles](#)

↓ Si des PME sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur les PME.

N.B. les impacts sur les charges administratives doivent être détaillés au thème 11

--

↓ S'il y a un impact négatif, répondez aux questions 3 à 5.

3. Ces impacts sont-ils proportionnellement plus lourds sur les PME que sur les grandes entreprises ? [O/N] > expliquez

--

4. Ces impacts sont-ils proportionnels à l'objectif poursuivi ? [O/N] > expliquez

--

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

--

Charges administratives .11.

Réduction des formalités et des obligations administratives liées directement ou indirectement à l'exécution, au respect et/ou au maintien d'un droit, d'une interdiction ou d'une obligation.

↓ Si des citoyens (cf. thème 3) et/ou des entreprises (cf. thème 10) sont concernés, répondez aux questions suivantes.

1. Identifiez, par groupe concerné, les formalités et les obligations nécessaires à l'application de la réglementation.

S'il n'y a aucune formalité ou obligation, expliquez pourquoi.

- | | |
|--|---|
| <p>a. Actuellement, les hôpitaux facturent les prestations réalisées au cours d'un séjour indépendamment de la pathologie qui est fixée après encodage dans le Résumé Hospitalier Minimum (RHM).</p> | <p>b. Le financement des « soins à basse variabilité » implique de connaître la pathologie avant de pouvoir facturer les prestations.</p> |
|--|---|

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation actuelle*, répondez aux questions 2a à 4a.

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation en projet**, répondez aux questions 2b à 4b.

2. Quels documents et informations chaque groupe concerné doit-il fournir ?

- | | |
|---|---|
| <p>a. Les informations à fournir par les hôpitaux est la même que dans la précédente réglementation</p> | <p>b. Les informations à fournir par les hôpitaux est la même que dans la précédente réglementation</p> |
|---|---|

3. Comment s'effectue la récolte des informations et des documents, par groupe concerné ?

- | | |
|--|--|
| <p>a. La récolte des données (prestations à facturer et RHM) ne sont pas modifiées suite au nouveau mode de financement.</p> | <p>b. Par contre, les hôpitaux devront donc réorganiser leurs processus d'encodage dans le RHM et de facturation</p> |
|--|--|

4. Quelles est la périodicité des formalités et des obligations, par groupe concerné ?

- | | |
|---|--|
| <p>a. A la fin de chaque séjour</p> | <p>b. A la fin de chaque séjour.</p> |
|---|--|

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs ?

--

Énergie .12.

Mix énergétique (bas carbone, renouvelable, fossile), utilisation de la biomasse (bois, biocarburants), efficacité énergétique, consommation d'énergie de l'industrie, des services, des transports et des ménages, sécurité d'approvisionnement, accès aux biens et services énergétiques.

☐ Impact positif

☐ Impact négatif


Expliquez.

☒ Pas d'impact

--

Mobilité .13.

Volume de transport (nombre de kilomètres parcourus et nombre de véhicules), offre de transports collectifs, offre routière, ferroviaire, maritime et fluviale pour les transports de marchandises, répartitions des modes de transport (modal shift), sécurité, densité du trafic.

☐ Impact positif

☐ Impact négatif


Expliquez.

☒ Pas d'impact

--

Alimentation .14.

Accès à une alimentation sûre (contrôle de qualité), alimentation saine et à haute valeur nutritionnelle, gaspillages, commerce équitable.

☐ Impact positif

☐ Impact négatif


Expliquez.

☒ Pas d'impact

--

Changements climatiques .15.

Émissions de gaz à effet de serre, capacité d'adaptation aux effets des changements climatiques, résilience, transition énergétique, sources d'énergies renouvelables, utilisation rationnelle de l'énergie, efficacité énergétique, performance énergétique des bâtiments, piégeage du carbone.

☐ Impact positif

☐ Impact négatif


Expliquez.

☒ Pas d'impact

--

Ressources naturelles .16.

Gestion efficiente des ressources, recyclage, réutilisation, qualité et consommation de l'eau (eaux de surface et souterraines, mers et océans), qualité et utilisation du sol (pollution, teneur en matières organiques, érosion, assèchement, inondations, densification, fragmentation), déforestation.

☐ Impact positif

☐ Impact négatif


Expliquez.

☒ Pas d'impact

--

Air intérieur et extérieur .17.

Qualité de l'air (y compris l'air intérieur), émissions de polluants (agents chimiques ou biologiques : méthane, hydrocarbures, solvants, SOx, NOx, NH3), particules fines.

☐ Impact positif

☐ Impact négatif


Expliquez.

☒ Pas d'impact

--

Biodiversité .18.

Niveaux de la diversité biologique, état des écosystèmes (restauration, conservation, valorisation, zones protégées), altération et fragmentation des habitats, biotechnologies, brevets d'invention sur la matière biologique, utilisation des ressources génétiques, services rendus par les écosystèmes (purification de l'eau et de l'air, ...), espèces domestiquées ou cultivées, espèces exotiques envahissantes, espèces menacées.

☐ Impact positif

☐ Impact négatif


Expliquez.

☒ Pas d'impact

--

Nuisances .19.

Nuisances sonores, visuelles ou olfactives, vibrations, rayonnements ionisants, non ionisants et électromagnétiques, nuisances lumineuses.

☐ Impact positif☐ Impact négatif

Expliquez.

☒ Pas d'impact**Autorités publiques .20.**

Fonctionnement démocratique des organes de concertation et consultation, services publics aux usagers, plaintes, recours, contestations, mesures d'exécution, investissements publics.

☐ Impact positif☐ Impact négatif

Expliquez.

☒ Pas d'impact**Cohérence des politiques en faveur du développement .21.**

Prise en considération des impacts involontaires des mesures politiques belges sur les intérêts des pays en développement.

1. Identifiez les éventuels impacts directs et indirects du projet sur les pays en développement dans les domaines suivants :

o sécurité alimentaire

o revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)

o santé et accès aux

o mobilité des personnes

o médicaments

o environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)

o travail décent

o paix et sécurité

o commerce local et international

Expliquez si aucun pays en développement n'est concerné.

[Il s'agit de mesures à l'intention de personnes qui sont assujetties à l'assurance maladie belge.](#)

S'il y a des impacts positifs et/ou négatifs, répondez à la question 2.

2. Précisez les impacts par groupement régional ou économique (lister éventuellement les pays). Cf. manuel



S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 3.

3. Quelles mesures sont prises pour les alléger / compenser les impacts négatifs ?

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE NR. 63.314/3 VAN 15 MEI 2018

Op 10 april 2018 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een voorontwerp van wet “betreffende de gebundelde financiering van de ziekenhuisactiviteiten”.

Het voorontwerp is door de derde kamer onderzocht op 3 mei 2018. De kamer was samengesteld uit Jo Baert, kamervoorzitter, Jan Smets en Jeroen Van Nieuwenhove, staatsraden, Jan Velaers, assessor, en Astrid Truyens, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Wendy Depester, auditeur.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Jeroen Van Nieuwenhove, staatsraad.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 15 mei 2018.

*

STREKKING VAN HET VOORONTWERP

1. Het voorontwerp van wet strekt ertoe, bij wijze van eerste stap in de hervorming van de financiering van ziekenhuizen, een “globaal prospectief bedrag per opname” (hierna: GPBO) voor de financiering van bepaalde ziekenhuisactiviteiten in te voeren. Het GPBO is een forfaitair bedrag per opname dat zal worden toegepast voor patiëntengroepen waarvoor de opname een standaardproces van diagnostiek en behandeling betreft dat weinig verschilt tussen patiënten en tussen ziekenhuizen. De lijst van patiëntengroepen die hiervoor in aanmerking komen, zal worden bepaald bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en op advies van het Verzekeringscomité (artikelen 3, eerste lid, en 6 van het voorontwerp).

Het GPBO omvat de tegemoetkomingen voor de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de wet “betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen”, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: de ziekteverzekeringswet), de bedragen die zijn vastgesteld in de overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen, bedoeld in artikel 46 van de ziekteverzekeringswet, alsook het budget van financiële middelen bedoeld in artikel 95 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 “op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen” (hierna: de ziekenhuiswet), voor zover dat budget betrekking heeft op de voormelde patiëntengroepen. De Koning kan bepaalde geneeskundige verstrekkingen uitsluiten van het GBPO en kan voor bepaalde verstrekkingen een specifiek forfaitair honorarium vaststellen (artikelen 3, eerste lid, en 4 van het voorontwerp). De Koning bepaalt eveneens de nadere regels voor de opname van het budget van financiële middelen in het GBPO (artikel 5 van het voorontwerp).

AVIS DU CONSEIL D'ÉTAT N° 63.314/3 DU 15 MAI 2018

Le 10 avril 2018, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, sur un avant-projet de loi “relative au financement groupé des activités hospitalières”.

L'avant-projet a été examiné par la troisième chambre le 3 mai 2018. La chambre était composée de Jo Baert, président de chambre, Jan Smets et Jeroen Van Nieuwenhove, conseillers d'État, Jan Velaers, assesseur, et Astrid Truyens, greffier.

Le rapport a été présenté par Wendy Depester, auditeur.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Jeroen Van Nieuwenhove, conseiller d'État.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 15 mai 2018.

*

PORTÉE DE L'AVANT-PROJET

1. L'avant-projet de loi a pour objet d'instaurer, à titre de première étape dans la réforme du financement des hôpitaux, un “montant global prospectif par admission” (ci-après: MGPA) pour le financement de certaines activités hospitalières. Le MGPA est un montant forfaitaire par admission qui s'appliquera à des groupes de patients pour lesquels l'admission concerne un processus standard de diagnostic et de traitement qui se différencie peu entre patients et entre hôpitaux. La liste des groupes de patients entrant en ligne de compte à cet effet sera fixée par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres et sur avis du Comité de l'assurance (articles 3, alinéa 1^{er}, et 6 de l'avant-projet).

Le MGPA comprend les interventions pour les prestations de santé visées à l'article 34 de la loi “relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités”, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après: la loi sur l'assurance maladie), les montants qui sont établis dans les conventions avec les établissements hospitaliers, visées à l'article 46 de ladite loi, ainsi que le budget des moyens financiers visé à l'article 95 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 “sur les hôpitaux et autres établissements de soins” (ci-après: la loi sur les hôpitaux), pour autant que ce budget concerne les groupes de patients précités. Le Roi peut en exclure certaines prestations de santé et fixer un honoraire forfaitaire spécifique pour certaines prestations (articles 3, alinéa 1^{er}, et 4 de l'avant-projet). Il détermine également les modalités d'intégration du budget des moyens financiers dans le MGPA (article 5 de l'avant-projet).

Het GPBO voor elke patiëntengroep wordt periodiek berekend door het RIZIV volgens de regels die door de Koning worden vastgesteld. Het GPBO berekend voor het jaar T is van toepassing voor alle opnames van 1 september van het jaar T tot 31 augustus van het jaar T+1. De Koning bepaalt de nadere regels inzake de facturatie en de indexering van het GPBO (artikel 7 van het voorontwerp), alsook het forfaitair persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor de verstrekkingen die via het GPBO worden vergoed (artikel 8 van het voorontwerp – ontworpen artikel 37, § 22, van de ziekteverzekeringswet). Het systeem van referentiebedragen, opgenomen in artikel 56ter van de ziekteverzekeringswet, wordt afgeschaft (artikelen 9, 10, 12, 13 en 14 van het voorontwerp) en niet meer toegepast op de opnames die worden beëindigd vanaf 1 januari 2018 (artikel 16). De regeling inzake de aanrekening van ereloon-supplementen voor gehospitaliseerde patiënten wordt ook toepasselijk verklaard op de verstrekkingen die worden gedekt door het GPBO (artikel 11 van het voorontwerp – ontworpen artikel 152, § 6, van de ziekenhuiswet). Tot 31 december 2019 kan de berekeningsbasis voor deze supplementen in beginsel niet hoger liggen dan 115 procent van het honorariumgedeelte van het GPBO (artikel 17 van het voorontwerp).

De aan te nemen wet treedt in werking op 1 september 2018 (artikel 15, eerste lid, van het voorontwerp). De Koning bepaalt de datum van de opname in het GPBO van de terugbetaling voor implantaten, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, van de terugbetaling van de bedragen die zijn vastgesteld in de overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen en van het budget van financiële middelen (artikel 15, tweede lid).

BEVOEGDHEID

2. In de memorie van toelichting wordt het volgende uiteen gezet aangaande de bevoegdheid van de federale overheid voor de ontworpen regeling:

“Overeenkomstig de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen blijft de federale overheid o.m. bevoegd voor de organieke wetgeving betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen en de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving. De federale overheid blijft eveneens bevoegd voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering. In uitvoering daarvan voorziet deze wet een globaal prospectief bedrag per opname voor de financiering van bepaalde ziekenhuisactiviteiten. De geïsoleerde G-diensten (revalidatie van geriatrische patiënten) en Sp-diensten (gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie) zijn bij de zesde staatshervorming integraal overgedragen aan de gemeenschappen. Het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis is dus niet van toepassing voor de opnames in geïsoleerde G-diensten en Sp-diensten.”

Met deze zienswijze kan in beginsel worden ingestemd. De ontworpen regeling betreft enerzijds de ziekte- en invaliditeitsverzekering¹ en anderzijds de organieke wetgeving² en de financiering van de exploitatie³ inzake ziekenhuizen en

¹ Artikel 5, § 1, I, tweede lid, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 “tot hervorming der instellingen”.

² Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, a), van dezelfde bijzondere wet.

³ Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, b), van dezelfde bijzondere wet.

L'INAMI calcule périodiquement le MGPA pour chaque groupe de patients suivant les règles fixées par le Roi. Le montant calculé pour l'année T s'applique à toutes les admissions du 1^{er} septembre de l'année T au 31 août de l'année T+1. Le Roi en fixe les modalités de facturation et d'indexation (article 7 de l'avant-projet), ainsi que l'intervention personnelle forfaitaire des bénéficiaires pour les prestations qui sont remboursées via le MGPA (article 8 de l'avant-projet – article 37, § 22, en projet, de la loi sur l'assurance maladie). Le système des montants de référence, inséré à l'article 56ter de la loi sur l'assurance maladie, est supprimé (articles 9, 10, 12, 13 et 14 de l'avant-projet) et n'est plus appliqué aux admissions qui prennent fin à partir du 1^{er} janvier 2018 (article 16). Le système de facturation des suppléments d'honoraires pour les patients hospitalisés est également rendu applicable aux prestations qui sont couvertes par le MGPA (article 11 de l'avant-projet – article 152, § 6, en projet, de la loi sur les hôpitaux). Jusqu'au 31 décembre 2019, la base de calcul de ces suppléments ne peut en principe pas dépasser 115 pour cent de la partie représentant les honoraires du MGPA (article 17 de l'avant-projet).

La loi à adopter entre en vigueur le 1^{er} septembre 2018 (article 15, alinéa 1^{er}, de l'avant-projet). Le Roi fixe la date à laquelle le remboursement des implants, médicaments et dispositifs médicaux, le remboursement des montants qui sont établis dans les conventions avec les établissements hospitaliers et le budget des moyens financiers sont intégrés dans la MGPA (article 15, alinéa 2).

COMPÉTENCE

2. À propos de la compétence de l'autorité fédérale en ce qui concerne le régime en projet, l'exposé des motifs mentionne ce qui suit:

“Conformément à la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, l'autorité fédérale reste compétente e.a. pour la législation organique relative aux prestations de soins dans et en dehors des institutions de soins ainsi que le financement de l'exploitation quand celle-ci est réglée par la législation organique. L'autorité fédérale reste également compétente pour l'assurance maladie-invalidité. En exécution de ceci, la présente loi prévoit un montant global prospectif par admission pour le financement de certaines activités hospitalières. Les services G isolés (revalidation de patients gériatriques) et les services Sp (services spécialisés pour le traitement et la revalidation) sont intégralement transférés aux communautés dans le cadre de [la] sixième réforme de l'État. Le montant global prospectif par admission à l'hôpital n'est donc pas d'application pour les admissions dans les services G et Sp isolés”.

On peut en principe se rallier à ce point de vue. Le régime en projet concerne, d'une part, l'assurance maladie-invalidité¹ et, d'autre part, la législation organique² et le financement de l'exploitation³ en matière d'hôpitaux et ne porte

¹ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 2, 1°, de la loi spéciale du 8 août 1980 “de réformes institutionnelles”.

² Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1°, a), de la même loi spéciale.

³ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1°, b), de la même loi spéciale.

heeft, onder voorbehoud van hetgeen wordt uiteengezet in opmerking 10, geen betrekking op de zorginstellingen die tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoren.⁴

Er moet evenwel een voorbehoud worden geformuleerd bij artikel 5 van het voorontwerp, waarbij de Koning wordt gemachtigd om de nadere regels vast te stellen “volgens de welke het budget van financiële middelen wordt opgenomen in het [GPBO]”. In de memorie van toelichting wordt vermeld dat die machtiging zowel het vast gedeelte als het variabel gedeelte van het budget van financiële middelen omvat. Die machtiging kan evenwel niet zo worden begrepen dat het mogelijk is om de financiering van de investeringskosten van de infrastructuur en de medisch-technische diensten te integreren in het GPBO, aangezien die financiering behoort tot de bevoegdheid van de gemeenschappen.⁵

ALGEMENE OPMERKING

3. De stellers van het voorontwerp hebben ervoor gekozen om het GPBO grotendeels te regelen in een nieuwe autonome tekst, naast de ziekteverzekeringswet en de ziekenhuiswet. De vraag rijst evenwel of de transparantie van de regeling inzake de tegemoetkomingen voor ziekenhuisopnames gebaat is bij een dergelijke keuze en of het niet beter is om het GPBO grotendeels hetzij in de ziekteverzekeringswet, hetzij in de ziekenhuiswet te regelen en in de andere wet de nodige wijzigingen en verwijzingen aan te brengen.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Opschrift

4. Onverminderd hetgeen is uiteengezet in opmerking 3, rijst de vraag of het opschrift van het voorontwerp van wet wel voldoende nauw aansluit bij de inhoud ervan, aangezien het voorontwerp van wet enkel de eerste stap inhoudt in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, namelijk een hervorming van de financiering voor een aantal “standaardopnames”, waarbij dan de integratie van bepaalde onderdelen van de bestaande financieringsinstrumenten nog moet gebeuren. Tenzij het de bedoeling is om de aan te nemen wet later aan te vullen met bijkomende regelingen inzake de financiering van ziekenhuizen – in welk geval het allicht toch beter is om ze te vervangen door een nieuwe wet met een nieuw opschrift –, zou de beperking van de ontworpen regeling tot het GPBO het best uitdrukkelijk tot uiting komen in het huidige opschrift.

Indien wordt ingegaan op opmerking 3, moet het opschrift uiteraard enkel melding maken van de wijziging van de ziekteverzekeringswet en van de ziekenhuiswet.

Artikel 2

5. In artikel 2, 7°, van het voorontwerp wordt in de Nederlandse tekst geen lidwoord vermeld voor “Verzekeringscomité”, terwijl

⁴ Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 2° tot 6°, van dezelfde bijzondere wet.

⁵ Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, a), van dezelfde bijzondere wet.

pas, sous réserve de l’observation formulée au point 10, sur les établissements de soins relevant de la compétence des communautés⁴.

Il s’impose cependant de formuler une réserve en ce qui concerne l’article 5 de l’avant-projet, qui habilite le Roi à fixer les modalités “[selon] lesquelles le budget des moyens financiers est repris dans le [MGPA]”. L’exposé des motifs indique que cette autorisation comporte tant la partie fixe que la partie variable du budget des moyens financiers. Toutefois, cette habilitation ne peut pas être comprise en ce sens qu’elle permet d’intégrer le financement du coût des investissements de l’infrastructure et des services médico-techniques dans le MGPA, ce financement relevant de la compétence des communautés⁵.

OBSERVATION GÉNÉRALE

3. Les auteurs de l’avant-projet ont choisi de régler en grande partie le MGPA dans un nouveau texte autonome, parallèle à la loi sur l’assurance maladie et à la loi sur les hôpitaux. La question se pose toutefois de savoir si un tel choix profite à la transparence du régime des interventions pour les hospitalisations et s’il ne serait pas préférable de régler le MGPA en grande partie soit dans la loi sur l’assurance maladie, soit dans la loi sur les hôpitaux, et d’apporter les modifications et références nécessaires dans l’autre loi.

EXAMEN DU TEXTE

Intitulé

4. Sans préjudice de l’observation formulée au point 3, la question se pose de savoir si l’intitulé de l’avant-projet de loi présente effectivement un rapport suffisamment étroit avec son contenu, dès lors que l’avant-projet de loi ne constitue que la première étape dans la réforme du financement des hôpitaux, à savoir une réforme du financement de certaines “admissions standard”, dans le cadre de laquelle certains éléments des instruments financiers existants devront encore être intégrés. Sauf si l’intention est de compléter ultérieurement la loi à adopter par des mesures supplémentaires concernant le financement des hôpitaux – auquel cas il sera probablement préférable de la remplacer par une nouvelle loi avec un intitulé nouveau –, il vaudrait mieux que l’intitulé actuel exprime plus explicitement la limitation du régime en projet au MGPA.

Dans l’hypothèse où l’observation 3 serait accueillie, l’intitulé ne doit de toute évidence mentionner que la modification de la loi sur l’assurance maladie et de la loi sur les hôpitaux.

Article 2

5. Le texte néerlandais de l’article 2, 7°, de l’avant-projet ne comprend pas d’article pour “[v]erzekeringscomité”, alors

⁴ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 2° à 6°, de la même loi spéciale.

⁵ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1°, a), de la même loi spéciale.

in de Franse tekst “[l]e comité de l’assurance” wordt geschreven. Deze discordantie moet worden weggewerkt.

6. In artikel 2, 8°, van het voorontwerp moeten de woorden “bepaald door de Koning,” worden weggelaten. De eigenlijke machtiging aan de Koning om de lijst van patiëntengroepen vast te stellen komt immers voor in artikel 6 van het voorontwerp, waar bovendien wordt vermeld dat het gaat om een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van het Verzekeringscomité. De gemachtigde is het eens met deze schrapping.

Artikel 3

7. Artikel 3, eerste lid, van het voorontwerp vangt aan met de woorden “In afwijking van de bepalingen van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 en hun uitvoeringsbesluiten”. Een dergelijke vermelding is rechtsonzeker, aangezien het zeker niet de bedoeling is dat de ziekteverzekeringswet en de ziekenhuiswet helemaal niet van toepassing zouden zijn voor de financiering van de betrokken ziekenhuisopnames. Overigens wordt in de memorie van toelichting uiteengezet dat het GPBO “de huidige financieringswijzen, die zijn voorzien door of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering en de wet betreffende de ziekenhuizen” vervangt, maar dat deze wetten “[v]oor het overige (...) onverminderd van toepassing [blijven]”.

Er moet dan ook worden gepreciseerd van welke specifieke bepalingen van de twee voormelde wetten wordt afgeweken.

8. In de Nederlandse tekst van artikel 3, eerste lid, tweede zin, van het voorontwerp moeten de woorden “per opname” worden ingevoegd tussen de woorden “prospectief bedrag” en de woorden “zijn begrepen”.

9. In de Franse tekst van artikel 3, eerste lid, derde zin, van het voorontwerp moeten de woorden “*par admission*” worden ingevoegd tussen de woorden “*global prospectif*” en de woorden “*couvre tous*”.

10. Naar luid van artikel 3, tweede lid, eerste zin, van het voorontwerp is het GPBO niet van toepassing voor de opnames in een “gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (Sp)”. Het is de Raad van State niet zo duidelijk waarom deze dienst wordt uitgezonderd van het toepassingsgebied van de ontworpen regeling. Dit moet in de memorie van toelichting worden verduidelijkt.

Indien het daarentegen de bedoeling zou zijn om te verwijzen naar de *geïsoleerde* G-diensten en Sp-diensten (waarvoor de gemeenschappen sinds de Zesde Staatshervorming bevoegd zijn, zoals in de memorie van toelichting wordt uiteengezet), moet de verwijzing in die zin worden aangepast.

que le texte français vise “[l]e comité de l’assurance”. Cette discordance doit être éliminée.

6. À l’article 2, 8°, de l’avant-projet, on omettra les mots “déterminé par le Roi”. En effet, l’habilitation proprement dite, permettant au Roi d’arrêter la liste des groupes de patients, figure à l’article 6 de l’avant-projet, qui mentionne en outre qu’il s’agit d’un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l’assurance. Le délégué marque son accord avec cette suppression.

Article 3

7. L’article 3, alinéa 1^{er}, de l’avant-projet commence par les mots “Par dérogation aux dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 et de leurs arrêtés d’exécution”. Pareille mention est source d’insécurité juridique, dès lors que l’intention n’est certainement pas que la loi sur l’assurance maladie et la loi sur les hôpitaux ne s’appliquent pas du tout au financement des hospitalisations concernées. Par ailleurs, l’exposé des motifs précise que le MGPA remplace “les systèmes actuels de financement qui sont prévus par ou en vertu de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé ou de la loi sur les hôpitaux”, mais que ces lois “[p]our le surplus, (...) restent d’application de manière inchangée”.

Il conviendra dès lors de préciser les dispositions spécifiques des deux lois précitées dont on s’écarte.

8. Dans le texte néerlandais de l’article 3, alinéa 1^{er}, deuxième phrase, de l’avant-projet, on insérera les mots “*per opname*” entre les mots “*prospectief bedrag*” et les mots “*zijn begrepen*”.

9. Dans le texte français de l’article 3, alinéa 1^{er}, troisième phrase, de l’avant-projet, on insérera les mots “*par admission*” entre les mots “*global prospectif*” et les mots “*couvre tous*”.

10. Selon l’article 3, alinéa 2, première phrase, de l’avant-projet, le MGPA n’est pas d’application pour les admissions dans un “service spécialisé pour le traitement et la revalidation (Sp)”. Le Conseil d’État n’aperçoit pas clairement pourquoi ce service est exclu du champ d’application du régime en projet. L’exposé des motifs devra préciser ce point.

Par contre, si l’intention est de viser les services G et Sp *isolés* (pour lesquels les communautés sont compétentes depuis la sixième réforme de l’État, comme le précise l’exposé des motifs), la référence devra être adaptée en ce sens.

Artikel 6

11. In de Franse tekst van artikel 6, tweede zin, van het voorontwerp schrijve men “*un groupe de patients*” in plaats van “*un groupe de patient*”.

Artikel 7

12. Naar analogie van de artikelen 3, eerste lid, en 4 van het voorontwerp, zou men in artikel 7, tweede lid, van het voorontwerp beter schrijven: “Het Instituut deelt aan de ziekenhuizen het deel van het globaal prospectief bedrag per opname mee dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vertegenwoordigt, het deel dat de bedragen die zijn vastgesteld in de overeenkomsten bedoeld in artikel 46 van dezelfde wet vertegenwoordigt en het deel dat het budget van financiële middelen vertegenwoordigt.”

HOOFDSTUK 4

13. In de Franse tekst van het opschrift van hoofdstuk 4 schrijve men “*Dispositions modificatives et finales*” in plaats van “*Dispositions modificative et finales*”.

Artikel 8

14. In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 37, § 22, tweede lid, van de ziekteverzekeringswet (artikel 8 van het voorontwerp) moet het koppelteken in het woord “verzekerings-tegemoetkoming” worden weggelaten.

15. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 37, § 22, tweede lid, moeten de woorden “*de l’assurance*” worden ingevoegd tussen de woorden “*l’intervention majorée*” en de woorden “*visée au § 19*”.

Artikel 9

16. In artikel 9 van het voorontwerp moet ook worden verwezen naar de wijziging bij de wet van 11 augustus 2017, aangezien artikel 56ter van de ziekteverzekeringswet het laatst werd gewijzigd bij artikel 43 van de wet van 11 augustus 2017 “houdende diverse bepalingen inzake gezondheid”.

17. In de Franse tekst van artikel 9 van het voorontwerp schrijve men “*19 décembre 2008*” en “*10 décembre 2009*”.

Artikel 11

18. In het ontworpen artikel 152, § 6, van de ziekteverzekeringswet (artikel 11 van het voorontwerp) wordt bepaald dat “[b]ehoudens in de bijzondere situaties vastgesteld door de Koning (...) de berekeningsbasis [voor de supplementen] *in beginsel* niet hoger [kan] liggen dan het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag (lees: globaal prospectief bedrag per opname)”.

Article 6

11. Dans le texte français de l'article 6, deuxième phrase, de l'avant-projet, on écrira “*un groupe de patients*” au lieu de “*un groupe de patient*”.

Article 7

12. Par analogie avec les articles 3, alinéa 1^{er}, et 4 de l'avant-projet, il vaudrait mieux écrire à l'article 7, alinéa 2, de l'avant-projet: “L'Institut communique aux hôpitaux la partie du montant global prospectif par admission que *représente* l'intervention pour les prestations de santé, *visées à l'article 34 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, la partie que représente les montants qui sont établis dans les conventions visées à l'article 46 de la même loi* et la partie que le budget des moyens financiers représente”.

CHAPITRE 4

13. Dans le texte français de l'intitulé du chapitre 4, on écrira “*Dispositions modificatives et finales*” au lieu de “*Dispositions modificative et finales*”.

Article 8

14. Dans le texte néerlandais de l'article 37, § 22, alinéa 2, en projet, de la loi sur l'assurance maladie (article 8 de l'avant-projet), on omettra le trait d'union dans le mot “*verzekerings-tegemoetkoming*”.

15. Dans le texte français de l'article 37, § 22, alinéa 2, en projet, il conviendra d'insérer les mots “*de l'assurance*” entre les mots “*l'intervention majorée*” et les mots “*visée au § 19*”.

Article 9

16. L'article 9 de l'avant-projet devra également viser la modification apportée par la loi du 11 août 2017, l'article 56ter de la loi sur l'assurance maladie ayant été modifié en dernier lieu par l'article 43 de la loi du 11 août 2017 “portant des dispositions diverses en matière de santé”.

17. Dans le texte français de l'article 9 de l'avant-projet, on écrira “*19 décembre 2008*” et “*10 décembre 2009*”.

Article 11

18. L'article 152, § 6, en projet, de la loi sur l'assurance maladie (article 11 de l'avant-projet) dispose que “[s]auf dans des situations particulières fixées par le Roi, la base de calcul [pour les suppléments] ne peut en principe être supérieur[e] à la partie honoraire du montant global prospectif (lire: montant global prospectif par admission) allouée”.

De woorden “in beginsel” leiden tot rechtsonzekerheid, aangezien wordt aangegeven dat ook zonder een regeling van de “bijzondere situaties” door de Koning, de berekeningsbasis voor de supplementen hoger kan liggen. Ofwel moeten die woorden worden weggelaten, ofwel moet in de ontworpen bepaling zelf worden gepreciseerd in welke gevallen dat mogelijk is (naast de gevallen die de Koning vaststelt).

Deze opmerking geldt ook voor artikel 17 van het voorontwerp.

Artikel 17

19. De gemachtigde verklaarde het volgende aangaande de toedracht van artikel 17 van het voorontwerp:

“Overeenkomstig artikel 11 laatste zin kan, behoudens in de bijzondere situaties vastgesteld door de Koning, de berekeningsbasis voor de supplementen niet hoger liggen dan het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag, m.a.w. 100 % van dit honorariumgedeelte. Artikel 17 van het voorontwerp beoogt een overgangsregeling in te stellen waarbij gedurende de daarin bepaalde periode de berekeningsbasis voor de supplementen met 15 % wordt verhoogd. De overgangsmaatregel is bedoeld om de artsen en de ziekenhuizen de tijd te geven om per ziekenhuis afspraken te maken hoe men zal omgaan met de situatie waarbij de gevraagde honorariasupplementen de berekeningsbasis aan 100 % overstijgt. De overgangsmaatregel dient de zorgverleners en elk ziekenhuis ook toe te laten hun reële praktijk (verrichte verstrekkingen) aan te passen aan de gestandaardiseerde praktijk (die het globaal prospectief bedrag vertegenwoordigt) teneinde geen supplementen meer te moeten vragen voor verstrekkingen die buiten de nieuwe norm vallen en dus het risico te vermijden om in de praktijk de nieuwe berekeningsbasis te overschrijden.”

Deze uitleg wordt het best opgenomen in de memorie van toelichting.

20. In artikel 17 van het voorontwerp moet de verwijzing naar artikel 11 worden vervangen door een verwijzing naar “artikel 152, § 6, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008”. Eventueel kan zelfs worden overwogen om deze overgangsbepaling in de laatstgenoemde bepaling te integreren (als een nieuw tweede lid van die paragraaf 6).

21. In dezelfde ontworpen bepaling schrijve men “globaal prospectief bedrag *per opname*”.

De griffier,

Astrid TRUYENS

De voorzitter,

Jo BAERT

Les mots “en principe” compromettent la sécurité juridique, puisqu’ils indiquent que, même en l’absence de “situations particulières” fixées par le Roi, la base de calcul pour les suppléments peut être supérieure. Soit ces mots seront omis, soit la disposition en projet même devra préciser les cas dans lesquels cette situation est possible (outre les cas que le Roi détermine).

Cette observation s’applique également à l’article 17 de l’avant-projet.

Article 17

19. À propos de la portée de l’article 17 de l’avant-projet, le délégué a déclaré ce qui suit:

“Overeenkomstig artikel 11 laatste zin kan, behoudens in de bijzondere situaties vastgesteld door de Koning, de berekeningsbasis voor de supplementen niet hoger liggen dan het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag, m.a.w. 100 % van dit honorariumgedeelte. Artikel 17 van het voorontwerp beoogt een overgangsregeling in te stellen waarbij gedurende de daarin bepaalde periode de berekeningsbasis voor de supplementen met 15 % wordt verhoogd. De overgangsmaatregel is bedoeld om de artsen en de ziekenhuizen de tijd te geven om per ziekenhuis afspraken te maken hoe men zal omgaan met de situatie waarbij de gevraagde honorariasupplementen de berekeningsbasis aan 100 % overstijgt. De overgangsmaatregel dient de zorgverleners en elk ziekenhuis ook toe te laten hun reële praktijk (verrichte verstrekkingen) aan te passen aan de gestandaardiseerde praktijk (die het globaal prospectief bedrag vertegenwoordigt) teneinde geen supplementen meer te moeten vragen voor verstrekkingen die buiten de nieuwe norm vallen en dus het risico te vermijden om in de praktijk de nieuwe berekeningsbasis te overschrijden.”

Mieux vaudrait insérer ces explications dans l’exposé des motifs.

20. À l’article 17 de l’avant-projet, la référence à l’article 11 devra être remplacée par une référence à “l’article 152, § 6, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008”. Le cas échéant, on pourra même envisager d’intégrer cette disposition transitoire dans la dernière disposition (sous la forme d’un alinéa 2, nouveau, de ce paragraphe 6).

21. Dans la même disposition en projet, on écrira “montant global prospectif *par admission*”.

Le greffier,

Astrid TRUYENS

Le président,

Jo BAERT

WETSONTWERP

FILIP,

KONING DER BELGEN,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,
ONZE GROET.

Op de voordracht van de minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ:

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
is ermee belast in onze naam bij de Kamer van volks-
vertegenwoordigers het ontwerp van wet in te dienen
waarvan de tekst hierna volgt:

HOOFDSTUK 1**Algemene bepaling****Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in
artikel 74 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2**Definities****Art. 2**

Voor de toepassing van deze wet en de uitvoerings-
besluiten ervan wordt verstaan onder:

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

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

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

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

PROJET DE LOI

PHILIPPE,

ROI DES BELGES,

À tous, présents et à venir,
SALUT.

Sur la proposition de la ministre des Affaires sociales
et de la Santé publique,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS:

La ministre des Affaires sociales et de la Santé
publique est chargée de présenter en notre nom à
la Chambre des représentants le projet de loi dont la
teneur suit:

CHAPITRE 1^{ER}**Disposition générale****Article 1^{er}**

La présente loi règle une matière visée à l'article
74 de la Constitution.

CHAPITRE 2**Définitions****Art. 2**

Pour l'application de la présente loi et de ses arrêtés
d'exécution, on entend par:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOOFDSTUK 3

Globaal prospectief bedrag per opname

Art. 3

In afwijking van artikel 37, §§ 1 tot 14*quinquies* en §§ 20 en 21, en artikel 57 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en van Hoofdstuk VI van Titel III, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 wordt een globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis toegepast met betrekking tot de patiëntengroepen bedoeld in artikel 6 en waarvoor een verstrekking is verricht waarvoor op de datum van inwerkingtreding van deze wet krachtens artikel 53 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 de toepassing van de derdebetalers-regeling verplicht is. In het globaal prospectief bedrag per opname zijn begrepen de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 4 en het budget van financiële middelen bedoeld in artikel 5, voor zover dat het betrekking heeft op de voornoemde patiëntengroepen. Het globaal prospectief bedrag per opname dekt alle kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden zijn aan de opname in een ziekenhuis en de uitvoering van de in artikel 4 bedoelde geneeskundige verstrekkingen voor de bedoelde patiëntengroepen.

Het globaal prospectief bedrag per opname is niet van toepassing voor de opnames in een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (Sp). De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de toepassing van het globaal prospectief bedrag per opname uitbreiden tot de verstrekkingen

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

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

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

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

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

CHAPITRE 3

Montant global prospectif par admission

Art. 3

Par dérogation à l'article 37, §§ 1^{er} à 14*quinquies* et §§ 20 et 21, et l'article 57 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et au Chapitre VI du Titre III de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, un montant global prospectif par admission dans un hôpital est appliqué aux groupes de patients visés à l'article 6 et pour lesquels est exécutée une prestation à laquelle à la date d'entrée en vigueur de la présente loi est applicable le régime du tiers payant obligatoire en vertu de l'article 53 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Dans le montant global prospectif par admission sont compris les interventions pour les prestations de santé visées à l'article 4 et le budget des moyens financiers visé à l'article 5, pour autant qu'il concerne les groupes de patients précités. Le montant global prospectif par admission couvre tous les coûts qui sont liés directement ou indirectement à l'admission dans un hôpital et à l'exécution des prestations de santé visées à l'article 4 pour les groupes de patients visés.

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

die gerelateerd zijn aan de opname maar die worden verleend gedurende een door Hem te bepalen periode vóór en/of na de opname.

Art. 4

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

Art. 5

De Koning stelt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de nadere regels vast volgens dewelke het budget van financiële middelen wordt opgenomen in het globaal prospectief bedrag per opname, bedoeld in artikel 3.

Art. 6

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

Art. 7

Het Instituut berekent periodiek het globaal prospectief bedrag per opname voor elk van de in artikel 6 bedoelde patiëntengroepen op basis van de MZG-AZV-gegevens die worden bezorgd door de Technische cel en deelt dit mee aan de ziekenhuizen.

De Koning stelt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van het

mais qui sont exécutées pendant une période déterminée par Lui avant et/ou après l'admission.

Art. 4

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

Art. 5

Le Roi fixe par arrêté délibéré en Conseil des ministres les règles précises par lesquelles le budget des moyens financiers est repris dans le montant global prospectif par admission visé à l'article 3.

Art. 6

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

Art. 7

L'Institut calcule périodiquement et communique aux hôpitaux le montant global prospectif par admission pour chacun des groupes de patients visés à l'article 6 sur base des données RHM-SHA qui sont transmises par la Cellule technique.

Le Roi fixe par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les

Verzekeringscomité, de nadere regels vast betreffende de berekening en de facturatie van het globaal prospectief bedrag per opname.

De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de nadere regels voor de indexering van het globaal prospectief bedrag per opname.

Het Instituut deelt aan de ziekenhuizen het deel van het globaal prospectief bedrag per opname mee dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vertegenwoordigt, het deel dat de bedragen die zijn vastgesteld in de overeenkomsten bedoeld in artikel 46 van dezelfde wet vertegenwoordigt en het deel dat het budget financiële middelen vertegenwoordigt. Het Instituut deelt aan de ziekenhuizen ook de gedetailleerde verdeling tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen mee van het deel van het globaal prospectief bedrag per opname dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt. De honoraria begrepen in het globaal prospectief bedrag worden aan de artsen en andere zorgverleners overgemaakt overeenkomstig de verdeling meegedeeld door het Instituut en onverminderd de toepassing van artikel 144 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008.

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

HOOFDSTUK 4

Wijzigingsbepalingen en slotbepaling

Art. 8

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

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

regels complementaires concernant le calcul et la facturation du montant global prospectif par admission.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les règles complémentaires pour l'indexation du montant global prospectif par admission.

L'Institut communique aux hôpitaux la partie du montant global prospectif par admission que l'intervention pour les prestations de santé visées à l'article 34 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 représente, la partie que les montants qui sont établis dans les conventions visées à l'article 46 de la même loi représente et la partie que le budget des moyens financiers représente. L'Institut communique également aux hôpitaux la répartition détaillée entre les différentes prestations de santé de la partie du montant global prospectif par admission que l'intervention pour les prestations de santé représente. Les honoraires compris dans le montant global prospectif sont attribués aux médecins et aux autres dispensateurs de soins conformément à la répartition communiquée par l'Institut et sans préjudice de l'article 144 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008.

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

CHAPITRE 4

Dispositions modificatives et finales

Art. 8

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

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

bedoeld in artikel 6 van de voornoemde wet, of in een vast bedrag per opname per patiëntengroep.

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

Art. 9

Artikel 56*ter* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, ingevoegd bij de wet van 22 augustus 2002, vervangen bij de wet van 19 december 2008 en gewijzigd bij de wetten van 10 december 2009, 19 maart 2013, 10 april 2014 en 11 augustus 2017, wordt opgeheven.

Art. 10

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

Art. 11

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

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

Art. 12

In artikel 154*ter*, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, ingevoegd bij de wet van 22 augustus 2002 en gewijzigd bij de wet van 24 december 2002, wordt de bepaling onder 2° opgeheven.

loi susvisée ou en un montant fixe par admission par groupe de patients.

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

Art. 9

L'article 56*ter* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, inséré par la loi du 22 août 2002, remplacé par la loi du 19 décembre 2008 et modifié par les lois du 10 décembre 2009, 19 mars 2013, 10 avril 2014 et 11 août 2017, est abrogé.

Art. 10

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

Art. 11

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

“§ 6. Les paragraphes 1 à 5 sont également d'application pour les prestations qui sont couvertes par le montant global prospectif par admission visé par la loi du XXX relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité. La base de calcul pour les suppléments est constituée de la valeur des honoraires des prestations qui ont été effectivement réalisées et pour lesquelles des suppléments sont effectivement demandés. Sauf dans des situations particulières fixées par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres, la base de calcul ne peut être supérieure à la partie honoraire du montant prospectif global par admission.”

Art. 12

Dans l'article 154*ter* de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, inséré par la loi du 22 août 2002 et modifié par la loi du 24 décembre 2002 le 2° est abrogé.

Art. 13

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

Art. 14

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

Art. 15

Deze wet treedt in werking op 1 januari 2019.

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

Art. 16

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

Art. 13

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

Art. 14

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

Art. 15

La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

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

Art. 16

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

Art. 17

In afwijking van artikel 152, § 6, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, kan de berekeningsbasis voor de supplementen tot 31 december 2019, behoudens in de bijzondere situaties vastgesteld door de Koning, niet hoger liggen dan 115 pct. van het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag per opname.

Gegeven te Brussel, 20 juni 2018

FILIP

VAN KONINGSWEGE:

*De minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid,*

Maggie DE BLOCK

Art. 17

Par dérogation à l'article 152, § 6, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, la base de calcul des suppléments jusqu'au 31 décembre 2019 ne peut, à l'exception des cas particuliers déterminés par le Roi, pas dépasser 115 p.c. de la partie représentant les honoraires du montant prospectif global par admission.

Donné à Bruxelles, le 20 juin 2018

PHILIPPE

PAR LE ROI:

*La ministre des Affaires sociales
et de la Santé publique,*

Maggie DE BLOCK