

*Direction Générale de l'Organisation des établissements de Soins*

Comptabilité et gestion des hôpitaux

Eurostation Bloc II  
Place Victor Horta 40 bte 10  
1060 Bruxelles

Téléphone : 02 524 87 14  
Fax : 02 524 87 79

**Manuel mis à jour : FEVRIER 2013**

# **Application FINHOSTA :**

## **Version 4.0**

### **Collecte Budget 2012**

#### **Tableaux 1,2,3,5,6,7,8**

**Collecte des données statistiques et financières des hôpitaux :**  
**FORMATS DES FICHIERS DE DONNEES**

**CONTENU**  
**FINHOSTA VERSION 4.0**

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
1.1	Obligations d'enregistrement .....	3
1.2	Procédure administrative.....	3
<b>2</b>	<b>EXIGENCES TECHNIQUES.....</b>	<b>4</b>
2.1	NOM DU FICHER TXT .....	4
2.2	NOM DU FICHER ZIP .....	6
2.3	DESCRIPTION DES CHAMPS .....	7
<b>3</b>	<b>STRUCTURE DU FICHER .....</b>	<b>8</b>
3.1	STRUCTURE GENERALE DU FICHER .....	8
3.1.1	DESCRIPTION DES CHAMPS COMMUNS .....	9
3.1.1.1	RECORD_TYPE_CD .....	9
3.1.1.2	SENDER_CD.....	10
3.1.1.3	YEAR .....	10
3.1.1.4	PERIOD_CD .....	10
3.1.1.5	LES ITEMS.....	10
3.1.1.6	VALUE .....	10
3.2	ENVOI BUDGET .....	11
3.2.1	GRANDES MODIFICATIONS .....	11
3.2.1.1	Tableaux 2,3 et 8 .....	11
3.2.1.2	Tableaux 1 et 2 .....	12
3.2.1.3	Tableau 3 .....	14
3.2.1.4	Tableau 5 .....	144
3.2.1.5	Tableau 6 .....	14
3.2.1.6	Tableau 8 .....	14
3.2.2	Description du TABLEAU 1.....	15
3.2.2.1	Classes 1 à 5 .....	16
3.2.3	Description du TABLEAU 2.....	17
3.2.3.1	Classes 6 et 7 .....	18
3.2.4	Description du TABLEAU 3.....	20
3.2.4.1	Clés de répartition appliquées par centre de frais .....	20
3.2.5	Description du TABLEAU 5.....	25
3.2.5.1.	TABLEAU 5 : Appareillages.....	25
3.2.6.	Description du TABLEAU 6.....	28
3.2.6.1.	TABLEAU 6 : Diverses données de financement .....	28
3.2.7.	Description du TABLEAU 7.....	31
3.2.7.1	Record type B0701 = Nombre de forfaits radiothérapie .....	33
3.2.7.2	Record type B0702 = Montant des forfaits radiothérapie .....	35
3.2.8.	Description du TABLEAU 8.....	37
3.2.8.1	Record type B0802 = Nombre de lits agréés.....	39
3.2.8.2.	Record type B0803 = Nombre de journées .....	42
3.2.8.3.	Record type B0804 = Patients Présents au 01/01.....	49
3.2.8.4.	Record type B0805 = Nombre d'admissions .....	51
3.2.8.5.	Record type B0806 = Patients Présents au 31/12.....	54
3.2.8.6.	Record type B0807 = Nombre de sorties y compris les décès .....	56
3.2.8.7.	Record type B0808 = Nombre de décès.....	58

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Obligations d'enregistrement

### Pour quelle période ?

Ces directives décrivent les nouvelles règles d'application à partir de l'année d'enregistrement 2012

## 1.2 Procédure administrative

### Quand doit-on envoyer ?

Les délais suivants seront d'application :

1. Le bloc **TRIMESTRIEL** : 30 avril (données de l'année en cours), 31 juillet (données de l'année en cours), 31 octobre (données de l'année en cours) et 31 janvier (données de l'année n-1)
2. Le bloc **REVISEUR** : 30 juin (données n-1)
3. Le bloc **BUDGET** : 1<sup>er</sup> septembre (données n-1)
4. Le bloc **ANNUEL** : 31 décembre (données n-1)

## 2 EXIGENCES TECHNIQUES

Dans ce chapitre, vous trouverez les informations générales sur les fichiers TXT et ZIP qui doivent être créés par votre système d'informations hospitalières et transmis via l'accès internet sécurisé du SPF Santé Publique (Porta-Health) . Pour une description détaillée des fichiers, nous vous renvoyons aux chapitres suivants.

L'envoi comprend le fichier sous forme comprimée (ZIP)

Attention :les droits d'accès des utilisateurs à l'application doivent être déterminés et corrects et ce séparément, c'est à dire pour le bloc trimestriel, pour le bloc réviseur, pour le bloc budget et le bloc annuel

### 2.1 NOM DU FICHIER TXT

- Le nom **ne peut être choisi librement** : il y a lieu de respecter la nomenclature obligatoire.
- Un nom de fichier se compose comme suit :

#### **XXX-SFZ-VERS-EXPORTZ-YYYY-P.TXT**

XXX	= Numéro d'agrément de l'hôpital ; par ex., 001
SFZ	= SF : code du système d'enregistrement = Statistiques et Financières Z : Le bloc d'envoi : <ul style="list-style-type: none"><li>• Z = TRIM = trimestriel</li><li>• Z = REV = réviseur</li><li>• Z = BUD = budget</li><li>• Z = ANN = annuel</li><li>• Z = ACC = accords sociaux (envoi distinct de l'annuel)</li></ul>
VERS	= Version de l'enregistrement TRIM 2012 : actuellement 4.0
VERS	= Version de l'enregistrement REV 2012 : actuellement 4.0
VERS	= Version de l'enregistrement BUD-ANN 2012 : actuellement 4.0
EXPORTZ	= EXPORT = nom spécifique du fichier d'exportation Z : les blocs d'envoi définis plus haut
YYYY	= année d'enregistrement , exemple 2012
P	= période d'enregistrement Celle-ci est indiquée avec le dernier mois de la période Pour l'envoi Trimestriel : 3, 6, 9,12 Pour les envois Réviseur, Budget et Annuel : 12
.TXT	= extension (et type) des fichiers ; '.TXT'

**Exemple**      **Données « trimestrielles »: 001-SFTRIM-4.0-EXPORTTRIM-2012-3.TXT**  
**Données « réviseur »       : 001-SFREV-4.0-EXPORTREV-2012-12.TXT**  
**Données « budget »         : 001-SFBUD-4.0-EXPORTBUD-2012-12.TXT**  
**Données « annuelles »     : 001-SFANN-4.0-EXPORTANN-2012-12.TXT**

**N.B. : le nom du fichier ainsi que l'extension TXT doivent être en majuscules.**

## 2.2 NOM DU FICHER ZIP

- Avant une transmission via l'accès internet sécurisé (PortaHealth), les données doivent être comprimées et rassemblées dans un fichier de compression (méthode zip 2.0 compatible).
- Le nom de ce fichier **ne peut être choisi librement**. Ici encore, la nomenclature obligatoire doit être respectée.
- Le nom obligatoire se compose comme suit :

### **XXX-SFZ-VERS-YYYY-P.ZIP**

XXX	= Numéro d'agrément de l'hôpital ; par ex., 001
SFZ	= SF : code du système d'enregistrement = Statistique et Financière Z : Le bloc d'envoi : <ul style="list-style-type: none"><li>• Z = TRIM = trimestriel</li><li>• Z = REV = réviseur</li><li>• Z = BUD = budget</li><li>• Z = ANN = annuel</li><li>• Z = ACC = accords sociaux (envoi distinct de l'annuel)</li></ul>
VERS	= Version de l'enregistrement TRIM 2012 : actuellement 4.0
VERS	= Version de l'enregistrement REV 2012 : actuellement 4.0
VERS	= Version de l'enregistrement BUD-ANN 2012 actuellement 4.0
YYYY	= année d'enregistrement , exemple 2012
P	= période d'enregistrement Celle-ci est indiquée avec le dernier mois de la période Pour l'envoi Trimestriel : 3, 6, 9,12 Pour les envois Budget, Réviseur et Annuel : 12
.ZIP	= l'extension ; ' .ZIP '

**Exemple**    **Données « trimestrielles »: 001-SFTRIM-4.0-2012-3.ZIP**  
**Données « réviseur »    : 001-SFREXV-4.0-2012-12.ZIP**  
**Données « budget »     : 001-SFBUD-4.0-2012-12.ZIP**  
**Données « annuelles » : 001-SFANN-4.0-2012-12.ZIP**

## 2.3 DESCRIPTION DES CHAMPS

⇒ Le format de chaque champ varie en fonction de l'information demandée. Pour une description détaillée, nous vous renvoyons aux chapitres suivants.

- On indique la fin d'un champ par un **séparateur**, en l'occurrence le signe '~' = tilde.
- Les enregistrements (*records*) doivent se terminer par :  
un '~' et un **SAUT DE LIGNE** {line feed (ASCII 10 = 0x0 A).
- Certains champs ne peuvent comporter que des valeurs correspondant à une codification précise détaillée voir en annexe, voir dans un tableau. Seules les valeurs répertoriées dans la brochure seront acceptées.

Exemple :

- le champ « mois » (présent dans différents fichiers) n'admet que des valeurs comprises entre ~1~ et ~12~

- On ne peut avoir **aucun blanc** (espace)
- **Pour les champs qui contiennent une valeur numérique**, le nombre ne peut pas être précédé de zéros. Le champ sera fermé par un séparateur '~' après le dernier chiffre significatif.

Exemple : champ de 5 positions avec la valeur 100 → ~100~

- Pour les décimales des valeurs numériques, **le point (.)** est le séparateur, les chiffres après le point sont obligatoires, **même les zéros**.

Exemple : ~100.00~

- Pour les champs alphanumériques contenant une valeur numérique les zéros précédant le ou les chiffres significatifs doivent être encodés. C'est le cas pour les centres de frais.

Exemple : le centre de frais 000 → ~000~ l'agrément 002 → ~002~

- Pour les champs sans aucune donnée, il ne peut y avoir de blancs entre les délimiteurs :  
~~

# 3 STRUCTURE DU FICHER

## 3.1 STRUCTURE GENERALE DU FICHER

La structure des fichiers **ne peut être choisie librement**. Veuillez trouver ci-dessous la structure obligatoire qui doit être utilisée.

Le type de Record détermine le contenu des autres champs, par exemple :

PARAMETRE	DEFINITION
Record_type_cd	Code du type de record
Sender_cd	N° AGREMENT
Year	Année
Period_cd	Période
Item_01	Organisme Assureur (O.A. )
Item_02	Numéro de suite ou type budgétaire
Item_03	Type de Patient
Item_04	Code Inami
Item_05	N° d'emprunt ou de Crédit à court terme ou mois ou semestre
Item_06	Organisme financier ou Type de créiteur
Item_07	Type d'investissement
Item_08	Catégorie de Personnel
Item_09	Type de Personnel
Item_10	Grade /Fonction
Item_11	Sexe ou type
Item_12	Suffixe ou Rubrique du personnel ou date d'acquisition ou date de l'emprunt
Item_13	SITE ou nombre
Item_14	TYPE de mouvement ou Compte ou Clés ou valeur
Item_15	CENTRE DE FRAIS ou nombre
Value	MONTANT , NOMBRE ou VALEUR

### 3.1.1 DESCRIPTION DES CHAMPS COMMUNS

PARAMETRE	DESCRIPTION	Longueur	A ou N*
Record_type_cd	Code du recordtype	5**	A
Sender_cd	Numéro d'agrément	3**	A
Year	Année d'enregistrement	4**	N
Period_cd	Période d'enregistrement	1-2***	N
15 ITEMS	Fonction du Record_type		Afh
Value	Fonction du Record_type : la valeur, le montant, le nombre.	1-13*** ou 15.2****	N

(\*) A= Alphanumérique, N= Numérique, Afh = fonction du record\_type\_cd

(\*\*) Format fixe : le nombre de caractères ou de chiffres doit correspondre précisément au nombre demandé.

(\*\*\*) Les champs comportant une longueur variable doivent comprendre un nombre de caractères ou de chiffres compris entre les limites : exemple 1-13 N = minimum 1 chiffre et maximum 13 chiffres.

(\*\*\*\*) Les valeurs numériques utilisées pour les montants doivent comprendre 2 chiffres après le point décimal. La longueur maximale est de 15 positions, y compris le point décimal. Si les chiffres décimaux sont nuls, ils doivent être présentés comme suit : ~0.00~ donc la longueur minimale d'un montant est de 4 positions.

#### 3.1.1.1 RECORD\_TYPE\_CD

La structure de stockage générique proposée dans la version 4.0 des données Statistiques Financières introduit la notion de RECORD\_TYPE\_CD qui permet d'interpréter le reste du record.

collecte	tableau	Classe de données	Description
B	01	01	Comptabilité générale, grand livre
B	02	01	Comptabilité analytique
B	03	01	Clés de repartition
B	05	10	Appareillages inclus coûts "upgrading"
B	06	03	Nombre d'accouchements
B	06	04	Nombre de patients colloqués
B	06	05	Nombre de cycles FIV
B	06	06	Journées hospitalisation de jour gériatrique
B	07	01	Nombre de forfaits radiothérapie
B	07	02	Valeur du forfait radiothérapie
B	08	02	Nombre de lits agréés
B	08	03	Nombre de journées
B	08	04	Patients présents au 01/01
B	08	05	Nombre d'admissions
B	08	06	Patients présents au 31/12
B	08	07	Nombre de sorties y compris les décès
B	08	08	Nombre de décès

Format fixe de 5 caractères alphanumériques

### 3.1.1.2 SENDER\_CD

Ce champ précise le **NUMERO D'AGREMENT** de l'hôpital.

Format fixe de **3** caractères **ALPHANUMERIQUES** : **Exemple** : '~004~'.

Ce numéro est attribué par l'autorité compétente en matière d'agrément des hôpitaux.

Les numéros d'agrément comportant le chiffre '0' comme repris dans l'exemple ci-dessus doivent toujours être mentionnés car ils font partie intégrante de ce numéro.

### 3.1.1.3 YEAR

Ce champ précise l'année des données d'enregistrement.

Format fixe de 4 caractères **NUMERIQUES** :

Exemple : pour l'envoi trimestriel version 4.0 : '~2012~'

Pour l'envoi réviseur, budgétaire et annuel version 4.0 : '~2012~'

### 3.1.1.4 PERIOD\_CD

Ce champ précise le numéro du dernier mois de la période d'enregistrement.

Format fixe de 2 caractères **NUMERIQUES** :

Pour l'envoi trimestriel :

3	1 <sup>er</sup> trimestre de l'année
6	2 <sup>ème</sup> trimestre de l'année
9	3 <sup>ème</sup> trimestre de l'année
12	4 <sup>ème</sup> trimestre de l'année

Pour les envois Réviseur, Budget et Annuel :

12	Toute l'année
----	---------------

### 3.1.1.5 LES ITEMS

**15** items différents peuvent être enregistrés.

Les items peuvent être **REMP LIS** ou **VIDES** en fonction des **RECORD\_TYPE\_CD**. Les caractéristiques de chaque item sont déterminées en fonction du **RECORD\_TYPE\_CD**.

Chaque item sera défini et plus détaillé dans les tableaux repris dans les chapitres suivants.

### 3.1.1.6 VALUE

Ce champ précise la valeur attendue, le montant ou la quantité en fonction du **RECORD\_TYPE\_CD**

Format variable avec un maximum de **caractères NUMERIQUES**.

Cette valeur peut éventuellement être précédée d'un signe négatif.

Tous les montants doivent être libellés en **EURO** avec **2 DECIMALES** délimitées par un point, même si ce sont des zéros. Exemples : ~100.00~ en cas de montant nul : ~0.00~

## 3.2 ENVOI BUDGET

L'envoi budget comprend la collecte de :

- **TABLEAU 1** = Comptabilité générale (classes 1 à 5).
- **TABLEAU 2** = Comptabilité analytique (classes 6 et 7).
- **TABLEAU 3** = Clé de répartition.
- **TABLEAU 5** = Appareillages inclus coûts d'« upgrading »
- **TABLEAU 6** = Diverses données de financement.
- **TABLEAU 7** = Relevé semestriel du nombre des forfaits radiothérapie et de leur montant
- **TABLEAU 8** = Nombre annuel de lits agréés, journées, patients au 01/01, admissions, patients au 31/12, sorties, décès, patients étrangers par OA, CF.

### 3.2.1 GRANDES MODIFICATIONS

Les modifications pour la collecte SFBUD dans Finhosta (portahealth) en version 4.0 année 2012 sont détaillées ci-dessous .

#### 3.2.1.1 Tableaux 2,3 et 8

- Des nouveaux centres de frais ont été créés pour cette collecte (tableaux 2,3 et 8). Leur utilisation de ces centres de frais est obligatoire à partir du 01 janvier 2012 pour les révisions et le BMF.

Projets pilotes secteur aigu hors gériatrie	CF 330
Projets pilotes liés à l'hospitalisation classique en gériatrie	CF 331
Projets pilotes secteur Sp	CF 332
Projets pilotes secteur Sp soins palliatifs	CF 333
Projets pilotes ayant trait à des thématiques relatives à la santé mentale	CF 450
Projets Art 107	
Réseaux et circuits de soins santé mentale	CF 451

*En ce qui concerne les projets '107', le centre de frais 451 est créé afin de permettre l'imputation des charges spécifiques supplémentaires relatives à ces projets 107, tant pour les hôpitaux qui mettent hors activité des lits que pour les hôpitaux qui participent aux projets 107 sans gel de lits, afin qu'ils puissent bien isoler ces charges supplémentaires. Les charges de personnel (B2, B4, B9) attaché aux lits mis hors activité restent imputées dans les centres de frais des index de lits même si le personnel va travailler à l'extérieur de l'hôpital.*

Nous rappelons également qu'il y a lieu d'utiliser le Centre de frais 553 « Hospitalisation de jour gériatrique » pour les activités liées à ce type de soins pour des projets pilotes reconnus.

Remarque :

Art. 64 : Plan Cancer

La section financement du CNEH ne sollicite pas la création d'un centre de frais spécifique relatif aux mesures du Plan cancer pour la collecte Finhosta

### 3.2.1.2 Tableaux 1 et 2

- Des nouveaux comptes ont été créés pour cette collecte (tableau 1 et 2)

Afin de permettre aux hôpitaux une imputation comptable plus adéquate des charges relatives aux travaux de reconditionnement et aux travaux réalisés dans le cadre du développement durable, les comptes suivants sont créés :

#### **Achats de biens d'investissements**

2251 Travaux de reconditionnement

2252 Investissements réalisés dans le cadre du développement durable

2253 Autres agencements d'immeubles

630251 Amortissements des travaux de reconditionnement

630252 Amortissements des biens de développement durable

630253 Amortissements d'autres agencements d'immeubles

#### **Location financement et droits similaires**

25251 Travaux de reconditionnement

25252 Investissements réalisés dans le cadre du développement durable

25253 Autres agencements d'immeubles

630501 Amortissements des travaux de reconditionnement

630502 Amortissements des biens de développement durable

630503 Amortissements d'autres agencements d'immeubles

**Les comptes suivants "225" ; "2525", , "63025" et "63050" deviennent des titres ou sous totaux.**

Pourquoi et quand « éclater » ces comptes :

Ces investissements font normalement l'objet d'un amortissement en 33 ans

Ces comptes sont éclatés en 3 éléments en 2012 :

- Biens durables : Se référer au FAQ A1
- Reconditionnement : L'AR du 25/04/2002 (article 26bis 4°) prévoit un forfait pour ces biens, forfait révisable à la hausse en fonction des charges réelles d'amortissement .

**L'Arrêté Royal du 25 avril 2002, article 26bis 4°(version consolidée) précise : « à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 et jusqu'au 31 décembre 2014, un montant forfaitaire, dont les modalités seront définies par le Roi, est attribué, chaque année, à chaque hôpital, afin de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois durant chacune des années concernées.**

**S'il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers des années concernées (2012,2013 ou 2014) que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement, amortissables la première fois durant l'année révisée, sont supérieures au forfait alloué, les charges réelles seront retenus »**

Le montant forfaitaire révisable a été instauré le 1/07/2010

La révision sera réalisée sur présentation des factures

Les années révisables (1<sup>er</sup> amortissement) sont donc 2010, 2011, 2012, 2013, 2014

Il est donc inutile d'éclater les années antérieures

Il est donc important pour le profit de l'hôpital d'éclater tous les biens amortis à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010

- Autres : le contenu de ce compte ne doit pas être un fourre-tout
- Conformément aux règles qui régissent le plan comptable minimum des hôpitaux, les amortissements d'un exercice comptable se rattachent la plupart du temps à des investissements de 2009 amortis en 2010 est donc souhaitable.  
Cela facilitera le contrôle ultérieur en révision par présentation des factures.

- C'est la raison pour laquelle les comptes ci-après sont proposés et seront acceptés pour les investissements relatifs aux exercices antérieurs (jusqu'en 2009 inclus) .

2250 Agencement des immeubles ( avant 01/01/2010 )

630250 (suffixe 0) amortissements des immeubles ( avant 01/01/2010 )

25250 Agencement des immeubles ( avant 01/01/2010)

630500 (suffixe 0) amortissements liés à divers immeubles ( avant 01/01/2010 )

- Ces comptes seront acceptés dans les années à venir

De plus, en réponse à des besoins spécifiques, nous accepterons, avec l'accord du CNEH, les comptes suivants :

60039 Produits et matériels stériles divers

609039 Produits et matériels stériles divers

470 - Dividendes et tantièmes d'exercices antérieurs

471 - Dividendes de l'exercice

472 - Tantièmes de l'exercice

473 - Autres allocataires

694 - Rémunération du capital

695 - Administrateurs ou gérants

696 - Autres allocataires

**Veillez noter que le compte suivant "47" devient un titre.**

Nous vous rappelons également qu'il convient d'utiliser un sous-compte du compte 704 Produits accessoires en lieu et place du compte 7020 Suppléments de chambres à deux lits et du compte 7021 Suppléments de chambres à un lit pour les produits résultant d'éléments de confort tels que, à titre d'exemple, la télévision.

### 3.2.1.3 Tableau 3

Toutes les clés subsistent, mais nous ajoutons des explications sur les bonnes pratiques afin d'améliorer l'utilisation de ces clés.

### 3.2.1.4 Tableau 5

- Les record-types relatifs au B2 seront collectés via le tableau 13.
- Les autres données budgétaires sont transférées dans le tableau 6 avec un nouveau type de record (accouchements, patients colloqués, cycle FIV, hospitalisation de jour gériatrique).
- Les données relatives aux appareillages subsistent, mais la structure est profondément modifiée. Les dates et valeurs des upgrades y sont ajoutées.

### 3.2.1.5 Tableau 6

- Les record-types suivants B0601 et B0602 (m<sup>2</sup> et âge des bâtiments) sont supprimés. Les m<sup>2</sup> seront repris à partir du tableau 3 (clé M2.12).
- Nouveaux record type :
  - B0603 : nombre d'accouchements
  - B0604 : nombre de patients colloqués
  - B0605 : nombre de cycle FIV
  - B0606 : journées hospitalisation de jour gériatrique

### 3.2.1.6 Tableau 8

- **Item\_01 Organisme Assureur (O.A.)**

Pour ce qui est relatif au tableau 8, l'item\_01 a été restructuré

Cf. les explications en page 43. Il s'agit de tenir compte des décisions de l'Observatoire de la Mobilité.

Remarque : Format fixe en 3 positions Alphanumérique au lieu de Numérique

- **Item\_03 type de patient**

Le type de patient, devenu inutile suite à la redéfinition des OA, a été supprimé, il ne faut donc plus tenir compte de cet item\_03 pour les record-types suivants :

**B0803** : NOMBRE DE JOURNEES

**B0804** : PATIENT AU 01/01

**B0805** : NOMBRE D'ADMISSIONS

**B0806** : PATIENT AU 31/12

**B0807** : NOMBRE DE SORTIES Y COMPRIS LES DECES

**B0808** : NOMBRE DE DECES

### 3.2.2 Description du TABLEAU 1

PARAMETRE	DEFINITION	B0101	Longueur	A ou N
Record_type_cd	B0101	X	5	A
sender_cd	N° AGREMENT	X	3	A
Year	2012	X	4	N
Period_cd	12	X	2	N
item_01	VIDE		0	
item_02	VIDE		0	
item_03	VIDE		0	
item_04	VIDE		0	
item_05	VIDE		0	
item_06	VIDE		0	
item_07	VIDE		0	
item_08	VIDE		0	
item_09	VIDE		0	
item_10	VIDE		0	
item_11	VIDE		0	
item_12	VIDE		0	
item_13	VIDE		0	
item_14	Code Compte	X	9	N
item_15	VIDE		0	
Value	VALEUR	X	15.2	N

A= alphanumérique ; N= numérique ;

**B0101** : Classes 1 à 5

**Attention, le record\_type\_cd ne concerne que les comptes détaillés (sans sous-total et sans total intermédiaire) des classes 1 à 5 présentés tels que repris dans le Grand Livre**

Exemple 1 : il faut donner les valeurs correspondantes aux comptes 220, 221, 222, 223, 224, 225 mais pas le sous-total du compte 22.

Exemple 2: il faut donner les valeurs correspondantes aux comptes 2500, 2502, 2503, 2504 mais pas le sous-total du compte 250.

Les champs marqués d'une croix sont les champs requis pour le type de record spécifié dans l'en-tête de colonne.

Les autres champs doivent IMPERATIVEMENT rester vides pour ce type de record.

Il s'agit ici de transmettre le détail des comptes de bilan à l'exception des comptes non utilisés.

Un compte non utilisé par l'institution ne doit pas être transmis.

Chacune de ces lignes doit être transmise sous format TXT via un fichier zippé.

Exemple de ligne :

**B0101~002~2012~12~-----~2524~~25000.00~**

### 3.2.2.1 Classes 1 à 5

#### 3.2.2.1.1 *Record\_type\_cd = B0101*

#### 3.2.2.1.2 *Sender\_cd*: **numéro d'agrément**, voir 3.1.1.2

#### 3.2.2.1.3 *Year* : année d'enregistrement

l'année statistique est égale à l'année d'enregistrement, soit :  
**l'année 2012**

#### 3.2.2.1.4 *Period\_cd*: période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

12 = dernier mois de l'année

#### 3.2.2.1.5 *Item\_14 :Code Compte*

Ce champ précise le numéro de compte (voir annexe 2)

Outre la présentation « grand livre » détaillée, ces comptes seront également accessibles par l'hôpital sous un rapport PDF en présentation « bilan » selon un schéma identique à celui du tableau 21.

Le format de cet item est NUMERIQUE mais de longueur variable. La longueur maximale de ce code compte est de 9 positions.

#### 3.2.2.1.6 *Value : Montant total du compte*

Le MONTANT à renseigner peut être **positif ou négatif** ; dans ce dernier cas, il doit être précédé du signe -.

### 3.2.3 Description du TABLEAU 2

PARAMETRE	DEFINITION	B0201	B0202	B0203	Longueur	A ou N
Record_type_cd	B0201	X	X	X	5	A
sender_cd	N° AGREMENT	X	X	X	3	A
Year	2012	X	X	X	4	N
Period_cd	12	X	X	X	2	N
item_01	VIDE				0	
item_02	VIDE				0	
item_03	VIDE				0	
item_04	VIDE				0	
item_05	VIDE				0	
item_06	VIDE				0	
item_07	VIDE				0	
item_08	VIDE				0	
item_09	VIDE				0	
item_10	VIDE				0	
item_11	VIDE				0	
item_12	SUFFIXE	X			1	N
item_13	VIDE				0	
item_14	CODE COMPTE	X	X	X	9	N
item_15	CENTRE DE FRAIS	X	X		3	A
Value	VALEUR	X	X	X	15.2	N

A= alphanumérique ; N= numérique ;

Remarque : 3 record\_types ont été créés pour l'enregistrement de tous les comptes des classes 6 et 7.

- Le record\_type B0201 concerne tous les comptes détaillés de 6000 à 6695. Ces lignes contiennent un suffixe et un centre de frais
- Le record\_type B0202 concerne tous les comptes détaillés de 700 à 769. Ces lignes ne contiennent pas un suffixe mais bien un centre de frais
- Le record\_type B0203 concerne tous les comptes détaillés de 690 à 693 et de 790 à 794. Ces lignes ne contiennent ni suffixe ni centre de frais

#### **B0201, B0202, B0203 : Classes 6 et 7**

**Attention, le record\_type\_cd ne concerne que les comptes détaillés par centres de frais et par suffixes (quand ces derniers sont demandés) des classes 6 et 7 présentés tels que repris en Grand Livre (y inclus les comptes 69 et 79 et sous-comptes y relatifs (comptes d'affectations et prélèvements)). Les comptes 69 et 79 n'ont ni suffixe ni centre de frais. Attention, le suffixe ne doit pas être agrégé avec le numéro du compte. Il doit être repris précisément dans l'item\_12.**

Les champs marqués d'une croix sont les champs requis pour le type de record spécifié en en-tête de colonne.

Les autres champs doivent IMPERATIVEMENT rester vides pour ce type de record.

Un compte non utilisé par l'institution ne doit donc être transmis.

Chacune de ces lignes doit être transmise sous format TXT via un fichier zippé.  
Exemple :

B0201~002~2012~12~5~6050~050~10000.00~  
B0202~002~2012~12~700~370~13651245.22~  
B0203~002~2012~12~790~306681.47~

### 3.2.3.1 Classes 6 et 7

#### 3.2.3.1.1 *Record\_type\_cd* = B0201

#### 3.2.3.1.2 *Sender\_cd*: numéro d'agrément, voir 3.1.1.2

#### 3.2.3.1.3 *Year* : année d'enregistrement

l'année statistique est l'année d'enregistrement,  
**l'année 2012**

#### 3.2.3.1.4 *Period\_cd*: période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

12 = dernier mois de l'année

#### 3.2.3.1.5 *Item\_12 Suffixe* : les suffixes à utiliser sont les suivants :

- 0 charges imputées soit directement aux centres de frais 000 à 004 ou directement vers un autre centre de frais mais relatifs aux amortissements
- 1 charges imputées soit directement aux centres de frais 010 à 014 ou directement vers un autre centre de frais mais relatifs aux charges financières
- 2 charges imputées soit directement aux centres de frais 020 à 024 ou directement vers un autre centre de frais mais relatifs aux frais généraux
- 3. charges imputées soit directement aux centres de frais 030 à 031 ou directement vers un autre centre de frais mais relatifs aux frais d'entretien
- 4 charges imputées soit directement aux centres de frais 040 à 041 ou directement vers un autre centre de frais mais relatifs aux frais de chauffage
- 5. charges imputées soit directement aux centres de frais 050 à 052 ou directement vers un autre centre de frais mais relatifs aux frais administratifs
- 6 charges imputées soit directement aux centres de frais 060 à 061 ou directement vers un autre centre de frais mais relatifs aux frais de buanderie lingerie
- 7 charges imputées soit directement aux centres de frais 070 à 072 ou directement vers un autre centre de frais mais relatifs à l'alimentation
- 8 charges imputées soit directement au centre de frais 080 ou directement vers un autre centre de frais mais relatifs à l'internat
- 9. charges imputées soit directement aux centres de frais 090 à 093 ou directement vers un autre centre de frais mais relatifs à l'activité des centres de frais 090 à 093

#### **3.2.3.1.6 Item\_14 :Code Compte**

Ce champ précise le numéro de compte (voir annexe 2)

Outre la présentation « grand livre » détaillée, ces comptes seront également accessibles par hôpital sous un rapport PDF en présentation « compte de résultats » selon un schéma identique à celui du tableau 22.

Le format de cet item est NUMERIQUE mais de longueur variable. La longueur maximale de ce code compte est de 9 positions.

#### **3.2.3.1.7 Item\_15: Centre de frais**

Format fixe de 3 caractères alphanumériques  
( voir liste en annexe 1)

#### **3.2.3.1.8 Value : Montant total du compte**

Le MONTANT à renseigner peut être **positif ou négatif** ; dans ce dernier cas, il doit être précédé du signe -.

### 3.2.4 Description du TABLEAU 3

#### 3.2.4.1 Clés de répartition appliquées par centre de frais

PARAMETRE	DEFINITION	B0301	Longueur	A ou N
Record_type_cd	B0301	X	5	A
sender_cd	N° AGREMENT	X	3	A
Year	2012	X	4	N
Period_cd	12	X	2	N
item_01	VIDE		0	
item_02	VIDE		0	
item_03	VIDE		0	
item_04	VIDE		0	
item_05	VIDE		0	
item_06	VIDE		0	
item_07	VIDE		0	
item_08	VIDE		0	
item_09	VIDE		0	
item_10	VIDE		0	
item_11	VIDE		0	
item_12	VIDE		0	
item_13	VIDE		0	
item_14	CODE CLES	X	10	A
item_15	CENTRE DE FRAIS	X	3	A
Value	VALEUR	X	15.2	N

A= alphanumérique ; N= numérique ;

**B0301** : CLES DE REPARTITION APPLIQUEES PAR CENTRE DE FRAIS

Les champs marqués d'une croix sont les champs requis pour le type de record spécifié en en-tête de colonne.

Les autres champs doivent IMPERATIVEMENT rester vides pour ce type de record.

Toutes les clés nécessaires au calcul du « drap de lit » doivent être encodées.

Les données des tableaux 2 et 3 permettront la production d'un drap de lit réalisé selon les standards de calcul officiels qui sera accessible par l'institution sous la forme d'un rapport. (Il est question ici de « standards de calcul officiels » car ce sont eux qui prévalent pour les analyses destinées aux calculs liés au BMF ; il est loisible, pour l'institution hospitalière, dans le cadre de sa gestion interne, d'utiliser d'autres clés.)

La clé M<sup>2</sup> superficie réelle qui n'est pas utilisée dans le calcul du « drap de lit » doit également être encodée.

Exemple de ligne:

**B0301~002~2012~12~-----M2.020~210~15000.00~**

Drap de Lit: schéma de répartition

CF		050	051	052	060	070	071	072	080	090	S1	S2.4	S5.8	S9	Clé
000	Amortissement	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.000
001	Amortissement	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.001
002	Amortissement	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.002
003	Amortissement	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.003
004	Amortissement	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.004
010	Charges financières	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.010
012	Charges financières	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.012
013	Charges financières	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.013
014	Charges financières	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.014
020	Frais généraux	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.020
022	Protection incendie	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.020
023	Collecte immondices	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.020
021	Frais généraux	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.021
024	Frais généraux	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.024
030	Entretien	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.030
031	Entretien	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.031
040	Chauffage	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.040
041	Chauffage	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	M2.041
070	Alimentation								x		x	x	x	x	M.070
071	Diététique								x		x	x	x	x	M.070
072	Alimentation								x		x	x	x	x	M.072
050	Administration										x	x	x	x	M.050
051	Informatique										x	x	x	x	M.050
052	Administration										x	x	x	x	M.052
060	Buanderie lingerie										x	x	x	x	M.060
061	Buanderie lingerie										x	x	x	x	M.061

Drap de Lit: schéma de répartition suite															
		050	051	052	060	070	071	072	080	090	S1	S2.4	S5.8	S9	Clé
080	Internat										x	x	x	x	M.080
091	Direction nursing										x	x	x	x	M.091
093	Transport interne patient										x	x	x	x	M.093
090	Frais médicaux											x			jours hospita
092	Hygiène hospitalière											x	x		
100	Couvent											x	x	x	M.100
110	Culte											x			jours hospita
120	Morgue											x		x	M.120
130	Réadaptation Fonctionnelle											x			M.130
139	Thérapie de relaxation											x			M.139
140	Secrétariat médical											x	x	x	Admissions
141	Archives											x	x	x	Admissions
142	Dossiers morbidité											x			Admissions
150	Urgences											x			jours hospita
151	Service de garde Urgence											x			jours hospita
152	SMUR											x			jours hospita
160	Stérilisation											x	x		M.160
170	Anesthésie											x	x		M.170
180	Bloc opératoire											x			M.180
181	Salle de plâtre											x			M.181
190	Banque de sang											x	x		M.190

Il est impératif de respecter les consignes telles que précisées dans la circulaire du 24 décembre 1987 relative à l'Arrêté Royal ayant pour objet le PCMN et la Comptabilité des Hôpitaux.

Pour mémoire, les centres de frais 022 et 023 seront répartis selon la clé M2.020 ; le CF 051 avec la clé M.050, le CF 071 avec la clé M.070, le CF 090 avec la clé HOSP, les CF 140, 141 et 142 avec la clé M.140. La clé HOSP sera utilisée pour les CF 110, 150 à 152.

Les clés de répartition suivantes M.092, M.093, M.130, M.139, M.140, M.160, M.180, M.181 et M.190 sont des clés « services utilisateurs » dont la définition est laissée à l'appréciation de l'établissement.

**On ne peut pas reprendre dans ses clés de répartition des mètres carrés sur le centre de frais 090.**

Pour rappel : S1 signifie centres de frais de 100 à 199

S2.4 signifie centres de frais hospitaliers

S5.8 concerne les centres de frais médico-techniques, la pharmacie, la consultation

S9 se rapporte à l'ensemble des services non hospitaliers

## Un Drap De Lit sera produit sous rapport à partir des données des tableaux 2 et 3

### 3.2.4.1.1 *Record\_type\_cd = B0301*

### 3.2.4.1.2 *Sender\_cd*: numéro d'agrément, voir 3.1.1.2

### 3.2.4.1.3 *Year* : année d'enregistrement, voir 3.1.1.3

Pour les données budget, l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit l'année 2012

### 3.2.4.1.4 *Period\_cd*: période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

12 = dernier mois de l'année

### 3.2.4.1.5 *Item\_14*: Code Clés

La liste des clés est la suivante :

HOSP	Nombre de Journées d'hospitalisation
INSCR	Nombre d'Admissions
M2.12	M <sup>2</sup> Superficie réelle
M2.000	M <sup>2</sup> Drap de lit Amortissements 000
M2.001	M <sup>2</sup> Drap de lit Amortissements 001
M2.002	M <sup>2</sup> Drap de lit Amortissements 002
M2.003	M <sup>2</sup> Drap de lit Amortissements 003
M2.004	M <sup>2</sup> Drap de lit Amortissements 004 – 009
M2.010	M <sup>2</sup> Drap de lit Charges financières 010
M2.012	M <sup>2</sup> Drap de lit Charges financières 012
M2.013	M <sup>2</sup> Drap de lit Charges financières à Court Terme
M2.014	M <sup>2</sup> Drap de lit Autres
M2.020	M <sup>2</sup> Drap de lit Frais généraux 020
M2.021	M <sup>2</sup> Drap de lit Frais généraux 021
M2.024	M <sup>2</sup> Drap de lit Frais généraux 024 – 029
M2.030	M <sup>2</sup> Drap de lit Entretien 030
M2.031	M <sup>2</sup> Drap de lit Entretien 033 – 039
M2.040	M <sup>2</sup> Drap de lit Chauffage 040
M2.041	M <sup>2</sup> Drap de lit Chauffage 041 – 049
M.050	Nombre d'ETP Administratifs
M.052	Nombre d'ETP autres frais administratifs 052 – 059
M.060	Nombre de Kilogrammes de linge
M.061	Nombre de Kilogrammes autres frais de Buanderie-lingerie 061 – 069
M.070	Nombre de Journées repas
M.072	Nombre de Journées repas autres frais d'Alimentation 072 – 079
M.080	Nombre d'ETP Internat
M.091	Nombre d'ETP Soignant nursing
M.092	Clé Hygiène hospitalière
M.093	Clé Transport interne patients

La liste des clés est la suivante suite :	
M.100	Nombre d'ETP Religieux
M.101	Nombre d'ETP Total
M.120	Nombre de décès
M.130	Clé Réadaptation Fonctionnelle
M.139	Clé Thérapie de relaxation
M.140	Clé Secrétaires Médicales & Archives
M.170	Clé Anesthésie
M.160	Clé Stérilisation
M.180	Clé Bloc Opératoire
M.181	Clé Salle de plâtre
M.190	Clé Banque de sang

Attention, toutes les clés nécessaires au calcul du drap de lits doivent être complétées. En ce qui concerne le calcul du BMF, la clé M2.12 Superficie réelle sera utilisée en lieu et place des données du Tableau 6 et doit donc être complétée pour tous les centres de frais de 000 à 990.

Attention, le calcul de ces superficies doit se baser sur ce qui a été défini dans l'article 5, §3, de l'arrêté ministériel du 11 mai 2007 fixant le coût maximal pouvant être pris en considération pour l'octroi des subventions pour la construction de nouveaux bâtiments, les travaux d'extension et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service, à savoir : « toutes les surfaces sont calculées à partir de la partie intérieure du mur creux, en ce compris les structures, gaines, circulations verticales, locaux techniques de soutien aux soins, mais à l'exclusion d'étages purement techniques tels que des caves et des greniers dépourvus de chauffage. Les abords du bâtiment ne sont pas pris en compte pour l'établissement du nombre de mètres carrés ».

De plus, la clé M.101 ETP totaux doit absolument être complétée car elle est nécessaire aux calculs lors des révisions.

**3.2.4.1.6 Item\_15: Centre de frais** voir 3.2.3.1.7

**3.2.4.1.7 Value** : Il s'agit toujours ici d'une valeur numérique de longueur variable

## 3.2.5 Description du TABLEAU 5

### 3.2.5.1. TABLEAU 5 : Appareillages

Ce tableau concerne les données nécessaires au calcul des sous-parties B5 du Budget des Moyens Financiers des Hôpitaux.

#### Remarques :

Les record\_types B0501, B0502, B0503, B0504 et B0505 sont supprimés. Les données seront demandées via le tableau 13

Les record\_types B0506, B0507, B0508 et B0511 sont supprimés et sont transférés au tableau 6 avec un nouveau record\_type

**Attention**, à partir du 1/01/2012, il y a lieu de compléter **une ligne TXT par appareillage**

PARAMETRE	DEFINITION	B0510	Longueur	A ou N
Record_type_cd	B0510	X	5	A
sender_cd	N° Agrément	X	3	A
Year	2012	X	4	N
Period_cd	12	X	2	N
Item_01	VIDE		0	
Item_02	Type budgétaire	X	1-3	A
Item_03	VIDE		0	
Item_04	VIDE		0	
Item_05	VIDE		0	
Item_06	VIDE		0	
Item_07	VIDE		0	
Item_08	VIDE		0	
Item_09	VIDE		0	
Item_10	Type de données	X	3	A
Item_11	Date d'acquisition (l'achat d'appareillage)	X	6	N
Item_12	Valeur (l'achat d'appareillage)	X	15.2	N
Item_13	Première date (des coûts d'upgrading)	X	6	N
Item_14	Première valeur (des coûts d'upgrading)	X	15.2	N
Item_15	Deuxième date (des coûts d'upgrading)	X	6	N
Value	Deuxième valeur (des coûts d'upgrading)	X	15.2	N

A= alphanumérique ; N= numérique ;

Les champs marqués d'une croix sont les champs requis pour le type de record spécifié en en-tête de colonne.

Les autres champs doivent **IMPERATIVEMENT** rester vides pour ce type de record.

#### Exemple :

B0510~049~2012~12~~A~~~~~003~200201~6000.00~200506~2500.00~200902~3000.00~  
 B0510~049~2012~12~~A~~~~~003~200001~70000.00~200602~15000.00~~~  
 B0510~049~2012~12~~A~~~~~005~200004~75000.00~~~~~

#### 3.2.5.1.1. Record\_type\_cd = B0510

**B0510** : Appareillages inclus coûts d'« upgrading »

### **3.2.5.1.2. *Item\_02 : Type budgétaire***

Types budgétaires autorisés :

- A : Aigu
- SP : SP
- PAL : Soins Palliatifs
- BRA : Grands brûlés
- G : Gériatrique
- P : Psy

### **3.2.5.1.3. *Item\_10 : Type de données***

- Pour le record\_type\_cd B0510 : Appareillage
  - 001 : Lithotripteurs
  - 002 : Mammographes
  - 003 : Nombre d'accélérateurs linéaires
  - 004 : Nombre de RMN < 1 Tesla
  - 005 : Nombre de RMN >= 1 Tesla
  - 006 : Scanner PET

Chaque appareil doit être repris sous une ligne TXT avec ses dates d'achat et d'upgrades ainsi qu'avec les valeurs correspondantes.

Plusieurs « upgrades » sont possibles

L'upgrading, quel soit son montant, ne permet pas de prolonger l'attribution du forfait A3-B3 au-delà de la période normale de 10 ans.

### **3.2.5.1.4. *Item\_11 : Date d'acquisition***

**Le jour dans le mois n'a aucune utilité**

Date d'acquisition pour appareillage : format doit être YYYYMM

YYYY : 4 positions pour l'année

MM : 2 positions pour le mois

### **3.2.5.1.5. *Item\_12 : Valeur***

### **3.2.5.1.6. *Item\_13 : Première date des coûts d'upgrading***

**Le jour dans le mois n'a aucune utilité**

La première date des coûts d'upgrading : format doit être YYYYMM

YYYY : 4 positions pour l'année

MM : 2 positions pour le mois

**3.2.5.1.7. *Item\_14 : Première Valeur des coûts d'upgrading***

Le premier montant pour les coûts d'« upgrading »

**3.2.5.1.8. *Item\_15 : Deuxième date des coûts d'upgrading***

**Le jour dans le mois n'a aucune utilité**

La deuxième date des coûts d'upgrading : format doit être YYYYMM

YYYY : 4 positions pour l'année

MM : 2 positions pour le mois

**3.2.5.1.9. *Value : Deuxième Valeur des coûts d'upgrading***

Le deuxième montant pour les coûts d'« upgrading » si il y a eu un deuxième upgrade

## 3.2.6. Description du TABLEAU 6

### 3.2.6.1. TABLEAU 6 : Diverses données de financement

Ce tableau concerne les données nécessaires au calcul des sous-parties B2 et B4 du Budget des Moyens Financiers des Hôpitaux.

PARAMETRE	DEFINITION	B0603	B0604	B0605	B0606	Longueur	A ou N
Record_type_cd	B0603 → B0606	X	X	X	X	5	A
sender_cd	N° Agrément	X	X	X	X	3	A
Year	2012	X	X	X	X	4	N
Period_cd	12	X	X	X	X	2	N
item_01	VIDE					0	
item_02	Type budgétaire	X	X			1-3	A
item_03	VIDE					0	
item_04	VIDE					0	
item_05	VIDE					0	
item_06	VIDE					0	
item_07	VIDE					0	
item_08	VIDE					0	
item_09	VIDE					0	
item_10	VIDE					0	
item_11	VIDE					0	
item_12	VIDE					0	
item_13	VIDE					0	
item_14	Type données	X	X	X	X	3	A
item_15	VIDE					0	
Value	VALEUR	X	X	X	X	15.2	N

A= alphanumérique ; N= numérique ;

Les champs marqués d'une croix sont les champs requis pour le type de record spécifié en en-tête de colonne.

Les autres champs doivent IMPÉRATIVEMENT rester vides pour ce type de record.

#### Exemples

B0603~243~2012~12~~A~~~~~001~~593.00~

B0604~243~2012~12~~A~~~~~001~~9~

B0605~243~2012~12~~~~~001~~303.00~

B0605~243~2012~12~~~~~002~~302.00~

B0606~243~2012~12~~~~~001~~61.00~

B0606~243~2012~12~~~~~002~~35.00~

### 3.2.6.1.1. *Record\_type\_cd = B0603 à B0606*

**B0603** : Nombre d'accouchements

**B0604** : Nombre de patients colloqués

**B0605** : Nombre de cycles FIV

**B0606** : Journées hospitalisation de jour gériatrique

### 3.2.6.1.2. *Item\_01 : Type budgétaire*

Types budgétaires autorisés :

Type d'hôpital	Code	Type budgétaire ou secteurs au sein d'un même établissement	Centres de frais hospitaliers reconnus par l'application
Général	A	Aigu	200 à 280, 300, 320 à 430, 490,
Général	BRA	Grands Brûlés	290
Général et spécialisé	PAL	Palliatif (S4)	314, 333
Général et spécialisé	SP	Sp (S1,S3,S2,S5,S6)	310 à 313, 315, 316, 332
Général (spécialisé)	G	Gériatrique isolé	300
Psychiatrique	P	Psychiatrique	315, 340 à 480

### **3.2.6.1.3. Item\_14 : Type de données**

- Pour le record\_type cd B0603 : Nombre d'accouchements
  - 001 : Nombre d'accouchements

Le nombre d'accouchements est à reprendre pour le type budgétaire Aigus.  
En ce qui concerne le nombre d'accouchements, la naissance de jumeaux, triplés,...constitue un seul accouchement.  
La valeur nulle n'est pas autorisée.  
Le format variable numérique est de maximum 13 chiffres. Il doit être un nombre entier.

- Pour le record\_type cd B0604 : Nombre de colloqués
  - 001 : Nombre de colloqués

Le nombre de colloqués est à reprendre par type budgétaire.  
Cette information n'est à préciser que pour les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux aigus qui sont agréés pour des lits psychiatriques.  
Le terme « colloqués » plus concis est en fait inapproprié :il faut parler ici de « malades mentaux faisant l'objet d'une mesure de protection prise dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 ».  
Il s'agit ici de reprendre le nombre de patients de ce type qui ont fait l'objet, durant l'exercice concerné, d'une première admission dans l'hôpital concerné en tant que patient de ce type (ne pas retenir les réadmissions).  
La valeur nulle n'est pas autorisée.  
Le format variable numérique est de maximum 13 chiffres. Il doit être un nombre entier.

- Pour le record\_type\_cd B0605 : Nombre de cycle FIV
  - 001 : Nombre de cycle FIV type B semestre 1
  - 002 : Nombre de cycle FIV type B semestre 2

- Pour le record\_type\_cd B0606 : Journées hospitalisation de jour gériatrique
  - 001 : Journées hospitalisation de jour gériatrique semestre 1
  - 002 : Journées hospitalisation de jour gériatrique semestre 2

Les journées d'hospitalisation de jour gériatrique concernent la seule hospitalisation de jour gériatrique telle que développée dans le cadre d'un programme de soins agréé et répondant aux normes.  
Dans ce cas, elles doivent être impérativement complétées

### **3.2.6.1.4. Value : Nombre ou Montant selon l'item**

### 3.2.7. Description du TABLEAU 7

Relevé semestriel du nombre des forfaits radiothérapie et de leur montant

PARAMETRE	DEFINITION	B0701	B0702	Longueur	A ou N
Record_type_cd	B0701 ET B0702	X	X	5	A
sender_cd	N° AGREMENT	X	X	3	A
Year	Année d'enregistrement	X	X	4	N
Period_cd	12	X	X	2	N
item_01	VIDE			0	
item_02	VIDE			0	
item_03	VIDE			0	
item_04	CODE INAMI	X	X	6	N
item_05	SEMESTRE	X	X	1	N
item_06	VIDE			0	
item_07	VIDE			0	
item_08	VIDE			0	
item_09	VIDE			0	
item_10	VIDE			0	
item_11	VIDE			0	
item_12	VIDE			0	
item_13	VIDE			0	
item_14	VIDE			0	
item_15	VIDE			0	
Value	Nombre ou montant	X	X	15.2	N

A= alphanumérique ; N= numérique ;

**B0701** : NOMBRE DE FORFAITS

**B0702** : VALEUR DU FORFAIT

Les champs marqués d'une croix sont les champs requis pour le type de record spécifié en en-tête de colonne.

Les autres champs doivent IMPÉRATIVEMENT rester vides pour ce type de record.

EXEMPLE :

**B0701~164~2012~12~444113~1~10~**

**B0702~164~2012~12~444113~1~12878.58~**

**B0701~164~2012~12~444113~2~15~**

**B0702~164~2012~12~444113~2~13878.58~**

Cette collecte est basée sur la notion de facturation.

C'est la date d'hospitalisation qui est à prendre en considération.

Remarque Générale :

Ce tableau simplifié par rapport à sa version ancienne trimestrielle ne concerne que les prestations de radiothérapie et donc ne concerne pas tous les hôpitaux. Attention ces données interviennent systématiquement dans les calculs pour le Budget des Moyens Financiers.

Ces informations doivent correspondre à celles transmises à l'INAMI. **Veillez toutefois noter que l'on demande ici le nombre de facturation et non pas le nombre de prestations.**

Radiothérapie

Pour ce qui concerne les prestations de radiothérapie sous un pseudo-code donné ,il y a effectivement fréquemment plusieurs séances pour un traitement spécifique et dans ce cas le dernier est facturé.

Il faut donc reprendre ces prestations comme une seule prestation.

### 3.2.7.1 Record type B0701 = Nombre de forfaits radiothérapie

PARAMETRE	DEFINITION	B0701	Longueur	A ou N
Record_type_cd	B0701	X	5	A
sender_cd	N° AGREMENT	X	3	A
Year	Année d'enregistrement	X	4	N
Period_cd	12	X	2	N
item_01	VIDE		0	
item_02	VIDE		0	
item_03	VIDE		0	
item_04	CODE INAMI	X	6	N
item_05	SEMESTRE	X	1	N
item_06	VIDE		0	
item_07	VIDE		0	
item_08	VIDE		0	
item_09	VIDE		0	
item_10	VIDE		0	
item_11	VIDE		0	
item_12	VIDE		0	
item_13	VIDE		0	
item_14	VIDE		0	
item_15	VIDE		0	
Value	<b>NOMBRE DE FORFAITS</b>	X	1-13	N

#### 3.2.7.1.1 Record\_type\_cd = B0701

#### 3.2.7.1.2 Sender\_cd: numéro d'agrément, voir 3.1.1.2

#### 3.2.7.1.3 Year : année d'enregistrement, voir 3.1.1.3

Pour les données budget, l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit **l'année 2012**

#### 3.2.7.1.4 Period\_cd: période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

12 = dernier mois de l'année

### **3.2.7.1.5 Item\_04: CODE INAMI,**

Pour les codes INAMI :

444113 Traitement par irradiation externe “ambulant”  
444124 Traitement par irradiation externe “hospitalisé”  
444135 Traitement par irradiation externe “ambulant”  
444146 Traitement par irradiation externe “hospitalisé”  
444150 Traitement par irradiation externe “ambulant”  
444161 Traitement par irradiation externe “hospitalisé”  
444172 Traitement par irradiation externe “ambulant”  
444183 Traitement par irradiation externe “hospitalisé”

Format fixe de 6 positions NUMERIQUES

### **3.2.7.1.6 Item\_05 : SEMESTRE**

1 ou 2 = premier ou deuxième semestre de l’année

Ce champ précise le semestre des données dans la période statistique.

Format variable NUMERIQUE : longueur maximale de 1 position

### **3.2.7.1.7 Value : NOMBRE DE FORFAITS**

Nombre de factures par code INAMI et par semestre.

Aucun enregistrement du Record\_type\_cd = B0701 ne peut comporter de valeur nulle.

Format variable de maximum 13 positions.

Doit être un nombre ENTIER.

### 3.2.7.2 Record type B0702 = Montant des forfaits radiothérapie

PARAMETRE	DEFINITION	B0702	Longueur	A ou N
Record_type_cd	B0702	X	5	A
sender_cd	N° AGREMENT	X	3	A
Year	Année d'enregistrement	X	4	N
Period_cd	12	X	2	N
item_01	VIDE		0	
item_02	VIDE		0	
item_03	VIDE		0	
item_04	CODE INAMI	X	6	N
item_05	SEMESTRE	X	1	N
item_06	VIDE		0	
item_07	VIDE		0	
item_08	VIDE		0	
item_09	VIDE		0	
item_10	VIDE		0	
item_11	VIDE		0	
item_12	VIDE		0	
item_13	VIDE		0	
item_14	VIDE		0	
item_15	VIDE		0	
Value	<b>MONTANT DU FORFAIT</b>	X	15.2	N

A= alphanumérique ; N= numérique ; 15.2 = 15 positions dont 2 décimales  
Exemple : ~100.00~

#### 3.2.7.2.1 Record\_type\_cd = B0702

#### 3.2.7.2.2 Sender\_cd: numéro d'agrément, voir 3.1.1.2

#### 3.2.7.2.3 Year : année d'enregistrement voir 3.1.1.3

Pour les données budget, l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit **l'année 2012**

#### 3.2.7.2.4 Period\_cd: période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

12 = dernier mois de l'année

**3.2.7.2.5 Item\_04: CODE INAMI**, voir 3.2.7.1.5

**3.2.7.2.6 Item\_05 : SEMESTRE**

1 ou 2 = premier ou deuxième semestre de l'année

Ce champ précise le semestre des données dans la période statistique.  
Format variable NUMERIQUE : longueur maximale de 1 position

**3.2.7.2.7 Value : MONTANT DU FORFAIT**

Montants des forfaits **FACTURABLES** par code INAMI et par semestre.  
Aucun enregistrement du Record\_type\_cd = B0702 ne peut comporter de valeur nulle.  
Le format est NUMERIQUE avec maximum 15 positions, le point de la décimale inclus. Les 2 chiffres après le point décimal doivent toujours être complétés même s'ils sont à zéro.

Exemple : ~100.00~

### 3.2.8. Description du TABLEAU 8

RAMETRE	DEFINITION	B0802	B0803	B0804	B0805	B0806	B0807	B0808	Longueur	Aou N
Record_type_cd	B0802 → B0808	X	X	X	X	X	X	X	5	A
sender_cd	N° AGREMENT	X	X	X	X	X	X	X	3	A
Year	Année d'enregistrement	X	X	X	X	X	X	X	4	N
Period_cd	12	X	X	X	X	X	X	X	1-2	N
item_01	ORGANISME ASSUREUR		X	X	X	X	X	X	3	A
item_02	VIDE								0	
item_03	VIDE								0	
item_04	VIDE								0	
item_05	MOIS	X	X		X		X	X	1-2	N
item_06	VIDE								0	
item_07	VIDE								0	
item_08	VIDE								0	
item_09	VIDE								0	
item_10	VIDE								0	
item_11	VIDE								0	
item_12	VIDE								0	
item_13	SITE	X	X	X	X	X	X	X	4	A
item_14	TYPE de MOUVEMENT				X		X	X	1	A
item_15	CENTRE DE FRAIS	X	X	X	X	X	X	X	3	A
Value	VALEUR	X	X	X	X	X	X	X	1-13	N

A= alphanumérique ; N= numérique :

Toutes les données doivent être comptabilisées au niveau de l'hôpital selon qu'il s'agit de :

**B0802** : NOMBRE DE LITS AGREES

**B0803** : NOMBRE DE JOURNEES

**B0804** : Patients présents au 01/01

**B0805** : NOMBRE D'ADMISSIONS

**B0806** : Patients présents au 31/12

**B0807** : NOMBRE DE SORTIES Y COMPRIS LES DECES

**B0808** : NOMBRE DE DECES

Les champs marqués d'une croix sont les champs requis pour le type de record spécifié dans l'en-tête de colonne.

Les autres champs doivent **impérativement** rester vides pour ce type de record.

Les contrôles pour les record\_type\_cd : B0802, B0803, B0805, B0807, B0808 seront les mêmes que ceux du tableau 4.

Le principal contrôle/calcul supplémentaire au niveau global pour le record\_Type\_Cd B0804 est le suivant:

Patients présents au 01/01 (B0804) plus admissions (B0805) moins sorties (y compris les décès) (B0807) doivent être égal aux patients présents au 31/12 (B0806)

Ou :  $B0804 + B0805 - B0807 = B0806$

**Exemple : B0802~002~2012~12~1~1257~210~158~**

### 3.2.8.1 Record type B0802 = Nombre de lits agréés

PARAMETRE	DEFINITION	longueur	A ou N
Record_type_cd	<b>B0802</b>	5	A
sender_cd	<b>N° AGREMENT</b>	3	A
Year	<b>Année d'enregistrement</b>	4	N
Period_cd	<b>12</b>	1-2	N
item_01	VIDE	0	
item_02	VIDE	0	
item_03	VIDE	0	
item_04	VIDE	0	
Item_05	<b>MOIS</b>	1-2	N
item_06	VIDE	0	
item_07	VIDE	0	
item_08	VIDE	0	
item_09	VIDE	0	
item_10	VIDE	0	
item_11	VIDE	0	
item_12	VIDE	0	
Item_13	<b>SITE</b>	4	A
item_14	VIDE	0	
Item_15	<b>CENTRE DE FRAIS</b>	3	A
Value	<b>Nombre de lits agréés</b>	1-13	N

**3.2.8.1.1. Record\_type\_cd = B0802**

**3.2.8.1.2. Sender\_cd: numéro d'agrément, voir 3.1.1.2**

**3.2.8.1.3. Year :** année d'enregistrement, voir 3.1.1.3

Pour l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit :  
**l'année 2012**

**3.2.8.1.4. Period\_cd:** période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

12 = dernier mois de l'année

**3.2.8.1.5. Item\_05 : MOIS**

Ce champ précise le mois des données dans la période statistique.

Format variable NUMERIQUE : longueur maximale de 2 positions

En l'occurrence 1, 2, 3, 4.....12.

**3.2.8.1.6. Item\_13 : Site**

Format fixe de 4 caractères ALPHANUMERIQUES.

Ces codes sont déterminés par le SPF et communiqués dans les données de référence via PortaHealth.

Toutes les données doivent être comptabilisées au niveau de l'hôpital

### 3.2.8.1.7. Item\_15 : Centre de Frais

Voir Annexe 1 : 3.1 Services hospitaliers

Les enregistrements avec une « Value » zéro ne doivent pas être inclus dans le fichier TXT destiné à l'envoi. Un centre de frais ne peut être utilisé pour y imputer des lits que s'il y a un agrément correspondant.

**Attention de nouveaux centres de frais viennent en ajout pour les projets pilotes. Voir nouveautés en tête de brochure.**

Les centres de frais de cette colonne	peuvent être utilisés uniquement pour les index de lits agréés correspondants.
210	C
219	C
220	D
230	E
239	E
250	L
260	M
263	M
270	NIC
280	C+D
300	G
310	S1
311	S3
312	S2
313	S5
314	S4
315	S6
340	K
350	K1
360	K2
370	A
380	A1
390	A2
410	T, Tg
411	Tf/TFB
420	T1
430	T2
460	tf/TFP
480	IB (I1)

\*pour l'index de lits C+D (service d'hospitalisation mixte), le centre de frais 280 est utilisé. Une distribution des lits C+D entre les centres de frais 210 (C ) et 220 (D ) est aussi acceptée uniquement si l'hôpital est agréé pour des lits C ou D.

De même des lits C, D, C+D, E peuvent aussi être inscrit en centre de frais 490 (Soins Intensifs)

Certains agréments sont ventilés dans plusieurs centres de frais spécifiques.

Index de lit	Centres de frais
C	210, 219, (490)
D	220, (490)
C+D	280, (490)
E	230, 239, (490)
M	260, 263

La somme du nombre de lits de centres de frais non inclus entre les parenthèses, ne peut être plus grande que le nombre de lits agréés pour cet index de lit.

Le centre de frais **219 (Service de chirurgie cardiaque)** ne peut être utilisé que dans le cas où l'hôpital est agréé pour un programme de soins de cardiologie.

Le centre de frais **263 (MIC)** peut seulement être utilisé si la Fonction « soins périnataux » est agréée pour l'hôpital.

Le centre de frais **239 (Section hospitalière de diagnostic ou traitement préventif de la mort du nourrisson)** ne peut être employé qu'à la condition que l'hôpital dispose de lits E agréés.

Le centre de frais **290 (Unité de traitement des grands brûlés)** ne peut être employé que dans le cas où des lits sont agréés pour le traitement des grands brûlés.

Le centre de frais **320** destiné à l'**hospitalisation chirurgicale de jour** n'a pas de lits agréés et ne doit donc pas être enregistré dans le record type B0802. Ce centre de frais ne peut être utilisé que si l'institution est détentrice d'un agrément pour une fonction d'hospitalisation chirurgicale de jour.

Le centre de frais **490 (Soins intensifs)** ne peut être utilisé que si une Fonction de soins intensifs est agréée pour l'hôpital. De même que les lits repris sous ce centre de frais doivent être agréés pour les index C, D, C+D (USI) ou E.

Centre de frais	Fonction ou agrément
219	Agrément programme de soin de cardiologie
263	Fonction P* (lits MIC)
290	Agrément de lits pour Grands Brûlés
320	Fonction d'hôpital chirurgical de jour
490	Fonction de soins intensifs

Les centres de frais 262, 279, 316, 330, 331, 332, 333, 450, 451 ne peuvent pas être utilisés dans le record\_type B0802 mais peuvent apparaître dans des cas exceptionnels dans les autres record\_types.

Format fixe de 3 caractères ALPHANUMERIQUES

#### **3.2.8.1.8. Value : Nombre de lits agréés**

Le nombre de lits agréés est déterminé par :

- Nombre de lits agréés par site et par centre de frais
- Le nombre de lits représente la situation du nombre de lits au **1<sup>er</sup> du mois**
- Aucun enregistrement du Record\_type\_cd = B0802 ne peut comporter de valeur nulle.
- Format variable de maximum 13 positions.
- La valeur, doit être un nombre **entier**.

### 3.2.8.2. Record type B0803 = Nombre de journées

PARAMETRE	DEFINITION	longueur	A ou N
Record_type_cd	<b>B0803</b>	5	A
sender_cd	<b>N° AGREMENT</b>	3	A
Year	<b>Année d'enregistrement</b>	4	N
Period_cd	<b>12</b>	1-2	N
Item_01	<b>ORGANISME ASSUREUR</b>	3	A
item_02	VIDE	0	
Item_03	VIDE	0	
item_04	VIDE	0	
Item_05	<b>MOIS</b>	1-2	N
item_06	VIDE	0	
item_07	VIDE	0	
item_08	VIDE	0	
item_09	VIDE	0	
item_10	VIDE	0	
item_11	VIDE	0	
item_12	VIDE	0	
Item_13	<b>SITE</b>	4	A
item_14	VIDE	0	
Item_15	<b>CENTRE DE FRAIS</b>	3	A
Value	<b>Nombre de journées</b>	1-13	N

3.2.8.2.1. *Record\_type\_cd* = B0803

3.2.8.2.2. *Sender\_cd*: numéro d'agrément, voir 3.1.1.2

3.2.8.2.3. *Year* : année d'enregistrement, voir 3.1.1.3

L'année statistique est l'année d'enregistrement, soit :  
**l'année 2012**

3.2.8.2.4. *Period\_cd*: période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

12 = dernier mois de l'année

### 3.2.8.2.5. *Item\_01 : Organisme assureur*

Attention, les règles telles que définies par l'Observatoire de la Mobilité sont d'application  
**Les codes d'assurabilité sont désormais les suivants :**

<b>CODES</b>	<b>Organisme assureur</b>	<b>patient</b>
001	Union nationale des mutualités chrétiennes	A ou A'
002	Union nationale des mutualités neutres	A ou A'
003	Union nationale des mutualités socialistes	A ou A'
004	Union nationale des mutualités libérales	A ou A'
005	Union nationale des mutualités libres	A ou A'
006	Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité	A ou A'
009	Caisse des soins de santé de la S.N.C.B.	A ou A'
200	Institut national des invalides de guerre, anciens combattants et victimes de guerre	B ou B'
210	Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins	B ou B'
220	Office de sécurité sociale d'outre-mer	B ou B'
230	C.P.A.S	B ou B'
300	Contrats de soins	C1a
310	Initiative privée	C1b
320	Attaché à une institution de droit international ou européen	C2
330	Patients non européens ne relevant pas de conventions internationales	C3
400	Non assurés	D1
500	Autres	

Format fixe en 3 positions ALPHANUMERIQUE

Les codes 001 à 009 inclus devront être complétés pour la catégorie A (patients couverts par l'AMI et assimilés) (ou A') de la note mentionné ci-dessous; les codes 200 à 230 inclus concernant la catégorie B (ou B') (patients non couverts par l'AMI 'article 110'), le code 300 correspond à la catégorie C1a, le code 310 à la catégorie C1b, le code 320 à la catégorie C2, le code 330 à la catégorie C3 et le code 400 à la catégorie D1. Le Code 500 est ajouté lorsque le patient ne peut être classé sous aucun des codes susmentionnés.

Le Fonds des maladies professionnelles, le Fonds des accidents du travail et le Fonds spécial d'assistance (catégories A' et B') ne sont pas mentionnés dans ce classement (et ne doivent donc pas être indiqués séparément) En effet, la régularisation est effectuée a posteriori par le biais du système des subrogations.

## Note relative aux codes concernant le statut d'assurabilité du patient

Il est important d'élaborer une nouvelle définition des catégories de patients au sein des hôpitaux belges, afin de clarifier la manière dont ces différents types de patients peuvent être reliés aux différentes modalités de financement, en l'occurrence:

1. soit via l'allocation d'un BMF par hôpital, conformément aux dispositions de l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, conformément à **l'article 115** de la loi sur les hôpitaux; dans ce cas, la partie fixe du BMF (pour toutes les sous-parties: à 100%, à l'exception des sous-parties B1 et B2 : à 80 %) est liquidée en douzièmes et, pour la partie variable (20% des sous-parties B1 et B2), un montant est fixé par admission/journée d'hospitalisation AMI.
2. soit par le biais d'un prix par paramètre d'activité sur la base du budget des moyens financiers (le budget est divisé par un nombre de jours de référence et on fixe donc un **prix par journée**) conformément à **l'article 116, § 1<sup>er</sup>**, de la loi sur les hôpitaux;  
*“Art.116. § 1er. Pour les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, tel que visé à l'article 115, alinéa 1er, et dont les soins hospitaliers donnent lieu à une intervention en application de l'article 110, le Roi peut fixer, selon les conditions et les règles déterminées par Lui, un prix par paramètre d'activité sur la base du budget des moyens financiers.”*
3. soit par le biais d'un **prix minimal par** paramètre d'activité, sur la base du budget des moyens financiers, conformément à **l'article 116, § 2**, de la loi sur les hôpitaux (modifiée par la loi du 4 juin 2007 modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients);  
*“Art. 116, § 2. Pour les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, tel que visé à l'article 115, alinéa 1er, et dont les soins hospitaliers ne donnent pas lieu à une intervention en application de l'article 110, le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, selon les conditions et les règles déterminées par Lui, un prix minimal par paramètre d'activité, notamment sur la base du budget des moyens financiers.”*

Division en catégories de patients suivant le système de financement dont ceux-ci relèvent:

### **1. Patients bénéficiant de l'application des modalités de financement 1 (art. 115 de la loi sur les hôpitaux)**

#### **A Patients couverts par l'AMI:**

les patients affiliés à l'un des (7) organismes assureurs visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,

**et les assimilés**, à savoir les patients assurés à l'étranger qui

- en vertu d'un Règlement de l'Union européenne (notamment le Règlement (CE) 883/2004 ou le Règlement (CEE) 1408/71),

- dans le cadre d'accords de collaboration bilatéraux ou multilatéraux relatifs aux soins de santé transfrontaliers (IZOM, ZOAST, etc.) et fondés sur les dispositions des Règlements européens,
- ou en vertu d'un accord en matière de sécurité sociale (tel que, par exemple, les accords passés par la Belgique avec des pays tiers en matière de sécurité sociale), ont droit, lors de leur séjour dans un hôpital belge, à des soins médicaux conformément aux règles applicables en vertu de l'assurance belge obligatoire pour les soins médicaux à la charge du pays où ils sont assurés pour leurs dépenses de santé.

Ils apportent la preuve de ce droit en produisant le document approprié, tel que:

- les documents S1, S2, ou S3, ou SED S072, SED S008, SED S010, etc.
- une carte européenne d'assurance maladie, ou
- les formulaires E.112, E.106, E.109 of E.121, E.123.
- un formulaire spécifique E.112, comme par exemple E.112 SMUR, E.112 MRTW, IZOM EMR E.112+, etc.
- un document tel que HR-BE.111, HR-BE.128, TB.8, TunB.11, RM-BE.111, Medicare-Card, QUE-BE.128, Alg.B.6, Alg.B.10, Alg.B.15, TB.16, Tun.B.13, RM-BE.106, RM-BE.109, RM-BE.121, HR-BE.106, HR-BE.109, HR-BE.121, ...

Exemples:

- un assuré en Italie de nationalité russe subit un traitement médical planifié dans un hôpital bruxellois (document S2),
- un assuré en Suisse subit un traitement médical planifié dans un hôpital liégeois (document E.112),
- un assuré français subit un traitement dans un hôpital belge dans la région frontalière belgo-française sur la base d'un E.112 MRTW,
- des touristes couverts par une assurance soins de santé dans l'un des 31 pays où s'applique le Règlement (CE) 883/2004 ou le Règlement (CEE) 1408/71 et demandent à bénéficier ici de soins médicaux sur la base d'une carte européenne d'assurance maladie,
- des touristes couverts par une assurance soins de santé dans l'un des pays avec lesquels la Belgique a conclu un accord bilatéral ouvrant l'accès aux soins médicaux pendant un séjour provisoire (TB.8, Tun.B.11, HR-BE.111, RM-BE.111, etc.),
- des travailleurs, indépendants, pensionnés, etc., ainsi que les membres de leur famille qui résident en Belgique et bénéficient ici de soins médicaux sur la base d'un document S1, formulaire E.106 of E.109 of E.121, Alg.B.6, Alg.B.10, Alg.B.15, TB.16, Tun.B.13, RM-BE.106, RM-BE.109, RM-BE.121, HR-BE.106, HR-BE.109, HR-BE.121, etc.

pour le compte du pays ayant délivré le formulaire.

**Remarque :**

- Il ne s'agit en l'occurrence que de l'hospitalisation classique, à l'exception donc des soins ambulatoires;

- Il s'agit en l'occurrence d'assurés étrangers qui séjournent temporairement en Belgique (p.ex. touristes, travailleurs en détachement, étudiants, assurés ayant obtenu une autorisation préalable, etc.) ou qui résident en Belgique et ont droit dans notre pays à bénéficier de soins à charge d'un autre pays.

A' Les patients belges affiliés auprès de l'un des 7 OA bénéficiant de soins médicaux à charge du Fonds des Accidents du travail, du Fonds des maladies professionnelles, les cas de droit commun et résultant d'une erreur médicale, et du Fonds Spécial d'Assistance (régularisation a posteriori par le biais du système des subrogations).

**2. Patients bénéficiant de l'application du mode de financement n° 2 (art. 116, § 1<sup>er</sup> de la loi sur les hôpitaux)**

B **Patients non couverts par l'AMI relevant de l'article 110** : les patients belges non couverts par l'AMI, pour lesquels les soins hospitaliers donnent lieu à une intervention soit de l'Office de sécurité sociale d'outre-mer, soit de la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins, soit de l'Institut national des invalides de guerre, anciens combattants et victimes de guerre, soit d'un Centre public d'aide sociale (tels que définis à l'article 110 de la loi relative aux hôpitaux)

B' B' Les patients belges "affiliés" auprès de l'un de ces 4 organismes et bénéficiant de soins médicaux à charge du Fonds des Accidents du travail, du Fonds des maladies professionnelles et du Fonds Spécial d'Assistance (régularisation a posteriori par le biais du système des subrogations).

**3. Patients bénéficiant de l'application du mode de financement n° 3 (art. 116, § 2 de la loi sur les hôpitaux)**

C1 Les patients européens non couverts par l'AMI qui ne font pas partie des assimilés de la catégorie A (c.-à-d. les patients n'ayant pas droit à des soins médicaux sur la base d'un document E.1XX ou des documents S ou SED délivrés par le pays où ils ont une assurance maladie) et qui sont admis dans un hôpital belge et y reçoivent des soins médicaux en vertu du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (conformément au principe de la libre circulation des biens, des services et des personnes). Ces soins médicaux peuvent être dispensés:

- a) dans le cadre de contrats de soins conclus avec des organismes étrangers d'assurance soins de santé (p.ex. patients néerlandais hospitalisés en Belgique dans le cadre d'un contrat de soins conclu par leur organisme d'assurance soins de santé avec un hôpital belge).

*Pour faire la transparence à cet égard, l'article 92/1 de la loi sur les hôpitaux prévoit désormais également que le gestionnaire de l'hôpital doit communiquer toutes les conventions en matière de mobilité transfrontalière des patients que l'hôpital conclut.*

- b) aux patients qui choisissent de venir se faire soigner en Belgique, et ce dans le cadre d'une initiative individuelle (privée) - (les cas dits "Kohll & Decker").

### **Remarque :**

Les patients qui, à l'avenir, seront admis pour traitement dans un hôpital belge en vertu de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers relèveront de la catégorie C1.

**C2** Les personnes de nationalité UE/EEE qui sont couvertes par une assurance soins de santé en vertu du statut d'une institution de droit international ou européen (p.ex. les fonctionnaires affiliés au RCAM c.à.d. au régime commun d'assurance maladie des fonctionnaires européens, ou encore les fonctionnaires OTAN).

⇒ *Les catégories C1 et C2 précitées sont soumises à l'application de l'article 116, § 2 de la loi sur les hôpitaux, mais en réalité aucun autre montant que celui correspondant au prix fixé (par jour) à l'article 116, § 1<sup>er</sup> de la loi sur les hôpitaux, ne peut être facturé; aucun autre tarif ne peut être appliqué.*

**C3** Les patients non européens, qui ne relèvent pas d'accords internationaux (bilatéraux) et se font soigner dans un hôpital belge dans le cadre d'un contrat de soins ou d'une initiative individuelle (privée).

⇒ *Cette catégorie est soumise à l'application de l'article 116, § 2 de la loi sur les hôpitaux, pour lequel un arrêté (délibéré en Conseil des ministres) doit encore être pris afin de fixer le prix minimum par paramètre d'activités.*

⇒ *Cette catégorie est la seule pour laquelle il faudrait mettre au point un "nouveau système de financement"!*

### Exemples:

- le "privé non européen" qui se fait soigner dans un hôpital belge;
- les contrats que les hôpitaux belges concluent avec les organismes d'assurance soins de santé de pays tiers en ce qui concerne le traitement des clients desdits organismes d'assurance soins de santé.

## **4. Les autres patients**

### **D1 Les non-assurés sociaux**

#### **3.2.8.2.6. Item\_03 : Type de patient**

=> supprimé à partir du 01/01/2012

#### **3.2.8.2.7. Item\_05 : Mois, voir 3.2.8.1.5**

#### **3.2.8.2.8. Item\_13: Site, voir 3.2.8.1.6**

Format fixe de 4 caractères ALPHANUMERIQUES.

Ces codes sont déterminés par le SPF et communiqués dans les données de référence via Porta-Health.

Toutes les données doivent être comptabilisées au niveau de l'hôpital

### 3.2.8.2.9. *Item\_15: Centre de frais* voir 3.2.8.1.7

**Attention :de nouveaux centres de frais concernent les projets pilotes. Voir nouveautés en tête de brochure.**

### 3.2.8.2.10. *Value : Nombre de journées*

Le nombre journée est déterminé par :

- Nombre de journées par organisme assureur, par mois, par site et par centre de frais.
- Format variable de maximum 13 caractères **numériques**.
- La valeur, doit être un nombre **entier**

**Il s'agit ici de journées Facturables.**

Les **journées partielles** devront être comptabilisées comme journées **COMPLETES**.  
(Converties par le SPF « Santé publique » en journées pondérées par centre de frais).

CF	INDICE	COEFFICIENT
350	K1	0,70
360	K2	0,70
380	A1	0,80
390	A2	0,80
420	T1	0,80
430	T2	0,80
460	Placement en milieu familial	0,00

Les journées de vacances des patients psychiatriques donnant droit au forfait INAMI ne doivent pas être reprises dans les journées d'hospitalisation réalisées.  
Aucun enregistrement du Record\_type\_cd = B0803 ne peut comporter de valeur nulle.

### 3.2.8.3. Record type B0804 = Patients Présents au 01/01

PARAMETRE	DEFINITION	longueur	A ou N
Record_type_cd	<b>B0804</b>	5	A
sender_cd	<b>N° AGREMENT</b>	3	A
Year	<b>Année d'enregistrement</b>	4	N
Period_cd	<b>12</b>	1-2	N
Item_01	<b>ORGANISME ASSUREUR</b>	3	A
item_02	VIDE	0	
Item_03	VIDE	0	
item_04	VIDE	0	
Item_05	VIDE	0	
item_06	VIDE	0	
item_07	VIDE	0	
item_08	VIDE	0	
item_09	VIDE	0	
item_10	VIDE	0	
item_11	VIDE	0	
item_12	VIDE	0	
Item_13	<b>SITE</b>	4	A
Item_14	VIDE		A
Item_15	<b>CENTRE DE FRAIS</b>	3	A
Value	<b>Nombre de Patients</b>	1-13	N

3.2.8.3.1. *Record\_type\_cd = B0804*

3.2.8.3.2. *Sender\_cd: numéro d'agrément, voir 3.1.1.2*

3.2.8.3.3. *Year* : année d'enregistrement, voir 3.1.1.3  
l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit :  
**l'année 2012**

3.2.8.3.4. *Period\_cd*: période d'enregistrement, voir 3.1.1.4  
12 = dernier mois de l'année

3.2.8.3.5. *Item\_01 : Organisme assureur, voir 3.2.8.2.5*

3.2.8.3.6. *Item\_13 : Site, voir 3.2.8.1.6*

Format fixe de 4 caractères ALPHANUMERIQUES.

Ces codes sont déterminés par le SPF et communiqués dans les données de référence via Porta-Health.

Toutes les données doivent être comptabilisées au niveau de l'hôpital

3.2.8.3.7. *Item\_15 : Centre de frais voir 3.2.8.1.7*

### 3.2.8.3.8. *Value : Nombre de patients au 1<sup>er</sup> janvier*

Le nombre de patients au 1<sup>er</sup> janvier est déterminé par :

- Le nombre de patients au 1<sup>er</sup> janvier par organisme assureur, par site et par centre de frais.
- Aucun enregistrement du Record\_type\_cd = B0804 ne peut comporter de valeur nulle.
- Format variable de maximum 13 positions.
- La valeur, doit être un nombre **entier**.

### 3.2.8.4. Record type B0805 = Nombre d'admissions

PARAMETRE	DEFINITION	longueur	A ou N
Record_type_cd	<b>B0805</b>	5	A
sender_cd	<b>N° AGREMENT</b>	3	A
Year	<b>Année d'enregistrement</b>	4	N
Period_cd	<b>12</b>	1-2	N
Item_01	<b>ORGANISME ASSUREUR</b>	3	A
item_02	VIDE	0	
Item_03	VIDE	0	
item_04	VIDE	0	
Item_05	<b>MOIS</b>	1-2	N
item_06	VIDE	0	
item_07	VIDE	0	
item_08	VIDE	0	
item_09	VIDE	0	
item_10	VIDE	0	
item_11	VIDE	0	
item_12	VIDE	0	
Item_13	<b>SITE</b>	4	A
Item_14	<b>TYPE DE MOUVEMENT</b>	1	A
Item_15	<b>CENTRE DE FRAIS</b>	3	A
Value	<b>Nombre d'admissions</b>	1-13	N

**3.2.8.4.1. Record\_type\_cd = B0805**

**3.2.8.4.2. Sender\_cd: numéro d'agrément, voir 3.1.1.2**

**3.2.8.4.3. Year :** année d'enregistrement, voir 3.1.1.3  
l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit :  
**l'année 2012**

**3.2.8.4.4. Period\_cd:** période d'enregistrement, voir 3.1.1.4  
12 = dernier mois de l'année

**3.2.8.4.5. Item\_01 : Organisme assureur, voir 3.2.8.2.5**

**3.2.8.4.6. Item\_05 : Mois, voir 3.2.8.1.5**

**3.2.8.4.7. Item\_13 : Site, voir 3.2.8.1.6**

Format fixe de 4 caractères ALPHANUMERIQUES.

Ces codes sont déterminés par le SPF et communiqués dans les données de référence via Porta-Health.

Toutes les données doivent être comptabilisées au niveau de l'hôpital

### 3.2.8.4.8. Item\_14 : Type de mouvement : admission/ sortie/transfert/mise en observation/internés

Les codes suivants sont d'application :

CODE	TYPE de mouvement : admission / sortie / transfert
1	Grande porte
2	Transfert
3	Mise en observation (ex-colloqué)
4	Internés

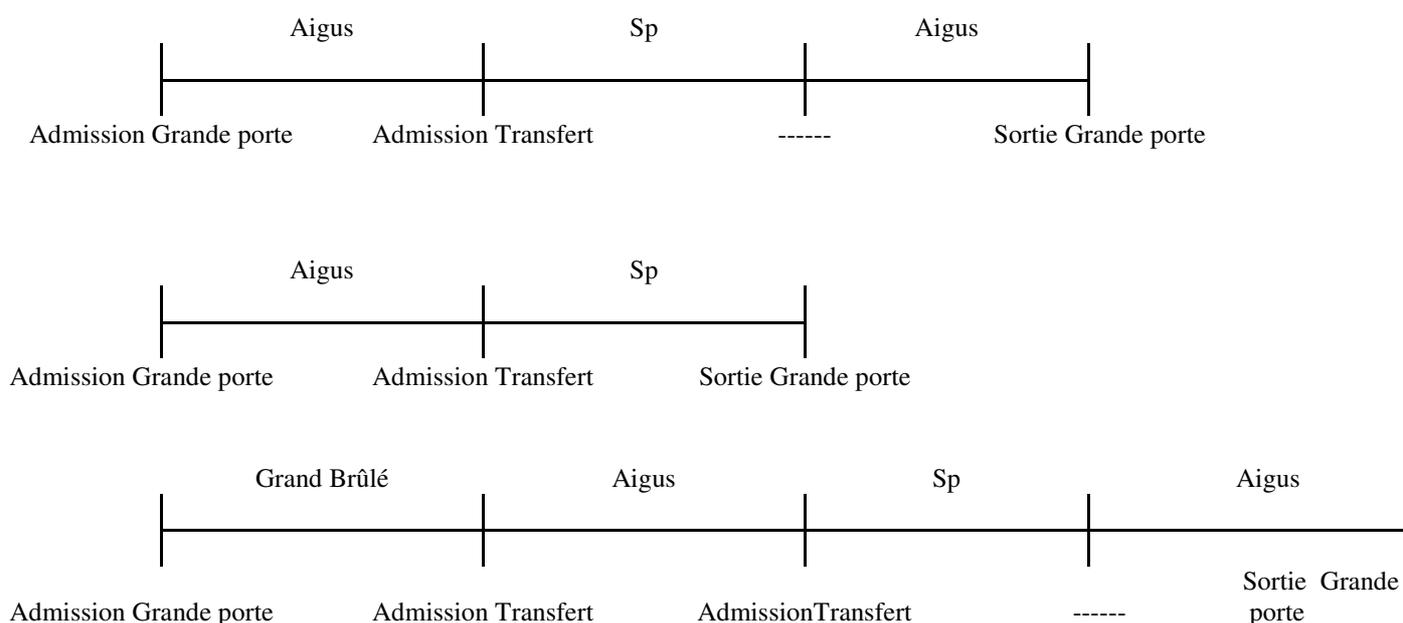
Format fixe de 1 caractère en ALPHANUMERIQUE.

-La personne « mise en observation » (ex-colloqué) en service psychiatrique : existence d'une maladie mentale , dangerosité de la personne pour elle-même ou pour autrui, refus de soins et absence d'une autre solution non contraignante.

-L'interné : auteur d'un délit qui constitue un danger pour la société vu son incapacité à contrôler ses actions. C'est la Commission de Défense Sociale qui fixe les modalités de l'internement.

La notion de transfert, d'admission « grande porte » et de sortie « grande porte » doit être interprétée comme suit : pour un séjour : il faut toujours une seule admission « grande porte » ensuite un seul transfert vers un type budgétaire donné, et pour terminer une sortie « grande porte », soit les exemples suivants :

Exemples :



Voici le total pour les 3 exemples regroupés

	Admission "Grande porte"	Admission "Transfert"	Sorties "Grande porte"
A	2	1	2
Sp		3	1
BRA	1		

Le type Transfert (code 2) doit être utilisé quand un patient change de secteur budgétaire pour les admissions. Les sorties et décès sont toujours « grande porte »

Type d'hôpital	Code	Type budgétaire ou secteurs au sein d'un même établissement	Centres de frais hospitaliers reconnus par l'application
Général	A	Aigu	200 à 280, 300, 320 à 430, 490,
Général	BRA	Grands Brûlés	290
Général et spécialisé	PAL	Palliatif (S4)	314, 333
Général et spécialisé	Sp	Sp (S1,S3,S2,S5,S6)	310 à 313, 315, 316, 332
Général (spécialisé)	G	Gériatrique isolé	300
Psychiatrique	P	Psychiatrique	315, 340 à 480

**3.2.8.4.9. Item\_15 : Centre de frais, voir 3.2.8.1.7**

**3.2.8.4.10. Value : Nombre d'admissions**

Le nombre d'admissions est déterminé par :

- Nombre d'admissions par organisme assureur, par mois, par site, par type de mouvement et par centre de frais
- Aucun enregistrement du Record\_type\_cd = B0805 ne peut comporter de valeur nulle.
- Format variable de maximum 13 positions.
- La valeur, doit être un nombre **entier**.

### 3.2.8.5. Record type B0806 = Patients Présents au 31/12

PARAMETRE	DEFINITION	longueur	A ou N
Record_type_cd	<b>B0806</b>	5	A
sender_cd	<b>N° AGREMENT</b>	3	A
Year	<b>Année d'enregistrement</b>	4	N
Period_cd	<b>12</b>	1-2	N
Item_01	<b>ORGANISME ASSUREUR</b>	3	A
item_02	VIDE	0	
Item_03	VIDE	0	
item_04	VIDE	0	
Item_05	VIDE	0	
item_06	VIDE	0	
item_07	VIDE	0	
item_08	VIDE	0	
item_09	VIDE	0	
item_10	VIDE	0	
item_11	VIDE	0	
item_12	VIDE	0	
Item_13	<b>SITE</b>	4	A
Item_14	VIDE	0	
Item_15	<b>CENTRE DE FRAIS</b>	3	A
Value	<b>Nombre de Patients</b>	1-13	N

3.2.8.5.1. *Record\_type\_cd = B0806*

3.2.8.5.2. *Sender\_cd: numéro d'agrément, voir 3.1.1.2*

3.2.8.5.3. *Year : année d'enregistrement, voir 3.1.1.3*

l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit :  
l'année 2012

3.2.8.5.4. *Period\_cd: période d'enregistrement, voir 3.1.1.4*

12 = dernier mois de l'année

3.2.8.5.5. *Item\_01 : Organisme assureur, voir 3.2.8.2.5*

3.2.8.5.6. *Item\_13 : Site, voir 3.2.8.1.6*

Format fixe de 4 caractères ALPHANUMERIQUES.

Ces codes sont déterminés par le SPF et communiqués dans les données de référence via Porta-Health.

Toutes les données doivent être comptabilisées au niveau de l'hôpital

3.2.8.5.7. *Item\_15 : Centre de frais: voir 3.2.8.1.7*

### 3.2.8.5.8. *Value : Nombre de patients au 31 décembre*

Le nombre de patients au 31 décembre est déterminé par :

- Le nombre de patients au 31 décembre par organisme assureur, par site et par centre de frais.
- Aucun enregistrement du Record\_type\_cd = B0806 ne peut comporter de valeur nulle.
- Format variable de maximum 13 positions.
- La valeur, doit être un nombre **entier**.

### 3.2.8.6. Record type B0807 = Nombre de sorties y compris les décès

PARAMETRE	DEFINITION	Longueur	A ou N
Record_type_cd	<b>B0807</b>	5	A
sender_cd	N° AGREMENT	3	A
Year	Année d'enregistrement	4	N
Period_cd	12	1-2	N
Item_01	<b>ORGANISME ASSUREUR</b>	3	A
item_02	VIDE	0	
Item_03	VIDE	0	
item_04	VIDE	0	
Item_05	<b>MOIS</b>	1-2	N
item_06	VIDE	0	
item_07	VIDE	0	
item_08	VIDE	0	
item_09	VIDE	0	
item_10	VIDE	0	
item_11	VIDE	0	
item_12	VIDE	0	
Item_13	<b>SITE</b>	4	A
Item_14	<b>TYPE DE MOUVEMENT</b>	1	A
Item_15	<b>CENTRE DE FRAIS</b>	3	A
Value	<b>Nombre de sorties y compris les décès</b>	1-13	N

3.2.8.6.1. *Record\_type\_cd = B0807*

3.2.8.6.2. *Sender\_cd: numéro d'agrément, voir 3.1.1.2*

3.2.8.6.3. *Year : année d'enregistrement, voir 3.1.1.3*

l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit :  
l'année 2012

3.2.8.6.4. *Period\_cd: période d'enregistrement, voir 3.1.1.4*

12 = dernier mois de l'année

3.2.8.6.5. *Item\_01 : Organisme assureur, voir 3.2.8.2.5*

3.2.8.6.6. *Item\_05 : Mois, voir 3.2.8.1.5*

3.2.8.6.7. *Item\_13 : Site, voir 3.2.8.1.6*

Format fixe de 4 caractères ALPHANUMERIQUES.

Ces codes sont déterminés par le SPF et communiqués dans les données de référence via Porta-Health.

Toutes les données doivent être comptabilisées au niveau de l'hôpital

**3.2.8.6.8. Item\_14 : Type de mouvement : admission/ sortie/transfert, voir 3.2.7.4.9**

Une sortie est toujours « grande porte » (code 1)

**3.2.8.6.9. Item\_15 : Centre de frais, voir 3.2.8.1.7**

**3.2.8.6.10. Value : Nombre de sorties, y compris les décès**

Le nombre de sorties, y compris les décès est déterminé par :

- Nombre de sorties, y compris les décès par organisme assureur, par mois, par site et par centre de frais.
- Aucun enregistrement du Record\_type\_cd = B0807 ne peut comporter de valeur nulle.
- Format variable de maximum 13 positions.
- La valeur, doit être un nombre **entier**.

### 3.2.8.7. Record type B0808 = Nombre de décès

PARAMETRE	DEFINITION	longueur	A ou N
Record_type_cd	<b>B0808</b>	5	A
sender_cd	<b>N° AGREMENT</b>	3	A
Year	<b>Année d'enregistrement</b>	4	N
Period_cd	<b>12</b>	1-2	N
Item_01	<b>ORGANISME ASSUREUR</b>	3	A
item_02	VIDE	0	
Item_03	VIDE	0	
item_04	VIDE	0	
Item_05	<b>MOIS</b>	1-2	N
item_06	VIDE	0	
item_07	VIDE	0	
item_08	VIDE	0	
item_09	VIDE	0	
item_10	VIDE	0	
item_11	VIDE	0	
item_12	VIDE	0	
Item_13	<b>SITE</b>	4	A
Item_14	<b>TYPE DE MOUVEMENT</b>	1	A
Item_15	<b>CENTRE DE FRAIS</b>	3	A
Value	<b>DECES</b>	1-13	N

**3.2.8.7.1. Record\_type\_cd = B0808**

**3.2.8.7.2. Sender\_cd: numéro d'agrément, voir 3.1.1.2**

**3.2.8.7.3. Year : année d'enregistrement, voir 3.1.1.3**  
l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit :  
**l'année 2012**

**3.2.8.7.4. Period\_cd: période d'enregistrement, voir 3.1.1.4**  
12 = dernier mois de l'année

**3.2.8.7.5. Item\_01 : Organisme assureur, voir 3.2.8.2.5**

**3.2.8.7.6. Item\_05 : Mois, voir 3.2.8.1.5**

**3.2.8.7.7. Item\_13 : Site, voir 3.2.8.1.6**

Format fixe de 4 caractères ALPHANUMERIQUES.

Ces codes sont déterminés par le SPF et communiqués dans les données de référence via Porta-Health.

Toutes les données doivent être comptabilisées au niveau de l'hôpital

**3.2.8.7.8. *Item\_14 : Type de mouvement, voir 3.2.8.4.9***

Un décès est toujours « grande porte » (code 1)

**3.2.8.7.9. *Item\_15 : Centre de frais, voir 3.2.8.1.7***

**3.2.8.7.10. *Value : DECES***

Le nombre de sorties, y compris les décès est déterminé par :

- Nombre de décès par organisme assureur, par mois, par site et par centre de frais.
- Aucun enregistrement du Record\_type\_cd = B0808 ne peut comporter de valeur nulle.
- Format variable de maximum 13 positions.
- La valeur, doit être un nombre **entier**.