service public fédéral
SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Direction Générale des Soins de Santé

Service financement des hôpitaux

Eurostation Bloc II
Place Victor Horta 40 bte 10
1060 Bruxelles

Téléphone : 02 524 87 10
Fax : 02 524 87 79

Manuel mis à jour : Janvier 2018

Application FINHOSTA :

Version 4.2

Trimestriel 2018

Version 4.0

Réviseur 2018

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

CONTENU – FINHOSTA version 4.0 collecte SFREV et version 4.2 collecte SFTRIM

1 INTRODUCTION 3
1.1 Obligations d'enregistrement 3
1.2 Procédure administrative 3
2 EXIGENCES TECHNIQUES 4
2.1 NOM DU FICHIER TXT 4
2.2 NOM DU FICHIER ZIP 6
2.3 DESCRIPTION DES CHAMPS 8
3 STRUCTURE DU FICHIER 9
3.1 STRUCTURE GENERALE DU FICHIER 9
3.1.1 DESCRIPTION DES CHAMPS COMMUNS 10
3.1.1.1 RECORD_TYPE_CD 10
3.1.1.2 SENDER_CD 11
3.1.1.3 YEAR 11
3.1.1.4 PERIOD_CD 11
3.1.1.5 LES ITEMS 11
3.1.1.6 VALUE 11
3.2 ENVOI TRIMESTRIEL 12
3.2.1 MODIFICATIONS POUR LA VERSION 4.2 pour les années 2014-2015-2016-2017-2018 12
3.2.1.1 Tableau 4 12
3.2.2 Description du TABLEAU 4 13
3.2.2.1 Record type T0402 = NOMBRE DE LITS AGREES 14
3.2.2.2 Record type T0403 = NOMBRE DE JOURNEES FACTUREES 18
3.2.2.3 Record type T0405 = NOMBRE D'ADMISSION 25
3.2.2.4 Record type T0407 = LES SORTIES Y COMPRIS LES DECES 28
3.2.2.5 Record type T0408 = LES DECES 30
3.2.2.6 Record type T0409 = NOMBRE DE JOURNEES REALISEES 32
3.3 ENVOI REVISEUR 34
3.3.1 Description du TABLEAU 21 – Bilan après répartition 35
3.3.2 Description du TABLEAU 22 : Compte de Résultats après répartition 37
3.3.2.1 Record type R2201 Compte de Résultats après répartition 37
3.3.3 Description du TABLEAU 23 : Résultats par Centres de Frais Définitifs 39
3.3.3.1 Record type R2301 : CHARGES par centres de frais définitifs 40
3.3.3.2 Record type R2302 : PRODUITS par centres de frais définitifs 41
4 ANNEXES 42
4.1 ANNEXE 1 - CENTRE DE FRAIS RECONNUS PAR LA COLLECTE 42
4.2 ANNEXE 2 : RUBRIQUES D'ACTIF OU DE PASSIF numéros de suite pour le tableau 21 47
4.3 47
Légende des lettres de la colonne SOMME : 48
4.4 ANNEXE 3 : RUBRIQUES DE COMPTE DE RESULTATS numéros de suite pour le tableau 22 49
Légende des lettres de la colonne SOMME : 51
5 SYNOPTIQUE 52
5.1 Collecte Trimestrielle 52
5.2 Collecte Réviseur 53

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 2018.

1.2 Procédure administrative

Quand doit-on envoyer ?

- Le SPF Santé publique met à disposition un accès protégé à l'Internet (Portahealth) pour l'envoi des données. Dans cet environnement, les données peuvent être contrôlées et un feedback sera donné.
- **A partir de 2018, 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** : 1er septembre (données n-1)
  4. Le bloc **ANNUEL** : 31 décembre (données n-1)
  5. Le bloc **ACCORDS SOCIAUX** : 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 (Portahealth). Pour une description détaillée des fichiers, nous vous renvoyons aux chapitres suivants.
L'envoi comprend le fichier sous forme comprimée (ZIP)
Attention: pour chaque collecte, séparément, donc pour le bloc trimestriel, le bloc réviseur, les droits d'accès des utilisateurs à l'application doivent être déterminés et corrects

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 = Statistique et Financière
Z : Le bloc d'envoi :
- Z = TRIM = trimestriel
- Z = REV = réviseur
- Z = BUD = budget
- Z = ANN = annuel
- Z = ACC = accords sociaux

VERS = Version de l'enregistrement TRIM 2018 : actuellement : 4.2

VERS = Version de l'enregistrement REV 2018 : actuellement : 4.0

EXPORTZ = EXPORT = nom spécifique du fichier d'exportation
Z : les blocs d'envoi définis plus haut

YYYY = année d'enregistrement à titre exemplatif pour les données trimestrielles de l'exercice (1/01/2018-31/12/2018) et selon pour les envois Réviseur, Budget et Annuel.

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 »

<u>Exemple :</u> Données « trimestrielles »: 001-SFTRIM-4.2-EXPORTTRIM-2018-3.TXT

<u>Exemple :</u> Données « réviseur » : 001-SFREV-4.0-EXPORTREV-2018-12.TXT

N.B. : le nom du fichier y inclus l'extension TXT doit être en majuscule.

2.2 NOM DU FICHIER ZIP

- Avant leur 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 :
- Z = TRIM = trimestriel
- Z = REV = réviseur
- Z = BUD = budget
- Z = ANN = annuel
- Z = ACC = accords sociaux

VERS = Version de l'enregistrement TRIM 2018 : actuellement 4.2

VERS = Version de l'enregistrement REV 2018 : actuellement 4.0

YYYY = année d'enregistrement à titre exemplatif pour les données trimestrielles de l'exercice (1/01/2018-31/12/2018) et selon pour les envois Réviseur, Budget et Annuel.

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 »

<u>Exemple</u> **Données « trimestrielles »: 001-SFTRIM-4.2-2018-3.ZIP**

<u>Exemple</u> **Données « réviseur » : 001-SFREV-4.0-2018-12.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 soit en annexe, soit 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 donnée, il ne peut y avoir de blancs entre les séparateurs **:** ~~

3 STRUCTURE DU FICHIER

3.1 STRUCTURE GENERALE DU FICHIER

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 => supprimé à partir du 01/01/2012
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 créditeur
item_07	Type d'investissement
item_08	Catégorie de Personnel
item_09	Type de Personnel
item_10	Grade /Fonction
item_11	Sexe
item_12	Suffixe ou Rubrique du personnel ou date de l'emprunt
item_13	SITE
item_14	TYPE de mouvement
item_15	Centre de frais
Value	Montant 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 Recordype		Afh
Value	Fonction du Recordype : 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, le point décimal inclus. 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 réviseur et 4.2 trimestriel des données Statistiques et Financières introduit la notion RECORD_TYPE_CD qui permet d'interpréter le reste du record.

collecte	Tableau	Classe de données	Description
T	04	02	Nombre de lits agréés
T	04	03	Nombre de journées facturées
T	04	05	Nombre d'admissions
T	04	07	Nombre de sorties y compris les décès
T	04	08	Nombre de décès
T	04	09	Nombre de journées réalisées
R	21	01	Bilan après répartition
R	22	01	Comptes de résultats après répartition
R	23	01	Résultats par Centres de Frais Définitifs : charges
R	23	02	Résultats par Centres de Frais Définitifs : produits

Format fixe de **5** caractères **ALPHANUMERIQUES**

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 4.2 : '~2018~'
Pour l'envoi réviseur version 4.0 : '~2018~'

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	1er trimestre de l'année
6	2ème trimestre de l'année
9	3ème trimestre de l'année
12	4ème 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 **REMPLIS** 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 TRIMESTRIEL

L'envoi trimestriel comprend uniquement la collecte du :

- **TABLEAU 4** = Relevé mensuel des lits, journées facturées et réalisées, admissions, sorties, décès

3.2.1 MODIFICATIONS POUR LA VERSION 4.2 pour les années 2014-2015-2016-2017-2018

3.2.1.1 Tableau 4

T0403 : NOMBRE DE JOURNEES FACTUREES

Il s'agit donc 'à facturer avec un montant', ce sont les journées prestées pour lesquelles un montant doit être facturé.

Fin des écarts de pratique en ce qui concerne la facturation des journées d'hospitalisation (forfait par jour)

A partir du 1er janvier 2014, si l'admission du bénéficiaire a lieu avant 12 heures le jour de d'admission et le départ après 14 heures le jour de sa sortie, le montant par journée est facturé le jour de l'admission et un montant par journée d'une valeur de 0 euro est facturé pour le jour de sortie

Cette mesure s'applique aux admissions qui débutent à partir du 1er janvier 2014

Cette mesure ne s'applique pas aux hôpitaux psychiatriques ni aux hôpitaux G et Sp isolés

Par conséquent, en ce qui concerne les journées facturées (record type T0403), les journées pour lesquels un montant par journée d'une valeur de 0 euro est facturé **doivent être exclus.**

T0409 : NOMBRE DE JOURNEES REALISEES (nouveau record type)

Il s'agit donc des journées réalisées (=des jours effectifs) inclusivement les journées pour lesquels un montant par journée d'une valeur de 0 euro est facturé.

Ses journées d'une valeur de 0 euro **doivent être repris** dans record type T0409

3.2.2 Description du TABLEAU 4

PARAMETRE	DEFINITION	T0402	T0403	T0405	T0407	T0408	T0409	Longueur	A ou N
Record_type_cd	T0402 ➔ T0409	X	X	X	X	X	X	5	A
sender_cd	N° AGREMENT	X	X	X	X	X	X	3	A
Year	Année d'enregistrement	X	X	X	X	X	X	4	N
Period_cd	3 ou 6 ou 9 ou 12	X	X	X	X	X	X	1-2	N
item_01	ORGANISME ASSUREUR		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	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	4	A
item_14	TYPE de MOUVEMENT			X	X	X		1	A
item_15	CENTRE DE FRAIS	X	X	X	X	X	X	3	A
Value	VALEUR	X	X	X	X	X	X	1-13	N

A= alphanumérique ; N= numérique

T0402 : NOMBRE DE LITS AGREES
T0403 : NOMBRE DE JOURNEES FACTUREES
T0405 : NOMBRE D'ADMISSIONS
T0407 : NOMBRE DE SORTIES Y COMPRIS LES DECES
T0408 : NOMBRE DE DECES
T0409 : NOMBRE DE JOURNEES REALISEES

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 **impérativemen**t rester vides pour ce type de record.

T0402~002~2018~3~~~~~1~~~~~~~~~1257~~210~158~

3.2.2.1 Record type T0402 = NOMBRE DE LITS AGREES

PARAMETRE	DEFINITION	longueur	A ou N
Record_type_cd	**T0402**	5	A
sender_cd	**N° AGREMENT**	3	A
Year	**Année d'enregistrement**	4	N
Period_cd	**3** ou **6** ou **9** ou **12**	1-2	N
item_01	VIDE	0	
item_02	VIDE	0	
item_03	VIDE	0	
item_04	VIDE	0	
item_05	**MOIS**	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**	4	A
item_14	VIDE	0	
item_15	**CENTRE DE FRAIS**	3	A
Value	**Nombre de lits agrées**	1-13	N

3.2.2.1.1 Record_type_cd = T0402

3.2.2.1.2 Sender_cd: **numéro d'agrément**, voir 3.1.1.2

3.2.2.1.3 *Year:* année d'enregistrement

Pour les données trimestrielles, l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit pour la collecte 2018, **l'année 2018**

3.2.2.1.4 *Period_cd:* période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

3 ou 6 ou 9 ou 12 = dernier mois du trimestre

3.2.2.1.5 Item_05: MOIS

Ce champ précise le mois des données dans la période statistique.
Format variable NUMERIQUE : longueur maximale de 2
En l'occurrence 1, 2, 3, 4……..12.

3.2.2.1.6 Item_13 : Site

Format fixe de 4 caractères ALPHANUMERIQUES.
Ces codes sont déterminés par le SPF et communiqués dans les fichiers de référence via Portahealth.

3.2.2.1.7 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.

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 en FOR K (*)
350	K1
360	K2
370	A, 107
380	A1, 107
390	A2, 107
410	T,Tg , 107
411	Tf/TFB, 107
420	T1, 107
430	T2, 107
460	tf/TFP, 107
480	IB (I1 dans l'application)

* 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.
(*) Les lits du « FOR-K » concernant le centre de frais 340 n'a pas normalement des lits agrées dans le record type B0802 trop plus qu'il s'agit des projets pilotes.

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

Le centre de frais 480 **(Service TI – PTCA Adultes)** est utilisé pour adultes et enfants.

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
107 (*)	370,380,390,410,411,420,430,460

(*) Les lits agrées d'art. 107 doivent être repris dans le record type B0802 sur les centres de frais cités en question, même s'il y a aucune admission, ni des journées, ni des sorties

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 subite 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 T0402. 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 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 (N*-Service de soins néonatals non intensifs) , 279 (N-Section hospitalière de diagnostic ou traitement préventif de la mort subite du nourrisson), 316 (Sp-Autres services de spécialités), 330 (projets pilotes aigu hors gériatrie), 331 (projets pilotes liés à l'hospitalisation classique en gériatrie), 332 (projets pilotes secteur Sp), 333 (projets pilotes secteur SpPal), 450 (projets pilotes Art 63, § 2 dans un service hospitalier psychiatrique) , 451 (Réseau et circuits de soins santé mentale – projets pilotes art 107) 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

Art 63, § 1er : projets pilotes en hôpital général

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 Pal	CF 333

Art 63, §2 : projets pilotes dans un service hospitalier psychiatrique

Projets pilotes Art 63, § 2 dans un service hospitalier psychiatrique CF 450

Projets Art 107

Réseaux et circuits de soins santé mentale CF 451

Afin de permettre aux établissements concernés d'isoler les charges supplémentaires concernant l'article 107, un nouveau centre de frais 451 est créé, tant pour les hôpitaux qui «désaffecteront- mettront hors exploitation et/ou gèleront » des lits, que pour les hôpitaux aux projets 107 « sans gel de lits ».

3.2.2.1.8 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 **1er du mois**
- Aucun enregistrement du Record_type_cd = T0402 ne peut comporter de valeur nulle.
- Format variable de maximum 13 positions.
- Etre un nombre ENTIER.

3.2.2.2 Record type T0403 = NOMBRE DE JOURNEES FACTUREES

PARAMETRE	DEFINITION	longueur	A ou N
Record_type_cd	**T0403**	5	A
sender_cd	**N° AGREMENT**	3	A
Year	**Année d'enregistrement**	4	N
Period_cd	**3** ou **6** ou **9** ou **12**	1-2	N
item_01	**ORGANISME ASSUREUR**	3	A
item_02	VIDE	0	
item_03	VIDE	0	
item_04	VIDE	0	
item_05	**MOIS**	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**	4	A
item_14	VIDE	0	
item_15	**CENTRE DE FRAIS**	3	A
Value	**Nombre de journées facturées**	1-13	N

3.2.2.2.1 Record_type_cd = T0403

3.2.2.2.2 *Sender_cd*: **numéro d'agrément**, voir 3.1.1.2

3.2.2.2.3 *Year*: année d'enregistrement, voir 3.1.1.3

Pour les données trimestrielles, l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit pour la collecte 2018, **l'année 2018**

3.2.2.2.4 *Period_cd:* période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

3 ou 6 ou 9 ou 12 = dernier mois du trimestre

3.2.2.2.5 Item_01 : Organisme assureur

Les **codes d'assurabilité** sont les codes modifiés tel que repris dans le tableau susmentionné.

CODES	Organisme assureur	patient
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 <u>ALPHANUMERIQUE</u>

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.

(*) à partir du 01/06/2014 les patients étrangers et illégaux sans couverture sociale sont facturés à l'Etat et au CPAS par un intermédiaire qui est la Caisse Auxiliaire Assurance de Maladie et Invalidité - CAAMI pout ses patients qui sont chez le CPAS

Note 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, § 1er**, 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 (modifié 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.

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

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

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").

<u>Remarque :</u>
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, § 1er 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**

3.2.2.2.6 *Item_05 : Mois,* voir 3.2.2.1.5

3.2.2.2.7 Item_13: Site, voir 3.2.2.1.6

3.2.2.2.8 Item_15: Centre de frais voir 3.2.2.1.7

3.2.2.2.9 Value : Nombre de journées facturées

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.**
- un nombre **entier**

Il s'agit ici de journées à facturer avec un montant.

Il s'agit donc 'à facturer avec un montant', ce sont les journées prestées pour lesquelles un montant doit être facturé.

A partir du 1er janvier 2014, si l'admission du bénéficiaire a lieu avant 12 heures le jour de d'admission et le départ après 14 heures le jour de sa sortie, le montant par journée est facturé le jour de l'admission et un montant par journée d'une valeur de 0 euro est facturé pour le jour de sortie

Cette mesure s'applique aux admissions qui débutent à partir du 1er janvier 2014

Cette mesure ne s'applique pas aux hôpitaux psychiatriques ni aux hôpitaux G et Sp isolés

Par conséquent, en ce qui concerne les journées facturées (recordtype T0403), les journées pour lesquels un montant par journée d'une valeur de 0 euro est facturé **doivent être exclus.**

Les **journées partielles** devront être comptabilisées comme journées **complètes** (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 facturées.

Aucun enregistrement du Record_type_cd = T0403 ne peut comporter de valeur nulle.

3.2.2.3 Record type T0405 = NOMBRE D'ADMISSION

PARAMETRE	DEFINITION	longueur	A ou N
Record_type_cd	**T0405**	5	A
sender_cd	**N° AGREMENT**	3	A
Year	**Année d'enregistrement**	4	N
Period_cd	**3** ou **6** ou **9** ou **12**	1-2	N
item_01	**ORGANISME ASSUREUR**	3	A
item_02	VIDE	0	
item_03	VIDE	0	
item_04	VIDE	0	
item_05	**MOIS**	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**	4	A
item_14	**TYPE DE MOUVEMENT**	1	A
item_15	**CENTRE DE FRAIS**	3	A
Value	**Nombre d'admission**	1-13	N

3.2.2.3.1 Record_type_cd = T0405

3.2.2.3.2 *Sender_cd*: **numéro d'agrément**, voir 3.1.1.2

3.2.2.3.3 *Year*: année d'enregistrement, voir 3.1.1.3

Pour les données trimestrielles, l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit pour la collecte 2018, **l'année 2018**

3.2.2.3.4 *Period_cd:* période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

3 ou 6 ou 9 ou 12 = dernier mois du trimestre

3.2.2.3.5 Item_01 : Organisme assureur, voir 3.2.2.2.5

3.2.2.3.6 Item_05: Mois, voir 3.2.2.1.5

3.2.2.3.7 Item_13: Site, voir 3.2.2.1.6

3.2.2.3.8 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-colloquée) (1)
4	Internés (1)

(1) Seulement appropriée pour les hôpitaux psychiatriques

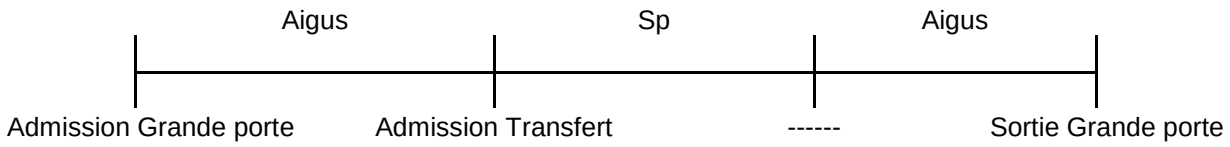
Format fixe de 1 caractère en <u>ALPHANUMERIQUE</u>.

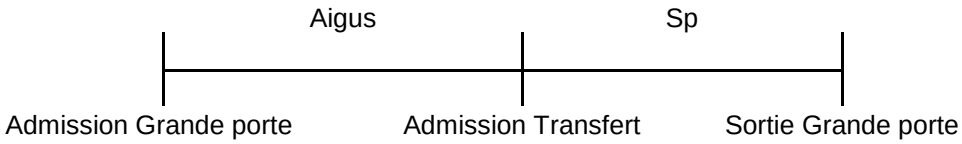
- La personne « mise en observation » (ex-colloqué) en service psychiatrique : existence d'une maladie mentale, dangerosité de la personne pour elle-même ou pour autrui, refus de soins et absence d'une autre solution non contraignante.

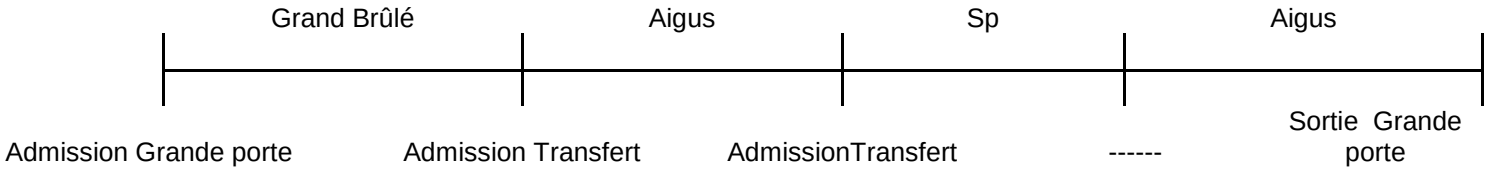
- L'interné : auteur d'un délit qui constitue un danger pour la société vu son incapacité à contrôler ses actions. C'est la Commission de Défense Sociale qui fixe les modalités de l'internement.

-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		

Donc 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

3.2.2.3.9 Item_15 : Centre de frais voir 3.2.2.1.7

3.2.2.3.10 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 = T0405 ne peut comporter de valeur nulle.
- Format variable de maximum 13 positions.
- un nombre **entier.**

3.2.2.4 Record type T0407 = LES SORTIES Y COMPRIS LES DECES

PARAMETRE	DEFINITION	longueur	A ou N
Record_type_cd	**T0407**	5	A
sender_cd	**N° AGREMENT**	3	A
Year	**Année d'enregistrement**	4	N
Period_cd	**3** ou **6** ou **9** ou **12**	1-2	N
item_01	**ORGANISME ASSUREUR**	3	A
item_02	VIDE	0	
item_03	VIDE	0	
item_04	VIDE	0	
item_05	**MOIS**	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**	4	A
Item_14	**TYPE DE MOUVEMENT**	1	A
Item_15	**CENTRE DE FRAIS**	3	A
Value	**Nombre de sorties y compris les décès**	1-13	N

3.2.2.4.1 Record_type_cd = T0407

3.2.2.4.2 *Sender_cd*: **numéro d'agrément**, voir 3.1.1.2

3.2.2.4.3 ***Year***: année d'enregistrement, voir 3.1.1.3

Pour les données trimestrielles, l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit pour la collecte 2018, **l'année 2018**

3.2.2.4.4 *Period_cd:* période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

3 ou 6 ou 9 ou 12 = dernier mois du trimestre

3.2.2.4.5 Item_01 : Organisme assureur, voir 3.2.2.2.5

3.2.2.4.6 Item_05: Mois, voir 3.2.2.1.5

3.2.2.4.7 Item_13: Site, voir 3.2.2.1.6

3.2.2.4.8 Item_14 : Type de mouvement : admission/ sortie/transfert, voir 3.2.2.1.9

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

3.2.2.4.9 Item_15 : Centre de frais, voir 3.2.2.1.7

3.2.2.4.10 Value : Nombre de sorties, y compris les décès

Le nombre de sorties est déterminé par :

- Nombre de sorties, y compris les décès par organisme assureur, par mois, par site, par type de mouvement et par centre de frais.
- Aucun enregistrement du Record_type_cd = T0407 ne peut comporter de valeur nulle.
- Format variable de maximum 13 positions.
- un nombre **entier**

3.2.2.5 Record type T0408 = LES DECES

PARAMETRE	DEFINITION	longueur	A ou N
Record_type_cd	**T0408**	5	A
sender_cd	**N° AGREMENT**	3	A
Year	**Année d'enregistrement**	4	N
Period_cd	**3** ou **6** ou **9** ou **12**	1-2	N
Item_01	**ORGANISME ASSUREUR**	3	A
item_02	VIDE	0	
Item_03	VIDE	0	
item_04	VIDE	0	
Item_05	**MOIS**	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**	4	A
Item_14	**TYPE DE MOUVEMENT**	1	A
Item_15	**CENTRE DE FRAIS**	3	A
Value	**DECES**	1-13	N

3.2.2.5.1 Record_type_cd = T0408

3.2.2.5.2 *Sender_cd*: **numéro d'agrément**, voir 3.1.1.2

3.2.2.5.3 *Year*: année d'enregistrement, voir 3.1.1.3

Pour les données trimestrielles, l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit pour la collecte 2018, **l'année 2018**

3.2.2.5.4 *Period_cd:* période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

3 ou 6 ou 9 ou 12 = dernier mois du trimestre

3.2.2.5.5 Item_01 : Organisme assureur, voir 3.2.2.2.5

3.2.2.5.6 Item_05: Mois, voir 3.2.2.1.5

3.2.2.5.7 Item_13: Site, voir 3.2.2.1.6

3.2.2.5.8 Item_14 : Type de mouvement, voir 3.2.2.1.9

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

3.2.2.5.9 Item_15 : Centre de frais, voir 3.2.2.1.7

3.2.2.5.10 Value : DECES

Le nombre de décès est déterminé par :

- Nombre de décès par organisme assureur, par mois, par site, par type de mouvement et par centre de frais.
- Aucun enregistrement du Record_type_cd = T0408 ne peut comporter de valeur nulle.
- Format variable de maximum 13 positions.
- un nombre **entier**

3.2.2.6 Record type T0409 = NOMBRE DE JOURNEES REALISEES

PARAMETRE	DEFINITION	longueur	A ou N
Record_type_cd	**T0409**	5	A
sender_cd	**N° AGREMENT**	3	A
Year	**Année d'enregistrement**	4	N
Period_cd	**3** ou **6** ou **9** ou **12**	1-2	N
item_01	**ORGANISME ASSUREUR**	3	A
item_02	VIDE	0	
item_03	VIDE	0	
item_04	VIDE	0	
item_05	**MOIS**	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**	4	A
item_14	VIDE	0	
item_15	**CENTRE DE FRAIS**	3	A
Value	**Nombre de journées réalisées**	1-13	N

3.2.2.6.1 Record_type_cd = T0409

3.2.2.6.2 *Sender_cd*: **numéro d'agrément**, voir 3.1.1.2

3.2.2.6.3 *Year*: année d'enregistrement, voir 3.1.1.3

Pour les données trimestrielles, l'année statistique est l'année d'enregistrement, soit pour la collecte 2018, **l'année 2018**

3.2.2.6.4 *Period_cd:* période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

3 ou 6 ou 9 ou 12 = dernier mois du trimestre

3.2.2.6.5 ***Item_01 : Organisme assureur,*** voir 3.2.2.2.5

3.2.2.6.6 ***Item_05 : Mois,*** voir 3.2.2.1.5

3.2.2.6.7 Item_13: Site*, voir* 3.2.2.1.6

3.2.2.6.8 Item_15: Centre de frais voir 3.2.2.1.7

3.2.2.6.9 Value : Nombre de journées réalisées

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.**
- un nombre **entier**

Il s'agit ici de journées réalisées.

Il s'agit donc des journées réalisées (=des jours effectifs) inclusivement les journées pour lesquels un montant par journée d'une valeur de 0 euro est facturé.

Ses journées d'une valeur de 0 euro **doivent être repris** dans le record type T0409.

Les **journées partielles** devront être comptabilisées comme journées **complètes** (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 = T0409 ne peut comporter de valeur nulle.

3.3 ENVOI REVISEUR

L'envoi réviseur comprend la collecte de :

- **TABLEAU 21** = Bilan après répartition tel qu'approuvé par le Réviseur
- **TABLEAU 22** = Compte de Résultats après répartition tel qu'approuvé par le Réviseur
- **TABLEAU 23 =** Résultats par Centres de Frais définitifs

3.3.1 Description du TABLEAU 21 – Bilan après répartition

Ce tableau est la copie conforme du document transmis sur support papier, approuvé par les instances de tutelle et ayant fait l'objet d'un rapport du Réviseur d'Entreprise.

3.3.2.1. Record type R2101 Bilan après répartition

PARAMETRE	DEFINITION	Longueur	A ou N
Record_type_cd	R2101	5	A
Sender_cd	N° AGREMENT	3	A
Year	Année d'enregistrement	4	N
Period_cd	12	2	N
item_01	VIDE	0	
item_02	Numéro de suite	3	N
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	VIDE	0	
item_15	VIDE	0	
Value	VALEUR	15.2	N

Exemple :

R2101~002~2018~12~~50~~~~~~~~~~~~~~158280.15~

3.3.1.1.1 Record_type_Cd = R2101

3.3.1.1.2 *Sender_cd : numéro d'agrément,* voir 3.1.1.2

3.3.1.1.3 *Year : année d'enregistrement,* voir 3.1.1.3

Ce champ reprend l'année correspondant aux données de l'exercice enregistrées dans le champ « Value » soit pour la version 4.0 **l'année 2018**.

3.3.1.1.4 Period_cd : période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

Données annuelles = 12 = dernier mois de l'année

3.3.1.1.5 Numéro de suite

Tous les numéros de suite doivent être utilisés même si le montant est « zéro ». Chaque numéro de suite ne peut correspondre qu'à un seul et unique compte. Le format est fixe en 3 positions numériques.
Cf. Annexe 2.

3.3.1.1.6 Valeur

Le séparateur décimal doit être un point et le montant inscrit doit comporter 2 décimales. La valeur si elle est négative, s'écrira précédée d'un signe «-». Si une ligne est à zéro, elle doit faire l'objet d'un enregistrement dont le montant sera codé ~0.00~.
Le format de la variable est NUMERIQUE avec maximum 15 positions, séparateur et signe négatif inclus. Les décimales, même à zéro, doivent être complétées.
Exemple : ~100.00~

3.3.2 Description du TABLEAU 22 : Compte de Résultats après répartition

Ce tableau est la copie conforme du document transmis sur support papier, approuvé par les instances de tutelle et ayant fait l'objet d'un rapport du Réviseur d'Entreprise.

3.3.2.1 **Record type R2201 Compte de Résultats après répartition**

PARAMETRE	DEFINITION	Longueur	A ou N
Record_type_cd	R2201	5	A
Sender_cd	N° AGREMENT	3	A
Year	Année d'enregistrement	4	N
Period_cd	12	2	N
item_01	VIDE	0	
item_02	Numéro de suite	3	N
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	VIDE	0	
item_15	VIDE	0	
Value	VALEUR	15.2	N

<u>Exemple :</u>

R2201~002~2018~12~~10~~~~~~~~~~~~~~~1582800.50~

3.3.2.1.1 Record_type_Cd = R2201

3.3.2.1.2 Sender_cd : **numéro d'agrément**, voir 3.1.1.2

3.3.2.1.3 Year: année d'enregistrement, voir 3.1.1.3

Ce champ reprend l'année correspondant aux données de l'exercice enregistrées dans le champ « Value » soit pour la version 4.0 **l'année 2018.**

3.3.2.1.4 Period_cd : période d'enregistrement, voir 3.1.1.4

données annuelles = 12 = dernier mois de l'année

3.3.2.1.5 Numéro de suite

Tous les numéros de suite à l'exception du 780 et du 890 doivent être utilisés même si le montant est « zéro ».

Chaque numéro de suite ne peut se présenter qu'une seule et unique fois dans le tableau 22.
Le format est fixe en 3 positions numériques maximum.
Cf. annexe 3.

3.3.2.1.6 Valeur

Le séparateur décimal doit être un point et le montant inscrit doit comporter 2 décimales. La valeur si elle est négative s'écrira précédée d'un signe «-» Si une ligne est à zéro, elle doit faire l'objet d'un enregistrement dont le montant sera codé ~0.00~.
En ce qui concerne les bénéfices et les pertes (les comptes désignés par « V » en annexe 3), les valeurs doivent toujours être positives .Pour ces comptes, on ne mentionne pas le signe « - ».En cas de perte ou bénéfice, une de ces 2 lignes doit obligatoirement être remplie, et l'autre doit être remise à « zéro »: ~0.00~.

Le format de la variable NUMERIQUE comporte maximum 15 positions, séparateur et signe négatif inclus. Les décimales même à zéro doivent être complétées.
Exemple : ~100.00~

3.3.3 Description du TABLEAU 23 : Résultats par Centres de Frais Définitifs

Ce tableau est la copie conforme du document transmis sur support papier, approuvé par les instances de tutelle et ayant fait l'objet d'un rapport du Réviseur d'Entreprise.

PARAMETRE	DEFINITION	R2301	R2302	Longueur	A ou N
Record_type_cd	R2301 ou R2302	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	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	VIDE			0	
Item_15	CENTRE DE FRAIS	X	X	3	A
Value	VALEUR	X	X	15.2	N

R2301 : Charges par centres de frais définitifs
R2302 : Produits par centres de frais définitifs

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

Exemple:

R2301~002~2018~12~~~~~~~~~~~~~~~~210~988430.75~
R2302~002~2018~12~~~~~~~~~~~~~~~~220~1482860.50~

3.3.3.1 Record type R2301 : CHARGES par centres de frais définitifs

PARAMETRE	DEFINITION	Longueur	A ou N
Record_type_cd	R2301	5	A
Sender_cd	N° AGREMENT	3	A
Year	Année d'enregistrement	4	N
Period_cd	12	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	VIDE	0	
Item_15	CENTRE DE FRAIS	3	A
Value	VALEUR	15.2	N

3.3.3.1.1 S Record_type_Cd = R2301

3.3.3.1.2 *Sender_cd:* **numéro d'agrément**, voir 3.1.1.2

3.3.3.1.3 Year : année d'enregistrement voir 3.1.1.3

Ce champ reprend l'année correspondant aux données de l'exercice enregistrées dans le champ « Value » soit pour la version 4.0 **l'année 2018.**

3.3.3.1.4 Period_cd: périoded'enregistrement, voir 3.1.1.4

Données annuelles = 12 = dernier mois de l'année

3.3.3.1.5 Centre de frais

Voir Annexe 1.
Format fixe ALPHANUMERIQUE de 3 caractères

3.3.3.1.6 Valeur des charges

Le séparateur décimal doit être un point et le montant inscrit doit comporter 2 décimales. La valeur si elle est négative s'écrira précédée d'un signe «-».
Le format de la variable est NUMERIQUE avec maximum 15 positions, séparateur et signe négatif inclus. Les décimales même à zéro doivent être complétées.
Exemple : ~100.00~

3.3.3.2 Record type R2302 : PRODUITS par centres de frais définitifs

PARAMETRE	DEFINITION	Longueur	A ou N
Record_type_cd	R2302	5	A
Sender_cd	N° AGREMENT	3	A
Year	Année d'enregistrement	4	N
Period_cd	12	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	VIDE	0	
Item_15	CENTRE DE FRAIS	3	A
Value	VALEUR	15.2	N

3.3.3.2.1 Record_type_Cd = R2302

3.3.3.2.2 Sender_cd: **numéro d'agrément**, voir 3.1.1.2

3.3.3.2.3 Year: année d'enregistrement voir 3.1.1.3

Ce champ comporte l'année correspondante aux données de l'exercice enregistrées dans le champ « VALUE ». soit pour la version 4.0 **l'année 2018**.

3.3.3.2.4 Period_cd: périoded'enregistrement, voir 3.1.1.4

Données annuelles = 12 = dernier mois de l'année

3.3.3.2.5 Centre de frais

Voir Annexe 1.
Format fixe ALPHANUMERIQUE de 3 caractères

3.3.3.2.6 Valeur des produits

Le séparateur décimal doit être un point et le montant inscrit doit comporter 2 décimales. La valeur si elle est négative s'écrira précédée d'un signe «-».
Le format de la variable est NUMERIQUE avec maximum 15 positions, séparateur et signe négatif inclus. Les décimales même à zéro doivent être complétées.
Exemple : ~100.00~

4 ANNEXES

4.1 ANNEXE 1 - CENTRE DE FRAIS RECONNUS PAR LA COLLECTE

Code	*Libellé*		*Index de lit*	*Regroupement*
1. Comptes de charges en attente d'affectation				
000	Amortissements			000
001	Amortissements			001
002	Amortissements			002
003	Amortissements			003
004	Amortissements			004 à 009
010	Charges financières			010 à 011
012	Charges financières			012
013	Intérêts des crédits à court terme			013
014	Autres			014 à 019
2. Centres de frais à répartir *2.1 Centres de frais communs*				
020	Frais généraux			020
021	Frais généraux			021
022	Protection Incendie			022
023	Collecte et Traitement des immondices			023
024	Frais généraux			024 à 029
030	Entretien			030
031	Entretien			031 à 039
040	Chauffage			040
041	Chauffage			041 à 049
050	Administration			050
051	Informatique			051
052	Administration			052 à 059
060	Buanderie – Lingerie			060
061	Buanderie – Lingerie			061 à 069
070	Alimentation			070
071	Diététique			071
072	Alimentation			072 à 079
080	Internat			080 à 089
090	Frais Médicaux			090-094 à 099
091	Direction nursing + cadre intermédiaire			091
092	Hygiène hospitalière			092
093	Transport interne patient			093

2.2 Centres de frais auxiliaires

100	Couvent		100
110	Culte		110
120	Morgue		120
130	Réadaptation fonctionnelle (à charge de l'hospitalisation)		130 à 138
139	Thérapie de relaxation		139
140	Secrétariat médical		140-143 à 149
141	Archives médicales centralisées		141
142	Dossiers de morbidité – RCM		142
150	Urgences		150
151	Service de garde		151
152	S.M.U.R.		152
160	Stérilisation		160
170	Anesthésie		170
180	Bloc opératoire		180 et 182 à 189
181	Salle de plâtre		181
190	Banque de sang		190

3. Centres de frais définitifs

3.1 Services hospitaliers

Code	***Libellé***		***Index de lit***	***Regroupement***
200	Service de traitement de la TBC (hôpital général)		B(°)	200 à 209
210	Service de diagnostic et traitement chirurgical		C	210 à 218
219	Services de chirurgie cardiaque		C(*)	219
220	Services de diagnostic et traitement médical		D	220 à 229
230	Services de pédiatrie		E	230 à 238
239	Section hospitalière de diagnostic ou traitement préventif de la mort subite du nourrisson		E	239
240	Service d'hospitalisation simple		H(°)	240 à 249
250	Service de maladies contagieuses		L	250 à 259
260	Service de maternité (Unités d'hospitalisation)		M	260-264 à 269
261	Quartier d'accouchements		M(°°)	261
262	Service de soins néonatals non intensifs. (ne pas utiliser pour lits, journées, admissions, sorties, décès, patients)		N*	262
263	Services M.I.C.		MIC(*)	263
270	Service de soins néonatals intensifs		NIC	270 à 278
279	Section hospitalière de diagnostic ou traitement préventif de la mort subite du nourrisson (ne pas utiliser pour les lits)		N	279
280	Service d'hospitalisation mixte (C+D)		C+D	280 à 289
290	Unité de traitement des grands brûlés		BR(*)	290 à 299
300	Services de gériatrie		G	300 à 309
310	Service spécialisé pour le traitement et la		Sp(S1)	310

	réadaptation fonctionnelle destiné à des patients atteints d'affections cardio-pulmonaires			
311	Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destiné à des patients atteints d'affections neurologiques		Sp(S3)	311
312	Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destiné à des patients atteints d'affections locomotrices		Sp(S2)	312
313	Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destiné à des patients atteints d'affections chroniques		Sp(S5)	313
314	Service de soins palliatifs		Sp(S4)	314
315	Service de psycho-gériatrie		Sp(S6)	315
316	Autres services de spécialités (ne concerne que les projets pilotes)		Sp	316 à 319
320	Hôpital de jour chirurgical		Cj (*)	320 à 329
330	Projets pilotes secteur aigu hors gériatrie		(°°°)	330
331	Projets pilotes liés à l'hospitalisation classique en gériatrie		(°°°)	331
332	Projets pilotes secteur Sp		(°°°)	332
333	Projets pilotes secteur SpPal		(°°°)	333
340	Service de neuropsychiatrie infantile et FOR K		K	340 à 349
350	Hospitalisation de jour en service K		K1	350 à 359
360	Hospitalisation de nuit en service K		K2	360 à 369
370	Service neuro-psychiatrique d'observation et de traitement		A	370 à 379
380	Hospitalisation de jour en service A		A1	380 à 389
390	Hospitalisation de nuit en service A		A2	390 à 399
410	Service psychiatrique de traitement		T	410 et 412 à 419
411	Placement familial intra-muros		Tf	411
420	Hospitalisation de jour en service T		T1	420 à 429
430	Hospitalisation de nuit en service T		T2	430 à 439
450	Projets pilotes art.63, § 2 dans un service hospitalier psychiatrique		(°°°)	450
451	Projets Art 107 Réseaux et circuits de soins santé mentale		(°°°)	451
460	Placement familial extra-muros		tf	460 à 469
470	Service psychiatrique de traitement en reconversion progressive		TR(°)	470 à 479
480	Service TI (PTCA-Adultes et Enfants)		IB* (I1)	480 à 489
490	Soins Intensifs		(*)	490 à 499

( )fonction pour laquelle l'hôpital doit être agréé*
(°) ne peuvent pas être utilisés pour les tableaux 4 et 23
(°°) ne peuvent pas être utilisés pour le tableau 4
(°°°) peuvent être utilisés pour les tableaux 4 et 23 (nouveau à partir de l'année 2012)

IB* : Le groupe de travail « Plan comptable » pour répondre aux exigences des divers Arrêtés Royaux du 10 mars 2008 relatifs aux unités de soins pour le traitement intensif de patients psychiatriques présentant des troubles graves du comportement et/ou agressifs, a décidé le 17

juillet 2008 la réaffectation du Centre de frais 480 (inemployé depuis de nombreuses années) et de le réserver à la catégorie « adultes » la seule normée et programmée actuellement.
Soit les dénominations suivantes :

CF 480 Service TI (PTCA-Adultes) index IB

Ce centre de frais permettra de positionner toutes les données relatives à ce service de traitement intensif des patients psychiatriques composé de 8 lits ou d'un multiple de ce chiffre.
Il y a lieu de noter que les Arrêtés Royaux prévoient en page 32800, la création d'une unité spécifique pour les enfants, reprise actuellement en projet pilote.
A l'avenir , d'autres unités (groupes cibles) verront le jour sous cet index. Afin de pouvoir les distinguer par une numérotation à 2 positions, l'application reprendra donc le centre de frais PTCA-Adultes sous la numérotation I1 au lieu de IB. Les futures unités seront notées I2 à I5 pour un centre de frais à fixer.

Cette décision du groupe de travail a été présentée en « Section Financement » et sera ensuite être officialisée par un Arrêté Royal.

3.2 Services médico-techniques, consultations et pharmacie

500	Radiologie		500
501	Résonance magnétique nucléaire		501
502	Scanner		502
503	Autres services d'imagerie médicale		503 à 509
510	Laboratoire de chimie		510
511	Laboratoire d'hématologie		511
512	Laboratoire de coagulation et hémostase		512
513	Laboratoire d'immuno-hématologie		513
514	Laboratoire de sérologie		514
515	Laboratoire de microbiologie		515
516	Laboratoire d'hormonologie		516
517	Laboratoire d'anatomo-pathologie		517
518	Laboratoire de radio-isotopes in vitro		518
519	Laboratoire		519
520	Autres Laboratoires		520 à 549
550	Hôpital de jour médical		550
551	Hôpital de jour pédiatrique		551
552	Hôpital de jour autres		552
553	Projets pilotes liés à l'hôpital de jour gériatrique		553
554	Sans affectation	(°°°)	554
555	Centres de revalidation - conventions INAMI		555 à 559
560	Hémodialyse		560 à 569
570	Radiothérapie		570 à 579
580	Autres services médico-techniques (regroupant 580 à 649)		580 à 649
650	Banques de tissus (compte d'attente)		650
651	Têtes de fémur, os ou appareil locomoteur		651
652	Peau		652
653	Kératinocytes		653
654	Cellules bêta-pancréatiques		654
655	Greffes tympano-ossiculaires		655

656	Cornées		656
657	Vaisseaux sanguins et/ou valves cardiaques et autres valves		657
658	Membranes amniotiques		658
659	Dents et os maxillo-facial		659
660	Sang de cordon		660
661	Cellules souches hématopoïétiques		661
662	Chondrocytes		662
663	Myoblastes		663
664	Hépatocytes		664
665	Réserve restant à attribuer (regroupant 665 à 679)		665 à 679
680	Autres banques de tissus (regroupant 680 à 689)		680 à 689
690	Sans affectation (regroupant 690 à 699)		690 à 699
700	Médecine nucléaire in vivo		700
701	PET scan		701
702	Autre médecine nucléaire in vivo regroupant :		702 à 709
710	Autres services médico-techniques regroupant :		710 à 829
830	Pharmacie		830 à 839
840	Consultations		840 à 899

(°°°) ne peut pas être utilisés pour le tableau 23

3.3 Activités non hospitalières			
900	Ambulance		900 à 909
910	Maison de repos et de soins		910 à 919
920	Maison de repos		920 à 929
930	Ecole infirmières		930 à 934
935	Locaux C.P.A.S.		935 à 939
940	Habitations protégées		940 à 949
950	Maison de soins psychiatriques		950 à 959
960	Autres activités non hospitalières		960 à 979
980	Charges non imputables aux services		980 à 989
990	Produits non imputables aux services		990 à 999

4.2 ANNEXE 2 : RUBRIQUES D'ACTIF OU DE PASSIF numéros de suite pour le tableau 21

4.3

Numéro de suite	Compte	Somme	Bilan après répartition
10	20/28	*S*	*Actifs immobilisés*
20	20		I. Frais d'établissement
30	21		II. Immobilisations incorporelles
40	22/27	*S*	*III. Immobilisations corporelles*
50	22		A. Terrains & constructions
60	23		B. Matériel d'équipement médical
70	24		C. Matériel d'équipement non-médical & mobilier
80	25		D. Immobilisations en location financement
90	26		E. Autres immobilisations corporelles
100	27		F. Immobilisations corporelles en cours et acomptes versés
110	28		*IV. Immobilisations financières*
120	29/58	*S*	*Actifs circulants*
130	29	*S*	*V. Créances à plus d'un an*
140	290		A. Créances pour prestations
150	291		B. Autres créances
160	3	*S*	*VI. Stocks et commandes en cours*
170	31		A. Approvisionnements et fournitures
180	36		B. Acomptes versés sur achats pour stocks
190	37		C. Commandes en cours
200	40/41	*S*	*VII. Créances à un an au plus*
210	40	S	A. Créances sur prestations
220	400		1. Patients
230	402		2. Organismes assureurs
240	403		3. Montants de rattrapage
250	404		4. Produits à recevoir
260	406/409		5. Autres créances
270	41	S	B. Autres créances
280	415		1. Médecins, dentistes, personnel soignant et paramédicaux
290	41x		2. Autres
300	51/53		VIII. Placements de trésorerie
310	54/58		IX. Valeurs disponibles
320	490/1		X. Comptes de régularisation
330	20/58	S	**Total de l'actif**
340	10/15-18	*S*	*Capitaux propres*
350	10		I. Dotation, apports et dons en capital
360	12		II. Plus-values de réévaluation
370	13	S	III. Réserves
380	130		A. Réserve légale
390	131		B. Réserves indisponibles
400	133		C. Réserves disponibles
410	14		IV. Résultat reporté
420	15		V. Subsides d'investissement
430	18		VI. Primes de fermeture
440	16	*S*	*VII. Provisions pour risques et charges*
450	160		Provisions pour pensions et obligations similaires
460	162		Provisions pour gros travaux d'entretien
470	163		Provisions pour arriérés de rémunérations

480	164/169		Provisions pour autres risques et charges
490	17/49	*S*	*Dettes*
500	17	*S*	*VIII. Dettes à plus d'un an*
510	170/4	S	A. Dettes financières
520	170		Emprunts subordonnés
530	171		Emprunts obligataires non subordonnés
540	172		Dettes de location financement et assimilées
550	173		Etablissements de crédit
560	174		Autres emprunts
570	175		B. Dettes relatives aux achats de biens de services
580	177		C. Avances SPF Santé Publique
590	178		D. Cautionnements reçus en numéraire
600	179		E. Dettes diverses
610	42/48	*S*	*IX. Dettes à un an au plus*
620	42		A. Dettes à plus d'un an échéant dans l'année
630	43	S	B. Dettes financières
640	430/4		Etablissements de crédit
650	435/9		Autres Emprunts
660	44	S	C. Dettes courantes
670	440/444		Fournisseurs
680	441		Effets à payer
690	443		Montants de rattrapage
700	445		Médecins, dentistes, personnel soignant et paramédicaux
710	449		Dettes courantes diverses
720	46		D. Acomptes reçus
730	45	S	E. Dettes fiscales, salariales et sociales
740	450/3		Impôts
750	454/9		Rémunérations et Charges sociales
760	47/48	S	F. Autres Dettes
770	47		Dettes découlant de l'affectation du résultat
780	481		Dépôts patients reçus en numéraire
790	488		Cautionnements
800	489		Autres dettes diverses
810	492/3		*X. Comptes de régularisation*
820	10/49	S	**Total du passif**

Légende des lettres de la colonne SOMME :

« **S** »: Cette valeur indique que cette ligne est le total d'autres comptes du même tableau

4.4 ANNEXE 3 : RUBRIQUES DE COMPTE DE RESULTATS numéros de suite pour le tableau 22

Numéro de suite	Compte	SOMME	**Compte de résultats après répartition**
10	**70/74**	S	**I. Produits d'exploitation**
20	**70**	S	**A. Chiffre d'affaires**
30	700		1. Prix de la journée d'hospitalisation
40	701		2. Rattrapage estimé de l'exercice
50	702		3. Suppléments de chambres
60	703		4. Forfaits conventions INAMI
70	704		5. Produits accessoires
80	705		6. Produits. pharmac. & assimilés
90	708/709		7. Honoraires
100	72		B. Production immobilisée
110	**74**	S	**C. Autres produits d'exploitation**
120	740		1. Subsides d'exploitation
130	742/9		2. Autres
140	**60/64**	S	**II. Coût des produits d'exploitation**
150	**60**	S	**A. Approvisionnements et fournitures**
160	600/8		1. Achats
170	609		2. Variation des stocks
180	**61**	S	**B. Services et fournitures accessoires**
190	610/616		Autres services et fournitures accessoires
200	617		Personnel intérimaire et personnel mis à disposition de l'hôpital
210	618		Rémunérations, primes pour assurances extra-légales, pensions de retraite et de survie des administrateurs, gérants, associés actifs et dirigeants d'entreprise, qui ne sont pas attribués en vertu d'un contrat de travail
220	619		Rétributions des médecins, dentistes, personnel soignant et paramédical
230	**62**	S	**C. Rémunérations, charges sociales**
240	**620 0**		Rémunérations et avantages sociaux directs du personnel médical
250	**620 x**		Rémunérations et avantages sociaux directs du personnel autre
260	**621 0**		Cotisations patronales d'assurances sociales du personnel médical
270	**621 x**		Cotisations patronales d'assurances sociales du personnel autre
280	**622 0**		Primes patronales pour assurances extralégales du personnel médical
290	**622 x**		Primes patronales pour assurances extralégales du personnel autre
300	**623 0**		Autres frais de personnel du personnel médical
310	**623 x**		Autres frais de personnel du personnel autre
320	**624 0**		Pensions de retraite et de survie du personnel médical
330	**624 x**		Pensions de retraite et de survie du personnel autre
340	**625 0**		Provisions salariales du personnel médical
350	**625 x**		Provisions salariales du personnel autre
360	630	S	D. Amortissements
370	631/4		E. Autres Réductions de valeur
380	635		Provisions pour pensions et obligations similaires: dotations(+) utilisations et reprises (-)

390	636/637		Provisions pour grosses réparations, gros entretiens et autres risques: dotations(+) utilisations et reprises (-)
400	64	S	G. Autres charges d'exploitation
410	640		Impôts et taxes relatives à l'exploitation
420	642/8		Autres charges d'exploitation
430	649		Charges d'exploitation portées à l'actif au titre de frais de restructuration
440	**70/64**	V	**III. Bénéfice d'exploitation (+)**
450	**64/70**	V	**Perte d'exploitation (-)**
460	**75**	S	**IV. Produits financiers**
470	750		Produits des immobilisations Financières
480	751		Produits des actifs circulants
490	752		Plus-values sur réalisation d'actifs circulants
500	753		Subsides en capital et intérêts
510	754/759		Autres produits financiers
520	**65**	S	**V. Charges financiers**
530	650		Charges des emprunts d'investissements
540	6510		Dotations aux réductions de valeur sur actifs circulants
550	6511		Reprises de réductions de valeur sur actifs circulants
560	652		Moins-values sur réalisation d'actifs circulants
570	654/655		Différences de change, écarts de conversion de devises
580	656		Charges des crédits court terme
590	657/9		Autres charges financières
600	**70/65**	V	**VI. Bénéfice courant (+)**
610	**65/70**	V	**Perte courante (-)**
620	**76**	S	**VII. Produits Exceptionnels**
630	760		A. Reprises d'amortiss.et de réductions de valeur
640	761		B. Reprises de réduction de valeur sur immobilisations financières
650	762		C. Reprises de provisions pour risques et charges exceptionnels
660	763		D. Plus-values sur réalisation d'actifs immobilisés
670	764/8		E. Autres produits exceptionnels
680	769		F. Produits sur exercices antérieurs
690	**66**	S	**VIII. Charges exceptionnelles**
700	660		A. Amortissement. et réduct.de valeurs exceptionnels
710	661		B. Réductions de valeurs sur immobilisations financières
720	662		C. Provisions pour risques et charges exceptionnels
730	663		D. Moins-values sur réalisation. d'actifs immobilisés
740	664/8		E. Autres charges exceptionnelles
750	669		F. Charges relatives aux exercices antérieurs
760	**70/66**	V	**IX. Bénéfice de l'exercice (+)**
770	**66/70**	V	**Perte de l'exercice (-)**
780		*T*	***Affectations et prélèvement.***
790	**70/69**	V	**A. Bénéfice à affecter (+)**
800	**69/70**	V	**Perte à affecter (-)**
810	70/66	V	1. Bénéfice de l'exercice (+)
820	66/70	V	Perte de l'exercice(-)
830	790		2. Bénéfice reporté (+)
840	690		Perte reportée (-)
850	**791/2**	S	**B. Prélèvements**
860	791		1. sur le capital
870	792		2. sur les réserves
880	691/2	V	C. Dotations aux réserves (-)

890		T	**D. Résultat à reporter :**
900	**693**		**1. Bénéfice à reporter (-)**
910	**793**		**2. Perte à reporter (+)**
920	794		E. Intervention de tiers
930	694/6	S	F. Bénéfice à distribuer
940	694		Rémunération du capital
950	695		Administrateurs ou gérants
960	696		Autres allocataires

Légende des lettres de la colonne SOMME :
« **S** » Cette valeur indique que cette ligne est le total d'autres comptes du même tableau
« **V** » Cette valeur indique que cette ligne est le résultat d'une différence entre deux valeurs Le montant est toujours exprimé sous la forme d'un chiffre non signé.
« **T** » La ligne associée à ce code est un titre et ne doit pas figurer dans le fichier à transmettre. D'autre part tout rapport du tableau que ce soit sous forme imprimée on à l'écran doit toujours comporter ces ligne marquée du « T »

Chaque numéro de suite à l'exclusion des numéros codés « T » doit figurer dans le fichier même avec une valeur à zéro. Dans ce cas, il sera codé ~0.00~

5 SYNOPTIQUE

5.1 Collecte Trimestrielle

PARAMETRE	Description	Nombre de lits	Nombre de journées	Admission/sorties décès	longueur	A ou N
Record_type_cd	**Code recordtype**	T04 02	T04 03 09	T04 05 07 08	5	A
Sender_cd	**N° d'agrément**	nnn	nnn	nnn	3	A
Year	**Année d'enregistrement**	2018	2018	2018	4	N
Period_cd	**Période d'enregistrement**	3 ou 6 ou 9 ou 12	3 ou 6 ou 9 ou 12	3 ou 6 ou 9 ou 12	1-2	N
item_01	Organisme Assureur (O.A.)		O.A.	O.A.	3	A
item_02	Vide				0	
item_03	Vide				0	
item_04	Code INAMI				6	N
item_05	Mois	mois	mois	mois	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	site	site	Site	4	A
item_14	Type d'admission/sortie/transfert			mouvement	1	A
item_15	Centre de frais	C.F.	C.F.	C.F.	3	A
Value	Valeur, nombre ou montant	nombre	nombre	nombre	1-13	N

5.2 Collecte Réviseur

PARAMETRE	DESCRIPTION	Bilan	Compte de résultats	Charges	Produits	Longueur	A ou N
Record_type_cd	**Code du recordtype**	R21 01	R22 01	R23 01	R23 02	5	A
Sender_cd	**N° d'agrément**	nnn	nnn	nnn	nnn	3	A
Year	**Année d'enregistrement**	2018	2018	2018	2018	4	N
Period_cd	**Période d'enregistrement**	12	12	12	12	1-2	N
item_01	Vide					0	
item_02	Numéro de suite ou type budgétaire	numéro de suite	numéro de suite			3	N
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	Vide					0	
item_15	Centre de frais			C.F.	C.F.	3	A
Value	Valeur, nombre ou montant	montant	montant	montant	montant	15.2	N