ROYAUME DE BELGIQUE 6167213 KONINKRIJK BELGIE

Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

---

Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

CONSEIL D'ETAT
LEGISLATION
12 -06- 2017
RAAD VAN STATE
AFDELING WETGEVING

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

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, l'article 105, § 1er, modifié par la loi du 10 avril 2014;

Vu l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux ;

Vu les avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, donnés les 14 avril 2016, 23 mars 2017 et 11 mai 2017 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 31 mai 2017 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le

Vu l'avis ... du Conseil d'Etat, donné le ..., en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique ;

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. Dans les articles 53 54, 55, § 3, 58, § 2, 63quater, 63quinquies, 63sexies, 1°, 63septies et 74ter de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux les mots « le nombre de lits agréés est celui pris en considération lors de la fixation du dernier budget des moyens financiers notifié » sont chaque fois remplacés par les mots « le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique au 31 mars de l'année considérée ».

Art. 2. Dans l'article 56 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 1er, alinéa 1er, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 19 juin 2007, les mots « des hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K de plus de 150 lits et » sont insérés entre les mots « la sous-partie B4 du budget » et les mots « des hôpitaux généraux » ;

2° dans le paragraphe 1erbis, alinéa 1er, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 26 novembre 2010, les mots « des

---

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

---

Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

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

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 105, § 1, gewijzigd bij de wet van 10 april;

Gelet op het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen;

Gelet op de adviezen van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, gegeven op 14 april 2016, 23 maart 2017 en 11 mei 2017;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 31 mei 2017;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister voor Begroting, gegeven op

Gelet op het advies ... van de Raad van State, gegeven op ..., met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid;

Hebben Wij besloten en besluiten Wij:

Artikel 1. In artikelen 53, 54, 55, § 3, 58, § 2, 63quater, 63quinquies, 63sexies, 1°, 63septies en 74ter van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen worden de woorden "het aantal erkende bedden is dat in aanmerking genomen bij de vaststelling van het laatst betekende budget van financiële middelen" vervangen door de woorden "het aantal erkende bedden zoals dit bij de FOD Volksgezondheid gekend is op 31 maart van het betrokken jaar".

Art. 2. In artikel 56 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, eerste lid, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 juni 2007, worden de woorden "van de ziekenhuizen die enkel over erkende bedden beschikken onder de index G en/of index Sp in combinatie met bedden erkend onder de indexen A, T of K met meer dan 150 bedden" ingevoegd tussen de woorden "onderdeel B4 van het budget" en de woorden "van de algemene ziekenhuizen";

2° paragraaf 1bis, eerste lid, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 november 2010, worden de woorden "van de

hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K de moins de 150 lits et » sont insérés entre les mots « la sous-partie B4 du budget » et les mots « des hôpitaux et services Sp » et les mots ;

3° dans le paragraphe 1erbis, 1) et 2), modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 26 novembre 2010, les mots « Li = nombre de lits agréés tels que connus par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul ; » sont remplacés par les mots « Li = nombre de lits agréés tels que connus par le SPF Santé publique le 31 mars de l'année concernée ; » ;

4° dans le paragraphe 1erter, alinéa 3, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 26 novembre 2010, les mots « Li = nombre de lits agréés tels que connus du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul ; » sont remplacés par les mots « Li = nombre de lits agréés tels que connus par le SPF Santé publique le 31 mars de l'année concernée; ».

ziekenhuizen die enkel over erkende bedden beschikken onder de index G en/of index Sp in combinatie met bedden erkend onder de indexen A, T of K met minder dan 150 bedden" ingevoegd tussen de woorden "onderdeel B4 van het budget" en de woorden "van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen";

3° paragraaf 1bis, 1) en 2), laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 november 2010, worden de woorden "Bi = aantal erkende bedden zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is;" vervangen door de woorden "Bi = aantal erkende bedden zoals dit bij de FOD Volksgezondheid op 31 maart van het betrokken jaar gekend is;";

4° paragraaf 1ter, derde lid, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 november 2010, worden de woorden "Bi = aantal erkende bedden zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is;" vervangen door de woorden "Bi = aantal erkende bedden zoals dit bij de FOD Volksgezondheid op 31 maart van het betrokken jaar gekend is;".

Art. 3. Dans l'article 63, § 2, du même arrêté, l'alinéa 1er, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 16 mai 2016, est remplacé par ce qui suit :

« § 2. Dans les limites du budget disponible, fixé au 1er juillet 2017 à 118.175.114 euros, la sous partie B4 est augmentée d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux qui participent à la réalisation d'études pilotes ayant trait à des thématiques relatives à la santé mentale. ».

Art. 3. In artikel 63, § 2 van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 16 mei 2016, het eerste lid wordt vervangen als volgt:

"§ 2. Binnen de perken van het beschikbare budget, dat op 1 juli 2017 is vastgesteld op 118.175.114 euro wordt het onderdeel B4 verhoogd met een forfaitair bedrag voor de ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van proefstudies die betrekking hebben op thema's op het vlak van geestelijke gezondheid.".

Art. 4. Dans l'article 64, §§ 1er et 2, du même arrêté, les alinéas 3 à 5, respectivement modifiés en dernier lieu par l'arrêté royal du 8 janvier 2015, sont remplacés comme suit :

« Par COM, on entend les codes de prestations de santé remboursées par l'assurance soins de santé suivants : 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302.

Au 1er juillet 2017, le montant de la provision octroyée est égal au montant financé au 30 juin 2017.

Ce financement est revu annuellement dans le cadre de la révision du budget des moyens financiers, sur base de l'affectation effective, de la qualification, de l'expérience ou de la formation requise des ETP décrits ci-dessus ainsi que du nombre réel de COM, dont les codes sont repris ci-dessus, prestées pendant l'année considérée et comptabilisées par l'assurance maladie invalidité juqu'au 30 juin de la deuxième année suivant l'année de prestation. ».

Art. 4. In artikel 64, §§ 1 en 2 van hetzelfde besluit worden de derde tot en met vijfde leden, respectievelijk laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 januari 2015, vervangen als volgt:

"Per MOC worden de volgende codes van geneeskundige prestaties, vergoed door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, opgevat: 350372-350383, 350276-350280 en 350291-350302.

Op 1 juli 2017 is het bedrag van de toegekende provisie gelijk aan het bedrag gefinancierd op 30 juni 2017.

Deze financiering wordt jaarlijks herzien in het kader van de herziening van het budget van de financiële middelen, op basis van de effectieve toewijzing, de kwalificatie, de ervaring of de vereiste opleiding van de hierboven beschreven VTE's, alsook het reëel aantal MOC's gepresteerd gedurende het betrokken jaar, waarvan de codes hierboven werden hernomen, die tot 30 juni van het tweede jaar volgend op het prestatiejaar door de ziekte- en invaliditeitsverzekering werden gecomptabiliseerd.".

Art. 5. L'annexe 9 du même arrêté, modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 00 ... 2017, est complétée par ce qui suit :

« Nomenclature	Minutes
275693	175

Art. 5. Bijlage 9 van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 00 ..... 2017, wordt aangevuld, luidende:

« Nomenclatuur	Minuten
275693	175

275715	195
275752	180
275811	85
275833	90
275855	135
275951	115
276334	305
276356	260
276371	315
276474	140
276496	215
276511	200
276776	170
276931	105
277034	155
277152	105
277233	165
277476	120
277616	165
277631	110
278832	145
279451	155
279473	130 ».

275715	195
275752	180
275811	85
275833	90
275855	135
275951	115
276334	305
276356	260
276371	315
276474	140
276496	215
276511	200
276776	170
276931	105
277034	155
277152	105
277233	165
277476	120
277616	165
277631	110
278832	145
279451	155
279473	130 ».

Art. 6. L'annexe 18 du même arrêté, insérée par l'arrêté royal du 8 janvier 2015, est remplacée par l'annexe jointe au présent arrêté.

Art. 6. In hetzelfde besluit, wordt de bijlage 18, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 8 januari 2015, vervangen door de bijlage gevoegd bij dit besluit.

Art. 7. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er juillet 2017.

Art. 7. Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2017.

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

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

, le

,

Par le Roi :
La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Van Koningswege:
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Maggie DE BLOCK,

Annexe à l'arrêté royal du ..... modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

« Annexe 18 – Détermination des NRG sur base du DI-RHM.

1. Principes

Les NRG sont construits sur les principes suivants :
- Chaque type d'unité de soins, défini par son préfixe d'unité et son index de lit principal, prend en charge des patients qui nécessitent des soins infirmiers caractéristiques de ce type d'unité.
- Lors des transferts d'un patient au cours d'un séjour (admission à l'hôpital, passage en salle d'opération,...), les soins infirmiers sont caractéristiques du type de transfert.

Ces soins caractéristiques constituent les NRG (Nursing Related Group). Une fois définis, ces NRG peuvent être comparés aux soins reçus par un patient, un jour donné, au sein d'une unité de soins donnée (épisode de soins). Le NRG le plus ressemblant est attribué à l'épisode de soins.
Pour permettre un financement différencié, les NRG sont pondérés en fonction du poids moyen des épisodes de soins auxquels ils sont attribués.

2. Données utilisées

Les données utilisées sont celles des séjours classiques d'une année complète du RHM (Champ A2_HOSPTYPE_FAC=H, F, M, L et N dans la database RHM). Seuls les épisodes où des soins infirmiers ont été enregistrés sont pris en compte.
Les profils (NRG) doivent être reconstruits pour chaque nouvelle année d'enregistrement.

3. Création des profils de soins = NRG

Pour définir les NRG, on sélectionne les épisodes de soins qui correspondent à priori le plus au profil recherché (=Groupes d'épisodes sources).
Les scores moyens des items infirmiers dans chaque groupe d'épisodes déterminent les NRG.
Les scores utilisés pour créer les NRG ne sont pas les scores bruts des items (=scores encodés dans le DI-RHM). Ils sont pondérés en temps et en compétence d'après les résultats de l'étude Profi(e)l-DIVG(2009-2012), et convertis en valeur ridit.
Les NRG des épisodes courts (jours de transfert entre unités de soins, admission, sortie, etc.) sont créés distinctement des profils des épisodes de 24h ininterrompues (journée de soins complète dans une même unité).

3.1 Pondération des scores des items d'après Profi(e)l-DIVG

On procède comme suit:

1. Mise en catégorie des scores des items de fréquence : Les catégories sont issues de l'étude Profi(e)l-DIVG mais les fréquences médianes dans ces catégories sont recalculées pour l'année d'enregistrement considérée, séparément pour les épisodes de 24h et les épisodes courts.

2. Pour chaque score ou catégorie de score :
- Attribution des points temps, tels qu'issus de l'étude Profi(e)l-DIVG (1 point correspond à env. 5 min).
- Attribution d'un facteur de compétence, tels qu'issu de l'étude Profi(e)l-DIVG. Il s'agit du niveau minimal de la compétence principale retenue pour chaque item (Les niveaux vont de 1 à 5).

Pour chaque score ou catégorie de score, le score pondéré est obtenu via la formule suivante :

Pour les items de fréquence :
SCORE PONDERE = (FREQUENCE MEDIANE DE LA CATEGORIE [24h ou courts] X POINTS TEMPS X FACTEUR DE COMPETENCE) /FACTEUR DE COMPETENCE MOYEN

Pour les autres items :
SCORE PONDERE = POINTS TEMPS X FACTEUR DE COMPETENCE /FACTEUR DE COMPETENCE MOYEN

Préfixe d'unité de soins	Index de lit principal	Critères supplémentaires	NRG
INT	CI, HI	- DRG chirurgical OU DRG inconnu et passage en salle d'opération au cours du séjour - ET Age à l'admission >= 14 ans	1 - Soins intensifs chirurgicaux
	DI, HI	- DRG non chirurgical ou inconnu, et pas de passage en salle d'opération au cours du séjour - ET Age à l'admission >= 14 ans	2 - Soins intensifs non chirurgicaux
	EI	Age à l'admission entre 29 jours et 18 ans	3 - Soins intensifs pédiatriques
	NI	Age à l'admission <= 28 jours	4 - Soins intensifs de néonatologie
BRU	BR	- Item L400 enregistré au moins 1 fois au cours de la période - Et Age à l'admission >= 1 an	5 - Soins aux plaies compliquées
DIV	AR, OB, M, MI	- Jour de l'accouchement (Mères) - ET au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 au cours de la période - ET Age à l'admission > = 10 ans	6 - Soins en obstétrique/maternité le jour de l'accouchement (Mères)
	M	- Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 au cours de la période - ET W100 et W200 non scorés au cours de l'épisode - ET Age à l'admission >= 10 ans	7 - Soins de maternité (Mères)
	MI	- Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 au cours de la période - ET W400 non scoré au cours de l'épisode - ET Age à l'admission >= 10 ans	8 - Soins de surveillance des grossesses à haut risque (Mères)
	M	Age à l'admission <= 7 jours	9 - Soins de maternité (Nouveau-nés)
	N	- Age à l'admission <= 28 jours - ET l'épisode compte au moins 1 item parmi V200, V300 et V400 ayant un score supérieur à la moyenne de la population de référence	10 - Soins de néonatologie
	E	Age à l'admission entre 29 jours et 18 ans	11 - Soins pédiatriques
	C, CD	- DRG chirurgical OU DRG inconnu et passage en salle d'opération au cours du séjour - ET Age à l'admission >= 14 ans	12 - Soins chirurgicaux
	D, CD	- DRG non chirurgical ou inconnu, et pas de passage en salle d'opération au cours du séjour - ET Age à l'admission >= 14 ans	13 - Soins non chirurgicaux
	G	Age à l'admission >= 60 ans	14 - Soins gériatriques
	L	- Item V600 enregistré au moins 1 fois au cours de la période - Et Age à l'admission >= 1 an	15 - Soins aux patients contagieux
SPE	S1	Age à l'admission >= 1 an	16 - Soins des affections cardio-pulmonaires
	S2	Age à l'admission >= 1 an	17 - Soins des affections de l'appareil locomoteur
	S3	Age à l'admission >= 1 an	18 - Soins neurologiques
	S4	Age à l'admission >= 1 an	19 - Soins palliatifs
	S5	Age à l'admission >= 1 an	20 - Soins des polypathologies chroniques
	S6	Age à l'admission >= 60 ans	21 - Soins psychogériatriques

3.2 Calcul Ridit

Le calcul ridit est fait sur l'ensemble des épisodes de soins, mais distinctement pour les épisodes de 24h et les épisodes courts. On définit donc 2 populations de référence.

Le calcul ridit se fait par population de référence, par item et non par possibilité de codage. Les items qui présentent plusieurs possibilités de codage sont les suivants : B200, B400, C100, D100, F100 – Pour ces derniers, les possibilités de codage sont synthétisées en fonction de leur valeur pondérée.
Le calcul ridit s'effectue sur les scores pondérés des items, ordonnés par valeur croissante.
Une fois les ridits calculés, les scores pondérés des items sont remplacés par leur valeur ridit [dans la population de référence], dans tous les épisodes de soins.

3.3 Création des NRG

Pour créer les NRG, on sélectionne les épisodes de soins qui correspondent au profil recherché dans le DI-RHM de l'année considérée (Séjours classiques, épisodes avec au moins 1 item de soins enregistré, aucune erreur de sévérité 1).

Pour les épisodes de 24h, les groupes d'épisodes sources sont créés principalement sur base des différents types d'unités de soins.
Pour les épisodes courts, les groupes d'épisodes sources sont créés principalement sur base des moments spécifiques des séjours. D'autres groupes sont ensuite créés sur base des différents types d'unités de soins, en dehors de ces moments spécifiques.

3.3.1 NRG pour les épisodes de 24h

Les épisodes de 24h qui répondent aux critères du tableau ci-dessous sont sélectionnés pour créer les NRG correspondants. Si nécessaire, ces critères peuvent être modifiés lors de l'application à une nouvelle année d'enregistrement.

3.3.2 NRG pour les épisodes courts

Comme pour les groupes d'épisodes de 24h, les critères peuvent – si nécessaires - être modifiés lors de l'application à une nouvelle année d'enregistrement.

3.3.2.1 Critères des NRG courts : NRG spécifiques aux moments du séjour

Préfixe d'unité de soins	Index de lit principal	Autres critères	NRG
DIV		Jour opératoire, épisode préopératoire	22 - Soins préopératoires
DIV		Jour opératoire, épisode postopératoire	23 - Soins postopératoires
OPR		Jour opératoire	24 - Soins en salle de réveil
DIV	AR, OB	- Jour de l'accouchement (Mères) - ET au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 au cours de la période - ET Age à l'admission > = 10 ans	25 - Soins en obstétrique le jour de l'accouchement (Mères)
		- Séjour de l'accouchement - W100 ou W200 scorés au cours de l'épisode - ET W400 non scoré au cours de l'épisode - ET Age à l'admission > = 10 ans	26 - Soins prénatals en obstétrique (Mères)
		- Séjour de l'accouchement - W100 et W200 non scorés au cours de l'épisode - ET W400 scoré au cours de l'épisode - ET Age à l'admission > = 10 ans	27 - Soins postnatals en obstétrique (Mères)
DIV		Premier épisode du séjour de la naissance (Nouveau-né)	28 - Soins à la naissance (Nouveau-né)
DIV		Premier épisode d'un séjour	29 - Soins à l'admission à l'hôpital
DIV		Dernier épisode du séjour d'un patient décédé	30 - Soins lors du décès
DIV		Dernier épisode du séjour de la naissance (Nouveau-né)	31 - Soins du nouveau-né à la sortie de l'hôpital
DIV		Dernier épisode d'un séjour autre que celui du décès ou de la naissance	32 - Soins à la sortie de l'hôpital (séjours autres que celui du décès ou de la naissance)

3.3.2.2 Critères des NRG courts : NRG spécifiques aux types d'unité de soins

Il s'agit des mêmes critères que ceux des NRG de 24h.

Exception : Le NRG des soins en obstétriques le jour de l'accouchement (NRG 6) n'est pas appliqué aux épisodes courts. Il est remplacé par le NRG 25.

Préfixe d'unité de soins	Index de lit principal	Critères supplémentaires	NRG
INT	CI, HI	- DRG chirurgical OU DRG inconnu et passage en salle d'opération au cours du séjour - ET Age à l'admission >= 14 ans	1 - Soins intensifs chirurgicaux
	DI, HI	- DRG non chirurgical ou inconnu, et pas de passage en salle d'opération au cours du séjour - ET Age à l'admission >= 14 ans	2 - Soins intensifs non chirurgicaux
	EI	Age à l'admission entre 29 jours et 18 ans	3 - Soins intensifs pédiatriques
	NI	Age à l'admission <= 28 jours	4 - Soins intensifs de néonatologie
BRU	BR	- Item L400 enregistré au moins 1 fois au cours de la période - Et Age à l'admission >= 1 an	5 - Soins aux plaies compliquées
DIV	M	- Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 au cours de la période - ET W100 et W200 non scorés au cours de l'épisode - Et Age à l'admission >= 1 an	7 - Soins de maternité (Mères)
	MI	- Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 au cours de la période - ET W400 non scoré au cours de l'épisode - Et Age à l'admission >= 1 an	8 - Soins de surveillance des grossesses à haut risque (Mères)
	M	Age à l'admission <= 7 jours	9 - Soins de maternité (Nouveau-nés)
	N	- Age à l'admission <= 28 jours - ET l'épisode compte au moins 1 item parmi V200, V300 et V400 ayant un score supérieur à la moyenne de la population de référence	10 - Soins de néonatologie
	E	Age à l'admission entre 29 jours et 18 ans	11 - Soins pédiatriques
	C, CD	- DRG chirurgical OU DRG inconnu et passage en salle d'opération au cours du séjour - ET Age à l'admission >= 14 ans	12 - Soins chirurgicaux
	D, CD	- DRG non chirurgical ou inconnu, et pas de passage en salle d'opération au cours du séjour - ET Age à l'admission >= 14 ans	13 - Soins non chirurgicaux
	G	Age à l'admission >= 60 ans	14 - Soins gériatriques
	L	- Item V600 enregistré au moins 1 fois au cours de la période - Et Age à l'admission >= 1 an	15 - Soins aux patients contagieux
SPE	S1	Age à l'admission >= 1 an	16 - Soins des affections cardio-pulmonaires
SPE	S2	Age à l'admission >= 1 an	17 - Soins des affections de l'appareil locomoteur
	S3	Age à l'admission >= 1 an	18 - Soins neurologiques
	S4	Age à l'admission >= 1 an	19 - Soins palliatifs
	S5	Age à l'admission >= 1 an	20 - Soins des polypathologies chroniques
	S6	Age à l'admission >= 60 ans	21 - Soins psycho-gériatriques

3.3.3 Cleaning des groupes d'épisodes sources.

3.3.3.1 Cleaning par groupe d'épisodes sources

Pour les profils intensifs (NRG 1 à 5), le nombre d'items enregistrés dans l'épisode, les points temps-compétence et la durée de l'épisode doivent être au moins égal au percentile 5 du groupe d'épisodes sources (avant cleaning).
Pour les autres profils, le nombre d'items enregistrés dans l'épisode, les points temps-compétence et la durée de l'épisode doivent être compris entre les percentiles 5 et 95 du groupe d'épisodes sources (avant cleaning).
Les épisodes qui ne correspondent pas à ces critères sont exclus des groupes d'épisodes sources.

3.3.3.2 Cleaning pour l'ensemble des groupes d'épisodes sources

On fixe comme nombre minimum d'items requis et comme points temps-compétence minimum requis pour l'attribution d'un NRG quel qu'il soit, le percentile 5 des groupes d'épisodes sources le plus petit (avant cleaning).
Les épisodes qui ne présentent pas au moins ce nombre minimum d'items ou ces points minimum sont exclus des groupes d'épisodes sources (Groupes des 24h et des épisodes courts).

3.4 Attribution d'un NRG à un épisode de soins

Pour attribuer un NRG à un épisode de soins donné, on quantifie la ressemblance de l'épisode aux NRG par l'intermédiaire d'indicateurs. Ces indicateurs sont calculés par épisode de soins et comparés entre eux, en fonction d'une série de paramètres.

3.4.1 Indicateur principal

Un indicateur principal est construit pour chaque NRG sur base des valeurs ridits moyenne des 73 items de soins de ce NRG, les items B600, D500, F200, S100 et R100 n'étant pas repris.
Pour chaque NRG, on construit l'indicateur principal selon la formule suivante :
Indicateur principal du NRG = Moyenne des valeurs ridits « corrigées » d'après le NRG
Où la valeur ridit corrigée =
La valeur ridit de l'item dans l'épisode de soins, si le ridit de l'item est au moins égal à 0.5 dans le NRG
La valeur (1 – ridit de l'item dans l'épisode), si le ridit de l'item est inférieur à 0.5 dans le NRG
L'indicateur principal d'un NRG est calculé pour tout épisode de soins auquel il est applicable.

3.4.2 Classes de l'indicateur principal

Avant d'être utilisée pour déterminer le NRG d'un épisode de soins, la valeur d'un indicateur principal de NRG est convertie en classe.

Cette classe dépend de la valeur de l'indicateur principal dans le groupe d'épisodes sources à l'origine du NRG, comme suit :
Classe 0: Indicateur principal <= Quartile 1 de l'indicateur dans le groupe d'épisodes sources
Classe 1: Indicateur principal > Quartile 1 et <= Médiane dans le groupe d'épisodes sources
Classe 2: Indicateur principal > Médiane et <= Quartile 3 dans le groupe d'épisodes sources
Classe 3: Indicateur principal > Quartile 3 dans le groupe d'épisodes sources
Après calcul des indicateurs principaux et conversion en classe, un épisode de soins donné reçoit le NRG dont la classe est la plus élevée.
Si plusieurs NRG obtiennent la même classe la plus élevée, on utilise un 2ème indicateur : l'indicateur secondaire.

3.4.3 Indicateur secondaire

Un indicateur secondaire est construit pour chaque NRG, sur base des valeurs ridits moyennes des items de soins les plus caractéristiques à ce NRG.
Pour déterminer les items les plus caractéristiques par NRG, on procède comme suit :

a. Pour chaque item de soins, on calcule les percentiles P25 et P75 des scores ridits moyens par NRG, dans la population de référence.
b. Un item est retenu pour un NRG si la valeur ridit moyenne de cet item dans le NRG est plus grande ou égale au P75 et plus grande que 0.5, ou plus petite ou égale au P25 et plus petite que 0.5

Formule de l'indicateur secondaire :
Indicateur secondaire du NRG = Moyenne des valeurs ridits des items caractéristiques « corrigées » d'après le NRG
Où la valeur ridit corrigée =
La valeur ridit de l'item dans l'épisode de soins, si le ridit de l'item dans le NRG est au moins égal à son percentile de référence supérieur
La valeur (1 – ridit de l'item dans l'épisode), si le ridit de l'item dans le NRG est au plus égal à son percentile de référence inférieur
Dans le cas où l'indicateur principal ne permet pas de départager plusieurs NRG pour un même épisode de soins (classe la plus élevée non unique), on calcule l'indicateur secondaire des NRG ex-aequo. L'indicateur secondaire ayant la valeur la plus élevée détermine le NRG de l'épisode de soins.

3.4.4 conditions d'application d'un NRG à un épisode de soins

Tous les NRG définis ne sont pas applicables à tous les épisodes de soins. 3 types de limitation sont mises en place.

3.4.4.1 Limitation liée à la durée de l'épisode de soins.

Un NRG construit sur des épisodes sources de 24h n'est applicable qu'aux épisodes de 24h. De même pour les NRG « courts », qui ne sont applicables qu'aux épisodes courts.

3.4.4.2 Limitation liée au nombre d'items enregistrés dans l'épisode de soins et aux points temps-compétence de l'épisode.

Les NRG ne sont pas applicables aux épisodes n'ayant pas un minimum d'items enregistrés ou n'atteignant pas un minimum de points temps-compétence (voir chapitre 3.3.3.2).

3.4.4.3 Limitations spécifiques aux NRG.

Ces limitations sont présentées dans le tableau suivant. Ces limitations peuvent – si nécessaires – être modifiées lors de l'application à une nouvelle année d'enregistrement.

	Conditions d'application du NRG à un épisode de soins	
NRG	Age du patient à l'admission	Autres conditions
1 - Soins intensifs chirurgicaux	>= 1 an	
2 - Soins intensifs non chirurgicaux	>= 1 an	
3 - Soins intensifs pédiatriques	<= 18 ans	
4 - Soins intensifs de néonatologie	< 1 an	
5 - Soins aux plaies compliquées	>= 1 an	Item L400 enregistré au moins 1 fois au cours de la période
6 - Soins en obstétrique/maternité le jour de l'accouchement (Mères)	>= 10 ans	Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 au cours de la période
7 - Soins de maternité (Mères)	>= 10 ans	
8 - Soins de surveillance des grossesses à haut risque (Mères)	>= 10 ans	
9 - Soins de maternité (Nouveau-nés)	< 1 an	
10 - Soins de néonatologie	< 1 an	L'épisode compte au moins 1 item parmi V200, V300 et V400 avec un score supérieur à la moyenne de la population de référence
11 - Soins pédiatriques	<= 18 ans	
12 - Soins chirurgicaux	>= 1 an	
13 - Soins non chirurgicaux	>= 1 an	
14 - Soins gériatriques	>= 60 ans	
15 - Soins aux patients contagieux	>= 1 an	Item V600 enregistré au moins 1 fois au cours de la période
16 - Soins des affections cardio-pulmonaires	>= 1 an	
17 - Soins des affections de l'appareil locomoteur	>= 1 an	
18 - Soins neurologiques	>= 1 an	
19 - Soins palliatifs	>= 1 an	
20 - Soins des polypathologies chroniques	>= 1 an	
21 - Soins psychogériatriques	>= 60 ans	
22 - Soins préopératoires		Pas le dernier épisode du séjour
23 - Soins postopératoires		Pas le premier épisode du séjour
24 - Soins en salle de réveil		
25 - Soins en obstétrique le jour de l'accouchement (Mères)	>= 10 ans	Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 au cours de la période
26 - Soins prénatals en obstétrique (Mères)	>= 10 ans	
27 - Soins postnatals en obstétrique (Mères)	>= 10 ans	

28 - Soins à la naissance (Nouveau-né)	< 1 an	Pas le dernier épisode du séjour
29 - Soins à l'admission à l'hôpital (séjours autres que la naissance ou l'accouchement)		Pas le dernier épisode du séjour
30 - Soins lors du décès		Dernier épisode du séjour
31 - Soins du nouveau-né à la sortie de l'hôpital	< 1 an	Pas le premier épisode du séjour
32 - Soins à la sortie de l'hôpital (séjours autres que celui du décès ou de la naissance)		Pas le premier épisode du séjour

3.4.5 NRG prioritaires

Parmi les NRG applicables à un épisode donné, certains sont considérés comme prioritaires. Les NRG applicables mais non prioritaires n'interviennent que si aucun NRG prioritaire n'existe pour l'épisode.

3.4.5.1 Pour les NRG non intensifs (NRG 6 à 32)

Un NRG non intensif est considéré comme prioritaire pour un épisode de soins si l'indicateur principal de ce NRG est au moins égal au ridit moyen de l'épisode de soins (Ridit moyen = Moyenne des valeurs ridits des 73 items de l'épisode de soins, les items B600, D500, F200, S100 et R100 n'étant pas repris.) et si le nombre d'items, les points temps-compétence et la durée de l'épisode sont compris entre les P5 et P95 du groupe de base correspondant au NRG.

3.4.5.2 Pour les NRG intensifs (NRG 1 à 5)

Un NRG intensif est considéré comme prioritaire pour un épisode de soins si l'indicateur principal de ce NRG est au moins égal à la valeur minimum de l'indicateur principal dans le groupe des épisodes sources à l'origine du NRG et si le nombre d'items, les points temps-compétence et la durée de l'épisode sont au moins égaux au P5 du groupe de base correspondant au NRG.

3.4.6 Algorithme d'attribution d'un NRG à un épisode de soins

3.4.6.1 Cas général

Etapes à suivre pour l'attribution d'un NRG à un épisode de soins, dans le cas le plus général :
a. Déterminer les NRG applicables à l'épisode de soins (Voir chapitre 3.4.5)
b. Calculer les indicateurs principaux des NRG applicables (3.4.1)
c. Déterminer les NRG prioritaires (3.4.6)
d. Convertir en classe les indicateurs principaux des NRG prioritaires (3.4.2)
e. La classe la plus élevée détermine le NRG

3.4.6.2 La classe la plus élevée correspond à plusieurs NRG

Si après conversion des indicateurs principaux en classe de NRG, on obtient la même classe la plus élevée pour plusieurs NRG (étape 'e' du cas général), on utilise l'indicateur secondaire pour les départager.

Etapes à suivre :
a. Déterminer les NRG applicables à l'épisode de soins (3.4.5)
b. Calculer les indicateurs principaux des NRG applicables (3.4.1)
c. Déterminer les NRG prioritaires (3.4.6)
d. Convertir en classe les indicateurs principaux des NRG prioritaires (3.4.2) -> La classe la plus élevée correspond à plusieurs NRG
e. Calculer les indicateurs secondaires des NRG prioritaires ayant la classe la plus élevée (3.4.3)
f. L'indicateur secondaire le plus élevé détermine le NRG

3.4.6.3 Pas de NRG prioritaire

Si aucun NRG prioritaire n'existe pour l'épisode de soins (étape 'c' du cas général), le NRG de l'épisode est déterminé sur base de l'indicateur secondaire. La classe du NRG est déterminée à posteriori via l'indicateur principal.

Etapes à suivre :
a. Déterminer les NRG applicables à l'épisode de soins (3.4.5)
b. Calculer les indicateurs principaux des NRG applicables (3.4.1)

c. Déterminer les NRG prioritaires (3.4.6) -> Aucun NRG n'est prioritaire pour l'épisode
d. Calculer les indicateurs secondaires des NRG applicables (3.4.3)
e. L'indicateur secondaire le plus élevé détermine le NRG
f. Calculer l'indicateur principal du NRG retenu (3.4.1)
g. Convertir l'indicateur principal en classe (3.4.2)

3.5 Pondérer les NRG

Chaque NRG est subdivisé en 4 classes d'après la valeur de l'indicateur principal.
Le poids d'une classe de NRG est déterminé sur base des épisodes de l'année d'enregistrement ayant reçu ce NRG/Classe.
Le poids des NRG de 24h est déterminé sur base des épisodes de 24h uniquement, de même le poids des NRG courts est déterminé sur base des épisodes courts.

3.5.1 Poids d'un épisode de soins

Pour chaque épisode de soins, on calcule la somme des scores pondérés de l'ensemble des items scorés dans l'épisode. Cette valeur représente le poids « temps-compétence » de l'épisode de soins
(Voir chapitre 3.1 pour le calcul des scores pondérés).

3.5.2 Poids d'une classe de NRG

Le poids par NRG-classe est égal au poids « temps-compétence » moyen de tous les épisodes qui reçoivent ce NRG-classe. Ce poids moyen est réattribué à chaque épisode ayant reçu ce NRG-classe, en tenant compte d'un facteur de correction fonction de la durée de l'épisode de soins et des items enregistrés. Les items A100, B100, B200, B400, B600, C100, C200, C400, D100, D300, D400, D500, F200, G200, G300, G400, I200, K100, K200, K300, L100, M100, N200, N600, N700, O100, O200, P100, Q100, R100, S100, S200, V100, V300, V600, V700, W100, W500, X100 déterminent le facteur de correction.

Les épisodes de soins qui comptent moins d'items de soins scorés que le minimum prévu pour recevoir un NRG, conservent leur poids « temps-compétence » comme calculé au point 3.5.1 (Voir aussi chapitres 3.3.3.2 et 3.4.5.2).

3.6 Financement des épisodes de soins

Les épisodes de soins considérés pour le financement par NRG sont répartis en 3 groupes, principalement suivant l'index de lit où ils ont lieu. Cet index est déterminé sur base de la composition des unités de soins, de la facturation si l'unité est mixte, voire de la spécialité si les informations de facturation sont insuffisantes.

3.6.1 Groupe CD

Ce groupe comprend les épisodes en index de lit C, D, L, CD, CI, DI, HI ou dans une unité mixte avec un index de lit EI > 18 ans.

3.6.2 Groupe E

Ce groupe comprend les épisodes en index de lit E, EI ou dans une unité mixte avec un index de lit EI =< 18 ans.

3.6.3 Groupe I

Ce groupe comprend les épisodes de classe NRG intensive dont le poids >= poids minimum de la classe 1 des NRG intensifs (NRG 1 à 5), au cours des 24 heures.

3.6.4 Episodes exclus des groupes de financement

Les épisodes suivants sont exclus des groupes, même s'ils ont reçu un NRG:
a. Les épisodes des unités de type DAY, BRU, OPR
b. Les épisodes du MDC 15 (Nouveau-nés) et des patients âgés de moins de 29 jours à l'admission
c. Les épisodes des DRG 540, 541, 542, 560 (Accouchements), des séjours de l'accouchement ou avec items de soins spécifiques aux accouchements (W100 à W400)
d. Les épisodes qui ne répondent pas aux critères des groupes CD, E, I

Les épisodes suivants ne font pas partie du modèle et sont donc aussi exclus des groupes de financement:

a. Les épisodes non scorés
b. Les épisodes avec A2_HOSPTYPE_FAC=C, D ou U
c. Les épisodes des unités de type AKT, DAYMIX, MOB, OUT, TRANS, URG (pas de DI-RHM)

Ces exclusions peuvent être revues lors de l'application à une nouvelle année d'enregistrement.

3.6.5 NRG intensifs

Étant donné que le poids des NRG-intensifs (1-5) est différent en fonction de la classe et du type de période (24 heures ou moins), on a déterminé un poids minimum pour une classe NRG intensif afin d'être considéré comme intensive. Le seuil est fixé au poids minimal de classe 1 de l'intensité NRG (NRG 1 à 5), au cours des 24 heures.

3.7 Calcul des points par hôpital et part de marché.

On procède comme suit :

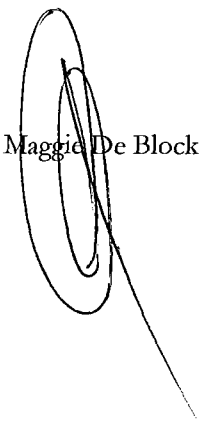
a. Les poids NRG des épisodes sont additionnés par groupe de financement (CD, E, I), par jour et par patient.
b. La médiane du poids par jour-patient dans le groupe CD est fixée comme seuil pour le calcul des points.
c. Cette valeur médiane est soustraite du poids de chaque jour-patient de chaque hôpital.
d. Les points « résiduels » sont ensuite totalisés par groupe de financement et par hôpital.
e. La part de marché d'un hôpital est la fraction de points résiduels qu'il reçoit par rapport au total des points résiduels de l'ensemble des jours-patients au niveau national.

Pour le financement supplémentaire des lits C, D et E en fonction de paramètres infirmiers, on calcule une part de marché par hôpital et par groupe de financement.

Pour calculer les points supplémentaires de soins intensifs, on n'utilise pas la part de marché mais on calcule une charge intensive 'moyenne': les points résiduels après 3.7.d. sont divisés par la somme des jours-patients des deux groupes de financement (CD et E).
Sur base de ce score, les hôpitaux sont divisés en déciles tels que visés à l'article 46, § 2, 2° Financement complémentaire, c), c.1) premier calcul.».

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2014 modifiant l'arrêté royal du ..... relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Par le Roi :
La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,



Maggie De Block

Bijlage van het koninklijk besluit van ..... betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

« Bijlage 18 – Het bepalen van NRG's op basis van de VG-MZG

1. Principes

De NRG's worden ontwikkeld op basis van de volgende principes :
- Elk type verpleegeenheid, bepaald door het prefix van zijn eenheid en zijn hoofdbedindex, behandelt patiënten die verpleegkundige zorg nodig hebben die specifiek is voor die eenheid.
- Bij de transfers van een patiënt tijdens een verblijf (ziekenhuisopname, verblijf in het operatiekwartier, ...) is de verpleegkundige zorg specifiek voor het type transfer.

Die specifieke zorg bepaalt de NRG's (Nursing Related Groups). Als de NRG's bepaald zijn, kunnen deze worden vergeleken met de zorg die een patiënt ontvangt, op een bepaalde dag, binnen een bepaalde verpleegeenheid (zorgperiode). De NRG die het meest overeenkomt, wordt aan de zorgperiode toegekend.
Om een gedifferentieerde financiering mogelijk te maken worden de NRG's gewogen op basis van het gemiddelde gewicht van de zorgperiodes waaraan ze worden toegekend.

2. Gebruikte gegevens

De gegevens die werden gebruikt, zijn deze m.b.t. de klassieke verblijven gedurende een volledig jaar in de MZG (Veld A2_HOSPTYPE_FAC=H,F,M,L en N in de MZG database). Enkel de periodes waarin de verpleegkundige zorg geregistreerd werd, worden in aanmerking genomen.
De (NRG) profielen moeten voor elk nieuw registratiejaar opnieuw uitgewerkt worden.

3. Bepalen van zorgprofielen = NRG's
Om de NRG's te bepalen selecteert men de zorgperiodes die het meest overeenkomen met het gezochte profiel (= Basisgroepen van zorgperiodes). De gemiddelde scores voor de verpleegkundige items in elke groep van periodes bepalen de NRG's.

De scores die worden gebruikt om de NRG's te creëren zijn niet de ruwe scores voor de items (= geregistreerde scores in de VG-MZG). Ze zijn gewogen inzake tijd en competentie overeenkomstig de resultaten van de Profi(e)l DI-VG studie, en omgezet in een riditwaarde.
De NRG's voor de korte periodes (dagen met transfer tussen verpleegeenheden, opname, ontslag, enz.) worden apart gecreëerd van de profielen voor ononderbroken periodes van 24u (volledige verpleegdag op eenzelfde eenheid).

3.1 Weging van de scores voor de items overeenkomstig het Profi(e)l-DI-VG

Men gaat als volgt te werk :
1. De scores voor de frequentie-items worden in categorieën ondergebracht : de categorieën zijn afkomstig van de Profi(e)l-DI-VG studie, maar de mediane frequenties in die categorieën worden herberekend voor het beschouwde registratiejaar, en dit afzonderlijk voor de periodes van 24u en de korte periodes.
2. Voor elke score of scorecategorie :
- worden punten toegekend voor tijd, zoals bepaald in de Profi(e)l-DI-VG studie (1 punt komt ongeveer overeen met 5 min.),
- wordt een competentiefactor toegekend, zoals bepaald in de Profi(e)l-DI-VG studie. Het betreft het minimaal niveau van de hoofdcompetentie die voor elk item wordt weerhouden (De niveaus gaan van 1 tot 5).

Voor elke score of scorecategorie wordt de gewogen score verkregen op basis van de volgende formule :

Voor de frequentie-items:
GEWOGEN SCORE = (MEDIANE FREQUENTIE VAN DE CATEGORIE [24u of korte periode] X PUNTEN TIJD X COMPETENTIEFACTOR)/ GEMIDDELDE COMPETENTIEFACTOR

Voor de andere items:
GEWOGEN SCORE = (PUNTEN TIJD X COMPETENTIEFACTOR) / GEMIDDELDE COMPETENTIEFACTOR

3.2 Berekening Ridit

De ridit wordt op alle zorgperiodes berekend, maar afzonderlijk voor de periodes van 24u en de korte periodes. Er worden dus 2 referentiepopulaties bepaald.

De ridit wordt per referentiepopulatie, per item berekend, en niet per coderingsmogelijkheid. De items met verschillende coderingsmogelijkheden zijn: B200, B400, C100, D100, F100. Voor deze items worden de coderingsmogelijkheden samengevoegd op basis van hun gewogen waarde.
De ridit wordt berekend op de gewogen scores van de items, gerangschikt in stijgende orde.
Als de ridits berekend zijn, worden de gewogen scores van de items door hun riditwaarde binnen de referentiepopulatie vervangen in alle zorgperiodes.

3.3 NRG's creëren

Om de NRG's te creëren selecteert men de zorgperiodes die met het gezochte profiel overeenkomen in de VG-MZG van het beschouwde jaar (klassieke verblijven, periodes met minstens 1 geregistreerd zorgitem, zonder gangbare severity 1 fouten).

Voor de periodes van 24u worden de basisgroepen van zorgperiodes hoofdzakelijk gecreëerd op basis van de verschillende types verpleegeenheden.

Voor de korte periodes worden de basisgroepen van zorgperiodes in de eerste plaats gecreëerd op basis van specifieke momenten tijdens de verblijven. Andere groepen worden vervolgens gecreëerd op basis van de verschillende types verpleegeenheden, los van die specifieke momenten.

3.3.1 NRG's voor de periodes van 24u

De periodes van 24u die voldoen aan de criteria van de tabel hieronder worden geselecteerd om de overeenstemmende NRG's te creëren. Indien nodig kunnen die criteria gewijzigd worden bij de toepassing op een nieuw registratiejaar.

Prefix verpleeg-eenheid	Hoofdbed-index	Bijkomende criteria	NRG
INT	CI, HI	- chirurgische DRG OF DRG onbekend en verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf - EN Leeftijd bij opname >= 14 jaar	1 - Chirurgische intensieve zorgen
	DI, HI	- niet-chirurgische DRG of onbekend, en geen verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf - EN Leeftijd bij opname >= 14 jaar	2 – Niet-chirurgische intensieve zorgen
	EI	Leeftijd bij opname tussen 29 dagen en 18 jaar	3 - Pediatrische intensieve zorgen
	NI	Leeftijd bij opname <= 28 dagen	4 - Neonatale intensieve zorgen
BRU	BR	- Gedurende de periode wordt minstens 1 keer het item L400 geregistreerd. - EN Leeftijd bij opname >= 1 jaar	5 - Zorgen aan gecompliceerde wonden
DIV	AR, OB, M, MI	- Dag van de bevalling (Moeders) - EN Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens de periode - EN Leeftijd bij opname >= 10 jaar	6 - Obstetrische zorg/kraamzorg op de dag van de bevalling (Moeders)
	M	- Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens de periode - EN W100 en W200 niet gescoord tijdens de zorgperiode - EN Leeftijd bij opname >= 10 jaar	7 - Kraamzorg (Moeders)
	MI	- Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens de periode - EN W400 niet gescoord tijdens de zorgperiode - EN Leeftijd bij opname >= 10 jaar	8 - Zorg bij hoogrisico-zwangerschappen (Moeders)
	M	Leeftijd bij opname <= 7 dagen	9 - Zorg op de materniteit (Pasgeborenen)
	N	- Leeftijd bij opname <= 28 dagen - EN de zorgperiode telt minstens 1 item onder V200, V300 en V400 met een score die hoger is dan het gemiddelde van de referentiepopulatie	10 - Neonatale zorg
	E	Leeftijd bij opname tussen 29 dagen en 18 jaar	11 - Pediatrische zorg
	C, CD	- chirurgische DRG OF DRG onbekend en verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf - EN Leeftijd bij opname >= 14 jaar	12 - Heelkundige zorg

	D, CD	- niet-chirurgische DRG of onbekend, en geen verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf - EN Leeftijd bij opname >= 14 jaar	13 - Geneeskundige zorg (niet-chirurgisch)
	G	Leeftijd bij opname >= 60 jaar	14 - Geriatrische zorg
	L	- Gedurende de periode wordt minstens 1 keer het item V600 geregistreerd. - EN Leeftijd bij opname >= 1 jaar	15 - Zorg aan besmettelijke patiënten
SPE	S1	Leeftijd bij opname >= 1 jaar	16 - Zorg bij cardio-pulmonaire aandoeningen
	S2	Leeftijd bij opname >= 1 jaar	17 - Zorg bij locomotorische aandoeningen
	S3	Leeftijd bij opname >= 1 jaar	18 - Zorg bij neurologische aandoeningen
	S4	Leeftijd bij opname >= 1 jaar	19 - Palliatieve zorgen
	S5	Leeftijd bij opname >= 1 jaar	20 - Zorg bij chronische polypathologieën
	S6	Leeftijd bij opname >= 60 jaar	21 - Zorg bij psychogeriatrische aandoeningen

3.3.2 NRG's voor de korte periodes

Net zoals voor de groepen van periodes van 24u kunnen de criteria – indien nodig – gewijzigd worden bij de toepassing op een nieuw registratiejaar.

3.3.2.1 Criteria m.b.t. de NRG's voor korte periodes : specifieke NRG's voor momenten tijdens het verblijf

Prefix verpleeg-eenheid	Hoofdbedindex	Andere criteria	NRG
DIV		Operatiedag, preoperatieve zorgperiode	22 - Preoperatieve zorgen
DIV		Operatiedag, postoperatieve zorgperiode	23 - Postoperatieve zorgen
OPR		Operatiedag	24 - Zorg op recovery
DIV	AR, OB	- Dag van de bevalling (Moeders) - EN Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens de periode - EN Leeftijd bij opname >= 10 jaar	25 - Obstetrische en verloskundige zorg op de dag van de bevalling (Moeders)
		- Verblijf van de bevalling - W100 of W200 gescoord tijdens de zorgperiode - EN W400 niet gescoord tijdens de zorgperiode - EN Leeftijd bij opname >= 10 jaar	26 - Prenatale verloskundige zorg (Moeders)
		- Verblijf van de bevalling - W100 en W200 niet gescoord tijdens de zorgperiode - EN W400 gescoord tijdens de zorgperiode - EN Leeftijd bij opname >= 10 jaar	27 - Postnatale verloskundige zorg (Moeders)
DIV		Eerste zorgperiode van het verblijf bij de geboorte (Pasgeborene)	28 - Zorgen bij de geboorte (Pasgeborenen)
DIV		Eerste zorgperiode van een verblijf	29 - Zorg bij opname
DIV		Laatste zorgperiode van het verblijf bij een overleden patiënt	30 - Zorg bij overlijden
DIV		Laatste zorgperiode van het verblijf bij de geboorte (Pasgeborene)	31 - Zorg aan de pasgeborene bij ontslag uit het ziekenhuis
DIV		Laatste zorgperiode van een verblijf anders dan overlijden of geboorte	32 - Zorg bij ontslag uit het ziekenhuis (verblijven anders dan geboorte of overlijden)

3.3.2.2 Criteria m.b.t. de NRG's voor korte periodes : specifieke NRG's voor types verpleegeenheden

Het betreft dezelfde criteria als deze voor de NRG's van 24u.
Uitzondering : De NRG obstetrische zorg/kraamzorg op de dag van de bevalling (NRG 6) wordt niet toegepast op de korte periodes. Deze wordt vervangen door NRG 25.

Prefix verpleeg-eenheid	Hoofdbedindex	Bijkomende criteria	NRG
INT	CI, HI	- chirurgische DRG OF DRG onbekend en verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf - EN Leeftijd bij opname >= 14 jaar	1 - Chirurgische intensieve zorgen
	DI, HI	- niet-chirurgische DRG of onbekend, en geen verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf - EN Leeftijd bij opname >= 14 jaar	2 - Niet chirurgische intensieve zorgen
	EI	Leeftijd bij opname tussen 29 dagen en 18 jaar	3 - Pediatrische intensieve zorgen
	NI	Leeftijd bij opname <= 28 dagen	4 - Neonatale intensieve zorgen
BRU	BR	Gedurende de periode wordt minstens 1 keer het item L400 geregistreerd. EN Leeftijd bij opname >= 1 jaar	5 - Zorgen aan gecompliceerde wonden
DIV	M	- Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens de periode - EN W100 en W200 niet gescoord tijdens de zorgperiode - EN Leeftijd bij opname >= 10 jaar	7 - Kraamzorg (moeders)
	MI	- Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens de periode - EN W400 niet gescoord tijdens de zorgperiode - EN Leeftijd bij opname >= 10 jaar	8 - Zorg bij hoogrisicozwangerschappen (moeders)
	M	Leeftijd bij opname <= 7 dagen	9 - Zorg op de materniteit (pasgeborenen)
	N	- Leeftijd bij opname <= 28 dagen - EN de zorgperiode telt minstens 1 item onder V200, V300 en V400 met een score die hoger is dan het gemiddelde van de referentiepopulatie	10 - Neonatale zorg
	E	Leeftijd bij opname tussen 29 dagen en 18 jaar	11 – Pediatrische zorg
	C, CD	- chirurgische DRG OF [DRG onbekend en verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf] - EN Leeftijd bij opname >= 14 jaar	12 – Heelkundige zorg
	D, CD	- niet-chirurgische DRG of onbekend, en geen verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf - EN Leeftijd bij opname >= 14 jaar	13 - Geneeskundige zorg (niet chirurgisch)
	G	Leeftijd bij opname >= 60 jaar	14 – Geriatrische zorg
	L	- Gedurende de periode wordt minstens 1 keer het item V600 geregistreerd. - EN Leeftijd bij opname >= 1 jaar	15 - Zorg aan besmettelijke patiënten
SPE	S1	Leeftijd bij opname >= 1 jaar	16 - Zorg bij cardio-pulmonaire aandoeningen
	S2	Leeftijd bij opname >= 1 jaar	17 - Zorg bij locomotorische aandoeningen
	S3	Leeftijd bij opname >= 1 jaar	18 - Zorg bij neurologische aandoeningen
	S4	Leeftijd bij opname >= 1 jaar	19 – Palliatieve zorgen
	S5	Leeftijd bij opname >= 1 jaar	20 - Zorg bij chronische polypathologieën
	S6	Leeftijd bij opname >= 60 jaar	21 - Zorg bij psychogeriatrische aandoeningen

3.3.3 Cleaning van de basisgroepen

3.3.3.1 Cleaning per basisgroep

Voor de intensieve profielen (NRG 1 tot 5) moet het aantal geregistreerde items, het tijd-competentiegewicht en de duur van de zorgperiode minstens gelijk zijn aan percentiel 5 van de groep van basisperiodes (vóór cleaning).

Voor de andere profielen moet het aantal geregistreerde items, het tijd-competentiegewicht en de duur van de zorgperiode liggen tussen percentiel 5 en percentiel 95 van de groep van basisperiodes (vóór cleaning).
De periodes die niet overeenstemmen met deze criteria worden uitgesloten van de basisgroepen.

3.3.3.2 Cleaning voor alle basisgroepen

Als minimumaantal items en tijd-competentiegewicht dat vereist is om een NRG toe te kennen stelt men percentiel 5 vast van de basisgroep van 24u met het laagste percentiel 5 (vóór cleaning).
De periodes die dit minimumaantal items en gewicht niet halen, worden uitgesloten van de basisgroepen (Groepen van 24u en kortere periodes).

3.4 Toekenning van een NRG aan een zorgperiode

Om een NRG aan een bepaalde zorgperiode toe te kennen wordt de overeenkomst van de periode met de NRG's door middel van indicatoren gekwantificeerd. Die indicatoren worden per zorgperiode berekend en onderling vergeleken op basis van een reeks parameters.

3.4.1 Hoofdindicator

Voor elke NRG wordt een hoofdindicator ontwikkeld op basis van de gemiddelde riditwaarden van de 73 zorgitems van de NRG in kwestie, waarbij items B600, D500, F200, S100 en R100 niet zijn meegerekend.
Voor elke NRG wordt de hoofdindicator ontwikkeld overeenkomstig de volgende formule:
Hoofdindicator van de NRG = Gemiddelde van de "gecorrigeerde" riditwaarden overeenkomstig de NRG
Waarbij de gecorrigeerde riditwaarde =
De riditwaarde van het item tijdens de zorgperiode, indien de ridit van het item minstens gelijk is aan 0.5 in de NRG
De waarde (1 – ridit van het item tijdens de periode), indien de ridit van het item kleiner is dan 0.5 in de NRG
De hoofdindicator van een NRG wordt berekend voor alle zorgperiodes waarop deze van toepassing is.

3.4.2 Klassen van de hoofdindicator

De waarde van een hoofdindicator van een NRG wordt in klassen geconverteerd alvorens te worden gebruikt om de NRG voor een zorgperiode te bepalen.
Die klasse hangt af van de waarde van de hoofdindicator in de basisgroep die aan de oorsprong ligt van de NRG, als volgt:
Klasse 0: Hoofdindicator <= Kwartiel 1 van de indicator in de basisgroep
Klasse 1: Hoofdindicator > Kwartiel 1 en <= Mediaan in de basisgroep
Klasse 2: Hoofdindicator > Mediaan en <= Kwartiel 3 in de basisgroep
Klasse 3: Hoofdindicator > Kwartiel 3 in de basisgroep
Na berekening van de hoofdindicatoren en de conversie in klassen krijgt een bepaalde zorgperiode de NRG met de hoogste klasse toegekend.
Als meerdere NRG's dezelfde hoogste klasse krijgen toegekend, gebruikt men een tweede indicator : de secundaire indicator.

3.4.3 Secundaire indicator

Voor elke NRG wordt een secundaire indicator ontwikkeld op basis van de gemiddelde riditwaarden van de meest specifieke zorgitems voor die NRG.
Om de meest specifieke items per NRG te bepalen gaat men als volgt te werk :
a. Voor elk zorgitem berekent men de percentielen P25 en P75 van de gemiddelde riditscores per NRG in de referentiepopulatie.
b. Een item word weerhouden voor een NRG indien de gemiddelde riditscore van dat item voor die bepaalde NRG hoger of gelijk aan de P75 en hoger dan 0.5 is of lager of gelijk aan de P25 en lager dan 0.5 is.

Formule voor de secundaire indicator :
Secundaire indicator van de NRG = Gemiddelde van de riditwaarden van de "gecorrigeerde" specifieke items overeenkomstig de NRG
Waarbij de gecorrigeerde riditwaarde =
De riditwaarde van het item tijdens de zorgperiode, indien de ridit van het item in de NRG minstens gelijk is aan zijn hoogste referentiepercentiel
De waarde (1 – ridit van het item tijdens de periode), indien de ridit van het item in de NRG hoogstens gelijk is aan zijn laagste referentiepercentiel

Ingeval de hoofdindicator niet toelaat meerdere NRG's voor eenzelfde zorgperiode te onderscheiden (hoogste niet-unieke klasse) wordt de secundaire indicator van de NRG's ex aequo berekend. De secundaire indicator met de hoogste waarde bepaalt de NRG voor de zorgperiode.

3.4.5 Voorwaarden voor toepassing van een NRG op een zorgperiode

De NRG's die werden bepaald zijn niet op alle zorgperiodes van toepassing. Er zijn 3 soorten beperkingen ingevoerd.

3.4.5.1 Beperking betreffende de duur van de zorgperiode.
Een NRG gecreëerd op basis van zorgperiodes van 24u, is enkel van toepassing op periodes van 24u. Evenzo voor de "korte" NRG's die enkel op korte periodes van toepassing zijn.

3.4.5.2 Beperking betreffende het aantal geregistreerde items, het tijd-competentiegewicht van de zorgperiode.
De NRG's zijn niet van toepassing op de periodes waarbij het aantal items of het tijd-competentiegewicht van de zorgperiode lager is dan de P5 (zie hoofdstuk 3.3.3.2.).

3.4.5.3 Specifieke beperkingen voor de NRG's.
Deze beperkingen worden uiteengezet in de tabel hieronder. Die beperkingen kunnen – indien nodig – gewijzigd worden bij de toepassing op een nieuw registratiejaar.

	Voorwaarden voor toepassing van de NRG op een zorgperiode	
NRG	Leeftijd van de patiënt bij opname	Andere voorwaarden
1 - Chirurgische Intensieve zorgen	>= 1 jaar	
2 - Niet-chirurgische Intensieve zorgen	>= 1 jaar	
3 - Pediatrische intensieve zorgen	<= 18 jaar	
4 - Neonatale intensieve zorgen	< 1 jaar	
5 - Zorgen aan gecompliceerde wonden	>= 1 jaar	Minstens 1 maal L400 gescoord tijdens de periode
6 - Obstetrische zorg/kraamzorg op de dag van de bevalling (Moeders)	>= 10 jaar	Minstens 1 item gescoord onder W100, W200, W300 en W400 tijdens de periode
7 - Kraamzorg (Moeders)	>= 10 jaar	
8 - Zorg bij hoogrisicozwangerschappen (Moeders)	>= 10 jaar	
9 - Zorg op de materniteit (Pasgeborenen)	< 1 jaar	
10 - Neonatale zorg	< 1 jaar	De zorgperiode telt minstens 1 item onder V200, V300 en V400 met een score die hoger is dan het gemiddelde van de referentiepopulatie
11 - Pediatrische zorg	<= 18 jaar	
12 - Heelkundige zorg	>= 1 jaar	
13 - Geneeskundige zorg (niet-chirurgisch)	>= 1 jaar	
14 - Geriatrische zorg	>= 60 jaar	
15 - Zorg aan besmettelijke patiënten	>= 1 jaar	Minstens 1 maal V600 gescoord tijdens de periode
16 - Zorg bij cardio-pulmonaire aandoeningen	>= 1 jaar	
17 - Zorg bij locomotorische aandoeningen	>= 1 jaar	
18 - Zorg bij neurologische aandoeningen	>= 1 jaar	
19 - Palliatieve zorgen	>= 1 jaar	
20 - Zorg bij chronische polypathologieën	>= 1 jaar	
21 - Zorg bij psychogeriatrische aandoeningen	>= 60 jaar	
22 - Preoperatieve zorgen		Niet de laatste zorgperiode van het verblijf
23 - Postoperatieve zorgen		Niet de eerste zorgperiode van het verblijf
24 - Zorg op recovery		
25 - Obstetrische en verloskundige zorg op de dag van de bevalling (Moeders)	>= 10 jaar	Minstens 1 item gescoord onder W100, W200, W300 en W400 tijdens de periode
26 - Prenatale verloskundige zorg (Moeders)	>= 10 jaar	

27 - Postnatale verloskundige zorg (Moeders)	>= 10 jaar	
28 - Zorgen bij de geboorte (Pasgeborenen)	< 1 jaar	Niet de laatste zorgperiode van het verblijf
29 - Zorg bij opname		Niet de laatste zorgperiode van het verblijf
30 - Zorg bij overlijden		Laatste zorgperiode van het verblijf
31 - Zorg aan de pasgeboren bij ontslag uit het ziekenhuis	< 1 jaar	Niet de eerste zorgperiode van het verblijf
32 - Zorg bij ontslag uit het ziekenhuis (Verblijven anders dan geboorte of overlijden)		Niet de eerste zorgperiode van het verblijf

3.4.6 Prioritaire NRG's

Sommige van de NRG's die op een bepaalde periode van toepassing zijn, worden als prioritair beschouwd. De NRG's die van toepassing maar niet prioritair zijn, worden alleen gebruikt als er geen prioritaire NRG bestaat voor de periode.

3.4.6.1 Met betrekking tot de niet-intensieve NRG's (NRG 6 tot 32)
Een niet-intensieve NRG wordt als prioritair beschouwd voor een zorgperiode als de hoofdindicator van die NRG minstens gelijk is aan de gemiddelde ridit van de zorgperiode (Gemiddelde ridit = gemiddelde van de riditwaarden van de 73 items van de zorgperiode waarbij items B600, D500, F200, S100 en R100 niet zijn meegerekend.)] en indien het aantal gescoorde items, het tijd-competentiegewicht en de duur van de zorgperiode ligt tussen de P5 en P95 van de basisgroep overeenkomstig met de NRG.

3.4.6.2 Met betrekking tot de intensieve NRG's (NRG 1 tot 5)
Een intensieve NRG wordt als prioritair beschouwd voor een zorgperiode als de hoofdindicator van die NRG minstens gelijk is aan de minimale waarde van de hoofdindicator in de basisgroep die aan de oorsprong ligt van de NRG en indien het aantal gescoorde items, het tijd-competentiegewicht en de duur van de zorgperiode hoger is dan de P5 van de basisgroep overeenkomstig met de NRG.

3.4.7 Algoritme voor het toekennen van een NRG aan een zorgperiode

3.4.7.1 Algemeen

Stappen die doorgaans gevolgd moeten worden voor het toekennen van een NRG aan een zorgperiode:
a. De NRG's bepalen die van toepassing zijn op de zorgperiode (Zie hoofdstuk 3.4.5)
b. De hoofdindicatoren berekenen van de NRG's die van toepassing zijn (3.4.1)
c. De prioritaire NRG's bepalen (3.4.6)
d. De hoofdindicatoren van de prioritaire NRG's in klassen converteren (3.4.2)
e. De hoogste klasse bepaalt de NRG

3.4.7.2 De hoogste klasse komt met meerdere NRG's overeen

Indien na conversie van de hoofdindicatoren in NRG-klassen dezelfde hoogste klasse wordt verkregen voor meerdere NRG's (stap 'e' van het puntje algemeen hierboven) wordt de secundaire indicator gebruikt om deze te onderscheiden.
Te volgen stappen :
a. De NRG's bepalen die van toepassing zijn op de zorgperiode (3.4.5)
b. De hoofdindicatoren berekenen van de NRG's die van toepassing zijn (3.4.1)
c. De prioritaire NRG's bepalen (3.4.6)
d. De hoofdindicatoren van de prioritaire NRG's in klassen converteren (3.4.2) -> De hoogste klasse komt met meerdere NRG's overeen.
e. De secundaire indicatoren berekenen van de prioritaire NRG's met dezelfde hoogste klasse (3.4.3)
f. De hoogste secundaire indicator bepaalt de NRG

3.4.7.3 Geen prioritaire NRG

Als er geen prioritaire NRG bestaat voor de zorgperiode (stap 'c' van het puntje algemeen hierboven) wordt de NRG van de periode bepaald op basis van de secundaire indicator. De klasse van de NRG wordt achteraf bepaald via de hoofdindicator.
Te volgen stappen:

a. De NRG's bepalen die van toepassing zijn op de zorgperiode (3.4.5)
b. De hoofdindicatoren berekenen van de NRG's die van toepassing zijn (3.4.1)
c. De prioritaire NRG's bepalen (3.4.6) -> Er is geen prioritaire NRG voor de periode
d. De secundaire indicatoren berekenen van de NRG's die van toepassing zijn (3.4.3)
e. De hoogste secundaire indicator bepaalt de NRG
f. De hoofdindicator van de weerhouden NRG berekenen (3.4.1)
g. De hoofdindicator in een klasse converteren (3.4.2)

3.5 De NRG's wegen

Alle NRG's worden in 4 klassen onderverdeeld overeenkomstig de waarde van de hoofdindicator.
Het gewicht van een NRG-klasse wordt bepaald op basis van de periodes van het registratiejaar die die NRG/klasse gekregen hebben.
Het gewicht van de NRG's voor 24u wordt enkel bepaald op basis van de periodes voor 24u, evenzo wordt het gewicht van de korte NRG's bepaald op basis van de korte periodes.

3.5.1 Gewicht van een zorgperiode
Voor elke zorgperiode berekent men dan de som van de gewogen scores van alle items die tijdens de periode gescoord werden. Die waarde komt overeen met het gewicht "tijd-competentie" van de zorgperiode
(Zie hoofdstuk 3.1 voor de berekening van de gewogen scores);

3.5.2 Gewicht van een NRG-klasse

Het gewicht per NRG-klasse is gelijk aan het gemiddelde gewicht "tijd-competentie" van alle periodes die die NRG-klasse krijgen.

Dat gemiddeld gewicht wordt opnieuw toegekend aan alle periodes die die NRG-klasse gekregen hebben, rekening houdend met een correctiefactor functie van de duur van de zorgperiode en de geregistreerde items. De items A100, B100, B200, B400, B600, C100, C200, C400, D100, D300, D400, D500, F200, G200, G300, G400, I200, K100, K200, K300, L100, M100, N200, N600, N700, O100, O200, P100, Q100, R100, S100, S200, V100, V300, V600, V700, W100, W500, X100 bepalen de correctiefactor.

De zorgperiodes die minder gescoorde items tellen dan het voorziene minimum om een NRG te krijgen, behouden hun gewicht "tijd-competentie" zoals berekend in punt 3.5.1 (Zie ook hoofdstukken 3.3.3.2 en 3.4.5.2).

3.6 Financiering van de zorgperiodes

De zorgperiodes die in aanmerking worden genomen voor de financiering per NRG worden in 3 groepen onderverdeeld, hoofdzakelijk overeenkomstig de bedindex waar ze plaatsvinden. Die index wordt bepaald op basis van de samenstelling van de verpleegeenheden, de facturering als het een gemengde eenheid is, en zelfs het specialisme als de facturatiegegevens onvoldoende zijn.

3.6.1 Groep CD

Deze groep omvat de periodes in bedindex C, D, L, CD, CI, DI, HI of in een gemengde eenheid met bedindex EI > 18 jaar.]

3.6.2 Groep E

Deze groep omvat de periodes in bedindex E, EI of in een gemengde eenheid met bedindex EI =< 18 jaar.]

3.6.3 Groep I

Deze groep omvat de periodes met een intensieve NRG-klasse waarvan het gewicht >= minimumgewicht van de intensieve NRG's van klasse 1 (NRG 1 tot 5), in de loop van 24 uren.]

3.6.4 Periodes die uitgesloten zijn van de financieringsgroepen

De volgende periodes zijn uitgesloten van de financieringsgroepen ook al hebben ze een NRG gekregen :
a. De periodes in de eenheden van het type DAY, BRU, OPR
b. De periodes van MDC 15 (Pasgeborenen) en patiënten die bij opname jonger zijn dan 29 dagen

c. De periodes van DRG's 540, 541, 542, 560 (Bevallingen), van de verblijven van de bevalling of met zorgitems die specifiek zijn voor bevallingen (W100 tot W400)
d. De periodes die niet voldoen aan de criteria van groepen CD, E, I.

De volgende periodes maken geen deel uit van het model en zijn dus ook uitgesloten van de financieringsgroepen:
a. De niet gescoorde periodes
b. De periodes met A2_HOSPTYPE_FAC=C, D of U
c. De periodes m.b.t. de eenheden van het type AKT, DAYMIX, MOB, OUT, TRANS, URG (geen VG-MZG)
Deze uitsluitingen kunnen herzien worden bij de toepassing op een nieuw registratiejaar.

3.6.5 Intensieve NRG's

Aangezien het gewicht van de intensieve NRG's (1-5) verschilt in functie van de klasse en het type periode (24u of korter) heeft men een minimumgewicht vastgesteld voor een intensieve NRG-klasse om als intensief te worden beschouwd. De drempel is vastgesteld op het minimumgewicht van de intensieve NRG's van klasse 1 (NRG 1 tot 5), in de loop van 24 uren.

3.7 Berekening van de punten per ziekenhuis en marktaandeel

Men gaat als volgt te werk :

a. De NRG-gewichten van de periodes worden opgeteld per financieringsgroep (CD, E, I), per dag en per patiënt.
b. De mediaan van het gewicht per patiëntdag in groep CD wordt vastgelegd als drempel voor het berekenen van de punten.
c. Deze mediaanwaarde wordt afgetrokken van het gewicht van elke patiëntdag van elk ziekenhuis.
d. De "rest"punten worden vervolgens per financieringsgroep en per ziekenhuis opgeteld.
e. Het marktaandeel van een ziekenhuis is het deel van de restpunten die deze krijgt ten opzichte van het totaal van de restpunten van alle patiëntendagen op nationaal niveau.

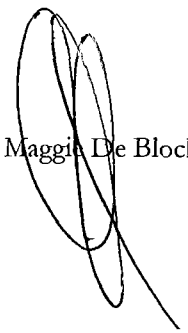
Voor de supplementaire financiering van de C,D en E bedden in functie van de verpleegkundige parameters, wordt het maktaandeel berekend per ziekenhuis en financieringsroep.

Voor de berekening van de bijkomende punten intensieve zorg gebruikt men niet het marktaandeel maar berekent men een 'gemiddelde' intensieve zwaarte door : de 'rest'punten bekomen in 3.7.d. te delen door de som van de patiëntendagen van de twee financieringsgroepen (CD en E).

Op basis van deze score worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen zoals bedoeld in 46, § 2, 2° Aanvullende financiering, c), c.1) eerste berekening.".

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van ..... tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Van Koningswege :
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,



Maggie De Block