

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

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid,
Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

**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**

**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**

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

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

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et
autres établissements de soins, l'article 105, § 1^{er}, modifié
par les lois du 10 avril 2014 et 18 décembre 2016 ;

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de
ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 105,
§ 1, gewijzigd bij de wetten van 10 april 2014 en 18 december
2016;

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

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

Vu les avis du Conseil fédéral des établissements
hospitaliers, donnés le 13 décembre 2018, 31 janvier 2019
et 11 avril 2019 ;

Gelet op de adviezen van de Federale Raad voor
Ziekenhuisvoorzieningen, gegeven op 13 december 2018, 31
januari 2019 en 11 april 2019;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 13 juin
2019 ;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven
op 13 juni 2019;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 4 juillet 2019 ;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister voor Begroting,
gegeven op 4 juli 2019;

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

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

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

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

Hebben Wij besloten en besluiten Wij:

Article 1^{er}. Dans l'article 42, § 1^{er}, 3^e opération, 5^o
Buanderie-lingerie, alinéa 1^{er}, 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 « y compris les
journées réalisées dans les lits MIC, » sont insérés entre le
mot « M, » et le mot « NIC ».

Artikel 1. In artikel 42, § 1, 3e bewerking, 5^o Wasserij – linnen,
eerste lid 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 “met inbegrip van de gerealiseerde dagen in MIC-
bedden” ingevoegd tussen het woord “M-,” en het woord
“NIC-”.

Art. 2. Dans l'article 45, § 2, alinéa 2, 2^e et 3^e tirets, du
même arrêté, modifiés en dernier lieu par l'arrêté royal du
8 janvier 2015, les mots « , le nombre de points-RIM, tel
que déterminé en vertu de l'annexe 5 au présent arrêté »
sont abrogés ;

Art. 2. In artikel 45, § 2, tweede lid , tweede en derde streepjes
van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk
besluit van 8 januari 2015, worden de woorden “, het aantal
MVG-punten, zoals bepaald krachtens bijlage 5 bij dit besluit,”
opgeheven.

Art. 3. Dans l'article 46, du même arrêté, les modifications
suivantes sont apportées :

Art. 3. In artikel 46 van hetzelfde besluit worden de volgende
bepalingen aangebracht:

1^o dans le paragraphe 1^{er}, alinéa 2, 4^o et 5^o sont remplacés
par ce qui suit :

1^o in de eerste paragraaf, tweede lid, worden de bepalingen
onder 4^o en 5^o vervangen als volgt:

« 4° les NRG (nursing related groups) : système de classification destiné à répartir, par épisode de soins, les patients hospitalisés dans des groupes homogènes. Cette classification est basée sur une cohérence clinique des soins infirmiers de laquelle découle le déploiement des ressources qui s'y rapportent pour réaliser des soins de qualité. » ;

2° dans le paragraphe 2, 2° Financement complémentaire, a), 2° est remplacé par ce qui suit :

« 2° Les points représentant les 80 % restants dont question au point 1° ci-dessus sont répartis entre les hôpitaux selon les points NRG en fonction de la part de marché de l'hôpital, établie sur base de la somme des points résiduels, tels que définis dans l'annexe 18, de l'ensemble des épisodes de soins (intensifs et non intensifs) réalisés en C, D, L, C+D, CI, DI et HI. » ;

3° dans le paragraphe 2, 2° Financement complémentaire, b), 2° est remplacé par ce qui suit :

« 2° Les points représentant les 30 % restants dont question au point 1° ci-dessus sont répartis entre les hôpitaux selon les points NRG en fonction de la part de marché de l'hôpital, établie sur base de la somme des points résiduels, tels que définis dans l'annexe 18, de l'ensemble des épisodes de soins (intensifs et non intensifs) réalisés en E et EI. » ;

4° dans le paragraphe 2, 2° Financement complémentaire, c), c.2) deuxième calcul est remplacé par ce qui suit :

« c.2) deuxième calcul :

Les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du rapport établi entre la somme des points résiduels, tels que définis dans l'annexe 18, des épisodes de soins intensifs réalisés en C, D, E, CD, L, HI, CI, DI, EI et le nombre de jours CDE (intensifs et non intensifs).

Le nombre de points supplémentaires par lit justifié est fixé comme repris au tableau figurant au premier calcul et retenu à raison de 40 %. » ;

5° dans le paragraphe 2, 2° Financement complémentaire, d) est abrogé ;

6° dans le paragraphe 4, b), b.5), le 2° tiret de l'alinéa premier, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 8 janvier 2015, est remplacé par ce qui suit :

« - calculer un nombre d'ETP pour les lits à caractère intensif en multipliant par 2 le nombre de lits à caractère intensif fixé sur base du modèle NRGnew tel que défini dans l'annexe 18. Ce montant d'ETP ne peut jamais être inférieur à 12 ; ».

Art. 4. Dans l'article 49, 3°, alinéa 2, du même arrêté, inséré par l'arrêté royal du 22 juin 2017, les mots « l'agrément » sont abrogés.

Art. 5. L'article 63, du même arrêté, est remplacé par ce qui suit :

« 4° De NRG (nursing related groups) : classificatiesysteem bestemd om per zorgperiode de gehospitaliseerde patiënten onder te verdelen in homogene groepen. Deze classificatie is gebaseerd op een klinische coherentie van de verpleegkundige zorg, waaruit het inzetten van daarmee gepaard gaande middelen voortvloeit om kwaliteitsvolle zorg te verstrekken. » ;

2° in tweede paragraaf, 2° Aanvullende financiering, a), worden de bepalingen onder 2° vervangen als volgt:

« 2° de punten die de overblijvende 80% vertegenwoordigen, waarvan sprake in het punt 1° hierboven, worden verdeeld onder de ziekenhuizen volgens de NRG punten in functie van het marktaandeel van het ziekenhuis, vastgesteld op basis van de som van de residuele punten, zoals gedefinieerd in bijlage 18, van het geheel van zorgperiodes (intensief en niet-intensief) gerealiseerd in C, D, L, CD, CI, DI en HI. » ;

3° in tweede paragraaf, 2° Aanvullende financiering, b), worden de bepalingen onder 2° vervangen als volgt:

« 2° de punten die de overblijvende 30% vertegenwoordigen, waarvan sprake in het punt 1° hierboven, worden verdeeld onder de ziekenhuizen volgens de NRG punten in functie van het marktaandeel van het ziekenhuis, vastgesteld op basis van de som van de residuele punten, zoals gedefinieerd in bijlage 18, van het geheel van zorgperiodes (intensief en niet-intensief) gerealiseerd in E en EI. » ;

4° in tweede paragraaf, 2° Aanvullende financiering, c), wordt c.2) tweede berekening vervangen als volgt:

« c.2) tweede berekening:

De ziekenhuizen worden onderverdeeld in decielen volgens de stijgende waarde van de gevestigde verhouding tussen de som van de residuele punten, zoals gedefinieerd in bijlage 18, van de gerealiseerde intensieve zorgperiodes in C, D, E, CD, L, HI, CI, EI en het aantal dagen CDE (intensief en niet-intensief).

Het aantal supplementaire punten per verantwoord bed is vastgelegd zoals hernomen in de tabel opgenomen in de eerste berekening en weerhouden aan 40%. » ;

5° in tweede paragraaf, 2° Aanvullende financiering, wordt de bepaling onder d) opgeheven;

6° in de vierde paragraaf, b), b.5), wordt het tweede streepje van het eerste lid, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 januari 2015, vervangen als volgt:

« – een aantal ETP berekenen voor de bedden met een intensief karakter door het aantal bedden met een intensief karakter, vastgelegd op basis van het model NRGnew zoals gedefinieerd in bijlage 18, te vermenigvuldigen met 2. Dit aantal ETP kan nooit minder zijn dan 12; ».

Art. 4. In artikel 49, 3°, tweede lid, van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 22 juni 2017, wordt het woord "erkende" opgeheven.

Art. 5. Artikel 63 van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt:

« Art. 63. § 1^{er}. Dans les limites du budget disponible fixé, au 1^{er} juillet 2019, à 38.023.479 euros, la sous-partie B4 des hôpitaux généraux est augmentée d'un montant forfaitaire pour participer à la réalisation d'études pilotes.

Ces études peuvent viser l'amélioration et l'évaluation des procédures concernant la gestion hospitalière dans les hôpitaux généraux, la qualité multidisciplinaire des soins hospitaliers, l'examen de nouveaux mécanismes d'organisation des soins ou de financement des hôpitaux généraux. Elles peuvent également porter sur la coordination fédérale d'une innovation, la formation à cette innovation, des actions de sensibilisation envers les acteurs hospitaliers ainsi que des incitants à la collaboration avec des partenaires externes à l'hôpital. Elles peuvent couvrir une intervention dans les frais relatifs à la prise en charge de la surveillance ou du traitement en cas de crise temporaire de santé publique.

§ 2. Dans les limites du budget disponible, fixé au 1^{er} juillet 2019 à 141.918.328 euros, la sous-partie B4 des hôpitaux qui participent à la réalisation d'études pilotes ayant trait à des thématiques relatives à la santé mentale ou spécifiques à des hôpitaux psychiatriques est augmentée d'un montant forfaitaire.

Ces études peuvent viser l'amélioration et l'évaluation des procédures concernant la gestion hospitalière, la qualité multidisciplinaire des soins psychiatriques, des alternatives de soins psychiatriques ou l'examen de nouveaux mécanismes de financement de soins hospitaliers fournis en hôpital ou en dehors de l'hôpital. Elles peuvent également porter sur la coordination fédérale et la formation à des innovations et des actions de sensibilisation envers les acteurs hospitaliers ainsi que des incitants à la collaboration avec des partenaires externes à l'hôpital.

§ 3. Dans les limites du budget disponible, fixé au 1^{er} juillet 2019 à 1.041.646 euros, la sous-partie B4 est augmentée d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux qui participent à la réalisation d'études pilotes.

Les études pilotes peuvent viser le développement ou l'utilisation d'outils télématiques dans les hôpitaux, de codification des données, d'usage de terminologies standardisées, de collecte de données hospitalières spécifiques ou de maintenance d'un outil informatique utile à tous les hôpitaux.

§ 4. L'appel d'offres des études pilotes visées aux paragraphes 1 à 3 ci-dessus doit mentionner les critères et conditions de prise en considération des projets d'études.

Les études retenues font l'objet de conventions écrites entre le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, les hôpitaux concernés et, le cas échéant, le promoteur de l'étude.

Ces études pilotes doivent porter sur un sujet qui concerne l'ensemble des hôpitaux généraux ou

“ Art. 63. § 1. Binnen de perken van het beschikbare budget, dat op 1 juli 2019 is vastgesteld op 38.023.479 euro wordt het onderdeel B4 van de algemene ziekenhuizen verhoogd met een forfaitair bedrag om deel te nemen aan de realisatie van proefstudies.

Deze pilootstudies beogen de verbetering en de evaluatie van de procedures met betrekking tot het ziekenhuisbeheer in de algemene ziekenhuizen, de multidisciplinaire kwaliteit van de ziekenhuiszorgen, het onderzoeken van nieuwe mechanismen voor de organisatie van de zorg of de financiering van de algemene ziekenhuizen. Ze kunnen eveneens betrekking hebben op de federale coördinatie van een innovatie, de vorming met betrekking tot deze innovatie, sensibiliseringsacties voor de ziekenhuis-actoren alsook stimulansen tot samenwerking met externe partners van het ziekenhuis. Ze kunnen ook een interventie in de kosten dekken met betrekking tot het op zich nemen van toezicht of behandeling in geval van een tijdelijke gezondheidszorgcrisis.

§ 2. Binnen de perken van het beschikbare budget, dat op 1 juli 2019 is vastgesteld op 141.918.328 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 of specifiek voor de psychiatrische ziekenhuizen.

Deze pilootstudies beogen de verbetering en de evaluatie van de procedures met betrekking tot het ziekenhuisbeheer, de multidisciplinaire kwaliteit van psychiatrische zorgen, de alternatieven met betrekking tot psychiatrische zorgen of het onderzoeken van nieuwe financieringsmechanismen voor ziekenhuiszorgen geleverd binnen of buiten het ziekenhuis. Ze kunnen eveneens betrekking hebben op de federale coördinatie van een innovatie, de vorming met betrekking tot deze innovatie en sensibiliseringsacties voor de ziekenhuis-actoren alsook stimulansen tot samenwerking met externe partners van het ziekenhuis.

§ 3. Binnen de perken van het beschikbare budget, dat op 1 juli 2019 is vastgesteld op 1.041.646 euro wordt het onderdeel B4 verhoogd met een forfaitair bedrag voor de ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van proefstudies.

De pilootstudies kunnen betrekking hebben op de ontwikkeling of het gebruik van de ziekenhuistelematICA in de ziekenhuizen, de codering van gegevens, het gebruik van gestandaardiseerde terminologie, de inzameling van specifieke ziekenhuisgegevens of het onderhoud van een IT-toepassing die nuttig is voor alle ziekenhuizen.

§ 4. In de offerteaanvraag van de pilootprojecten bedoeld in de paragrafen 1 tot 3 hierboven moeten de criteria en voorwaarden inzake de inoverwegingneming van de proefprojecten vermeld staan.

De weerhouden studies dienen het voorwerp uit te maken van een geschreven overeenkomst tussen de Minister dewelke het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, de betrokken ziekenhuizen en, in voorkomend geval, de promotor van de studie.

Deze pilootstudies dienen betrekking te hebben op een onderwerp dat alle algemene of psychiatrische ziekenhuizen

psychiatriques, ou une catégorie de ceux-ci, et les résultats de l'étude doivent pouvoir être généralisés à ces hôpitaux après évaluation positive par un comité d'évaluation. Les données de l'étude proviennent d'un ou de plusieurs hôpitaux.

Ces conventions mentionnent notamment, les critères qui ont servi de base à la sélection des hôpitaux concernés et, le cas échéant, du promoteur de l'étude, l'objet et la durée de l'étude, le financement accordé à l'hôpital, le mode de justification des dépenses le cas échéant, le montant et la manière par laquelle l'hôpital rémunère le promoteur de l'étude ainsi que, le cas échéant, les obligations de ce promoteur en matière de feed-back vers les hôpitaux participants, de contrôle par un comité d'accompagnement, d'évaluation phasée selon la durée de l'étude, de rapport à fournir au Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions. Elles doivent être complétées par une déclaration de conflit d'intérêts. ».

Art. 6. Dans l'article 73 du même arrêté, les paragraphes 4 à 9 sont remplacés par ce qui suit :

« § 4. A partir du 1^{er} juillet 2019 et ensuite chaque année civile, il est octroyé un forfait (X) aux hôpitaux affiliés au Fonds de pension solidarisé des administrations provinciales et locales pour compenser une partie des charges qui résultent de la loi du 24 octobre 2011 assurant un financement pérenne des pensions des membres du personnel nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales et aux hôpitaux privés qui disposent de personnel nommé à titre définitif mis à leur disposition par une administration provinciale ou locale affiliée au Fonds susmentionné.

Le personnel nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales pris en considération est celui renseigné avec un code de nomenclature NACE-BEL d'activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104.

Les charges prises en considération pour le calcul du forfait sont, pour chaque année de référence, l'addition de la charge totale de cotisation de pension de base de la masse salariale de l'hôpital et, le cas échéant, du montant de la cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle de l'hôpital au prorata du pourcentage du personnel susmentionné.

Le budget disponible de 69.353.332,74 euros (index au 1^{er} juillet 2019) est réparti de la manière suivante :

$X = [(A + B) * C] / D * \text{budget disponible}$

où :

A = charge annuelle de cotisation de pensions de base, relative à l'année de référence, pour l'hôpital ;

B = charge annuelle de responsabilisation, relative à l'année de référence, pour l'hôpital, le cas échéant ;

C = pourcentage de personnel nommé renseigné avec un code de nomenclature NACE-BEL d'activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et

aangaat, of een categorie van deze, en de resultaten van de studie dienen veralgemeend te kunnen worden naar deze ziekenhuizen na positieve evaluatie van een evaluatiecomité. De gegevens van de studie zijn afkomstig van één of meerdere ziekenhuizen.

Deze overeenkomsten dienen de criteria te vermelden die dienden als basis voor de selectie van de betrokken ziekenhuizen en, in voorkomend geval, de promotor van de studie, het doel en de duur van de studie, de financiering toegekend aan het ziekenhuis, de verantwoording van de uitgaven, in voorkomend geval, het bedrag en de wijze waarop het ziekenhuis de promotor van de studie vergoedt alsook, in voorkomend geval, de verplichtingen van de promotor betreffende de feedback naar de deelnemende ziekenhuizen, de controle door een begeleidend comité, de gefaseerde evaluatie volgens de duur van de studie, en het rapport dat voor te leggen is aan de Minister die het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft. Deze moeten vervolledigd worden door een verklaring van belangenconflict. ”.

Art. 6. In artikel 73 van hetzelfde besluit worden de vierde tot en met negende paragrafen vervangen als volgt:

“ § 4. Vanaf 1 juli 2019 en vervolgens elk burgerlijk jaar wordt er een forfait (X) toegekend aan de ziekenhuizen aangesloten bij het gesolidariseerd pensioenfonds voor provinciale en plaatselijke overheidsdiensten om een deel van de lasten te compenseren die voortvloeien uit de wet van 24 oktober 2011, tot vrijwaring van een duurzame financiering van de pensioenen van de vastbenoemde personeelsleden van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten en van de private ziekenhuizen die beschikken over statutair personeel dat hen ter beschikking is gesteld door een lokale of provinciale administratie die is aangesloten bij het bovengenoemde Fonds.

De vastbenoemde personeelsleden van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten die in aanmerking genomen worden, zijn deze die vermeld zijn met een nomenclatuurcode NACE-BEL ziekenhuisactiviteit, met name de codes 86.101, 86.102, 86.103 en 86.104.

De in aanmerking genomen lasten voor de berekening van het forfait zijn, voor elk referentiejaar, de som van de totale basispensioenbijdrage van de loonmassa van het ziekenhuis en, in voorkomend geval, het bedrag van de aanvullende pensioenbijdragen voor individuele responsabilisering van het ziekenhuis, pro rata van het percentage van het bovengenoemde personeel.

Het beschikbare budget van 69.353.332,74 euro (index op 1 juli 2019) wordt als volgt verdeeld:

$X = [(A + B) * C] / D * \text{beschikbaar budget}$

waar :

A = Jaarlijkse last van de basispensioenbijdrage voor het ziekenhuis, met betrekking tot het referentiejaar ;

B = Jaarlijkse last van de responsabiliseringsbijdrage voor het ziekenhuis, met betrekking tot het referentiejaar, indien het geval;

C = percentage van het vastbenoemde personeel dat vermeld is met een nomenclatuurcode NACE-BEL ziekenhuisactiviteit,

86.104 travaillant dans l'hôpital au cours du 4e trimestre de l'année de référence ;

$D = \text{total des charges annuelles } [(A+B) * C] \text{ pour le pays pour l'année de référence.}$

Les données reprises ci-dessus sont fournies par l'Office national de sécurité sociale et l'année de référence est la pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé.

En ce qui concerne l'hôpital privé qui dispose de personnel nommé à titre définitif mis à sa disposition par une administration provinciale ou locale affiliée au Fonds susmentionné, le forfait octroyé n'est maintenu que si l'hôpital fourni, chaque année, la preuve formelle qu'il a supporté effectivement, pour chaque pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé, la charge financière de pension de ce personnel y compris, le cas échéant, la charge de cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle. La preuve est fournie sous forme d'une déclaration sur l'honneur, dont le modèle est publié sur le site du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, signée par le gestionnaire de l'hôpital et contresignée par l'affilié au Fonds susmentionné. Elle est envoyée à l'adresse com.finhosp@health.fgov.be pour le 31 décembre de l'année pour laquelle le forfait est calculé.

A partir de l'année 2020, la répartition du budget disponible est actualisée chaque année en tenant compte des données concernant les éléments visés ci-dessus de la pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé. Les données sont fournies par l'Office national de sécurité sociale.

§ 5. A partir du 1^{er} juillet 2019 et ensuite chaque année civile, il est octroyé un forfait (Y) aux hôpitaux affiliés au Fonds de pension solidarisé des administrations provinciales et locales et aux hôpitaux privés qui disposent de personnel nommé à titre définitif mis à leur disposition par une administration provinciale ou locale affiliée au Fonds susmentionné pour compenser une partie des charges de cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle qui résultent de la loi du 24 octobre 2011 mentionnée au § 4.

Le personnel nommé à titre définitif pris en considération est celui renseigné avec un code de nomenclature NACE-BEL d'activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104.

Les charges prises en considération pour le calcul du forfait sont celles du montant de la cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle au prorata du pourcentage du personnel susmentionné.

Le budget disponible de 9.860.100 euros (index au 1^{er} juillet 2019) est réparti de la manière suivante :

$Y = (A * B) / C * \text{budget disponible}$

met name de codes 86.101, 86.102, 86.103 en 86.104 die in het ziekenhuis werken in de loop van het 4de trimester van het referentiejaar;

$D = \text{totaal van de jaarlijkse lasten } [(A+B) * C] \text{ van het land voor het referentiejaar.}$

De hierboven hernomen gegevens worden verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid en het referentiejaar is het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt.

Wat betreft het privéziekenhuis dat beschikt over vastbenoemd personeel dat hem ter beschikking gesteld is door een plaatselijke of provinciale overheidsdienst aangesloten bij het bovenvermelde Fonds, zal het toegekende forfait enkel behouden blijven indien zij het formele bewijs levert dat zij effectief de financiële last van dit ter beschikking gesteld statutair personeel draagt tijdens het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt en dit, in voorkomend geval, met inbegrip van de aanvullende pensioenbijdragen voor individuele responsabilisering. Dit bewijs wordt geleverd onder de vorm van een verklaring op eer, waarvan het model gepubliceerd werd op de website van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, en dit attest moet ondertekend worden door de beheerder van het ziekenhuis en medeondertekend worden door de aangeslotene aan het bovengenoemde Fonds. Dit bewijs wordt naar het volgende adres verzonden: com.finhosp@health.fgov.be. Dit dient te gebeuren voor 31 december van het jaar waarvoor het forfait berekend wordt.

Vanaf het jaar 2020 wordt de verdeling van het beschikbare budget elk jaar geactualiseerd door rekening te houden met de gegevens betreffende de hierboven bedoelde elementen van het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt. De gegevens worden verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid.

§ 5. Vanaf 1 juli 2019 en vervolgens elk burgerlijk jaar wordt een forfait (Y) toegekend aan de ziekenhuizen aangesloten bij het gesolidariseerd pensioenfonds voor provinciale en plaatselijke overheidsdiensten en aan de private ziekenhuizen die beschikken over vastbenoemd personeel dat hen ter beschikking gesteld is door een plaatselijke of provinciale overheidsdienst aangesloten bij het bovenvermelde Fonds voor het compenseren van een deel van de aanvullende pensioenbijdragen voor individuele responsabilisering die voortvloeien uit de in §4 vermelde wet van 24 oktober 2011.

De vastbenoemde personeelsleden die in aanmerking genomen worden, zijn deze die vermeld zijn met een nomenclatuurcode NACE-BEL ziekenhuisactiviteit, met name de codes 86.101, 86.102, 86.103 en 86.104.

De in aanmerking genomen lasten voor de berekening van het forfait stemmen overeen met het bedrag van de aanvullende pensioenbijdragen voor individuele responsabilisering van het ziekenhuis, pro rata van het percentage van het bovengenoemde personeel.

Het beschikbare budget van 9.860.100 euro (index op 1 juli 2019) wordt als volgt verdeeld:

$Y = (A * B) / C * \text{beschikbaar budget}$

où :

A = Charge annuelle de responsabilisation relative à l'année de référence pour l'hôpital ;

B = Pourcentage de personnel nommé enseignant avec un code de nomenclature NACE-BEL d'activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104 pour l'hôpital du 4^e trimestre de l'année de référence ;

C = Total des charges annuelles (A * B) pour le pays de l'année de référence.

Les données reprises ci-dessus sont fournies par l'Office national de sécurité sociale et concernent la pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé.

A partir de l'année 2020, la répartition du budget disponible est actualisée chaque année en tenant compte des données concernant les éléments visés ci-dessus de la pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé. Les données sont fournies par l'Office national de sécurité sociale.

Pour maintenir le droit au financement, l'hôpital doit prouver, chaque année, que le nombre moyen d'ETP statutaires ou d'ETP statutaires mis à sa disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds susmentionné n'est pas supérieur au nombre moyen d'ETP, statutaires ou statutaires mis à sa disposition, de l'année 2018.

Pour ce faire, à partir de l'année 2021, le gestionnaire de l'hôpital envoie chaque année pour le 31 mars, à l'adresse com.finhosp@health.fgov.be, une déclaration sur l'honneur, qui fait apparaître le nombre moyen d'ETP statutaires ou statutaires mis à disposition, de l'année 2018 et le nombre moyen d'ETP statutaires ou d'ETP statutaires mis à disposition de l'année précédant celle de l'envoi de l'attestation. Pour les hôpitaux privés ayant des ETP statutaires mis à leur disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds de pension solidarisé des administrations locales et provinciales, l'attestation susmentionnée doit être contresignée par le responsable de l'administration susmentionnée.

Si l'attestation requise n'est pas transmise dans le délai imparti, le financement octroyé pour l'année pour laquelle l'attestation a été demandée est récupéré. La même chose vaut au cas où, de l'attestation expédiée, il ressort que le nombre moyen d'ETP statutaires ou d'ETP statutaires mis à disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds susmentionné, est supérieur au nombre moyen d'ETP statutaires ou d'ETP statutaires mis à disposition, ou encore si le contenu de l'attestation ne concorde pas avec la réalité. Dans tous ces cas, l'hôpital ne pourra plus disposer d'un financement ultérieur dans le cadre de cette mesure. Le budget récupéré est réparti, lors d'un budget des moyens financiers ultérieur, entre les hôpitaux qui remplissent les conditions fixées ci-dessus pour l'année concernée. Cette répartition se fait selon les modalités de répartition de l'année concernée. ».

waar :

A = Jaarlijkse last van de responsabiliseringsbijdrage voor het ziekenhuis, met betrekking tot het referentiejaar ;

B = percentage van het vastbenoemde personeel dat vermeld is met een nomenclatuurcode NACE-BEL ziekenhuisactiviteit, met name de codes 86.101, 86.102, 86.103 en 86.104 die in het ziekenhuis werken in de loop van het 4^e trimester van het referentiejaar;

C = totaal van de jaarlijkse lasten (A * B) van het land voor het referentiejaar.

De hierboven hernomen gegevens worden verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid en het referentiejaar is het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt.

Vanaf het jaar 2020 wordt de verdeling van het beschikbare budget elk jaar geactualiseerd door rekening te houden met de gegevens betreffende de hierboven bedoelde elementen van het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt. De gegevens worden verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid.

Om het recht op de financiering te behouden moet het ziekenhuis elk jaar bewijzen dat het aantal gemiddelde VTE statutairen of VTE statutairen dat ter beschikking gesteld is door een plaatselijke of provinciale overheidsdienst aangesloten bij het bovenvermelde Fonds niet hoger ligt dan het gemiddelde aantal VTE, statutairen of ter beschikking gestelde statutairen, van het jaar 2018.

Vanaf het jaar 2021 dient de beheerder van het ziekenhuis daarvoor elk jaar voor 31 maart een verklaring op eer te verzenden naar het adres com.finhosp@health.fgov.be, waarin het aantal gemiddelde VTE statutairen of ter beschikking gestelde statutairen staat van het jaar 2018 alsook het aantal gemiddelde VTE statutairen of VTE ter beschikking gestelde statutairen van het jaar voorafgaand aan het jaar van de verzending van het attest. Voor de private ziekenhuizen die beschikken over statutairen die ter beschikking gesteld zijn door een plaatselijke of provinciale overheidsdienst aangesloten bij het gesolidariseerd pensioenfonds voor provinciale en plaatselijke overheidsdiensten, dient het bovenvermelde attest medeondertekend te worden door de verantwoordelijke van de bovenvermelde administratie.

Indien het attest niet binnen de gestelde termijn overgemaakt werd, wordt de financiering, die werd toegekend voor het jaar waarvoor het attest gevraagd werd, gerecupereerd. Hetzelfde geldt in het geval uit het verzonden attest blijkt dat het aantal gemiddelde VTE statutairen of VTE ter beschikking gestelde statutairen door een plaatselijke of provinciale overheidsdienst aangesloten bij het bovenvermelde Fonds hoger ligt dan het gemiddelde aantal VTE, statutairen of ter beschikking gestelde statutairen of indien de inhoud van het attest niet overeenstemt met de werkelijkheid. In al deze gevallen zal het ziekenhuis in de toekomst niet meer over een financiering kunnen beschikken in het kader van deze maatregel. Het gerecupereerde budget zal verdeeld worden in een volgend budget van financiële middelen onder de ziekenhuizen die wel voldoen aan de hierboven vastgelegde voorwaarden voor het betrokken jaar. Deze

herverdeling zal gebeuren volgens de verdelingsmodaliteiten van het betrokken jaar.”.

Art. 7. Dans l'annexe 3bis, 3.5., c., du même arrêté, insérée par l'arrêté royal du 30 octobre 2018, l'alinéa 2 du texte néerlandophone est remplacé par ce qui suit :

« De verantwoorde ligduur wordt berekend als volgt:

Leeftijds -groep	CD	G
70-74	0,55 x fw x verh	0,45 x fw x verhCD
75-79	0,35 x fw x verh	0,65 x fw x verhCD
80-84	0,25 x fw x verh	0,75 x fw x verhCD
85+	0,10 x fw x verh	0,90 x fw x verhCD

fw: financiële waarde, verh: verhouding ».

Art. 7. In bijlage 3bis, 3.5., c., van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 30 oktober 2018, wordt het tweede lid van de Nederlandstalige tekst vervangen als volgt:

“De verantwoorde ligduur wordt berekend als volgt:

Leeftijds- groep	CD	G
70-74	0,55 x fw x verh	0,45 x fw x verhCD
75-79	0,35 x fw x verh	0,65 x fw x verhCD
80-84	0,25 x fw x verh	0,75 x fw x verhCD
85+	0,10 x fw x verh	0,90 x fw x verhCD

fw: financiële waarde, verh: verhouding”.

Art. 8. Dans le même arrêté, les annexes 5 et 7 sont abrogées.

Art. 8. In hetzelfde besluit worden de bijlagen 5 en 7 opgeheven.

Art. 9. Dans le même arrêté, l'annexe 18, remplacée par l'arrêté royal du 21 juillet 2017, est remplacée par l'annexe au présent arrêté.

Art. 9. In hetzelfde besluit wordt bijlage 18, vervangen door het koninklijk besluit van 21 juli 2017, vervangen door de bijlage bij het huidige besluit.

Art. 10. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2019.

Art. 10. Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2019.

Art. 11. Le ministre qui a les Affaires sociales et la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Art. 11. 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

PARTIE 1 : Détermination des NRG

1. Données utilisées

Le modèle NRGnew est construit à partir des données DI-RHM basées sur la version la plus récente du manuel de codage officiel DI-RHM.

2. Episodes de soins sélectionnés

Les NRG sont déterminés au niveau de l'épisode de soins. Les données utilisées dans la construction du modèle ne comprennent que les séjours hospitaliers classiques. Cette sélection est basée sur A2_HOSPTYE_FAC = H, F, M, L, N ; et CODE_UNIT-prefix = OPR (RE uniquement), BRU, DAY, INT, SPE, DIV. Enfin, les épisodes de soins enregistrés dans des unités de soins comptant plus de la moitié de lits A sont supprimés. Seuls les épisodes de soins au cours desquels des items de soins infirmiers ont été enregistrés sont pris en compte. Les profils (NRG) sont redéfinis à chaque nouvelle année d'enregistrement.

3. Items sélectionnés

Les variables prises en compte pour le regroupement des épisodes de soins dans les différents NRG sont limitées aux items de soins infirmiers inclus dans le DI-RHM. Une analyse statistique annuelle du caractère discriminatoire ou non discriminatoire des items est effectuée en amont de la construction du modèle. Les items les moins discriminants ne sont pas utilisés dans la formation du modèle. Le caractère plus ou moins discriminant des items est évalué à partir d'une analyse des contributions des items aux premiers axes d'une Analyse en Composantes Principales. Les items qui contribuent très peu aux premières dimensions sont jugés peu utiles pour distinguer les épisodes de soins entre eux. Les épisodes de soins pour lesquels seuls ces items ont été enregistrés sont également supprimés du modèle.

Les items de fréquence sont plafonnés pour exclure les valeurs extrêmes.

4. Groupes-temps

Les épisodes de soins sont divisés en 6 groupes-temps en fonction de leur durée ([0-3h], [3-7h], [7-11h], [11-15h], [15-24h] & [24h]). Les différents groupes-temps sont traités de la même façon dans la construction du modèle.

5. Pondération des scores des items d'après l'étude Profi(e)l-DIVG

Une variable TOT_POINTS est affectée à chaque épisode de soins. Ces points sont déterminés au moyen des résultats de l'étude Profil DI-VG.

Pour chaque option de score :

- des points sont attribués en fonction du temps, tel que déterminé dans l'étude Profi(e)l-DI-VG la plus récente ;
- un facteur de compétence est attribué, tel que déterminé dans l'étude Profi(e)l-DI-VG la plus récente.

Pour chaque option de score, le score pondéré est déterminé selon la formule suivante :

- pour les items de fréquence : Possibilité de score × Points temps × Facteur de compétence ;
- pour les items catégoriels : Points temps × Facteur de compétence.

Pour un épisode de soins donné, le nombre total de points temps-compétence est déterminé en fonction de la durée d'un épisode de soins sur base des items enregistrés. Pour certains items (s'ils apparaissent suffisamment discriminatoires d'un point de vue statistique et sont donc inclus dans le modèle, voir point 3 ci-dessus), une correction des points est appliquée sur base du temps pour les épisodes des soins de moins de 24h. Il s'agit des items B200, B400, C100, D100, D300, D400, I200, K100, K200, K300, L100, M100, N200, N600, N700, P100, Q100, V100, V400, V600, V700, W100 et W500. Les

points temps-compétence de ces items enregistrés sont multipliés par la limite supérieure du groupe-temps dans lequel se situe l'épisode et divisés par 24.

Enfin, tous les scores sont additionnés pour obtenir la variable TOT-POINTS.

Rééchantonnage de la médiane

Les valeurs TOT_POINTS sont remises à l'échelle à l'aide d'une transformation linéaire de sorte que le score médian de TOT_POINTS soit exactement 100 (et que le score minimum de TOT_POINTS reste 0). Cette rééchantonnage s'effectue indépendamment du groupe-temps.

6. Détermination des ridits

Les scores ridits sont calculés par groupe-temps et par item, et non par possibilité de score. Pour le calcul des ridits, les possibilités de score de l'item en question sont remplacées par les points temps-compétence de cet item. Les épisodes en question sont ensuite classés du plus petit au plus grand. Le score ridit d'une possibilité de score est égal à la moitié du nombre relatif d'épisodes enregistrés avec cette possibilité de score + le nombre relatif d'épisodes avec des possibilités de score plus faibles. Le ridit est la moyenne de tous les scores ridits au sein du groupe de référence sélectionné.

7. Dichotomisation

Les items catégoriels sont divisés en items dichotomiques. Si un item catégoriel contient n possibilités de scores (y compris 0, non scoré), cet item est divisé en $n-1$ items binaires différents. L'item binaire correspondant à la possibilité de score k vaut 1 si la possibilité k est scorée, et 0 dans tous les autres cas.

8. Analyse en composantes principales (ACP)

Les items sont ensuite normalisés et une ACP est effectuée par groupe temps. Le choix de conserver les 4 premières composantes principales a été effectué et restera fixe dans le temps.

9. Clustering

Sur base des composantes retenues, les épisodes de soins sont répartis (par groupe-temps) entre les différents NRG au moyen d'un algorithme de regroupement k-means.

10. Score de technicité

Sur base des items du domaine 2 (soins liés aux fonctions physiologiques complexes), un score de technicité est défini pour chaque NRG. Les NRG ayant les scores de technicité les plus élevés sont appelés "High Technical".

11. Détermination des épisodes de soins intensifs

L'attribution un label intensif à un épisode de soins s'effectue par groupe-temps selon la méthodologie suivante :

- $P(HT)$: La proportion d'épisodes de soins d'un groupe-temps qui se trouvent dans un NRG High Technical ;
- $P(\overline{HT})$: La proportion d'épisodes de soins d'un groupe-temps qui ne se trouvent pas dans un NRG High Technical ;
- $P(T = t | HT)$: où T est un item du domaine 2 et t une possibilité de score. Il s'agit de la proportion d'épisodes de soins inclus dans HT qui obtiennent un score t pour l'item T ;
- $P(T = t | \overline{HT})$: où T est un item du domaine 2 et t une possibilité de score. Il s'agit de la proportion d'épisodes de soins non inclus dans HT qui obtiennent un score t pour l'item T .

$$I = \frac{P(HT) \prod_{T,t} P(T = t | HT)}{P(HT) \prod_{T,t} P(T = t | HT) + P(\overline{HT}) \prod_{T,t} P(T = t | \overline{HT})}$$

Le facteur de Bayes est ensuite calculé comme suit :

$$\rho = \frac{I}{P(\overline{HT})}$$

Si le facteur Bayes ρ est supérieur à 1, alors l'épisode de soin en question est intensif, sinon l'épisode de soins n'est pas intensif.

PARTIE 2: L'utilisation des NRG dans la partie B2 du BFM

1. Financement des épisodes de soins

POIDS DES EPISODES DE SOINS DANS LE FINANCEMENT

Sur base de la classification des épisodes de soins « intensifs » et « non-intensifs », un « poids relatif » est calculé pour chaque NRG en fonction des points temps-compétence. Une distinction est également effectuée entre les épisodes de soins intensifs dans un NRG et les épisodes de soins non intensifs pour l'attribution des poids. Le poids de chaque sous-groupe « intensif » ou « non intensif d'un NRG est défini à partir de la médiane des points temps-compétence de tous les épisodes de soins dans le sous-groupe d'épisodes de soins du NRG ayant le même caractère intensif. Ce poids est ensuite affecté à chaque épisode de soins de ce sous-groupe (=POINTS_REF).

GROUPES DE FINANCEMENT

Les épisodes de soins sont ensuite répartis en 3 groupes, en fonction de l'index de lit.

- Le groupe CD comprend les épisodes de soins des index de lit C, D, L, CD, CI, DI ou HI. Ce groupe comprend à la fois les épisodes de soins « intensifs » et « non intensifs ».
- Le groupe E comprend les épisodes de soins des index de lit E ou EI. Ce groupe comprend également les épisodes de soins « intensifs » et « non intensifs ».
- Le groupe I comprend les épisodes de soins des index de lit CI, DI, EI, HI, C, D, CD, L ou E classés comme « intensifs ».

Les épisodes qui ne répondent à aucun des critères précédents ne sont pas utilisés dans le financement.

CALCUL DES POINTS PAR HOPITAL ET PART DE MARCHE

- a. Les points NRG des épisodes de soins sont additionnés par groupe de financement (CD, E, I) et par groupe temps.
- b. Le poids médian par épisode de soins dans le groupe CD est déterminé, par groupe-temps, comme seuil pour le calcul des points résiduels.
- c. Cette valeur médiane est soustraite du poids de chaque épisode de soins de chaque hôpital ($\text{POINTS_RES} = \text{POINTS_REF} - \text{médian CD}$), pour chaque groupe-temps séparément.
- d. Les points « résiduels » sont ensuite additionnés par groupe de financement et par hôpital.
- e. La part de marché d'un hôpital est la partie des points résiduels qu'il reçoit par rapport au total des points résiduels de tous jours CDE au niveau national. Le nombre de jours CDE d'un hôpital est déterminé à partir de la somme de la durée (en minutes) de tous les épisodes de soins repris dans les groupes de financement CD et E, divisée par 1440. Une part de marché est calculée par hôpital et par groupe de financement. ».

Vu pour être annexé à Notre arrêté du modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

, le

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

DEEL 1 : Het bepalen van de NRG's Gebruikte gegevens

Het NRGnew model wordt geconstrueerd op basis van de VG-MZG gegevens gebaseerd op de meest recente versie van de officiële codeerhandleiding VG-MZG.

1. Geselecteerde zorgperiodes

De NRG's worden bepaald op niveau van de zorgperiode. De gegevens die worden gebruikt bij de constructie van het model omvatten enkel de klassieke ziekenhuisverblijven. Deze selectie gebeurt op basis van A2_HOSPTYPE_FAC = H, F, M, L, N; en CODE_UNIT-prefix = OPR (enkel RE), BRU, DAY, INT, SPE, DIV. Ten slotte worden zorgperiodes op afdelingen met meer dan de helft A bedden verwijderd. Enkel de zorgperiodes waarin verpleegkundige items geregistreerd werden worden in aanmerking genomen. De (NRG) profielen worden voor elk nieuw registratiejaar opnieuw bepaald.

2. Geselecteerde items

Voor het groeperen van zorgperiodes in de verschillende NRG's zijn de in aanmerking genomen variabelen beperkt tot de in de VG-MZG opgenomen verpleegkundige zorgitems. Een jaarlijkse statistische analyse van het al dan niet discriminerende karakter van de items wordt a priori aan de vorming van het model uitgevoerd. De minst discriminerende items worden niet gebruikt in de vorming van het model. Het al dan niet discriminerende karakter van de items wordt beoordeeld op basis van een analyse van de bijdragen van de items aan de eerste assen van de Principale Componenten Analyse. Items die weinig bijdragen aan de eerste dimensies worden beschouwd als van weinig nut bij het onderscheiden van zorgperiodes van elkaar. Zorgperiodes waarvoor alleen deze items werden geregistreerd, worden ook uit het model verwijderd.

De frequentie-items worden geplafonneerd om extreme waarden uit te sluiten.

3. Tijdsgroepen

De zorgperiodes worden opgesplitst in 6 tijdsgroepen op basis van hun duurtijd ([0-3uur[, [3-7uur[, [7-11uur[, [11-15uur[, [15-24uur[& [24uur]). De verschillende tijdsgroepen worden gelijkwaardig behandeld bij de constructie van het model.

4. De weging van de scores van de items overeenkomstig Profi(e)l DI-VG

Per zorgperiode wordt een variabele TOT_POINTS toegekend. Deze punten worden bepaald op basis van de Profiel-DI-VG studie.

Voor elke score:

- worden punten toegekend voor tijd, zoals bepaald in de meest recente Profi(e)l-DI-VG studie;
- wordt een competentiefactor toegekend, zoals bepaald in de meest recente Profi(e)l-DI-VG studie.

Voor elke scoremogelijkheid wordt de gewogen score bepaald op basis van de volgende formule:

- voor de frequentie-items: Scoremogelijkheid $\times$ Punten tijd $\times$ Competentiefactor;
- voor de categorische items: Punten tijd $\times$ Competentiefactor.

Gegeven een zorgperiode, wordt het totaal aantal tijdscompetentiepunten bepaald op basis van de geregistreerde items. Voor bepaalde items (indien deze statistisch voldoende discriminerend blijken te zijn en dus worden opgenomen in het model, zie punt 3 supra) wordt voor de zorgperiodes korter dan 24h een correctie voor tijd ingesteld. Dit betreft de items B200, B400, C100, D100, D300, D400, G200, G300, G400, I200, K100, K200, K300, L100, M100, N200, N600, N700, P100, Q100, V100, V400, V600, V700, W100, en W500. De tijdscompetentiepunten voor deze gescoorde items worden vermenigvuldigd met de bovengrens van de tijdsgroep waarin de episode zich bevindt, gedeeld door 24.

Tenslotte worden alle scores opgeteld om de variabele TOT_POINTS te verkrijgen.

Herschalen mediaan

De TOT_POINTS waarden worden met behulp van een lineaire transformatie herschaald zodat de mediane TOT_POINTS score exact 100 is (en de minimale TOT_POINTS score 0 blijft). Deze herschaling wordt uitgevoerd onafhankelijk van de tijdsgroep.

5. Berekening Ridit

De ridit wordt per tijdsgroep en per item berekend, en niet per scoremogelijkheid. Voor het berekenen van de ridits worden de scoremogelijkheden van het item in kwestie vervangen door de tijdscompetentie-punten van dit item. De episodes in kwestie worden vervolgens gerangschikt van klein naar groot. De ridit-score van een scoremogelijkheid is de helft van het relatief aantal episodes met deze scoremogelijkheid + het relatief aantal episodes van de lagere scoremogelijkheden. De ridit is het gemiddelde van alle riditscores binnen de geselecteerde referentiegroep.

6. Dichotomiseren

De categorische items worden opgesplitst in dichotome items. Indien een categorisch item n scoremogelijkheden bevat (inclusief 0, niet gescoord), wordt dit item opgesplitst in $n-1$ verschillende binaire items. Het binaire item overeenkomstig met scoremogelijkheid k is 1 als scoremogelijkheid k gescoord is, en 0 in elk ander geval.

7. Principale componenten analyse (PCA)

De items worden vervolgens genormaliseerd, en een PCA wordt uitgevoerd per tijdsgroep. De eerste 4 principale componenten worden weerhouden en zal in de loop van de tijd gefixeerd blijven.

8. Clustering

Op basis van de weerhouden componenten worden de zorgperiodes (per tijdsgroep) verdeeld in de verschillende NRG's aan de hand van een k -means clusteringsalgoritme.

9. Techniciteit score

Op basis van de items binnen domein 2 (zorg gerelateerd aan complexe fysiologische functies) wordt per NRG een technische score gedefinieerd. De NRG's met de hoogste technische scores worden "High Technical" genoemd.

10. Bepalen van intensieve zorgperiodes

Het toekennen van het label intensief aan een zorgperiode gebeurt per tijdsgroep aan de hand van de volgende methodologie:

- $P(HT)$: De proportie van alle episodes in de tijdsgroep die in een High Technical NRG zitten.
- $P(\overline{HT})$: De proportie van alle episodes in de tijdsgroep die niet in een High Technical NRG zitten.
- $P(T = t | HT)$: waarbij T een item is uit Domein 2 en t een scoremogelijkheid. Dit is de proportie van alle episodes in HT in de geselecteerde tijdsgroep, die op item T een score van t halen.
- $P(T = t | \overline{HT})$: waarbij T een item is uit Domein 2 en t een scoremogelijkheid. Dit is de proportie van alle episodes niet in HT in de geselecteerde tijdsgroep, die op item T een score van t halen.

$$I = \frac{P(HT) \prod_{T,t} P(T = t | HT)}{P(HT) \prod_{T,t} P(T = t | HT) + P(\overline{HT}) \prod_{T,t} P(T = t | \overline{HT})}$$

De Bayes factor wordt dan berekend als

$$\rho = \frac{I}{P(HT)}$$

Indien de Bayes factor ρ groter is dan 1, dan is de episode in kwestie intensief, anders is de episode niet intensief.

DEEL 2: het gebruik van de NRG's in het onderdeel B2 van het BFM

1. Financiering van zorgperiodes

GEWICHT VAN DE ZORGPERIODES IN DE FINANCIERING

Op basis van de indeling "intensieve" en "niet-intensieve" zorgperiodes wordt een "relatief gewicht" berekend voor elke NRG op basis van de tijds-competentie punten. Hierbij maken we onderscheid tussen de intensieve zorgperiodes in de NRG en de niet-intensieve zorgperiodes van een NRG. Het gewicht van elke "intensieve" of "niet intensieve" subgroep van een NRG wordt bepaald aan de hand van de mediaan van de tijdscompetentiepunten van alle zorgperiodes

in de subgroep van zorgperiodes van de NRG met hetzelfde intensieve karakter. Dit gewicht wordt dan toegekend aan elke zorgperiode in deze subgroep (=POINTS_REF).

FINANCIERINGSGROEPEN

De zorgperiodes worden vervolgens verdeeld in 3 groepen, op basis van bedindex.

- De groep CD bestaat uit zorgperiodes van bedindexen C, D, L, CD, CI, DI of HI. Deze groep omvat zowel "intensieve" als "niet-intensieve" zorgperiodes.
- De groep E bestaat uit zorgperiodes van bedindex E of EI. Ook deze groep omvat zowel "intensieve" als "niet-intensieve" zorgperiodes.
- De groep I bestaat uit de zorgperiodes van een bedindex CI, DI, EI, HI, C, D, CD, L of E die geclassificeerd zijn als "intensief".

De episodes die niet aan een van vorige criteria voldoen worden niet gebruikt in de financiering.

BEREKENING VAN DE PUNTEN PER ZIEKENHUIS EN MARKTAANDEEL

- a. De NRG-gewichten van de periodes worden opgeteld per financieringsgroep (CD, E, I), per zorgperiode
- b. De mediaan van het gewicht per zorgperiode in groep CD wordt, per tijdsgroep, vastgelegd als drempel voor het berekenen van de residuele punten.
- c. Deze mediaanwaarde wordt afgetrokken van het gewicht van elke zorgperiode van elk ziekenhuis ($POINTS_RES = POINTS_REF - \text{mediaan CD}$), dit voor elke tijdsgroep apart.
- d. De "residuele" punten worden vervolgens per financieringsgroep en per ziekenhuis opgeteld.
- e. Het marktaandeel van een ziekenhuis is het deel van de residuele punten die deze krijgt ten opzichte van het totaal van de restpunten van alle dagen CDE op nationaal niveau. Men berekent een marktaandeel per ziekenhuis en per financieringsgroep. Het aantal CDE dagen van een ziekenhuis wordt bepaald aan de hand van de som van de duur (in minuten) van alle zorgperiodes in de CD- en E-financieringsgroepen, gedeeld door 1440. Per ziekenhuis en per financieringsgroep wordt een marktaandeel berekend."

Gezien om te worden gevoegd bij Ons 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