

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE ET SERVICE PUBLIC FEDERAL EMPLOI, TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE

[2015/200268]

8 JANVIER 2015. — Arrêté ministériel portant exécution de l'article 57, § 4 de la loi du 12 mai 2014 portant création de l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale

Le Ministre de l'Emploi et le Ministre des Affaires sociales et la Santé publique,

Vu la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, notamment l'article 35, § 5, inséré par la loi du 30 décembre 1988, remplacé par la loi du 22 décembre 2003 et modifié par les lois du 27 décembre 2004, 27 décembre 2005 et 27 décembre 2006;

Vu la loi du 12 mai 2014 portant création de l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale, article 57;

Vu l'arrêté royal du 18 juillet 2002 portant des mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur non marchand, notamment les articles 22, 23, 24, 25 et 26, modifié par les arrêtés royaux du 31 décembre 2003 et 11 septembre 2006,

Arrêtent :

Article 1^{er}. Les personnes qui étaient nommées au 31 décembre 2014 en qualité de président et de membres du comité de gestion Maribel de l'Office national de Sécurité sociale des administrations provinciales et locales sont nommées en qualité de président et de membres du comité de gestion visé à l'article 4, 4) de la loi du 12 mai 2014 portant création de l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale.

Les mandats visés à l'alinéa premier courent jusqu'à l'échéance prévue des mandats en cours au 31 décembre 2014.

Art. 2. L'arrêté ministériel du 21 mai 2012 portant nomination des membres du Comité de gestion du Fonds Maribel social du secteur public est abrogé.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur au 1^{er} janvier 2015.

Bruxelles, le 8 janvier 2015.

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Mme M. DE BLOCK

Le Ministre de l'Emploi,

K. PEETERS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID EN FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID, ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG

[2015/200268]

8 JANUARI 2015. — Ministerieel besluit tot uitvoering van artikel 57, § 4 van de wet van 12 mei 2014 tot oprichting van de Dienst voor de bijzondere socialezekerheidsstelsels

De Minister van Werk en de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Gelet op de wet van 29 juni 1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers, inzonderheid op artikel 35, § 5, ingevoegd bij de wet van 30 december 1988, vervangen door de wet van 22 december 2003 en gewijzigd door de wetten van 27 december 2004, 27 december 2005 en 27 december 2006;

Gelet op de wet van 12 mei 2014 tot oprichting van de Dienst voor de bijzondere socialezekerheidsstelsels, artikel 57;

Gelet op het koninklijk besluit van 18 juli 2002 houdende maatregelen met het oog op de bevordering van de tewerkstelling in de non-profit sector, inzonderheid op de artikelen 22, 23, 24, 25 en 26, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 31 december 2003 en 11 september 2006,

Besluiten :

Artikel 1. De personen die op 31 december 2014 benoemd waren als voorzitter en leden van het Beheerscomité Maribel van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten worden benoemd als voorzitter en leden van het Beheerscomité bedoeld in artikel 4, 4) van de wet van 12 mei 2014 tot oprichting van de Dienst voor de bijzondere socialezekerheidsstelsels.

De in het eerste lid bedoelde mandaten lopen tot de voorziene einddatum van de op 31 december 2014 lopende mandaten.

Art. 2. Het ministerieel besluit van 21 mei 2012 tot benoeming van de leden van het Beheerscomité van het Fonds Sociale Maribel voor de Overheidssector wordt opgeheven.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2015.

Brussel, 8 januari 2015.

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Mevr. M. DE BLOCK

De Minister van Werk,

K. PEETERS

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

[C - 2015/24034]

8 JANVIER 2015. — 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

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, les articles 100 et 105, § 1^{er} ;

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 National des Etablissements Hospitaliers, Section Financement, donnés les 12 décembre 2013 et 13 mars 2014;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 25 août 2014;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 18 novembre 2014 ;

Vu l'avis 56.670/3 du Conseil d'Etat, donné le 27 octobre 2014, 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 ;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

[C - 2015/24034]

8 JANUARI 2015. — 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, artikelen 100 en 105, § 1;

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 Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Financiering, gegeven op 12 december 2013 en 13 maart 2014 ;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 25 augustus 2014;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister voor Begroting, gegeven op 18 november 2014;

Gelet op het advies 56.670/3 van de Raad van State, gegeven op 27 oktober 2014, 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;

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 45, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 26 décembre 2013, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

« Les paramètres visés sont ceux dont question à :

- l'article 46, § 2, 2° c): les prestations de réanimation;
- l'article 46, § 2, 2° a): les prestations médicales et chirurgicales, le nombre de points-RIM, tel que déterminé en vertu de l'annexe 5 au présent arrêté et le nombre de points-NRG, tel que déterminé en vertu de l'annexe 18 au présent arrêté ;
- l'article 46, § 2, 2° b): les prestations chirurgicales et médicales, le nombre de points-RIM, tel que déterminé en vertu de l'annexe 5 au présent arrêté et le nombre de points-NRG, tel que déterminé en vertu de l'annexe 18 au présent arrêté ;
- l'article 46, § 3, 2° a): les temps standards;
- l'article 46, § 3, 2° b): les prestations médicales d'urgence, les points de base par 100 lits et les enregistrements RHM des patients pris en charge au service des urgences ;
- l'article 46, § 3, 2° c): les prestations médicales. ».

Art. 2. Dans l'article 46 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées:

1° dans le paragraphe 2, 2° Financement complémentaire, a), 2°, le dernier alinéa, inséré par l'arrêté royal du 26 décembre 2013, est remplacé par ce qui suit :

« A partir du 1^{er} juillet 2014, 70 % des points supplémentaires sont répartis entre les hôpitaux sur base des points RIM selon les modalités reprises aux alinéas 2 et suivants ci-dessus et 30 % des points supplémentaires sont répartis selon les points NRG en fonction de la part de marché de l'hôpital, établie sur base des points NRG pour les jours patients C, D, L, C+D, à l'exclusion des jours patients à caractère intensif, dont le score est supérieur au score médian par journée. Néanmoins, la perte ou le gain, en terme de points supplémentaires par lit justifié, résultant de ce calcul est limité, par rapport au nombre de points supplémentaires par lit justifié qui auraient été attribués sur base du RIM uniquement, à 0,04 point par lit justifié. » ;

2° dans le paragraphe 2, 2° Financement complémentaire, b), 2°, le dernier alinéa, inséré par l'arrêté royal du 26 décembre 2013, est remplacé par ce qui suit :

« A partir du 1^{er} juillet 2014, 70 % des points supplémentaires sont répartis entre les hôpitaux sur base des points RIM selon les modalités reprises aux alinéas 2 et suivants ci-dessus et 30 % des points supplémentaires sont répartis selon les points NRG en fonction de la part de marché de l'hôpital, établie sur base des points NRG pour les jours patients E, à l'exclusion des jours patients à caractère intensif, dont le score est supérieur au score médian par journée. Néanmoins, la perte ou le gain, en terme de points supplémentaires par lit justifié, résultant de ce calcul est limité, par rapport au nombre de points supplémentaires par lit justifié qui auraient été attribués sur base du RIM uniquement, à 0,04 point par lit justifié. » ;

3° dans le paragraphe 2, 2° Financement complémentaire, c), c.2) deuxième calcul, les 2 derniers alinéas, insérés par l'arrêté royal du 26 décembre 2013, sont remplacés par ce qui suit :

« A partir du 1^{er} juillet 2014, 70 % des points supplémentaires sont répartis entre les hôpitaux sur base des points RIM selon les modalités reprises à l'alinéa 2 ci-dessus et 30 % des points supplémentaires sont répartis sur base des points NRG pour les jours patients C, D, C+D, E et L à caractère intensif, dont le score est supérieur au score médian par journée. Néanmoins, la perte ou le gain, en terme de points supplémentaires par lit justifié, résultant de ce calcul est limité, par rapport au nombre de points supplémentaires par lit justifié qui auraient été attribués sur base du RIM uniquement, à 0,04 point par lit justifié. »

Le nombre de points supplémentaires par lit justifié est fixé comme repris dans le tableau ci-dessus et retenu à concurrence de 40 % . » ;

4° le paragraphe 3, 2°, a), a.1), alinéa 1^{er}, est complété par ce qui suit:

« Les prestations mentionnées dans le 'code service 002' sont attribuées à l'hôpital qui a réalisé ces prestations sur base du code 'lieu de prestation'. » ;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 45, § 2, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 december 2013, wordt het tweede lid vervangen als volgt :

« De bedoelde parameters zijn deze waarvan sprake in:

- artikel 46, § 2, 2°, c): de reanimatie-verstrekkingen;
- artikel 46, § 2, 2°, a): de geneeskundige en heelkundige verstrekkingen, het aantal MVG-punten, zoals bepaald krachtens bijlage 5 bij dit besluit, en het aantal NRG-punten, zoals bepaald krachtens bijlage 18 bij dit besluit ;
- artikel 46, § 2, 2°, b): de geneeskundige en heelkundige verstrekkingen, het aantal MVG-punten, zoals bepaald krachtens bijlage 5 bij dit besluit, en het aantal NRG-punten, zoals bepaald krachtens bijlage 18 bij dit besluit ;
- artikel 46, § 3, 2°, a): de standaardtijden;
- artikel 46, § 3, 2°, b): de dringende geneeskundige verstrekkingen, de basispunten per 100 bedden en de MZG-registraties van de ten laste genomen patiënten in de spoedgevallendiensten;
- artikel 46, § 3, 2°, c): de geneeskundige verstrekkingen. ».

Art. 2. In artikel 46 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in paragraaf 2, 2° Aanvullende financiering, a), 2°, wordt het laatste lid, ingevoegd door het koninklijk besluit van 26 december 2013, vervangen als volgt :

« Vanaf 1 juli 2014 wordt 70% van de bijkomende punten onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de MVG-punten volgens de modaliteiten uit bovenstaand lid 2 en volgende en 30 % van de bijkomende punten wordt verdeeld op basis van de NRG-punten in functie van het marktaandeel van het ziekenhuis, vastgesteld op basis van de NRG-punten voor patiëntendagen C, D, L, C+D, met uitzondering van de patiëntendagen met een intensief karakter, waarvan de score hoger ligt dan de mediaanscore per dag. De winst of het verlies van bijkomende punten per verantwoord bed door deze berekening wordt, ten opzichte van het aantal bijkomende punten per verantwoord bed die zouden zijn toegekend louter op basis van de MVG, echter beperkt tot 0,04 punten per verantwoord bed. » ;

2° in paragraaf 2, 2° Aanvullende financiering, wordt b), 2°, laatste lid, ingevoegd door het koninklijk besluit van 26 december 2013, vervangen als volgt:

« Vanaf 1 juli 2014 wordt 70 % van de bijkomende punten onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de MVG-punten volgens de modaliteiten uit bovenstaand lid 2 en volgende en 30 % van de bijkomende punten wordt verdeeld op basis van de NRG-punten in functie van het marktaandeel van het ziekenhuis, vastgesteld op basis van de NRG-punten voor de patiëntendagen E, met uitzondering van de patiëntendagen met een intensief karakter, waarvan de score hoger ligt dan de mediane score per dag. De winst of het verlies van bijkomende punten per verantwoord bed door deze berekening wordt, ten opzichte van het aantal bijkomende punten per verantwoord bed die zouden zijn toegekend louter op basis van de MVG, echter beperkt tot 0,04 punten per verantwoord bed. » ;

3° in paragraaf 2, 2° Aanvullende financiering, c), c.2) tweede berekening, worden de laatste 2 leden, ingevoegd door het koninklijk besluit van 26 december 2013, vervangen als volgt:

« Vanaf 1 juli 2014 wordt 70% van de bijkomende punten onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de MVG-punten volgens de modaliteiten uit bovenstaand lid 2 en 30 % van de bijkomende punten wordt verdeeld op basis van de NRG-punten voor de patiëntendagen C, D, C+D, E en L met een intensief karakter waarvan de score hoger ligt dan de mediane score per dag. De winst of het verlies van bijkomende punten per verantwoord bed door deze berekening wordt, ten opzichte van het aantal bijkomende punten per verantwoord bed die zouden zijn toegekend louter op basis van de MVG, echter beperkt tot 0,04 punten per verantwoord bed.

Het aantal bijkomende punten per verantwoord bed wordt bepaald volgens de bovenstaande tabel en weerhouden ten belope van 40 % . » ;

4° paragraaf 3, 2°, a), a.1), lid 1 wordt aangevuld als volgt :

« De verstrekkingen vermeld in 'dienstcode 002' worden toegekend aan het ziekenhuis dat die verstrekkingen heeft uitgevoerd op basis van de code 'plaats van prestatie'. » ;

5° dans le paragraphe 3, 2°, b), b.2) est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« A partir du 1^{er} juillet 2014, un nombre de points supplémentaires, correspondant à 20 % de la somme des budgets octroyés aux hôpitaux mentionnés dans l'annexe 16 du présent arrêté, à l'exclusion des hôpitaux Sp isolés, des hôpitaux G isolés et des hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1^{er} et 2 du présent arrêté, est ajouté au budget disponible pour le personnel des urgences et est réparti entre les hôpitaux concernés sur base de leur nombre d'unités d'urgence, telles que calculées selon les modalités décrites dans l'annexe 6 du présent arrêté. » ;

6° dans le paragraphe 4, b.2) est remplacé par ce qui suit:

« b.2) le nombre de personnes ETP par fonction.

Pour les fonctions bénéficiant d'une échelle barémique en carrière plane, le nombre total d'équivalents temps plein de la fonction doit être scindé pour tenir compte des sauts d'échelle prévus par le barème.

Le nombre d'ETP, pris en compte pour le calcul de la correction moyenne salariale est obtenu en divisant la somme des points de base, des points supplémentaires, des points attribués pour les places d'hospitalisation chirurgicale de jour, le personnel du bloc opératoire, le personnel du service des urgences et le personnel de la stérilisation, par 2,5 points, à quoi il faut ajouter un nombre d'ETP correspondant aux financements complémentaires accordés en sous-partie B4, à l'article 74, et en sous-partie B7, à l'article 77, pour financer le coût de la différence de normes de personnel infirmier et soignant applicables aux lits universitaires et aux lits non universitaires.

A partir du 1^{er} juillet 2014, dans le cas où le nombre de lits justifiés, calculé pour l'exercice de financement considéré, est inférieur au nombre de lits agréés tel que connu au moment du calcul, le nombre d'ETP correspondant aux points de base pris en considération pour le calcul de la correction moyenne salariale est calculé en tenant compte du nombre de lits justifiés et de la moitié de la différence, calculée par indice de lits, entre le nombre de lits agréés tel que connu au moment du calcul et le nombre de lits justifiés. » ;

7° dans le paragraphe 4, le dernier alinéa du b.3), inséré par l'arrêté royal du 26 décembre 2013 est remplacé par un alinéa rédigé comme suit:

« Est d'abord pris en considération le personnel dont le coût moyen salarial est le plus élevé. ».

8° dans le paragraphe 4, b.5), le 2e tiret du premier alinéa est remplacé par ce qui suit:

« - calculer un nombre d'ETP pour les lits à caractère intensifs en multipliant par 2 le nombre de lits à caractère intensif fixé sur base du RIM par le biais des journées ZIP à raison de 70 % et sur base des NRG à raison de 30 %. Ce nombre d'ETP ne peut jamais être inférieur à 12 ; ».

Art. 3. L'article 47^{ter} du même arrêté, inséré par l'arrêté royal du 25 avril 2014, est remplacé par ce qui suit:

« Art. 47^{ter}. § 1^{er}. a) Pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2014, il est alloué à chaque hôpital repris dans l'annexe 16 du présent arrêté, le montant mentionné en regard de sa dénomination pour couvrir les coûts découlant des situations suivantes en hospitalisation de jour :

- pour tout état nécessitant des soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier ;

- pour toute situation dans laquelle, sur prescription du médecin qui a pris le patient en charge une surveillance médicale effective est exercée pour l'administration d'un médicament ou de sang/produits sanguins labiles par une perfusion intraveineuse.

L'administration des solutions de sels ou de sucres comme pratiqué pour la perfusion de garde thérapeutique et le rinçage d'un port-cathéter ne tombe pas sous cette définition.

b) Pour la période du 1^{er} juillet 2014 au 31 décembre 2014, 80 % des montants, repris dans l'annexe 16, § 2, octroyés aux hôpitaux non visés à l'article 7, 2°, g), 1. et 100 % des montants repris dans l'annexe 16, § 2, octroyés aux hôpitaux non concernés, au 1^{er} juillet 2014, par les dispositions des articles 45 et 46 du présent arrêté, sont maintenus.

c) Les coûts découlant des situations décrites en a), liés à des patients ne relevant pas d'un des organismes assureurs visés dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, seront, en ce qui concerne l'année 2013, transmis par

5° in paragraaf 3, 2°, b), b.2) wordt met een lid aangevuld, luidende :

« Vanaf 1 juli 2014 wordt een aantal bijkomende punten, dat overeenstemt met 20 % van de som van de budgetten die worden toegekend aan de ziekenhuizen die vermeld staan in bijlage 16 van dit besluit, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen, de geïsoleerde G-ziekenhuizen en de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2 van dit besluit, toegevoegd aan het beschikbare budget voor het personeel van de spoedgevallendienst, en verdeeld tussen de betrokken ziekenhuizen op basis van hun aantal units spoedgevallen, zoals berekend volgens de modaliteiten beschreven in bijlage 6 van dit besluit. » ;

6° in paragraaf 4, wordt b.2) vervangen als volgt:

« b.2) het aantal VTE per functie.

Voor de functies die genieten van een weddenschaal met vlakke loopbaan, moet het totaal aantal voltijdse equivalenten van de functie worden opgesplitst om rekening te houden met de door de loonschaal voorziene verhogingen.

Het aantal in aanmerking genomen VTE voor de berekening van de gemiddelde looncorrectie wordt verkregen door de som van de basispunten, de bijkomende punten en de punten toegekend voor de plaats heelkundige daghospitalisatie, het personeel van het operatiekwartier, het personeel van de spoeddienst en het personeel van de sterilisatie te delen door 2,5 punten, waarbij een aantal VTE's dient te worden opgeteld dat overeenstemt met toegekende bijkomende financieringen in onderdeel B4 met artikel 74 en in onderdeel B7 met artikel 77, om de kost te financieren van het verschil in de normen aan verpleegkundig personeel en verzorgend personeel van toepassing op de universitaire en op de niet-universitaire bedden.

Vanaf 1 juli 2014 wordt, indien het aantal verantwoorde bedden, berekend voor het financieringsdijjaar in kwestie, lager ligt dan het aantal erkende bedden zoals dat gekend is op het ogenblik van de berekening, het aantal VTE's dat overeenstemt met de basispunten die in aanmerking worden genomen voor de berekening van de gemiddelde looncorrectie, berekend rekening houdend met het aantal verantwoorde bedden en met de helft van het verschil, berekend per bedindex, tussen het aantal erkende bedden zoals dat gekend is op het ogenblik van de berekening en het aantal verantwoorde bedden. » ;

7° in paragraaf 4 wordt het laatste lid van b.3), ingevoegd door het koninklijk besluit van 26 december 2013, vervangen als volgt:

« Er wordt in eerste instantie rekening gehouden met het personeel met de hoogste gemiddelde loonkost. ».

8° in paragraaf 4, b.5), wordt het 2de streepje van het eerste lid vervangen als volgt :

« - een aantal VTE's berekenen voor de intensieve bedden door het aantal intensieve bedden vastgesteld op basis van de MVG aan de hand van de ZIP-dagen a rato van 70 % en op basis van de NRG a rato van 30 % te vermenigvuldigen met 2. Dat aantal VTE's mag nooit lager liggen dan 12 ; ».

Art. 3. Artikel 47^{ter} van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2014, wordt vervangen als volgt:

« Art. 47^{ter}. § 1^{er}. a) Voor de periode 1 januari tot 30 juni 2014 wordt aan elk ziekenhuis opgenomen in bijlage 16 van dit besluit het bij hun benaming vermelde bedrag toegekend ter dekking van de kosten die voortvloeiën uit de volgende situaties in daghospitalisatie:

- voor elke toestand waarin dringende verzorging noodzakelijk is en die een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt;

- voor elke toestand waarin, op voorschrift van de behandelende arts, een effectief medisch toezicht wordt uitgeoefend omwille van de toediening van een geneesmiddel of bloed / labiel bloedproduct via een intraveneus infuus.

De loutere toediening van een oplossing van zouten of suikers als waakinffuus en het spoelen van een poortcatheter valt niet onder deze omschrijving.

b) Voor de periode van 1 juli 2014 tot 31 december 2014, wordt 80 % van de bedragen uit bijlage 16, § 2, toegekend aan de ziekenhuizen die niet bedoeld zijn in artikel 7, 2°, g), 1. en 100 % van de bedragen uit bijlage 16, § 2, toegekend aan de ziekenhuizen die op 1 juli 2014 niet vallen onder de bepalingen van artikelen 45 en 46 van dit besluit, behouden.

c) De kosten die voortvloeiën uit de situaties beschreven in a), voor patiënten die niet ressorteren onder een van de verzekeringsinstellingen bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zullen,

l'hôpital au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et seront octroyés aux hôpitaux concernés dans le cadre de l'indemnisation résultant de la révision du budget des moyens financiers relative à l'exercice 2014.

§ 2. A partir du 1^{er} janvier 2015, les budgets visés au § 1^{er}, b) et c), sont répartis entre les hôpitaux, non visés à l'article 7, 2^o, g), 1., selon des modalités à définir par le Roi, pour cibler en priorité les activités d'oncologie, d'hématologie et de rhumatologie. ».

Art. 4. L'article 55 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 55. § 1^{er}. Pour le financement de l'enregistrement des données visées dans l'arrêté royal du 14 décembre 1987 fixant les modalités et le délai de communication par le gestionnaire de l'hôpital de la situation financière, des résultats d'exploitation, du rapport du réviseur d'entreprise et de tous renseignements statistiques se rapportant à son établissement et dans l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, une partie fixe et une partie variable sont octroyées.

§ 2. La partie fixe est composée des 3 éléments suivants :

1^o en vue de soutenir le développement du dossier patient électronique, 85 % des montants octroyés en sous-partie A1, au 31 décembre 2013, résultant de la répartition, au 1^{er} janvier 2008, d'un montant de 16.291.000 euros, sont financés dans la sous-partie B4 de chaque hôpital ;

2^o le montant de base le plus élevé, entre l'allocation au secteur privé ou au secteur public, alloué précédemment en vertu des articles 55 et 61 du présent arrêté ;

3^o pour les hôpitaux non psychiatriques ayant reçu auparavant ce financement par le biais d'un contrat de projet-pilote, le montant de 12.000 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) pour participer au système HUBs-Metahub portant sur le dossier santé électronique partagé. Le maintien du financement est soumis au statut permanent d'hôpital en production active objectifé par chacun des 5 hubs participants.

§ 3. La partie variable est constituée d'un montant par lit agréé, tel que connu au moment du calcul, fixé comme suit :

1^o pour les hôpitaux non psychiatriques, un montant supplémentaire de 325,31 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) par lit agréé, à l'exception des lits agréés sous les index A, T, K, IB, Aj, An, Kj, Kn, Tj, Tn et Sp psychogériatriques et de 101,84 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) par lit agréé sous les index A, T, K, IB, Aj, An, Kj, Kn, Tj, Tn et Sp psychogériatriques ;

2^o pour les hôpitaux psychiatriques, un montant supplémentaire de 78,77 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) par lit agréé sous les index A, T, K, IB, Aj, An, Kj, Kn, Tj, Tn et Sp psychogériatriques. ».

Art. 5. Le paragraphe 2 de l'article 56 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« § 2. A partir du 1^{er} juillet 2014, tous les hôpitaux non psychiatriques, hors les hôpitaux et services Sp isolés, les hôpitaux et services G isolés et les hôpitaux Sp soins palliatifs sont financés pour participer aux initiatives 'Surveillance des infections nosocomiales'.

A cette fin, la sous-partie B4 des hôpitaux concernés est augmentée d'un montant forfaitaire de 12.970,74 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014).

La surveillance porte obligatoirement sur :

1) *Staphylococcus aureus* (SARM) résistant à la méticilline selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique et du laboratoire national de référence ;

2) les septicémies au niveau de tout l'hôpital selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique ;

3) les bactéries multi résistantes à Gram négatif selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique et du laboratoire national de référence.

La surveillance doit aussi porter, au choix, sur l'un des protocoles additionnels aux protocoles suivants :

1) *Clostridium difficile* selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique et du laboratoire national de référence ;

2) entérocoques résistant à la vancomycine (ERV) selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique et du laboratoire national de référence ;

voor het jaar 2013, door het ziekenhuis worden bezorgd aan FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en zullen worden toegekend aan de betrokken ziekenhuizen in het kader van de vergoeding ten gevolge van de herziening van het budget van financiële middelen voor dienstjaar 2014.

§ 2. Vanaf 1 januari 2015 worden de budgetten bedoeld in § 1, b) en c), verdeeld onder de ziekenhuizen die niet bedoeld zijn in artikel 7, 2^o, g), 1., volgens modaliteiten te bepalen door de Koning, waarbij bij voorrang wordt gedoeld op de activiteiten op het vlak van oncologie, hematologie en reumatologie. ».

Art. 4. Artikel 55 van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« Art. 55. § 1. Voor de financiering van de registratie van de gegevens bedoeld in het koninklijk besluit van 14 december 1987 houdende bepaling van de regels en de termijn volgens dewelke de beheerder van het ziekenhuis mededeling doet van de financiële toestand, van de bedrijfsuitkomsten, van het verslag van de bedrijfsrevisor en van alle statistische gegevens die met zijn inrichting verband houden, en in het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, wordt er een vast en een variabel gedeelte toegekend.

§ 2. Het vaste gedeelte bestaat uit de volgende 3 elementen :

1^o om de ontwikkeling van het elektronisch patiëntendossier te ondersteunen, wordt 85 % van de bedragen die worden toegekend in onderdeel A1 op 31 december 2013, als gevolg van de verdeling op 1 januari 2008, van een bedrag van 16.291.000 euro, gefinancierd in onderdeel B4 van elk ziekenhuis ;

2^o het hoogste basisbedrag, tussen de toelage aan de privésector of aan de overheidssector, voorheen toegekend krachtens artikelen 55 en 61 van dit besluit;

3^o voor de niet-psychiatrische ziekenhuizen die voorheen deze financiering ontvingen via een piloot projectovereenkomst, het bedrag van 12.000 euro (waarde op 1 juli 2014) om deel te nemen aan het systeem HUBs-Metahub dat betrekking heeft op het gedeeld elektronisch gezondheidsdossier. Het behoud van de financiering is onderworpen aan het permanente statuut van ziekenhuis in actieve productie geobjectiveerd door de data van de 5 deelnemende hubs.

§ 3. Het variabele gedeelte bestaat uit een bedrag per erkend bed, zoals gekend op het ogenblik van de berekening, als volgt vastgesteld :

1^o voor de niet-psychiatrische ziekenhuizen, een bijkomend bedrag van 325,31 euro (waarde op 1 juli 2014) per erkend bed, met uitzondering van de bedden erkend onder kenletters A, T, K, IB, Ad, An, Kd, Kn, Td, Tn en psychogeriatrische Sp, en van 101,84 euro (waarde op 1 juli 2014) per bed erkend onder kenletters A, T, K, IB, Ad, An, Kd, Kn, Td, Tn en psychogeriatrische Sp ;

2^o voor de psychiatrische ziekenhuizen, een bijkomend bedrag van 78,77 euro (waarde op 1 juli 2014) per bed erkend onder kenletters A, T, K, IB, Aj, An, Kj, Kn, Tj, Tn en psychogeriatrische Sp. ».

Art. 5. Paragraaf 2 van artikel 56 van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« § 2. Vanaf 1 juli 2014 worden alle niet-psychiatrische ziekenhuizen, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en Sp-diensten, de geïsoleerde G-ziekenhuizen en G-diensten en de Sp-ziekenhuizen voor palliatieve zorg gefinancierd voor deelnemen aan de initiatieven 'Toezicht op de nosocomiale infecties'.

Onderdeel B4 van de betreffende ziekenhuizen wordt daartoe verhoogd met een forfaitair bedrag 12.970,74 euro (waarde op 1 juli 2014).

Het toezicht heeft verplicht betrekking op :

1) methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het relevant nationaal referentielaboratorium;

2) de septicemieën over het hele ziekenhuis overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid;

3) multiresistente Gram-negatieve bacteriën overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het relevant nationaal referentielaboratorium.

Het toezicht heeft eveneens betrekking op één aanvullend protocol te kiezen uit één van de volgende protocollen :

1) *Clostridium difficile* overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het relevant nationaal referentielaboratorium;

2) vancomycine resistente enterokokken (VRE) overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het relevant nationaal referentielaboratorium;

3) pneumonies et des bactériémies dans les unités de soins intensifs selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique ;

4) infections des plaies opératoires selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique.

La surveillance porte également sur des indicateurs de qualité relatifs à la politique d'hygiène hospitalière dans l'établissement, indicateurs qui sont définis par la 'Commission de coordination de la politique antibiotique', créée par l'arrêté royal du 26 avril 1999, sur avis de la 'Plate-Forme Fédérale pour l'Hygiène Hospitalière'.

Pour pouvoir bénéficier de ce montant, les hôpitaux doivent s'engager à :

- la récolte des données relatives aux protocoles précités et aux indicateurs de qualité ;

- à la transmission des données mentionnées ci-dessus à l'Institut scientifique de Santé publique selon les délais de livraison spécifiés dans les protocoles respectifs;

- au versement à l'Institut scientifique de Santé Publique d'un montant de 11.064,23 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) sur le compte 001-1660480-13 de l'ISP-Patrimoine, avec la mention 'Surveillance et le nom de l'hôpital', étant entendu que sous ce terme de 'Surveillance', on entend la surveillance des infections nosocomiales, le suivi des indicateurs de qualité relatifs à la politique d'hygiène hospitalière et en matière d'antibiotiques. Le versement doit intervenir avant fin mars de chaque année.

L'Institut scientifique de Santé publique communique à chaque hôpital un feedback qui contient l'analyse de données individuelles et de données nationales. Il fournit également tous les douze mois au Ministre qui a la santé publique dans ses attributions, un rapport reprenant notamment les données nationales ainsi que les avis ou recommandations en la matière. De plus, il assure un soutien administratif en la matière au Ministre qui a la santé publique dans ses attributions, selon les termes d'une convention signée avec le Directeur général de la Direction générale 'Soins de santé' du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

L'Institut scientifique de Santé publique crée en outre un 'Outbreak support team'. En collaboration avec les services compétents des entités fédérées, cet 'Outbreak support team' soutient les établissements de soins qui demandent une aide pour faire face aux foyers d'infections multi résistantes. ».

Art. 6. L'article 61 du même arrêté est abrogé.

Art. 7. Dans l'article 63, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 1^{er}, l'alinéa 1^{er}, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 25 avril 2014, est remplacé par l'alinéa suivant, rédigé comme suit :

« Dans les limites du budget disponible fixé, au 1^{er} juillet 2014 à 45.154.349 euros, la sous-partie B4 est augmentée d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux généraux qui participent à la réalisation d'études pilotes. » ;

2° dans le paragraphe 2, l'alinéa 1^{er}, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 25 avril 2014, est remplacé par l'alinéa suivant, rédigé comme suit :

« § 2. Dans les limites du budget disponible, fixé au 1^{er} juillet 2014 à 80.064.125 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. » ;

3° il est inséré un paragraphe 3 rédigé comme suit :

« § 3. Les hôpitaux peuvent participer à la réalisation d'études pilotes visant le soutien au développement de la télématique hospitalière, de la codification des données et de l'usage de terminologies standardisées.

1° Dans les limites du budget disponible, correspondant à 10 % du montant 'Supplément pour matériel informatique au 01/01/2008' de la sous-partie A1 au 31 décembre 2013, de 1.641.410 euros, la sous-partie B4 des hôpitaux concernés est augmentée d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux qui participent à la réalisation d'études pilotes portant sur l'utilisation effective de certaines fonctionnalités avancées, particulièrement en matière de communication de système à système et de généralisation des ordres électroniques, dont la liste est mise à jour

3) pneumonieën en bacteriemiëën in de eenheden intensieve zorgen overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid;

4) infecties van de operatiewonden overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Het toezicht heeft eveneens betrekking op de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het ziekenhuishygiënebeleid in de instelling, indicatoren die gedefinieerd worden door de 'Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid', opgericht door het koninklijk besluit van 26 april 1999, op advies van het 'Federaal Platform voor Ziekenhuishygiëne'.

Om te kunnen genieten van dit bedrag dienen de ziekenhuizen zich te verbinden tot:

- het verzamelen van de gegevens met betrekking tot voormelde protocollen en kwaliteitsindicatoren;

- het overmaken van voormelde gegevens aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, volgens de leveringstermijn zoals gespecificeerd in de respectievelijke protocollen;

- het storten aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid van een bedrag van 11.064,23 euros (waarde op 1 juli 2014) op rekeningnummer 001-1660480-13 van het WIV-ISP-Patrimonium met de vermelding 'Toezicht' en de naam van het ziekenhuis, met dien verstande dat onder de term 'Toezicht' het toezicht op nosocomiale infecties wordt verstaan, alsook de follow-up van de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het ziekenhuishygiënebeleid. De storting dient voor einde maart van ieder jaar vereffend te zijn.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid bezorgt ieder ziekenhuis een feedback met de analyse van de individuele gegevens en de nationale gegevens. Het zal eveneens iedere twaalf maanden aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft een rapport overmaken met onder andere de nationale gegevens alsook de adviezen of aanbevelingen ter zake. Bovendien waarborgt het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid de administratieve ondersteuning dienaangaande van de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, overeenkomstig de bewoordingen van een overeenkomst die werd ondertekend met de Directeur-generaal van het Directoraat-generaal 'Gezondheidszorg' van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid richt bovendien een 'Outbreak Support Team' op. In samenwerking met de bevoegde diensten van de gefedereerde entiteiten zal dit 'Outbreak Support Team' zorginstellingen die daar om vragen ondersteunen bij de aanpak van uitbraken van multiresistente zorginfecties. ».

Art. 6. Artikel 61 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

Art. 7. In artikel 63 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 1, eerste lid, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 april 2014, wordt vervangen door het volgende lid, luidend als volgt :

« Binnen de perken van het budget dat op 1 juli 2014 is vastgesteld op 45.154.349 euro wordt het onderdeel B4 verhoogd met een forfaitair bedrag voor de algemene ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van proefstudies. » ;

2° paragraaf 2, eerste lid, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 april 2014, wordt vervangen door het volgende lid, luidend als volgt :

« § 2. Binnen de perken van het beschikbare budget, dat op 1 juli 2014 is vastgesteld op 80.064.125 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. » ;

3° er wordt een paragraaf 3 ingevoegd, luidend als volgt :

« § 3. De ziekenhuizen mogen deelnemen aan de realisatie van proefstudies ter ondersteuning van de ontwikkeling van de ziekenhuis-telmatie, de codering van gegevens en het gebruik van gestandaardiseerde terminologie.

1° Binnen de perken van het beschikbare budget, dat overeenstemt met 10 % van het bedrag 'Supplement voor informaticamateriaal op 01/01/2008' van onderdeel A1 op 31 december 2013, van 1.641.410 euro, wordt onderdeel B4 van de betrokken ziekenhuizen verhoogd met een forfaitair bedrag voor de ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van proefstudies die betrekking hebben op het effectieve gebruik van bepaalde geavanceerde functionaliteiten, in het bijzonder op het vlak van communicatie van systeem naar systeem en het

annuellement par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

2° Dans les limites du budget disponible fixé au 1^{er} juillet 2014 à 2.448.705 euros, dont une partie correspondant à 5 % du montant 'Supplément pour matériel informatique au 01/01/2008' de la sous-partie A1 au 31 décembre 2013, représentant un montant de 820.705 euros, la sous-partie B4 des hôpitaux concernés est augmentée d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux qui participent à la réalisation d'études pilotes visant à la réalisation de projets ICT innovants servant de référence en matière de bonne pratique organisationnelle pour le secteur qui sont évalués, par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, sur base des critères suivants : caractère innovant, collaboration entre institutions, capacité prouvée à implémenter le projet sur une période déterminée, capacité à documenter les résultats du projet (monitoring et choix des indicateurs), couverture du projet (Nombre de services, de lits, de patients, etc.), intégration et interopérabilité des composants informatiques. ».

Art. 8. Dans le même arrêté, il est inséré un article 63bis rédigé comme suit :

« Art. 63bis. A partir du 1^{er} janvier 2014, tous les hôpitaux agréés pour un service de gériatrie en complément de services C et D, sont financés pour organiser en leur sein une liaison gériatrique interne telle que décrite dans la section IV du chapitre V de l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers.

Le financement de l'équipe de liaison interne est calculé comme suit, en tenant compte d'un coût salarial annuel de 58.000 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) par équivalent temps plein :

- le nombre de séjours en hospitalisation classique de patients de 75 ans et plus pris en charge exclusivement dans des unités non-gériatriques, diminués de la différence entre le nombre de séjours correspondant à un taux d'occupation moyen, en service de gériatrie, de 85 % et le nombre de séjours réels en service de gériatrie si ce taux d'occupation de 85 % n'est pas atteint ;

- 2 ETP pour les 1000 premiers séjours ;

- 0,25 ETP supplémentaire par tranche entamée de 500 séjours supplémentaires au-delà de 1000.

Le financement est garanti pour un minimum de 2 ETP et un maximum de 6 ETP. ».

Art. 9. Dans le même arrêté, il est inséré un article 63ter rédigé comme suit :

« Art. 63ter. A partir du 1^{er} juillet 2014, tous les hôpitaux agréés pour un service de gériatrie, à l'exception des hôpitaux et services, isolés, Sp et des hôpitaux et services, isolés, G, sont financés pour organiser en leur sein une hospitalisation de jour pour le patient gériatrique telle que décrite dans la section III du chapitre V de l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers.

Un forfait annuel, exprimé à la date du 1^{er} juillet 2014, est octroyé en fonction du nombre de séjours de patients gériatriques admis en hospitalisation de jour pour le patient gériatrique.

Nombre de séjours de patients par an	Forfait annuel	Aantal patiëntenverblijven per jaar	Jaarlijks forfait
entre 0 et 520 séjours	81.900 €	tussen 0 en 520 verblijven	81.900 €
entre 521 et 1040	136.500 €	tussen 521 en 1040	136.500 €
entre 1041 et 1560	227.500 €	tussen 1041 en 1560	227.500 €
entre 1561 et 2080	318.500 €	tussen 1561 en 2080	318.500 €
2081 séjours et plus	409.500 €	2081 verblijven en meer	409.500 €

Pour la fixation du nombre de séjours de patients gériatriques, il est tenu compte du nombre de patients gériatriques admis en hospitalisation de jour pour le patient gériatrique tel que renseigné dans le dernier résumé hospitalier minimum connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

generaliseren van de elektronische opdrachten, waarvan de lijst jaarlijks geüpdatet wordt door FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

2° Binnen de perken van het beschikbare budget dat op 1 juli 2014 werd vastgesteld op 2.448.705 euro, waarvan een deel overeenstemt met 5 % van het bedrag 'Supplement voor informaticamateriaal op 01/01/2008' van onderdeel A1 op 31 december 2013, wat een bedrag vertegenwoordigt van 820.705 euro, wordt onderdeel B4 van de betrokken ziekenhuizen verhoogd met een forfaitair bedrag voor de ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van pilootstudies voor vernieuwende ICT-projecten die als referentie dienen op het vlak van goede organisatorische praktijk voor de sector, die door FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu geëvalueerd worden op basis van de volgende criteria: vernieuwend karakter, samenwerking tussen instellingen, bewezen capaciteit om het project te implementeren binnen een bepaalde periode, capaciteit om de resultaten van het project te documenteren (monitoring en keuze van de indicatoren), dekking van het project (aantal diensten, bedden, patiënten, etc.), integratie en interoperabiliteit van de informaticaonderdelen. ».

Art. 8. In hetzelfde besluit wordt een artikel 63bis ingevoegd, luidend als volgt :

« Art. 63bis. Vanaf 1 januari 2014 worden alle ziekenhuizen die erkend zijn voor een dienst geriatrie in aanvulling op de C- en D-diensten, gefinancierd om een interne geriatrie te organiseren zoals beschreven in afdeling IV van hoofdstuk V van het koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrie patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

De financiering van het interne liaisonsteam wordt als volgt berekend, rekening houdend met een jaarlijkse loonkost van 58.000 euro (waarde op 1 juli 2014) per voltijdsequivalent:

- het aantal verblijven in klassieke hospitalisatie van patiënten van 75 jaar en ouder die exclusief behandeld worden in niet-geriatrie eenheden, verminderd met het verschil tussen het aantal verblijven dat overeenstemt met een gemiddelde bezettingsgraad, in een dienst geriatrie, van 85 % en het aantal reële verblijven in een geriatrie dienst als die bezettingsgraad van 85 % niet wordt gehaald ;

- 2 VTE's voor de eerste 1000 verblijven;

- 0,25 bijkomende VTE per begonnen schijf van 500 bijkomende verblijven bovenop de 1000.

De financiering is gegarandeerd voor een minimum van 2 VTE's en een maximum van 6 VTE's. ».

Art. 9. In hetzelfde besluit wordt een artikel 63ter ingevoegd, luidend als volgt :

« Art. 63ter. Vanaf 1 juli 2014 worden alle ziekenhuizen die erkend zijn voor een dienst geriatrie, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en Sp-diensten en de geïsoleerde G-ziekenhuizen en G-diensten, gefinancierd om intern een daghospitalisatie te organiseren voor de geriatrie patiënt zoals beschreven in afdeling III van hoofdstuk V van het koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrie patiënt moet voldoen om te worden erkend en anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

Er wordt een jaarlijks forfait, uitgedrukt op 1 juli 2014, toegekend in functie van het aantal verblijven van geriatrie patiënten die werden opgenomen in daghospitalisatie voor de geriatrie patiënt.

Voor het vaststellen van het aantal verblijven van geriatrie patiënten wordt rekening gehouden met het aantal geriatrie patiënten opgenomen in daghospitalisatie voor de geriatrie patiënt zoals vermeld in de laatste minimale ziekenhuisgegevens die bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend zijn.

Une actualisation du nombre de séjours de patients gériatriques admis en hospitalisation de jour est faite tous les 2 ans à partir du 1^{er} juillet 2014. ».

Art. 10. Dans le même arrêté, il est inséré un article 63quater rédigé comme suit :

“ Art. 63quater. A partir du 1^{er} janvier 2014, tous les hôpitaux non psychiatriques, à l’exception des hôpitaux et services, isolés, Sp et des hôpitaux et services, isolés, G et des hôpitaux de soins palliatifs, sont financés pour la mise en place d’une équipe algologique multidisciplinaire sous la condition d’enregistrer les données relatives à la composition et aux activités de l’équipe et de tenir ces données à disposition du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Ces données doivent être transmises, sur demande de celui-ci, par voie électronique.

Cette équipe doit disposer de compétences médicales, infirmières et psychologiques et est chargée :

- de coordonner la prise en charge de la douleur dans la structure hospitalière ;
- de sensibiliser l’ensemble des prestataires à la nécessité d’une prise en charge correcte de la douleur ;
- d’apporter un soutien aux équipes de soins dans le cadre de l’identification et de la prise en charge de la douleur ;
- d’identifier les besoins de formation du personnel des différentes équipes soignantes et d’organiser la formation du personnel soignant à l’évaluation et la prise en charge de la douleur ;
- de faciliter l’implémentation de guidelines de prise en charge de la douleur chronique dans les unités de soins ;
- de participer à l’éducation des patients souffrant de douleur chronique, en collaboration avec les équipes soignantes
- d’assurer la continuité des soins en servant de relai avec un centre multidisciplinaire pour le traitement de la douleur chronique et avec le médecin traitant et les autres intervenants à domicile ou dans une structure de soins ;
- d’organiser la participation de l’hôpital au travail en réseau avec les prestataires externes et avec les autres hôpitaux.

Un médecin exerçant au moins à mi-temps dans le domaine de l’algologie, est désigné responsable de l’équipe. A défaut d’un tel profil au sein de l’hôpital, un médecin anesthésiste peut être désigné comme responsable de manière transitoire.

Sauf s’il a développé lui-même un centre multidisciplinaire pour le traitement de la douleur chronique reconnu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement le contractant doit conclure un accord de collaboration avec un hôpital disposant d’un tel centre. Cet accord de collaboration portera sur la mise en place d’un réseau de partage de connaissance et précisera notamment les initiatives qui seront développées par le centre pour soutenir et encadrer les équipes algologiques multidisciplinaires et offrir son expertise dans la formation des équipes soignantes.

Afin de financer le fonctionnement des équipes algologiques multidisciplinaires, la sous-partie B4 des hôpitaux concernés est augmentée d’un montant forfaitaire, exprimé à la valeur au 1^{er} janvier 2014, calculé comme suit :

composition	coût salarial de référence	pour les 100 premiers lits agréés	+ par tranche entamée de 100 lits agréés supplémentaires	samenstelling	Referentie-loonkost	Voor de eerste 100 erkende bedden	+ per begonnen schijf van 100 bijkomende erkende bedden
médecin	120.000 €	0,10 ETP	0,01 ETP	arts	120.000 €	0,10 VTE	0,01 VTE
infirmier	58.000 €	0,22 ETP	0,10 ETP	verpleegkundige	58.000 €	0,22 VTE	0,10 VTE
psychologue	69.000 €	0,22 ETP	0,02 ETP	psycholoog	69.000 €	0,22 VTE	0,02 VTE

Pour le calcul du financement, il est tenu compte du nombre de lits agréés, pour l’ensemble de l’hôpital, tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul. ».

Vanaf 1 juli 2014 vindt er om de 2 jaar een actualisering plaats van het aantal verblijven van geriatrische patiënten die werden opgenomen in daghospitalisatie. ».

Art. 10. In hetzelfde besluit wordt een artikel 63quater ingevoegd, luidend als volgt :

« Art. 63quater. Vanaf 1 januari 2014 worden alle niet- psychiatische ziekenhuizen, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en Sp-diensten en de geïsoleerde G-ziekenhuizen en G-diensten en de ziekenhuizen voor palliatieve zorg, gefinancierd voor de oprichting van een multidisciplinair algologisch team op voorwaarde dat de gegevens in verband met de samenstelling en de activiteiten van het team geregistreerd worden, en dat die gegevens ter beschikking worden gehouden van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Die gegevens moeten, als de FOD daarom vraagt, elektronisch worden opgestuurd.

Dit team dient te beschikken over medische, verpleegkundige en psychologische competenties en is belast met :

- het coördineren van de pijnbehandeling in de ziekenhuisstructuur;
- het sensibiliseren van alle zorgverstrekkers aangaande de noodzaak van een correcte pijnbehandeling ;
- het verlenen van steun aan de zorgteams in het kader van de identificatie en de behandeling van pijn ;
- het identificeren van de behoeften inzake opleiding van het personeel van de verschillende zorgteams en het organiseren van de opleiding van het zorgpersoneel inzake de beoordeling en de behandeling van pijn;
- het faciliteren van de implementatie van guidelines voor de behandeling van chronische pijn in de zorgseenheden ;
- het deelnemen aan de educatie van de chronische pijnpatiënten, in samenwerking met de zorgteams ;
- het verzekeren van de zorgcontinuïteit door op te treden als schakel met een multidisciplinair centrum voor de behandeling van chronische pijn en met de behandelende arts en de andere actoren uit de thuiszorg of in een zorgstructuur ;
- het organiseren van de deelname van het ziekenhuis aan het netwerk met de externe zorgverstrekkers en met de andere ziekenhuizen.

Een arts die minstens halftijds actief is op het domein van de algologie wordt aangesteld als verantwoordelijke van het team. Als er binnen het ziekenhuis geen dergelijk profiel aanwezig is, mag tijdens een overgangsfase een geneesheer-anesthesist worden aangesteld als verantwoordelijke.

Behalve als hij zelf een multidisciplinair centrum heeft ontwikkeld voor de behandeling van chronische pijn, dat erkend is door FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, moet de contractant een samenwerkingsakkoord afsluiten met een ziekenhuis dat over een dergelijk centrum beschikt. Dat samenwerkingsakkoord moet betrekking hebben op de oprichting van een netwerk voor kennisdeling en moet vermelden welke initiatieven er ontwikkeld zullen worden door het centrum om de multidisciplinaire algologische teams te ondersteunen en te omkaderen en om zijn expertise ter beschikking te stellen voor de opleiding van de zorgteams.

Om de werking van de multidisciplinaire algologische teams te financieren, wordt onderdeel B4 van de betrokken ziekenhuizen verhoogd met een forfaitair bedrag, uitgedrukt in de waarde op 1 januari 2014, die als volgt wordt berekend :

Voor de berekening van de financiering wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, voor het volledige ziekenhuis, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.

Art. 11. Dans le même arrêté, il est inséré un article 63quinquies rédigé comme suit :

“ Art. 63quinquies. A partir du 1^{er} janvier 2014, tous les hôpitaux, à l’exception des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux et services, isolés, Sp, des hôpitaux et services, isolés, G et des hôpitaux Sp soins palliatifs, sont financés pour mettre en place un système qualité de la chaîne transfusionnelle, sous la responsabilité d’une équipe multidisciplinaire d’hémovigilance-transfusion, constituée, en autres, d’un infirmier référent en transfusion, du responsable de la banque de sang hospitalière et d’un médecin disposant d’une expertise clinique dans le domaine de la transfusion sanguine.

Cette équipe est chargée d’assurer, en collaboration avec le comité de transfusion, notamment, les missions suivantes en lien avec le prélèvement pré-transfusionnel, la conservation et l’administration de sang et de composants sanguins :

- la prévention des incidents graves et des réactions transfusionnelles ;
- la notification des incidents graves et des réactions transfusionnelles ;
- l’analyse des incidents graves et des réactions transfusionnelles ;
- l’implémentation d’actions d’amélioration suite à l’analyse des incidents graves et réactions ;
- la notification des incidents graves et des réactions transfusionnelles à l’Agence fédérale des médicaments et produits de santé et lui transmettre le formulaire de notification annuelle de réactions et d’incidents indésirables ;
- la formation et sensibilisation des collaborateurs hospitaliers impliqués dans le processus de transfusion ;
- l’élaboration et/ou la poursuite du développement des procédures de contrôle informatisées et de la traçabilité informatisée des patients et des composants sanguins ;
- la participation à l’enquête bisannuelle élaborée par Belgian Quality in Transfusion (BeQuinT).

Pour financer les coûts de fonctionnement de l’équipe multidisciplinaire d’hémovigilance-transfusion, un budget de 4.340.000 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) est réparti entre les hôpitaux concernés selon les modalités suivantes :

1° un forfait de 10.000 euros est octroyé à chaque hôpital pour financer l’équipement (software) nécessaire à la traçabilité et au contrôle des produits sanguins;

2° dans une enveloppe de 1.000.000 euros, un montant complémentaire lié à la consommation de poches de sang par l’hôpital est calculé comme suit :

$$X = A * B/C$$

où:

A = budget disponible de 1.000.000 euros ;

B = nombre de poches de sang consommées dans l’hôpital concerné ;

C = nombre total de poches de sang consommées dans tous les hôpitaux concernés.

3° un montant complémentaire de 2.300.000 d’euros est octroyé au prorata du nombre de lits agréés pondérés.

Les pondérations suivantes sont appliquées aux index de lits agréés :

- 1 point pour les lits E, M, G et L ;
- 2 points pour les lits C, D, C+D, I et NIC.

Pour le calcul, il est tenu compte du nombre de lits agréés sous les index E, M, G, L, C, D, C+D, I et NIC tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul et du nombre de poches de sang consommées dans chaque hôpital tel que fourni, au moment du calcul, par l’Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.

Une actualisation du nombre lits agréés et du nombre de poches de sang consommées dans chaque hôpital est faite tous les 2 ans à partir du 1^{er} juillet 2014. ».

Art. 12. Dans le même arrêté, il est inséré un article 63sexies rédigé comme suit :

“ Art. 63sexies. A partir du 1^{er} juillet 2014, les hôpitaux agréés pour une fonction de soins intensifs reçoivent un financement pour la fonction agréée ‘coordination locale des donneurs’, telle que visée dans l’arrêté royal du 10 novembre 2012 fixant les normes auxquelles une

Art. 11. In hetzelfde besluit wordt een artikel 63quinquies ingevoegd, luidend als volgt :

« Art. 63quinquies. Vanaf 1 januari 2014 worden alle ziekenhuizen, met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen, de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten, de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten en de diensten voor palliatieve zorg, gefinancierd voor een kwaliteitssysteem opzetten voor de transfusieketen onder de verantwoordelijkheid van een multidisciplinair hemovigilantie-/transfusieteam, bestaande uit minstens een referentieverpleegkundige transfusie, de verantwoordelijke van de ziekenhuisbloedbank en een arts met klinische expertise op het vlak van bloedtransfusie.

Dit team is belast met de uitvoering van de volgende opdrachten, in samenwerking met het transfusiecomité, met betrekking tot de afname van pretransfusie stalen, de bewaring en toediening van bloed en bloedcomponenten:

- de preventie van ernstige voorvallen en transfusiereacties;
- de melding van ernstige voorvallen en transfusiereacties;
- de analyse van ernstige voorvallen en transfusiereacties;
- de implementatie van verbeteringsacties op basis van de analyse van ernstige voorvallen en transfusiereacties;
- de melding van ernstige voorvallen en transfusiereacties aan het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten en hen het formulier voor de jaarlijkse melding van ongewenste transfusiereacties en voorvallen versturen;
- de vorming en sensibilisering van ziekenhuismedewerkers betrokken bij het transfusiegebeuren;
- de toepassing en/of de ontwikkeling van geïnformatiseerde controleprocedures en van een geïnformatiseerd traceersysteem van bloedcomponenten;
- de deelname aan de enquête opgesteld door BeQuinT (Belgian Quality in Transfusion) om de twee jaar.

Om de kosten te financieren van de werking van het multidisciplinair hemovigilantie-transfusieteam, wordt een budget van 4.340.000 euro (index 01/01/2014) verdeeld tussen de algemene ziekenhuizen op basis van de volgende modaliteiten :

1° een forfait van 10.000 euro wordt toegekend aan elk ziekenhuis om de uitrusting (software) te financieren die nodig is voor de traceerbaarheid en de controle van de bloedproducten ;

2° binnen een enveloppe van 1.000.000 euro wordt als volgt een aanvullend bedrag berekend in functie van de consumptie van bloedzakjes per ziekenhuis :

$$X = A * B/C$$

waarbij:

A = beschikbaar budget van 1.000.000 euro;

B = aantal bloedzakjes die gebruikt worden in het ziekenhuis in kwestie;

C = totaal aantal gebruikte bloedzakjes in alle betrokken ziekenhuizen.

3° een bijkomend bedrag van 2.300.000 euro wordt toegekend pro rata van de weging van de erkende bedden.

De volgende wegingen worden toegepast op de erkende beddenletters :

- 1 punt voor de E-, M-, G- en L-bedden;
- 2 punten voor de C-, D-, C+D-, I- en NIC-bedden.

Bij de berekening wordt er rekening gehouden met het aantal erkende bedden met de beddenletters E, M, G, L, C, D, C+D, I en NIC dat gekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het moment van de berekening en het aantal gebruikte bloedzakjes in elk ziekenhuis op basis van de melding aan het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten.

Vanaf 1 juli 2014 wordt het aantal erkende bedden en het aantal gebruikte bloedzakjes in elk ziekenhuis om de twee jaar geüpdatet. ».

Art. 12. In hetzelfde besluit wordt een artikel 63sexies ingevoegd, luidend als volgt :

« Art. 63sexies. Vanaf 1 juli 2014 ontvangen de ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie intensieve zorg een financiering voor de erkende functie ‘lokale donorcoördinatie’, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 10 november 2012 houdende vaststelling van de normen

fonction 'coordination locale des donneurs' doit répondre pour être agréée et le rester.

Pour financer les frais de fonctionnement de la fonction 'coordination locale des donneurs' agréée, un montant par hôpital est calculé de la manière suivante :

1° un nombre est obtenu en multipliant le nombre total de lits agréés de l'hôpital par le coefficient NPERCIZ de la dernière année connue, tel défini dans l'annexe 8 du présent arrêté;

2° un montant forfaitaire est accordé selon le nombre obtenu en 1° ci-dessus :

- si le nombre calculé est inférieur à 2.000, un montant de 30.000 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) est alloué;

- si le nombre calculé est supérieur ou égal à 2000 et inférieur à 4.000, un montant de 50.000 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) est alloué;

- si le nombre calculé est supérieur ou égal à 4000 et inférieur à 6.000, un montant de 70.000 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) est alloué;

- si le nombre calculé est supérieur ou égal à 6000 et est inférieur à 8.000, un montant de 90.000 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) est alloué;

- si le nombre calculé est supérieur ou égal à 8.000, un montant de 110.000 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) est alloué.

Un montant supplémentaire de 20.000 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) est accordé aux hôpitaux agréés également pour un centre de transplantation, au sens de l'arrêté royal du 23 juin 2003 fixant les normes auxquelles un centre de transplantation doit répondre pour être agréé, afin de permettre à l'équipe de ce centre de renforcer l'encadrement des hôpitaux qui ont signé un accord de collaboration avec leur centre via :

- l'organisation de séminaires, congrès et formations destinés au personnel médical et infirmier occupant la fonction de coordination de don ;

- la mise à disposition de procédures de prise en charge de donneurs potentiels aux hôpitaux qui ont signé un accord de collaboration avec le centre de transplantation.

Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés, pour l'ensemble de l'hôpital, tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul. ».

Art. 13. Dans le même arrêté, il est inséré un article 63septies rédigé comme suit :

« Art. 63septies. A partir du 1^{er} juillet 2014, tous les hôpitaux non psychiatriques, à l'exception des hôpitaux et services, isolés, Sp et des hôpitaux et services, isolés, G et des hôpitaux de soins palliatifs, sont financés pour organiser en leur sein une équipe nutritionnelle. Cette équipe, coordonnée par un responsable nutritionnel, se compose au minimum d'un diététicien, d'un infirmier, d'un médecin, d'un pharmacien et du responsable de la cuisine.

Cette équipe se réunit au minimum une fois par trimestre et assure les tâches suivantes :

- développer et mettre en œuvre au sein de l'hôpital une stratégie relative au dépistage des patients à risque de dénutrition ou d'obésité, basée sur un outil de dépistage validé, applicable lors de leur admission à l'hôpital, en cours de séjour et à leur sortie ;

- développer et mettre en œuvre au sein de l'hôpital une stratégie d'intervention nutritionnelle ciblée, accompagnée d'un plan nutritionnel individuel, pour tous les patients à risque de dénutrition ou d'obésité basé sur un examen nutritionnel approfondi effectué par un diététicien et ayant comme objectif de documenter les paramètres nutritionnels objectifs et subjectifs, de déterminer des facteurs de risques nutritionnels, d'identifier les manques spécifiques et de définir les besoins nutritionnels de chaque patient ;

- assurer le suivi de l'implémentation de ces procédures par un système d'enregistrement des résultats du dépistage et du suivi nutritionnel à réaliser et tenir à jour ces résultats ;

- rédiger et tenir à jour des directives et des recommandations en ce qui concerne notamment les thérapies nutritionnelles spéciales, basées sur les recommandations d'instances scientifiques ou des organismes officiels et les traduire en protocoles concrets directement utilisables par les professionnels de la santé au sein de l'hôpital ;

waaraan een functie 'lokale donorcoördinatie' moet voldoen om te worden erkend en erkend te blijven.

Om de werkingskosten van de erkende functie 'lokale donorcoördinatie' te financieren, wordt er als volgt een bedrag berekend per ziekenhuis :

1° er wordt een aantal verkregen door het totale aantal erkende bedden van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met de NPERCIZ-coëfficiënt van het laatste gekende jaar, zoals bepaald in bijlage 8 van dit besluit ;

2° er wordt een forfaitair bedrag toegekend op basis van het in 1° hierboven verkregen aantal :

- als het berekende aantal lager is dan 2.000, wordt een bedrag van 30.000 euro (waarde op 1 juli 2014) toegekend;

- als het berekende aantal hoger dan of gelijk is aan 2.000 en lager dan 4.000, wordt een bedrag van 50.000 euro (waarde op 1 juli 2014) toegekend;

- als het berekende aantal hoger dan of gelijk is aan 4.000 en lager dan 6.000, wordt een bedrag van 70.000 euro (waarde op 1 juli 2014) toegekend;

- als het berekende aantal hoger dan of gelijk is aan 6.000 en lager dan 8.000, wordt een bedrag van 90.000 euro (waarde op 1 juli 2014) toegekend;

- als het berekende aantal hoger dan of gelijk is aan 8.000, wordt een bedrag van 110.000 euro (waarde op 1 juli 2014) toegekend.

Er wordt een bijkomend bedrag van 20.000 euro (waarde op 1 juli 2014) toegekend aan de ziekenhuizen die ook erkend zijn voor een transplantatiecentrum, in de zin van het koninklijk besluit van 23 juni 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan een transplantatiecentrum moet voldoen om te worden erkend, om het team van dat centrum in staat te stellen om de omkadering te versterken van de ziekenhuizen die een samenwerkingsakkoord hebben ondertekend met hun centrum via :

- het organiseren van seminaries, congressen en opleidingen voor medisch en verpleegkundig personeel dat de functie donorcoördinatie uitoefent ;

- het ter beschikking stellen van procedures voor de behandeling van potentiële donoren aan de ziekenhuizen die een samenwerkingsakkoord hebben ondertekend met het transplantatiecentrum.

Voor het vaststellen van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, voor heel het ziekenhuis, zoals dat gekend is door FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening. ».

Art. 13. In hetzelfde besluit wordt een artikel 63septies ingevoegd, luidend als volgt :

« Art. 63septies. Vanaf 1 juli 2014 worden alle niet- psychiatische ziekenhuizen, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten en de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten en de ziekenhuizen voor palliatieve zorg gefinancierd om intern een voedingsteam te organiseren. Dat team, gecoördineerd door een voedingsverantwoordelijke, bestaat minstens uit een diëtist, een verpleegkundige, een arts, een apotheker en de keukenverantwoordelijke.

Dat team komt minstens één keer per trimester samen en voert de volgende taken uit :

- binnen het ziekenhuis een strategie ontwikkelen en toepassen voor het opsporen van patiënten met een risico op ondervoeding of obesitas, gebaseerd op een gevalideerd screeningsinstrument, die wordt toegepast bij hun opname in het ziekenhuis, in de loop van het verblijf en bij ontslag ;

- binnen het ziekenhuis een doelgerichte strategie voor voedingsinterventies ontwikkelen en toepassen, gecombineerd met een individueel voedingsplan, voor alle patiënten die het risico lopen op ondervoeding of obesitas, gebaseerd op een grondig voedingsonderzoek, uitgevoerd door een diëtist en met als doel de objectieve en subjectieve voedingsparameters te documenteren, voedingsrisicofactoren te bepalen, specifieke tekorten te identificeren en de voedingsbehoeften van elke patiënt te definiëren ;

- instaan voor de opvolging van de implementatie van die procedures aan de hand van een registratiesysteem voor de resultaten van de opsporing en van de nutritionele opvolging die moet worden uitgevoerd, en die resultaten up to date houden;

- richtlijnen en aanbevelingen opstellen en up to date houden aangaande de speciale voedingstherapieën, gebaseerd op de aanbevelingen van wetenschappelijke instellingen of officiële instanties en ze vertalen in concrete protocollen die rechtstreeks gebruikt kunnen worden door de zorgverstrekkers binnen het ziekenhuis;

- assurer le suivi de tous les patients concernés par la nutrition parentérale, entérale et orale, y compris la préparation à la sortie de l'hôpital et l'information à transmettre aux prestataires en charge du patient après sa sortie de l'hôpital ;

- participer aux réunions organisées par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement à l'attention des équipes nutritionnelles ;

- transmettre, à la demande du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et après anonymisation, les données enregistrées sur les documents de suivi informatisés ainsi que les informations nécessaires à l'évaluation des activités de l'équipe nutritionnelle, sous format électronique et selon le schéma communiqué par celui-ci.

Pour faciliter l'enregistrement des données qui doivent lui être transmises concernant les résultats des actions de dépistage et les modalités de suivi des patients, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement met à la disposition des hôpitaux un instrument permettant le suivi des patients basé sur un planning alimentaire et une table de composition des aliments.

Afin de financer le fonctionnement de l'équipe nutritionnelle, la sous-partie B4 des hôpitaux concernés est augmentée d'un montant forfaitaire, basé sur le nombre de lits agréés sous les index C, D, C+D, I, E, G, Sp, Sp soins palliatifs, A, Aj, An, T, K, Kj et Kn, calculé comme suit :

1° à chaque lit agréé pris en considération est associé un nombre de points, qui tient compte du risque de dénutrition, établi comme suit :

- lit C : 5,10 points
- lit D : 7,45 points
- lit C+D, I : 6,275 points
- lit E : 8,5 points
- lit G : 7,15 points
- lit Sp, Sp pall : 5,44 points
- lit A, Aj, An, T, K, Kj et Kn : 6,24 points ;

2° un total de points est calculé pour chaque hôpital ;

3° un forfait de 15.000 euros est garanti à chaque hôpital concerné et couvre les 800 premiers points ;

4° un montant complémentaire est calculé en multipliant le nombre de points dépassant 800 par un montant de 2,60 euros.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés sous les index C, D, C+D, I, E, G, Sp, Sp soins palliatifs, A, Aj, An, T, K, Kj et Kn, tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Une actualisation du nombre lits agréés est faite tous les 2 ans à partir du 1^{er} juillet 2014. ».

Art. 14. Dans le même arrêté, il est inséré un article 63octies rédigé comme suit :

« 63octies. A partir du 1^{er} juillet 2014, afin d'améliorer la qualité des soins pharmacologiques, il est octroyé aux hôpitaux non psychiatriques agréés pour une fonction d'officine hospitalière, à l'exception des hôpitaux et services, isolés, Sp, des hôpitaux et services, isolés, G et des hôpitaux de soins palliatifs, un financement pour l'implémentation de la pharmacie clinique.

Pour bénéficier de ce financement complémentaire, les conditions suivantes doivent être remplies :

- le personnel qui exerce la pharmacie clinique doit avoir suivi la formation requise (pharmacie hospitalière) ou disposer d'une expérience suffisante (ou être disposé à suivre une formation) pour pouvoir pratiquer la pharmacie clinique ;

- le personnel est attaché à l'officine hospitalière ;

- le personnel doit être effectivement affecté à la pratique de la pharmacie clinique centrée sur le patient ;

- à la demande du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, les activités réalisées doivent être rapportées, après approbation du Comité Médico-Pharmaceutique, sur la base d'un schéma standard mis à disposition ;

- instaan voor de opvolging van alle patiënten die betrokken zijn bij de parenterale, enterale en orale voeding, met inbegrip van de voorbereiding van het ontslag uit het ziekenhuis en de informatie die moet worden doorgegeven aan de zorgverstrekkers die instaan voor de patiënt na diens ontslag uit het ziekenhuis;

- deelnemen aan de vergaderingen georganiseerd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu ten behoeve van de voedingsteams;

- op vraag van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu de anoniem gemaakte gegevens die werden geregistreerd op de geïnformatiseerde opvolgingsdocumenten en de informatie die nodig is voor de evaluatie van de activiteiten van het voedingsteam in elektronisch formaat doorsturen, volgens het schema dat werd meegedeeld door de FOD.

Om de registratie te vergemakkelijken van de gegevens aangaande de resultaten van de opsporingsacties en de opvolgingsmodaliteiten van de patiënten die aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu moeten worden bezorgd, stelt de FOD een instrument ter beschikking van de ziekenhuizen dat het mogelijk maakt om de patiënten op te volgen, op basis van een voedingsplanning en een voedingsmiddelentabel.

Om de werking van het voedingsteam te financieren, wordt onderdeel B4 van de betrokken ziekenhuizen verhoogd met een forfaitair bedrag, gebaseerd op het aantal erkende bedden onder kenletters C, D, C+D, I, E, G, Sp, Sp palliatieve zorg, A, Ad, An, T, K, Kd en Kn, dat als volgt wordt berekend :

1° aan elk erkend bed dat in aanmerking komt, wordt een aantal punten gekoppeld, dat rekening houdt met het risico op ondervoeding, opgesteld als volgt :

- C-bed : 5,10 punten
- D-bed : 7,45 punten
- C+D, I-bed : 6,275 punten
- E-bed : 8,5 punten
- G-bed : 7,15 punten
- Sp, Sp pall-bed : 5,44 punten
- A, Ad, An, T, K, Kd en Kn-bed : 6,24 punten ;

2° er wordt een puntentotaal berekend voor elk ziekenhuis ;

3° elk betrokken ziekenhuis ontvangt een gegarandeerd forfait van 15.000 euro, dat de eerste 800 punten dekt;

4° er wordt een aanvullend bedrag berekend door het aantal punten boven de 800 te vermenigvuldigen met een bedrag van 2,60 euro.

Voor de vaststelling van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden onder kenletters C, D, C+D, I, E, G, Sp, Sp palliatieve zorg, A, Ad, An, T, K, Kd en Kn, zoals dat gekend is door FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening.

Vanaf 1 juli 2014 vindt er om de 2 jaar een actualisering plaats van het aantal erkende bedden. ».

Art. 14. In hetzelfde besluit wordt een artikel 63octies ingevoegd, luidend als volgt :

« 63octies. Ter verbetering van de kwaliteit van de farmaceutische zorgverlening wordt er vanaf 1 juli 2014 aan de niet-psychiatrische ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie ziekenhuisfarmacie, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten en de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten en de ziekenhuizen voor palliatieve zorg een financiering toegekend voor de toepassing van klinische farmacie.

Om deze bijkomende financiering te kunnen genieten, moeten de volgende voorwaarden vervuld zijn :

- het personeel dat de klinisch-farmaceutische activiteit uitvoert heeft de nodige opleiding genoten (ziekenhuisfarmacie) of heeft voldoende ervaring (of is bereid een opleiding te volgen) om de klinische farmacie te beoefenen ;

- dit personeel is verbonden aan de ziekenhuisapotheek ;

- dit personeel moet effectief worden ingezet om patiëntgerichte klinische farmacie toe te passen ;

- op vraag van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu worden de gerealiseerde activiteiten gerapporteerd, na goedkeuring van het Medisch Farmaceutisch Comité, aan de hand van een standaardrooster dat ter beschikking wordt gesteld ;

- des indicateurs de structure, de processus et de résultat sont utilisés afin de mesurer l'implémentation de la pharmacie clinique.

Les experts du réseau des comités médico-pharmaceutiques, en collaboration avec le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, accompagnent et suivent le développement de la pharmacie clinique.

Le financement est calculé comme suit : 0,25 ETP par tranche entamée de 200 lits agréés avec un maximum de 2 ETP et à concurrence de 85.000 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) par ETP.

Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés de l'ensemble de l'hôpital tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul. ».

Art. 15. Dans l'article 64, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 1^{er}, l'alinéa 4, inséré par l'arrêté royal du 19 novembre 2012, est remplacé par l'alinéa suivant :

« Aux 1^{er} juillet 2012, 1^{er} juillet 2013 et 1^{er} juillet 2014, la provision est calculée sur base des COM prestées en 2009 et remboursées par l'assurance maladie invalidité jusqu'au 30 juin 2011. » ;

2° dans le paragraphe 2, l'alinéa 4, inséré par l'arrêté royal du 19 novembre 2012, est remplacé par l'alinéa suivant :

« Aux 1^{er} juillet 2012, 1^{er} juillet 2013 et 1^{er} juillet 2014, la provision est calculée sur base des COM prestées en 2009 et remboursées par l'assurance maladie invalidité jusqu'au 30 juin 2011. ».

Art. 16. Dans l'article 65, 2°, alinéa 2, du même arrêté, le 2e tiret est remplacé par ce qui suit :

« - et les séjours avec un niveau de sévérité 3 ou 4 et un niveau de mortalité 3 ou 4 dans la classification '3M™ APR DRG Classification System, Version 28.0, Definitions Manual'. ».

Art. 17. Dans le même arrêté, à la place de l'article 72 abrogé par l'arrêté royal du 12 juin 2012, il est inséré un article 72 rédigé comme suit :

« Art. 72. Afin de couvrir de manière forfaitaire les coûts liés à la reconversion des techniques d'imagerie médicale, visant un usage plus adéquat de ces techniques, chaque hôpital agréé après le 1^{er} janvier 2015 pour un nouveau ou pour un tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré supplémentaire peut conclure un contrat avec le ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, pour autant qu'il soit repris sur la liste transmise par l'autorité compétente des communautés ou régions pour apporter la preuve qu'il fait partie des établissements concernés. ».

Art. 18. Dans l'article 73, du même arrêté, les paragraphes 6 et 7, insérés par l'arrêté royal du 26 décembre 2013, sont remplacés par ce qui suit :

« § 6. Pour l'année 2014, un budget supplémentaire de 12.294 milliers d'euros est ajouté au budget total mentionné au § 5, alinéa 1^{er}, afin de financer une partie des charges qui résultent, pour les hôpitaux, de la réforme opérée par la loi du 24 octobre 2011 précitée.

Le budget total ainsi obtenu est réparti en fonction des données relatives à l'ensemble des charges de cotisations et de pensions supportées par l'hôpital en application de cette loi, fournies pour la dernière année civile complète par l'ONSSAPL.

Pour les hôpitaux privés, l'alinéa 3 du § 5 reste d'application.

§ 7. A partir de l'année 2015, la répartition du budget total est actualisée chaque année en tenant compte, au moment du calcul, des données définitives relatives aux charges de cotisations et de pensions supportées par l'hôpital, fournies pour la dernière année civile complète par l'ONSSAPL. Pour les hôpitaux privés, l'alinéa 3 du § 5 reste d'application. ».

Art. 19. Dans l'article 75 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 1^{er}, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 26 décembre 2013, est complété comme suit :

« Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2014. » ;

- er wordt gebruik gemaakt van structuur-, proces- en resultaatsindicatoren om de toepassing van de klinische farmacie in het ziekenhuis te meten.

In samenwerking met FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu zullen de experts van het netwerk van medisch-farmaceutische comités de ontwikkeling van de klinische farmacie begeleiden en opvolgen.

De financiering wordt als volgt berekend : 0,25 VTE per begonnen schijf van 200 erkende bedden met een maximum van 2 VTE en ten belope van 85.000 euro (waarde op 1 juli 2014) per VTE.

Voor het vaststellen van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden in het hele ziekenhuis zoals dat gekend is door FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening. ».

Art. 15. In artikel 64 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in paragraaf 1, wordt lid 4, ingevoegd door koninklijk besluit van 19 november 2012, vervangen door het volgende lid :

« Op 1 juli 2012, 1 juli 2013 en 1 juli 2014 wordt de provisie berekend op basis van de in 2009 gepresteerde en door de ziekte- en invaliditeitsverzekering tot 30 juni 2011 terugbetaalde MOC's. » ;

2° in paragraaf 2, wordt lid 4, ingevoegd door koninklijk besluit van 19 november 2012, vervangen door het volgende lid :

« Op 1 juli 2012, 1 juli 2013 en 1 juli 2014 wordt de provisie berekend op basis van de in 2009 gepresteerde en door de ziekte- en invaliditeitsverzekering tot 30 juni 2011 terugbetaalde MOC's. » ;

Art. 16. In artikel 65, 2°, lid 2, van hetzelfde besluit, wordt het 2de streepje vervangen als volgt :

« - en de verblijven met ernstgraad 3 of 4 en mortaliteitsrisico 3 of 4 in de '3M™ APR DRG Classification System, Version 28.0, Definitions Manual'. ».

Art. 17. In hetzelfde besluit wordt in plaats van artikel 72, opgeheven door het koninklijk besluit van 12 juni 2012, een artikel 72 ingevoegd, luidend als volgt :

« Art. 72. Om op een forfaitaire manier de kosten te dekken die verband houden met de reconversie van de medische beeldvormingstechnieken, met het oog op een adequater gebruik van die technieken, mag elk ziekenhuis dat na 1 januari 2015 erkend is voor een nieuwe of voor een magnetische resonatietomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem een contract afsluiten met de minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, op voorwaarde dat het op de lijst staat die door de bevoegde overheid van de gemeenschappen of gewesten werd bezorgd om het bewijs te leveren dat het deel uitmaakt van de betrokken instellingen. ».

Art. 18. In artikel 73 van hetzelfde besluit worden paragrafen 6 en 7, ingevoegd door het koninklijk besluit van 26 december 2013, vervangen als volgt :

« § 6. Voor het jaar 2014 wordt een bijkomend budget van 12.294 duizend euro bij het in § 5, eerste lid, bedoelde totale budget bijgeteld teneinde een deel van de lasten te financieren resulterend, voor de ziekenhuizen, uit de hervorming ingevoerd door de voornoemde wet van de 24 oktober 2011.

Het aldus verkregen totale budget wordt verdeeld op basis van de gegevens omtrent het geheel van de lasten van de bijdragen en de pensioenen gedragen door het ziekenhuis in uitvoering van deze wet, verstrekt voor het laatste volledige burgerlijk jaar door de RSZPPO.

Voor de private ziekenhuizen blijft het derde lid van § 5 van toepassing.

§ 7. Vanaf het jaar 2015 wordt er elk jaar een actualisering van de verdeling van het totale budget gemaakt, rekening houdende, op het ogenblik van de berekening, met de definitieve gegevens van de lasten van de bijdragen en de pensioenen gedragen door het ziekenhuis, verstrekt voor het laatste volledige burgerlijk jaar door de RSZPPO. Voor de private ziekenhuizen blijft het derde lid van § 5 van toepassing. ».

Art. 19. In artikel 75 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° paragraaf 1, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 december 2013, wordt aangevuld als volgt :

« In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2014. » ;

2° le paragraphe 2, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 26 décembre 2013, est complété comme suit :

« Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2014. » ;

3° le paragraphe 3, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 26 décembre 2013, est complété comme suit :

« Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2013. » ;

4° l'article 75 est complété par un paragraphe 7 rédigé comme suit :

« § 7. A partir du 1^{er} janvier 2014, afin de stimuler la formation des pharmaciens hospitaliers, un montant de 3.250.000 euros est réparti entre les hôpitaux visés à l'article 7, 2°, g), 1. du présent arrêté, ayant signé une convention avec le ministre ayant la santé publique dans ses attributions. » ;

5° l'article 75 est complété par un paragraphe 8 rédigé comme suit :

« § 8. A partir du 1^{er} juillet 2015, afin d'améliorer la qualité des soins pharmacologiques, il est octroyé aux hôpitaux non psychiatriques agréés pour une fonction d'officine hospitalière, à l'exception des hôpitaux et services, isolés, Sp, des hôpitaux et services, isolés, G et des hôpitaux de soins palliatifs, un financement pour l'implémentation de la pharmacie clinique.

Pour bénéficier de ce financement complémentaire, les conditions suivantes doivent être remplies :

- le personnel qui exerce la pharmacie clinique doit avoir suivi la formation requise (pharmacie hospitalière) ou disposer d'une expérience suffisante (ou être disposé à suivre une formation) pour pouvoir pratiquer la pharmacie clinique ;

- le personnel est attaché à l'officine hospitalière ;

- le personnel doit être effectivement affecté à la pratique de la pharmacie clinique centrée sur le patient ;

- à la demande du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, les activités réalisées doivent être rapportées, après approbation du Comité Médico-Pharmaceutique, sur la base d'un schéma standard mis à disposition ;

- des indicateurs de structure, de processus et de résultat sont utilisés afin de mesurer l'implémentation de la pharmacie clinique.

Les experts du réseau des comités médico-pharmaceutiques, en collaboration avec le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, accompagnent et suivent le développement de la pharmacie clinique.

Le financement est calculé comme suit : 0,25 ETP par tranche entamée de 200 lits agréés avec un maximum de 2 ETP et à concurrence de 85.000 euros (valeur au 1^{er} juillet 2014) par ETP.

Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés de l'ensemble de l'hôpital tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul. ».

Art. 20. Dans l'article 77 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 1^{er}, a), C, 1., du même arrêté, la phrase « - 15 % du budget sont répartis entre les hôpitaux pour couvrir les coûts relatifs à l'enseignement clinique et à la formation. Le montant attribué à chaque hôpital est calculé sur base d'un montant de 30.460,50 euros (valeur 1^{er} janvier 2003) par maître de stage et 4.822,92 euros (valeur 1^{er} janvier 2003) par médecin spécialiste en formation. » est remplacée par la phrase « - 15 % du budget sont répartis entre les hôpitaux pour couvrir les coûts relatifs à l'enseignement clinique et à la formation. Le montant attribué à chaque hôpital est calculé sur base d'un montant de 30.460,50 euros (valeur 1^{er} janvier 2003) par maître de stage et 4.822,92 euros (valeur 1^{er} janvier 2003) par médecin spécialiste en formation, dont le nombre est limité au nombre précisé par spécialité et par année de stage dans l'arrêté d'agrément du maître de stage. » ;

2° il est inséré trois paragraphes, entre le 1^{er} et le 2^e paragraphe, rédigés comme suit :

« § 1/1. Pour la période du 1^{er} juillet 2014 au 31 décembre 2014, 80 % des montants visés dans l'annexe 16, § 2, et repris au regard de leur dénomination sont octroyés aux hôpitaux visés à l'article 7, 2°, g), 1.

§ 1/2. Les coûts découlant des situations décrites à l'article 47ter, § 1^{er}, a), liés à des patients ne relevant pas d'un des organismes assureurs visés dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, seront, en ce qui concerne

2° paragraaf 2, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 december 2013, wordt aangevuld als volgt:

« In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2014. » ;

3° paragraaf 3, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 december 2013, wordt aangevuld als volgt:

« In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2013. ».

4° artikel 75 wordt aangevuld met een paragraaf 7, luidend als volgt :

« § 7. Vanaf 1 januari 2014 wordt, om de opleiding van de ziekenhuisapothekers te stimuleren, een bedrag van 3.250.000 euro verdeeld onder de ziekenhuizen bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1. van dit besluit, die een overeenkomst hebben afgesloten met de minister bevoegd voor Volksgezondheid. » ;

5° artikel 75 wordt aangevuld met een paragraaf 7, luidend als volgt :

« § 8. Vanaf 1 juli 2015 wordt, om de kwaliteit van de farmacologische zorg te verbeteren, aan de niet-psychiatrische ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie ziekenhuisapotheek, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten, de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten en de ziekenhuizen voor palliatieve zorg, een financiering toegekend voor de implementatie van de klinische farmacie.

Om deze bijkomende financiering te genieten, moet voldaan zijn aan de volgende voorwaarden :

- het personeel dat de klinische farmacie beoefent, moet de vereiste opleiding (ziekenhuisfarmacie) hebben gevolgd of over voldoende ervaring beschikken (of bereid zijn om een opleiding te volgen) om de klinische farmacie te kunnen beoefenen ;

- het personeel is verbonden aan de ziekenhuisapotheek;

- het personeel moet daadwerkelijk worden ingezet in de patiëntgerichte praktijk van de klinische apotheek;

- op vraag van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu worden de gerealiseerde activiteiten gerapporteerd, na goedkeuring van het Medisch-Farmaceutisch Comité, aan de hand van een standaardrooster dat ter beschikking wordt gesteld ;

- er wordt gebruik gemaakt van structuur-, proces- en resultaatsindicatoren om de toepassing van de klinische farmacie te meten.

In samenwerking met FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu zullen de experts van het netwerk van medisch-farmaceutische comités de ontwikkeling van de klinische farmacie begeleiden en opvolgen.

De financiering wordt berekend als volgt : 0,25 VTE per begonnen schijf van 200 erkende bedden met een maximum van 2 VTE's en ten belope van 85.000 euro (waarde op 1 juli 2014) per VTE.

Voor het vaststellen van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, voor heel het ziekenhuis, zoals dat gekend is door FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening. ».

Art. 20. In artikel 77 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in paragraaf 1, a), C, 1., van hetzelfde besluit wordt de zin « - 15 % van het budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen teneinde de kosten voor het klinisch onderwijs en de opleiding te dekken. Het aan elk ziekenhuis toegekend bedrag wordt berekend op basis van een bedrag van 30.460,50 euro (waarde op 1 januari 2003) per stagemeester en 4.822,92 euro (waarde op 1 januari 2003) per geneesheer-specialist in opleiding. » vervangen door de zin « - 15 % van het budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen teneinde de kosten voor het klinisch onderwijs en de opleiding te dekken. Het aan elk ziekenhuis toegekend bedrag wordt berekend op basis van een bedrag van 30.460,50 euro (waarde op 1 januari 2003) per stagemeester en 4.822,92 euro (waarde op 1 januari 2003) per geneesheer-specialist in opleiding, waarvan het aantal beperkt is tot het aantal dat per specialiteit en per stagejaar vermeld wordt in het erkenningsbesluit van de stagemeester. » ;

2° tussen de eerste en de tweede paragraaf worden drie paragrafen ingevoegd, luidend als volgt :

« § 1/1. Voor de periode van 1 juli 2014 tot 31 december 2014, wordt 80 % van de bedragen bedoeld in bijlage 16, § 2, zoals vermeld bij hun benaming, toegekend aan de ziekenhuizen bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1.

§ 1/2. De kosten die voortvloeien uit de situaties beschreven in artikel 47ter, § 1, a), voor patiënten die niet tot één van de verzekeringssinstellingen behoren bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen,

l'année 2013, transmis par l'hôpital visé à l'article 7, 2°, g), 1. au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et seront octroyés aux hôpitaux concernés dans le cadre de l'indemnisation résultant de la révision du budget des moyens financiers relative à l'exercice 2014.

§ 1/3. A partir du 1^{er} janvier 2015, les budgets visés aux § 1/1. et § 1/2. sont répartis entre les hôpitaux, visés à l'article 7, 2°, g), 1., selon des modalités à définir par le Roi, pour cibler en priorité les activités d'oncologie, d'hématologie et de rhumatologie. ».

Art. 21. Dans l'article 79quinquies du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

- 1° le paragraphe 1^{er} est abrogé ;
- 2° le paragraphe 5 est abrogé.

Art. 22. Dans l'annexe 3 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

- 1° Dans 1. Introduction, le point 1.1. est remplacé par ce qui suit :

« 1.1. Concepts et abréviations

- Enregistrement RHM: l'enregistrement du Résumé Hôpital Minimum tel que visé à l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

- ICD-9-CM: International Classification of Diseases - 9th Edition - Clinical Modification;

- MDC: Major Diagnostic Category, grands groupes de diagnostics qui concernent chacun un système ou un organe, tels que décrits dans '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul;

- APR-DRG : Diagnosis Related Groups, groupes de diagnostic tels que décrits dans '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul;

- Gravité clinique ou " severity of illness " : Etendue de la dégradation physiologique ou de la perte de fonction d'un système clinique, tels que décrits dans '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul;

- Risque de mortalité : probabilité de décès, tel que décrit dans '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul. » ;

- 2° Dans 1. Introduction, le point 1.2. est remplacé par ce qui suit :

« 1.2. Groupes de diagnostics

Les groupes de diagnostic sont constitués sur base de '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul.

Sur base du diagnostic principal, on effectue une première subdivision en groupes de diagnostics principaux, appelés MDC's, qui portent chacun sur un système ou un organe. Chaque MDC est ensuite scindé en un sous-groupe médical et un sous-groupe chirurgical selon qu'il y ait intervention chirurgicale ou non.

A l'intérieur de ces sous-groupes, on distingue les groupes de diagnostics proprement dits, c'est-à-dire les APR-DRG, en tenant compte des éléments suivants: diagnostic principal, diagnostics associés, interventions chirurgicales, techniques spéciales, âge, sexe et type de sortie, conformément à '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul.

322 APR-DRG de base sont ainsi obtenus.

Chaque APR-DRG de base (à l'exception des APR-DRG MMM, AAA, 955 et 956) est ensuite scindé en 4 niveaux de sévérité clinique. La détermination du niveau de sévérité clinique d'un séjour s'effectue en 3 étapes qui prennent notamment en compte les effets sur la gravité clinique des diagnostics secondaires non associés avec le diagnostic principal et non inter reliés entre eux, de l'âge, du diagnostic principal, de l'existence de certaines procédures non opératoires,... (Cf '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul.)

Les quatre " niveaux de sévérité " obtenus sont :

- niveau 1 : niveau de sévérité faible;
- niveau 2 : niveau de sévérité modéré;
- niveau 3 : niveau de sévérité majeur;
- niveau 4 : niveau de sévérité extrême.

zullen, voor het jaar 2013, door het ziekenhuis bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1. bezorgd worden aan FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en zullen worden toegekend aan de betrokken ziekenhuizen in het kader van de vergoeding die voortvloeit uit de herziening van het budget van financiële middelen voor boekjaar 2014.

§ 1/3. Vanaf 1 januari 2015 zullen de budgetten bedoeld in § 1/1. en § 1/2. verdeeld worden onder de ziekenhuizen bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1., volgens de modaliteiten te bepalen door de Koning, waarbij bij voorrang wordt gedoeld op de activiteiten op het vlak van oncologie, hematologie en reumatologie. ».

Art. 21. In artikel 79quinquies van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- 1° paragraaf 1 wordt opgeheven;
- 2° paragraaf 5 wordt opgeheven.

Art. 22. In bijlage 3 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- 1° In 1. Inleiding, wordt het punt 1.1. vervangen als volgt :

« 1.1. Begrippen en afkortingen

- MZG-registratie: de registratie van de Minimale Ziekenhuisgegevens zoals bedoeld in het Koninklijk Besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden meegegeven aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

- ICD-9-CM: International Classification of Diseases - 9th edition - Clinical Modification .

- MDC: Major Diagnostic Category, grote diagnosegroepen die elk een systeem of een orgaan omvatten, zoals beschreven in '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is;

- APR-DRG: Diagnosis Related Groups, diagnosegroepen zoals beschreven in '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is;

- Klinische ernst of "severity of illness": Omvang van de fysiologische compensatie of van verlies van orgaanfunctie zoals beschreven in '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is;

- Sterfterisico : waarschijnlijkheid van overlijden, zoals beschreven in '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is. » ;

- 2° In 1. Inleiding, wordt het punt 1.2. vervangen als volgt :

« 1.2. Diagnosegroepen

De diagnosegroepen worden gevormd op grond van '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is.

Op basis van de hoofddiagnose wordt een eerste indeling gemaakt in grote diagnosegroepen, hierna MDC's genoemd, die elk betrekking hebben op een systeem of orgaan. Elke MDC wordt vervolgens verder verdeeld in een medische en chirurgische subgroep op basis van het al dan niet voorkomen van een chirurgische ingreep.

Binnen deze subgroepen worden de eigenlijke diagnosegroepen, namelijk de APR-DRG's, onderscheiden, rekening houdend met de volgende elementen: hoofddiagnose, nevendiagnostics, chirurgische ingrepen, speciale technieken, leeftijd, geslacht en aard van ontslag overeenkomstig '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is.

Op die manier worden 322 basis-APR-DRG's verkregen.

Elke basis-APR-DRG (met uitzondering van de APR-DRG's MMM, AAA, 955 en 956) wordt vervolgens opgesplitst in 4 niveaus van klinische ernst. De bepaling van het niveau van klinische ernst van een verblijf gebeurt in 3 fasen waarbij met name rekening wordt gehouden met de gevolgen op de klinische ernst van de nevendiagnostics die geen verband houden met de hoofddiagnose en niet onderling verbonden zijn, de leeftijd, de hoofddiagnose, het bestaan van bepaalde niet-operatieve procedures,... (Cf. '3MTM APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is).

De 4 verkregen "severities of illness" zijn :

- niveau 1 : zwak niveau van klinische ernst;
- niveau 2 : gematigd niveau van klinische ernst;
- niveau 3 : groot niveau van klinische ernst;
- niveau 4 : extreem niveau van klinische ernst.

Les patients pour lesquels il n'est pas fait mention d'un diagnostic principal (APR-DRG 955) ou pour lesquels il est fait mention d'un diagnostic ne pouvant être utilisé comme diagnostic principal (APR-DRG 956) constituent ce que l'on appelle, plus loin, le 'groupe de diagnostics résiduels type I'. Les patients pour lesquels il y a une importante intervention chirurgicale ne correspondant pas au diagnostic principal (APR-DRG 950, 951, 952) constituent ce que l'on appelle, plus loin, le 'groupe de diagnostics résiduels type II'. » ;

3° Dans 1. Introduction, le point 1.3. est remplacé par ce qui suit :

« 1.3. Affinement des groupes de diagnostics

L'APR-DRG 861 'Signes, symptômes et autres facteurs influençant l'état de santé' est en outre scindé en APR-DRG 861.1 et APR-DRG 861.2 dont le dernier reprend les séjours polysomnographiques (avec un nombre de jours facturés plus petit ou égal à 3 pour lesquels au moins un code nomenclature INAMI '474563' a été enregistré).

L'APR-DRG 137 'Inflammations et infections majeures du système respiratoire' est scindé en 2 sous-groupes d'APR-DRG (137.1 et 137.2) selon la présence ou non d'un code de tuberculose en diagnostic principal (010.x primary tuberculous infection, 011.x pulmonary tuberculosis, 012.x other respiratory tuberculosis).

L'APR-DRG 173 'Autres procédures vasculaires' est scindé en 2 sous-groupes d'APR-DRG (173.1 et 173.2) selon la présence unique ou non de la procédure déterminante 3950 (angioplastie ou athérectomie de vaisseau non coronaire). » ;

En ce qui concerne les patients pour lesquels un enregistrement RHM par spécialité est effectué au cours d'un même séjour à l'hôpital, on choisit un diagnostic principal unique pour toute la durée du séjour hospitalier, conformément à la technique décrite au point 1.4. » ;

4° Dans 1. Introduction, le point 1.6. est remplacé par ce qui suit :

« 1.6. Nombre de systèmes atteints

Pour le calcul du nombre de systèmes atteints, le système du diagnostic principal est considéré comme étant le premier système atteint et on y ajoute le nombre de systèmes (différents de celui du diagnostic principal) des complications ou comorbidités mentionnées, tels que décrits dans le '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul. » ;

5° Dans 2. Calcul des durées de séjour moyennes standards, le point 2.2. est remplacé par ce qui suit :

« 2.2. Champ d'application

Les durées facturées totales par séjour des trois derniers exercices connus d'enregistrement RHM serviront de base pour le calcul des durées de séjour moyenne standard.

On tient compte de tous les séjours classiques (H) des patients admis dans des hôpitaux aigus à l'exception :

1) des patients ayant séjourné au moins une journée de leur séjour dans un service Sp, A ou K ;

2) des nouveau-nés (0-7 jours) ayant séjournés exclusivement dans les index de lits M et N* ;

3) des séjours qui sont considérés comme séjours classiques inappropriés (voir point 4.2.2.) ;

4) des séjours des grands brûlés :

séjours des hôpitaux avec des unités des grands brûlés pour lesquels soit le MDC=22, soit l'APR-DRG=004 ou 005 et les 3 premiers chiffres du diagnostic principal sont égaux à 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948 ou 949 ;

5) des patients qui séjournent un jour dans l'hôpital et qui sont transférés vers un autre hôpital ;

6) des séjours de l'APR-DRG 693 'chimiothérapie' dont la date de sortie moins la date d'admission est égale à 1 jour ;

7) des séjours appartenant aux APR-DRG's 950, 951, 952, 955 et 956 ;

8) des séjours dont le patient est décédé endéans les 3 jours ;

9) des séjours fautifs soit les séjours pour lesquels la durée de séjour est non valable (négative, pas en concordance avec le jour, le mois et l'année d'admission et de sortie ou non mentionnée, non concordance entre la durée de séjour calculée, la durée de séjour facturée et la somme des durées par index de lit), l'âge est non valable (pas entre 0 et 120 ans).

On appelle les séjours restants des séjours purs. » ;

Patiënten zonder vermelding van een hoofddiagnose (APR-DRG 955) of met vermelding van een diagnose die niet als hoofddiagnose gebruikt mag worden (APR-DRG 956) worden verder de 'rest diagnose-groepen type I' genoemd. Patiënten met een belangrijke chirurgische ingreep die niet overeenkomt met de hoofddiagnose (APR-DRG 950, 951, 952) worden verder de 'restdiagnosegroepen type II' genoemd. Patiënten met een belangrijke chirurgische ingreep die niet overeenkomt met de hoofddiagnose (APR-DRG 950, 951, 952) worden verder de 'restdiagnosegroepen type II' genoemd. » ;

3° In 1. Inleiding, wordt het punt 1.3. vervangen als volgt :

« 1.3. Verfijning van de diagnosegroepen

De APR-DRG 861 'Tekens, symptomen en andere factoren met invloed op de gezondheidstoestand' wordt bovendien gesplitst in APR-DRG 861.1 en APR-DRG 861.2 waarbij de laatste de polysomnografieën verblijven (met een aantal gefactureerde dagen kleiner dan of gelijk aan drie en waarvoor minstens één RIZIV nomenclatuurcode '474563' werd geregistreerd) bevat.

De APR-DRG 137 'Majeure respiratoire infecties en inflammaties' wordt opgesplitst in 2 subgroepen (137.1 en 137.2) al naar gelang de verblijven een code voor tuberculose hebben in hoofddiagnose (010.x primary tuberculous infection, 011.x pulmonary tuberculosis, 012.x other respiratory tuberculosis) of niet.

De APR-DRG 173 'Andere vasculaire procedures' wordt opgesplitst in 2 subgroepen (173.1 en 173.2) al naargelang de aanwezigheid of niet van de bepalende procedure 3950 (niet-coronaire angioplastie of atherectomie van bloedvaten). » ;

Voor de patiënten waarvoor tijdens eenzelfde ziekenhuisverblijf de MZG per specialisme wordt geregistreerd, kiest men een enkele hoofddiagnose voor de hele duur van het ziekenhuisverblijf, overeenkomstig de in punt 1.4 beschreven techniek. » ;

4° In 1. Inleiding, wordt het punt 1.6. vervangen als volgt :

« 1.6. Aantal aangetaste systemen

Voor de berekening van het aantal aangetaste systemen wordt het systeem van de hoofddiagnose beschouwd als het eerste aangetaste systeem en wordt het aantal systemen (verschillend van dat van de hoofddiagnose) van de vermelde complicaties of comorbiditeiten hieraan toegevoegd, zoals beschreven in '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is. » ;

5° In 2. Berekening van gemiddelde standaardligduren, wordt het punt 2.2. vervangen luidende :

« 2.2. Toepassingsgebied

De totale gefactureerde ligduren per verblijf van de laatste drie gekende dienstjaren van de MZG-registratie dienen als basis voor de berekening van de gemiddelde standaardligduren.

Er wordt rekening gehouden met alle klassieke verblijven (H) in acute ziekenhuizen uitgezonderd :

1) patiënten die minstens één dag van hun verblijf op een Sp-, A- of K-dienst verbleven hebben ;

2) pasgeborenen (0-7 dagen) met een exclusief verblijf in M en N* bedindexen ;

3) verblijven die als "oneigenlijk" klassieke verblijven worden beschouwd (zie punt 4.2.2.) ;

4) de zware brandwonden verblijven :

verblijven van ziekenhuizen met behandelings-eenheden voor zware brandwonden waarvoor MDC=22 of de APR-DRG=004 of 005 en de eerste 3 cijfers van de hoofddiagnose gelijk aan 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948 of 949 ;

5) de patiënten die na één dag in het ziekenhuis naar een ander ziekenhuis worden overgebracht ;

6) verblijven van de APR-DRG 693 'chemotherapie' waarvoor de ontslagdatum min de opnamedatum gelijk is aan 1 dag ;

7) de verblijven die behoren tot APR-DRG's 950, 951, 952 en 955 en 956 ;

8) de verblijven waarbij de patiënt binnen 3 dagen overleden is ;

9) de foutieve verblijven, met name de verblijven met een ongeldige verblijfsduur (negatief, niet in overeenstemming met de dag, maand en jaar van opname en ontslag of niet ingevuld, incoherentie tussen de berekende verblijfsduur, de gefactureerde verblijfsduur en de som van de verblijfsduren per bedindex), ongeldige leeftijd (niet tussen 0 en 120 jaar).

De overblijvende verblijven worden pure verblijven genoemd. » ;

6° Dans 2. Calcul des durées de séjour moyennes standards, le point 2.4. est remplacé par ce qui suit:

“ 2.4. Calcul de la durée de séjour moyenne standard par sous-groupe d'APR-DRG

On calcule par sous-groupe d'APR-DRG (cf. point 1.5) une durée de séjour moyenne standard, en abrégé 'NGL'.

Cette NGL est calculée par sous-groupe d'APR-DRG en divisant la somme des journées facturées des séjours normaux (catégorie = 1) et des durées limitées des outliers type 2 (catégorie = 4) par leur nombre de séjours.

Les sous-groupes d'APR-DRG auxquels on n'attribue pas une durée de séjour moyenne sont :

0a) les sous-groupes de APR-DRG 003 'Transplantation de moelle osseuse';

0b) les sous-groupes de l'APR-DRG 004 'Ecmo ou trachéostomie avec ventilation mécanique de longue durée et procédure extensive';

0c) les sous-groupes de l'APR-DRG 005 'Trachéostomie avec ventilation mécanique de longue durée sans intervention extensive';

0d) les sous-groupes d'APR-DRG, composés au niveau national, de moins de 30 séjours après l'application des critères mentionnés ci-dessus;

0e) les sous-groupes du niveau de sévérité extrême si ce niveau représente moins de 20 % des séjours de l'APR-DRG. » ;

7° Dans 2. Calcul des durées de séjour moyennes standards, le point 2.6. est remplacé par ce qui suit:

“ 2.6. Séjours des patients qui sont restés la moitié ou moins de la moitié de leur durée de séjour dans un service A, K ou Sp

On répartit les séjours des patients qui sont restés la moitié ou moins de la moitié de leur durée de séjour dans un service A, K ou Sp selon les catégories (0a, 0b, 0c, 0d, 0e, 1, 2, 2b, 3, 4) du sous-groupe d'APR-DRG auquel ils font partie.

Les séjours avec un sous-groupe d'APR-DRG qui est différent de ceux résultant du calcul des durées de séjour moyennes standards (basé sur les séjours purs) sont classés dans la catégorie 0f. » ;

8° Dans 3. Calcul d'un nombre de lits justifiés par hôpital pour les séjours classiques (H) et de longue durée (F, M, L) des hôpitaux aigus, le point 3.1 est remplacé par ce qui suit:

“ 3.1. Séjours exclus du calcul

1) les nouveau-nés (0-7 jours) ayant séjournés exclusivement dans les index de lits M et N* ;

2) les séjours qui sont considérés comme séjours classiques inappropriés (cf. point 4.2.2.) ;

3) les séjours des grands brûlés :

séjours des hôpitaux avec des unités des grands brûlés pour lesquels soit le MDC=22, soit l'APR-DRG=004 ou 005 et les 3 premiers chiffres du diagnostic principal sont égaux à 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948 ou 949

4) les séjours sans facturation en index de lits (cf. point 3.3) pour lesquels un nombre de lits justifiés est calculé. » ;

9° Dans 3. Calcul d'un nombre de lits justifiés par hôpital pour les séjours classiques (H) et de longue durée (F, M, L) des hôpitaux aigus, 3.4., B. est remplacé par ce qui suit:

“ B. Pour les séjours

- des APR-DRG's résiduels type I (955 et 956, catégorie 6a) si la durée facturée est inférieure ou égale à la durée de séjour moyenne observée de l'hôpital moins 2 jours,

- classés dans les APR-DRG's résiduels type II (950, 951, et 952, catégorie 6b),

- compris dans les sous-groupes d'APR-DRG auxquels aucune durée de séjour moyenne n'est attribuée (catégories 0a, 0b, 0c, 0d, 0e et 0f),

- des patients qui séjournent un jour dans l'hôpital et qui sont transférés vers un autre hôpital (catégorie 2t),

- des séjours de l'APR-DRG 693 chimiothérapie dont la date de sortie moins la date d'admission est égale à 1 jour (catégorie 2c),

- des outliers petits (catégorie 2),

- des outliers grands de type 1 (catégorie 3),

- de longue durée (catégorie 5),

6° In 2. Berekening van gemiddelde standaardligduren, wordt het punt 2.4. vervangen luidende:

« 2.4 Berekening van een gemiddelde standaardligduur per APR-DRG-subgroep

Per APR-DRG-subgroep (cf. punt 1.5) wordt een gemiddelde standaardligduur berekend, hierna afgekort 'NGL'.

Deze NGL wordt per APR-DRG-subgroep berekend door de deling van de som van de gefactureerde dagen (catégorie = 1) van de normale verblijven met de begrensde ligduren van de outliers van type 2 (catégorie = 4) door hun aantal verblijven.

De APR-DRG-subgroepen waaraan geen gemiddelde ligduur wordt toegekend zijn:

0a) de subgroepen van APR-DRG 003 'Beenmergtransplantatie';

0b) de subgroepen van APR-DRG 004 'Ecmo of tracheostomie met langdurige mechanische ventilatie met extensieve procedure';

0c) de subgroepen van APR-DRG 005 'Tracheostomie met langdurige mechanische ventilatie zonder extensieve procedure';

0d) de subgroepen van APR-DRG waarin er nationaal minder dan 30 verblijven overblijven na toepassing van bovenvermelde criteria;

0e) de subgroepen van het extreme niveau van klinische ernst indien dit niveau minder dan 20 % van de APR-DRG-verblijven vertegenwoordigt. » ;

7° In 2. Berekening van gemiddelde standaardligduren, wordt het punt 2.6. vervangen luidende:

« 2.6. Verblijven van patiënten die maximaal de helft van hun verblijf in een A-, K-, of Sp-dienst hebben doorgebracht

Men verdeelt de verblijven van patiënten die maximaal de helft van hun verblijf in een A-, K-, of Sp-dienst hebben doorgebracht volgens de categorieën (0a, 0b, 0c, 0d, 0e, 1, 2, 2b, 3, 4) van de APR-DRG subgroep waartoe deze behoort.

Verblijven met een APR-DRG subgroep verschillend van deze die volgen uit de berekening van de gemiddelde standaardligduren (op basis van de pure verblijven) worden geklasseerd in categorie 0f. » ;

8° In 3. Berekening van een aantal verantwoorde bedden per ziekenhuis voor de klassieke verblijven (H) en de langdurige verblijven (F, M, L) van de acute ziekenhuizen, wordt punt 3.1 vervangen als volgt :

« 3.1. Verblijven die niet deelnemen aan de berekening

1) pasgeborenen (0-7 dagen) met een exclusief verblijf in M en N* bedindexen;

2) verblijven die als "oneigenlijk" klassieke verblijven worden beschouwd (cf. onderdeel 4.2.2.);

3) de zware brandwonden verblijven:

verblijven van ziekenhuizen met behandelingsseenheden voor zware brandwonden waarvoor MDC=22 of de APR-DRG=004 of 005 en de eerste 3 cijfers van de hoofddiagnose gelijk aan 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948 of 949;

4) de verblijven zonder facturatie in de bedindexen (cf. onderdeel 3.3) waarvoor een aantal verantwoorde bedden wordt berekend. » ;

9° In 3. Berekening van een aantal verantwoorde bedden per ziekenhuis voor de klassieke verblijven (H) en de langdurige verblijven (F, M, L) van de acute ziekenhuizen, 3.4., wordt B. vervangen als volgt :

« B. Voor de verblijven

- ingedeeld bij de rest-APR-DRG's type I (955 en 956, catégorie 6a) als de gefactureerde ligduur lager is dan de waargenomen gemiddelde ligduur van het ziekenhuis verminderd met twee dagen,

- ingedeeld bij de APR-DRG-restgroep type II (950, 951 en 952, catégorie 6b),

- van de APR-DRG-subgroepen waaraan geen gemiddelde ligduur werd toegekend (catégorieën 0a, 0b, 0c, 0d, 0e et 0f),

- van patiënten die na een verblijf van één dag naar een ander ziekenhuis worden overgebracht (catégorie 2t),

- van de APR-DRG 693 chemotherapie waarvoor de ontslagdatum min de opnamedatum gelijk is aan 1 dag (catégorie 2c),

- van de kleine outliers (catégorie 2),

- van de grote outliers van type 1 (catégorie 3),

- van lange duur (catégorie 5),

- pour lesquels les patients sont restés plus de la moitié de leur durée de séjour dans un service A, K ou Sp (catégorie 7),
- dont le patient est décédé endéans les 3 jours (catégorie 8), la valeur financière est égale à la durée de séjour facturée. » ;

10° Dans 4. Calcul d'un nombre de journées justifiées par hôpital en hospitalisation de jour chirurgicale, 4.2.2. est remplacé par ce qui suit:

« 4.2.2. Séjours classiques inappropriés

Pour la détermination du nombre de séjours hospitaliers classiques inappropriés, on utilise le case-mix enregistré dans le RHM des trois dernières années d'enregistrement connues.

On définit deux sortes de séjours classiques inappropriés : chirurgicaux et médicaux. Ils ont des critères de base en commun, et répondent également à des conditions spécifiques.

0. conditions de base en commun:

- séjours classiques (H);
- avec un APR-DRG de la liste des 27 APR-DRG ;

24 chirurgicaux	3 médicaux	24 chirurgische	3 medische
026, 073, 093, 097, 098, 180, 226, 313, 314, 315, 316, 317, 320, 361, 364, 446, 483, 484, 513, 517, 518, 519, 544, 850	114 115 501	026, 073, 093, 097, 098, 180, 226, 313, 314, 315, 316, 317, 320, 361, 364, 446, 483, 484, 513, 517, 518, 519, 544, 850	114 115 501

- il s'agit d'une admission planifiée;
- la durée de séjour réelle \leq 3 jours;
- son niveau de sévérité = 1;
- il ne s'agit pas d'un patient décédé;
- le niveau de mortalité = 1;
- l'âge du patient < 75 ans;
- pour les séjours de l'APR-DRG 097 'Procédures sur amygdales et végétations', l'âge du patient < 14 ans.

1. chirurgical (24 APR-DRG):

Un séjour est indiqué comme inapproprié chirurgical si:

- les conditions sous 0 sont de vigueur;
- l'APR-DRG est égal à un des 24 APR-DRG chirurgicaux;
- avec exclusivement des codes ICD operating room sélectionnés selon 2 critères au niveau national:
- un taux de substitution \geq 33% et calculé sur base des 3 dernières années connues du RHM comme suit : séjours d'hospitalisation de jour / (séjours d'hospitalisation de jour + séjours d'hospitalisation classique);

-) et au minimum 90 séjours inappropriés.

2. médical (3 APR-DRG)

Un séjour est indiqué comme inapproprié médical si:

- les conditions sous 0 sont de vigueur;
- pour un séjour contenant un des 3 APR-DRG's médicaux;
- en combinaison avec la facturation d'un des codes nomenclature de la liste B (cf point 6).

Sur la base des codes de nomenclature INAMI de la liste B (cf. point 6), on a retenu tous les séjours qui, au cours de la période de référence (trois dernières années d'enregistrement connues) comprennent au moins un code de la liste. Cette sélection comprenait aussi bien les séjours en hospitalisation classique enregistrés que les séjours en hospitalisation de jour. Le nombre de séjours par APR-DRG a été calculé sur la base de cette sélection.

Les APR-DRG sélectionnés pour la détermination des séjours classiques inappropriés sont les suivants :

026 Autres procédures du système nerveux et apparentées	026 Andere Procedures op het zenuwstelsel en gerelateerde Procedures
073 Procédures sur l'œil, excepté l'orbite	073 Procedures op het oog behalve op de orbita
093 Procédures sur sinus et mastoïde	093 Procedures op sinussen en mastoïd
097 Procédures sur amygdale et végétations	097 Procedures op tonsillen en adenoïden
098 Autres procédures sur oreille, nez, bouche et gorge	098 Andere Procedures op oren, neus, mond en keel
114 Maladies et lésions dentaires et buccales	114 Dentale en orale ziekten en letsels

- waarbij de patiënten meer dan de helft van hun verblijf in een A-, K- of Sp-dienst hebben doorgebracht (categorïe 7),

- waarbij de patiënt binnen 3 dagen is overleden (categorïe 8), de financiële waarde is gelijk aan de gefactureerde ligduur. » ;

10° In 4. Berekening van een aantal verantwoorde bedden per ziekenhuis in chirurgisch dagziekenhuis, wordt 4.2.2. vervangen als volgt :

« 4.2.2. Oneigenlijk klassieke verblijven

Bij de bepaling van het aantal oneigenlijk klassieke ziekenhuisverblijven wordt gebruik gemaakt van de case-mix geregistreerd in de MZG van de drie laatst gekende registratiejaren.

Er zijn 2 soorten oneigenlijke klassieke verblijven namelijk chirurgische en medische. Er zijn een aantal gemeenschappelijke basisvoorwaarden maar ook een aantal specifieke criteria waar zij aan moeten voldoen.

0. gemeenschappelijke basisvoorwaarden:

- klassieke (H) verblijven;
- met een APR-DRG uit de lijst met 32 APR-DRG's ;

- het betreft een geplande opname;
- de reële ligduur \leq 3 dagen;
- de graad van ernst = 1;
- de patiënt is niet overleden;
- het mortaliteitsniveau = 1;
- de leeftijd van de patiënt is lager dan 75 jaar;
- voor de verblijven behorend tot APR-DRG 097 'Procedures op tonsillen en adenoïden', is de leeftijd van de patiënt strikt lager dan 14 jaar.

1. chirurgische (24 APR-DRG's):

Een verblijf wordt aangeduid als chirurgisch oneigenlijk klassiek indien:

- de voorwaarden onder 0. gelden;
- zijn APR-DRG behoort tot één van de 24 chirurgische APR-DRG's;
- met enkel operating room ICD codes geselecteerd volgens 2 nationale criteria:

-) een substitutiegraad \geq 33% en als volgt berekend op basis van de MZG van de 3 laatst gekende jaren : daghospitalisatieverblijven / (daghospitalisatie-verblijven + klassieke hospitalisatieverblijven)

-) en minstens 90 oneigenlijke verblijven.

2. medische (3 APR-DRG's)

Een verblijf wordt aangeduid als medisch oneigenlijk klassiek indien:

- voor een verblijf met één van de 3 medische APR-DRG's
- bovenop de voorwaarden onder 0. Basis
- een nomenclatuurcode nummer uit lijst B (cf. onderdeel 6) werd geattesteerd.

Op basis van de RIZIV-nomenclatuurcodes uit de lijst B (cf. onderdeel 6) werden alle verblijven weerhouden die gedurende de referentieperiode (drie laatst gekende registratiejaren) minstens één code uit de lijst hebben. Op basis van deze selectie, die zowel de geregistreerde klassieke als daghospitalisatie-verblijven bevatte, werd het aantal verblijven per APR-DRG berekend.

De volgende APR-DRG werden geselecteerd om de oneigenlijke klassieke verblijven te bepalen :

115 Autres diagnostics d'oreille, nez, bouche, gorge, crane/face	115 Andere diagnoses van oren, neus, mond, keel en schedel/aangezicht
180 Autres procédures sur le système circulatoire	180 Andere Procedures op het circulatoire systeem
226 Procédures sur l'anūs	226 Anale Procedures
313 Procédures au niveau du genou et de la partie inférieure de la jambe, excepté le pied	313 Procedures op de knie en het onderbeen, behalve op de voet
314 Procédures au niveau du pied et des orteils	314 Procedures op voeten en tenen
315 Procédures au niveau de l'épaule, du bras et de l'avant-bras	315 Procedures op schouder, bovenarm en voorarm
316 Procédures de la main et du poignet	316 Procedures op hand & pols
317 Procédures au niveau des tendons, muscles et autres tissus mous	317 Procedures op pees, spier en andere weke weefsels
320 Autres procédures du système musculo-squelettique et tissu conjonctif	320 Andere procedures op musculoskeletaal stelsel en bindweefsel
361 Greffe cutanée pour diagnostics de la peau et du tissu sous-cutané	361 Huident voor huid en subcutaan weefsel diagnosen
364 Autres procédures sur la peau, les tissus sous-cutanés et apparentées	364 Andere procedures op huid, subcutaan weefsel en gerelateerde procedures
446 Procédures urétrales et trans-urétrales	446 Transurethrale en urethrale procedures
483 Procédures sur les testicules et le scrotum	483 Procedures op de testes en het scrotum
484 Autres procédures sur le système reproducteur masculin et apparentées	484 Andere procedures op het mannelijk voortplantingsstelsel en gerelateerde procedures
501 Diagnostics du système reproducteur masculin, sauf affections malignes	501 Diagnosen van het mannelijk voortplantingsstelsel behalve maligne aandoeningen
513 Procédures sur utérus/annexes pour affection non maligne, exceptée léiomyome	513 Procedures op uterus/adnexen voor niet-maligne aandoening behalve leiomyoma
517 Dilatation et curetage pour diagnostics non-obstétriques	517 Dilatatie en curettage voor niet-verloskundige diagnosen
518 Autres procédures sur le système reproducteur féminin et apparentées	518 Andere procedures op het vrouwelijke voortplantingsstelsel en gerelateerde procedures
519 Procédures utérus/annexes pour léiomyome	519 Procedures op uterus/adnexen voor leiomyoma
544 Dilatation et curetage, curetage par aspiration ou hystérotomie pour diagnostics obstétricaux	544 Dilatatie en curettage of hysterotomie voor verloskundige diagnosen
850 Procédure avec diagnostic de rééducation, suites de soins ou autre contact avec service de santé. » ;	850 Procedure met diagnose van revalidatie, nazorg of ander contact met gezondheidsdiensten

11° 5. Codes INAMI retenus pour l'identification de l'hospitalisation de jour réalisée (liste A), est remplacé par ce qui suit :

11° 5. 'Weerhouden RIZIV-codes bij de identificatie van de gerealiseerde daghospitalisatie (lijst A), wordt vervangen als volgt :

« Code de la nomenclature / Nomenclatuurcode					
220231	246595	256513	275553	280571	300311
220275	246610	256653	275656	280674	310354
220290	246632	256815	275671	280711	310376
220312	246654	256830	275693	280755	310391
220334	246676	256852	275715	280792	310413
221152	246772	257390	275752	284911	310575
228152	246831	257434	275811	285235	310715
229176	246912	257876	275833	285390	310774
230613	246934	257891	275855	285670	310796
232013	247575	257994	275951	285692	310811
232035	247590	258090	276275	285972	310855
235174	247612	258112	276334	287431	310951
238114	247634	258156	276356	287453	310973
238173	247656	258171	276371	287475	310995
238195	250176	258635	276452	287490	311312
238210	250191	258650	276474	287512	311334
241091	250213	258731	276496	287534	311452
241150	251274	260315	276511	287696	311835
241312	251311	260470	276555	287711	311990
241872	251370	260676	276636	287755	312314

241916	251650	260691	276776	287792	312410
241931	253153	260735	276931	287814	312432
244193	253234	260794	277034	287836	317214
244311	253256	260853	277093	291992	350512
244436	253551	260875	277152	292014	353253
244473	253573	260890	277211	292633	354056
244495	254752	260912	277233	292795	354351
244554	254774	260934	277270	292810	431056
244635	254796	260956	277476	292854	431071
245534	254811	261214	277616	293016	431513
245571	255172	261236	277631	293274	432191
245630	255194	262216	278390	293296	432213
245733	255231	262231	278832	293311	432316
245755	255253	275015	279451	293370	432434
245814	255695	275096	279473	294210	432692
245851	255894	275111	279495	294232	475996 ».
245873	256115	275133	280055	294475	
246094	256130	275236	280070	294674	
246212	256174	275251	280092	294711	
246514	256314	275494	280136	300252	
246551	256336	275516	280151	300274	
246573	256491	275531	280534	300296	

Art. 23. Dans l'annexe 4 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées:

1° le titre de l'annexe est remplacé par ce qui suit:

“ Annexe 4 - Liste des prestations médicales visées à l'article 46 » ;

2° l'annexe est complétée par ce qui suit:

“ 7) Les prestations mentionnées dans le code service 002 seront attribuées à l'hôpital qui a réalisé la prestation sur base du code 'lieu de prestation'. ».

Art. 24. Dans l'annexe 6 du même arrêté, le point A est remplacé par ce qui suit:

“ A. Il est attribué une pondération de 1 (Unité d'Urgence ou UU) à tous les patients donnant lieu à l'enregistrement d'un passage urgent au service des urgences.

Par passage au service des urgences, on entend l'un des enregistrements suivants du résumé hospitalier minimum :

- premier séjour au service des urgences pour une admission non programmée ;
- séjour au service des urgences après un séjour dans une autre unité de soins ;
- admission urgente via le service d'urgence. ».

Art. 25. Dans l'annexe 8 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées:

1° le mot "RCM" est remplacé chaque fois par le mot "RHM";

2° 2.a Champ d'application est remplacé par ce qui suit:

“ 2.a. Champ d'application

Pour calculer le score sur la base de l'enregistrement RHM, tous les séjours d'hospitalisation classique dans les hôpitaux généraux sont pris en considération, à l'exception des séjours:

1. de patients qui, pour la moitié au moins de leur séjour hospitalier, ont séjourné dans un service Sp;
2. de patients qui, pour la moitié au moins de leur séjour hospitalier, ont séjourné dans un service A, K ou T;
3. de patients qui, pour la moitié au moins de leur séjour hospitalier, ont séjourné dans un service G;

Art. 23. In bijlage 4 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de titel van de bijlage wordt vervangen als volgt:

“ Bijlage 4 – Lijst van de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 46”;

2° de bijlage wordt aangevuld als volgt :

« 7) De verstrekkingen vermeld in dienstcode 002 zullen worden toegekend aan het ziekenhuis dat de verstrekking heeft uitgevoerd op basis van de code 'plaats van prestatie'. ».

Art. 24. In bijlage 6 van hetzelfde besluit wordt punt A vervangen als volgt :

« A. Er wordt een weging van 1 toegekend (units spoedgevallen of US) aan alle patiënten die aanleiding geven tot een registratie van een dringende passage op de spoedgevallendienst.

Een spoedpassage wordt in de registratie van de Minimale Ziekenhuis Gegevens op één van de volgende manieren gedefinieerd :

- eerste verblijf in zorgeenheid spoed voor een niet geplande opname;
- verblijf die op zorgeenheid spoed hebben verbleven na een verblijf in een andere zorgeenheid;
- dringende opname via spoedgevallendienst. ».

Art. 25. In bijlage 8 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° het woord "MKG" wordt telkens vervangen door het woord "MZG";

2° 2.a Toepassingsgebied wordt als volgt vervangen:

« 2.a. Toepassingsgebied.

Om de score op basis van de MZG-registratie te berekenen wordt rekening gehouden met alle verblijven in de algemene ziekenhuizen in klassieke hospitalisatie, uitgezonderd de verblijven van:

1. de patiënten die minstens voor de helft van hun ziekenhuisverblijf verbleven hebben op een Sp-dienst;
2. de patiënten die minstens voor de helft van hun ziekenhuisverblijf verbleven hebben op een A-, K- of T-dienst;
3. de patiënten die minstens voor de helft van hun ziekenhuisverblijf verbleven hebben op een G-dienst;

4. de patients qui sont soignés dans une des unités de traitement des grands brûlés et qui relèvent soit du MDC = 22 (brûlures), soit de l'APR-DRG = 004 ou 005 et dont les 3 premiers chiffres du diagnostic principal sont égaux à 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948 ou 949 ;

5. les patients qui relèvent des APR-DRG 950 (Procédure extensive sans relation avec le diagnostic principal) ou APR-DRG 951 (Procédure modérément étendue sans relation avec le diagnostic principal) ou APR-DRG 952 (Procédure non extensive sans relation avec le diagnostic principal)

6. les patients qui relèvent des APR-DRG 955 (Diagnostic principal non valable comme diagnostic de sortie) ou APR-DRG 956 (séjours non groupables)

7. de patients qui relèvent du MDC 14 (grossesse et accouchement) ou MDC 15 (nouveau-nés);

8. les séjours terminés et les séjours non terminés, dont la date d'admission précède le début de la période statistique de plus de 6 mois. Ceux-ci constituent des séjours de longue durée ;

9. les séjours fautifs. ».

Art. 26. Dans l'annexe 12 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans 1. Nouvelles technologies médicales, le 7° du paragraphe 1^{er} est remplacé par ce qui suit :

“ 7° chaque année, l'hôpital garde à la disposition du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et lui fournit à sa demande, la liste des références des articles scientifiques ayant trait au développement, à l'évaluation et à l'application de nouvelles technologies médicales publiées au cours des trois années précédentes par les membres du cadre clinique à temps plein. Les publications seront évaluées par une Commission Scientifique désignée par le Ministre, qui vérifiera que le facteur d'impact scientifique dépasse 1 point par 10 lits.

Le facteur d'impact des publications scientifiques est calculé annuellement par l'“ Institute of Scientific Information » sous la forme de “ Science Citation Index » publié dans le “ Journal of Citation Reports. » ;

2° dans le paragraphe 2, les mots “ Les pièces justificatives reprises ci-après des conditions visées au § 1, 1° à 7° doivent parvenir pour le 1^{er} octobre qui suit l'exercice considéré au Ministre des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux : » sont remplacés par les mots “ Les pièces justificatives des conditions reprises au § 1, 1° à 7° doivent être à disposition du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement à sa demande : » ;

3° dans le paragraphe 2, 2. Fonction de formation, le dernier alinéa est remplacé par l'alinéa suivant rédigé comme suit :

“ Les pièces justificatives doivent être à disposition du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement à sa demande. ».

Art. 27. L'annexe 13 du même arrêté est abrogée.

Art. 28. Dans l'annexe 14 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées:

1° le 4^e tiret du point Notions et abréviations est remplacé par ce qui suit:

“ - classification APRdr: classification regroupant les patients dans des groupes de diagnostics comme décrit dans '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul. ».

2° le dernier alinéa du point 2. est remplacé par ce qui suit:

“ Enfin, les valeurs normalisées nationales par lit occupé elles-mêmes sont calculés à l'exclusion des APR DRG 955 ('Diagnostic principal non valable comme diagnostic de sortie') et 956 ('séjours non groupables'). Ces valeurs normalisées sont les dépenses pour les prestations susmentionnées divisées par le nombre de journées totales au niveau de l'APR DRG et niveau de sévérité/ou groupe, après élimination des outliers, comme décrit précédemment. ».

Art. 29. Dans le même arrêté, l'annexe 16, insérée par l'arrêté royal du 24 avril 2014, est remplacée par l'annexe 1^{re} au présent arrêté.

Art. 30. Le même arrêté est complété par une annexe 18 qui est jointe en annexe 2 au présent arrêté.

4. de patiënten die in één van de eenheden voor de behandeling van zwaar verbranden verzorgd zijn en ofwel binnen MDC = 22 (brandwonden) vallen, ofwel binnen APR-DRG = 004 of 005 en waarvan de eerste 3 cijfers van de hoofddiagnose gelijk zijn aan 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948 of 949;

5. de patiënten die behoren tot APR-DRG 950 (Extensieve procedure zonder verband met de hoofddiagnose) of APR-DRG 951 (Matige uitgebreide procedure zonder verband met de hoofddiagnose) of APR-DRG 952 (Niet-extensieve procedure zonder verband met de hoofddiagnose);

6. de patiënten die behoren tot APR-DRG 955 (Hoofddiagnose niet geldig als ontslagdiagnose) of APR-DRG 956 (niet te groeperen verblijven);

7. de patiënten die behoren tot de MDC 14 (kraambed, zwangerschap en bevalling) of MDC 15 (pasgeborenen);

8. de beëindigde verblijven en de niet-beëindigde verblijven met een opnamedatum die meer dan 6 maanden voor het begin van de statistische periode valt. Dit zijn de langdurige verblijven;

9. de foutieve verblijven. ».

Art. 26. In bijlage 12 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in 1. Nieuwe medische technologieën wordt 7° van paragraaf 1 vervangen als volgt :

“7° Elk jaar houdt het ziekenhuis de lijst met de referenties van de wetenschappelijke artikels over de ontwikkeling, evaluatie en toepassing van nieuwe medische technieken die de voltijdse kaderleden van het ziekenhuis tijdens de drie voorgaande jaren hebben gepubliceerd ter beschikking van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, en bezorgt het die aan de FOD op diens vraag. Een Wetenschappelijke Commissie, aangesteld door de Minister, zal de publicaties beoordelen en zal nagaan of de impactfactor van de wetenschappelijke publicatie meer dan 1 punt per 10 bedden bedraagt.

De impactfactor van de wetenschappelijke publicaties wordt jaarlijks berekend door het “Institute of Scientific Information” onder de vorm van de “Science Citation Index” en gepubliceerd in het “Journal of Citation reports”.”;

2° in paragraaf 2 worden de woorden “De hiernavermelde bewijsstukken inzake de in § 1, 1° tot 7° bedoelde voorwaarden moeten tegen 1 oktober van het jaar dat volgt op het betrokken dienstjaar aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg, Boekhouding en Beheer der Ziekenhuizen worden bezorgd:” vervangen door de woorden « De bewijsstukken inzake de in § 1, 1° tot 7° bedoelde voorwaarden moeten op diens vraag ter beschikking staan van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu : » ;

3° in paragraaf 2, 2. Opleidingsfunctie, wordt het laatste lid vervangen als volgt :

« De bewijsstukken moeten op diens vraag ter beschikking staan van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. ».

Art. 27. Bijlage 13 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

Art. 28. In bijlage 14 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het 4^e streepje van het punt Begrippen en Afkortingen wordt vervangen als volgt :

« - APRdr: classificatie waarbij de patiënten gegroepeerd worden in diagnosegroepen zoals omschreven in de '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is. ».

2° het laatste lid van punt 2. wordt vervangen als volgt :

« Ten slotte worden de genormaliseerde waarden per bezet bed zelf berekend met uitsluiting van de APR DRG's 955 ('Hoofddiagnose niet geldig als ontslagdiagnose') en 956 ('niet-groepbare verblijvend'). Deze genormaliseerde waarden zijn de uitgaven per verblijf voor bovenvermelde verstrekkingen gedeeld door het totale aantal verpleegdagen op het niveau van APR DRG en severity-niveau/of groep, na eliminatie van de outliers, zoals hierboven beschreven.”.

Art. 29. In hetzelfde besluit wordt bijlage 16, ingevoegd door het koninklijk besluit van 24 april 2014, vervangen door bijlage 1 bij dit besluit.

Art. 30. Hetzelfde besluit wordt aangevuld met een bijlage 18 die als bijlage 2 bij dit besluit werd gevoegd.

Art. 31. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} juillet 2014, sauf les articles 8, 10, 11, 18, 19, 4^o et 21, 2^o qui produisent leurs effets le 1^{er} janvier 2014, l'article 17 qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015 et l'article 19, 5^o qui entre en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

Art. 32. Le ministre qui a les Affaires sociales et la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 8 janvier 2015.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme M. DE BLOCK

Annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 8 janvier 2015 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

« Annexe 16 - Liste des hôpitaux et montants du financement pour les forfaits visés à l'article 47^{ter}.

§ 1^{er}. Pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2014.

Art. 31. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2014, met uitzondering van artikelen 8, 10, 11, 18, 19, 4^o en 21, 2^o die uitwerking hebben met ingang van 1 januari 2014, artikel 17 dat in werking treedt op 1 januari 2015 en artikel 19, 5^o dat in werking treedt op 1 juli 2015.

Art. 32. De minister bevoegd voor Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 8 januari 2015.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. M. DE BLOCK

Bijlage 1 van het koninklijk besluit van 8 januari 2015 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.

« Bijlage 16 - Lijst van de ziekenhuizen en de financieringsbedragen voor de forfaits bedoeld in artikel 47^{ter}.

§ 1. Voor de periode van 1 januari tot 30 juni 2014.

NAAM ZIEKENHUIS / NOM DE L'HOPITAL	STAD / VILLE	BUDGET
STEDELIJK ZIEKENHUIS	ROESELARE	94.037,49 €
CLINIQUE REINE ASTRID	MALMEDY	58.651,38 €
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL	NAMUR	323.862,04 €
CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE	SOIGNIES	198.041,01 €
RESEAU HOSPITALIER DE MEDECINE SOCIALE	BAUDOUR	131.039,72 €
ZIEKENHUIS NETWERK ANTWERPEN	ANTWERPEN	1.017.443,20 €
GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	GILLY	350.729,89 €
A. Z. SINT-BLASIUS	DENDERMONDE	300.394,75 €
SINT-NIKOLAUS HOSPITAL	EUPEN	94.508,86 €
A. Z. MARIA MIDDELARES - SINT JOZEF	GENT	166.829,86 €
CENTRE HOSPITALIER PELTZER - LA TOURELLE	VERVIERS	296.489,14 €
CLINIQUE ANDRE RENARD	HERSTAL	63.196,70 €
A. Z. SINT-MAARTEN	MECHELEN	247.096,73 €
A. Z. ALMA	EEKLO	128.682,89 €
LES CLINIQUES DE SOINS SPECIALISES VALDOR PERI	LIEGE	44.207,39 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE MONT GODINNE	YVOIR GODINNE	356.790,31 €
C.H. DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	SERAING	353.962,11 €
CLINIQUE SAINT-PIERRE	OTTIGNIES	229.420,51 €
A. Z. SINT-JAN	BRUGGE	464.699,43 €
JAN YPERMAN ZIEKENHUIS	IEPER	120.972,69 €
A. Z. TURNHOUT	TURNHOUT	498.435,76 €
CENTRE HOSPITALIER HUTOIS	HUY	121.881,75 €
HOPITAL UNIVERSITAIRE SAINT-PIERRE	BRUXELLES	278.711,92 €
ASSOCIATION HOSPITALIERE DE BRUXELLES ET DE SCHAER-BEEK	BRUXELLES	396.957,42 €
INSTITUT JULES BORDET	BRUXELLES	181.038,17 €
HOPITAUX IRIS SUD	BRUXELLES	438.033,59 €
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TIVOLI	LA LOUVIERE	140.871,06 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	LIER	171.442,51 €
GASTHUIS ZUSTERS ANTWERPEN	ANTWERPEN	413.320,55 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	MOL	171.072,15 €
CENTRE HOSPITALIER DU VAL DE SAMBRE	SAMBREVILLE	155.113,05 €
SINT-JOZEFKLINIEK	BORNEM	188.243,33 €
SINT-MARIAZIEKENHUIS	HALLE	160.028,72 €

NAAM ZIEKENHUIS / NOM DE L'HOPITAL	STAD / VILLE	BUDGET
R. Z. HEILIG HART	LEUVEN	184.674,42 €
A. Z. HEILIG HART	TIENEN	104.912,58 €
CLINIQUE SAINT-JEAN	BRUXELLES	289.654,34 €
CLINIQUES DE L'EUROPE	BRUXELLES	147.335,51 €
REVALIDATIE & MS CENTRUM	OVERPELT	34.780,07 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	ROESELARE	236.861,36 €
SINT-JOZEFKLINIEK	IZEGEM	66.563,60 €
ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS	AALST	306.185,81 €
SINT-VINCENTIUSZIEKENHUIS	DEINZE	37.540,93 €
A. Z. SINT LUCAS	ASSEBROEK	148.850,61 €
U.Z. BRUSSEL	BRUSSEL	1.010.541,13 €
CENTRE HOSPITALIER DE JOLIMONT - LOBBES	HAINE SAINT PAUL	253.056,14 €
HOPITAL UNIVERSITAIRE DES ENFANTS REINE FABIOLA	BRUXELLES	57.978,00 €
LES CLINIQUES SAINT-JOSEPH	LIEGE	560.454,04 €
CENTRE HOSPITALIER SAINT VINCENT - SAINTE ELISABETH	ROCOURT	109.491,56 €
I.H. FAMENNE ARDENNE CONDROZ	MARCHE EN FAMENNE	295.613,75 €
CLINIQUE MATERNITE SAINTE-ELISABETH	NAMUR	137.167,47 €
CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	LIBRAMONT	146.931,48 €
A. Z. OUDENAARDE	OUDENAARDE	108.582,50 €
STEDELIJK ZIEKENHUIS	AALST	645.703,93 €
A.Z. JAN PORTAELS	VILVOORDE	210.128,18 €
A. Z. SINT-ELISABETH	ZOTTEGEM	220.060,53 €
CENTRE NEUROLOGIQUE ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE	FRAITURE EN CONDROZ	1.851,79 €
JESSA ZIEKENHUIS	HASSELT	498.738,78 €
CLINIQUES DU SUD LUXEMBOURG	ARLON	249.958,60 €
CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON	MOUSCRON	129.423,61 €
CENTRE DE SANTE DES FAGNES	CHIMAY	144.844,00 €
CENTRE INTER UNIVERSITAIRE HOPITAL AMBROISE PARE	MONS	80.334,22 €
KLINIK SINT-JOSEF	ST VITH	44.645,08 €
CENTRE HOSPITALIER DE DINANT	DINANT	92.690,74 €
A. Z. LOKEREN	LOKEREN	70.267,19 €
C.H.R. MONS HAINAUT	MONS	144.608,32 €
A. Z. SINT-LUCAS	GENT	272.011,79 €
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	EDEGEM	461.029,51 €
A. Z. SINT-ELISABETH	HERENTALS	88.010,75 €
SINT-AUGUSTINUS	VEURNE	56.328,22 €
A. Z. HEILIGE FAMILIE	REET	77.943,72 €
U.Z. LEUVEN	LEUVEN	949.802,27 €
C.H.U. ANDRE VESALE	MONTIGNY LE TILLEUL	146.561,12 €
C.H.I.R.E.C. - SITE EDITH CAVELL	BRUXELLES	285.075,36 €
CENTRE HOSPITALIER DE TUBIZE-NIVELLES	NIVELLES	137.807,18 €
ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG	GENK	559.174,62 €
SINT-REMBERTZIEKENHUIS	TORHOUT	62.860,01 €
A. Z. ZENO	KNOKKE	130.501,01 €
SINT-ANDRIESZIEKENHUIS	TIELT	152.284,85 €
A. Z. GROENINGE	KORTRIJK	459.716,42 €
KLINIEK ONZE LIEVE VROUW VAN LOURDES	WAREGEM	157.638,22 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC	BRUXELLES	970.710,71 €
CLINIQUES UNIV DE BXL HOPITAL ERASME	BRUXELLES	574.393,01 €
CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE	GOSSELIES	90.333,91 €

NAAM ZIEKENHUIS / NOM DE L'HOPITAL	STAD / VILLE	BUDGET
C. H. BAUDOUR-HORNU	HORNU	109.828,25 €
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE	LIEGE	510.320,91 €
A.Z. DAMIAAN	OOSTENDE	194.741,45 €
C.H.W.A.P.I.	TOURNAI	561.262,10 €
A. Z. SINT JOZEF	MALLE	126.056,71 €
CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET DE READAPTATION	BRUXELLES	808,06 €
A.Z. GLORIEUX	RONSE	107.639,77 €
A. Z. NIKOLAAS	ST NIKLAAS	278.880,26 €
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	GENT	607.152,93 €
KONINGIN ELISABETH INSTITUUT	KOKSIJDE OOSTDUINK	639,71 €
BUNDELING ZORGINITIATIEVEN	OOSTENDE	4.073,95 €
A.Z. MONICA	DEURNE	317.464,93 €
A.Z. IMELDA ZIEKENHUIS	BONHEIDEN	186.054,85 €
NATIONAAL MULTIPLE-SCLEROSECENTRUM	MELSBROEK	12.120,84 €
CLINIQUE SAINT-LUC	BOUGE	133.834,24 €
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU SART-TILMAN	LIEGE	770.211,86 €
A. Z. SINT-DIMPNA	GEEL	143.867,60 €
A.Z. KLINA	BRASSCHAAT	291.573,47 €
A. Z. DIEST	DIEST	55.385,49 €
A. Z. JAN PALFIJN	GENT	95.855,62 €
SINT-FRANCISCUSZIEKENHUIS	HEUSDEN-ZOLDER	284.166,29 €
SINT-TRUDO ZIEKENHUIS	ST-TRUIDEN	139.187,61 €
A. Z. VESALIUS	TONGEREN	153.698,95 €
ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN	MAASEIK	46.126,52 €
C. H. U.	CHARLEROI	207.603,01 €
MARIAZIEKENHUIS	OVERPELT	125.720,02 €
C.H.I.R.E.C. - SITE STE ANNE - ST REMI - ST ETIENNE	BRUXELLES	147.470,19 €
HOPITAL DE LA MADELEINE	ATH	169.321,36 €

§ 2. Pour la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2014.

§ 2. Voor de periode van 1 juli tot 31 december 2014.

NAAM ZIEKENHUIS / NOM DE L'HOPITAL	STAD / VILLE	BUDGET
STEDELIJK ZIEKENHUIS	ROESELARE	94.037,49 €
CLINIQUE REINE ASTRID	MALMEDY	58.651,38 €
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL	NAMUR	323.862,04 €
CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE	SOIGNIES	198.041,01 €
ZIEKENHUIS NETWERK ANTWERPEN	ANTWERPEN	1.017.443,27 €
GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	GILLY	350.729,89 €
ALGEMEEN ZIEKENHUIS SINT-BLASIUS	DENDERMONDE	300.394,75 €
SINT-NIKOLAUS HOSPITAL	EUPEN	94.508,86 €
ALGEMEEN ZIEKENHUIS MARIA MIDDELARES - SINT JOZEF	GENT	166.829,86 €
CENTRE HOSPITALIER PELTZER - LA TOURELLE	VERVIERS	296.489,14 €
CLINIQUE ANDRE RENARD	HERSTAL	63.196,70 €
ALGEMEEN ZIEKENHUIS SINT-MAARTEN	MECHELEN	247.096,73 €
A. Z. ALMA	EKLO	128.682,89 €
LES CLINIQUES DE SOINS SPECIALISES VALDOR PERI	LIEGE	44.207,39 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE MONT GODINNE	YVOIR GODINNE	356.790,31 €
C.H. DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	SERAING	353.962,11 €
CLINIQUE SAINT-PIERRE	OTTIGNIES	229.420,51 €
ALGEMEEN ZIEKENHUIS SINT-JAN	BRUGGE	464.699,43 €
JAN YPERMAN ZIEKENHUIS	IEPER	120.972,69 €

NAAM ZIEKENHUIS / NOM DE L'HOPITAL	STAD / VILLE	BUDGET
A. Z. TURNHOUT	TURNHOUT	498.435,76 €
CENTRE HOSPITALIER HUTOIS	HUY	121.881,75 €
HOPITAL UNIVERSITAIRE SAINT-PIERRE	BRUXELLES	278.711,92 €
ASSOCIATION HOSPITALIERE DE BRUXELLES ET DE SCHAER-BEEK	BRUXELLES	396.957,42 €
INSTITUT JULES BORDET	BRUXELLES	181.038,17 €
HOPITAUX IRIS SUD	BRUXELLES	438.033,59 €
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TIVOLI	LA LOUVIERE	140.871,06 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	LIER	171.442,51 €
GASTHUIS ZUSTERS ANTWERPEN	ANTWERPEN	413.320,55 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	MOL	171.072,15 €
CENTRE HOSPITALIER DU VAL DE SAMBRE	SAMBREVILLE	155.113,05 €
SINT-JOZEFKLINIEK	BORNEM	188.243,33 €
SINT-MARIAZIEKENHUIS	HALLE	160.028,72 €
R. Z. HEILIG HART	LEUVEN	184.674,42 €
A. Z. HEILIG HART	TIENEN	104.912,58 €
CLINIQUE SAINT-JEAN	BRUXELLES	289.654,34 €
CLINIQUES DE L'EUROPE	BRUXELLES	147.335,51 €
REVALIDATIE & MS CENTRUM	OVERPELT	34.780,07 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	ROESLARE	236.861,36 €
SINT JOZEFKLINIEK	IZEGEM	66.563,60 €
ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS	AALST	306.185,81 €
SINT-VINCENTIUSZIEKENHUIS	DEINZE	37.540,93 €
A. Z. SINT-LUCAS	ASSEBROEK	148.850,61 €
U.Z. BRUSSEL	BRUSSEL	1.010.541,13 €
CENTRE HOSPITALIER DE JOLIMONT - LOBBES	HAINE SAINT PAUL	253.056,14 €
HOPITAL UNIVERSITAIRE DES ENFANTS REINE FABIOLA	BRUXELLES	57.978,00 €
LES CLINIQUES SAINT-JOSEPH	LIEGE	560.454,04 €
CENTRE HOSPITALIER SAINT VINCENT - SAINTE ELISABETH	ROCOURT	109.491,56 €
I.H. FAMENNE ARDENNE CONDROZ	MARCHE EN FAMENNE	295.613,75 €
CLINIQUE MATERNITE SAINTE-ELISABETH	NAMUR	137.167,47 €
CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	LIBRAMONT	146.931,48 €
A. Z. OUDENAARDE	OUDENAARDE	108.582,50 €
STEDELIJK ZIEKENHUIS	AALST	645.703,93 €
A.Z. PORTAELS	VILVOORDE	210.128,18 €
A. Z. SINT-ELISABETH	ZOTTEGEM	220.060,53 €
CENTRE NEUROLOGIQUE ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE	FRAITURE EN CONDROZ	1.851,79 €
JESSA ZIEKENHUIS	HASSELT	498.738,78 €
CLINIQUES DU SUD LUXEMBOURG	ARLON	249.958,60 €
CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON	MOUSCRON	129.423,61 €
CENTRE DE SANTE DES FAGNES	CHIMAY	144.844,00 €
CENTRE INTER UNIVERSITAIRE HOPITAL AMBROISE PARE	MONS	80.334,22 €
KLINIK ST JOSEF	ST VITH	44.645,08 €
CENTRE HOSPITALIER DE DINANT	DINANT	92.690,74 €
A. Z. LOKEREN	LOKEREN	70.267,19 €
C.H.R. MONS HAINAUT	MONS	144.608,32 €
A. Z. SINT-LUCAS	GENT	272.011,79 €
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	EDEGEM	461.029,51 €
A. Z. SINT-ELISABETH	HERENTALS	88.010,75 €
SINT-AUGUSTINUS	VEURNE	56.328,22 €

NAAM ZIEKENHUIS / NOM DE L'HOPITAL	STAD / VILLE	BUDGET
A. Z. HEILIGE FAMILIE	RUMST REET	77.943,72 €
U.Z. LEUVEN	LEUVEN	949.802,27 €
C.H.U. ANDRE VESALE	MONTIGNY LE TILLEUL	146.561,12 €
C.H.I.R.E.C. - SITE EDITH CAVELL	BRUXELLES	285.075,36 €
CENTRE HOSPITALIER DE TUBIZE-NIVELLES	NIVELLES	137.807,18 €
ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG	GENK	559.174,62 €
SINT-REMBERTZIEKENHUIS	TORHOUT	62.860,01 €
A. Z. ZENO	KNOKKE	130.501,01 €
SINT ANDRIESZIEKENHUIS	TIELT	152.284,85 €
A. Z. GROENINGE	KORTRIJK	459.716,42 €
KLINIEK ONZE LIEVE VROUW VAN LOURDES	WAREGEM	157.638,22 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT LUC	BRUXELLES	970.710,71 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRE DE BXL HOPITAL ERASME	BRUXELLES	575.201,07 €
CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE	GOSELIES	90.333,91 €
C. H. BAUDOUR-HORNU	HORNU	240.867,97 €
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE	LIEGE	510.320,91 €
A.Z. DAMIAAN	OOSTENDE	194.741,45 €
C.H.W.A.P.I.	TOURNAI	561.262,10 €
A. Z. SINT_JOZEF	MALLE	126.056,71 €
CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET DE READAPTATION	BRUXELLES	808,06 €
A.Z. GLORIEUX	RONSE	107.639,77 €
A. Z. NIKOLAAS	ST NIKLAAS	278.880,26 €
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	GENT	607.152,93 €
KONINGIN ELISABETH INSTITUUT	KOKSIJDE OOSTDUINK	639,71 €
BUNDELING ZORGINITIATIEVEN	OOSTENDE	4.073,95 €
A.Z. MONICA	DEURNE	317.464,93 €
A.Z. IMELDAZIEKENHUIS	BONHEIDEN	186.054,85 €
NATIONAAL MULTIPLE-SCLEROSCENTRUM	MELSBROEK	12.120,84 €
CLINIQUE SAINT-LUC	BOUGE	133.834,24 €
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU SART-TILMAN	LIEGE	770.211,86 €
A. Z. SINT-DIMPNA	GEEL	143.867,60 €
A.Z. KLINA	BRASSCHAAT	291.573,47 €
A. Z. DIEST	DIEST	55.385,49 €
A. Z. JAN PALFIJN	GENT	95.855,62 €
SINT-FRANCISCUSZIEKENHUIS	HEUSDEN-ZOLDER	284.166,29 €
SINT-TRUDO ZIEKENHUIS	ST-TRUIDEN	139.187,61 €
A. Z. VESALIUS	TONGEREN	153.698,95 €
ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN	MAASEIK	46.126,52 €
C. H. U.	CHARLEROI	207.603,01 €
MARIAZIEKENHUIS	OVERPELT	125.720,02 €
C.H.I.R.E.C. - SITE STE ANNE - ST REMI - ST ETIENNE	BRUXELLES	147.470,19 €
HOPITAL DE LA MADELEINE	ATH	169.321,36 € ».

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 8 janvier 2015 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Donné à Bruxelles, le 8 janvier 2015.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme M. DE BLOCK

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 8 januari 2015 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.

Gegeven te Brussel, 8 januari 2015.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. M. DE BLOCK

Annexe 2 à l'arrêté royal du 8 janvier 2015 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 brut 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'issus 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 :

$$\text{SCORE PONDERE} = (\text{FREQUENCE MEDIANE DE LA CATEGORIE [24h ou courts]} \times \text{POINTS TEMPS} \times \text{FACTEUR DE COMPETENCE}) / \text{FACTEUR DE COMPETENCE MOYEN}$$

Pour les autres items :

$$\text{SCORE PONDERE} = \text{POINTS TEMPS} \times \text{FACTEUR DE COMPETENCE} / \text{FACTEUR DE COMPETENCE MOYEN}$$

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, R100 – 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).

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 prioritairement 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.

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 néonatalogie
BRU	BR		5 - Soins aux plaies compliquées
DIV	AR, OB, M, MI	Jour de l'accouchement (Mères)	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 du séjour - ET W100 et W200 non scorés au cours de l'épisode	7 - Soins de maternité (Mères)
	MI	- Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 au cours du séjour - ET W400 non scoré au cours de l'épisode	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 néonatalogie
	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		15 - Soins aux patients contagieux
SPE	S1		16 - Soins des affections cardio-pulmonaires
	S2		17 - Soins des affections de l'appareil locomoteur
	S3		18 - Soins neurologiques
	S4		19 - Soins palliatifs
	S5		20 - Soins des polyopathologies chroniques
	S6	Age à l'admission >= 60 ans	21 - Soins psycho-gériatriques

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
		Jour opératoire, épisode préopératoire	22 - Soins préopératoires
		Jour opératoire, épisode postopératoire	23 - Soins postopératoires
OPR		Jour opératoire	24 - Soins en salle de réveil
DIV	AR, OB	Jour de l'accouchement (Mères)	25 - Soins en obstétrique le jour de l'accouchement (Mères)
		- W100 ou W200 scorés au cours de l'épisode - ET W400 non scoré au cours de l'épisode	26 - Soins prénatals en obstétrique (Mères)
		- W100 et W200 non scorés au cours de l'épisode - ET W400 scoré au cours de l'épisode	27 - Soins postnatals en obstétrique (Mères)
		Premier épisode du séjour de la naissance (Nouveau-né)	28 - Soins à la naissance (Nouveau-né)
		Premier épisode d'un séjour autre que celui de la naissance ou de l'accouchement	29 - Soins à l'admission à l'hôpital (séjours autres que la naissance ou l'accouchement)

Préfixe d'unité de soins	Index de lit principal	Autres critères	NRG
		Dernier épisode du séjour d'un patient décédé	30 - Soins lors du décès
		Dernier épisode du séjour de la naissance (Nouveau-né)	31 - Soins du nouveau-né à la sortie de l'hôpital
		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 \geq 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 \geq 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 \leq 28 jours	4 - Soins intensifs de néonatalogie
BRU	BR		5 - Soins aux plaies compliquées
	M	- Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 au cours du séjour - ET W100 et W200 non scorés au cours de l'épisode	7 - Soins de maternité (Mères)
	MI	- Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 au cours du séjour - ET W400 non scoré au cours de l'épisode	8 - Soins de surveillance des grossesses à haut risque (Mères)
	M	Age à l'admission \leq 7 jours	9 - Soins de maternité (Nouveau-nés)
DIV	N	- Age à l'admission \leq 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 néonatalogie
	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 \geq 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 \geq 14 ans	13 - Soins non chirurgicaux
	G	Age à l'admission \geq 60 ans	14 - Soins gériatriques
	L		15 - Soins aux patients contagieux
SPE	S1		16 - Soins des affections cardio-pulmonaires
	S2		17 - Soins des affections de l'appareil locomoteur
	S3		18 - Soins neurologiques
	S4		19 - Soins palliatifs
	S5		20 - Soins des polyopathologies chroniques
	S6	Age à l'admission \geq 60 ans	21 - Soins psycho-gériatriques

3.3.3 Cleaning des groupes d'épisodes sources.

Les épisodes de soins ayant trop peu d'items enregistrés sont exclus 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 doit 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 doit 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 pour l'attribution d'un NRG quel qu'il soit, le percentile 5 du groupe d'épisodes sources de 24h ayant le percentile 5 le plus faible (avant cleaning).

Les épisodes qui ne présentent pas au moins ce nombre minimum d'items 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 moyennes des 78 items de soins de ce NRG.

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 ridit moyens par NRG, dans la population de référence.

b. Si le P75 n'est pas supérieur à 0.5, on augmente le percentile par pas de 5 (P80, P85, etc.) jusqu'à obtenir une valeur supérieure à 0.5.

c. Si le P25 n'est pas inférieur à 0.5, on diminue le percentile par pas de 5 (P20, P15, etc.) jusqu'à obtenir une valeur inférieure à 0.5.

Le P75 ou le percentile correspondant à une valeur supérieure à 0.5 constitue le percentile de référence supérieur de l'item.

Le P25 ou le percentile correspondant à une valeur inférieure à 0.5 constitue le percentile de référence inférieur de l'item.

Pour chaque NRG, on construit l'indicateur secondaire sur base des items dont le ridit moyen est au moins égal au percentile de référence supérieur de l'item considéré, et des items dont le ridit moyen est au plus égal au percentile de référence inférieur de l'item. Les autres items ne sont pas inclus dans l'indicateur secondaire.

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-æquo. L'indicateur secondaire ayant la valeur la plus élevée détermine le NRG de l'épisode de soins.

3.4.5 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.

3.4.5.1 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.

3.4.5.2 Limitation liée au nombre d'items enregistrés dans l'épisode de soins.

Les NRG ne sont pas applicables aux épisodes n'ayant pas un minimum d'items enregistrés (voir chapitre 3.3.3.2).

3.4.5.3 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 néonatalogie	< 1 an	
5 - Soins aux plaies compliquées	>= 1 an	L'épisode n'atteint pas la classe 1 dans les autres profils intensifs (NRG 1 à 4)
6 - Soins en obstétrique/maternité le jour de l'accouchement (Mères)	>= 1 an	Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 au cours du séjour
7 - Soins de maternité (Mères)	>= 1 an	
8 - Soins de surveillance des grossesses à haut risque (Mères)	>= 1 an	
9 - Soins de maternité (Nouveau-nés)	< 1 an	
10 - Soins de néonatalogie	< 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	
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 polyopathologies chroniques	>= 1 an	
21 - Soins psycho-gériatriques	>= 60 ans	
22 - Soins préopératoires		Pas le dernier épisode du séjour
23 - Soins postopératoires		Pas le premier épisode du séjour ET Pas en unité préfixée 'OPR'
24 - Soins en salle de réveil		
25 - Soins en obstétrique le jour de l'accouchement (Mères)	>= 1 an	Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 au cours du séjour
26 - Soins prénatals en obstétrique (Mères)	>= 1 an	
27 - Soins postnatals en obstétrique (Mères)	>= 1 an	
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

3.4.6 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.

3.4.6.1 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 78 items de l'épisode de soins).

3.4.6.2 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.

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

3.4.7.1 Cas général

Etapes à suivre pour l'attribution d'un NRG à un épisode de soins, dans le cas le plus général :

- Déterminer les NRG applicables à l'épisode de soins (Voir chapitre 3.4.5)
- Calculer les indicateurs principaux des NRG applicables (3.4.1)
- Déterminer les NRG prioritaires (3.4.6)
- Convertir en classe les indicateurs principaux des NRG prioritaires (3.4.2)
- La classe la plus élevée détermine le NRG

3.4.7.2 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.

Étapes 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

3.4.7.3 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.

Étapes 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 (Voir chapitre 3.1 pour le calcul des scores pondérés). Cette valeur représente le poids « temps-compétence » de l'épisode de soins.

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.

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.

Sont exclus du groupe : les épisodes en type d'unité INT ou ayant un NRG intensif.

3.6.2 Groupe E

Ce groupe comprend les épisodes en index de lit E.

Sont exclus du groupe : les épisodes en type d'unité INT ou ayant un NRG intensif.

3.6.3 Groupe I

Ce groupe comprend les épisodes ayant lieu dans les unités de type INT ou en index de lit I (CI, DI, EI, HI), ainsi que les épisodes en index de lit C, D, CD, L, E ayant reçu un NRG intensif.

3.6.4 Épisodes 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) et des séjours 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_HOSPYPE_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

Les épisodes des index C, D, CD, L et E ayant reçu un NRG intensif sont transférés dans le groupe I. Le poids des NRG intensifs étant différents en fonction de la classe et du type d'épisodes (24h ou courts), on a fixé un poids minimum qu'une classe de NRG intensif doit atteindre pour être considérée comme intensive. Ce seuil n'intervient que pour le transfert des épisodes des groupes CD et E ayant reçu un NRG intensif, vers le groupe I.

Le seuil est fixé au poids minimum des NRG intensifs de classe 1 (NRG 1 à 5), dans la série des 24h.

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.

On calcule une part de marché par hôpital et par groupe de financement. ».

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 8 janvier 2015 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme M. DE BLOCK

Bijlage 2 van het koninklijk besluit van 8 januari 2015 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.

« 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:

$$\text{GEWOGEN SCORE} = (\text{MEDIANE FREQUENTIE VAN DE CATEGORIE [24u of korte periode]} \times \text{PUNTEN TIJD} \times \text{COMPETENTIEFACTOR}) / \text{GEMIDDELDE COMPETENTIEFACTOR}$$

Voor de andere items:

$$\text{GEWOGEN SCORE} = (\text{PUNTEN TIJD} \times \text{COMPETENTIEFACTOR}) / \text{GEMIDDELDE COMPETENTIEFACTOR}$$

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, R100. 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 referentiepoulatie] 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).

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 verpleegeenheid	Hoofd-bedindex	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		5 - Zorgen aan gecompliceerde wonden
DIV	AR, OB, M, MI	Dag van de bevalling (Moeders)	6 - Obstetrische zorg/kraamzorg op de dag van de bevalling (Moeders)
	M	- Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens het verblijf - EN W100 en W200 niet gescoord tijdens de periode	7 - Kraamzorg (Moeders)
	MI	- Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens het verblijf - EN W400 niet gescoord tijdens de periode	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 periode telt minstens 1 item onder V200, V300 en V400 met een score die hoger is dan het gemiddelde van de referentiepoulatie	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		15 - Zorg aan besmettelijke patiënten
SPE	S1		16 - Zorg bij cardio-pulmonaire aandoeningen
	S2		17 - Zorg bij locomotorische aandoeningen
	S3		18 - Zorg bij neurologische aandoeningen
	S4		19 - Palliatieve zorgen
	S5		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	Hoofd-bedindex	Andere criteria	NRG
		Operatiedag, preoperatieve periode	22 - Preoperatieve zorgen
		Operatiedag, postoperatieve periode	23 - Postoperatieve zorgen
OPR		Operatiedag	24 - Zorg op recovery
DIV	AR, OB	Dag van de bevalling (Moeders)	25 - Obstetrische en verloskundige zorg op de dag van de bevalling (Moeders)
		- W100 of W200 gescoord tijdens de periode - EN W400 niet gescoord tijdens de periode	26 - Prenatale verloskundige zorg (Moeders)
		- W100 en W200 niet gescoord tijdens de periode - EN W400 gescoord tijdens de periode	27 - Postnatale verloskundige zorg (Moeders)
		Eerste periode van het verblijf bij de geboorte (Pasgeborene)	28 - Zorgen bij de geboorte (Pasgeborenen)
		Eerste periode van een verblijf anders dan geboorte of bevalling	29 - Zorg bij opname (verblijven anders dan geboorte of bevalling)
		Laatste periode van het verblijf bij een overleden patiënt	30 - Zorg bij overlijden
		Laatste periode van het verblijf bij de geboorte (Pasgeborene)	31 - Zorg aan de pasgeborene bij ontslag uit het ziekenhuis
		Laatste periode 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	Hoofd-bedindex	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		5 - Zorgen aan gecompliceerde wonden
	M	- Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens het verblijf - EN W100 en W200 niet gescoord tijdens de periode	7 - Kraamzorg (moeders)
	MI	- Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens het verblijf - EN W400 niet gescoord tijdens de periode	8 - Zorg bij hoogrisicozwangerschappen (moeders)
	M	Leeftijd bij opname <= 7 dagen	9 - Zorg op de materniteit (pasgeborenen)
DIV	N	- Leeftijd bij opname <= 28 dagen - EN de periode 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		15 - Zorg aan besmettelijke patiënten

Prefix verpleeg-eenheid	Hoofd-bedindex	Bijkomende criteria	NRG
SPE	S1		16 - Zorg bij cardio-pulmonaire aandoeningen
	S2		17 - Zorg bij locomotorische aandoeningen
	S3		18 - Zorg bij neurologische aandoeningen
	S4		19 - Palliatieve zorgen
	S5		20 - Zorg bij chronische polypathologieën
	S6	Leeftijd bij opname \geq 60 jaar	21 - Zorg bij psychogeriatrische aandoeningen

3.3.3 Cleaning van de basisgroepen

De zorgperiodes met te weinig geregistreerde items worden uitgesloten van de basisgroepen.

3.3.3.1 Cleaning per basisgroep

Voor de intensieve profielen (NRG 1 tot 5) moet het aantal geregistreerde items tijdens de periode minstens gelijk zijn aan percentiel 5 van de groep van basisperiodes (vóór cleaning).

Voor de andere profielen moet het aantal geregistreerde items tijdens de periode 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 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 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 78 zorgitems van de NRG in kwestie.

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 $(1 - \text{ridit van het item tijdens de periode})$, 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 \leq Kwartiel 1 van de indicator in de basisgroep

Klasse 1: Hoofdindicator $>$ Kwartiel 1 en \leq Mediaan in de basisgroep

Klasse 2: Hoofdindicator $>$ Mediaan en \leq 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. Als P75 niet hoger is dan 0.5 wordt het percentiel met stappen van 5 verhoogd (P80, P85, enz.) tot een waarde wordt verkregen die hoger ligt dan 0.5.

c. Als P25 niet lager is dan 0.5 wordt het percentiel met stappen van 5 verminderd (P20, P15, enz.) tot een waarde wordt verkregen die lager ligt dan 0.5.

P75 of het percentiel dat overeenstemt met een waarde hoger dan 0.5 is het hoogste referentiepercentiel van het item.

P25 of het percentiel dat overeenstemt met een waarde lager dan 0.5 is het laagste referentiepercentiel van het item.

Voor elke NRG wordt de secundaire indicator ontwikkeld op basis van de items waarvan de gemiddelde ridit minstens gelijk is aan het hoogste referentiepercentiel van het beschouwde item, en de items waarvan de gemiddelde ridit hoogstens gelijk is aan het laagste referentiepercentiel van het item. De andere items zijn niet begrepen in de secundaire indicator.

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 tijdens de zorgperiode.

De NRG's zijn niet van toepassing op de periodes waarvoor er geen minimumaantal items geregistreerd werd (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.

NRG	Voorwaarden voor toepassing van de NRG op een zorgperiode	
	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	De periode haalt niet klasse 1 in de andere intensieve profielen (NRG 1 tot 4)
6 - Obstetrische zorg/kraamzorg op de dag van de bevalling (Moeders)	>= 1 jaar	Minstens 1 item gescoord onder W100, W200, W300 en W400 tijdens het verblijf
7 - Kraamzorg (Moeders)	>= 1 jaar	
8 - Zorg bij hoogrisicozwangerschappen (Moeders)	>= 1 jaar	
9 - Zorg op de materniteit (Pasgeborenen)	< 1 jaar	
10 - Neonatale zorg	< 1 jaar	De periode 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 - Geriatrie zorg	>= 60 jaar	
15 - Zorg aan besmettelijke patiënten	>= 1 jaar	
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 periode van het verblijf
23 - Postoperatieve zorgen		Niet de eerste periode van het verblijf EN NIET in een eenheid met het prefix 'OPR'
24 - Zorg op recovery		
25 - Obstetrische en verloskundige zorg op de dag van de bevalling (Moeders)	>= 1 jaar	Minstens 1 item gescoord onder W100, W200, W300 en W400 tijdens het verblijf
26 - Prenatale verloskundige zorg (Moeders)	>= 1 jaar	
27 - Postnatale verloskundige zorg (Moeders)	>= 1 jaar	
28 - Zorgen bij de geboorte (Pasgeborenen)	< 1 jaar	Niet de laatste periode van het verblijf
29 - Zorg bij opname (Verblijven anders dan geboorte of bevalling)		Niet de laatste periode van het verblijf

30 - Zorg bij overlijden		Laatste periode van het verblijf
31 - Zorg aan de pasgeboren bij ontslag uit het ziekenhuis	< 1 jaar	Niet de eerste periode van het verblijf
32 - Zorg bij ontslag uit het ziekenhuis (Verblijven anders dan geboorte of overlijden)		Niet de eerste periode 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 78 items van de zorgperiode).

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.

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 de som van de gewogen scores van alle items die tijdens de periode gescoord werden (Zie hoofdstuk 3.1 voor de berekening van de gewogen scores). Die waarde komt overeen met het gewicht "tijd-competentie" van de zorgperiode.

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.

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.

Zijn van deze groep uitgesloten : de periodes in type eenheid INT of met een intensieve NRG.

3.6.2 Groep E

Deze groep omvat de periodes in bedindex E.

Zijn van deze groep uitgesloten : de periodes in type eenheid INT of met een intensieve NRG.

3.6.3 Groep I

Deze groep omvat de periodes die plaatsvinden in de eenheden van het type INT of in bedindex I (CI, DI, EI, HI), evenals de periodes in bedindex C, D, CD, L, E met een intensieve NRG.

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) en de verblijven 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

De periodes m.b.t. bedindexen C, D, CD, L en E met een intensieve NRG worden in groep I ondergebracht. Aangezien het gewicht van de intensieve NRG's 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. Die drempel wordt enkel gebruikt om de periodes m.b.t. groepen CD en E met een intensieve NRG in groep I onder te brengen.

De drempel is vastgesteld op het minimumgewicht van de intensieve NRG's van klasse 1 (NRG 1 tot 5), in de loop van 24u.

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.

Men berekent een marktaandeel per ziekenhuis en per financieringsgroep. ».

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 8 januari 2015 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

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Mevr. M. DE BLOCK