

**2 DECEMBER 2018. - Koninklijk besluit tot
uitvoering van de wet van 19 juli 2018
betreffende de gebundelde financiering
van de laagvariabele ziekenhuiszorg**

BS 18/12/2018

Artikel 1.

§ 1. Het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis wordt toegepast voor de patiëntengroepen vermeld in de tabel opgenomen in [bijlage 1](#). Een verblijf wordt geïncludeerd in de patiëntengroep als het voldoet aan elk van de inclusiecriteria vermeld in de kolommen 1 tot 3 en 6 tot 8 van de tabel. Een verblijf dat voldoet aan minstens één van de exclusiecriteria vermeld in de kolommen 9 tot 11 van de tabel wordt uitgesloten van de patiëntengroep.

Art. 2.

§ 1. De volgende verstrekkingen worden niet gedekt door het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis:

- 1° de verstrekkingen vermeld in artikelen 2, 5, 8, 21, 24bis, 27, 28 § 8, 30, 31, 36, 33, 33bis en 33ter van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- 2° de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 591080, 591124, 591146, 591076, 591113 en 591135 in artikel 24 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- 3° de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 590310, 590181, 590332, 590203, 596024, 596046, 596061, 596120, 596142, 596164, 599303, 599970, 599981, 596525, 596540, 596562, 596584, 597461, 597483, 597505, 597564, 597520, 597542, 599045, 597623, 599082, 599104, 599443 en 599465 in artikel 25 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- 4° de verstrekking 592001 Forfaitair honorarium dat per verpleegdag wordt betaald voor de verstrekkingen inzake klinische biologie van de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden;
- 5° de verstrekking 460784 Forfaitair honorarium inzake medische beeldvorming per opname;
- 6° de pseudonomenclatuurcodes met uitzondering van de volgende codes die inbegrepen zijn: 592852, 592815, 592955, 592911, 593051, 593014, 593154, 593110;
- 7° de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 470470, 470481, 474714, 474725, 470433, 470444, 470374 en 470385 in artikel 20 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- 8° voor de opnames die een aanvang nemen vóór 1 januari 2022, de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 423511-423522 en 423533-423544 in artikel 9 en de rangnummers 201390-201401 in artikel 12 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

§ 2. Zijn uitgesloten van de toepassing van dit koninklijk besluit: verblijven waarbij een prestatie, noodzakelijk om tot een van de patiëntengroepen te behoren zoals beschreven in bijlage 1, wordt uitgevoerd in een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis van verblijf, omdat het ziekenhuis van verblijf niet zelf de benodigde erkenning heeft om de prestatie uit te voeren en te factureren.

Art. 3.

Het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis wordt berekend als volgt:

- 1° er wordt een koppeling gemaakt van de minimale ziekenhuis gegevens (MZG) en de gegevens klassieke hospitalisatie (AZV) en daghospitalisatie (ADH) voor het laatst beschikbare jaar;
- 2° de verblijven die voldoen aan de definities van de patiëntengroepen die in de bijlage 1 zijn vermeld, worden geselecteerd;
- 3° uit deze gekoppelde verblijven wordt per verblijf het totaalbedrag voor de verstrekkingen en ligdagen berekend door de bedragen van alle prestaties te sommeren. Enkel de verblijven die zowel voor de geneeskundige verstrekkingen als voor de ligdagen een positief totaalbedrag hebben, worden bewaard;
- 4° De verstrekkingen vermeld in artikel 2 worden uitgesloten;
- 5° voor alle geselecteerde verblijven wordt daarna, per verblijf, het totaalbedrag van honoraria berekend door de reële uitgaven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en het wettelijk persoonlijk aandeel te sommeren;
- 6° per patiëntengroep wordt op basis van de honoraria per verblijf de mediaan van de honoraria berekend. Hiervoor wordt het verblijf geïdentificeerd dat het middelste element is wanneer de verblijven geordend zijn op honoraria. Bij een even aantal verblijven is er geen midden en wordt de mediaan van de honoraria berekend door het gemiddelde te nemen van de honoraria van de twee middelste verblijven;
- 7° de historische honorariamassa, d.i. de honoraria van de geselecteerde verblijven van het laatste beschikbare jaar, wordt vergeleken met de hypothetische honorariamassa. De hypothetische honorariamassa wordt berekend op basis van de mediaan per patiëntengroep : per patiëntengroep wordt het aantal verblijven vermenigvuldigd met de mediaan en deze bedragen worden over alle patiëntengroepen gesommeerd;

$$M_{hyp} = \sum_{p=1}^j (N_p * m_p)$$

Mhyp= hypothetische honorariamassa van alle geselecteerde verblijven van het laatst beschikbare jaar

Np= aantal geselecteerde verblijven per patiëntengroep

mp= mediaan van de honoraria per patiëntengroep

j= aantal patiëntengroepen

Indien de hypothetische honorariamassa groter dan of gelijk aan de historische honorariamassa is, komt, voor alle patiëntengroepen, de mediaan van de honoraria van de patiëntengroep overeen met het globaal prospectief bedrag.

Indien de hypothetische honorariamassa kleiner is dan de historische honorariamassa wordt, voor de patiëntengroepen waarbij de mediaan van de honoraria lager is dan het gemiddelde honoraria, de mediaan opgehoogd met een correctiefactor uitgedrukt in percentage om het globaal prospectief bedrag te bekomen. Voor de overige patiëntengroepen komt het globaal prospectief bedrag overeen met de mediaan.

De correctiefactor wordt bekomen door het restbedrag, d.i. het verschil tussen historische honorariamassa en hypothetische honorariamassa, gebaseerd op alle patiëntengroepen, te delen door de hypothetische honorariamassa van de patiëntengroepen waarbij de mediaan van de honoraria kleiner is dan het gemiddelde honoraria.

$$C = \frac{M_{hist} - M_{hyp}}{\sum_{p=1}^k (N_p * m_p)}$$

C= correctiefactor

M_{hist}= honorariamassa van alle geselecteerde verblijven van het laatst beschikbare jaar

M_{hyp}= hypothetische honorariamassa van alle geselecteerde verblijven van het laatst beschikbare jaar

N_p= aantal geselecteerde verblijven per patiëntengroep

m_p= mediaan van de honoraria per patiëntengroep

k= aantal patiëntengroepen waarbij m_p kleiner is dan het gemiddelde honoraria van de patiëntengroep;

8° Voor elke nomenclatuurcode in de geselecteerde verblijven van een patiëntengroep wordt het aantal gevallen vermenigvuldigd met het honorarium op 1 januari van het laatst beschikbare jaar van de gekoppelde gegevens en het honorarium op 1 januari van het jaar van toepassing. Deze bedragen worden gesommeerd per patiëntengroep en per jaar. Daarna wordt per patiëntengroep de gemiddelde evolutie tussen het laatst beschikbare jaar van de gekoppelde gegevens en het jaar van toepassing berekend door het totale honorarium van het jaar van toepassing te delen door het totale honorarium van het laatste beschikbaar jaar van de gekoppelde gegevens. Die evolutie uitgedrukt in percentage wordt toegepast op de globale bedragen berekend op basis van artikel 3, 7°.

Art. 4.

Het instituut berekent elk jaar de globale prospectief bedragen van elke patiëntengroep op basis van de meest recente beschikbare gekoppelde gegevens.

Art. 5.

Het ziekenhuis of de dienst die door de medische raad is ingesteld voor de centrale inning van de honoraria factureert het globaal prospectief bedrag per opname via een pseudocodenummer vermeld in kolom 12 van bijlage 1. Alle verstrekkingen die tijdens het verblijf zijn verricht, en die worden gedekt door het globaal prospectief bedrag per opname, worden gefactureerd aan 0 euro.

Art. 6.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor de verstrekkingen die worden vergoed via het globaal prospectief bedrag per opname wordt vermeld in [bijlage 2](#).

Art. 7.

Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2019 voor de opnames vanaf die datum.

Art. 8.

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