

10 MAART 2009. - Koninklijk besluit
tot uitvoering van artikel 69, § 1, van de wet
betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en
uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,
betreffende de regels voor de berekening van
de forfaitaire honoraria inzake medische beeldvorming
betaald per opname voor gehospitaliseerde patiënten

BS 23/03/2009

Artikel 1.In de zin van onderhavig besluit wordt verstaan onder :

1° « Instituut », het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

2° « de Technische cel », de technische cel voor de verwerking van de gegevens met betrekking tot de ziekenhuizen, opgericht bij het Instituut en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, bij artikel 155 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen;

3° « MKG-AZV-gegevens », minimale klinische gegevens en anonieme ziekenhuisverblijven, zoals die door de Technische cel aan elkaar zijn gekoppeld;

4° « APR-DRG-classificatie », classificatie van de patiënten in diagnosegroepen, zoals die zijn bepaald in het handboek « All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manual »; de versie van het handboek die gebruikt wordt voor de berekening van de forfaits, is dezelfde versie als die welke gebruikt werd tijdens het referentiejaar;

5° « graad van ernst », onderverdeling van de APR-DRG's in vier klassen afhankelijk van de ernst van de aandoening, zoals beschreven in het voormelde handboek;

6° « casemix van een ziekenhuis », het aantal verblijven per APR-DRG en per graad van ernst die in de loop van het referentiejaar zijn gerealiseerd;

7° « het betrokken dienstjaar », jaar waarin de berekende forfaits per opname aan de ziekenhuizen worden betaald en dat loopt van 1 januari tot 31 december;

8° « verstrekkingen medische beeldvorming », alle verstrekkingen die in de loop van het referentiejaar waren opgenomen in de artikelen 17 en 17ter van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, verleend aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, uitgezonderd de consultancehonoraria;

9° « uitgaven voor medische beeldvorming », de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verschuldigde bedragen voor de verstrekkingen inzake medische beeldvorming;

10° « categorale ziekenhuizen », ziekenhuizen die noch over een dienst voor diagnose en heelkundige behandeling (C), noch over een dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling (D), noch over een dienst voor kindergeneeskunde beschikken (E);

11° « begroting voor gehospitaliseerde patiënten die per opname moet worden verdeeld », de globale begroting van financiële middelen voor de per opname betaalde forfaitaire honoraria inzake medische beeldvorming van het lopende jaar zoals vastgesteld door de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

12° « referentiejaar », het jaar waarop de recentst beschikbare MKG-AZV-gegevens betrekking hebben.

Art. 2. De begroting zoals bepaald in artikel 1, 11° wordt opgesplitst in twee partiële begrotingen naar rato van de uitgaven voor medische beeldvorming in de hierna vermelde verblijven :

1° De verblijven gerealiseerd in de categorale ziekenhuizen en de verblijven met als opnamedienst de diensten Sp-cardiopulmonair, Sp-neurologie, Sp-locomotorisch en de psychiatrische diensten;

2° Alle andere verblijven van de diensten opgesomd in artikel 8.

Art. 3. Voor de opsplitsing van de nationale begroting in twee partiële begrotingen en de verdeling van deze partiële begrotingen over de algemene ziekenhuizen bezorgt de Technische cel de MKG-AZV-gegevens van het referentiejaar aan het Instituut.

Art. 4.

§ 1. Voor de verdeling van de partiële begroting, bepaald in artikel 2, 2°, berekent het Instituut op basis van de MKG-AZV-gegevens de medische beeldvormingsindexen per APR-DRG en graad van ernst. Die berekening wordt in verscheidene fasen uitgevoerd :

- 1° schrapping van de verblijven gerealiseerd in de categorale ziekenhuizen en de verblijven met als opnamedienst de diensten Sp-cardiopulmonair, Sp-neurologie, Sp-locomotorisch en de psychiatrische diensten;
- 2° schrapping van de rest- APR-DRG's (955 en 956), de medische beeldvormingsindex voor deze APR-DRG's is gelijk aan nul;
- 3° schrapping van de niet gekoppelde verblijven, de medische beeldvormingsindex voor deze verblijven is gelijk aan één;
- 4° schrapping, op nationaal niveau, van de verblijven die als « outliers » worden beschouwd, per APR-DRG en per graad van ernst. Worden als « outliers » beschouwd : de verblijven met hogere uitgaven medische beeldvorming dan $Q3 + 2 * (Q3 - Q1)$, waar Q1 en Q3 de respectieve waarden zijn van het eerste en het derde kwartiel van de verdeling van de uitgaven medische beeldvorming;
- 5° hergroepering van de volgende elementen :
 - a) alle graden van ernst als het totale aantal verblijven van een APR-DRG - alle graden van ernst door elkaar - lager is dan 80 verblijven;
 - b) de graden van ernst 1 en 2 als het totale aantal verblijven met een graad van ernst 1 en 2 van een APR-DRG lager is dan 40 verblijven of het aantal verblijven van een van die twee graden van ernst lager is dan 10 verblijven;
 - c) de graden van ernst 3 en 4 als het totale aantal verblijven met een graad van ernst 3 en 4 van een APR-DRG lager is dan 40 verblijven of als het aantal verblijven van een van die twee graden van ernst lager is dan 10 verblijven;
- 6° de medische beeldvormingsindexen per APR-DRG en graad van ernst zijn gelijk aan de verhouding van de gemiddelde uitgaven per verblijf per APR-DRG en per graad van ernst voor de prestaties inzake medische beeldvorming tot de gemiddelde uitgaven per verblijf voor alle APR-DRG's en graden van ernst samen.

§ 2. Het Instituut berekent op basis van de medische beeldvormingsindexen per APR-DRG en graad van ernst, vastgesteld overeenkomstig artikel 4, § 1, de individuele partiële enveloppe van het ziekenhuis. De berekening van die individuele partiële enveloppe wordt in twee fasen uitgevoerd :
Voor de raadpleging van de tabel, zie beeld

Art. 5. De partiële begroting voor de verblijven gerealiseerd in de categorale ziekenhuizen, de acute sp-diensten en de psychiatrische diensten, zoals bepaald in artikel 2, 1°, wordt verdeeld op basis van het relatief aandeel van elk ziekenhuis in de uitgaven medische beeldvorming voor de desbetreffende verblijven volgens de formule :

Art. 6. De enveloppe van het ziekenhuis wordt bekomen door de partiële enveloppes van het ziekenhuis, berekend volgens de bepalingen opgenomen in de artikels 4 en 5, samen te tellen.

Art. 7. Het bedrag van de individuele enveloppe welk voortvloeit uit artikel 6, wordt betaald in de vorm van een forfait per opname. Tijdens elke opname is het door de verzekering verschuldigde bedrag bijgevolg gelijk aan :
Voor de raadpleging van de tabel, zie beeld

Art. 8. De Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut stelt elk jaar, voor elk algemeen ziekenhuis, het bedrag van het forfaitair honorarium per opname in een of meer diensten A, Br, C, D, E, G, H, I, K, L, M, NIC of acute Sp, vast.

Hij stelt het betrokken ziekenhuis en de verzekeringsinstellingen in kennis van de hiervoren vermelde bedragen. Vanaf de datum waarop het bedrag van de forfaitaire honoraria is meegedeeld, hebben de ziekenhuizen, op straffe van onontvankelijkheid, 30 dagen tijd om eventueel hun opmerkingen bij hogergenoemde Dienst terzake te formuleren.

Elke betwisting betreffende de toegekende forfaits kan voor verzoening worden voorgelegd aan de Nationale Commissie Geneesheren-ziekenfondsen.

De Dienst voor geneeskundige verzorging is belast met de uitvoering van de in de Nationale Commissie Geneesheren-ziekenfondsen genomen beslissing.

Art. 9. Het koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 69, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de regels voor de berekening van de forfaitaire honoraria inzake medische beeldvorming betaald per opneming voor gehospitaliseerde patiënten, wordt opgeheven.

Art. 10. Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2009.

Art. 11. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.