

De organisatie en financiering van de ziekenhuizen

Anja Crommelynck (Departement Onderzoek en Ontwikkeling, R&D - LCM)
Katelijn Degraeve (Medisch-sociale sector In Dialoog, MID)
David Lefèbvre (Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales, FNAMS)

Info-fiche • september 2013
Bijvoegsel bij
CM-Informatie nr 253

De ziekenhuissector is voortdurend in beweging. De technieken evolueren, de verzorging verbetert, de structuur van het ziekenhuis wordt aangepast aan de nieuwe eisen van de gezondheidszorg en de verwachtingen van de patiënt.

Opvallende aanpassingen van de laatste jaren zijn de vele fusies die geleid hebben tot schaalvergroting, de heroriëntering van de ziekenhuisfinanciering, het structureren van de ziekenhuisactiviteit via zorgprogramma's, de inkrimping van de verblijfsduur van patiënten in het ziekenhuis en de verkorting van de verpleegduur.

We staan bovendien aan de vooravond van een aantal grondige wijzigingen waarvan we de impact nog niet volledig overzien. De zesde staatshervorming zal enkele, op vandaag federale bevoegdheden en financieringsmechanismen, decentraliseren.

Deze infofiche wil de lezer zonder voorkennis maar met een bijzondere interesse in de materie, een leidraad en een toegankelijk naslagwerk bieden om een zicht te krijgen op de organisatie en financieringsmechanismen van het ziekenhuislandschap in België, anno 2013.

Deel 1 geeft een beeld van de voorwaarden waaraan een ziekenhuis moet voldoen om erkend te worden. In dit deel wordt ook duidelijk gemaakt over welke leidinggevende functies en bestuursorganen elk ziekenhuis wettelijk moet beschikken.

Deel 2 brengt het overzicht van de financiering van het ziekenhuis in al zijn onderdelen; van de infrastructuur tot de medische zorg, van de hotelkosten tot het afleveren van geneesmiddelen.

Deel 3 ten slotte, zoomt in op de financiële bijdrage van de patiënt in het ziekenhuis.

Doorheen de tekst lichten een aantal 'kaderteksten' begrippen en tendensen toe die hun weerslag hebben op alle onderdelen.



Inhoud

DEEL 1

De organisatie van de ziekenhuisactiviteit 3

1. **Algemeen beeld van het ziekenhuis-landschap en de ziekenhuisactiviteit** 3
 - 1.1. Soorten ziekenhuizen 3
 - 1.2. Activiteiten in het ziekenhuis 5
2. **Erkenning** 8
 - 2.1. Erkenningsnormen en bevoegdheden 8
 - 2.2. Inspectie, visitatie en accreditering 9
3. **Programmatie en planning** 9
4. **De organisatie van de relaties tussen de ziekenhuizen** 10
 - 4.1. Drie wettelijke samenwerkingsvormen 10
 - 4.2. Elektronische uitwisseling van patiëntgegevens tussen ziekenhuizen 11
5. **Organisatie van het ziekenhuis** 11
 - 5.1. Beheersstructuur 11
 - 5.2. Overlegorganen 13

DEEL 2

De financiering van het ziekenhuis 17

1. **Wie financiert het ziekenhuis?** 17
2. **De financiering van de investeringen in ziekenhuisinfrastructuur** 17
3. **De financiering van de werking van het ziekenhuis** 18
4. **Het Budget van Financiële Middelen van de ziekenhuizen** 21
 - 4.1. Onderdelen van het BFM en hun berekening 21
 - 4.2. Uitbetaling van het BFM 27
 - 4.3. Evolutie van het BFM en commentaar 28

5. **De honoraria** 29
 - 5.1. Hoe hoog is het honorarium en welk deel voor het ziekenhuis? 29
 - 5.2. Honoraria per prestatie versus forfaitaire honoraria 31
 - 5.3. Geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen 32
 - 5.4. Betalende derde en centrale inning 33
6. **De geneesmiddelen en het materiaal** 33
 - 6.1. De ziekenhuisgeneesmiddelen 33
 - 6.2. Implanterbaar materiaal, implantaten en prothesen 35
 - 6.3. Overige producten 36
7. **De financiering van het dagziekenhuis** 36
 - 7.1. Chirurgisch dagziekenhuis 36
 - 7.2. Niet-chirurgisch dagziekenhuis 37

DEEL 3

Wat betaalt de patiënt? 40

1. **Het aandeel van de patiënt in de totale inkomsten van het ziekenhuis** 40
 - 1.1. Waaruit bestaat het aandeel van de patiënt? 40
 - 1.2. Financiële informatie aan de patiënt: een recht 40
2. **Evolutie van de gemiddelde kost voor de patiënt** 40
3. **De variatie in de facturen voor de patiënt** 41

DANKWOORD 44

REFERENTIES 44

KADERTEKSTEN:

1. Registratie van ziekenhuisgegevens 16
2. Het concept 'verantwoorde bedden' 23
3. De referentiebedragen 32
4. Naar een nieuwe financiering all-in? 38
5. Wat brengt de overdracht van bevoegdheden? 39

Deel 1: De organisatie van de ziekenhuisactiviteit

Hoeveel ziekenhuizen zijn er in België? Hoeveel ziekenhuisbedden? Wie mag zichzelf ziekenhuis noemen? Hoe wordt een ziekenhuis bestuurd? Wie neemt de beslissingen en wie is verantwoordelijk? Dat zijn de vragen waarop dit deel een antwoord wil bieden. Sectie 1 geeft een globaal beeld van het ziekenhuislandschap. Sectie 2 schetst de voorwaarden waaraan moet voldaan worden om als ziekenhuis erkend te worden. Sectie 3 en 4 geven weer hoe de overheid het ziekenhuisaanbod en de geografische spreiding ervan reguleert en Sectie 5 ten slotte, schetst het wettelijke kader van het ziekenhuisbeheer.

1. Algemeen beeld van het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisactiviteit

Naast de infrastructuur maken de vele 'handen aan het bed' nog steeds het verschil: artsen, verpleegkundigen, zorgkundigen, apothekers, kinesitherapeuten, psychologen... Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat dit arbeidsintensieve segment van de social profit sector een van de grootste werkgevers is in België. Recente cijfers wijzen op een directe tewerkstelling van meer dan 190.000 personen¹. Daarnaast zorgt de ziekenhuissector ook voor heel wat indirecte tewerkstelling. Men schat dat het om minstens 60.000 jobs gaat bij de toeleveranciers. En vergeten we vooral niet de vele vrijwilligers die onbezoldigd de patiënt ondersteuning bieden bij zijn verblijf in het ziekenhuis! (Callewaert, 2008)

Het hoeft dus niet te verwonderen dat de ziekenhuissector een groot financieel gewicht heeft. Het budget voor de werking van de ziekenhuizen vertegenwoordigt de laatste jaren meer dan 20% van het budget van de ziekteverzekering. In 2013 bedraagt de begrotingsdoelstelling voor de ziekenhuizen 7,8 miljard euro. Daarnaast zijn diverse budgetten in hoofdzaak bestemd voor de in de ziekenhuizen ontplooiende activiteiten: 6 miljard euro voor de honoraria van geneesheren-specialisten, 1,4 miljard euro voor de geneesmiddelen verstrekt door de ziekenhuisapothek, 630 miljoen euro voor de implantaten en 400 miljoen euro² voor de nierdialyse. Samengeteld is dat ongeveer de helft van het budget van de ziekteverzekering voor 2013.

1.1. Soorten ziekenhuizen

We maken onderscheid tussen algemene, psychiatrische, categorale en universitaire ziekenhuizen.

Algemene ziekenhuizen ontvangen dag en nacht patiënten voor medische, gespecialiseerde hulp. Om te voldoen aan de notie van basisziekenhuis³ moet het ziekenhuis minstens 150 erkende bedden hebben en is er minstens een dienst voor chirurgische activiteit en inwendige geneeskunde. Ook volgende activiteiten zijn aanwezig in een basisziekenhuis: anesthesiologie, radiologie, basisactiviteiten klinische biologie, revalidatie en basisactiviteiten van een ziekenhuisapothek, alsook het zorgprogramma voor oncologische basiszorg. Een algemeen ziekenhuis kan verder ook de diensten geriatrie, materniteit, pediatrie en neuropsychiatrie aanbieden.

Psychiatrisch ziekenhuizen bieden behandeling en verzorging voor wie ernstige psychische problemen heeft. Een psychiatrisch ziekenhuis kan naast voltijdse opname en psychiatrische verzorging ook poliklinische raadpleging of dagbehandeling aanbieden alsook deelnemen aan het inrichten van initiatieven voor beschut wonen⁴. Voor niet-psychiatrische medische behandeling moeten deze patiënten overgebracht worden naar een algemeen ziekenhuis.

Categorale of gespecialiseerde ziekenhuizen zijn kleinere ziekenhuizen, die specifieke zorg aanbieden voor een afgelijnde doelgroep. Het zijn meestal ziekenhuizen gericht op revalidatie (ziekenhuizen met een geïsoleerde Sp-dienst⁵) of op de zorg voor ouderen (ziekenhuizen met een geïsoleerde G-dienst).

Universitaire ziekenhuizen bieden minstens dezelfde dienstverlening als algemene ziekenhuizen. In de universitaire ziekenhuizen (net als in een paar grotere algemene ziekenhuizen) worden ook patiënten opgenomen die een heel gespecialiseerde behandeling vereisen. Per universiteit met een faculteit geneeskunde met volledig leerplan kan een universitair ziekenhuis erkend worden. In een universitair ziekenhuis worden niet enkel patiënten behandeld en verzorgd, het universitair ziekenhuis heeft ook de opdracht om artsen en verpleegkundigen

¹ Ongeveer 30.000 artsen (specialisten) en 91.000 voltijds-equivalenten onder de niet-artsen (Belfius, 2012)

² Inclusief honoraria, forfaits voor hemodialyse in het ziekenhuis en de externe forfaits (hemodialyse thuis, autodialyse in een centrum, peritoneale dialyse thuis), exclusief verpleegdagforfaits.

³ Koninklijk Besluit van 30-01-1989 + wijzigingen

⁴ Koninklijk Besluit 10-7-1990

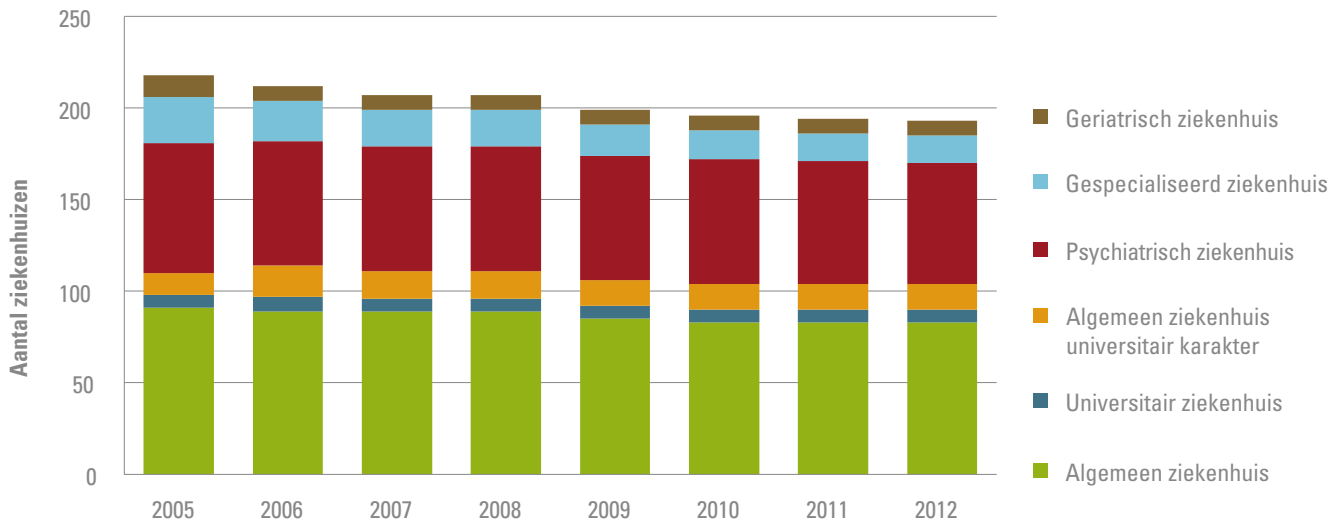
⁵ Voor de betekenis van de kenletters (Sp en G) zie sectie 1.2.1

op te leiden en zich bezig te houden met wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van nieuwe technologieën⁶.

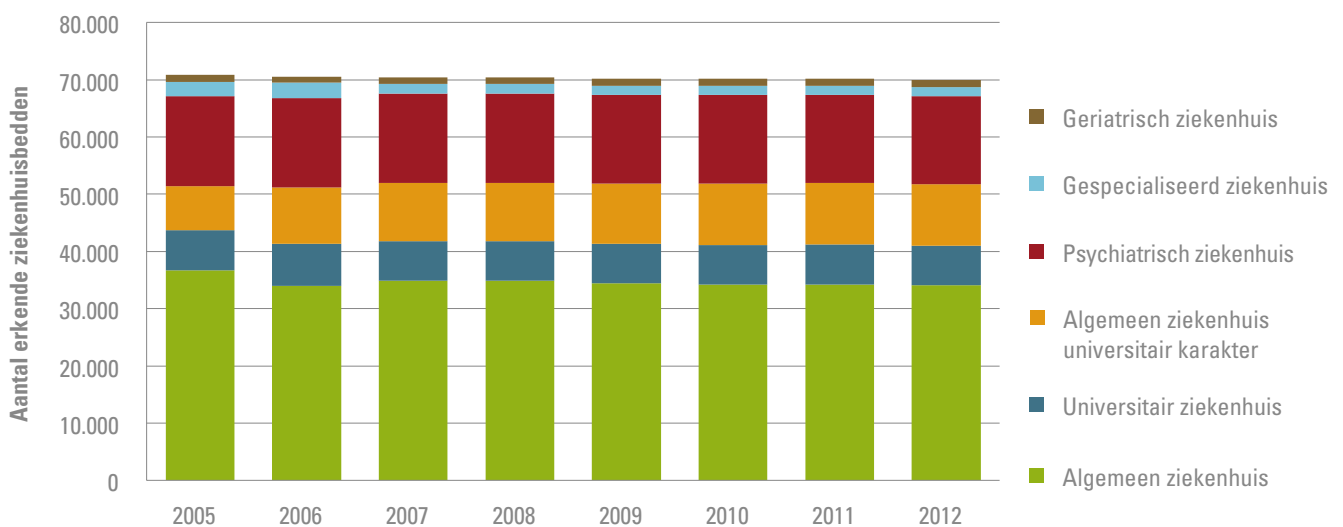
Figuren 1 en 2 en Tabel 1 geven de evolutie weer van het aantal ziekenhuizen en ziekenhuisbedden per soort. In de figuren valt op dat het aantal ziekenhuizen over de laatste jaren is gedaald

(van 218 ziekenhuizen, in 2005 tot 193, in 2012) terwijl het aantal bedden nagenoeg constant bleef (van 70.817 naar 69.972 bedden). Het aantal algemene en universitaire ziekenhuizen evolueerde in die periode van 110 tot 104, maar er kwamen 400 bedden bij. Deze evolutie is het gevolg van het fusioneren van ziekenhuizen, zoals toegelicht in Sectie 4.

Figuur 1: Evolutie van het aantal ziekenhuizen



Figuur 2: Evolutie van het aantal erkende bedden per type ziekenhuis



⁶ Website Vlaams agentschap zorg en gezondheid: www.zorg-en-gezondheid.be

Tabel 1: Aantal ziekenhuizen en erkende bedden per type en per regio, 2012

2012	Aantal ziekenhuizen				Aantal vestigingen				Aantal erkende bedden			
	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	België
Algemeen Ziekenhuis	47	30	6	83	80	58	13	151	19.146	12.076	2.874	34.096
Universitair Ziekenhuis	3	1	3	7	5	3	3	11	3.438	925	2.557	6.920
Algemeen Ziekenhuis univ.karakter	5	6	3	14	19	9	6	34	6.187	3.039	1.514	10.740
Psychiatrisch Ziekenhuis	37	20	9	66	44	22	9	75	10.158	4.335	890	15.383
Gespecialiseerd Ziekenhuis	9	5	1	15	9	6	1	16	969	460	117	1.546
Geriatrisch Ziekenhuis	2	1	5	8	2	2	6	10	248	426	613	1.287
Totaal	103	63	27	193	159	100	38	297	40.146	21.261	5.691	69.972

1.2. Activiteiten in het ziekenhuis

De zorgactiviteit in het ziekenhuis is opgedeeld in diensten, functies en afdelingen. Daarnaast spreken we ook van zorgprogramma's en van het dagziekenhuis en de polikliniek. We lichten deze verschillende begrippen toe.

1.2.1. Ziekenhuisdiensten

In elk ziekenhuis zijn er verschillende verpleegkundige diensten. De bedden, dus eigenlijk de plaatsen waarover zo'n dienst beschikt, dragen een eigen kenletter en/of -cijfer:

Tabel 2: Kenletters en -cijfers van de ziekenhuisdiensten

Kenletter	Kencijfer	Omschrijving
A	37	Neuropsychiatrie voor observatie en behandeling (dag en nacht)
a1	38	Dagverpleging in een A-dienst
a2	39	Nachtverpleging in een A-dienst
B	20	Dienst voor tuberculosebehandeling
C	21	Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
D	22	Dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling
E	23	Dienst voor kindergeneeskunde
G	30	Dienst voor geriatrie
H	24	Dienst voor gewone hospitalisatie (gemengd C + D)
I	48	Functie of dienst voor intensieve zorgen
IB	49	Dienst voor intensieve zorgen van psychiatrische patiënten
K	34	Neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van kinderen
K1	35	Dagverpleging in een K-dienst
K2	36	Nachtverpleging in een K-dienst
L	25	Dienst voor besmettelijke ziekten

Tabel 2: Kenletters en -cijfers van de ziekenhuisdiensten

Kenletter	Kencijfer	Omschrijving
M	26	Kraamdienst
NIC (N)	27	Intensieve neonatologie (vroeggeborenen en zwakke pasgeborenen)
S (Sp):		Gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie
S1	61	voor cardio-pulmonaire aandoeningen
S2	62	voor locomotorische aandoeningen
S3	63	voor neurologische aandoeningen
S4	64	voor palliatieve verzorging
S5	65	voor chronische polypathologieën
S6	66	voor psychogeriatrische aandoeningen
T	41	Psychiatrische dienst
T1	42	Dagverpleging in een T-dienst
T2	43	Nachtverpleging in een T-dienst

1.2.2. Medische en medisch-technische diensten

Naast de verpleegkundige diensten worden er een aantal medische en medisch-technische diensten aangeboden. Dit zijn ondersteunende diensten voor de andere specialismen of heel specifieke diensten waar patiënten niet echt verblijven. Het gaat over medisch-technische diensten zoals medische beeldvorming met CT-scanner (Computer Tomografie), NMR (Nucleaire Magnetische Resonantie) of PET-scanner (Positronen Emissie Tomografie), de dienst voor radiotherapie, maar ook de centra voor behandeling chronische nierinsufficiëntie (dialysecentra) en de centra voor menselijke erfelijkheid. Voorbeelden van medische diensten zijn de transplantatiecentra en het brandwondencentrum. Niet elk ziekenhuis hoeft over elk van deze diensten te beschikken. Ook voor de meeste van deze diensten zijn er specifieke erkenningscriteria en programmatienormen, die voor een gelijkmatige spreiding over het land moeten zorgen.

1.2.3. Ziekenhuisafdelingen

De ziekenhuiswet⁷ definieert de term 'afdeling' niet expliciet. Het onderscheid tussen een 'afdeling' en een 'functie' is dan ook niet duidelijk. De afdeling maakt meestal deel uit van een ziekenhuisdienst, terwijl een functie eerder tot doel heeft transversale zorg te verlenen, over de diensten en afdelingen

heen. Toch vinden we in de ziekenhuiswet drie afdelingen terug: de afdeling MIC (maternal intensive care)⁸, de afdeling 'expertisecentrum voor comapatiënten'⁹ en de afdeling voor diagnose van en behandeling tegen wiegendoed¹⁰.

1.2.4. Ziekenhuisfuncties

In een ziekenhuis onderscheiden we daarnaast ook nog een reeks functies: de ziekenhuisapotheek, de ziekenhuisbloedbank, de lokale neonatale zorg (N*), de regionale perinatale zorg (P*), de liaison pediatrie, de lokale coördinatie van donoren, de palliatieve zorg (los van de dienst Sp-palliatief, welke een residentiële eenheid is), de eerste opvang van spoedgevallen, de gespecialiseerde spoedgevallenzorg, de mobiele urgentiegroep, de intensieve zorg (IZ*), de daghospitalisatie en de psychiatrische gezinsverpleging (enkel in psychiatrische ziekenhuizen).

Deze functies moeten elk op zich voldoen aan specifieke erkenningscriteria. Niet elk ziekenhuis hoeft over elke functie te beschikken. De functies kunnen bovendien gebonden zijn aan programmatienormen, die zorgen voor een gelijkmatige spreiding over het land.

⁷ Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10-07-2008, verder steeds 'ziekenhuiswet' genoemd

⁸ Koninklijk Besluit 20-08-1996, art. 7

⁹ Koninklijk Besluit 04-06-2008

¹⁰ Koninklijk Besluit 27-04-2007

1.2.5. Zorgprogramma's

Zorgprogramma's hebben tot doel een adequaat organisatiekader te bieden voor het implementeren van 'klinische zorgpaden'. Een klinisch zorgpad heeft tot doel de diverse stappen in het zorgproces voor een specifieke doelgroep van patiënten naadloos op elkaar te laten aansluiten over de medische disciplines heen. Voor sommige zorgpaden loopt het zorgproces over verschillende zorginstellingen en de thuissituatie heen.

We onderscheiden verschillende cardiale zorgprogramma's, het zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde, voor kinderen, voor geriatrische patiënten, het zorgprogramma oncologie en de borstkliniek.

Een ziekenhuis kan erkend worden voor een zorgprogramma als het aan de bijbehorende voorwaarden voldoet. Ook de zorgprogramma's zijn gebonden aan programmatiecriteria.

In België moeten de termen zorgprogramma en zorgpad niet verward worden met de term 'zorgtraject'. Een zorgtraject situeert zich in de ambulante sector en is een zogenaamd 'contract' tussen een patiënt, een huisarts en een specialist. Momenteel bestaan er twee zorgtrajecten in België: een voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie en een voor patiënten met diabetes type 2.

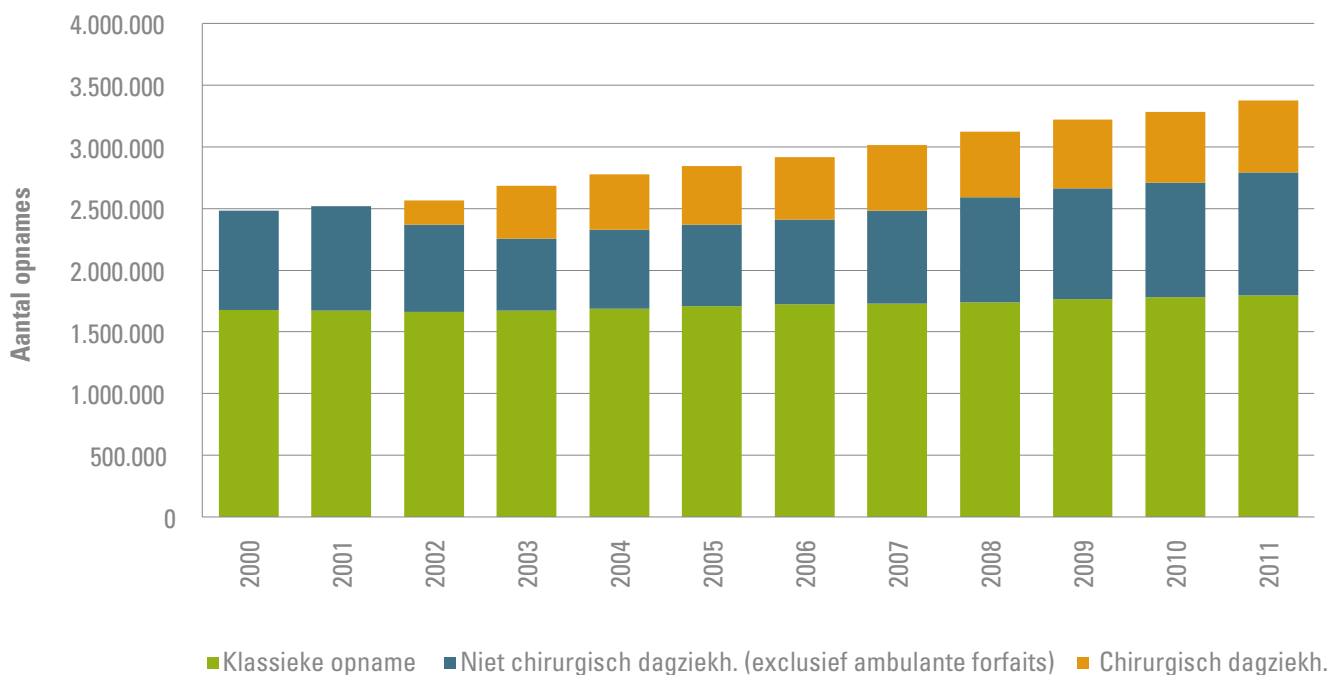
1.2.6. Daghospitalisatie en polikliniek

Om zo goed mogelijk in te spelen op de behoeften van de patiënt, bestaat er naast de klassieke ziekenhuisopname - met overnachting - ook het systeem van daghospitalisatie en polikliniek. In dit kader spreekt men soms over 'ambulante zorgcentra in de tweede lijn'.

De polikliniek is de plaats waar specialisten consultaties houden voor ambulante patiënten. Een polikliniek ligt meestal binnen de muren van het ziekenhuis en bestaat uit spreekkamers van ziekenhuisartsen, onderzoeksklokken en behandelkamers.

Bij daghospitalisatie ondergaat de patiënt een behandeling waarbij ziekenhuisinfrastructuur vereist is, maar keert de patiënt diezelfde dag nog terug naar huis. Men maakt een onderscheid tussen de chirurgische daghospitalisatie en de niet-chirurgische daghospitalisatie. Zoals in Sectie 1.2.2 vermeld, worden deze beide vormen van dagziekenhuis beschouwd als 'ziekenhuisfuncties'. Het onderscheid niet-chirurgisch/chirurgisch heeft te maken met een verschillend gebruik van ziekenhuisinfrastructuur, onder meer het gebruik van het operatiekwartier. Dit vertaalt zich in een andere wijze van financiering en normering op architectonisch, functioneel en organisatorisch vlak (zie Deel 2, Sectie 7). Figuur 3 illustreert dat het aantal dagopnames¹¹ gestaag stijgt.

Figuur 3: Evolutie van het aantal ziekenhuisopnames



¹¹ Ambulante forfaits (dus forfaits buiten dagopname, zie deel 2, Sectie 7.2) niet meegerekend

2. Erkenning

De overheid beschikt naast de financiering, die in het tweede deel wordt behandeld, over een aantal middelen om de organisatie van de gezondheidszorg te sturen: enerzijds de erkenning en anderzijds de programmatie die we in Sectie 3 bespreken.

Het principe van de erkenning werd in 1963 ingevoerd in de wet op de ziekenhuizen. Alleen erkende ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, ziekenhuisfuncties en zorgprogramma's mogen geopend en geëxploiteerd worden. Om erkend te kunnen worden, moet aan een aantal vereisten voldaan zijn op het vlak van volksgezondheid zoals hygiëne, veiligheid en kwaliteit van de verzorging. Een erkenning wordt nooit definitief toegekend. Op basis van voortdurende inspectie en evaluatie en wordt de erkenning periodiek vernieuwd.

2.1. Erkenningsnormen en bevoegdheden

De federale overheid was tot op vandaag bevoegd voor het **bepalen van de erkenningsnormen**, maar de gemeenschappen – of de gewesten¹² - waren bevoegd om **erkenningen uit te reiken** en te inspecteren. Met het regeerakkoord van 11 oktober 2011 (ook het Vlinderakkoord genoemd) krijgen de regionale overheden de bevoegdheid om de erkenningsnormen vast te leggen. Meer uitleg over deze transfer van bevoegdheden in Kadertekst 5.

Tabel 3 geeft een overzicht van de federale normen, zoals die van kracht zijn in 2013. De **basisnormen** zijn architecturale, functionele en organisatorische minimumvereisten om de hygiëne, de veiligheid en de kwaliteit van de zorg te waarborgen. De **aanvullende normen** werden opgelegd vanaf het midden van de jaren '80 in een context van herstructurering van de ziekenhuisaanbod. De **bijzondere normen** ten slotte, hebben tot doel specifieke activiteiten of samenwerkingsverbanden te reguleren...

Tabel 3: Federale normen en criteria voor Belgische ziekenhuizen

	Van toepassing op...	Voorbeelden
Basisnormen	Geheel van het ziekenhuis	Oppervlakte per bed minstens 8m ² ; toegankelijkheid garanderen voor ambulances; ziekenbezoek moet door huishoudelijk reglement geregeld zijn; patiëntengegevens behandelen met respect voor privacy;...
Aanvullende normen	Geheel van het ziekenhuis	Beschikken over minimum over 150 bedden, een functie radiologie en een functie ziekenhuisapotheek;...
	Elke ziekenhuisdienst afzonderlijk	Minstens 24 bedden beschikbaar voor een dienst geriatrie; minstens 400 bevallingen gedurende drie opeenvolgende jaren voor een dienst materniteit; minstens 70% bezetting gedurende drie opeenvolgende jaren voor een dienst pediatrie;...
Bijzondere normen	Groepering	Verplicht coördinatiecomité;...
	Associatie	Verplicht associatiecomité; gemeenschappelijk medisch comité;...
	Fusie	Maximum 35 km van elkaar gelegen; bedden van één dienst op zelfde vestigingsplaats; fusieplan opstellen
	Ziekenhuisfuncties	Intensieve zorg: minimaal 6 bewaakte bedden; apotheek: organisatie van wachtdienst; neonatologie: verpleeglokalen minstens 25° warm; chirurgisch dagziekenhuis: beschikken over eigen afzonderlijk operatiekwartier;...
	Medisch-technische diensten	NMR: minstens 4 voltijdse radiologen; radiotherapie: minstens 500 nieuwe patiënten per jaar; brandwondencentrum: minstens 6 bedden waarvan minstens 3 isoleerkamers;...
	Universitair ziekenhuis	Per dienst minstens 2 verpleegeenheden met elk 25 bedden; verplichte autopsie bij minstens 20% van de overledenen in C-dienst;...

¹² De erkenning is gemeenschapsmaterie, maar de Franse Gemeenschap heeft deze bevoegdheid overgedragen naar het Waals Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie (voor Brussel).

Naast de normen die hen worden opgelegd in toepassing van de wet op de ziekenhuizen, moeten de ziekenhuizen nog andere federale maar ook Europese en regionale normen naleven. Hierbij denken we aan de HACCP-normen (hazard, analysis, critical, control points) voor de garantie van veiligheid van voedingsmiddelen in de (groot)keuken, brandveiligheidsnormen, normen van de FANC voor omgaan met stralingsrisico's bij medische beeldvorming en bij radio- en curietherapie, milieunormen voor beheer van ziekenhuisafval...

2.2. Inspectie, visitatie en accreditering

De naleving van de erkenningsnormen wordt gecontroleerd door de inspecteurs van de gemeenschappen en gewesten¹³. Deze inspecties (in Vlaanderen ook 'visitaties' genoemd) worden meestal gehouden bij de vernieuwing van een erkenning. Bij een eerste aanvraag voor erkenning van een ziekenhuis of ziekenhuisdienst wordt een voorlopige erkenning toegestaan. Bij afloop van de voorlopige erkenning, gebeurt een inspectie door

- het agentschap Zorginspectie in Vlaanderen
- de 'Direction des Soins Hospitaliers' (Directie Ziekenhuiszorg) van het Waals Gewest voor de Waalse en Franstalige, universitaire ziekenhuizen
- de Directie Gezondheidszorg van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor de Brusselse tweetalige ziekenhuizen
- de 'Service de la santé' (Dienst Gezondheidszorg) van de Franstalige Gemeenschapscommissie voor de Franstalige (niet-universitaire) ziekenhuizen in Brussel
- Het Ministerie van de Duitstalige gemeenschap voor de (twee) Duitstalige ziekenhuizen.

Op basis van de inspectie kennen de instanties de erkenning toe voor een termijn van meestal 5 en ten hoogste 6 jaar¹⁴. Blijkt uit een audit of inspectie dat een ziekenhuis of ziekenhuisdienst niet (meer) voldoet aan de erkenningsnormen, dan kan het agentschap overgaan tot een inkorting van de erkenningsduur, tot een schorsing van de erkenning of tot het intrekken van de erkenning¹⁵.

De verschillende overheden hebben steeds meer aandacht voor kwaliteitszorg. De aandacht verschuift van enkel kwantitatieve normen (structuurkenmerken) naar meer kwalitatieve normen met aandacht voor het resultaat voor de patiënt (proces- en resultaatindicatoren). De overheid eist dat een ziekenhuis een aantoonbaar kwaliteitsbeleid voert.

Niet geheel los van de erkenning hanteert Vlaanderen daartoe het systeem van accreditering¹⁶. Accreditering is een extern evaluatiesysteem van de kwaliteit van de verzorging. Parallel met het erkenningsstelsel, dat de kwaliteit wil waarborgen op basis van de naleving van structurele en functionele normen, wil het accrediteringsproces de evaluatie van de kwaliteit toespitsen op de procedures en resultaten van de zorgverlening. Een groot aantal Vlaamse ziekenhuizen is reeds ingestapt in een accrediteringstraject, en enkele hebben het voleindigd en zijn 'geaccrediteerd'. De Vlaamse overheid heeft zich geëngageerd om geen globale visitaties meer te doen in ziekenhuizen die een accrediteringstraject aangevat hebben, gedurende de periode van het traject. De certificering van het ziekenhuis door de accrediteringsinstelling is voor de Vlaamse inspectie voldoende waarborg dat de normen nageleefd worden. In Vlaanderen worden twee accrediteringsinstellingen door de overheid erkend: het Amerikaanse JCI (Joint Commission International) en het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg) dat inmiddels is samengesmolten met 'Canada Accreditation'.

In Wallonië en Brussel vatten de ziekenhuisfederaties de eerste verkennende gesprekken aan om ook mee te stappen in de het systeem van accreditering.

3. Programmatie en planning

De programmatie combineert twee doelstellingen: enerzijds de toegang waarborgen tot kwaliteitsvolle zorg en anderzijds de uitgaven onder controle houden. Daartoe wil de overheid de ziekenhuisdiensten en -uitrusting en de zorgprogramma's optimaal geografisch spreiden.

Sinds 1982 is een nationaal moratorium ingesteld, wat betekent dat sindsdien geen bijkomende ziekenhuisbedden kunnen erkend worden. Zolang de het geprogrammeerde aantal bedden voor een type ziekenhuisdienst niet bereikt is, kan erkenning toegestaan worden voor bijkomende bedden van dit type, op voorwaarde dat deze toename gecompenseerd wordt door een daling van het aantal bedden in andere diensten of in andere ziekenhuizen. Hiervoor werden ook reconversieregels uitgewerkt. Het aantal ziekenhuisbedden in algemene ziekenhuizen in België wordt in Tabel 4 weergegeven¹⁷.

¹³ Zie vorige voetnoot

¹⁴ In het Waals gewest geldt de erkenning voor 5 jaar (Arrêté de l'Exécutif de la Communauté Française (AECFR) 06-01-1992, art. 5). Voor de Duitstalige gemeenschap is de termijn maximaal 3 jaar.

¹⁵ Besluit Vlaamse Regering 18-02-1997, AECFR 5-11-1987 en Arrêté du Collège réuni 5-5-1994

¹⁶ Kwaliteitsdecreet 17-10-2003 en Besluit van de Vlaamse regering 14-05-2004

¹⁷ Koninklijk Besluit 21-03-1977

Tabel 4: Programmatienormen van het aantal bedden per type

Bed-index	Aantal bedden volgens programmatienorm
C/D bedden met inbegrip van functie intensieve zorg	2,9 per duizend inwoners
L bedden en B-bedden	elk de helft van 0,03 per duizend inwoners
G-bedden	6 per duizend +65 jarigen
Sp-bedden	0,52 per duizend inwoners, waarvan maximum 360 bedden voor palliatieve zorg
M-bedden	32 per duizend geboorten
E-bedden	37 per duizend geboorten
NIC-bedden	6 per duizend geboorten
dienst voor geriatrische patiënten met neuro-psychiatrische behandeling	0,23 per duizend inwoners

Voor de betekenis van de gebruikte 'kenletters' zie Sectie 1.2.1.

4. De organisatie van de relaties tussen de ziekenhuizen

Verschillende factoren nopen de ziekenhuizen tot meer toenadering. Medische technologie wordt performanter maar ook duurder en het budget is beperkt. De overheid bepaalt minimumnormen van omvang of activiteit voor bepaalde diensten of programma's en samenwerking leidt tot meer efficiëntie. Bovendien moet uitwisselen van medische gegevens voorkomen dat dubbele onderzoeken gebeuren, wat oncomfortabel en zelfs schadelijk is voor de patiënt en het budget van de sociale zekerheid onnodig verzwakt. Om toenadering tussen de ziekenhuizen aan te moedigen, erkent de wetgever drie vormen van samenwerking: de groepering, de associatie en de fusie.

4.1. Drie wettelijke samenwerkingsvormen

De groepering van ziekenhuizen

Een 'ziekenhuisgroepering' is een erkend duurzaam samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen die maximaal 25 km van elkaar verwijderd zijn, waarbij afspraken worden gemaakt tot taakverdeling en complementariteit op het vlak van aanbod van diensten, disciplines of uitrustingen. De groepering mag niet leiden tot mono-specialistische vestigingen, met uitzondering van sub-acute geriatrie- en Sp-diensten. De ziekenhuizen van de groepering moeten tot een efficiënte

taakverdeling komen zodat ze op termijn daadwerkelijk complementair zijn ten opzichte van elkaar¹⁸.

De ziekenhuisassociatie

Een 'ziekenhuisassociatie' is een samenwerkingsverband tussen twee of meerdere ziekenhuizen waarbij zij één of meerdere zorgprogramma's, ziekenhuisdiensten, -functies, -afdelingen, medische diensten, medisch-technische diensten of technische diensten gezamenlijk exploiteren. In de associatieovereenkomst wordt gedetailleerd beschreven welke activiteiten in associatie worden uitgebaat en in welke attractiezone (de te bedienen bevolking) dit zal gebeuren¹⁹. Dergelijke samenwerkingsvorm is vooral interessant voor ziekenhuisdiensten waarvan het activiteitsvolume determinerend is voor de kwaliteit van de zorg en de erkenning. De kritische activiteitsmassa, noodzakelijk om een dienst rendabel en kwaliteitsvol te laten functioneren, kan niet steeds door één ziekenhuis alleen bereikt worden. De noodzaak van een gemeenschappelijke, specifieke en functionele samenwerking dringt zich dan op, zonder dat daarom een fusie nodig of wenselijk is. De associatie biedt het voordeel dat de ziekenhuizen, in plaats van concurrerende diensten op te richten, hun middelen kunnen bundelen om zo beter aan de behoeften van de bevolking binnen hun attractiezone, te beantwoorden.

De fusie van ziekenhuizen

Een 'ziekenhuisfusie' is het samenbrengen onder één enkele beheerder met één enkele erkenning van twee of meerdere

¹⁸ Koninklijk Besluit 30-01-1989

¹⁹ Koninklijk Besluit 25-04-1997

afzonderlijk erkende ziekenhuizen die zich op verschillende vestigingsplaatsen bevinden, binnen een straal van maximum 35 km van elkaar. De overheid heeft regels voorzien voor de spreiding van verschillende diensten en functies over de verschillende campussen van gefusioneerde ziekenhuizen²⁰.

4.2. Elektronische uitwisseling van patiëntgegevens tussen ziekenhuizen

Om dubbele onderzoeken te vermijden is het belangrijk dat een zorgverlener toegang krijgt tot alle beschikbare elektronische medische documenten met betrekking tot een bepaalde patiënt, ongeacht de plaats waar deze documenten opgeslagen zijn en ongeacht de plaats vanwaar de zorgverlener op het systeem inlogt. Om die behoefte in te vullen richtten ziekenhuizen in het verleden informatica-netwerken op, die stilaan uitgroeiden tot vijf grote netwerken, elk met een server of 'hub' voor de uitwisseling van gegevens. Deze zijn gesitueerd op de kaart in Figuur 4:

- Het Collaboratief Zorgplatform (CoZo) met zijn hub in Gent
- De Antwerpse Regionale Hub (ARH)
- Het Vlaams Ziekenhuisnetwerk KULeuven (VznKUL)
- Abrumet met zijn hub in Brussel
- Le Réseau Santé Wallon (RSW) met zijn hub in Charleroi

De federale overheid ondersteunt elektronische uitwisseling van gegevens en heeft hiertoe in 2008 het e-Health platform opgericht. E-health biedt inmiddels een systeem aan waarbij de gegevens van de 5 hubs via één 'metahub' met elkaar in verbinding kunnen gesteld worden. De metahub houdt bij via welke hub er over een bepaalde patiënt gegevens beschikbaar zijn. Daarmee bevat die metahub geen persoonsgebonden medische informatie. De informatie in de aparte hubs daarentegen wordt beschouwd als gevoelige persoonsgebonden medische informatie. De ziekenhuizen hebben de plicht om de privacy van deze informatie te verzekeren.

Momenteel is het hub-metahub systeem nog beperkt tot de uitwisselingen tussen artsen, zowel binnen als buiten de ziekenhuizen, maar men heeft de intentie dit uit te breiden naar andere zorgverleners²¹.

5. Organisatie van het ziekenhuis

Het ziekenhuis is een complexe structuur omwille van de aanwezigheid van een veelheid aan beroepsgroepen (medici, paramedici, verpleegkundigen, zorgkundigen, administratieve medewerkers, technisch personeel en arbeiders...) en statuten (statutair benoemde ambtenaren, contractuele loontrekkenden, zelfstandigen).

De ziekenhuiswet bepaalt het kader voor de organisatie en de structuur van de activiteiten en voor de verdeling van de verantwoordelijkheden in het ziekenhuis. Deze legt enkel criteria vast voor het beheer, het medisch departement en het verpleegkundig departement. Elk ziekenhuis is vrij, om binnen dat kader, een organisatiestructuur op te zetten die haar het meest geschikt lijkt. Vandaar dat we in de ziekenhuizen naast de wettelijk verplichte structuren nog een aantal andere departementen terugvinden zoals het financieel-administratief departement en het logistiek departement...

Factoren die de organisatie van deze departementen beïnvloeden, zijn de grootte en de historiek van de instelling maar ook de nieuwe zorgtrends zoals de uitbreiding van daghospitalisatie, de verkorting van de ligduur, zorgprogramma's met trajecten doorheen het ziekenhuis en de transmurale aanpak... Daarom is er een grote variatie tussen de ziekenhuizen wat betreft organisatiestructuur, machtsverhoudingen binnen het beheer, verdeling van bevoegdheden en vergoedingsmodaliteiten van de artsen.

Wat volgt is een overzicht van de wettelijk verplichte beheersstructuur (Sectie 5.1.) en van de mogelijke overlegorganen (Sectie 5.3.).

5.1. Beheersstructuur

5.1.1. De beheerder

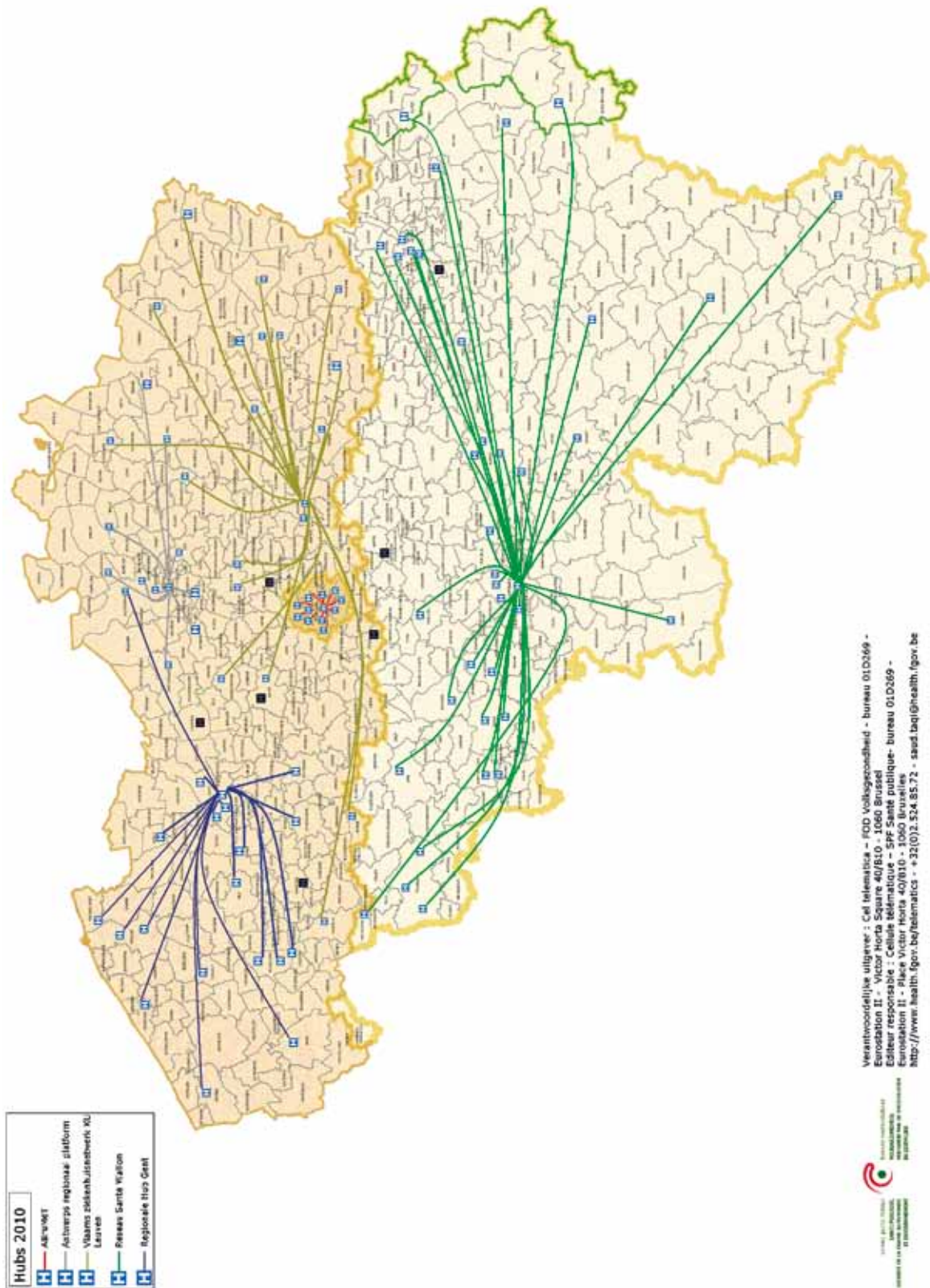
De beheerder is het orgaan dat door de wet wordt belast met het beheer van de ziekenhuisuitbating. Dit orgaan bepaalt het algemeen beleid van het ziekenhuis en neemt cruciale beheersbeslissingen, vaak na advies van de medische raad (zie sectie 5.2.1.). De beheerder heeft de eindverantwoordelijkheid voor alle organisatorische, functionele en financiële aspecten van de ziekenhuisactiviteit.

Ziekenhuisbeheerder mag niet worden verward met ziekenhuisuitbater. Deze laatste is de rechtspersoon (vzw, intercommunale, associatie van OCMW's enz...) die de inrichtende macht van het ziekenhuis vormt, waarvan de beheerder een orgaan is (de raad van bestuur of de algemene vergadering van de vzw) of van waaruit de beheerder voortvloeit (het beheerscomité met leden aangeduid door de intercommunale of de OCMW-associatie).

²⁰ Koninklijk Besluit 31-05-1989

²¹ Website e-Health: <https://www.ehealth.fgov.be/nl/zorgverleners/online-diensten/hubs-metahub/meer-weten>

Figuur 4: De netwerken voor gegevensuitwisseling in België (2010)



Bron: website FOD Volksgezondheid

5.1.2. De directeur

De directeur (vaak algemeen directeur genoemd) is belast met de algemene leiding van de dagelijkse werking van het ziekenhuis. Hij wordt verwacht de verantwoordelijken van de belangrijkste ziekenhuisdepartementen hierbij te betrekken. Dit doet hij in zijn functie van voorzitter van het directiecomité (zie Sectie 5.1.5). De wetgever verwacht uitdrukkelijk dat de directeur ook nauw samenwerkt met de ziekenhuisapotheker, al maakt deze in de meeste ziekenhuizen nog geen deel uit van het directiecomité. De directeur rapporteert rechtstreeks en als enige verantwoordelijke aan de beheerder (zie Sectie 5.2.1).

5.1.3. Het medisch departement

De medische activiteit is hiërarchisch gestructureerd volgens drie niveaus.

De hoofdgeneesheer (ook wel geneesheer-directeur of medisch directeur genoemd) is verantwoordelijk voor de goede werking en coördinatie van het gehele medisch departement. Hij wordt aangeduid door de beheerder na advies van de medische raad (zie Sectie 5.2.3). Hij werkt nauw samen met de ziekenhuisdirecteur. Zijn rol bestaat er in de ziekenhuisartsen bij de geïntegreerde werking van het ziekenhuis en bij initiatieven voor kwaliteitsverbetering te betrekken. Om een zekere onafhankelijkheid ten aanzien van het artsencorps te waarborgen, bepaalt de wet dat hij voor onbepaalde duur benoemd wordt. Toch kan het ziekenhuis via zijn medisch reglement afwijken van deze regel. Zo zien we dat in vele ziekenhuizen de hoofdgeneesheer slechts voor 5 jaar benoemd is. De hoofdgeneesheer kan niet de voorzitter zijn van de medische raad van het ziekenhuis.

De artsen-diensthoofden worden ook na advies van de medische raad aangeduid door de beheerder. Zij zijn verantwoordelijk voor de coördinatie en organisatie voor de aan hen toevertrouwde dienst, functie of zorgprogramma.

De medische staf tenslotte, wordt gevormd door alle ziekenhuisartsen.

5.1.4. Het verpleegkundig departement

De verpleegkundige activiteit is gestructureerd volgens vier niveaus.

Het hoofd van het verpleegkundig departement (ook wel 'directeur nursing' of 'directeur zorg' genoemd) is verantwoordelijk voor de goede werking en coördinatie van het departement verpleging. Hij wordt aangeduid door de beheerder na advies van de directeur en de hoofdgeneesheer.

Zijn rol bestaat er in – voor wat betreft de uitoefening van de verpleegkundige activiteit – leiding te geven aan de ziekenhuisverpleegkundigen, de zorgkundigen en het verzorgend personeel. Het hoofd van het verpleegkundig departement heeft in de meeste ziekenhuizen ook de leiding over alle paramedische medewerkers (kinesitherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten, diëtisten...) alsook de psychologen.

De verpleegkundigen-diensthoofden vormen samen het middenkader. Zij zijn verantwoordelijk voor de verpleegkundige activiteiten in hetzij meerdere verpleegeenheden, één of meerdere medisch-technische diensten of één of meerdere andere domeinen van de verpleegkunde in het ziekenhuis. Zij worden aangeduid door de beheerder na advies van de directeur, het hoofd van het verpleegkundig departement en de hoofdgeneesheer.

De hoofdverpleegkundigen vormen samen het verpleegkundig kader. Zij staan in voor de coördinatie van de verpleegkundige activiteit van een verpleegeenheid. Zij worden aangeduid door de beheerder na advies van de directeur, het hoofd van het verpleegkundig departement en de verpleegkundigen-diensthoofden.

De verpleegkundige staf bestaat uit alle ziekenhuisverpleegkundigen, zorgkundigen en verzorgenden²².

5.1.5. Het directiecomité

Ziekenhuizen zijn niet wettelijk verplicht een directiecomité in te richten. Als ze dit wel doen, dan bestaat het minstens uit de directeur, de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement, eventueel aangevuld met de verantwoordelijken voor de financiën, de administratie, de *human resources*, techniek en logistiek...

5.2. Overlegorganen

Diverse overlegorganen worden al dan niet verplicht voorzien. In elk van deze organen ontmoeten de betrokken beroepsgroepen elkaar om een antwoord te bieden op de vraagstukken die tot haar bevoegdheid behoren.

5.2.1. De medische raad

De medische raad is het orgaan dat toelaat de ziekenhuisartsen te betrekken bij de besluitvorming in het ziekenhuis.

²² Verzorgenden zijn polyvalente basiswerkers die persoonsverzorging, huishoudelijke dienstverlening, psychologische ondersteuning en algemene pedagogische ondersteuning bieden. Zorgkundigen voeren bovenop deze taken een 20-tal verpleegkundige taken uit. Zij volgden een 7de jaar in het secundair onderwijs of een verkorte opleiding in het volwassenenonderwijs.

De medische raad heeft als opdracht de kwaliteit van de beoefende geneeskunde voortdurend te evalueren en te verbeteren. Bovendien speelt de medische raad een belangrijke rol in het bevorderen van de samenwerking tussen artsen onderling, maar ook tussen de artsen en de andere personeelsleden in het ziekenhuis (in het bijzonder het verplegend en paramedisch personeel), en met zorgverleners buiten het ziekenhuis.

De essentiële functie van de medische raad is het adviseren van de beheerder bij een reeks belangrijke kwesties, opgesomd in de wet: aanwerving van ziekenhuisartsen, benoeming van de artsen-diensthoofden, de hoofdgeneesheer en van het kaderpersoneel van het verpleegkundig departement, het bepalen van de behoefte aan medische apparatuur, het bepalen van de algemene regeling en van het medisch reglement, enz. De beheerder is niet verplicht het advies van de medische raad te volgen, behalve voor een aantal materies waarvoor een 'verzwaard advies' (gedragen door minstens twee derden van de leden) moet worden gevraagd. Voor die materies bestaat er een complexe procedure die kan gaan tot het invoeren van een bemiddelaar wanneer de beheerder niet akkoord kan gaan met het (verzwaard) advies van de medische raad²³.

5.2.2. Het permanent overleg comité

Op voorstel van de beheerder en met instemming van de medische raad, kan in het ziekenhuis een permanent overlegcomité worden ingericht. Dergelijk comité is niet wettelijk verplicht, maar is een goede ontmoetingsplaats tussen de beheerder en de medische raad.

De afvaardigingen van medische raad en van de beheerders streven binnen dit overlegorgaan naar het bereiken van een consensus en verbinden zich ertoe een bereikte consensus te verdedigen bij hun achterban. Indien er geen overeenstemming is, voorziet de wet in een bemiddelingsproces²⁴.

5.2.3. De financiële commissie

Met het oog op de doorzichtigheid van de geldstromen binnen het ziekenhuis dient er regelmatig overleg te zijn tussen de beheerder en de medische raad. Dit overleg mag worden opgenomen door het permanent overlegcomité, maar in veel ziekenhuizen neemt de financiële commissie deze opdracht op zich. De financiële commissie moet enkel verplicht worden opgericht in ziekenhuizen waar geen permanent overlegcomité bestaat.

De financiële commissie is paritair samengesteld uit een delegatie van de beheerder en een delegatie van de medische raad. De delegaties bestaan uit leden van het beheer en de directeur en ziekenhuisartsen aangewezen door de medische raad. Deze artsen kunnen zich laten bijstaan door een financieel deskundige.

De financiële commissie bespreekt de jaarlijkse begrotingsramingen, de jaarrekening, het verslag van de bedrijfsrevisor en de aard van de aangerekende kosten²⁵.

5.2.4. Het medisch farmaceutisch comité

Elk ziekenhuis is verplicht een medisch farmaceutisch comité op te richten. Deze multidisciplinaire commissie, is verantwoordelijk voor de overwogen en economisch verantwoorde keuze van geneesmiddelen die permanent beschikbaar zijn om aan de diagnostische en therapeutische behoeften van het ziekenhuis te kunnen voldoen (het 'formularium').

Als onderdeel van het medisch farmaceutisch comité, moet elk ziekenhuis beschikken over een pluridisciplinaire antibiotiebeleidsgroep die maatregelen uitwerkt voor een rationeel en efficiënt gebruik van antibiotica²⁶.

Het medisch farmaceutisch comité bestaat uit de ziekenhuisdirecteur, de hoofdapotheker, de medisch directeur (hoofdgeneesheer), de nursing directeur (hoofd van de verpleegkundige diensten), artsen aangeduid door de medische raad en eventueel andere artsen-specialisten.

5.2.5. Het transfusiecomité

Elk ziekenhuis is verplicht te beschikken over een transfusiecomité dat instaat voor de bepaling, opvolging en verbetering van het transfusiebeleid van het ziekenhuis. Deze verplichting heeft te maken met de verhoogde aandacht voor 'hemovigilantie' die is ontstaan na een aantal incidenten die werden vastgesteld bij het toedienen van bloed of bloedproducten. Het transfusiecomité moet waken over de kwaliteit in de gehele transfusieketen van donor tot patiënt, verzorgt het contact met de bloedbank en werkt richtlijnen uit voor een veilig en effectief gebruik van bloedproducten in het ziekenhuis.

Het transfusiecomité bestaat uit: de medisch directeur (hoofdgeneesheer), de nursing directeur (hoofd van de verpleegkundige diensten), geneesheer of apotheker-bioloog

²³ Ziekenhuiswet, art. 132 t.e.m. art. 136

²⁴ Ziekenhuiswet art. 142

²⁵ Ziekenhuiswet art. 143

²⁶ Koninklijk Besluit 04-03-1991, art. 24 t.e.m. 25bis

verantwoordelijk voor het bloeddepot, geneesheren aangeduid door de medische raad en eventueel (externe) adviseurs.

De beheerder van het ziekenhuis kan beslissen het transfusiecomité onder te brengen bij het medisch farmaceutisch comité. Dan worden de bevoegdheden van het transfusiecomité uitgeoefend door het medisch farmaceutisch comité²⁷.

5.2.6. Het medisch materiaalcomité

Het medisch materiaalcomité moet in elk ziekenhuis verplicht opgericht worden. Het is verantwoordelijk voor het medisch materiaal (steriel materiaal dat in contact komt met de patiënt, steriel injectiemateriaal, perfusie- of transfusiemateriaal, sondes, enz.) Dit comité wordt voorgezeten door de hoofdgeneesheer of zijn afgevaardigde en heeft als leden: de ziekenhuisdirecteur, één of meer ziekenhuisapothekers, het hoofd van het verpleegkundig departement, leden van de medische staf, een arts-ziekenhuishygiënist en een verpleegkundige-ziekenhuishygiënist uit het team ziekenhuishygiëne en de verantwoordelijke voor de sterilisatie.

Het comité voor medisch materiaal waakt over de verplichte registratie en de traceerbaarheid van bepaalde medische hulpmiddelen. Het stelt in overleg met de artsen een 'formularium medisch materiaal' op (te vergelijken met het geneesmiddelenformularium). Het heeft als voornaamste doel de artsen te informeren over de kostprijs van medische hulpmiddelen en de vergoeding ervan door de verplichte ziekteverzekering. Verder voorziet het comité de procedures voor een gestandaardiseerd gebruik en eventueel hergebruik van medische hulpmiddelen²⁸.

5.2.7. Het comité ziekenhuishygiëne

Elk ziekenhuis is verplicht te beschikken over een comité voor ziekenhuishygiëne.

Dat comité bestaat uit onder andere een team voor ziekenhuishygiëne (met minstens één arts-hygiënist en één verpleegkundige hygiënist), de directie, de hoofdgeneesheer, de directeur van het verpleegkundig departement, een ziekenhuisapotheker en een microbioloog.

Het comité werkt aan de preventie van overdracht van besmettelijke kiemen, surveillance van ziekenhuisinfecties, een epidemiebeleid, en wisselt informatie en ervaringen uit op het gebied van ziekenhuishygiëne.

Het team stelt een algemeen strategisch plan op, evenals een jaarlijks beleidsplan, een jaarlijks activiteitenverslag en een jaarlijks verslag over de werking van het team. Deze documenten moeten jaarlijks worden bezorgd aan de overheid²⁹.

5.2.8. Het ethisch comité

Elk ziekenhuis is verplicht te beschikken over een ethisch comité. Dit comité geeft advies bij de uitvoering van klinische proeven en experimenten op de menselijke persoon met als doel de ernst en degelijkheid van het wetenschappelijk onderzoek te bewaken en de betrokken patiënten te informeren en te beschermen.

Het comité ziet ook toe op ethische aspecten van patiëntenzorg. Belangrijke thema's in de medische ethiek zijn het beheer van de schaarse middelen (Wat met het gebruik van een dure niet-terugbetaalde behandeling voor een patiënt die hiervoor niet kan of niet wenst te betalen?), bio-ethische vragen zoals euthanasie, abortus, medisch geassisteerde voortplanting, orgaantransplantatieproblematiek en ethische vragen rondom de mogelijkheden van de medische techniek³⁰.

Het bestaat uit onder andere een aantal artsen van binnen en buiten het ziekenhuis, een jurist, een farmacoloog en een verpleegkundige, en kan ook beroep doen op filosofische of religieuze raadgevers.

²⁷ Koninklijk Besluit 23-10-1964, bijlage N1, A. Algemene normen, III. Organisatorische normen, 9^oquinquies

²⁸ Koninklijk Besluit van 04-03-1991, art. 26 t.e.m. 28

²⁹ Koninklijk Besluit 23-10-1964, bijlage N1, A. Algemene normen, III. Organisatorische normen, 9^obis, c

³⁰ Koninklijk Besluit 23-10-1964, bijlage N1, A. Algemene normen, III. Organisatorische normen, 9^oter

Kader 1: Registratie van ziekenhuisgegevens

De gegevensverzameling en het verwerken ervan tot bruikbare informatie won de jongste jaren alsmear aan belang. Geregistreerde gegevens dienen als berekeningsbasis voor een deel van de ziekenhuisfinanciering en worden gebruikt om het globale gezondheidsbeleid te ondersteunen, alsook het beleid binnen de ziekenhuizen. Dit gebeurt onder meer door middel van algemene en individuele feedback-rapporten.

In 2008 werd de registratie van de **MZG of Minimale Ziekenhuis Gegevens** ingevoerd. Het gaat om medische, verpleegkundige, administratieve en personeelsgegevens en ook om gegevens in het kader van de MUG-functie (mobiele urgentiegroep). Dit totaalconcept omvat de reeds bestaande registratie van onder andere medische gegevens (MKG) en verpleegkundige gegevens (MVG). Deze benamingen blijven ook nog in gebruik. De verschillende begrippen worden hieronder toegelicht.

MG-MZG (voorheen MKG: Minimale Klinische Gegevens)

Binnen het concept van de MZG heeft men het voortaan over het luik 'medische gegevens' (MG-MZG) i.p.v. over MKG. Deze omvatten voor elke ziekenhuisopname gegevens over de pathologie en behandelingen van de patiënt: de hoofddiagnose, eventuele nevendiagnoses en de uitgevoerde ingrepen en onderzoeken. Er wordt gebruik gemaakt van het classificatiesysteem ICD-9-CM (International Classification of Diseases, versie 9, Clinical Modification) om alle diagnoses en behandelingen te groeperen in ruim 350 verschillende diagnosegroepen of zogenaamde APR-DRG (All Patients Refined Diagnose Related Groups) en in 4 ernstgraden. Daarnaast omvatten de MG-MZG gegevens over leeftijd en geslacht, verblijfsduur, overlijden, ... Deze informatie wordt steeds vaker gebruikt om de gemiddelde verblijfsduur of kosten per pathologie te berekenen. Zie Kader 2 en 4.

VG-MZG

(voorheen MVG: Minimale Verpleegkundige Gegevens)

Binnen de MZG heeft men het voortaan over het luik 'verpleegkundige gegevens' (VG-MZG) i.p.v. over MVG. Niettemin wordt de term MVG-II gehanteerd om de in 2008 vernieuwde registratie van verpleegkundige gegevens aan te duiden. Het aantal potentieel te registeren gegevens werd gevoelig uitgebreid.

Deze gegevens hebben betrekking op de verleende zorg en geven m.a.w. een beeld van de zwaartegraad van de verpleging (in sterke mate bepaald door de afhankelijkheid van de patiënt). Deze gegevens worden vier maal per jaar gedurende twee weken geregistreerd. Zij zijn dus een soort steekproef van de gegevens van elk ziekenhuis.

MPG: Minimale Psychiatrische Gegevens

De MPG zijn het equivalent van de MKG of medische gegevens voor psychiatrische patiënten (in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen of in psychiatrische ziekenhuizen).

MFG: Minimale Financiële Gegevens

De minimale financiële gegevens vormen geen aparte registratie maar maken gebruik van de facturatiegegevens die aan de verzekeringsinstellingen worden overgemaakt. Deze bevatten voor elk ziekenhuisverblijf alle gefactureerde prestatiecodes (van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen) en de daarmee overeenstemmende kosten voor de ziekteverzekering. Door deze informatie te koppelen aan de pathologiegegevens geregistreerd in de MZG kan men een kostprijs per pathologie berekenen. Deze koppeling wordt uitgevoerd door de Technische Cel die resorteert onder de FOD Volksgezondheid en het RIZIV.

Sociale gegevens

Voor elk ziekenhuis wordt het socio-economisch profiel van de patiënten in kaart gebracht. Binnen het Budget van de Financiële Middelen (BFM) is een bedrag voorzien om de financiële impact van een zwak patiëntenprofiel te compenseren (zie Deel 2, Sectie 4.1.11).

Boekhoudkundige gegevens

De zorginstellingen zijn verplicht om jaarlijks hun boekhoudkundige gegevens over te maken aan de FOD Volksgezondheid. Om deze gegevens op een gecontroleerde wijze te kunnen invoeren en doorgeven, werd de informaticatoepassing **FINHOSTA** ontwikkeld.

MUG-gegevens: Mobiele Urgentie Groep

Het registratiesysteem voor gegevens over de MUG-functie heeft tot doel de programmatie (geografische spreiding) van de erkende MUG-functies te evalueren en het functioneren van de MUG-functies (adequate en onmiddellijke verzorging) op te volgen.

Deel 2: De financiering van het ziekenhuis

1. Wie financiert het ziekenhuis?

Globaal genomen zijn er vier financieringsbronnen voor de ziekenhuizen.

Deze zijn enerzijds

- (1) de federale overheid (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu),
- (2) de ziekteverzekering (Ziekte en Invaliditeitsverzekering, ZIV)
- (3) de patiënt voor de werkingsmiddelen en een deel van investeringen in ziekenhuisinfrastructuur,

en anderzijds

- (4) de gemeenschappen en gewesten voor (het andere deel van) de investeringskosten.

De financiering van de investeringen in infrastructuur komt aan bod in Sectie 2, de werkingsmiddelen worden besproken vanaf Sectie 3.

2. De financiering van de investeringen in ziekenhuisinfrastructuur

Boekhoudkundig worden ziekenhuisgebouwen op 33 jaar afgeschreven. In de praktijk 'veroudert' de infrastructuur veel sneller doordat:

- De opvattingen over geneeskunde wijzigen (bijvoorbeeld ontwikkeling van dagziekenhuis)
- Het ziekenhuisaanbod gerationaliseerd wordt (ziekenhuizen fusioneren)
- De erkenningsnormen evolueren (bijvoorbeeld striktere architecturale en veiligheidsnormen)
- De wensen van de patiënten evolueren (bijvoorbeeld toeneemende vraag naar eenpersoonskamers, comfortelementen).

Aangezien de Belgische ziekenhuizen meestal dateren van de jaren 1960 en '70, zijn er heel wat grote bouw- en renovatieprojecten aan de gang.

De financiering van deze infrastructuur gebeurt grotendeels met budgetten uit subsidies van de federale overheid en van de gemeenschappen en gewesten³¹. De ziekenhuizen vullen deze subsidies aan met eigen middelen en leningen aangegaan op de financiële markten.

De 'bouwkalender' bepaalt het totale beschikbare budget voor de overheidssubsidies aan gezondheidsinstellingen, waarvan een deel wordt vrijgemaakt op federaal niveau en een deel op niveau van de gemeenschappen of gewesten. De huidige bouwkalender geldt voor de periode 2006-2015 maar is met het regeerakkoord van oktober 2011 verlengd tot 2017.

De bouwkalender voorziet een jaarlijks bedrag van 7,58 miljoen euro, waarvan 3,2 miljoen voor Vlaanderen, 2,4 miljoen voor Wallonië en 2 miljoen voor Brussel³². Deze bepaalt ook de criteria waaraan de infrastructuurwerken moeten voldoen om voor subsidie in aanmerking te komen.

In principe wordt 40% van de infrastructuurwerken gefinancierd door de federale overheid en 60% door de regionale overheden. Deze laatste kunnen echter ook opteren voor een verdeling 90% federaal en 10% regionaal. De 90/10-regeling was oorspronkelijk enkel voor prioritaire verbouwingswerken bedoeld waarbij prioritaire werken gedefinieerd worden als werken die noodzakelijk zijn om te voldoen aan nieuwe normen, die leiden tot rationeler zorgaanbod of die de toegankelijkheid en het comfort van de patiënten verbeteren³³. Naar aanleiding van financiële tekorten in sommige gewesten, werd in 2006 echter beslist deze regeling voor alle investeringen toe te laten³⁴. De federale enveloppe per regio bleef echter dezelfde, met als gevolg dat er uiteindelijk minder kan worden geïnvesteerd op het grondgebied van een gewest dat meer beroep doet op de 90/10-regeling. Tabel 5 geeft het overzicht van welke entiteit de verschillende investeringen financiert.

³¹ De financiering van de ziekenhuisinfrastructuur is gemeenschapsmaterie maar de Franse Gemeenschap heeft deze bevoegdheid overgedragen naar het Waals Gewest.

³² Ministerieel Besluit 11-05-2007

³³ Koninklijk Besluit 12-12-1996 art.3, § 1bis (protocol van 19-06-2006)

³⁴ Protocolakkoord 19-06-2006, vervolgens overgenomen in de federale regelgeving

Tabel 5 : Bron van financiering per type investering en per type dienst

	Financieringsbron voor nieuwbouw, verbouwing of uitbreiding		Financieringsbron voor grote onderhoudswerken
Hospitalisatie (alsook bijbehorende administratie, operatiekwartieren en ruimte voor onderzoek en ontwikkeling)	60% of 10% door de gemeenschappen en gewesten	40% of 90% door de federale overheid (op 10, 20 of 33 jaar via het BFM)	federale overheid op 5, 10, 20 of 33 jaar
Raadplegingen en medisch-technische diensten (alsook bijbehorende administratie)	de honoraria		
Andere ruimtes	de gebruikers van deze ruimtes		

Voor de goedgekeurde aanvragen worden de investeringen beperkt tot de vastgestelde bedragen per m² of per eenheid, met een maximale oppervlakte (het 'plafond') per type bed³⁵. Eens het basisbedrag aan maximale subsidies bekend is, berekent men de jaarlijkse 'gebruikstoelage' die de initiatiefnemer zal ontvangen in het onderdeel A1 van het budget van de financiële middelen (BFM, zie Sectie 4.1.1).

Elke gemeenschap of gewest heeft één of andere vorm van meerjaren-financieringsplan opgesteld en bepaalt tot op zekere hoogte zijn eigen procedures om de subsidies te verdelen. Zowel in Vlaanderen als in Brussel biedt de overheid ook waarborgen voor de leningen die ziekenhuizen aangaan op de financiële markt.

In Vlaanderen wordt de investeringssubsidie georganiseerd door het Vlaams Instituut voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA). De te subsidiëren projecten moeten passen in de programmatie en door de aanvragers gefundeerd worden door middel van een Zorgstrategisch Plan. Het VIPA subsidieert bovendien bepaalde nieuwbouw- en/of uitbreidingswerken die niet voor federale subsidies in aanmerking komen (bijvoorbeeld afbraakwerken noodzakelijk voor de inplanting van nieuwe constructies, 1 duurzaam overdekte parkeerplaats per 2 bedden met een maximum kostprijs van 10.000 euro per parkeerplaats, (goedgekeurde) roerende investeringen voor meubilair...). Poliklinieken en collectieve autodialyseudiensten komen niet voor VIPA-investeringsubsidies in aanmerking.

In Brussel is de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) verantwoordelijk voor de subsidiëring van de tweetalige ziekenhuizen. De GGC heeft een overeenkomst met de Europese Investeringsbank voor sommige investeringsdossiers voor ziekenhuisinfrastructuur.

In Wallonië wordt de infrastructuur gesubsidieerd door het Centre Régional d'Aide aux Communes (CRAC). De Waalse Regio heeft op basis van een behoeftenanalyse een investeringsplan voor de ziekenhuisinfrastructuur opgesteld.

In de Duitstalige gemeenschap worden de infrastructuurprojecten in de ziekenhuissector opgevolgd door de *Baubegleitausschuss* ('bouwbegeleidingscommissie'), een ad hoc commissie onder voorzitterschap van de kabinetschef van het *Ministerie für Familie, Gesundheit und Soziales*.

3. De financiering van de werking van het ziekenhuis

De werkmiddelen van het ziekenhuis komen uit verschillende hoeken:

- De federale overheid staat in voor het **Budget van de Financiële Middelen** (BFM). Dit dekt (een deel van) de algemene werking van het ziekenhuis: van hotelfunctie tot verpleegkundige zorg, van investeringen in medische apparatuur tot de kost van de ziekenhuisapotheek.
- Een tweede grote bron van ziekenhuisinkomsten valt onder de hoofding '**honoraria**'. Deze inkomsten worden gefactureerd aan de sociale zekerheid en aan de patiënt als artsenhonoraria, maar worden uiteindelijk slechts voor ongeveer twee derden geïnd door de artsen als honoraria. Gemiddeld, want de hoogte van de afdracht van honoraria aan de artsen, ook retrocessie genoemd, verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis, tussen specialismen en zelfs van arts tot arts. Ook de honoraria dekken dus een deel van de algemene werking van het ziekenhuis.

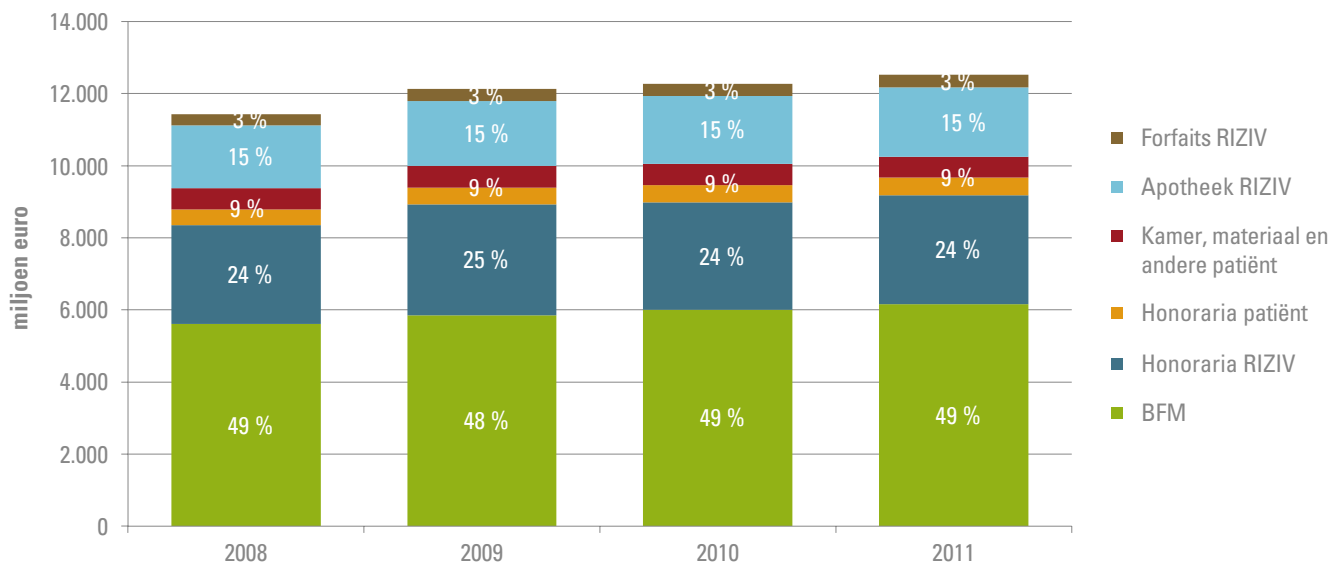
³⁵ Ministerieel Besluit 11-05-2007

- De derde grootste inkomstenbron zijn de geneesmiddelen, de implantaten (bijvoorbeeld knieprothesen) en andere invasieve medische materialen (bijvoorbeeld endoscopisch materiaal). Deze worden via de **ziekenhuisapothek** verhandeld en vertegenwoordigen 14% van de ziekenhuisinkomsten, geleverd door de ziekteverzekering.
- Tenslotte zijn er nog enkele kleinere bronnen van inkomsten zoals kamer- en materiaalsupplementen door de patiënt betaald

en forfaits voor dagopnames door het RIZIV betaald, alsook de eigen inkomsten van bijvoorbeeld cafetaria en parking...

Figuur 5 geeft een overzicht van de grootte van deze inkomstenbronnen en hun evolutie doorheen de tijd³⁶. Het aandeel van elk onderdeel blijft stabiel, maar het totale bedrag stijgt sterk van jaar tot jaar. Zie Sectie 4.3 voor enkele verklaringen van de stijging.

Figuur 5: Gezamenlijke inkomsten van de ziekenhuizen voor opnames (ook dagziekenhuis), in prijzen 2011



Bron: Gegevens FOD Volksgezondheid (BFM), RIZIV (forfaits, apotheek) en CM (patiënt en honoraria RIZIV).

Tabel 6 (op de volgende blz.) biedt een overzicht van de uitgavenposten voor het ziekenhuis met vermelding van de

financieringsbron. De verschillende onderdelen van het BFM worden toegelicht in Sectie 4.

³⁶ Het verschil met de vaak geciteerde MAHA-studie (Belfius, 2012) is dat in figuur 5 geen rekening wordt gehouden met honoraria uit ambulante prestaties. Als deze wel meegeteld worden blijkt het BFM goed voor 39% en de honoraria goed voor 41% van de omzet.

Tabel 6: Overzicht van de uitgavenposten in het ziekenhuis en hun financieringsbronnen

Wat?	Bijvoorbeeld	Financieringsonderdeel	Door wie?
Immobilie infrastructuur	Gebouwen	BFM: A1 + subsidies	FOD + gemeensch. en gew.
Mobiele infrastructuur	Ziekenhuisbedden, medisch en niet-medische uitrusting, rollend materieel	BFM: B2	FOD
Medische verstrekkingen door artsen	Raadpleging van de arts, medische ingreep	Honoraria	RIZIV + patiënt
Technische verstrekkingen door artsen	Analyse van de resultaten van een PET-scan	Honoraria	RIZIV + patiënt
Paramedische prestaties	Kinesithérapie, logopedie, vroedvrouw	Honoraria	RIZIV + patiënt
Medische verbruiksgoederen	Verbandmiddelen, ontsmettingsmiddelen, spuiten, verzorgingsproducten...	BFM: B2	FOD
Verpleging en verzorging	Aanleggen van een infuus, verzorgen van wonden	BFM: B2	FOD
Hotelkosten	Lakens, maaltijden voor de patiënten, sanitair, verwarming	BFM: B1 + kamer-supplementen	FOD + patiënt
Extra nutsvoorzieningen	Televisietoestel, telefoon, kapper	Patiënt	patiënt
Administratie	Facturatiedienst, logistieke organisatie	BFM: B1	FOD
Zware medische apparatuur	Toestellen voor radiotherapie, NMR, PET-scan	BFM: A3	FOD
Omkadering van de zware medische apparatuur	Technisch en verplegend personeel, verbruiksgoederen en onderhoudskosten	BFM: B3	FOD
Laboratorium	Analyse van bloedstalen of weefsels	Honoraria en forfaits	RIZIV
Ondersteunende diensten	Operatiekwartier, verloskwartier, gipskamer, centrale sterilisatie, spoedgevallendienst	BFM: B2	FOD
Specifieke kosten dagziekenhuis	Onderzoekslokalen, verbruiksgoederen, verpleging en verzorging...	Forfaits	RIZIV
MUG-dienst	(Mobiele Urgentie Groep)	BFM: B4	FOD
Ziekenhuisapotheek (werking)	Ziekenhuisapotheker en infrastructuur voor stockage en verdeling	BFM: B5	FOD
Geneesmiddelen	Antibiotica, bloeddrukverlagers, kankergeneesmiddelen, pijnstillers...	Forfaits, RIZIV en patiënt bijdragen	RIZIV + patiënt
Implantaten en medisch materiaal	Prothese, synthetisch weefsel, endoscopisch materiaal...	Nomenclatuur	RIZIV
Bloed en menselijke weefsels	Bloed, huidcellen, greffes van bot, pezen, bloevaten, hartkleppen...	Nomenclatuur	RIZIV
Medische beleidsfuncties	Hoofddarts, hygiënist, ombudsfunctie, initiatieven voor kwaliteit en veiligheid	BFM: B4	FOD
Universitaire opdracht	Opleiding en onderzoek	BFM: B7	FOD
Sociale ondersteuning	Begeleiding van patiënten met sociale of financiële problemen	BFM: B8	FOD
Opleiding verplegend personeel	Permanente vorming spoedgevallenzorg, intensieve zorg, omgaan met levenseinde...	BFM: B4	FOD
Registratie van de ziekenhuisactiviteit	Registratie van Minimale ziekenhuisgegevens, administratieve gegevens...	BFM: B4	FOD
Revalidatie	(Langdurige) herstel- of begeleidingsprogramma's voor specifieke patiëntengroepen	RIZIV-overeenkomst	RIZIV

4. Het Budget van Financiële Middelen van de ziekenhuizen

4.1. Onderdelen van het BFM en hun berekening

Het Budget van Financiële Middelen (BFM) is een complexe samenstelling van deelbudgetten. Er zijn drie grote delen A, B en C met elk nog 3 tot 9 onderdelen. In grote lijnen is deel A bestemd voor investeringen, deel B voor werkingskosten en omvat deel C correcties van betalingen voor kosten uit deel B. Het totale BFM bedroeg in 2013 7,5 miljard euro. De verschillende onderdelen en het budget voorzien voor elk onderdeel, zijn vermeld in Tabel 7.

Jaarlijks worden de budgetten voor onderdelen B1, B2, B5, B7, B8 en C3 van het BFM nationaal vastgelegd. Deze delen zijn goed voor drie vierden van het BFM. Eens deze nationale gesloten budgetten zijn vastgelegd, berekent de FOD Volksgezondheid

het aandeel van elk ziekenhuis op basis van specifieke verdeelsleutels, eigen aan elk onderdeel (zie verder).

Voor de andere onderdelen –samen goed voor een vierde van het BFM– gaat de berekening andersom: daar wordt eerst het budget per ziekenhuis berekend (op basis van reële kosten of activiteit) en bestaat het nationale bedrag dus uit de som van de individuele berekeningen per ziekenhuis. In vele gevallen betreft het zogenaamde ‘historische bedragen’ die werden vastgesteld per ziekenhuis op het moment van de invoering van het specifieke onderdeel en daarna niet meer aangepast, ook al wijzigde sindsdien de situatie in de verschillende ziekenhuizen.

De tekst verderop beschrijft elk onderdeel en gaat dieper in op de berekeningswijze van enkele van de onderdelen. In Tabel 7 wordt de gehanteerde berekeningswijze van elk onderdeel kort toegelicht. Om de delen B1 en B2 te begrijpen is het noodzakelijk om het concept ‘verantwoorde bedden’ te begrijpen. Dit begrip wordt toegelicht in Kader 2.

Tabel 7: De onderdelen van het BFM en hun berekeningswijze

	...bestemd voor	Voornaamste* berekeningswijze	
A1	Afschrijvingen van de roerende en onroerende investeringen en de financiële lasten van de hiervoor genomen kredieten.	Roerend: Verdeling van gesloten budget in forfaits per type en grootte van ziekenhuis en (deels) op basis activiteitscriteria Onroerend: 40% van de afschrijvingen van de in de bouwkalender toegestane investeringen en voor ‘herconditionering’: forfait in verhouding tot aantal bedden	8%
A2	Lasten van korte termijnskredieten (kaskredieten en straight loans) aangegaan om de betalingstermijn van de verstrekkingen door de verzekeringsinstellingen te overbruggen	21% van het BMF (zonder deel A2) verhoogd met de uitgaven voor geneesmiddelen voor gehospitaliseerde patiënten, vermenigvuldigd met de gunstigste intrestvoet van het laatste jaar. (=berekeningswijze voor algemene ziekenhuizen)	0,8%
A3	Investerings- en afschrijvingskosten van bepaalde medisch-technische diensten: NMR, radiotherapie en PET-Scan	NMR: forfait per erkend toestel Radiotherapie: forfaitair bedrag naargelang de aard van en het aantal radiotherapie-verstrekkingen PET-Scan: forfait per erkend toestel.	0,4%
B1	De "gemeenschappelijke diensten": algemene en administratieve kosten, onderhouds- en verwarmingskosten, voedingskost, wasserij en linnen, internaatkosten	Verdeling van gesloten enveloppe op basis van ‘werkeenheden’ (oppervlakte, aantal opnames, verpleegdagen, aantal voltijdsequivalenten, anciënniteit van het verplegend en verzorgend personeel,...)	23%
B2	De klinische diensten: voornamelijk de kosten van verplegend en verzorgend personeel, de kosten van de courante geneesmiddelen en de medische verbruiksgoederen	Verdeling van gesloten enveloppe op basis van een puntensysteem, dat rekening houdt met de verantwoorde activiteit, het volume en de aard van de verstrekkingen, de intensiteit van de verpleegactiviteit en andere structuur- en activiteitsindicatoren	42%
B3	Werkingskosten van bepaalde medisch-technische diensten: NMR, radiotherapie en PET-Scan	NMR: forfait per erkend toestel Radiotherapie: forfaitair bedrag naargelang de aard van en het aantal radiotherapie-verstrekkingen PET-Scan: forfait per erkend toestel.	1%

Tabel 7: De onderdelen van het BFM en hun berekeningswijze

	...bestemd voor	Voornaamste* berekeningswijze	
B4	Kosten die voortvloeien uit een reeks wettelijke verplichtingen of uit overheidsgestuurde proefprojecten: de functie van hoofdgeneesheer, toezicht op ziekenhuishygiëne, de registratie van ziekenhuisgegevens, de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid, de bedrijfsrevisor, de ombudsfunctie, het kankerplan, de klinische farmacie...	Doorgaans forfaitaire bedragen waarvan de berekeningsregels variëren naargelang de aard van de kosten die ze moeten dekken	13%
B5	Werkingskosten van de ziekenhuisapotheek	Verdeling van gesloten enveloppe 34% op basis van volume zware heelkunde, reanimatie en interventionele radiologie, 29% obv andere types activiteit, 19% obv uitgaven courante en steriele producten en synthesemateriaal, 15% obv het omzetcijfer geneesmiddelen, 3% obv aantal bedden	2%
B6	Aanvullende sociale voordelen vervat in de sectorakkoorden van 1991 en 2000 voor personeel niet ten laste van de (toenmalige) verpleegdagprijs maar (gedeeltelijk) ten laste van de erelonen	Op basis van werkelijke kost in 1991, herzien in 2000. Volledige financiering als 70% van de artsen 4 dagen per week in het ziekenhuis werken. Anders: slechts voor de helft gefinancierd.	1%
B7	De universitaire opdrachten van de universitaire ziekenhuizen (B7A) en van algemene ziekenhuizen met 'universitaire bedden' (B7B), met name onderzoek en ontwikkeling en opleiding.	Verdeling van gesloten enveloppe gelijk aan de som van deelbudgetten, die overgedragen zijn uit het verleden of berekend werden op basis van verschillende parameters zoals het aantal universitaire bedden, het aantal kandidaat-specialisten het percentage artsen in loondienst, ...	2%
B8	Specifieke kosten voor de zorg voor patiënten met een zwak sociaal-economisch profiel	Verdeling van gesloten enveloppe op basis van de sociaal-economische kenmerken van de patiënten opgenomen in elk ziekenhuis ("sociale correctie-index")	0,3%
B9	Bijzondere voordelen opgenomen in de federale Sociale Akkoorden van 2005 (gezondheidssector) en van 2011 (secteurs non marchand): vrijstelling van arbeidsprestaties bij einde loopbaan, attractiviteitspremies, nieuwe banen...	Gesloten enveloppe vastgesteld op basis van aanwezige VTE's in de ziekenhuizen op moment van invoering van de voordelen in kwestie. Forfaits per VTE.	6%
C1	De aanloopkosten in geval van nieuwbouw (verzekeringen, notariskosten, schoonmaak en verwarming nog voor in dienstneming...)	Reële uitgaven	0,3%
C2	Inhaalbedragen voor een tekort of een teveel aan ontvangsten na correctie van het vooropgestelde budget.	Voorbeelden van correcties: aanpassing aan rentevoeten, aanpassing aan reële activiteiten bij zwaar verbranden, indexaanpassingen... De bedragen worden met wisselende vertraging (tot 10 jaar!) ingevorderd of betaald.	1%
C3	Een negatief bedrag 'in ruil voor' de kamersupplementen in eenpersoonskamers, gedeeltelijk gecompenseerd door een bedrag van 19 miljoen euro voor het verbod op kamersupplementen in tweepersoonskamers, sinds 2010.	Verdeling van de terugvordering van een vast nationaal bedrag. Het gecompenseerde negatieve bedrag wordt verdeeld op basis van de kamersupplementen geïnd per ziekenhuis in eenpersoonskamers in 2005.	-0,2%
C4	Het geraamde teveel aan ontvangsten voor een bepaald dienstjaar (pre-inhaalbedrag) voor de gespecialiseerde diensten voor palliatieve verzorging, de eenheden voor zware brandwonden en de psychiatrische ziekenhuizen	Een aandeel van deel B1 en B2 dat overeenkomt met 20% van het verschil tussen het laatst gekende aantal gepresteerde verpleegdagen en een referentieaantal op basis van erkende bedden.	-0,1%

* De berekeningsregels kennen veel toevoegingen en uitzonderingen. De weergegeven beschrijving is dus telkens een sterk vereenvoudigde versie. Voor meer detail verwijzen we naar Sermeus, 2006 en Durant, 2012.

Kader 2: Het concept 'verantwoorde bedden'

Het aantal **verantwoorde bedden**, zou men kunnen beschrijven als het aantal '*voltijds en goed benutte bedden*' in een ziekenhuis. Het is een theoretische berekening gebaseerd op de activiteit van het ziekenhuis als volgt: men deelt het aantal '*verantwoorde ligdagen*' van het jaar door 365 en door een normale bezettingsgraad (per dienst).

Het aantal **verantwoorde ligdagen** van een ziekenhuis is dan weer de som van alle dagen die de patiënten gedurende een jaar in het ziekenhuis zouden verbleven zijn, indien zij allen dezelfde verblijfsduur hadden als de gemiddelde verblijfsduur van alle patiënten in België met dezelfde aandoening.

Met andere woorden: indien een patiënt voor een aandoening langer dan gemiddeld in België in het ziekenhuis verblijft, tellen deze extra dagen niet mee in de som van de verantwoorde ligdagen (en in de financiering ervan). Indien een patiënt echter korter dan gemiddeld in het ziekenhuis verblijft, heeft het ziekenhuis meer verantwoorde ligdagen (en bijbehorende financiering) dan werkelijk gepresteerde ligdagen.

Om de gemiddelde verblijfsduren te bepalen, wordt niet alleen rekening gehouden met de diagnose, maar ook met de ernstgraad binnen de diagnose en met mogelijke complicaties. Bovendien worden uitzonderlijk lange verblijven apart gehouden en wél volledig meegeteld in de verantwoorde ligdagen omdat men er van uit gaat dat de gemiddeldes niet alle specifieke omstandigheden in rekening kunnen brengen.

Om de verblijfsduren te kunnen vergelijken met het nationale gemiddelde per aandoening en ernstgraad is het noodzakelijk dat het ziekenhuis de diagnose registreert van elke opname en deze meedeelt aan de FOD Volksgezondheid, waar de berekeningen gebeuren. Het meedelen van deze gegevens gebeurt onder de vorm van de MKG's (Minimale Klinische Gegevens) gegroepeerd in diagnosegroepen (APR-DRG's, zie Kader 1). De registratie van deze gegevens maakt vandaag deel uit van de Minimale Ziekenhuisgegevens.

4.1.1. A1: Afschrijvingen

Het totale bedrag, begroot voor het onderdeel A1 in 2013 was 581 miljoen euro of 8% van het BFM. Het heeft tot doel afschrijvingen van de roerende en onroerende investeringen te dekken alsook de financiële lasten van de hiervoor genomen kredieten. Bij de uitvoering van de zesde staatshervorming zal dit onderdeel worden overgeheveld naar de 'deelstaten'. (Zie Kader 5.)

4.1.2. A2: Lasten van korte termijnkredieten

Het totale bedrag, begroot voor het onderdeel A2 in 2013 was 58 miljoen euro of 0,8% van het BFM. Dit onderdeel financiert de lasten van korte termijnkredieten (kaskredieten en straight loans). Ziekenhuizen gaan deze kredieten aan om de tijd te overbruggen die er verstrijkt tussen het leveren van de prestaties en de betaling ervan door de verzekeringsinstellingen.

4.1.3. A3: Afschrijvingen van zware apparatuur

Het totale bedrag, begroot voor het onderdeel A3 in 2013 was 27 miljoen euro of 0,4% van het BFM. Dit bedrag is bestemd voor de financiering van de investerings- en afschrijvingskosten van bepaalde medisch-technische diensten, namelijk voor de apparatuur voor medische beeldvorming door Nucleaire Magnetische Resonantie (NMR) en PET-Scan (Positronen Emissie Tomografie) en voor radiotherapie. Bij de uitvoering van de zesde staatshervorming zal dit onderdeel worden overgeheveld naar de 'deelstaten'. Zie Kader 5.

4.1.4. B1: Gemeenschappelijke, ondersteunende diensten

Het onderdeel B1 is een belangrijk onderdeel van het BFM en vertegenwoordigt in 2013 23% van het BFM of een bedrag van 1,752 miljard euro. Het dient om de kosten van de 'gemeenschappelijke diensten' te dekken, of meer in het algemeen de 'hotelkosten' van de patiënt. Hierin zijn volgende zes kostengroepen begrepen: de kosten van waterrij en linnen, de voedingskosten, de verwarmingskosten, de onderhoudskosten, de algemene en de administratieve kosten. Dit budgetonderdeel betreft zowel de klassieke hospitalisatieactiviteit (patiënten die overnachten) als de activiteit van het chirurgisch dagziekenhuis.

Het betreft een nationale gesloten enveloppe die verdeeld wordt tussen de ziekenhuizen in acht stappen.

Stap 1: De ziekenhuizen worden gerangschikt volgens aantal erkende bedden en onderverdeeld in vijf groepen. Voor elk van de groepen wordt een totaalbudget B1 bepaald door de optelling van de individuele budgetten B1 van de ziekenhuizen in de groep van het jaar voordien.

Stap 2: Het beschikbare budget binnen de groep wordt procentueel verdeeld voor de zes gemeenschappelijke diensten.

Stap 3: De zes (maal 5) budgetten worden verdeeld aan de ziekenhuizen op basis van werkeenheden zoals vierkante meter werkruimte, het aantal opnames en verpleegdagen en het aantal verpleegkundigen en verzorgenden, ...

Stap 4: Bij de aldus berekende budgetten per ziekenhuis worden de reële 'internaatkosten' bijgeteld (inwonend personeel, kleedkamers, eetzaal...), eventueel lineair verminderd om het nationaal beschikbaar budget niet te overschrijden.

Stap 5: Het bekomen resultaat wordt vermenigvuldigd met de verhouding verantwoorde ligdagen/gefactureerde ligdagen, waarbij de gefactureerde ligdagen gelijk zijn aan de 'gepresteerde' ligdagen gecorrigeerd voor het historisch beddenquotum van het ziekenhuis. Gepresteerde ligdagen die dit (niet meer bestaande) quotum overschrijden tellen namelijk slechts voor 25% mee in de gefactureerde ligdagen³⁷.

Stap 6: Indien de som van de tot hiertoe bekomen bedragen het nationale budget overschrijdt wordt alweer een lineaire aanpassingen toegepast op alle resultaten

Stap 7: Een nationaal budget voor chirurgisch dagziekenhuis wordt verdeeld onder de ziekenhuizen op basis van hun aantal dagchirurgische prestaties én in verhouding tot het in stap 6 bekomen resultaat.

Stap 8: Volgende nationale bedragen (gesloten budgetten) worden toegevoegd

- 12 miljoen euro voor verzekeringspremies 'aansprakelijkheid artsen' volgens activiteit
- 4,4 miljoen voor energiekosten op basis van vierkante meter gebouw
- 4,07 miljoen verdeeld volgens de sociale correctie-index van B8
- 3,1 miljoen verdeeld onder de ziekenhuizen met veel verantwoorde G-bedden (geriatrie bedden)
- Een bedrag van 2.500 tot 37.000 euro wordt toegekend aan de ziekenhuizen met K-bedden (neuropsychiatrie voor kinderen).

De ingewikkeldheid van de berekening van het deel B1 is representatief voor alle onderdelen van het BFM. Het resultaat van deze oefeningen is weinig transparant en moeilijk te anticiperen of te beïnvloeden door de ziekenhuizen zelf. De hoogte van het budget van elk ziekenhuis hangt immers af van de activiteiten van alle andere ziekenhuizen.

4.1.5. B2: Verpleging en verzorging

Het onderdeel B2 is het grootste onderdeel van het BFM met een totaalbedrag van 3,141 miljard euro in 2013, wat 42% vertegenwoordigd van het BFM. Het is op dit onderdeel dat de medische activiteit de grootste invloed heeft. Er worden immers aan elk ziekenhuis te financieren punten toegekend, op basis van (onder andere) het aantal verantwoorde bedden (zie Kader 2) in elke dienst.

Echter, de invloed van de medische activiteit op de financiering wordt afgezwakt door het feit dat het ook hier een gesloten budget betreft. Een hogere activiteit leidt alleen tot meer financiering als de andere ziekenhuizen niet in even grote mate hun activiteit opdrijven. Sterker nog: wanneer ziekenhuis A evenveel prestaties levert dan het jaar voordien, maar het gemiddeld aantal prestaties stijgt in de andere ziekenhuizen van het land, zal het ziekenhuis A zijn middelen zien slinken. Om de waarde van het punt te berekenen wordt het nationaal beschikbare budget namelijk gedeeld door de som van de punten van elk ziekenhuis. Hoe meer punten hoe kleiner de waarde van het punt... Bovendien worden er bovenop de basispunten 'bijkomende punten' per bed toegekend waarvan het aantal verschilt naargelang het deciel waarin het ziekenhuis zich bevindt (zie verder).

De berekening van het aantal punten voor het **verzorgend personeel** per ziekenhuis en per dienst bestaat dus telkens uit twee delen:

- Basisfinanciering op basis van het aantal verantwoorde bedden (basispunten)
- Aanvullende financiering op basis van de activiteit (bijkomende punten)

Naast deze basis- en aanvullende financiering van het verzorgend personeel zijn er nog aparte berekeningen van punten voor

- Verpleegkundig kaderpersoneel
- Personeel van het operatiekwartier
- Personeel van de spoeddienst
- Kost van medisch materiaal
- Centrale sterilisatie

De basisfinanciering voor het verzorgend personeel volgt de personeelsnormen in Tabel 8:

³⁷ Dit verouderde en verwarrende mechanisme was onderwerp van discussie van een werkgroep van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, zoals weergegeven in het advies van 14 maart 2013, advies NRZV/AF/90-2)

Tabel 8: Basispunten per bed en personeelsnormen

	Punten per verantwoord bed	VTE per punt	VTE per verantwoord bed
Chirurgie, diagnostiek	1	0,40	0,40
Pediatrie	1	0,43	0,43
Materniteit	1,46	0,40	0,58
Maternal intensive care	3,75	0,40	1,50
Neonatal intensive care	6,25	0,40	2,50
Geriatric	1,36	0,37	0,50
Acute psychiatrie	1,33	0,40	0,53
Kinderpsychiatrie	2	0,40	0,80
Intensieve	5	0,40	2,00

Dit systeem mist enige logica. Een punt komt meestal overeen met 0,4 voltijdsequivalenten (VTE). In de pediatrie staat een punt echter voor 0,43 VTE en in de geriatrie voor 0,37 VTE. Doordat het aantal VTE's per punt niet gelijk is voor elke dienst brengt een zelfde aantal punten dus een verschillend volume aan werkmiddelen met zich mee per dienst. Anders gezegd: in de pediatrie dient het ziekenhuis per punt, meer personeel te betalen dan in alle andere diensten. In de geriatrie dient het ziekenhuis minder personeel te betalen met de middelen van elk punt...

Aanvullende financiering: Nadat het aantal basispunten per ziekenhuis is bepaald, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen. Dit zijn groepen van telkens 10% van de ziekenhuizen gerangschikt van klein naar groot activiteitsvolume per bed. Voor elk bed worden nu bijkomende punten verdeeld. Dit aantal bijkomende punten per bed is groter naarmate het ziekenhuis zich in een hoger deciel bevindt. Ook hier hangt de financiering van een ziekenhuis dus in sterke mate af van wat de andere ziekenhuizen presteren. Daarna worden nog eens bijkomende punten per bed berekend. Deze hangen dan weer af van activiteitsvolume-criteria, eigen aan elke dienst. Deze criteria baseren zich op het volume van verpleegkundige activiteiten (op basis van de MVG, zie Kader 1), het aantal reanimatieprestaties, de intensiteit van de verpleegkundige zorg en het nationaal percentage van de patiënten per pathologie op intensieve zorgen (NPERCIZ).

Na de berekening van al deze punten, worden er ten slotte een aantal correcties doorgevoerd om het nationale budget te respecteren, om een basisactiviteit te garanderen om rekening te houden met de bijkomende kost van de groeiende anciënniteit van het personeel, om de attractiviteit van het verpleegkundig beroep te verhogen enz...

4.1.6. B3: Werkingskosten van zware apparatuur

Het totale bedrag, begroot voor het onderdeel B3 in 2013 was 65 miljoen euro of 0,9% van het BFM. De investeringskost van zware apparatuur kwam al aan bod in onderdeel A3. De werkmiddelen van de toestellen voor medische beeldvorming: NMR en PET-Scan en voor radiotherapie zitten vevat in het onderdeel B3. Concreet gaat het in de eerste plaats over de kosten van verplegend en technisch gekwalificeerd personeel en het onderhoud van de toestellen en de lokalen, maar ook over de verbruiksgoederen, de algemene onkosten, en de administratiekosten.

4.1.7. B4: Een amalgaam van (proef)projecten

Het onderdeel B4 is door de jaren heen aangevuld met nieuwe projecten om in 2013 uit te komen bij het niet te onderschatten budget van 944 miljoen euro of 13% van het BFM. Het onderdeel bevat op vandaag een meer dan 40 verschillende te financieren posten (zie Tabel 9). Sommige proefprojecten blijken na verloop van tijd 'standard practice' te worden in de ziekenhuizen en zouden dus kunnen geïntegreerd worden in de normale werkmiddelen, andere blijken weinig efficiënt of raken vergeten als onbenutte budgetten. Bij de begrotingsopmaak van 2012 en 2013 werd de lijst dan ook overlopen op zoek naar mogelijke besparingen. Men hield het echter bij een 'besparing' van twee maal 5 miljoen euro, voorheen voorzien in het budget maar in werkelijkheid niet uitgegeven.

Opvallend is een van de oudste posten in dit onderdeel: 'Recyclage' (punt 1 in Tabel 9). Met het oog op het behoud van de tewerkstelling in het ziekenhuis ontvangen de acute ziekenhuizen die in het kader van een herstructurering, een fusie, een samenwerkingsverband of een groepering vrijwillig

(minstens dertig) bedden sluiten, in het onderdeel B4 een bedrag gelijk aan 20% van het budget van de onderdelen B1 en B2 dat door deze sluiting vrijgemaakt werd. (Sermeus, 2006, p99 §4). Dit wil zeggen dat ziekenhuizen, met een erfenis van inefficiënt benutte bedden, die deze bijvoorbeeld in 1987 sloten vandaag reeds 26 jaar middelen ontvangen voor niet meer bestaande bedden...

Een ander voorbeeld van een budget in dit onderdeel waar kritiek op is (Daue 2009, Federale Commissie Rechten van de Patiënt

2011 en Claeys en Vandenbussche 2012) vinden we bij punt 7 (overlegplatformen psychiatrie) en punt 27 (ombudsdienst). De berekeningsbasis, namelijk het aantal bedden (voor de ombudsfunctie) en aantal inwoners in de attractiezone van het ziekenhuis (voor de psychiatrische overlegplatformen) blijkt inadequaat. Bovendien 'kan' het bedrag voor ombudsdienst in geval van psychiatrische ziekenhuizen doorgestort worden naar het overlegplatform. Dit maakt de overlegplatformen afhankelijk van de ziekenhuizen die hun jaarlijkse bijdrage in vraag kunnen stellen.

Tabel 9: Financieringsposten van het onderdeel B4

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Recyclage: compensatie verlies van middelen door sluiting bedden 2. Hoofdgeneesheer 3. Ziekenhuishygiëne: arts en verpleegkundige 4. Registratie van minimale gegevens, spoedgevallen en Mobiele Urgentie Groep 5. Bedrijfsrevisor 6. Intern transport van patiënten in openbare ziekenhuizen 7. Overlegplatformen psychiatrie 8. Kwaliteitsevaluatie 9. Eerste tewerkstellingscontracten 10. Permanente vorming van verpleegkundigen 11. Gesubsidieerde contractuelen ('Interdepartementaal Begrotingsfonds') 12. Ontslagvoorbereiding van de patiënten 13. Gebruik van statistische gegevens voor kwaliteitsstrategie 14. Palliatieve functie 15. Budget voor jobcreatie 16. Vervanging van langdurig afwezig statutair personeel in openbare ziekenhuizen 17. Registratie van minimale psychiatrische gegevens in psychiatrische verzorgingstehuizen 18. Neuropsychiatrie: bijkomend personeel 19. Mobiele Urgentiegroep (MUG) 20. Pilotstudies gegevensregistratie | <ol style="list-style-type: none"> 21. Psychiatrische ziekenhuizen: verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening 22. Doelmatig opname- en ontslagbeleid 23. Vakbondspremie en lidmaatschap confederatie 24. Pilotstudies psychiatrie: gedragsstoornis 25. Medisch materieel bij transplantaties 26. Universitaire bedden buiten B7 27. Reproductieve geneeskunde: in vitro fertilisatie 28. Ombudsdienst 29. Comapatiënten: extra personeelsomkadering 30. Zware brandwonden: psychologische ondersteuning patiënten 31. Rampen en calamiteiten 32. Concentratie en optimalisatie van ziekenhuissites (buiten recyclage) 33. Tewerkstelling jonge, laaggeschoolden alsook kinderverzorg(st)ers 34. Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD) : drugsontwenningstechniek 35. Publieke ziekenhuizen: verhoging patronale pensioenbijdragen 36. Bijkomend personeel (mobiele equipe, pediatrie en 5 andere...) 37. Kwaliteit en veiligheid: coördinatie 38. Klinische farmacie 39. Kankerplan: oa psychologen 40. Valorisatie kwalificaties (hoofd)verpleegkundigen 41. Pijnbestrijding: multidisciplinaire teams en centra. |
|--|--|

4.1.8. B5: Ziekenhuisapothek

Het totale bedrag, begroot voor het onderdeel B5 in 2013 was 117 miljoen euro of 1,6% van het BFM. Dit onderdeel dekt de werkingskosten van de ziekenhuisapothek. De ziekenhuisapothek is de eenheid die de aankoop, distributie en tarificatie regelt van geneesmiddelen en materiaal.

De kosten van zogenaamde 'courante geneesmiddelen' (bijvoorbeeld algemeen gebruikte ontsmettingsmiddelen)

en de magistrale bereidingen vallen niet onder het deel B5 maar worden gedekt in het deel **B2** van het BFM. Dit laatste financiert ook het courant verzorgingsmateriaal zoals verbanden, injectienaalden, instrumenten... Voor alle andere geneesmiddelen, implantaten en invasieve medische materialen is er een specifieke financiering die wordt besproken in Sectie 6. Meer uitleg over de verdeling van het bedrag van de B5 tussen de ziekenhuizen is te vinden in Tabel 7.

[4.1.9. B6 en B9: Financiering van voordelen onderhandeld in sociale akkoorden](#)

De onderdelen B6 en B9 hebben een totaal bedrag van respectievelijk 87 miljoen en 432 miljoen euro. Samen vertegenwoordigen deze onderdelen een stevige 7% van het BFM.

Het onderdeel B6 werd ingevoerd in 1991 om de aanvullende sociale voordelen (deels) te financieren, vervat in de sectorakkoorden van 1991 en 2000 voor personeel niet ten laste van de (toenmalige) verpleegdagprijs maar (gedeeltelijk) ten laste van de erelonen.

Het onderdeel B9 kwam er in 2005 bij voor de financiering van de bijzondere voordelen opgenomen in de federale Sociale Akkoorden van 2005 (gezondheidssector) en van 2011 (non-profit sectoren), zoals de vrijstelling van arbeidsprestaties bij einde loopbaan, attractiviteitspremies en bijkomende banen.

[4.1.10. B7: Universitaire opdrachten](#)

Het totale bedrag, begroot voor het onderdeel B7 in 2013 was 158 miljoen euro of 2,1% van het BFM. Het bekostigt de universitaire opdrachten van opleiding en wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling. Het deel is opgesplitst in een deel B7A voor de 7 universitaire ziekenhuizen van het land (verbonden aan een universiteit) en een deel B7B voor algemene ziekenhuizen met 'universitaire bedden'. De universitaire ziekenhuizen zijn de volgende:

- Le Centre Hospitalier Universitaire du Sart-Tilman te Luik;
- Les Cliniques Universitaires de Bruxelles – Hôpital Erasme te Anderlecht (Brussel);
- Les Cliniques Universitaires Saint-Luc te Sint-Pieters-Woluwe (Brussel);
- Het Academisch Ziekenhuis VUB te Jette (Brussel);
- Het Universitair Ziekenhuis te Gent;
- De Universitaire Ziekenhuizen KUL te Leuven;
- Het Universitair Ziekenhuis Antwerpen te Edegem (Antwerpen);

Meer uitleg over de verdeling van deze gesloten enveloppe is te vinden in Tabel 7.

[4.1.11. B8: De sociale functie](#)

Het onderdeel B8 is geen groot deel van het BFM (25 miljoen euro of 0,3%), maar het krijgt vaak aandacht omwille van de gevoeligheden die het onderscheid tussen 'openbare' en 'privéziekenhuizen' met zich meebrengt.

Dit onderdeel van het BFM bestaat uit een gesloten budget (van 24 miljoen euro) dat verdeeld wordt over de ziekenhuizen met een zwak patiëntenprofiel op sociaal-economisch vlak.

De berekening (via een multivariate regressie-analyse) van de verdeelsleutel is gebaseerd op het aantal opnames van patiënten:

- ouder dan 75
- die recht hebben op de sociale MAF (Maximumfactuur)
- die alleenstaand zijn
- met forfaits B of C (thuisverpleegkunde) of E (kinesithérapie)

Sinds 2002 zit er in dit onderdeel ook een stuk financiering (1,3 miljoen euro) voor een 'interculturele bemiddelaar' om taalproblemen met allochtonen te overbruggen.

[4.1.12. C1: Aanloopkosten bij nieuwbouw](#)

Vooraleer een ziekenhuis een nieuwbouw in gebruik kan nemen zijn er een aantal eenmalige kosten te vergoeden: notariskosten, verzekeringen, schoonmaak en verwarming nog voor de in dienstneming... De intresten op de leningen vóór de afwerking van het gebouw (intercalaire intresten) worden in één jaar uitbetaald, de andere kosten worden over drie jaar gespreid.

[4.1.13. C2, C3, C4: Correcties](#)

De onderdelen C2, C3 en C4 bevatten een reeks correcties (doordat een aantal berekeningen slechts definitief zijn na afloop van het dienstjaar, wanneer de gepresteerde activiteiten bekend zijn) of compensaties (zoals in het onderdeel C3, een 'terugbetaling' door de ziekenhuizen van een deel van de geïnde kamersupplementen in eenpersoonkamers). De bedragen in de onderdelen C kunnen dan ook negatief zijn. Meer detail in Tabel 7.

4.2. Uitbetaling van het BFM

Elk jaar omstreeks de maand juli wordt elk ziekenhuis op de hoogte gebracht van zijn eigen berekende BFM. Het ziekenhuis kan hierop reageren en desgevallend correcties vragen. Deze worden in de loop van het jaar ter advies voorgelegd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, een overlegorgaan dat vergadert in de lokalen van de FOD Volksgezondheid.

De uitbetaling van het budget van de financiële middelen gebeurde tot 2002 integraal via de zogenaamde 'verpleegdagprijs'. Nadat het budget onderdeel per onderdeel was berekend en bij mekaar opgeteld, werd het gedeeld door het quotum van verpleegdagen, wat dan aanleiding gaf tot een (gemiddelde) verpleegdagprijs per ziekenhuis. Op vandaag wordt de term verpleegdagprijs nog steeds gebruikt, maar dat is enigszins verwarrend, want eigenlijk wordt nog slechts minder dan 10% van het BFM onder vorm van een vergoeding per verpleegdag uitbetaald. Sinds 2002 wordt het BFM immers grotendeels uitbetaald in twaalfden, of met andere woorden: een maandinkomen per ziekenhuis. Dit geeft meer zekerheid aan het ziekenhuis doordat

de uitbetaling deels wordt losgekoppeld van schommelingen in activiteit. Het maandloon bevat 80% van het deel B1 en B2 en 100% van de andere onderdelen van het budget en wordt uitbetaald door de verzekeringsinstellingen. Het resterende bedrag (ongeveer 15%) wordt –ook door de verzekeringsinstellingen– voor de helft per opname en voor de helft per verpleegdag uitbetaald³⁸.

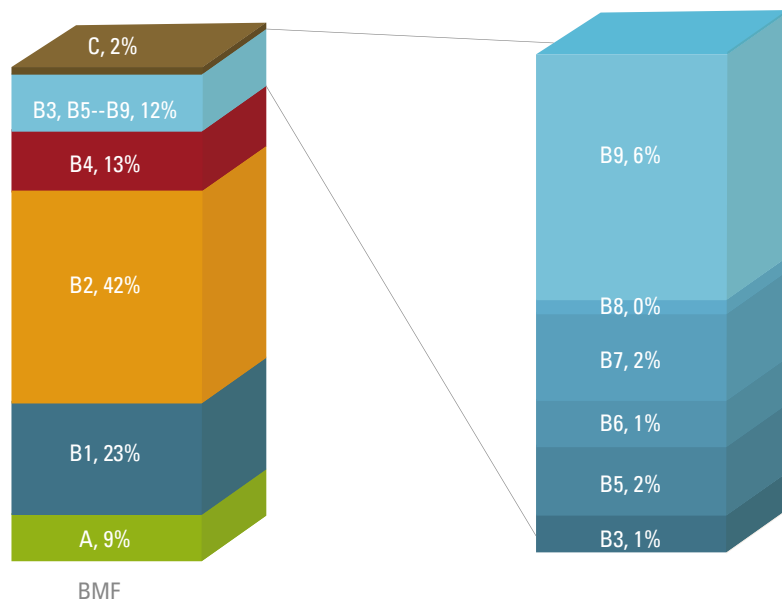
Toch wordt er nog een echte ‘verpleegdagprijs’ berekend, in de betekenis van het totale BFM gedeeld door het totaal aantal opnamedagen per jaar. Dit bedrag per ziekenhuis wordt aan de ziekenfondsen meegedeeld zodat zij opnames van buitenlandse patiënten kunnen factureren die buiten het

ziekteverzekeringssysteem vallen. Op basis daarvan kunnen vergelijkingen gemaakt worden van de evolutie van het BFM van de verschillende ziekenhuizen. Zie Figuur 8 verderop.

4.3. Evolutie van het BFM en commentaar

Figuur 6 geeft de relatieve grootte van elk BFM-onderdeel weer. Hieruit blijkt dat de delen B1 (hotelkosten) en B2 (verpleging en verzorging) veruit de grootste delen zijn, goed voor respectievelijk 23% en 42% van het BFM. Zoals hierboven reeds vermeld, is het onderdeel B4 (proefprojecten) door de jaren heen ook uitgegroeid tot 13% van het totaal.

Figuur 6: Grootte-orde van de onderdelen van het BFM, 2013



Figuur 7 geeft de evolutie van het BFM over de laatste tien jaar weer. Het BFM is over die periode voor de algemene ziekenhuizen met 29% gestegen bovenop inflatie; voor de psychiatrische ziekenhuizen bedraagt de stijging 44%.

De onderdelen van het BFM evolueren van jaar tot jaar door indexaanpassingen (behalve onderdeel A, dat niet geïndexeerd wordt) en eventuele overheidsmaatregelen. De cijfers in Figuur 7 zijn weergegeven in reële termen, dus gecorrigeerd voor inflatie. De stijgingen³⁹ van jaar tot jaar zijn onder meer te verklaren door:

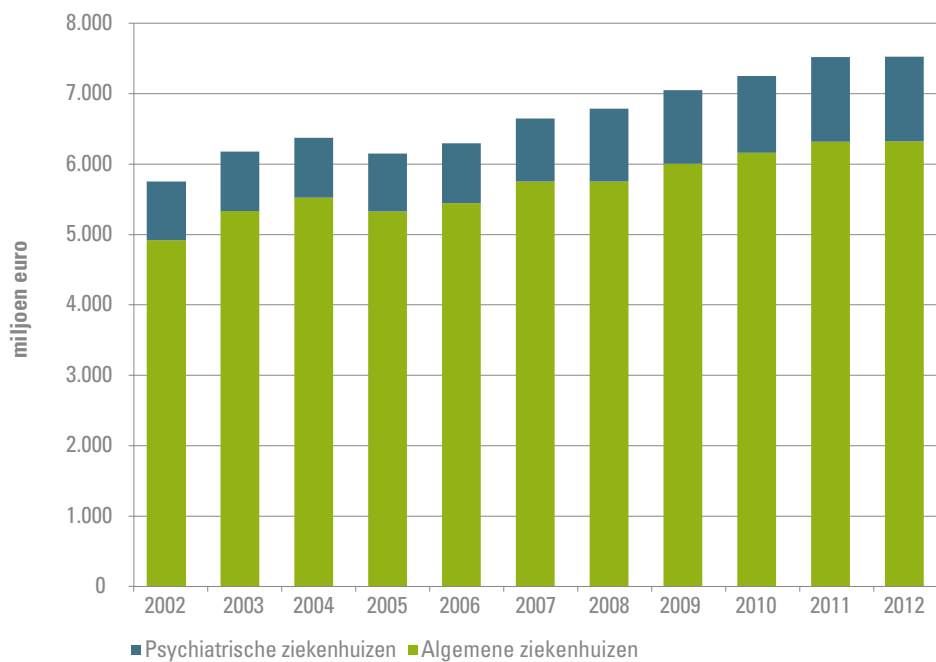
- Bijkomende financieringen voor maatregelen in de sociale akkoorden (2003, 2005, 2011)

- Verhoging in onderdelen B om de baremieke anciënniteit te dekken (2003, 2004)
- Uitbreiding van het aantal MUG-diensten (2003)
- Bijkomende Sp-bedden chronische zorg – aanhoudende neurovegetatieve staat (2004)
- Financiering (deel van de) structurele onderfinanciering (2005-2007)
- Herwaardering ziekenhuispediatrie (2005)
- Uitbreiding van onderdeel B4 (2007, 2009, 2010)
- Financiering voor oncomfortabele uren verpleegkundigen (2010)
- Het kankerplan (2011)

³⁸ Toch deelt het RIZIV in haar rekeningen tot op vandaag een bedrag mee onder de hoofding ‘verpleegdagprijs’. Hiermee bedoelt het RIZIV eigenlijk drie vierden (77,23%) van het BFM. Het resterende vierde (22,77%) figureert in de ‘administratiekosten’ van het RIZIV en wordt gefinancierd met belastingsgeld, de zogenaamde alternatieve financiering, en niet met sociale bijdragen.

³⁹ De lagere uitgaven in 2005 en 2006 zouden slechts een gevolg zijn van een gewijzigde uitbetalingstechniek van de inhaalbedragen (onderdelen C), deze werden tijdelijk niet via het BFM gefinancierd maar via een eenmalige aparte storting.

Figuur 7: Evolutie van het nationale BFM: algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen, bedragen in prijzen 2012



Figuur 8 (op de volgende blz.) toont de grote variatie tussen de dagprijzen per ziekenhuis. De zeven academische ziekenhuizen bevinden zich zoals verwacht een stuk boven de andere ziekenhuizen. Hun uitgebreide aanbod aan hooggespecialiseerde zorg reflecteert zich in een hogere gemiddelde werkingskost per dag. Ook het Hôpital Universitaire Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (HUDERF) heeft een intensieve zorgomkadering. De hoge dagprijs van het instituut Jules Bordet verklaart zich door het zware accent van het ziekenhuis op kankerbehandeling. Het Sint Pietersziekenhuis in Brussel is dan weer nauw verwant aan het academisch van de VUB (UZ Brussel) en de ULB (Hôpital Erasme).

Toch is de variatie niet gemakkelijk te duiden. De berekening van het BFM is dermate intransparant en complex dat het moeilijk blijkt om te verklaren waarom bijvoorbeeld de ligdagprijs van het Erasmus ziekenhuis een stuk hoger ligt dan dat van het UZ Leuven.

5. De honoraria

De medische honoraria maken bijna 40% uit van de omzet van de ziekenhuizen. Twee derden van de honoraria vormen de uiteindelijke bezoldiging van de artsen, het overblijvende derde dient in principe om de infrastructuur, logistiek en verpleegkundige zorg te financieren die door het ziekenhuis aan de artsen ter beschikking wordt gesteld bij het uitoefenen van hun intramurale medische activiteit, voor zover dit niet gedekt is door het BFM.

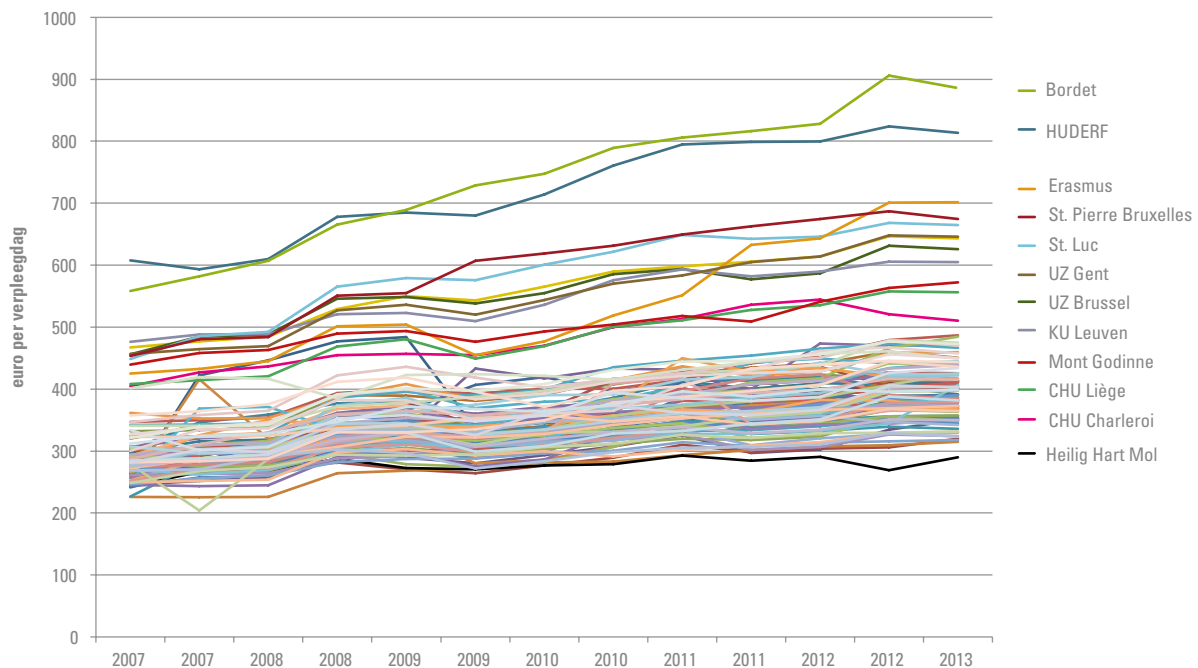
Hoe wordt de hoogte van het honorarium bepaald? Hoe wordt het honorarium verdeeld tussen artsen en overige werkingskosten? Langs welke weg worden de honoraria geïnd? Dat zijn de vragen die we in dit deel beantwoorden.

5.1. Hoe hoog is het honorarium en welk deel voor het ziekenhuis?

Vanuit het oogpunt van de patiënt bestaat het honorarium uit drie delen:

- **De ZIV-tussenkomst** die het ziekenhuis rechtstreeks aanreken aan het ziekenfonds van de patiënt via het systeem van 'betalende derde' (zie Sectie 5.4). Deze tarieven zijn vastgelegd per prestatie of onder de vorm van forfaits onder toezicht van de Nationale Commissie Geneesheren Ziekenfondsen, kortweg de medicomut.
- **Het remgeld** is in theorie bedoeld om een remmend effect te hebben op de vraag naar zorg door de patiënt. Het totaal van ZIV-tussenkomst en remgeld vormt het **officiële tarief**. Het remgeld is een wisselend percent van dit officiële tarief, naargelang de aard van de verstrekking alsook het statuut van de patiënt. In de regel betaalt de patiënt in het ziekenhuis geen remgeld op artsenhonoraria. Uitzonderingen op deze regel zijn:
 - Technische verstrekkingen (die als huisartsgeneeskunde beschouwd worden, bijvoorbeeld het plaatsen van een blaassonde, het hechten van een wonde in het gelaat, het nemen van een uistrijkje...)

Figuur 8: Evolutie van de dagprijs in de verschillende ziekenhuizen



Bron: gegevens RIZIV⁴⁰

- Forfaitaire honoraria voor klinische biologie, medische beeldvorming en medisch toezicht, alsook voor 'specialistische technische verstrekkingen' (waarbij een bekwaamheid in een medische specialisatie vereist is)
 - Dringendheidshonoraria voor verstrekkingen 's avonds, 's nachts en op weekend- en feestdagen
- **Het supplement.** Sinds 2013 mag een arts nog enkel een supplement aanrekenen bij patiënten die voor een eenpersoonskamer kiezen. Artsen hebben een zekere vrijheid in de bepaling van de hoogte van het supplement, er is geen wettelijk maximum, maar elk ziekenhuis bepaalt een maximaal toegelaten percent van het officiële tarief. Op vandaag is het toegelaten percent in de helft van de ziekenhuizen 100% maar de duurste ziekenhuizen gaan voor sommige specialismen tot 400%.

Vanuit het oogpunt van de arts en de ziekenhuisbeheerder, moeten we de honoraria op de volgende wijzen benaderen:

- **Het brutohonorarium:** Het honorarium aangerekend aan het ziekenfonds en/of de patiënt, naar aanleiding van een zorgverstrekking of opname. Hiermee wordt ook (een deel van) de verpleegkundige zorg, het gebruikte materiaal en de ziekenhuisinfrastructuur gefinancierd.

- **Het honorarium na afhoudingen (HNA):** Het brutohonorarium min de afhoudingen. Anders gezegd: het deel van het honorarium dat uiteindelijk de artsen toekomt (vóór belastingen). Swartenbroekx et al., (2012) berekende dat het HNA voor een arts gemiddeld 461 euro per halve werkdag bedraagt.
- **Het zuivere honorarium:** Voor een kleine minderheid van prestaties wordt er geen bruto honorarium aangerekend, maar komt het totale honorarium rechtsreeks aan de arts toe. Voorbeelden hiervan zijn wachthonoraria, anesthesie en sommige technische verstrekkingen in de intensieve zorgen.

De verhouding HNA/bruto honoraria, ook retrocessiegraad of afhoudingsgraad genoemd, al naargelang het standpunt, wordt afgesproken tussen de medische raad en het ziekenhuisbeheer, en kan ook individueel verschillen van arts tot arts. In principe zijn er drie mogelijkheden: ofwel wordt een percentage afhoudingen overeengekomen ofwel worden de afhoudingen berekend op basis van de reëel gemaakte kosten ofwel worden deze twee methoden gecombineerd.

De onderhandelingspositie en looneisen van de arts houden verband met het evenwicht tussen vraag naar en aanbod van artsen in elk specialisme, maar worden ook sterk bepaald

⁴⁰ <http://www.riziv.be/care/nl/hospitals/specific-information/prices-day/index.htm>

door het vergoedingssysteem (financiële regeling) van het ziekenhuis. Volgens art. 146 van de Ziekenhuiswet zijn er vijf mogelijke vergoedingssystemen van ziekenhuisartsen.

Ofwel werken de artsen op zelfstandige basis en werken zij met:

- de vergoeding per prestatie;
- de vergoeding gebaseerd op de verdeling van een 'pool' van vergoedingen per prestatie, aangelegd voor het hele ziekenhuis of per dienst;
- de vergoeding bestaande uit een percentage, contractueel of statutair bepaald, van de vergoeding per prestatie of van een pool van vergoedingen per prestatie;

Ofwel werken de artsen in loondienst en krijgen zij:

- de forfaitaire vergoeding onder de vorm van een wedde;

Ofwel hanteert het ziekenhuis een gecombineerd systeem:

- een vaste vergoeding, aangevuld met een aandeel van de pool van vergoedingen per prestatie.

De grote meerderheid van de ziekenhuisartsen werken op zelfstandige basis en slechts een klein percent is in loondienst.

Dit laatste geldt voor de artsen in academische ziekenhuizen en voor slechts enkele algemene ziekenhuizen die zowel gesalarieerde en zelfstandige artsen in dienst hebben.

Bovendien verschillen de mogelijkheden om honoraria te genereren nog steeds sterk van specialisme tot specialisme.

Traditioneel worden zogenaamde technische verstrekkingen (bijvoorbeeld in de medische beeldvorming en de klinische biologie, alsook bij heelkundige ingrepen) beter gehonoreerd dan louter intellectuele acten (bijvoorbeeld in de psychiatrie, pediatrie, geriatrie). Swartenbroekx et al. (2012) toont aan dat in een steekproef van 13 ziekenhuizen de laagste HNA aangetroffen worden bij de dermatologen (260 euro/halve werkdag) en de hoogste bij de dialyseneфроlogen (860 euro/halve werkdag). Om inkomensverschillen tussen artsen te nivelleren wordt er daarom in sommige ziekenhuizen voor gekozen om de honoraria te groeperen ('poolen') en te herverdelen of om een zogenaamde solidariteitsbijdrage te laten betalen door de best verdienende artsen, die dan wordt toebedeeld aan de minder verdienende artsen.

Tabel 10: Uitgaven honoraria huisartsen en specialisten

in miljoen euro	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Totaal honoraria	4.291	5.063	5.292	6.166	6.666	7.265
waarvan:						
Klinische biologie	760	894	915	1.076	1.163	1.253
Medische beeldvorming	702	855	866	997	1.069	1.172

5.2. Honoraria per prestatie versus forfaitaire honoraria

De financiering per prestatie heeft in bepaalde medische sectoren tot een sterke toename van het aantal prestaties geleid. Om potentiële overconsumptie tegen te gaan en de uitgaven in de gezondheidszorg te beheersen, werd het principe van forfaitair honorarium ingevoerd. Het forfaitair honorarium staat los van het aantal verstrekkingen en kan bijvoorbeeld aangerekend worden per opname of per tijdseenheid. Deze methode werd gedeeltelijk ingevoerd in 1988 voor de klinische biologie en in 1991 voor de medische beeldvorming, twee medische disciplines waar de sterke toename uitgesproken aanwezig was.

In 1988 werd tegelijk, als compensatie voor de gederfde ziekenhuisinkomsten als gevolg van de verlaging van de tarieven in de klinische biologie, een forfaitair honorarium per opname en per dag ingevoerd voor medische *permanentie* in het ziekenhuis. Sinds 2008 bestaat er ook een forfaitair *beschikbaarheidshonorarium* voor het beschikbaar zijn van de arts (van een aantal disciplines) ook buiten het ziekenhuis maar oproepbaar in geval van urgentie. In 2011 kwamen er nog forfaits

bij voor *aanwezigheid* (voor pediaters) en *MUG-begeleiding* (Mobiële Urgentie Groep). Deze laatste vier forfaitaire honoraria hebben uiteraard niet tot doel het aantal prestaties in te perken, maar werden ingevoerd als vergoeding voor activiteiten die een minder duidelijke link hebben met prestaties.

Klinische biologie en medische beeldvorming (radiologie) maken een zeer substantieel deel uit van de honorariummassa die naar het ziekenhuis gaat. Daarom behandelen we de honorering van deze twee sectoren meer in detail.

Klinische biologie voor gehospitaliseerde patiënten

De verstrekkingen inzake klinische biologie voor gehospitaliseerde patiënten worden vergoed door:

- Een forfaitair bedrag bij de **opname** (zowel klassieke hospitalisatie als dagziekenhuis), dat varieert naargelang van het type laboratorium, het aantal klinisch biologen en het al dan niet organiseren van een permanente wachtdienst, en dat gefactureerd wordt ongeacht of er gebruik gemaakt werd van klinische biologie. De patiënt betaalt een persoonlijk aandeel in dit forfait.

- Een forfaitair bedrag **per dag**, dat 75% van de waarde van de prestaties vóór de forfaitarisering moet dekken en dat varieert naargelang de pathologie-mix van het ziekenhuis, gebaseerd op de gemiddelde nationale uitgaven. Op dit forfait betaalt de patiënt geen persoonlijk aandeel.
- Een honorarium **per prestatie** dat overeenstemt met 25% van de waarde van de prestaties vóór de forfaitarisering (geen persoonlijk aandeel voor de patiënt).

De klinische biologie wordt aldus alles samen voor 83% forfaitair en voor 17% per prestatie gefinancierd.

Medische beeldvorming (radiologie) voor gehospitaliseerde patiënten

Ook de radiologie wordt gefinancierd door een gemengd systeem:

- een forfaitair honorarium (een zelfde bedrag in alle ziekenhuizen) voor 'consultance' bij de **opname**, bedoeld om het meest aangewezen beeldvormingsonderzoek bij de

patiënt te selecteren in functie van de klinische vraagstelling, en dat gefactureerd wordt ongeacht of er gebruik gemaakt werd van medische beeldvorming. Op consultance honorarium betaalt de patiënt een persoonlijk aandeel.

- een forfaitair bedrag bij de **opname**, een historisch bedrag dat varieert volgens de 'pathologie-mix' van het ziekenhuis en de gemiddelde uitgaven voor medische beeldvorming per pathologiegroep. Hierop betaalt de patiënt geen persoonlijk aandeel.
- en tot slot een honorarium **per prestatie** dat overeenstemt met ongeveer 70% van de waarde van de prestaties vóór de forfaitarisering (geen persoonlijk aandeel voor de patiënt).

Steeds meer stemmen gaan op om de ziekenhuisfinanciering in zijn geheel meer op forfaitaire wijze te benaderen. Zie daarvoor Kader 4. Een stapje dat enigszins in die richting gaat is het systeem van de referentiebedragen. Dit systeem wordt toegelicht in Kader 3.

Kader 3: De referentiebedragen

Omdat de medische praktijken sterk uiteenlopen en er niet te rechtvaardigen verschillen in medische praktijk vastgesteld werden tussen de ziekenhuizen, werd het mechanisme ingevoerd van forfaitarisering van de uitgaven via 'referentiebedragen'.

Voor een aantal verstrekkingen (biologie, beeldvorming en een reeks medisch-technische prestaties) in groepen van courante pathologieën (34 APR-DRG's) worden de reële uitgaven van elk ziekenhuis vergeleken met de gemiddelde nationale uitgaven. De bedragen die het referentiebedrag overschrijden worden teruggevorderd, waarbij het referentiebedrag gelijk is aan de gemiddelde nationale uitgaven vermeerderd met een tolerantie van 10%. Bovendien worden de namen gepubliceerd van de ziekenhuizen die in meer dan de helft van de berekeningen de referentiebedragen overschrijden. Dit systeem werd voor het eerst toegepast in 2005 voor correctie van de uitgaven gedaan in 2003. Vanaf 2013 werd het systeem enigszins uitgebreid.

Bovenop de klassieke opnames (met overnachting) worden sindsdien ook de dagopnames meegeteld alsook de ambulante, diagnostische verstrekkingen van klinische biologie en medische beeldvorming uitgevoerd in de 30 dagen die voorafgaan aan de opname (in de zogenaamde 'carensperiode').

Procentueel is de impact voor de meeste ziekenhuizen minder dan 10% voor de betrokken verstrekkingen en APR-DRG's. Voor sommige ziekenhuizen kan de impact echter oplopen tot meer dan 40% van de geïnde bedragen. De verrekening van de terugbetaling bij overschrijding van het referentiebedrag kan dan ook tot spanningen leiden tussen beheerders en artsen.

Globaal blijft het echter een vrij marginale correctie voor een bedrag dat nauwelijks 3,5 miljoen euro bedraagt, hetzij 0.03% van de ziekenhuisinkomsten (berekening RIZIV 2012, cijfers 2009).

5.3. Geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen

Voor een periode van minstens één en bij voorkeur twee jaar onderhandelt de Nationale Commissie Geneesheren Ziekenfondsen, kortweg de medicomut, een nieuw akkoord over de honoraria. Bij elk nieuw akkoord kunnen de artsen ervoor opteren dit na te leven. Zij zijn dan geconventioneerd en mogen met andere woorden geen supplementen aanrekenen. In ruil daarvoor wordt hen het zogenaamd 'sociaal statuut' toegekend door het RIZIV, dat bestaat uit bedragen om een aanvullend pensioen op te bouwen.

Artsen die er voor opteren om zich niet te conventioneren, zijn niet gebonden door de tarieven van de conventie en kunnen dus honorariumsupplementen aanrekenen. Ze hebben geen recht op het sociaal statuut. Bepaalde artsen ten slotte zijn gedeeltelijk geconventioneerd. Dit wil zeggen dat ze zich op bepaalde uren en plaatsen houden aan de tarieven van de conventie en op andere uren en eventueel andere plaatsen niet. De gedeeltelijk geconventioneerde artsen moeten aan het RIZIV meedelen op welke uren en op welke plaatsen ze zich aan de conventie houden.

Het conventiestatuut van de arts heeft sinds 1 januari 2013 geen invloed meer op de tariefvrijheid voor de arts bij overnachtende patiënten. Sindsdien zijn honorariumsupplementen immers voor alle artsen verboden indien de patiënt in een twee- of meerpersoonskamer verblijft. In eenpersoonskamers zijn honorariumsupplementen wel toegelaten, ook voor geconventioneerde artsen (behalve als een eenpersoonskamer noodzakelijk is omwille van medische redenen).

Het conventiestatuut is, wat honorariumsupplementen betreft, dus nog slechts van belang bij ambulante prestaties in het ziekenhuis, alsook bij bepaalde prestaties in het dagziekenhuis. De wetgeving rond dagziekenhuis is bij de redactie van deze tekst echter nog in volle bespreking.

Er bestaat geen wettelijke bovengrens voor de honorariumsupplementen. Niettemin worden hierover in de ziekenhuizen afspraken gemaakt tussen de ziekenhuisbeheerder en de artsen (zoals beschreven in Sectie 5.1 bij 'Het supplement').

5.4. Betalende derde en centrale inning

De patiënt betaalt in het ziekenhuis enkel het remgeld (of de persoonlijke aandelen) en de eventuele supplementen (en 'diverse kosten'... zie deel 3) voor de verstrekkingen die voor hem uitgevoerd werden plus eventuele forfaits ongeacht deze verstrekkingen. De ZIV-tussenkomst wordt rechtstreeks aangerekend aan het ziekenfonds, wat het toepassen van de 'betalende derde' wordt genoemd. Dit in tegenstelling tot de ambulante sector waar de regeling betalende derde slechts zelden toegepast wordt, en waar de patiënt het bedrag voor rekening van de ziekteverzekering voorschiet en daarna terugbetaald krijgt.

De honoraria die in het ziekenhuis betaald worden –met inbegrip van het remgeld en de supplementen– worden geïnd door een centrale eenheid (centrale inning) die georganiseerd wordt door

het ziekenhuis of door de medische raad. In sommige ziekenhuizen werkt deze centrale eenheid met aparte rekeningnummers voor enerzijds de algemene verblijfs- en werkingskosten en anderzijds de artsenhonoraria. In andere ziekenhuizen is er slechts één rekeningnummer voor alle betalingen. De centrale eenheid zorgt er voor dat de honoraria herverdeeld worden naar de diensten waartoe de betrokken artsen behoren. Vóór de herverdeling naar de zorgverstrekkers (of naar een pool van zorgverstrekkers) houdt het ziekenhuis het deel van de honoraria in dat bestemd is voor de financiering van de door de arts gebruikte infrastructuur, logistiek, verpleegkundige zorg en secretariaatspersoneelskosten voor zover dit niet gedekt is door het BFM. Voor ambulante zorgen is centrale inning niet verplicht en kan elke arts in principe zijn/haar eigen facturatie organiseren.

6. De geneesmiddelen en het materiaal

De historische winstmarge van 10% (cijfer vóór 1983) op geneesmiddelen is geïntegreerd in het onderdeel **B5** van het BFM. Dat deel dekt de werkingskosten van de ziekenhuisapotheek (zie Sectie 4.1.8).

Voor alle andere kosten van geneesmiddelen is er een **specifieke terugbetaling** voorzien door de ziekteverzekering naast het aandeel dat de patiënt betaalt.

We gaan in op de specifieke eigenschappen van de financiering van de verschillende types geneesmiddelen en materialen.

6.1. De ziekenhuisgeneesmiddelen

Los van het feit of ze in het ziekenhuis of daarbuiten gebruikt worden, zijn er verschillende categorieën van geneesmiddelen met een verschillend terugbetalingspercentage naargelang hun graad van medisch en maatschappelijk nut:

Tabel 11: Terugbetalingscategorieën van geneesmiddelen

Categorie	Welke geneesmiddelen	ten laste van het RIZIV
A	Essentiële geneesmiddelen voor onder andere ernstige en langdurige aandoeningen (vb. diabetes, kanker...)	100%
B	Therapeutisch belangrijke geneesmiddelen (vb. antibiotica)	100% min een klein bedrag per volumeschijf
C	Symptoombehandelende geneesmiddelen (vb. slijmverduuners bij chronische bronchitis)	50%
Cs	idem C	40%
Cx	idem C	20%
D	niet-levensnoodzakelijke geneesmiddelen (vb. kalmeer- of slaapmiddelen)	0% (behalve in psychiatrische ziekenhuizen)
Fa	Epoëtines (bloedaanmaak-bevorderende middelen) ⁴¹	Vast bedrag (eventuele verschil met kostprijs ten laste van het ziekenhuis en niet van de patiënt)
Fb	In deze categorie bevindt zich nog geen enkel geneesmiddel	73% van een vast bedrag min 2,5 euro

⁴¹ De categorieën Fa en Fb waarbij de F staat voor 'forfait' werden ingevoerd in 2012 om de mogelijkheid te creëren geneesmiddelen te vergoeden met een vast bedrag per toediening, medische indicatie of onderzoek (gecoördineerde ZIV-wet van 14-07-1994, art. 37, par.3/2). Tot op vandaag behoren enkel de epoëtines tot categorie F.

Gehospitaliseerde patiënten

In het ziekenhuis betaalt de patiënt een **dagelijks forfait** van 0,62 euro als remgeld voor de terugbetaalbare geneesmiddelen (categorieën B t.e.m. Cx), ongeacht zijn eigen verbruik. De betaling van het aandeel van de ziekteverzekering gebeurde tot 2006 per aflevering, maar werd daarna gedeeltelijk geforfaitariseerd. Sindsdien worden 75% van de uitgaven voor een deel van de geneesmiddelen gefinancierd door een forfait, terwijl 25% van de uitgaven voor die geneesmiddelen nog steeds bij het voorschrijven gefactureerd wordt om een spoor

van het verbruik te behouden. Het forfait wordt door het RIZIV bepaald en jaarlijks herberekend op basis van het beschikbare nationale budget en van de case-mix van het ziekenhuis. Niet alle terugbetaalbare geneesmiddelen zijn vervat in het forfait. Ongeveer één vierde van de geneesmiddelen⁴² zijn er van uitgesloten (in 2012). Het betreft dure, innoverende geneesmiddelen die een grote uitgavenvariatie kunnen teweeg brengen voor een gelijkaardige patiëntengroep. Ook de meeste nieuwe geneesmiddelen blijven buiten het forfait. Schematisch geeft dat de volgende tabel:

Tabel 12: Wat mag er aangerekend worden voor geneesmiddelen in het ziekenhuis?

	Ziekteverzekering	Patient
Geneesmiddelen in het forfait	25% van het vergoedingstarief plus een forfait per opname (dat afhangt van de case-mix van het ziekenhuis)	0,62 euro per dag
Geneesmiddelen buiten het forfait	Vergoeding aan 100% tot 20% naargelang de categorie (A tot Fb)	
D-geneesmiddelen	--	100,00%

(naar Durant, 2011)

De invoering van het forfait heeft ertoe geleid dat de ZIV-uitgaven voor de betrokken geneesmiddelen sterk gedaald zijn en het gebruik van goedkope, waaronder generische geneesmiddelen in de ziekenhuizen sterk is toegenomen. Het nationaal budget voor dit forfait werd in de periode van 2007 tot 2011 dan ook met een vierde verlaagd. De ziekenhuizen, aan wie aanvankelijk beloofd was dat het gegenereerde overschot zou kunnen worden geherinvesteerd in activiteiten van klinische farmacie,

bezorgen deze herhaalde budgetdalingen enige wrevel. Anderzijds is het zo dat de uitgaven voor geneesmiddelen buiten forfait sterk stijgen. De lijst van de uitzonderingen wordt langer en de uitgaven voor deze geneesmiddelen stijgen snel. Het aandeel 'buiten forfait' van de terugbetaalbare geneesmiddelen aan gehospitaliseerde patiënten bedroeg in 2011 reeds 40% (RIZIV, 2012). Tabel 13 geeft de evolutie van de uitgaven voor geneesmiddelen in de laatste tien jaar.

Tabel 13: Uitgaven geneesmiddelen en implantaten 2002 tot 2012

<i>in miljoen euro</i>	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Geneesmiddelen						
publieke apotheken	1.870	2.180	2.155	2.569	2.714	2.705
ziekenhuisapothek voor ambulante patiënten	263	404	478	672	814	948
ziekenhuisapothek voor opgenomen patiënten	454	513	503	510	484	453
Implantaten	295	382	399	464	516	627

⁴² Meerbepaald één vierde van alle ATC-codes of codes in het internationale Anatomisch-Therapeutisch-Chemische classificatiesysteem van de geneesmiddelen.

De prijzen gehanteerd voor in het ziekenhuis afgeleverde terugbetaalbare geneesmiddelen zijn gelijk aan de aankopprijzen (de officiële 'af-fabrieksprijs'). Er kan hierop dus geen winstmarge worden doorgerekend. Op D-geneesmiddelen is wel een beperkte marge toegestaan.

De ziekenhuizen hebben een zekere onderhandelingsmarge hebben met hun leveranciers van geneesmiddelen. De prijzen die hen aangerekend worden kunnen een stuk lager liggen dan de vergoedingen door het RIZIV. Dit kan voor ziekenhuizen een substantiële bron van inkomsten betekenen. Deze zogenaamde 'ristorno's' die de ziekenhuizen genieten, kunnen er toe leiden dat ziekenhuizen niet geneigd zijn om generieke geneesmiddelen (of biosimilaren) aan te kopen die nochtans –afgaand op hun officiële prijs– goedkoper zijn dan de respectievelijke specialiteiten.

Ambulante patiënten

Voor de ambulante patiënten in het ziekenhuis (dagziekenhuis of polikliniek) mag de aankopprijs van de geneesmiddelen worden vermeerderd met een marge om de werkingskosten van de ziekenhuisapotheek te dekken. Het persoonlijk aandeel voor rekening van de ambulante patiënten in het ziekenhuis is licht verschillend van hoger vermelde lijst van categorieën A tot Fb⁴³.

Ambulante patiënten die op geen enkele manier behandeld of opgevolgd worden in het ziekenhuis, kunnen niet bij de ziekenhuisapotheek terecht. Wel patiënten die er op consultatie komen en patiënten in het dagziekenhuis of patiënten bij ontslag na een klassieke hospitalisatie. De ziekenhuisapotheek kan echter wel geneesmiddelen afleveren aan de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen die in de zelfde gemeente of in een aangrenzende gemeente gevestigd zijn. Voor ROB-RVT die afhangen van het OCMW is dit zelfs een verplichting.

Sommige geneesmiddelen zijn enkel beschikbaar in ziekenhuisapotheek; bv. erythropoëties, sommige weesgeneesmiddelen, IVF-medicatie.

6.2. Implanteerbaar materiaal, implantaten en prothesen

6.2.1. Terugbetaalbaar materiaal

Een reeks materialen (implantaten of invasief materiaal) zijn terugbetaalbaar via de artikelen 35 en 35bis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Artikel 35

Dit artikel omvat implantaten en invasieve materialen. Deze zijn onderverdeeld in een reeks categorieën met elk een ZIV-tussenkomst (de zogenaamde U-waarde). De kostprijs van het implantaat of materiaal kan hoger zijn dan de U-waarde. Het verschil tussen de kostprijs en de U-waarde is voor rekening van de patiënt. Voor elke categorie is echter ook een 'veiligheidsgrens' bepaald. Als de arts materiaal gebruikt waarvan de kostprijs per categorie de veiligheidsgrens overschrijdt, wordt dit materiaal niet vergoed door de ZIV maar is het volledig ten laste van de patiënt. Daarnaast mag er voor implantaten een afleveringsmarge worden aangerekend aan de patiënt (zie hieronder).

Bepaalde categorieën van materialen in artikel 35 moeten opgenomen zijn in lijsten om voor vergoeding in aanmerking te komen. Deze zijn opgesteld om de kwaliteit van deze implantaten te kunnen opvolgen en de prijs onder controle te houden. Deze lijsten, die zijn opgesteld door de Technische Raad voor Implantaten⁴⁴, vermelden de vergoedbare producten met hun maximale verkoopprijs.

Bepaalde implantaten worden terugbetaald in de vorm van een forfait, maar deze praktijk is heel beperkt in artikel 35. Dit betekent dat het aandeel van de patiënt vast is –geen supplementen– behalve een afleveringsmarge.

Artikel 35bis

In dit artikel zijn de invasieve hulpmiddelen opgenomen, die geen implantaten zijn. Hier vinden we endoscopisch materiaal en viscerosynthesemateriaal (voornamelijk materiaal voor eenmalig gebruik en automatisch hechtmateriaal) en elk ander invasief medisch hulpmiddel. De meeste materialen van artikel 35 bis worden vergoed met een forfait. Deze forfaits zijn bijna altijd verbonden met een chirurgische of medische verstrekking waarvoor het geheel van de nodige materialen geëvalueerd en geforfaitariseerd werd. De tegemoetkoming van de ZIV wordt uitgedrukt in een percentage van het forfait: de algemene regel, of de standaardcategorie, is een vergoeding van 75%, met de overige 25% ten laste van de patiënt. Voor de zware pathologieën, bijvoorbeeld de oncologie, bedraagt de terugbetaling 100%. Een laatste groep materiaal ten slotte wordt momenteel voor 45% terugbetaald.

Naast het forfait worden bepaalde materialen terugbetaald volgens dezelfde principes als de implantaten van artikel 35.

⁴³ Voor het detail: zie Durant (2011) p. 158, eerste paragraaf

⁴⁴ De Technische Raad voor Implantaten (met vertegenwoordigingen van de ziekenfondsen, de universiteiten, de ziekenhuisapothekers, de FOD Volksgezondheid en de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV) zal vanaf 1/7/2014 vervangen worden door de 'Commissie voor Tegemoetkoming van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen'. Met deze nieuwe commissie zullen beslissingstermijnen korter zijn in de commissie zullen voortaan ook vertegenwoordigers van artsen en ziekenhuizen zetelen.

Afleveringsmarge

Bij materialen uit beide artikelen wordt, bovenop de eventuele eigen bijdrage, een afleveringsmarge aangerekend aan de patiënt en geïnd door de ziekenhuisapotheker. Deze afleveringsmarge vergoedt de inspanningen die de ziekenhuisapotheker levert voor de aankoop, de verdeling en het beheer van de stock, voor de garantie van de steriliteit, het verstrekken van informatie aan de arts die het materiaal gebruikt, de traceerbaarheid van het materiaal, enz. De marge stemt overeen met 10% van de prijs van het product met een maximum van 148,74 euro.

Tabel 13 geeft naast de uitgaven voor geneesmiddelen ook de evolutie weer van de ZIV-uitgaven voor implantaten.

6.2.2. Niet terugbetaalbaar materiaal (notificatielijst)

Niet alle materialen zijn opgenomen in de artikels 35 en 35bis. Volgens artikel 95 van de Ziekenhuiswet geldt dat niet terugbetaalbare actieve implantaten en (niet actieve) prothesen kunnen aangerekend worden aan de patiënt (tenzij ze inbegrepen zijn in het artsenhonorarium). Niet terugbetaalbaar endoscopisch en viscerosynthetisch materiaal mag daarentegen niet aan de patiënt aangerekend worden, en valt dus ten laste van de algemene werkingmiddelen van het ziekenhuis.

Dit in de praktijk onduidelijke onderscheid leidt al jarenlang tot interpretatieverschillen tussen de ziekenfondsen en de ziekenhuizen. In een poging duidelijkheid te scheppen werd in 2009 beslist dat alle implantaten en invasieve materialen moeten worden ingeschreven op de zogenaamde notificatielijst, waarna er zou kunnen uitgemaakt worden of zij in aanmerking komen voor terugbetaling of niet en voor aanrekening aan de patiënt of niet. Het aantal producten is echter zo groot –de lijst is al 300.000 items lang– dat het opstellen van de notificatielijst tot op vandaag, vier jaar later, nog steeds niet afgewerkt is. Nog minder hebben de vele producten van de notificatielijst de goedkeuringsprocedures doorlopen. Als de wetgeving rond de notificatielijst van kracht gaat, vervangt een nieuw artikel 102 het oude artikel 95 en zal notificatie als één van de verschillende voorwaarden gelden voor aanrekenbaarheid aan de patiënt. Voorlopig blijft echter het hoger genoemde artikel 95 van kracht.

6.3. Overige producten

Ook de overige producten hebben elk hun eigen terugbetalingslogica:

- **'Courante geneesmiddelen', 'courant materiaal' en magistrale bereidingen** worden gefinancierd in het onderdeel B2 van het BFM. Zie Sectie 4.1.5.
- **Bloed en labiele bloedproducten** hebben een terugbetaling per eenheid maar worden aangerekend aan de ziekteverzekering als prestatie door een erkende instelling.
- **Moedermelk** wordt aan 0,32 euro per 10 ml vergoed door de ziekteverzekering met daarin een aandeel van de patiënt
- **Menselijk lichaamsmateriaal** wordt volledig vergoed door de ziekteverzekering voor zover het een van de 57 weefsels op de lijst betreft, afgeleverd van een erkende instelling en geattesteerd door een gespecialiseerde arts.
- Voor **stomie-materiaal** geniet het ziekenhuis een forfait per dag per gehospitaliseerde patiënt

De apotheek, net als alle andere aankoopdiensten worden vanaf 1 juli 2013 door de Europese regelgeving verplicht hun grote aankopen te organiseren via openbare aanbestedingen. Mede onder die impuls bouwen ziekenhuizen samenwerkingsverbanden of 'aankoopcentrales' uit om gezamenlijk offerte aanvragen te organiseren. Deze regelgeving zal dus ongetwijfeld een grote impact hebben op markt van de medische materialen en geneesmiddelen.

7. De financiering van het dagziekenhuis

Het dagziekenhuis is in opmars (Figuur 3). Niet alleen worden bestaande behandelingen minder ingrijpend door de verbeterende technieken (bijvoorbeeld operaties via kijkbuis), ook komen er nieuwe vormen van behandeling bij waarvoor geen overnachting vereist is (vb. behandeling van chronische pijn). Het aantal dagopnames oversteeg het aantal klassieke opnames in 2006 en ondanks de toch voortdurende lichte stijging van het aantal klassieke opnames zullen er weldra anderhalf keer zoveel dagopnames plaatsgrijpen als klassieke. Het dagziekenhuis heeft deels een eigen financiering. De aard van de omkadering verschilt dan ook sterk van die van de klassieke opnames. Men maakt echter onderscheid tussen chirurgisch en niet-chirurgisch dagziekenhuis.

7.1. Chirurgisch dagziekenhuis

Voor chirurgische prestaties uit een lijst van nomenclatuurcodes, de zogenaamde 'lijst A'⁴⁵ die worden uitgevoerd zonder overnachting van de patiënt, dus in het chirurgisch dagziekenhuis, krijgen de ziekenhuizen een financiering binnen het BFM (B1 voor de algemene kosten, B2 voor de verzorgingskosten). Het ziekenhuis rekent dan aan de ziekteverzekering een bedrag per opname en een bedrag per

⁴⁵ Lijst A in Koninklijk Besluit 25-04-2002, bijlage 3.6. Deze lijst bevat 247 codes.

dag aan ter waarde van 0,81 'ligdagen'. Interessant hierbij is, dat bepaalde verblijven voor een chirurgische ingreep die als een klassieke opname werden uitgevoerd toch slechts gefinancierd worden als een dagopname. Het betreft ingrepen die op een lijst voorkomen ('lijst B')⁴⁶ en die typisch ook (in minstens 10% van de gevallen) in dagziekenhuis worden uitgevoerd. Deze klassieke opnames noemt men 'oneigenlijke verblijven' en worden voor de berekening van het onderdeel B2 uit de verantwoorde ligdagen gehaald en bij het aantal chirurgische dagopnames geteld. Op deze manier worden de ziekenhuizen gestimuleerd om daar waar mogelijk de dagopname te verkiezen boven de klassieke opname. De extra ligdagen die de klassieke opname met zich meebrengt worden immers niet gefinancierd.

7.2. Niet-chirurgisch dagziekenhuis

De financiering van de werkingskosten voor het niet-chirurgisch dagziekenhuis volgt een geheel eigen logica. Ziekenfondsen en ziekenhuizen hebben hiervoor via hun overeenkomst een reeks forfaits vastgelegd. Ten eerste forfaits die aangerekend worden bij een niet-chirurgische dagopname:

- **Maxi-forfait** wanneer de patiënt onder anesthesie wordt gebracht of bij gebruik van bepaalde geneesmiddelen
- **Forfait 'groep 1 tot en met 7'**. Elk van deze groepen omvat een reeks prestatiecodes die, afgaand op een grootschalige enquête door het RIZIV in 2006, een gelijkaardige kost met zich meebrengen voor het ziekenhuis. Figuur 9 geeft aan hoe

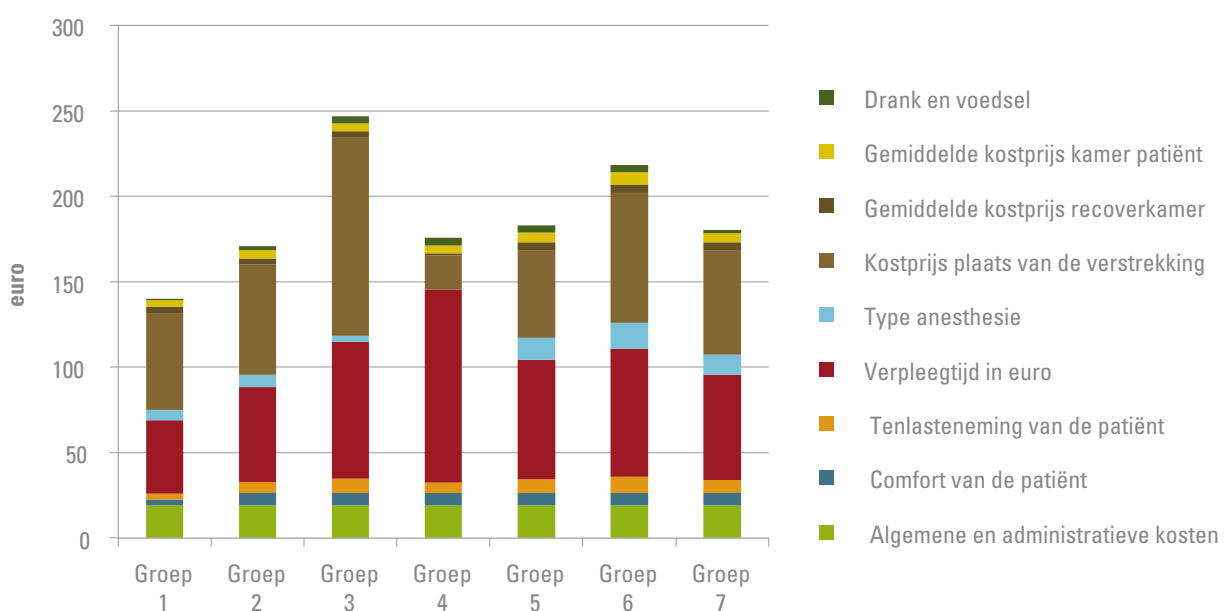
deze forfaits van mekaar verschillen en uit welke onderdelen ze initieel werden samengesteld op basis van deze enquête.

Ten tweede de forfaits die kunnen aangerekend worden, wanneer er niet echt sprake is van een dagopname, maar wel van ambulante zorgen binnen het ziekenhuis. Deze 'ambulante forfaits' werden dan ook niet mee opgenomen in Figuur 3. Het betreft volgende forfaits:

- **Mini-forfait** voor elke dringende toestand waarbij een bed vereist is of een intraveneus infuus gebruikt wordt. Het aanrekenen van het miniforfait kan gecombineerd worden met ambulante honoraria.
- **Forfait gipskamer** bij breuk, luxatie, orthopedische behandeling of het nemen van een afgietsel
- **Forfait chronische pijn**. Ook voor chronische pijn bestaan drie verschillende forfaits, naargelang de bijbehorende kosten.
- **Forfait manipulatie poortkatheter**. Een poortkatheter is een (tijdelijk) ingeplante toegang tot een ader. Dit aparte forfait werd ingevoerd om te vermijden dat voor deze interventie een mini-forfait zou worden aangerekend.

Deze forfaits zijn volledig ten laste van de ziekteverzekering. De forfaits voor groepen 1 t.e.m. 7, voor chronische pijn, voor poortkatheter en het forfait gipskamer zijn gelijk voor alle ziekenhuizen. Figuur 9 geeft de hoogte aan van deze forfaits. Het miniforfait en het maxiforfait worden berekend in verhouding tot het onderdeel B2 van het ziekenhuis en zijn dan ook verschillend voor elk ziekenhuis.

Figuur 9: Hoogte van de forfaits dagziekenhuis 1-7 en samenstelling van de kost



Bron: Werkdocument van de Overeenkomstencommissie Ziekenhuizen-Verzekeringinstellingen, 2007

⁴⁶ Lijst B in Koninklijk Besluit 25-04-2002, bijlage 3.7. Deze lijst bevat 214 codes waarvan 185 codes ook op lijst A staan.

Kader 4: Naar een nieuwe financiering: all-in?

In België hangt een belangrijk deel van de ziekenhuismiddelen af van het aantal verrichte prestaties. Hetzij rechtstreeks via de artsenhonoraria, hetzij onrechtstreeks via de verdeling van het gesloten budget dat het BFM is. Dit is zowel voor artsen als voor ziekenhuisbeheerders een motivatie om zo veel mogelijk zorgprestaties te leveren. Het risico op overconsumptie is dus reëel, terwijl de budgettaire beperkingen steeds nijpender zijn. De financieringsregels zijn bovendien erg complex, weinig transparant en in constante evolutie waardoor het moeilijk is een toekomstgericht beleid te voeren. Om al die redenen gaan er al een tijd stemmen op om de ziekenhuisfinanciering grondig te hervormen. In 2013 gaf de minister van Volksgezondheid de opdracht een stappenplan op te stellen "met het oog op de overgang naar een prospectief forfaitair ziekenhuisfinancieringssysteem, op basis van de ziektebeelden"⁴⁷. Anders gezegd, er zullen stappen gezet worden om over te gaan tot 'pathologie-financiering', ook 'all-in financiering' genoemd.

All-in financiering is het financieringssysteem dat een vast bedrag voorziet per type patiënt en pathologie, ook 'case' genoemd of 'ziekte-episode'. "In dit systeem houdt men niet langer rekening met de reële inspanningen die binnen een ziekte-episode worden geleverd. Er wordt een inschatting gemaakt van de gemiddelde (verantwoorde) inspanning en men stelt hiervoor een billijke vergoeding voorop" (Trybou, 2011).

De uitdaging bestaat erin de behoefte aan diagnostische en therapeutische handelingen op een correcte manier in te schatten én er een realistische en evenwichtige vergoeding voor te bepalen om zo een onderscheid te kunnen maken tussen verantwoorde en onverantwoorde verschillen in medische praktijkvoering. "Dit is niet zo eenvoudig en roept veel discussie en controverses op. Indien de noemer niet goed wordt gekozen, leidt dit onvermijdelijk tot onverantwoorde onder- of overfinanciering. De meeste forfaitariseringssystemen kiezen dan ook voor een gemengd systeem waarbij een deel per acte en een deel via een forfait worden betaald." (Sermeus, 2006).

In 2010 nam het KCE de proef op de som en werkte een gedetailleerd model uit om op basis van de in België beschikbare gegevens te komen tot een tarief per diagnosegroep en per ernstgraad, kortweg 'per diagnosegroep' (Van de Sande, 2010). Het onderzoeksteam benaderde de oefening op twee wijzen, namelijk via het 'prijsmodel' en via het 'kostmodel'. In beide modellen

staan de MKG-gegevens centraal. In het prijsmodel baseerden zij zich op de huidige financiering, die ze zo correct mogelijk toewezeden aan elke diagnosegroep om aldus een 'all-in' tarief te bepalen per diagnosegroep. In het kostmodel werden niet de financiering maar wel de geboekte kosten toegewezen aan elke diagnosegroep.

Gebaseerd op beide modellen werden de verschuivingen geanalyseerd die de invoering van een all-in financiering zou teweeg brengen ten opzichte van de huidige financiering. Deze verschuivingen blijken erg substantieel. 10% van de ziekenhuizen zou meer dan 20% bijkomende middelen krijgen en aan de andere kant van het spectrum zou 10% van de ziekenhuizen ook meer dan 20% van zijn huidige middelen moeten 'inleveren'. Dit komt overeen met verschuivingen van - 2000 euro tot + 3350 euro per ziekenhuisopname.

Naast budgettaire verschuivingen zou deze nieuwe financieringsvorm uiteraard een sterke invloed hebben op de huidige machtsverhoudingen tussen artsen en ziekenhuisbeheerders en eventueel een bedreiging vormen voor de historisch opgebouwde evenwichten in de ziekenhuizen. Het KCE stelt daarom voor om hervormingen geleidelijk aan door te voeren.

Het KCE waarschuwt tenslotte voor enkele **risico's** van een (exclusieve) all-in financiering:

- Kwaliteitsverlies doordat minder prestaties worden geleverd, patiënten te vroeg terug huiswaarts gestuurd worden, of zware ingrepen buiten het ziekenhuis worden gehouden, in een poging de kosten te drukken.
- Selectie van de patiënten met de minst ziekte-ernstgraad binnen elke diagnosegroep
- Verlies van gegevens die monitoring toelaten wanneer de nood aan registratie hiervan in een all-in systeem verkleint.

Hieraan kunnen we nog het risico van een verlaagde toegankelijkheid (wachlijsten) toevoegen, doordat de opwaartse druk op het aantal prestaties verdwijnt en dus het aanbod verkleint...

Enkele andere recente onderzoeksoefeningen gebeurden door Tambeur W. et al. (2005), Pirson M. et al. (2009). De FOD Volksgezondheid tenslotte gaf opdracht om de voorgaande oefeningen uit te breiden met gegevens van alle Belgische ziekenhuizen. Dit resulteerde in 2012 tot een individuele feed-back aan de ziekenhuizen over hun "middelen inzet per pathologie".

⁴⁷ Notificaties van de begrotingscontrole – april 2013

Kader 5: Wat brengt de overdracht van bevoegdheden?

Het regeerakkoord van de regering Di Rupo (Vlinderakkoord, oktober 2011) legt de basis van de zesde staatshervorming. Ook in de ziekenhuissector worden een aantal bevoegdheden overgedragen van de federale naar de regionale overheden. De desbetreffende tekst uit het Vlinderakkoord wordt hieronder letterlijk geciteerd in cursieve drukletters. Deze wordt aangevuld met later toegevoegde bepalingen in cursieve drukletters.

Programmatie en erkenning van de ziekenhuizen:

De gemeenschappen zullen bevoegd zijn om de normen te definiëren waaraan de ziekenhuizen en de diensten, de zorgprogramma's, ziekenhuisdiensten, enz. moeten beantwoorden om erkend te worden, met dien verstande dat:

- De programmatie een federale bevoegdheid blijft, maar waarbij er asymmetrische bilaterale overeenkomsten kunnen worden gesloten als een Gemeenschap dat wenst;
- De financiering van de ziekenhuizen een federale bevoegdheid blijft (behalve voor wat betreft het deel A1 en A3 van het BFM, zie verder), evenals de regels met betrekking tot het vastleggen en de verrekening van het BFM
- Men zal verifiëren dat de door de Gemeenschappen uitgevaardigde erkenningsnormen geen negatieve impact hebben op de federale budgetten, behalve in geval van bilateraal akkoord. *Hiertoe zal elk voorstel ter aanpassing van erkenningsnormen, na advies van het RIZIV en eventueel van het KCE moeten worden voorgelegd aan het Rekenhof;*
- De kwalitatieve referentienormen die door de Europese Unie worden vastgesteld zijn van toepassing

Financiering van de ziekenhuizen:

De onderdelen **A1** (behalve het *informaticaforfeit, ongeveer 16 miljoen euro*) en **A3** van het BFM zullen worden overgeheveld. Een jaarlijkse dotatie zal voorzien worden in de financieringswet. Deze dotatie zal uit twee delen bestaan: een uitdovend deel dat jaarlijks wordt berekend ten belope van de reeds aangegane engagementen (gedurende 33 jaar), en een nog af te spreken bedrag voor de nieuwe toekomstige en toegestane investeringen.

Voor deze nieuwe investeringen zullen de verdeelsleutels tussen de deelstaten worden geactualiseerd zodat ze overeenstemmen met de werkelijke investeringsuitgaven van alle ziekenhuizen, met inbegrip van de universitaire ziekenhuizen. Een technische werkgroep, samengesteld uit ambtenaren van de federalen overheid, dienst boekhoudingen van de ziekenhuizen van de deelstaten, zal de concrete berekening maken. *Aangezien ook het onderdeel C1 rechtstreeks verband houdt met de bouw zal ook dit deel overgeheveld worden.*

Een gemeenschap die de tenlasteneming buiten het ziekenhuis wil bevorderen, in het bijzonder met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorgsector of het ouderenbeleid, zal bovendien met de federale overheid bilaterale akkoorden in verband met de reconversie van ziekenhuisbedden kunnen sluiten.

De overheveling zal effectief gebeuren op 1 januari 2016. Op die manier is er overeenstemming met de uitvoering van het laatste jaar van de bouwkalender, aangezien deze de laatste maal vastgelegd werd voor de periode 2006-2015.

Ouderenzorg:

De volledige bevoegdheid inzake [...] geïsoleerde G-diensten en Spdiensten zal integraal aan de Gemeenschappen worden overgedragen. *Worden niet bedoeld: de geïsoleerde Sp en G ziekenhuizen met een T dienst, noch de al dan niet geïsoleerde Sp die beschikken over een Sp palliatief. Voor Vlaanderen betreft het 10 instellingen. Voor Brussel zes, waarvan er vijf onder de bevoegdheid van de gemeenschappelijke gemeenschapscommissie (GGC) zullen vallen en één onder de franse gemeenschapscommissie (COCOF). Voor Wallonië zijn het er slechts twee⁴⁸.*

Geestelijke gezondheidszorg:

De overlegplatforms geestelijke gezondheidzorg worden aan de deelstaten overgedragen.

⁴⁸ **Vlaanderen:** Verpleeginrichting De Dennen (Malle), Multiple Sclerose Centrum (Melsbroek), Inkendaal (Vlezenbeek), Provinciaal Zorgcentrum Lemberge (Merelbeke), Revalidatie en MS Centrum (Overpelt), Koninging Elisabeth Instituut (Oostduinkerke), De Mick (Brasschaat), Ten Bos (Izegem), Revarte (Edegem); **Wallonië:** ISoSL – Site Valdor (Luik), Centre de réadaptation fonctionnelle (Fraiture); **Brussel (GGC):** Valida, Scheutbos, Magnolia, Pacheco, Ziekenhuis voor geriatrische revalidatie; **Brussel (COCOF):** Centre de traumatologie et de réadaptation

Deel 3: Wat betaalt de patiënt?

1. Het aandeel van de patiënt in de totale inkomsten van het ziekenhuis

1.1 Waaruit bestaat het aandeel van de patiënt?

Wat bij een opsomming van de financieringsbronnen vaak verborgen blijft (zoals in de frequent geciteerde MAHA-studie, Belfius 2012) is het aandeel van de patiënt. De patiënt is nochtans op alle niveaus financieel betrokken:

- Hij betaalt een aandeel in de verblijfskosten per verpleegdag
- Hij betaalt remgeld voor een aantal verstrekkingen (zie Deel 2, Sectie 5.1) en een persoonlijk aandeel in de geneesmiddelen
- Voor bepaalde (specialistische) technische verstrekkingen, voor klinisch-biologische onderzoeken en voor onderzoeken medische beeldvorming (Deel 2, Sectie 5.1), en voor terugbetaalbare geneesmiddelen (Deel 2, Sectie 6.1) betaalt de patiënt het persoonlijk aandeel in de vorm van een forfaitair bedrag per opname (ongeacht zijn eigen verbruik).
- Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen (categorie D) zijn volledig voor rekening van de patiënt
- De patiënt kan ook supplementen betalen: honorariumsupplementen en kamersupplementen in eenpersoonskamers
- Hij kan ook materiaalsupplementen betalen (Deel 2, Sectie 6.2).
- Hij betaalt andere kosten in functie van zijn eigen keuzes inzake comfort: huur van koelkast, van televisie, gebruik van een telefoon, drankverbruik, enz. Hij betaalt eveneens voor verzorgingsproducten en paramedische producten die hem wettelijk aangerekend mogen worden, zoals crèmes. Al deze kosten benoemen we met 'diverse kosten'.

Zoals in Figuur 5 reeds te zien was, vertegenwoordigt het geheel van wat de gehospitaliseerde patiënt betaalt (ambulante verstrekkingen, zoals consultaties in de polikliniek niet meegerekend) 9% van de inkomsten van het ziekenhuis.

1.2 Financiële informatie aan de patiënt: een recht

De wet op de patiëntenrechten bepaalt dat elke patiënt recht heeft op duidelijke en volledige informatie die hem toelaat op een weloverwogen manier beslissingen te nemen in verband met zijn gezondheid⁴⁹. Ook informatie over de financiële gevolgen van zijn behandeling, maakt hier deel van uit. Uit het jaarverslag van de Federale Ombudsdienst 'Rechten van de Patiënt' (Verhaegen et. al 2011) blijkt dat verbazing en/of verontwaardiging bij de patiënt over de kostprijs na afloop van de behandeling zeker nog voorkomt.

Voor het ziekenhuis is de wettelijk verplichte **opnameverklaring** één van de vele instrumenten om de patiënt te informeren over de financiële gevolgen van een ziekenhuisopname. Op dit formulier duidt de patiënt zijn kamerkeuze aan (een-, twee of meerpersoonskamer) en of hij al dan niet tegen verbintenistarief wil verzorgd worden. Dit document moet door de patiënt zelf ondertekend worden ten laatste op de dag van de opname. De opnameverklaring moet opgesteld zijn volgens het model voorzien door de wetgever en vermeldt financiële informatie over de kamersupplementen, de maximale ereloonsupplementen, het voorschot en het persoonlijk aandeel in de verblijfskosten. Bij de opnameverklaring moet ook een toelichting worden gevoegd en een prijslijst van courante producten en diensten (bv. telefoontarieven, kapper, extra maaltijden).

Via de keuze voor een eenpersoonskamer dan wel een twee- of meerpersoonskamer heeft de patiënt invloed op de hoogte van de ziekenhuisfactuur. De opnameverklaring bevat dus belangrijke financiële informatie, maar is geen bestek en geen exacte berekening waarin alle kosten verbonden aan een ziekenhuisopname opgenomen zijn (de opnameverklaring vermeldt vb. niets over de kostprijs van materialen en implantaten).

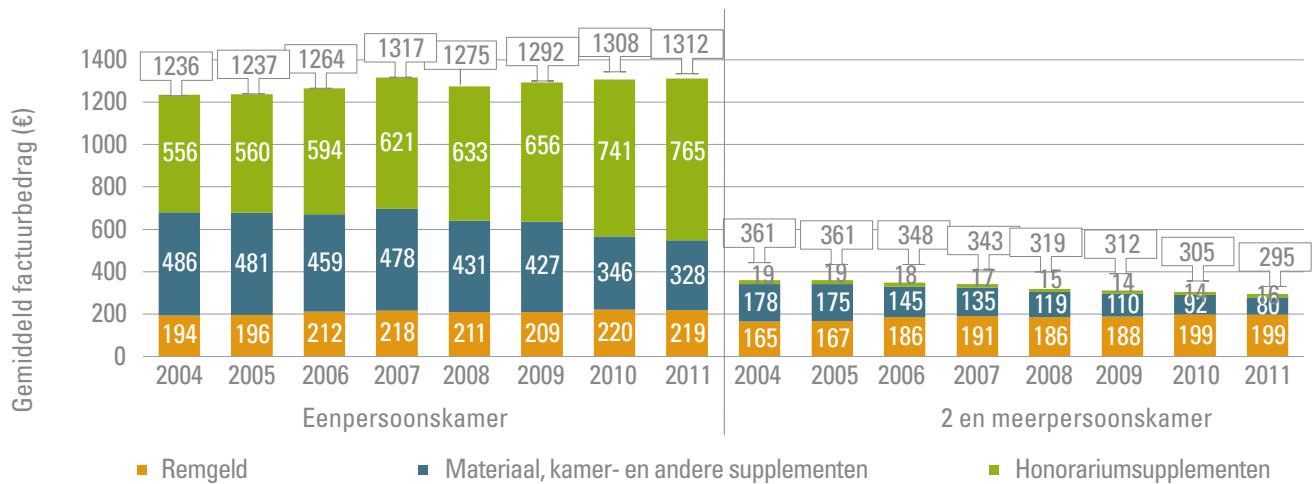
Wanneer een kind opgenomen wordt en de ouder wenst bij zijn kind te overnachten (zogenaamde 'rooming in'), dan wordt een aparte opnameverklaring ter ondertekening voorgelegd. Op deze opnameverklaring kiest de ouder hetzij voor verzorging tegen verbintenistarief (dus zonder ereloonsupplementen) hetzij voor verzorging op een eenpersoonskamer (met ereloonsupplementen). In geen van beide gevallen mag het ziekenhuis echter een kamersupplement aanrekenen. Er kunnen wel steeds 'hotelkosten' voor de ouder aangerekend worden (voor bv. maaltijden...).

2. Evolutie van de gemiddelde kost voor de patiënt

CM voert jaarlijks metingen uit van de prijs van een ziekenhuisopname voor de patiënt met de 'CM-barometer van de ziekenhuisfactuur' (Crommelynck et. al, 2013). Hieruit blijken twee tendensen. Over de jaren heen daalt de ziekenhuisfactuur in twee- of meerpersoonskamer, maar blijft ze –ondanks een jaarlijkse stijging van de honorariumsupplementen– stabiel in eenpersoonskamers. We lezen deze trends af op Figuur 10. De gemiddelde factuur aan de patiënt bedroeg in 2011 1.312 euro voor een opname met overnachting in een eenpersoonskamer en 295 euro voor een opname met overnachting in een kamer voor twee of meer personen.

⁴⁹ Wet patiëntenrechten 22-08-2002, art. 8

Figuur 10: Evolutie van de factuur voor de patiënt voor een klassieke hospitalisatie, per kamertype, in prijzen 2011



De stijgende en dalende trends zijn een gevolg van de evoluties binnen de onderdelen van de patiëntenfactuur als volgt:

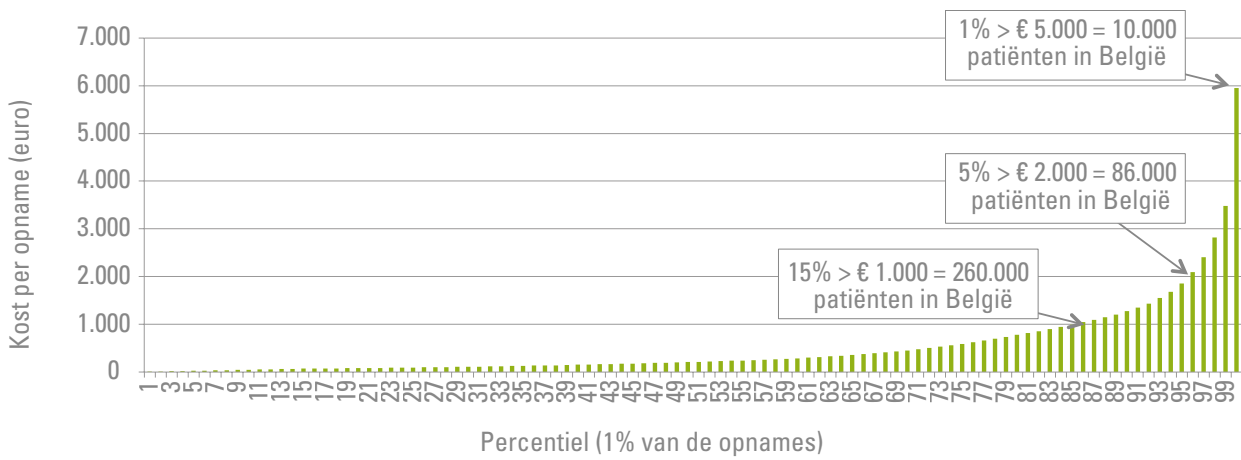
- **De kost van het materiaal** daalt jaarlijks door de betere terugbetaling (-70% op 7 jaar tijd). Toch kan de kost van het materiaal de factuur voor een individuele patiënt nog steeds sterk opdrijven.
- **Kamersupplementen in tweepersoonskamers** werden verboden voor 'beschermde patiënten' (o.m. verhoogde tegemoetkoming en OMNIO) in 2006 en werden in 2010 voor iedereen afgeschaft.
- **Honorariumsupplementen in twee- en meerpersoonskamers:** de ziekenhuizen kregen van 2007 t.e.m. 2010 een vrijblijvende financiële stimulans om geen ereloon-supplementen (meer) aan te rekenen in tweepersoonskamers. Een deel van de ziekenhuisfinanciering (21 miljoen euro per jaar) werd voor deze ziekenhuizen voorbehouden. Op 1 januari 2013 werd een algemeen verbod op honorariumsupplementen in twee- en meerpersoonskamers ingevoerd (zie Deel 2 Sectie 5.1)
- **Ereloon-supplementen** stijgen jaarlijks met 5,4% bovenop de inflatie.

3. De variatie in de facturen voor de patiënt

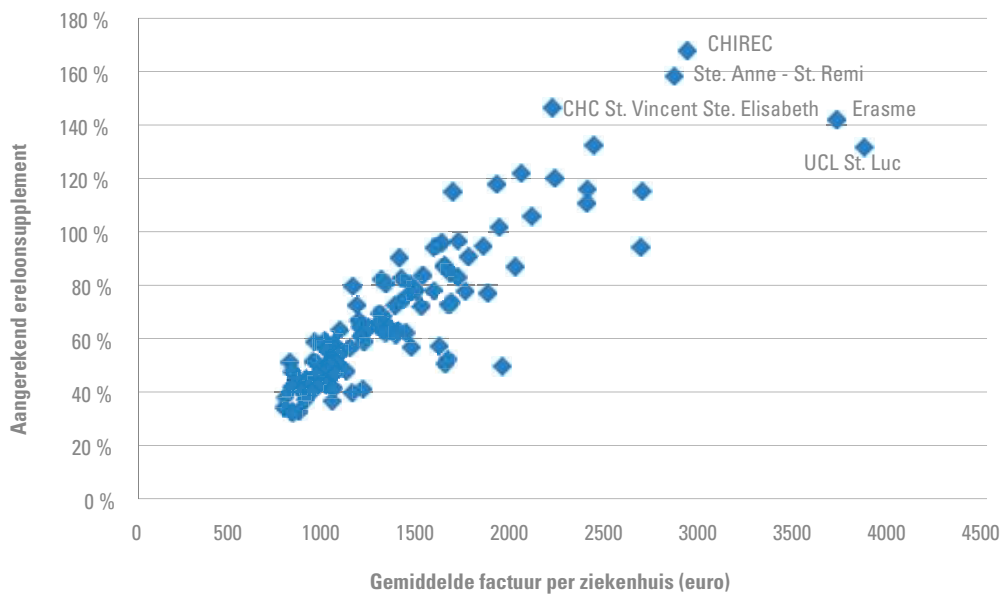
Het onderzoek van de gemiddelde kost per hospitalisatie voor de patiënt geeft een goed beeld van de evolutie op macro niveau. Gemiddelden maskeren echter enorme verschillen. De ziekenhuisfactuur varieert sterk van patiënt tot patiënt, afhankelijk van zijn aandoening, de lengte van zijn ziekenhuisverblijf en –zoals we hierboven beschreven– zijn kamerkeuze. Figuur 11 illustreert deze spreiding. Waar de gemiddelde factuur voor alle kamertypes samen 526 euro bedraagt in 2011, betaalt vijf percent van de patiënten meer dan 2.000 euro en 1 percent meer dan 10 000 euro uit eigen zak. Het blijft dus erg belangrijk om de patiënt optimaal te informeren over de mogelijke financiële gevolgen van zijn opname.

Ook blijkt het financieel risico voor de patiënt erg verschillend te zijn van ziekenhuis tot ziekenhuis. Figuur 12 geeft de gemiddelde totale factuur in een eenpersoonskamer weer alsook het gemiddeld aangerekend honorariumsupplement. Elk punt vertegenwoordigt een ziekenhuis. De artsen in het duurste ziekenhuis rekenen grosso modo vijf maal meer honorariumsupplementen aan dan in het goedkoopste ziekenhuis.

Figuur 11: Variatie in de factuur voor de patiënt



Figuur 12: Gemiddelde factuur per ziekenhuis in eenpersoonskamers, 2011



Kader 6: Bevalllen! Wat staat er op de factuur?

Elke is op 15 januari 2013 in het ziekenhuis bevallen van haar eerste dochtertje Emma. Elke kreeg een epidurale verdoving en de bevalling verliep prima. Zij koos voor een verblijf op een eenpersoonskamer. Op dag 3 bleek het bilirubinegehalte in Emma's bloed wat hoog en moest zij een dagje 'onder de lamp'. Verder verliep alles naar wens en moeder en dochter verlieten het ziekenhuis op de 6^{de} dag omstreeks 15u. We grijpen deze gebeurtenis aan om de 'gemiddelde' ziekenhuisfactuur voor een bevalling toe te lichten.

De artsen in het ziekenhuis waar Elke verbleef rekenen 100% ereloonsupplementen aan bij opnames in eenpersoonskamers en het kamersupplement per dag bedraagt 40 euro.

Dit is het overzicht van haar kosten:

* De niet-terugbetaalbare geneesmiddelen zijn ook in de kolom 'supplementen' ondergebracht (22,79 euro)

	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
		Persoonlijke aandeel	Supplement
Forfaits per opname of per dag			
Medische beeldvorming	69,83	6,20	
Klinische biologie	184,41	23,84	
Toezichtshonoraria	48,32		
Verblijfskost ligdagen	262,65	86,58	
Honoraria			
Anaesthesie: epidurale verdoving	193,22		193,22
Gynaecologie: verlossing	375,88		375,88
Vroedvrouw	40,24		
Hartmonitoring foetus	29,99		
Premie voor accreditatie arts	2,16		
Toezicht (vanaf de 6de dag)	3,96	2,13	12,18
Geneesmiddelen	168,19	3,72	22,79*
Klinische biologie	25,27		
Kamersupplement eenpersoonskamer			240,00
Totaal	1.404,12	122,47	846,23
Totaal voor de patiënt			968,70

In deze 'typische' factuur voor een bevalling in een eenpersoonskamer, gaat ongeveer de helft van de vergoedingen naar honoraria. De andere helft is verdeeld over klinische biologie, de ligdagvergoeding, kamersupplementen en geneesmiddelen.

In de factuur aan de patiënt (dus zonder het deel ten laste van het ziekenfonds) is het aandeel van de honoraria een stuk hoger. Van wat de patiënt betaalt is namelijk 60% honorarium (overwegend supplementen) en 20% kamersupplement.

Dankwoord :

De auteurs zijn oprechte dank verschuldigd aan Caroline Lebbe, Rob Van Den Oever, Kim Cierkens, Karen Mullié, Marc Van Overstraeten, Frank De Smet, Jean-Pierre Schenkelaars en Olivier Gillis voor de grondige inhoudelijke nalezing, de toevoegingen, tips en commentaren. Hun bijdragen waren essentieel om te komen tot een synthetische beschrijving van deze complexe en multidimensionele materie.

Referenties

Belfius, 2012, Sectoranalyse op basis van het MAHA-analysemodel. Algemene ziekenhuizen, boekjaar 2011

Callewaert G. et al., 2008, De financiering en organisatie van de ziekenhuizen. Info-fiche, Bijvoegsel bij *CM-Informatie* **232** 36 blz.

Claeys P., Vandenbussche V., 2012, 10 jaar patiëntenrechten in de GGZ, tussen droom en daad, ervaringen vanuit de ombudsfunctie, 6^e Vlaams GGZ-congres. Macht en kracht: zorgrelaties in verandering, Antwerpen, 19 september 2012, p.9-10 en p.29-30

Cour des comptes, 2010, Le financement des infrastructures hospitalières et médico-sociales, *Rapport de la Cour des comptes transmis au Parlement de la Région Wallonne*. Approuvé le 26 avril par la chambre française de la Cour des comptes.

Crommelynck A. et al., 2013, Ziekenhuisfactuur ontspoort voor duizenden Belgen, 8ste CM-barometer van de ziekenhuisfactuur. *CM-informatie* **251** p15-27

Daue F., 2009, Financement de la médiation dans le système de la santé en Belgique. Optifa SPRL

Donfut D., 2008, Financement alternatif des infrastructures médico-sociales. Hôpitaux : plan horizon 2015, *Dossier de presse du Cabinet du Ministre Didier Donfut*, (<http://www.fihhasbl.be/Communique/2008/080606-infrastructures-donfut.pdf>.)

Durant G., 2006, Financement des hôpitaux : des divergences mais surtout des convergences. *Hospitals.be* **2006/1**

Durant G., 2012, Le financement des hôpitaux en Belgique. Situation au 1^{er} septembre 2012.

Federale Commissie Rechten van de Patiënt, 2011, Advies betreffende de evaluatie klachtenbemiddeling en werking bemiddelingsfunctie 10/6/2011, CFDP/VH/RE/2011/2 FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Kesteloot K., Van Herck G., 2011, Financieel beleid voor ziekenhuizen.

Pirson M., et al., 2009, Elaboration d'une échelle de cost-weights par APR-DRG pour un financement « all-in » basé sur les pathologies. *Hospitals.be* **2009/4**

RIZIV, 2012, Permanente audit: Gestandaardiseerd verslag met betrekking tot de geboekte uitgaven van het jaar 2011. RIZIV 2012-204, Deel 4/8, pagina 3.20

Sermeus W., 2006, De Belgische ziekenhuisfinanciering ontcijferd.

Swartenbroekx N., et al., 2012, Handleiding voor op-kostengebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies. *KCE Report* **178A**

Tambeur W., et al 2005, Ontwikkeling en analytisch model, financiële stromen in functie van de patiëntenmix, *FOD Volksgezondheid*

Trybou J., 2011, De ziekenhuisfinanciering: uitdagingen, sterktes en kansen tot verbetering. *Itinera Institute Analyse* **2011/19**

Van De Sande S., et. Al, 2010, Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een 'all-in' pathologie-financiering voor Belgische ziekenhuizen. *KCE Reports* **121A**.

Verhaegen et. al., 2011, Federale Ombudsdienst 'Rechten van de Patiënt': Jaarverslag 2011. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu