FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Brussel, 11/01/2024

Kenm.: FRZV/D/595-2 (*)

Advies van de FRZV betreffende de financiering van ziekenhuismeerkosten voor patiënten met een sociaal profiel — B8 (deel 2)

Namens de voorzitster van de FRZV,
Margot Cloet,

Sabine Stordeur
Directrice-generaal

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 11/01/2024 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

Op 9 maart 2023 heeft de FRZV een eerste advies uitgebracht over de ziekenhuismeerkosten voor patiënten met een sociaal profiel. Hij ontwikkelde kaderprincipes voor een nieuwe verdeelsleutel voor het budget ter financiering van patiënten met een sociaal profiel.

De FRZV identificeert daarin 3 belangrijke posten van ziekenhuismeerkosten in verband met de tenlasteneming van de sociale patiënten: De tenlasteneming is complexer en omslachtiger voor de sociale diensten, de zorg is complexer en duurt langer voor de gezondheidswerkers en er zijn de onbetaalde rekeningen en het administratief beheer ervan. Die meerkosten worden onvoldoende in aanmerking genomen in de andere financieringsregels en vereisen daarom specifieke financiering.

In dit advies zet de FRZV zijn aannames uiteen. Eerst schetsen we de huidige financiering, daarna stelt de FRZV de parameters en gegevens voor die moeten worden gebruikt om de bestaande budgetten te verdelen over de algemene ziekenhuizen, vervolgens becommentarieert de FRZV drie scenario's waarbij de verschillende parameters variëren om de effecten van die verdeling toe te lichten, alvorens zijn conclusies te formuleren.

Tot slot merkt de FRZV op dat deze budgetten in de toekomst moeten worden vervolledigd, zowel voor algemene ziekenhuizen als voor psychiatrische ziekenhuizen.

1. Uitgangspunten

Het voornoemde advies van maart 2023 geeft de volgende principes als houvast:

1. Deze financiering in een specifiek onderdeel binnen het BFM isoleren
2. Het systeem voor de verdeling van de financiering eenvoudiger en transparanter maken
    a. Bovendien zullen sommige verouderde concepten moeten bijgewerkt worden naar de laatste gangbare definities – SPF-CM
3. De verdeling regelmatig herberekenen
    a. Jaarlijkse herberekening
4. De financiering moet de grote categorieën van patiënten met een sociaal profiel volgen
    a. Te behouden in een toekomstig verdeelmodel
5. De nieuwe modaliteiten invoeren met een overgangsperiode van 3 jaar
6. Bij de invoering van een nieuw model zal men rekening kunnen houden met een niet-lineaire verdeling van bepaalde meerkosten die verband houden met patiënten met een sociaal profiel

De FRZV stelt bovendien vast dat :

- Het budget is ontoereikend om het doel te verwezenlijken, nl. de meerkosten die gepaard gaan met de tenlasteneming van sociale patiënten dekken. Het groeiende aantal patiënten met een sociaal profiel noopt tot gedetailleerd onderzoek naar de werkelijke behoeften die daarmee gepaard gaan. Bovendien kan men tot dusver onmogelijk de niet-V.I.-patiënten identificeren die geen enkele tenlasteneming genieten en wier rekeningen doorgaans onbetaald blijven[1]. Dans le contexte de l'enveloppe nationale actuelle, verdelen we dus de schaarste. De FRZV zal in het kader van haar reflecties over het memorandum van de FRZV verder nadenken over het toekomstig benodigd budget (voor algemene en psychiatrische ziekenhuizen), alsook over de meest geschikte bron van financiering, wetende dat deze problematiek het puur domein gezondheidszorg overstijgt en raakvlakken heeft met bijvoorbeeld maatschappelijke integratie, asielbeleid, armoedebestrijding, ….

[1] In 2019 bedroeg de waardevermindering op de onbetaalde rekeningen van de Belgische ziekenhuizen 337 miljoen euro.

- Alle ziekenhuizen hebben kosten in verband met sociale patiënten, maar volgens deskundigen die aan het onderzoek hebben deelgenomen, is er in bepaalde ziekenhuizen een concentratie van patiënten met een sociaal profiel met de grootste meerkosten
- Meerkosten voor de sociale dienst (bijvoorbeeld, de verzekerbaarheidsstatus nagaan en proberen die te regulariseren) en voor de onbetaalde rekeningen die verband houden met niet-V.I.-patiënten met een sociaal profiel lijken hoger te liggen dan die voor V.I.-patiënten met een sociaal profiel. Anderzijds, in termen van aantallen, zijn er meer V.I.-patiënten met een sociaal profiel dan niet-V.I.-patiënten met een sociaal profiel. Maar ook een aantal van deze patients sociaux OA zullen ook extra ondersteuning (met hieraan gelieerde kosten) nodig hebben
- Het ontbreekt ons aan gegevens om een „wiskundig eerlijke" verdeelsleutel te creëren, vermits momenteel geen recent onderzoek bestaat dat die meerkosten nauwkeurig koppelt aan de genaamde patiënten met een sociaal profiel. De FRZV meent het noodzakelijk om verder studiewerk te verrichten teneinde deze meerkosten transparant te maken en om te kunnen identificeren voor welke van deze meerkosten de verdere integratie wenselijk is van een budget ter dekking van ziekenhuismeerkosten voor ten laste name van sociaal-economisch kwetsbare patiënten in het kader van een hervormde ziekenhuisfinanciering.

Daarom stelt de FRZV de volgende aannames voor:

- Alle financiering integreren in onderdeel B8 van de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van Sp-diensten, Sp palliatieve zorg, geïsoleerde G-diensten en eenheden ter behandeling van zware brandwonden en die jaarlijks herberekenen;
- Blijven uitgaan van het huidige financieringssysteem in onderdeel B8, lijn 201 (enige onderdeel dat nog wordt herberekend) voor het nieuwe financieringsmodel. Het betreft hier immers een ontwikkeling van het systeem, in afwachting van een grondiger hervorming ten tijde van de hervorming van de financiering;
- Een deel van het budget concentreren bij de ziekenhuizen met de hoogste behoeften, en het saldo over alle ziekenhuizen verdelen;
- De nieuwe modaliteiten invoeren gedurende een overgangsperiode van 3 jaar.

De FRZV is tevens alert voor de weerslag van de nieuwe verdeling van middelen tussen ziekenhuizen. Gezien de financiële toestand van de ziekenhuizen wensen we op de hoede te zijn voor plotse disruptieve gevolgen.

2. Huidige financiering

Momenteel is er in het BFM een budget van bijna 55.486.029 euro (waarde op 1.1.2023) verdeeld om deze meerkosten te dekken:

- Lijn 370 van B2 – sociale functie 25 (2007)…… 7.010.935 euro **niet meer herberekend**
- Lijn 375 van B2 – sociale functie 75 (2007)……. 21.037.109 euro **niet meer herberekend**
- Lijn 201 van B8 – massa sociale functie 50 % (2002) ……. 13.719.036 euro **jaarlijks herberekend**
- Lijn 220 van B8 – massa soc. corr. index (SCI) S50 (2008) …… 12.293.168 euro **niet meer herberekend**

- Lijn 270 van B8 – massa SCI 50 ziekenhuizen buiten systeem (2008)…… 1.425.781 euro **niet meer herberekend**

Nationaal budget op 1.1.2023 → **55.486.029 euro**

Lijn 201 in onderdeel B8 wordt jaarlijks herverdeeld op basis van de volgende rekenregels:

Voor elk ziekenhuis wordt een ratio berekend, samengesteld uit een weging van drie ratio's :

1) Aantal opnames (klassiek + chir. Dagziekenhuis) van personen die voldoen aan de voorwaarden om te genieten van de sociale maximumfactuur / totaalaantal opnames 7VI aan 25%
2) Aantal opnames (klassiek + chir. Dagziekenhuis) van personen die van de maximumfactuur lage inkomens genieten en die alleenstaand zijn / totaalaantal opnames 7VI aan 66%
3) Aantal dossiers van personen zonder onderstandsdomicilie waarvan de hospitalisatiekosten door de POD Maatschappelijke integratie wordt terugbetaald aan de OCMW's / totaalaantal opnames aan 100%

Het beschikbare budget elk jaar bij het BFM van juli wordt herverdeeld onder alle ziekenhuizen dewelke een score boven de mediaan hebben waarbij de verdeling gebeurt obv het aantal gevallen berekend als volgt :

- 60% obv aantal gevallen van ratio 1
- 25% obv aantal gevallen van ratio 2
- 15% obv aantal gevallen van ratio 3

We merken op dat deze verdeling reeds resulteert in een een concentratie van middelen voor deze lijn.

Alle andere lijnen worden sinds 2008 of 2009 niet meer herberekend. Zij zijn historisch verdeeld onder de ziekenhuizen op basis van twee verdeelsystemen:

- Een eerste systeem dat nauw samenhing met het in B8, lijn 201, gebruikte systeem
- Een tweede systeem dat zich baseerde op de sociale correctie-index, een eerder complex en weinig transparant systeem opgenomen in bijlage 17 bij het KB van 25 april 2002 tot vaststelling en vereffening van het BFM

3. Model van verdeling van het budget: basisgegevens, parameters en simulaties

Beschikbare gegevens betreffende de patiënten met een sociaal profiel

Jaar	Opnamen V.I.	Totaal aantal Opnamen	Opnamen MAF1	Opnamen MAF2	Mediprima-opnamen	Fedasil facturen (exclusief partners: Rode Kruis, …)	
2019	2.370.577	2.495.953	592.480 (25 %)	56.191 (2,4 %)	24.197 (0,97 %)	+/- 340	

Houd er rekening mee dat de verdeling per ziekenhuis van de gekende patiëntencategorieën als bijlage gaat bij het eerste FRZV-advies[2].

De FRZV beschrijft de verschillende categorieën patiënten met sociaal profiel die relevant zijn voor een nieuwe verdeelsleutel en voor wie momenteel betrouwbare gegevens beschikbaar zijn, met de eventuele mogelijkheden om de definities en de gegevensvergaring te verfijnen of te verbeteren.

1. Verhoogde tegemoetkoming (MàF1 ou « BIM »)

MAF1, volgens de huidige definitie = „klassieke opnamen en dagopnamen voor heelkunde met betrekking tot de patiënten die voldoen aan de voorwaarden om de sociale maximumfactuur te genieten."

Dit zijn in principe alle V.T.-patiënten (ontvangers verhoogde tegemoetkoming), vandaar zijn de aantallen zo hoog (25 % van de opnamen). Er is geen rechtstreeks verband met de maximumfactuur (MAF).

De FOD ontvangt een opsplitsing in subcategorieën (zie bijlage 2). Verschillende van de subcategorieën in de huidige definitie zijn niet meer relevant wegens evolutie van de regelgeving van de ziekteverzekering. Bijvoorbeeld: het VIPO-statuut bestaat niet langer. Echter laat dergelijke opsplitsing wel toe om te achterhalen om welke reden het recht op verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend en eventueel meer selectief te zijn in de selectie van de patiënten met het zwaarste sociale profiel. De achterhaalde opsplitsing zorgt echter voor verwarring waardoor de VI's niet helemaal op dezelfde wijze de gegevens aanleveren.

De FRZV heeft de verschillende bestaande mechanismen onderzocht die het recht op verhoogde tegemoetkoming openen teneinde potentieel selectiever te kunnen zijn in het meenemen van rechthebbenden op verhoogde tegemoetkoming[3].

De FRZV is er na onderzoek momenteel niet in geslaagd om binnen de categorie patiënten met verhoogde tegemoetkoming een selectie te maken van patiënten met het zwaarste sociale profiel omdat een patiënt om verschillende redenen toegang kan krijgen tot het systeem. De FRZV stelt daarom voor alle V.T.-patiënten in aanmerking te nemen teneinde een duidelijke en eenvormige definitie te hanteren; die zal iets breder uitvallen dan de huidige verzameling, maar alle ziekenfondsen en alle ziekenhuizen zullen haar op eenvormige, ondubbelzinnige wijze toepassen. De FRZV beveelt echter aan dit punt, dat momenteel ook wordt onderzocht binnen de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, te blijven bestuderen om patiënten met de zwaarste sociale profielen te verfijnen en te kunnen targeten.

2. InkomensMAF (MàF2)

MAF2, in de huidige definitie = „klassieke opnamen en dagopnamen voor heelkunde met betrekking tot alleenstaande patiënten die de inkomensMAF genieten". Volgens het gegevensverzamelingsprotocol betreft het eenpersoonsgezin met nettojaarinkomen tussen 0 en 14 475,81 euro.

Het criterium MàF2 is niet gelinkt aan het statuut verhoogde tegemoetkoming. Het gaat om alle patiënten die de maximumfactuur bereikt hebben, geïsoleerd zijn binnen een gezin van één enkele

[2] Avis du CFEH 573 du 9 mars 2023

[3] Een overzicht van deze mechanismen is opgenomen in bijlage 3.

persoon en waarvan het jaarlijks inkomen beneden een bepaalde grens ligt. Het inkomensplafond is sinds 2005 niet aangepast (ook niet geïndexeerd).

De FRZV stelt voor om dit criterium te behouden maar voor het inkomensplafond vanaf referentiejaar 2022 te verwijzen naar de eerste twee schijven van de inkomensMAF (cf in het geel hieronder).

a) Inkomens MAF

2023

Inkomensschijven	Maximumbedragen
van 0,00 tot 12.186,41 EUR	250,00 EUR
van 12.186,42 tot 21.801,89 EUR	506,79 EUR
van 21.801,90 tot 33.516,33 EUR	732,03 EUR
van 33.516,34 tot 45.230,81 EUR	1.126,20 EUR
van 45.230,82 tot 56.457,17 EUR	1.576,68 EUR
vanaf 56.457,18 EUR	2.027,16 EUR

2022

Inkomensschijven	Maximumbedragen
van 0,00 tot 11.120,00 EUR	250,00 EUR
van 11.120,01 tot 19.894,05 EUR	506,79 EUR
van 19.894,06 tot 30.583,38 EUR	732,03 EUR
van 30.583,39 tot 41.272,75 EUR	1.126,20 EUR
van 41.272,76 tot 51.516,72 EUR	1.576,68 EUR
vanaf 51.516,73 EUR	2.027,16 EUR

2021

Inkomensschijven	Maximumbedragen
van 0,00 tot 19.420,20 EUR	487,08 EUR
van 19.420,21 tot 29.854,92 EUR	703,56 EUR
van 29.854,93 tot 40.289,68 EUR	1.082,40 EUR
van 40.289,69 tot 50.289,65 EUR	1.515,36 EUR
vanaf 50.289,66 EUR	1.948,32 EUR

Merk op dat er een zekere dubbeltelling kan zijn met het eerste criterium (rechthebbenden verhoogde tegemoetkoming). De FRZV meent dat dit niet problematisch is omdat de budgetten gescheiden zijn en de regels voor elk ziekenhuis op dezelfde manier worden toegepast.

3. Mediprima

Het laatste criterium omvat momenteel de dossiers van “personen zonder onderstandsdomicilie waarvan de hospitalisatiekosten door de POD Maatschappelijke integratie wordt terugbetaald aan de OCMW’s”. Deze worden door de ziekenhuizen gefactureerd aan de HZIV via het facturatiesysteem “mediprima”.

De FRZV stelt voor om dit criterium te behouden en aan te vullen met de patients demandeurs de protection internationale. Het gaat om patiënten waarvan de hospitalisatiekosten door Fedasil of één van zijn partners (rode kruis, …) wordt terugbetaald aan de ziekenhuizen. Het betreft een beperkt aantal patiënten, maar die de laatste jaren een sterke groei kent en vaak geconcentreerd in een beperkt aantal ziekenhuizen worden behandeld. Momenteel gebeurt deze facturatie nog op papier, deze patiënten zullen in principe vanaf 2025 ook via “mediprima” worden gefactureerd.

Gezien deze gegevens vandaag nog niet beschikbaar zijn, le CFEH propose de ne pas inclure les patients demandeurs de protection internationale dans le recalcul pour le BMF au 1er juillet 2024. Pour les BMF au 1er juillet 2025 et 2026, de FRZV stelt voor om deze gegevens via een ad hoc bevraging op te vragen bij de ziekenhuizen zolang deze gegevens niet beschikbaar zijn binnen “mediprima” voor het

gebruikte referentiejaar. Vanaf 2027 kan men die gegevens in principe rechtstreeks via „Mediprima" verzamelen, aan de hand van de facturering die dan elektronisch zal verlopen.

Patiënten met een sociaal profiel voor wie geen gegevens beschikbaar zijn

Voor de 3 bovenstaande categorieën zijn er verschillende maatregelen om de financiële kosten ten laste van de patiënt te beperken/recupereren : bv. lager of geen remgeld bij VT en volledige tenlasteneming van de factuur in geval van mediprima. De meerkost bevindt zich voornamelijk op de belasting van de sociale dienst en eventueel complexere/langere opnames.

Voor verschillende groepen van niet-VI-patiënten ontbreekt het vandaag echter aan cijfers. We kunnen deze momenteel dus niet gebruiken. Het gaat over patiënten zonder verzekering of waarvoor de verzekerbaarheid niet geregulariseerd geraakt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan potentiële mediprima patiënten die verdwijnen alvorens hun verzekerbaarheid in orde geraakt.

Een andere belangrijke groep die ontbreekt zijn de niet-verzekerde EU-burgers die hoogdringende hulpverlening nodig hebben en legaal in België verblijven (obv werk). In principe zouden deze patiënten verzekerd moeten zijn in het land van herkomst, maar dat toch niet zijn. Zie omschrijving van de doelgroep in bijlage 1. Het gaat in het bijzonder over de sociale dumping in de bouwsector en waar de persoon in kwestie dringende medische hulp nodig heeft. Zij komen het ziekenhuis binnen via spoed of een secundair transfer. Voor deze groep patiënten liggen alle lasten (administratief en zorg) bij het ziekenhuis. Er is weinig, beperkte of geen medewerking van patiënt, familie, al dan niet betrokken werkgever t.a.v. het ziekenhuis/OCMW/mutualiteit.

Bij niet-verzekerde patiënten blijft het ziekenhuis in vele gevallen ook achter met een onbetaalde factuur. Een factuur die bovendien zeer hoog ligt omdat er nergens in de wetgeving voor deze groep beschermingsmaatregelen voorzien zijn.

Specifiek met betrekking tot de groep van **hoogdringende hulpverlening bij niet-verzekerde EU-burgers** vraagt de FRZV om zo snel mogelijk initiatief te nemen om gegevens te verzamelen. Ziekenhuizen stellen namelijk vast dat deze groep stijgt, oa. omwille van de stijging van sociale dumping. De FRZV vraagt om de piste van registratie via de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering te verkennen. De Hulpkas behandelt de aanvraag erkenning mindervaliden voor geneeskundige verzorging, voor EU en niet EU-burgers indien ze aan bepaalde voorwaarden voldoen. Voorstel dat ziekenhuizen de groep van niet-verzekerde EU-burgers identificeren en laten registreren bij de Hulpkas. Door een systematische registratie kunnen deze patiënten geïdentificeerd worden en kunnen de gegevens ook gevalideerd worden door een derde partij. Ook voor **andere niet-verzekerde patiënten met een sociaal profiel** wenst de FRZV verder onderzoek om deze in kaart te brengen.

Parameters voor de verdeling

Op basis van de beschikbare gegevens, de in het advies van 9 maart 2023 uiteengezette kaderbeginselen en de wil om het nieuwe systeem in te bedden in de continuïteit van het huidige systeem, identificeert de FRZV vier parameters die kunnen worden gebruikt ter bepaling van de concrete modaliteiten voor de verdeling.

- Drie parameters maken het mogelijk om een eerste, geconcentreerd deel van het budget toe te wijzen aan die ziekenhuizen die verhoudingsgewijs de meeste patiënten met een sociaal profiel opnemen.

- Een 4e parameter is van toepassing op een tweede deel van het budget, dat over alle ziekenhuizen wordt verdeeld.

1. De eerste parameter (parameter 1) is het **aandeel van het budget** dat specifiek wordt geoormerkt voor ziekenhuizen die verhoudingsgewijs meer patiënten met een sociaal profiel ontvangen. Van de 55,4 miljoen euro (geïndexeerd) van de nationale enveloppe stelt parameter 1 daarom een percentage vast dat enkel over welbepaalde ziekenhuizen wordt verdeeld; het saldo van dat budget wordt verdeeld over alle ziekenhuizen. In de onderstaande simulaties wordt die verhouding vastgesteld op 50 % of 30 %. Volgens het huidige systeem bedraagt dit 13,7 miljoen euro van budgetlijn B8-201 (ongeveer 25 % van het totale budget).

2. De tweede parameter (parameter 2) betreft het **aantal ziekenhuizen** waarover dat geconcentreerde budget wordt verdeeld. Stel dat parameter 1 gelijk is aan 50 %, dan dient te worden bepaald over hoeveel ziekenhuizen die helft van het budget wordt verdeeld. Om de betreffende ziekenhuizen te kennen, gebruikt parameter 2 het wegingssysteem zoals momenteel wordt gebruikt voor lijn B8-201[4].

Aan de hand van de behaalde score worden de ziekenhuizen verdeeld over 10 decielen, variërend van deciel 1 (= ziekenhuizen die het laagste aantal patiënten met een sociaal profiel tellen) tot deciel 10 (= ziekenhuizen die de meeste patiënten met sociale profielen tellen). Parameter 2 bepaalt over welke decielen het geconcentreerde deel van het budget wordt verdeeld. In de uitgevoerde simulaties is dat respectievelijk de mediaan (de top 50) of deciel 8 (de top 30). Binnen de huidige financiering is dat de mediaan (top 50).

3. De derde parameter (parameter 3) geeft aan hoe het budget wordt verdeeld over de verschillende categorieën patiënten met een sociaal profiel, voor het geconcentreerde deel van het budget dat specifiek wordt verdeeld over de ziekenhuizen van de hoogste decielen. Zo gaat één deel van het budget naar de V.T.-patiënten (MAF1), een tweede deel naar de MAF2-patiënten en een derde deel naar de patiënten met „Mediprima" (of niet-V.I.-patiënten), waaronder op termijn ook de „aanvragers internationale bescherming" zullen kunnen vallen (zie hierboven).

4. De vierde parameter (parameter 4) bepaalt hoe het budget wordt verdeeld over de verschillende categorieën patiënten met een sociaal profiel, voor dat deel van het budget dat over alle ziekenhuizen wordt verdeeld. Zo gaat één deel van het budget naar V.T.-patiënten, een tweede deel naar MAF2-patiënten en een derde deel naar „Mediprima"-patiënten (of niet V.I.-patiënten), waaronder op termijn ook de „aanvragers internationale bescherming" zullen kunnen vallen (zie hierboven).

De FRZV heeft het mogelijk gebruik van onbetaalde facturen als parameter onderzocht maar niet weerhouden omdat deze momenteel onvoldoende objectief kan worden vergeleken tussen instellingen.

---

[4] Ter herinnering, deze score is de gewogen som van de volgende verhoudingen:

1. Aantal opnamen (klassiek ziekenhuis + chirurgisch dagziekenhuis) van personen die in aanmerking komen voor de sociale maximumfactuur /totaal aantal opnamen 7V.I. gewogen op 25 %;
2. Aantal opnamen (klassiek + chirurgisch dagziekenhuis) van alleenstaanden die de InkomensMAF genieten /totaal aantal opnamen 7V.I., gewogen op 66 %;
3. Aantal dossiers van personen zonder onderstandsdomicilie voor wie de POD Maatschappelijke Integratie de ziekenhuisopnamekosten terugstort aan het OCMW /totaal aantal opnamen, gewogen op 100 %.

De waarde van elk van de parameters kunnen we, zoals reeds aangehaald, niet onderbouwen op basis van objectieve gegevens. Er is dus geen garantie of ze weldegelijk in lijn liggen met de meerkosten die er voor de ziekenhuizen tegenover staan. We bestuderen daarom verschillende scenario's in het volgend hoofdstuk "simulaties".

De toepassing van de parameters zorgt voor verschillende mate van concentratie, wat in de simulaties tot uiting zal komen en ook in het eerste advies al werd vermoed (cf grafieken in bijlage bij het eerste advies).

Simulaties

Voor een beter begrip van de gecombineerde effecten van de verschillende parameters vroeg de FRZV de administratie om drie scenario's te simuleren. In de onderstaande tabel ziet u de parameters die voor ieder scenario werden gekozen, alsook de parameters die in het huidige systeem worden gebruikt. U ziet, in cursieve druk, voor ieder scenario de parameters die afwijken van de huidige verdeling.

	Parameter 1	**Parameter 2**	**Parameter 3**	**Parameter 4**
	Geconcentreerd deel van het budget	Ziekenhuizen die het geconcentreerd deel ontvangen	Verdeling van het geconcentreerd budget over de verschillende categorieën patiënten	Verdeling van het budget voor alle ziekenhuizen over de verschillende categorieën patiënten
Huidig systeem	24,7 % (13,7 miljoen op 55,4 miljoen)	De bovenste 5 decielen	V.T. = 60 % MAF2 = 25 % Niet-V.I. = 15 %	V.T. = 60 % MAF2 = 25 % Niet-V.I. = 15 %
Scenario 1	*50 %*	De bovenste 5 decielen	V.T. = 60 % MAF2 = 25 % Niet-V.I. = 15 %	V.T. = 60 % MAF2 = 25 % Niet-V.I. = 15 %
Scenario 2	*50 %*	De bovenste 5 decielen	V.T. *= 55 %* *MAF2 = 20 %* *Niet-V.I. = 25 %*	V.T. *= 55 %* *MAF2 = 20 %* *Niet-V.I. = 25 %*
Scenario 3	*30 %*	*De bovenste 3 decielen*	V.T. *= 55 %* *MAF2 = 25 %* *Niet-V.I. = 20 %*	V.T. *= 62,5 %* *MAF2 = 25 %* *Niet-V.I. = 12,5 %*

Scenario 1 benadert het dichtste de huidige verdeling van lijn B8-201, maar verhoogt het geconcentreerde deel van het budget (thans ongeveer 25 %) tot 50 %. Scenario 2 is gelijk aan scenario 1, maar geeft meer gewicht aan de categorie niet-V.I.-patiënten (25 % in plaats van 15 %) terwijl het aandeel V.T.- en MAF2-patiënten voor elk van deze categorieën met 5 % afneemt (en daalt tot respectievelijk 55 % en 20 %). In scenario 3 gaat het geconcentreerde deel van het budget naar minder ziekenhuizen (de eerste drie decielen), maar het beloopt slechts 30 % van het budget. In dat scenario krijgen de V.T.-patiënten meer gewicht in het over alle ziekenhuizen verdeelde gedeelte van het budget, terwijl in het gedeelte van het geconcentreerde budget de „niet-V.I."-patiënten zwaarder doorwegen.

In de scenario's houdt men rekening met de ontwikkelingen van de opname-aantallen voor de drie patiëntencategorieën in het tijdvak 2012-2022 (zie onderstaande tabel). Die ontwikkelingen doen uitschijnen dat de opnamen van niet-V.I.-patiënten (ADM ILL in de tabel; + 36,5 %) aanzienlijk zijn gestegen in dat tijdvak, terwijl de opnamen van V.T.-patiënten (MAF1 in de tabel) en MAF2 zijn afgenomen. Voor beide categorieën kan men echter, gezien de significante jaarlijkse schommelingen, bezwaarlijk concluderen dat er een algemene neerwaartse trend bestaat.

De cijfers in de onderstaande tabel hangen noodzakelijkerwijze af van de definities die de V.I.'s in de loop der jaren hebben gehanteerd, zonder dat de omzendbrief over gegevensverzameling werd aangepast aan de ontwikkelingen in de regelgeving.

Evolutions	ADM TOT		ADM MAF 1		ADM MAF 2		ADM ILL	
BFM/YAAR	Données	Evolution (%)	Données	Evolution (%)	Données	Evolution (%)	Données	Evolution (%)
2012	2.372.354		622.577		76.096		17.721	
2013	2.391.532	0,81%	630.039	1,20%	69.173	-9,10%	14.380	-18,85%
2014	2.433.380	1,75%	646.793	2,66%	71.943	4,00%	16.455	14,43%
2015	2.439.334	0,24%	646.153	-0,10%	75.680	5,19%	15.097	-8,25%
2016	2.438.974	-0,01%	628.197	-2,78%	70.841	-6,39%	16.051	6,32%
2017	2.446.734	0,32%	680.275	8,29%	53.264	-24,81%	17.913	11,60%
2018	2.485.501	1,58%	690.353	1,48%	53.879	1,15%	19.960	11,43%
2019	2.493.371	0,32%	582.118	-15,68%	58.039	7,72%	21.391	7,17%
2020	2.476.297	-0,68%	582.839	0,12%	62.939	8,44%	22.957	7,32%
2021	2.495.953	0,79%	592.480	1,65%	56.191	-10,72%	24.197	5,40%
2022	2.495.953	0,00%	592.480	0,00%	56.191	0,00%	24.197	0,00%
2022/2012 (%)		5,21%		-4,83%		-26,16%		36,54%

De FRZV onderzocht scenario's waarin de niet-V.I.-patiënten zwaarder zouden doorwegen dan in het huidige systeem (scenario 2: 25 % van het totale budget is voorbehouden voor niet-V.I.-patiënten; scenario 3: 20 % van het geconcentreerde budget is voorbehouden voor diezelfde patiënten) als gevolg van de opwaartse trend voor die categorie, die bovendien nog zal worden aangevuld met de patiënten die internationale bescherming zoeken. Sommige niet-V.I.-patiënten met een sociaal profiel worden momenteel niet in de gegevens geregistreerd. Zoals eerder aangehaald, stelt de FRZV voor om zo snel mogelijk initiatief te nemen om gegevens te verzamelen (en in voorkomend geval de correlatie met de Mediprima-patiënten te onderzoeken).

De FRZV onderzocht tevens verschillende concentratiescenario's (scenario's 1 en 2: 50 % van het budget voor de top-50-ziekenhuizen; scenario 3: 30 % van het budget voor de top-30-ziekenhuizen).

Dankzij simulaties door de FOD Volksgezondheid kon men de weerslag van de tenuitvoerlegging van drie geplande scenario's in kaart brengen. Andere elementen konden we niet testen, denk aan het evenredig verdelen van het niet-geconcentreerde deel van het budget prorata de patiënten met een sociaal profiel, zonder specifieke weging in verband met hun categorie (V.T., MAF2, Mediprima).

In de onderstaande twee tabellen ziet u, voor 2021 en per ziekenhuisdeciel, de financiering zoals die momenteel wordt berekend en de financiering in de verschillende scenario's. De eerste tabel bevat de voor scenario 1 en scenario 2 verkregen cijfers, terwijl de tweede tabel de voor scenario 3 verkregen cijfers vermeldt. Bovendien staat voor elk scenario en per deciel het verschil aangegeven (zowel in massa als in percentage) tussen de simulatie en de huidige financiering. Het totale aantal opnamen voor elk deciel vindt u in de laatste kolom.

Financement actuel Scénario 1 Scénario 2

	huidige fin (2021)	simulatie 60 25 15	in massa	in %	simulatie 55 20 25	in massa	in %	opnames totaal
deciel 1	2.793.369,64	1.645.900,57	-1.147.469,07	-41,08%	1.474.542,81	-1.318.826,83	-47,21%	250.832
deciel 2	3.664.458,25	2.307.844,85	-1.356.613,40	-37,02%	2.109.951,83	-1.554.506,42	-42,42%	309.469
deciel 3	2.934.960,65	2.006.811,85	-928.148,80	-31,62%	1.824.896,58	-1.110.064,07	-37,82%	253.982
deciel 4	3.333.356,96	2.225.831,11	-1.107.525,85	-33,23%	2.060.814,13	-1.272.542,84	-38,18%	270.915
deciel 5	3.335.885,83	2.102.381,88	-1.233.503,95	-36,98%	1.969.917,95	-1.365.967,88	-40,95%	235.430
deciel 6	5.117.753,95	5.976.494,31	858.740,36	16,78%	5.457.896,31	340.142,36	6,65%	229.796
deciel 7	5.598.168,66	6.733.586,44	1.135.417,78	20,28%	6.198.853,07	600.684,41	10,73%	247.977
deciel 8	7.255.085,04	7.670.861,95	415.776,91	5,73%	7.220.501,00	-34.584,04	-0,48%	267.763
deciel 9	6.754.925,68	7.527.477,66	772.551,99	11,44%	7.120.281,50	365.355,82	5,41%	243.741
deciel 10	8.059.852,76	10.650.626,77	2.590.774,02	32,14%	13.410.162,23	5.350.309,48	66,38%	186.048
totaal 2021	48.847.817,41	48.847.817,41			48.847.817,41			2.495.953

Financement actuel Scénario 3

	huidige fin (2021)	simulatie 70 30	in massa	in %	opnames totaal
deciel 1	2.793.369,64	2.353.395,34	-439.974,30	-15,75%	250.832
deciel 2	3.664.458,25	3.295.495,29	-368.962,97	-10,07%	309.469
deciel 3	2.934.960,65	2.869.699,70	-65.260,95	-2,22%	253.982
deciel 4	3.333.356,96	3.172.762,65	-160.594,31	-4,82%	270.915
deciel 5	3.335.885,83	2.990.440,61	-345.445,22	-10,36%	235.430
deciel 6	5.117.753,95	2.977.477,91	-2.140.276,04	-41,82%	229.796
deciel 7	5.598.168,66	3.369.324,65	-2.228.844,00	-39,81%	247.977
deciel 8	7.255.085,04	8.372.410,57	1.117.325,53	15,40%	267.763
deciel 9	6.754.925,68	8.208.774,55	1.453.848,87	21,52%	243.741
deciel 10	8.059.852,76	11.238.036,14	3.178.183,39	39,43%	186.048
totaal 2021	48.847.817,41	48.847.817,41	0,00		2.495.953

In de drie beoogde scenario's zijn de toegewezen middelen daadwerkelijk geconcentreerd bij de ziekenhuizen in de hoogste decielen, met een exponentieel effect op de verdeling van de middelen.

In onderstaande tabel zijn de 3 scenario's uitgedrukt in het bedrag per opname (alle opnames, niet alleen die van de sociale profielen) voor elk van de decielen

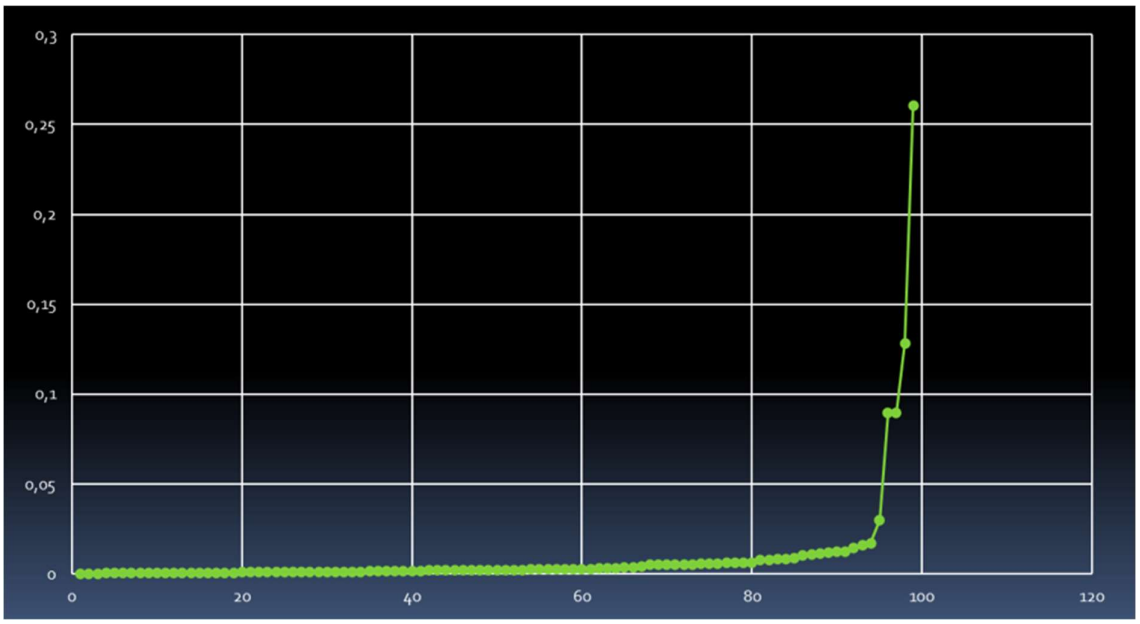
€ per opname	**Huidig**	**sim 1**	**sim 2**	**sim 3**
deciel 1	11	7	6	9
deciel 2	12	7	7	11
deciel 3	12	8	7	11
deciel 4	12	8	8	12
deciel 5	**14**	**9**	**8**	13
deciel 6	**22**	**26**	**24**	13
deciel 7	23	27	25	**14**
deciel 8	27	29	27	**31**
deciel 9	28	31	29	34
deciel 10	43	57	72	60
spanning 1 - 10	x 4	x 9	x 12	x 6

De 3 simulaties resulteren in verschuivingen tussen instellingen. De keuze van het scenario is bepalend voor de verschuivingen tussen instellingen. Zo is er bijvoorbeeld een veel grotere spanning (deciel 1 vs. deciel 10) op het finale gemiddelde bedrag per opname ten opzichte van de huidige financiering. Die spanning vloeit voornamelijk voort uit de concentratie in deciel 10, die vooral in het geval van het tweede scenario toeneemt. De spanning tussen decielen 1 en 10 vloeit ook voort uit de verdeling van het budget over alle ziekenhuizen (zie parameter 4). Dat geldt met name voor scenario 2, waarin de

niet-V.I.-patiënten zwaarder doorwegen in de verdeling van het gehele budget, terwijl de meeste van die patiënten sterk geconcentreerd zitten in een klein aantal ziekenhuizen die hen opvangen (zie Afbeelding 1 hieronder die deze exponentiële curve visualiseert). Scenario 2, waarbij het percentage niet-V.I.-patiënten stijgt van 15 % tot 25 % voor de parameters 3 EN 4, leidt tot een overdracht van ruim 5 miljoen euro naar deciel 10 in vergelijking met de huidige situatie.

De bestaande kloof in het huidige systeem tussen decielen 5 en 6 (1,8 miljoen euro) wordt bovendien nog groter door de helft van het budget toe te wijzen aan de ziekenhuizen boven de mediaan (3,9 miljoen euro in scenario 1 en 3,5 miljoen euro in scenario 2), terwijl momenteel slechts 25 % van het budget uitsluitend naar de ziekenhuizen boven de mediaan gaat. In scenario 3 verschuift die kloof om tussen de decielen 7 en 8 te belanden. In dat scenario, met de gekozen parameters, dragen de decielen 6 en 7 de grootste gevolgen van die verandering van parameters ten opzichte van de huidige verdeling.

Afbeelding 1. Verdeling van de Belgische ziekenhuizen volgens hun verhouding „aantal patiënten zonder onderstandsdomicilie/totaal aantal opnamen" (verticale as). Elke stip vertegenwoordigt een ziekenhuis.



Positionering ten opzichte van de simulaties

In het vorige hoofdstuk toonden we, door simulatie van 3 scenario's, de gecombineerde effecten van de verschillende parameters en hun wegingen. De FRZV is er niet in geslaagd overeenstemming te bereiken over één welbepaald scenario want, ofschoon er eensgezindheid heerst over het doel, de te gebruiken gegevens en de in aanmerking te nemen parameters, bestaat er vooralsnog geen consensus over de wegingen van de parameters en de budgetten.

De meningen lopen immers uiteen over de mate waarin men middelen tussen ziekenhuizen wenst te concentreren en te herverdelen. Onderstaande tabel geeft het spanningsveld weer.

Mate van herverdeling van de middelen in vergelijking met de huidige financiering	
Vraag dat de herverdeling van de beperkte middelen focust op de meest getroffen ziekenhuizen omdat de patiënten met het zwaarste sociaal profiel momenteel geconcentreerd opgenomen worden binnen een beperkt aantal ziekenhuizen. De spanning tussen de ziekenhuizen in het laagste en hoogste deciel is een weerspiegeling van deze verschillen en het is dus logisch dat deze stijgt. Het budget voor patiënten met sociaal profiel kan niet dienen om gebrekkige basisfinanciering bij te passen. Er is een overgangsperiode van 3 jaar voorzien om abrupte schommelingen af te vlakken.	Vraag om een voorzichtige aanpak met betrekking tot de herverdeling, als voorafname op de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Een te abrupte shift van middelen tussen ziekenhuizen in afwachting van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering moet vermeden worden, zeker omdat de basisfinanciering vandaag zowel op zorg vlak als zorgondersteunend vlak (cf. financiering sociale dienst in B1) onvoldoende is. De spanning tussen de ziekenhuizen in het laagste deciel en in het hoogste deciel wordt best beperkt. In eerste instantie gaan we naar een jaarlijkse herrekening die geen te grote verschuivingen met zich mee brengt. Bij doorvoering van de hervorming van de financiering kan een verdere concentratie doorgevoerd worden.
Aandeel van het „geconcentreerde" budget	
Een beperkt deel van het budget kan over alle ziekenhuizen worden verdeeld aangezien alle ziekenhuizen een deel sociale patiënten opnemen, maar een groot deel moet geconcentreerd worden binnen de ziekenhuizen (gebruik van mediaan of top 30) die het zwaarst geraakt worden door deze bijkomende kosten. De organisatiestructuur moet voor hen namelijk hierop afgestemd worden met bijhorende extra vaste kosten. De mediaan wordt vandaag al gebruikt voor de verdeling van een deel van het budget en het stopzetten hiervan zou ook leiden tot belangrijke verschuivingen van budgetten in een ongewenste zin.	Het budget moet binnen B8 geconcentreerd worden. Echter deze concentratie resulteert reeds uit de gehanteerde (beschikbare) patiëntenprofielen (MAF1, MAF 2 en mediprima) en hun weging. Het versterkend effect door een afzonderlijk budget exclusief voor een aantal ziekenhuizen te voorzien (gebruik van mediaan of top 30) is moeilijk om te verantwoorden en zorgt voor een te exponentiële verdeling. Bovendien biedt deze werkwijze weinig financiële stabiliteit voor de ziekenhuizen die zich rond de afkapwaarde bevinden
Gewicht van de niet-V.I.-patiënten	
Niet-VI-patiënten vertegenwoordigen de grootste meerkost voor de ziekenhuizen, het budget hiervoor moet daarom sterk verhogen.	Een te grote weging van het budget voor de niet-VI-patiënten, leidt tot een te grote concentratie en dus verschuiving van de budgetten bij het deciel 10, in het bijzonder in scenario 2.
Definitie van de niet-V.I.-doelgroep	

Men vermoedt een sterke correlatie tussen de mediprima patiënten en de niet-gekende niet-VI-patiënten met een sociaal profiel.	De huidige gekende niet-VI-patiënten (mediprima) omvatten niet alle niet-VI-patiënten met een sociaal profiel.

4. Conclusies

De FRZV ondersteunt de volgende aannames:

- Alle financiering wordt geïntegreerd in onderdeel B8 van de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van Sp-diensten, Sp palliatieve zorg, geïsoleerde G-diensten en eenheden ter behandeling van zware brandwonden en zal voortaan jaarlijks worden herberekend.
- Het huidige financieringssysteem in onderdeel B8, lijn 201 (het enige onderdeel dat nog wordt herberekend) blijft behouden als uitgangspunt voor het nieuwe financieringsmodel. Dit is inderdaad een evolutie van het systeem, in afwachting van een diepgaander hervorming ten tijde van de hervorming van de financiering van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen.
- Een deel van het budget wordt geconcentreerd voor de ziekenhuizen met de hoogste behoeften, terwijl het saldo wordt verdeeld over alle ziekenhuizen;
- De nieuwe modaliteiten invoeren gedurende een overgangsperiode van 3 jaar.

De FRZV bereikte een akkoord over de parameters en de gegevens die moeten worden gebruikt in een nieuw model voor budgetverdeling, samengevat in de onderstaande tabel.

<u>Patiënten met een sociaal profiel</u>

V.T.-patiënten	**Patiënten MAF2**	**Mediprima-patiënten**
Patiënten die de verhoogde tegemoetkoming genieten	Alleenstaande patiënten die de InkomensMAF genieten	Patiënten zonder onderstandsdomicilie en patiënten die internationale bescherming vragen

<u>Parameters voor verdeling</u>

Parameter 1	**Parameter 2**	**Parameter 3**	**Parameter 4**
Geconcentreerd deel van het budget	Ziekenhuizen die het geconcentreerd deel ontvangen	Verdeling van het geconcentreerd budget over de verschillende patiëntencategorieën	Verdeling van het budget voor alle ziekenhuizen over de verschillende patiëntencategorieën

De FRZV kon geen overeenstemming bereiken over een concreet scenario omdat, ofschoon er eensgezindheid heerst over het doel, de te gebruiken gegevens en de parameters die in aanmerking moeten worden genomen, er tot dusver geen consensus bestaat over de wegingen van parameters en budgetten. Er leven verschillende meningen omtrent de gewenste mate van concentratie en herverdeling van middelen tussen ziekenhuizen.

Bijlage 1: Omschrijving groep « Hoogdringende geneeskundige hulpverlening bij niet verzekerde EU-burgers »

- Opname via spoed of secundair transfer
- Legaal verblijf op basis van werk
    - Ingeschreven als zelfstandige
    - Ingeschreven als werknemer, vaak bij buitenlandse werkgevers
    - Niet ingeschreven
    - Geen aansluiting bij de verplichte ziekteverzekering
    - Niet verzekerd ikv arbeidsongeval
    - Vaak geen domicilieadres, reeds ambtshalve geschrapt
    - Contactgegevens wisselen en zijn niet meer te bereiken

Bijlage 2: Categorieën MAF 1 volgens de huidige bepalingen van het KB

A: rechthebbenden op een tegemoetkoming voor personen met een handicap, met uitzondering van leefloon

B: rechthebbende met een handicap (ziekenfonds) op basis van medische erkenning

C: leefloon of gelijkgestelde OCMW-bijstand

D: werkloze vijftigplussers, …

E: gewaarborgd inkomen voor ouderen

F : aantal personen 65 ans (ou plus) inscrite (mutualité) en qualité de resident met voorkeursregeling

G : aantal personen statut VIPO met voorkeursregeling

H: kind met handicap, dat recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming

Données MAF 1 par catégorie.

BFM/YAAR	REF/YAAR	Total MAF 1	Cat. A	Cat. B	Cat. C	Cat. D	Cat. E	Cat. F	Cat. G	Cat. H
2019	2017	582.118	188.234	8.576	59.323	37.411	31.070	1.180	245.339	10.985
2020	2018	582.839	195.594	7.755	60.360	35.036	29.064	1.233	243.137	10.660
2021	2019	592.480	198.082	10.073	60.588	28.074	29.774	1.163	254.079	10.647
2022	2019	592.480	198.082	10.073	60.588	28.074	29.774	1.163	254.079	10.647

Le détail des MAF 1, par catégorie n'est disponible qu'à partir de 2019 (BMF au 1/7/2019), ce qui correspond aux données de l'exercice 2017.

Bijlage 3: Categorieën V.T.-patiënten volgens de geldende RIZIV-wetgeving

Rechten
1) Automatische toekenning van rechten • leefloon via OCMW (sedert ten minste drie maanden) • inkomensgarantie voor ouderen • invaliditeitsuitkering, toegekend door de Federale Overheidsdienst (FOD) Sociale Zekerheid • de door de Vlaamse Gemeenschap, het Waals Gewest, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest of de Duitstalige Gemeenschap toegekende toelage voor ouderensteun (2023 en 2024) • erkend als kind met handicap van ten minste 66 % • niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV) • een volle wees
2) Aanvraag noodzakelijk: Bijzondere status + huidig gezinsinkomen < (27.011 euro + 5.000,48 euro per bijkomende persoon ten laste - grensbedragen 1.1.2024) 1. invalide, gepensioneerde 2. erkend als persoon met handicap 3. volledig werkloos of arbeidsongeschikt sedert ten minste drie maanden 4. zelfstandige die sedert ten minste 1 kwartaal het overbruggingsrecht geniet 5. eenoudergezin 6. persoon geïdentificeerd in het raam van de *proactieve gegevensstroom*. De *proactieve gegevensstroom* is een uitwisseling van gegevens tussen overheidsdiensten om huishoudens te identificeren die mogelijk in aanmerking komen voor de verhoogde tegemoetkoming. Indien u in dat kader wordt geïdentificeerd, zal uw ziekenfonds u informeren. 7. vanaf 2025, persoon die een uitkering voor ouderenzorg ontvangt van de Duitstalige Gemeenschap (*Pflegegeld für Senioren*)
3) Aanvraag noodzakelijk: T-1 gezinsinkomen < (25.630,67 euro + 4.744,94 euro per bijkomende persoon ten laste — grensbedragen 1.1.2024)