

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 13/02/2025

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/611-3 (*)

**Advies van de FRZV -
Berekening van het BFM op 1 juli 2025**

Namens de voorzitter van de FRZV,
Margot Cloet,

Sabine Stordeur
Directrice-generaal

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 13/02/2025 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

Inleiding

Op 15 januari 2025 heeft de minister een adviesvraag ingediend bij de Federale Raad Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) over de berekening van het Budget Financiële Middelen (BFM) op 1 juli 2025. In dit advies wordt ingegaan op de gestelde vragen en formuleert de Raad aanvullend advies op eigen initiatief over diverse aspecten van de berekening.

Onderdeel B1

Voor acute ziekenhuizen wordt onderdeel B1 om de twee jaar berekend in onpare jaren. Uitzonderlijk is in 2024 een herberekening gebeurd op basis van referentiegegevens uit 2022, als gevolg van de standstill in 2020 en 2021 door Covid. De minister stelt voor om op 1 juli 2025 geen herberekening door te voeren en voortaan herberekeningen in pare jaren te doen.

De FRZV merkt op dat 2022 nog steeds sterk beïnvloed was door Covid (werkeenheden opnames, dagen), waardoor het wenselijk is om dit jaar zo snel mogelijk uit de referentieperiode te verwijderen. Bovendien zou een herberekening op 1 juli 2025 rekening houden met de uitbreiding van het dagziekenhuis in 2023. Dit verantwoordt waarom op 1 juli 2025 toch zou herberekend worden en we vanaf dan opnieuw om de 2 jaar de onpare jaren herberekenen.

Onderdeel B2

De Raad verwijst naar zijn specifiek advies van 13 februari 2025 over het dagziekenhuis voor zijn standpunt.

Verder is de Raad akkoord met de afschaffing van de vergelijking tussen MZG-opnames en Finhosta-opnames, in lijn met zijn advies van 31 januari 2019, en stelt voor het KB vanaf 1 juli 2024 dienovereenkomstig aan te passen.

Wat betreft de integratie van de aangepaste nomenclatuur voor spinale heelkunde in de standaardtijden (bijlage 9), merkt de Raad op dat deze integratie reeds in 2024 had moeten plaatsvinden en dringt erop aan dit zeker per 1 juli 2025 in te voeren. In advies 599 ontbraken nog standaardtijden voor acht prestaties; een aanhangsel wordt als bijlage toegevoegd.

In het advies van de FRZV 599-3 werd reeds een voorstel gedaan tot standaardtijden voor de nieuwe spine-nomenclatuur. Er waren een aantal ingrepen die als 'nog te bepalen' opgenomen waren in de lijst. De Raad betreurt dat de reeds aanvaarde standaardtijden niet in het BFM 2024/07 opgenomen zijn. Het directe effect van deze nieuwe spine-nomenclatuur (nieuw art. 14n) is reeds van toepassing sinds 1 september 2022, waardoor dit ook al effect had op referentiejaar 2022. De Raad adviseert de volgende

standaardtijden voor de nog ontbrekende prestaties en de reeds goedgekeurde standaardtijden op te nemen voor berekeningen in BFM 2025/07, zie bijlage 1. Het voorstel is gebaseerd op een theoretische aanpak, gezien het uitzonderlijke karakter van deze nomenclatuurprestaties. De standaardtijd werd afgeleid van de gemiddelde standaardtijd bij gelijkaardige prestaties met eenzelfde K-waarde en na afstemming met ziekenhuizen die dergelijke prestaties uitvoeren.

Tenslotte herhaalt de FRZV de expliciete vraag dat de administraties van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid een permanente procedure kunnen opmaken zodat de impact van nomenclatuurwijzigingen op het BFM vanaf de beginfase worden gedetecteerd en zo proactiever te werken.

Daarnaast herinnert de Raad eraan dat vanaf 1 juli 2025 alle prestaties van het dagziekenhuis op lijst A moeten worden toegevoegd aan bijlage 9, met standaardtijden gelijk aan hun gehospitaliseerde tegenhangers, conforme vorige adviezen.

De Raad stemt in met de verlenging van het bevroren van de permanent beschikbare operatiezaal voor neurochirurgie, in afwachting van een advies van de Technische geneeskundige raad over de correlatie tussen de oude en de nieuwe nomenclatuurcodes. In dit kader herhaalt de Raad zijn vraag om een permanente werkgroep op te richten binnen de FRZV om de impact van nomenclatuurwijzigingen systematisch in het BFM te integreren, de administraties FOD Volksgezondheid en RIZIV dienen de nodige procedures op te zetten om deze werkgroep te voeden.

Onderdeel B4

De Raad neemt akte van de intentie om bedragen en definities aan te passen en vraagt een update van de lijst met detailbedragen per overeenkomst, ter bevordering van de transparantie. Daarnaast benadrukt de Raad de noodzaak om werk te maken van de structurele verankering van pilootprojecten, met bijzondere aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg. De werkgroep FRZV 'Structuralisering pilootprojecten B4' zal hier verder advies over verschaffen.

Onderdeel B5

De Raad herhaalt zijn advies van 2024. De Raad vraagt dat het budget wordt verhoogd om meer ziekenhuisapothekers op te leiden, zodat extra kandidaten daadwerkelijk een uniforme vergoeding kunnen ontvangen. De indexmassa mag hier niet voor gebruikt worden, de FRZV geeft er voorkeur aan om de bestaande bedragen te indexeren. Ook wordt opnieuw gevraagd om besparingen door forfaitisering van geneesmiddelen terug te investeren in ziekenhuisapotheken en klinische farmacie, gezien het budget tussen 2006 (336,2 miljoen €) en 2023 (192,6 miljoen €) sterk is gedaald .

Herzieningen

Reproductieve geneeskunde

De Raad neemt kennis van het alternatieve voorstel voor de gegevensverwerking. De Raad wenst erop te wijzen dat het de verantwoordelijkheid is van het College van Geneesheren Reproductieve Geneeskunde om in te staan voor de inventarisatie, data cleaning, analyse en rapportering van de IVF-data (Belrap). Deze instantie garandeert de opmaak van de jaarlijkse rapporteringen op Belgisch niveau (publiek beschikbaar), en biedt de mogelijkheid aan individuele ziekenhuizen om via een online systeem gegevens op te vragen. Deze dienstverlening wordt heel positief gewaardeerd door de ziekenhuizen. De beschikbaarheid van deze databank zou volgens de Raad moeten volstaan om de noodzakelijke gegevens voor de BFM-berekening te kunnen uitvoeren.

Ingeval op termijn (en ten vroegste op 1 juli 2026) alsnog deze werkwijze zou verdwijnen stelt de Raad de volgende oplossing voor:

- op termijn wenst de raad voor dit onderdeel het herzienbaar karakter af te schaffen. Dit vergt echter bijkomend budget om de actualisering op basis van de laatst gekende gegevens te kunnen realiseren in plaats van op basis van de laatste herziening. Bij actualisering kan dan gebruik gemaakt worden van de door het RIZIV gerapporteerde VI-gegevens T-3 en de door het ziekenhuis gerapporteerde niet-VI - gegevens T-3. Op die manier is het in het jaar T mogelijk om rekening te houden met de geboekte gegevens T-3 +24 maanden, wat een completer beeld geeft van de verstrekkingen verricht in het jaar T-3 dan de geboekte gegevens +6 maanden.
- in afwachting van dit bijkomend budget, kan de provisie berekend worden op basis van Belrap gegevens zolang beschikbaar. Indien deze gegevens in de toekomst niet meer beschikbaar zijn, kan de provisie worden berekend op basis van de RIZIV-gegevens T-3 en de herziening op basis van de door de ziekenhuizen via Finhosta aangeleverde gegevens van het betrokken jaar, zowel voor VI-patiënten als voor niet-VI-patiënten

Personeelstabel

De Raad stemt in met het schrappen van de systematische controle van deze tabel vanaf de herziening van 2018, zodat alle ziekenhuizen op gelijke basis worden geëvalueerd. Wel benadrukt de Raad dat deze tabel een cruciale bron van informatie blijft over BFM-gefinancierd personeel. De Raad vraagt dat de administratie deze tabel, met de ingevulde criteria, systematisch per ziekenhuis blijft bezorgen, samen met de BFM-berekening op 1 juli.

RIZIV-gegevens

De minister stelt voor om de begrippen 'verrichte prestaties' en 'geboekte gegevens' toe te voegen in het KB. De Raad moedigt de administratie aan om de regels hieromtrent zo

duidelijk mogelijk te omschrijven. De Raad wenst dat de volgende definities worden gebruikt :

- Voor de berekening van provisies o.b.v. RIZIV-gegevens:
 - Gebruik referentiejaar T-2, berekening in het BFM op 01/07/T
 - Verrichte prestaties die betrekking hebben op facturatie 01/01/T-2 tot 31/12/T-2. Deze prestaties kunnen tot 2 jaar na verrichte datum gefactureerd worden
 - Gebruik geboekte gegevens: vandaag gebruikt de administratie geboekte gegevens tot 30/06/T-1. Echter dit betreft gewoonlijk facturatie tot maart T-1 gezien de termijn tussen boeking en verwerking. Dit is te kort voor een relatief volledig zicht te verkrijgen. Tegenvoorstel FRZV:
 - Idealiter (indien RIZIV dit tijdig kan aanleveren): 31/12/T-1
 - Indien niet mogelijk: 30/09/T-1
- Voor de berekening van herzieningen o.b.v. RIZIV-gegevens:
 - Gebruik gegevens van het herziene jaar T
 - Verrichte prestaties die betrekking hebben op facturatie 01/01/T tot 31/12/T. Deze prestaties kunnen tot 2 jaar na verrichte datum gefactureerd worden
 - Gebruik geboekte gegevens: vandaag gebruikt de administratie geboekte gegevens tot 30/06/T+2 (voor de MOC). Dit bevat nog niet de volledig facturiatietermijn. Tegenvoorstel FRZV, voor alle herzieningen o.b.v. RIZIV-gegevens:
 - Idealiter (indien RIZIV dit kan aanleveren): 31/03/T+3
 - Indien niet: 30/06/T+3

Verder herhaalt de Raad zijn vraag naar meer gedetailleerde feedback over de RIZIV-gegevens en een gestructureerde procedure waarbij ziekenhuizen opmerkingen kunnen formuleren die, indien gegrond, leiden tot correcties in de berekening.

Advies op eigen initiatief

Onderdeel A2

De vaste interestvoet van 2,68% is, gezien de huidige rente-evolutie onvoldoende. De Raad stelt voor om deze vanaf 2025 opnieuw herzienbaar te maken, conform de methodiek tot en met 2016 maar rekening houdend met de effecten van de 6e staatshervorming, dus door de waarde van de percentages 'P' te verhogen in overeenstemming met punt 2 van de brief FRZV/C/04-2017-bis geadresseerd door de FRZV aan minister De Block op 28.6.2017 en opgenomen als bijlage bij het advies FRZV/D/462-3 van 26 oktober 2017.

Onderdeel B2

De Raad stemt in met de integratie van het budget maxiforfaits in lijn 200 en verwijst bovendien naar zijn specifieke adviezen van 13 februari 2025 over het dagziekenhuis en medische producten voor bijkomende elementen.

In verschillende eerdere adviezen heeft de Raad overigens aangekondigd dat hij het voorstel om het verspreidingsmechanisme van het Zorgpersoneelfonds structureel op te nemen in onderdeel B2 van het BFM, steunt. In dat voorstel, dat van juli 2020 dateert, werd een verhoging met 10 % voorgesteld van de financiering van de verplegende en verzorgende omkadering in onderdeel B2 voor het acute budget (nl. verpleegeenheden, IZ, spoed en OK) en een verhoging met 1 VTE voor de andere budgetsectoren zoals psychiatrie (met inbegrip van bedden voor forensische kinderpsychiatrie) en revalidatie. Met het oog op de vereenvoudiging van de administratie en de integratie van de financiering herhaalt de Raad zijn steun voor dit voorstel, waarin wordt opgeroepen tot een wetswijziging om het controlesysteem te vereenvoudigen.

De FRZV herhaalt zijn eerdere adviezen over de forfaits laagvariabele zorg (FRZV/D/586-1 van 30 oktober 2023 en FRZV/D/599-2 van 14 februari 2024).

In de berekening van de bijkomende punten op basis van de nomenclatuur in het onderdeel B2 werden de RIZIV-verstrekingen 2019 die onder de laagvariabele zorg (LVZ) vallen, op 1.7.2023 ook meegenomen aan hun theoretische waarde binnen het BFM (in plaats van 0 euro).

Het referentiejaar 2019 (eerste jaar van laagvariabele zorg) is echter ook gebruikt in het BFM op 1 juli 2021 en 1 juli 2022. Daarin zijn de verstrekingen laagvariabele zorg wel meegenomen aan waarde 0 euro. De Raad vraagt om ook dit met terugwerkende kracht te corrigeren in het BFM naar 1 juli 2021 en 1 juli 2022 om alle verstrekingen 2019 correct te valoriseren, door de gegevens van hetzelfde referentiejaar in het BFM op dezelfde manier te gebruiken.

Om de budgetzekerheid echter niet in het gedrang te brengen voor jaren die al afgesloten zijn in de ziekenhuizen, stelt de Raad voor enkel de ziekenhuizen waarvoor de correctie positief is, te corrigeren en deze positieve correctie a fortiori toe te passen wanneer het ziekenhuis de opmerking officieel maakt.

Onderdeel B4: P4P – HSMR

De FRZV ondersteunt de nood om te werken met indicatoren. Evenwel dienen deze indicatoren relevant, valide, transparant en consistent te zijn. Het primaire doel van indicatoren is een lerend effect te stimuleren dat kwaliteitsverbetering beoogt.

Naar aanleiding van het budget P4P in BFM 2024-07 wenst de Raad een advies uit eigen initiatief op te stellen met betrekking tot de nieuwe indicator Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR). Deze indicator bevat 40% van het budget P4P, waarbij men op basis van deze ratio lineair punten toekent van 0 tot 40 die vervolgens vermenigvuldigd worden met het aantal verantwoorde bedden om budget toe te kennen. Daarbij wordt een ziekenhuis gescoord adhv een ratio waarbij de verhouding tussen de geobserveerde sterfte en de verwachte sterfte, gecorrigeerd wordt door verschillen in de patiëntenpopulatie. Indien het geobserveerd aantal overlijdens gelijk is aan het verwacht aantal overlijdens, krijgt men een ratio van 1. Als de ratio boven 1 ligt, is het sterfterisico in een bepaald ziekenhuis hoger dan verwacht en omgekeerd.

De FRZV heeft 3 verzoeken geformuleerd met betrekking tot het gebruik van deze score voor de verdeling van de P4P-financiering tussen ziekenhuizen.

Ten eerste, betreft de FRZV dat de correctie voor verschillen in patiëntenpopulatie niet doorgetrokken wordt naar het al dan niet hebben van een palliatieve functie en het socio-economisch profiel van een ziekenhuispopulatie. Deze beide variabelen hebben wel degelijk een impact op de ratio. De FRZV vraagt dus:

- de impact van palliatieve patiënten (ICD-10 code: code Z51.5 “Encounter for palliative care”) en die in het kader van euthanasie worden gehospitaliseerd te neutraliseren, op basis van de specifieke pathologiecodes tijdens de berekening van deze indicator.
- om te onderzoeken hoe het socio-economisch profiel mee in rekening kan gebracht worden ;

om zo een objectiever beeld weer te geven en om tot een billijkere financiering te komen.

Ten tweede lijkt de methodiek van een lineaire puntenverdeling niet eerlijk, aangezien zonder statistische verschillen er wel degelijk financiële gevolgen aan gekoppeld zijn. Indien er geen significant verschil aantoonbaar is, is het ook niet correct dat hieruit verschillende financiering voortvloeit. Zo kan een ziekenhuis met een hogere ratio toch meer budget toegekend krijgen dan indien men zich ook baseert op de 95% betrouwbaarheidsintervallen.

De FRZV vraagt dat de toekenning van de financiering wordt gebaseerd op beduidend statistische verschillen. De FRZV vraagt om het budget 'HSMR' te verdelen in 2025 volgens de nieuwe modaliteiten beschreven als volgt:

- de 3 categorieën zoals meegedeeld in de feedback aan de ziekenhuizen worden gebruikt om de financiering aan toe te wijzen: lager dan verwacht, zoals verwacht, hoger dan verwacht (zie bijlage 2: grafiek van de FOD Volksgezondheid). Deze categorieën zijn opgemaakt op basis van de 95% betrouwbaarheidsinterval bij het bepalen van de HSMR-ratio;

- bij het toepassen van deze 3 categorieën kan dan een weging toegewezen worden per categorie, waarbij een beter resultaat leidt tot meer financiering. Concreet adviseren we het volgende:
 - alle ziekenhuizen die zich bevinden in de rubriek *lager dan verwacht* een wegingscoëfficiënt van 1,2 toegewezen krijgen
 - zij in de categorie *zoals verwacht* een wegingscoëfficiënt van 1
 - bij *hoger dan verwacht* een wegingscoëfficiënt van 0,8 toekennen
- de financiering wordt tenslotte verdeeld over de ziekenhuizen in functie van hun gewogen aantal verantwoorde bedden

Ten derde merkt de FRZV op dat de feedback gecommuniceerd aan de ziekenhuizen zich vandaag beperkt tot één enkel cijfer: het verkregen HSMR-ratio. De HSMR-indicatorfiche beschikbaar op de website van de FOD Volksgezondheid zorgt er ongetwijfeld voor dat de ziekenhuizen beter begrijpen hoe die score is berekend, maar het geeft totaal geen informatie over de details van het individuele resultaat. De interne gegevens van het ziekenhuis laten niet toe zijn score op zijn schaal te herberekenen, aangezien voor de berekening per definitie toegang nodig is tot de nationale gegevens. Hierdoor beschikt het ziekenhuis uiteindelijk niet over de informatie die het nodig heeft om zijn HSMR-ratio te verbeteren, wat het hoofddoel is van P4P-financiering. Op de indicatorfiche wordt de volgende passage vermeld: "*Vervolgens wordt voor elk verblijf de verwachte sterfte berekend (op basis van de modellen gedefinieerd in de vorige stap)*"¹ Voor meer transparantie vraagt de FRZV meer gedetailleerde gegevens; met andere woorden om aan elk ziekenhuis, voor elk verblijf, de raming van het verwachte sterftecijfer dat werd berekend, te bezorgen. Zonder dergelijke feedback kan het financieringsmechanisme geen verbetering van de kwaliteit beogen.

Voor 2026 is de FOD Volksgezondheid bezig met de voorbereiding van een meerjarig programma voor P4P. De raad dringt aan op een actieve betrokkenheid van alle stakeholders en engageert zich om in deze tegen uiterlijk voorjaar 2026 een advies te formuleren met het oog op structuralisering van deze financieringsmethodiek. Naast de nood aan consistentie in de planning van indicatoren over een lange termijn, willen we aandringen op een maximale afstemming van het P4P-programma met andere kwaliteitsinitiatieven.

De FRZV vraagt met aandrang tijdig met de nodige experts en in overleg met de sector het beleid rond P4P en gebruik van indicatoren af te stemmen waarbij een visie en traject over langere termijn wordt uitgetekend.

¹ P4P 2022 | Cf. p.3, aan het einde van de rubriek 'Procedure die gebruikt wordt om de HSMR-indicator te berekenen'.

Onderdeel C2

De FRZV heeft vastgesteld dat de positieve inhaallijnen C2-9702 en C2-9714 betreffende de implementatie van IFIC aan 100% vanaf 1 juli 2021, respectievelijk in de privéziekenhuizen en in de openbare ziekenhuizen, onterecht werden teruggevorderd door de FOD via de respectievelijke negatieve inhaallijnen C2-9748 en C2-9747 van het BFM 1.7.2024.

Deze terugvordering is onterecht omdat deze budgetten geen betrekking hebben op de eerste helft van 2021, maar op de provisies die nodig zijn voor de overgang naar 100% IFIC op 1 juli 2021 (verdubbeling van respectievelijk de lijnen B9-1314 en B9-1315 over 6 maanden, zodat ziekenhuizen het volledige budget voor 6 maanden van 100% IFIC-implementatie krijgen). Dit werd zeer duidelijk uitgelegd in het advies FRZV/D/548-2 van 27 januari 2022, die de administratie zeer goed had uitgevoerd in het BFM 1.7.2021 en 1.7.2022 via positieve inhaalbewegingen, en tot niets had teruggebracht met deze terugvorderingen in het BFM 1.7.2024. Zelfs als deze maatregel wordt herzien, beïnvloedt deze terugvordering de thesaurie van de ziekenhuizen en moet daarom worden hersteld via 2 positieve inhaallijnen in het BFM 1.7.2025.

Een derde positieve inhaallijn C2-9713, toegekend aan openbare ziekenhuizen en met effectief betrekking op IFIC 1e helft van 2021, werd door de FOD terecht teruggevorderd van het BFM 1.7.2024 via de negatieve inhaallijn C2-9746. Dit teruggevorderde budget ($42,6/2 = 21,3$ miljoen) 'sociaal akkoord van 2017' (1e helft van 2021) moet echter nog worden overgemaakt aan een fonds van het RIZIV, 'sociaal akkoord voor openbare ziekenhuizen', om te beslissen hoe het zal worden aangewend in het sociaal overleg. De FRZV vraagt om dit fonds snel op te richten.

Bijlage 1 : voorstel standaardtijden ontbreken codes spine

Nomenclatuur-code hospitaal	Korte omschrijving prestatie	Voorstel standaardtijd
224022	^^ Decompressie van het ruggenmerg ter hoogte van de cervicale wervelkolom langs transorale, transmaxillaire of transmandibulaire weg	320
224044	^^ Decompressie van het ruggenmerg ter hoogte van de cervicale wervelkolom langs transorale, transmaxillaire of transmandibulaire weg, inclusief de reconstructie	360
226026	^^ Scoliose d.m.v. anterieure release met interpositie van greffes, op 3 niveaus of meer	480
226041	^ Scoliose d.m.v. "growing rods" - implantatie van staven	215
226063	^ Scoliose d.m.v. "growing rods" - implantatie van anchors of ankers	215
226166	^^ Totale in blok sacrectomie voor tumor zonder reconstructie	260
226181	^^ Totale in blok sacrectomie voor tumor met reconstructie	430
226601	Plaatsing van een spacer tussen de processus spinosi	100

Bijlage 2: categorieën voor weging van de P4P-financiering

Distribution du HSMR et des intervalles de confiance

