

FOD VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

Brussel, 13/02/2025

---

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

---

FEDERALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

---

Kenm.: FRZV/D/612-1 (\*)

**Advies op initiatief van de FRZV:  
Medische producten van de verpleegeenheden**

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.

De FRZV stelt vast dat:

- het budget medische producten een omvangrijk onderdeel van onderdeel B2 betreft, waarbij ongeveer 300 miljoen euro budget verdeeld wordt tussen de ziekenhuizen. De voorwaarden voor die verdeling zijn vastgesteld in artikel 46, §3, 2°, c) van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen en zijn gebaseerd op een indeling van de ziekenhuizen in decielen (toelichtingsdocument als bijlage). Verschuivingen, bijvoorbeeld in decielen, door fouten kunnen bijgevolg een belangrijke financiële impact hebben op individueel ziekenhuisniveau;
- de FRZV heeft de voorbije jaren de vinger gelegd op verschillende problemen in de berekening van de medische producten in onderdeel B2. Sommige van deze problemen hebben al geleid tot adviezen, andere worden momenteel geanalyseerd. De reeds geformuleerde adviezen zijn slechts deels en soms laattijdig gevolgd (vaak enkel voor de toekomst, niet voor het verleden) waardoor problemen die niet gecorrigeerd werden nu opnieuw aan bod komen in de WG "individuele dossiers", op basis van opmerkingen van de betrokken ziekenhuizen;
- er is nog ruimte voor verbetering in de feedback die werd gegeven aan de ziekenhuizen, zodat ze de juistheid van de berekening van hun financiering kunnen controleren.

In het huidige advies wil de FRZV dus een inventaris aanbieden van de problemen in verband met de berekening van de "medische producten in de verpleegeenheden". Voor elk geïdentificeerd element formuleert de FRZV een voorstel voor de correctie die in de berekeningsmethode moet worden aangebracht. De FRZV spreekt zich tevens uit over de vorm van toekomstige feedback.

## Gefactureerde dagen *case mix* (2024–...)

Een nieuw probleem bij de berekening op 01/07/2024 betreft een foute selectie van de gefactureerde dagen bij de berekening van de *case mix* van het ziekenhuis. De administratie heeft namelijk enkel de dagen in rekening gebracht van opnames die enkel ligdagen genereerden in acute diensten, daar waar ze de dagen in acute diensten moest in rekening brengen, ook voor opnames die deels in niet-acute diensten plaatsvonden.

De FRZV vraagt om een correctie vanaf het BFM op 01/07/2025 en een correctie met terugwerkende kracht voor het BFM op 01/07/2024 indien het effect positief is voor het ziekenhuis. De administratie heeft aangekondigd dat ze de correctie in het BFM op 01/07/2025 zal aanbrengen. Dit benadrukt de noodzaak van voorafgaand overleg met de sector om te anticiperen en soortgelijke fouten in de toekomst te voorkomen.

## Referentiejaar (2024-...)

Een tweede probleem bij de berekening van het BFM op 01/07/2024 betreft het gebruik van verschillende referentiejaar bij de vaststelling van de waarde per dag die op haar beurt wordt gebruikt om de ziekenhuizen in decielen te klasseren:

- In de teller berekent men de genormaliseerde uitgaven, op basis van de ligdagen 2019, gevaloriseerd op basis van de genormaliseerde waarde per ligdag 2019;
- In de noemer gebruikt men de ligdagen (MZG / FINHOSTA) 2022, eventueel gecorrigeerd voor de verpleegdagen G, en de verantwoorde bedden 2022.

Hierdoor zal bij een gedaalde activiteit (ligdagen 2022 < 2019) het ziekenhuis een kunstmatig hogere waarde per bed toegediend krijgen en bij een gestegen activiteit (ligdagen 2022 > 2019) het ziekenhuis een kunstmatig lagere waarde per bed toegediend krijgen dan wanneer hetzelfde referentiejaar was gebruikt. Dit zorgt voor een zeker bias in de vergelijking tussen de ziekenhuizen. Dit heeft enkel impact op de berekening wanneer het ziekenhuis hierdoor van deciel verhoogt of verlaagt.

De administratie meent dat ze het besluit strikt heeft toegepast, gezien het besluit voor de berekening van de correctie van de verpleegdagen G expliciet stelt dat de gerealiseerde dagen gehaald uit Finhosta en de MZG betrekking hebben op het jaar dat dient als referentie voor de berekening van de verantwoorde activiteit van het beschouwde jaar. De FRZV is van mening dat die toepassing de berekening vervalst.

De FRZV vraagt om het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van financiële middelen vanaf 1 juli 2024 aan te passen om expliciet te bepalen dat hetzelfde referentiejaar wordt gebruikt in de teller en de noemer voor alle gebruikte gegevens, ongeacht het referentiejaar dat wordt gebruikt voor de rest van de berekening van B2. De FRZV vraagt om de gecorrigeerde berekening toe te passen vanaf het BFM van 01/07/2025 en vraagt om de berekening te corrigeren in het BFM van 01/07/2024 waar de impact positief is voor het ziekenhuis.

## Grouperversies (2018-2024)

Dit probleem maakte reeds het onderwerp uit van voorgaande adviezen van de FRZV<sup>1</sup>. Het probleem kan als volgt worden samengevat:

*"De nationale referentie van de waarde van de honoraria per dag per [APR-DRG, SI] toegepast op de dagen per [APR-DRG, SI] van elk ziekenhuis voor de indeling in decielen medische producten B2, is sinds de berekening van het BFM op 1 juli 2016 (APR-DRG grouper v28) ongewijzigd gebleven. De individuele case mix van het ziekenhuis (dagen per [APR-DRG, SI]) die in aanmerking werd genomen, varieerde van jaar tot jaar (in referentiejaar MZG en in versie APR-DRG grouper v28 => v31 => v34 => v36), maar werd*

---

<sup>1</sup> Wij verwijzen in dat verband naar de adviezen 559-2 "Advies betreffende de berekening van onderdeel B2 en forfaits voor laagvariabele zorg" (09/06/2022), 586-1 "FRZV-advies — BFM 2022-2023" (30/10/2023) en 599-3 "FRZV-advies over de Begroting Financiële Middelen 2024" (14/02/2024).

*vergeleken met de nationale gegevens in APR-DRG v28 die sinds het BFM op 1 juli 2016 bevroren waren (nationale gegevens 2013).<sup>2</sup>*

Dit probleem werd opgelost toen het BFM werd berekend op 01/07/2024, maar werd niet met terugwerkende kracht toegepast. De FRZV is van mening dat fouten uit het verleden ook moeten worden gecorrigeerd in elk geval waarin de aan te brengen correctie een positief effect heeft op het ziekenhuis: "wij vragen een automatische retroactieve correctie (1/7/2018, 1/7/2019, 1/7/2020, 1/7/2021, 1/7/2022) voor ziekenhuizen die benadeeld waren door het in overweging nemen van de nationale referentie in grouper versie 28, terwijl de ziekenhuisgegevens waarmee ze vergeleken werden in de opeenvolgende grouper versies 31, 34, 36 waren, en a fortiori toen het ziekenhuis officieel de opmerking maakte<sup>3</sup>."

Voor de correctie op basis van het BFM op 01/07/2021 is de berekening des te eenvoudiger omdat de gecorrigeerde BFM-referentiegegevens 1/7/2024 dezelfde zijn als die welke hadden moeten worden gebruikt bij de berekening van het BFM 1/7/2021, 2022 en 2023, aangezien ze zijn gebaseerd op hetzelfde MATI-gegevensbestand 2019 waarover de administratie beschikt. Er is geen enkele reden om deze rectificatie niet uit te voeren. De FRZV herhaalt daarom zijn verzoek om positieve retroactieve correcties voor de verschillende betreffende jaren in het BFM op 01/07/2025, en a fortiori wanneer het ziekenfonds de opmerking officieel heeft gemaakt.

## Laagvariabele zorg (2021-2024)

Dit probleem maakte reeds het onderwerp uit van voorgaande adviezen van de FRZV<sup>4</sup>. Het probleem kan als volgt worden samengevat: de waarden van de prestaties "laagvariabele zorg" die in 2009 zijn ingevoerd, zijn automatisch tot € 0 herleid bij de berekening van de genormaliseerde waarde per bezet bed van de medische prestaties in het BFM 1/7/2021, 2022 en 2023. Net als bij het vorige probleem werd dit opgelost toen het BFM op 01/07/2024 werd berekend, maar het werd niet met terugwerkende kracht toegepast.

De FRZV is van mening dat de fouten uit het verleden ook moeten worden rechtgezet: De FRZV vraagt om die fout te corrigeren door herberekening van de nationale gegevens per dag en per "APR-DRG, SI", rekening houdend met de theoretische waarde van de prestaties die zijn vervangen door de laagvariabele forfaits, op dezelfde wijze als de correctie die is toegepast voor de extra punten op basis van de nomenclatuur<sup>5</sup>. Teneinde de budgetzekerheid niet in het gedrang te brengen voor jaren die al afgesloten zijn in de ziekenhuizen, stelt de Raad voor om enkel de ziekenhuizen te corrigeren waarvoor de correctie positief is.<sup>6</sup>

---

<sup>2</sup> Uittreksel uit het Advies 559-2 "Advies betreffende de berekening van onderdeel B2 en forfaits voor laagvariabele zorg" (09/06/2022).

<sup>3</sup> Uittreksel uit het Advies 586-1 "Advies van de FRZV — BFM 2022-2023" (30/10/2023).

<sup>4</sup> Wij verwijzen naar dezelfde adviezen 559-2, 586-1 en 599-3.

<sup>5</sup> Nvdr: het probleem van laagvariabele zorg waarbij als waarde 0 euro is genomen, deed zich ook voor bij de berekening van de aanvullende DCEI-punten. Voor die berekening werd de correctie reeds in het BFM op 01/07/2023 aangebracht, terwijl een extra jaar nodig was om datzelfde onderdeel bij de berekening van de medische producten te corrigeren.

<sup>6</sup> Uittreksel uit het Advies 586-1 "Advies van de FRZV — BFM 2022-2023" (30/10/2023).

Net als bij het probleem van de groupers, is de retroactieve correctie des te eenvoudiger omdat de gecorrigeerde BFM-referentiegegevens 1/7/2024 dezelfde zijn als die welke hadden moeten worden gebruikt bij de berekening van het BFM 1/7/2021, 2022 en 2023, aangezien ze zijn gebaseerd op hetzelfde MATI-gegevensbestand 2019 waarover de administratie beschikt. Er is geen enkele reden om deze rectificatie niet uit te voeren. De FRZV herhaalt daarom zijn verzoek om positieve retroactieve correcties voor de verschillende betreffende jaren in het BFM op 01/07/2025, en a fortiori wanneer het ziekenfonds de opmerking officieel heeft gemaakt.

## Feedback (voor de toekomst)

Om de ziekenhuizen in staat te stellen de nodige controles te verrichten, vraagt de FRZV het opnamenummer toe te voegen aan de feedback in het bestand "B2-EXXX- BUDGET-20JJ-MAT". In dat bestand worden de opnames met dezelfde DRG en dezelfde ernstgraad vandaag namelijk geaggregeerd. Daardoor kan men vooralsnog niet achterhalen in welke opnames eventueel fouten zijn gemaakt en kan het ziekenhuis zijn verpleegeenheden geen feedback geven over het gebruik van medische materialen. De WG vraagt dus aan de administratie dat zij het veld "numstay" toevoegt en deze meer gedetailleerde feedback bezorgt aan de ziekenhuizen ter berekening van het BFM op 01/07/2023 en op 01/07/2024.

## Vermoedens van andere fouten: te onderzoeken

Tot slot merkt de FRZV op dat in de BFM-cijfers op 1/7/2020, 2021, 2022 en 2023 vrijwel alle dagen met betrekking tot de APR-DRG-opnames van MDC 15 "PASGEBORENEN – PERINATALE AANDOENINGEN" ontbreken en dus niet werden gewaardeerd/meegeteld in de genormaliseerde waarde die men gebruikt om het ziekenhuis in de decielen te klasseren.

In het BFM op 01/07/2024 staan de APR-DRG-opnames van MDC 15 in het Excelbestand "MAT"; het aantal dagen is daar hoger dan het aantal gerealiseerde ligdagen (ZH 2019) en wordt gewaardeerd tegen lage nationale waarden.

De FRZV vraagt onderzoek, vraagt dat men de correcte gegevens gebruikt bij de berekening van het BFM op 01/07/2025 en vraagt een rechtzetting met terugwerkende kracht voor de verschillende voorbije jaren (voor die ziekenhuizen waar het effect positief is, a fortiori indien het ziekenhuis officieel die opmerking heeft gemaakt).

# Bijlage

## Kostprijsberekening voor medische producten van de verpleegeenheden

*Toelichtend document bezorgd door de FOD Volksgezondheid, Voedselveiligheid en Leefmilieu*

In deze bijlage staat beschreven hoe de berekening verloopt voor vaststelling van de punten voor de kosten van medische producten van de verpleegeenheden.

### Beschikbare te verdelen punten

De berekening van de te verdelen punten voor deze kosten geschiedt volgens artikel 46, lid 3. 1°. In totaal verdelen we 7,91 % van alle krachtens §2 toegekende punten over de erkenningen.

### Verdeling van de punten: basispunten per bed

De verdeling geschiedt volgens de regels die zijn bepaald in artikel 46 §3, 2° c) 3° streepje.

Voor elke erkenning moeten basispunten worden toegekend per verantwoord bed en/of erkend bed indien de verantwoorde bedden niet volgens de onderstaande tabel worden berekend:

KENLETTER	BASISPUNTEN/BED
A, A1, A2	0,18
C (niet-intensief)	1
D (niet-intensief)	1,03
E (niet-intensief)	1,19
G	0,63
H	0,09
IB	0,18
K, K1, K2	0,04
M	1,91
NIC	8,11
Intensieve bedden	11,33

Die basispunten vermenigvuldigt men vervolgens met een multiplicator die afhangt van de genormaliseerde waarde van de geneeskundige verstrekkingen per ingenomen bed van elke erkenning. Men doet die berekening in 3 stappen:

1. Bepaling van de genormaliseerde ziekenhuisuitgaven.
2. Correctie van de casemixdagen, om aldus rekening te houden met de ligdagen G.
3. Berekening van de waarden per ingenomen bed van de geneeskundige verstrekkingen.

### Berekening van de genormaliseerde ziekenhuisuitgaven — Toepassing van bijlage 14

De nationale genormaliseerde waarden per door APR-DRG-verstrekkingen ingenomen bed en de ernstgraad/ernstgroep worden bepaald aan de hand van de gekoppelde gegevens voor het referentiejaar. De regels om die waarden te bepalen, zijn vastgelegd in de bijlage 14 bij het KB BFM (punt 2); zij worden hier niet opgenomen.

De genormaliseerde uitgaven per ziekenhuis worden vervolgens bepaald op basis van de case mix van het ziekenhuis. De regels om die case mix te bepalen, zijn vastgelegd in de bijlage 14 bij het KB BFM (punt 3).

Meer in detail: de genormaliseerde uitgaven berekent men met de volgende formule:

$$DN_h = \sum (NJ_{h.xy} * VN_{xy})$$

Waarbij:

$DN_h$  staat voor de genormaliseerde ziekenhuisuitgaven voor ziekenhuis h

$NJ_{h.xy}$  staat voor het totale aantal dagen geselecteerde ziekenhuisopnames van ziekenhuis h die onder APR-DRG x vallen en de ernstgraad/ernstgroep y

$VN_{xy}$  staat voor de nationale genormaliseerde waarde per ingenomen bed met geneeskundige verstrekkingen voor APR-DRG x en de ernstgraad/of groep y

### **Correctie van casemixdagen op basis van ligdagen G**

Voor die ziekenhuizen waar het aantal verantwoorde bedden met kenletter G boven het (in verantwoorde bedden uitgedrukte) nationale gemiddelde ligt, met uitzondering van de (A, K, T en IB)-bedden worden de ligdagen  $NJ_h$  gecorrigeerd alvorens de dagwaarden te berekenen.

Voor die correctie neemt men de  $NJ_h$ -dagen en trekt daarvan een fractie van de ligdagen G af. Die correctie wordt als volgt uitgevoerd:

$$si B_{G,h} > B_{G,NAT}$$

$$NJ_{h,corr} = NJ_h - \left( NJ_{G,h} * \frac{B_{G,h} - B_{G,NAT}}{B_{G,h}} * 100 \right)$$

*sinon*

$$NJ_{h,corr} = NJ_h$$

Waarbij:

$NJ_{h,corr}$  staat voor het totale aantal dagen die ziekenhuis h heeft gefactureerd voor acute opnamen in acute diensten (met uitzondering van de APR-DRG-opnamen 955 en 956) na correctie G.

$NJ_h$  staat voor het totale aantal dagen die ziekenhuis h heeft gefactureerd voor acute opnamen in acute diensten (met uitzondering van de APR-DRG-opnamen 955 en 956) = casemixdagen van het ziekenhuis

$NJ_{G,h}$  staat voor het aantal ligdagen in ziekenhuis h

$B_{G,h}$  staat voor het aantal verantwoorde bedden met kenletter G van ziekenhuis h

$B_{G,NAT}$  staat voor het nationaal gemiddelde van het aantal verantwoorde bedden met kenletter G<sup>7</sup>  
En waarbij:

$$NJ_{G,h} = NJ_h * \frac{FJ_{G,h}}{FJ_h}$$

$FJ_{G,h}$  en  $FJ_h$  staan voor de ligdagen die zijn gerealiseerd onder Finhosta G en totalen zonder ATK en IB, respectievelijk.

Tot slot bepaalt men vervolgens de waarde van de medische prestaties per erkenning aan de hand van de volgende breuk:

$$V_h = \frac{DN_h}{NJ_{h,corr}}$$

Waarbij  $V_h$  staat voor de waarde van de medische diensten per ligdag van ziekenhuis h

### Aanvulling van de basispunten

De ziekenhuizen worden vervolgens gerangschikt en ingedeeld in decielen op basis van de waarde per ligdag  $V$ . Al naargelang het deciel waarin een ziekenhuis wordt ondergebracht, krijgt het een multiplicator die men gebruikt om de basispunten per bed te vermenigvuldigen (zie tabel). Tot slot berekent men de som van alle basispunten per erkenning.

DECILE/DECIEL	VALEUR/WAARDE
1	0,8
2	1,1
3	1,4
4	1,7
5	2,0
6	2,3
7	2,6
8	2,9
9	3,2
10	3,5

### Beperking van de basispunten om binnen de beschikbare punten te blijven

De som van alle basispunten wordt gecorrigeerd met een aftoppingscoëfficiënt, opdat men het aantal punten dat op nationaal niveau beschikbaar is niet zou overschrijden. Die

---

<sup>7</sup> nationaal gemiddelde aantal verantwoorde bedden G = het totale aantal verantwoorde bedden van het betrokken ziekenhuis, met uitzondering van A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, kN en IB, vermenigvuldigd met het nationale gemiddelde percentage verantwoorde bedden G van het totale aantal verantwoorde bedden zonder A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, kN en IB.



aftoppingscoëfficiënt wordt gedefinieerd als de breuk met als teller de beschikbare punten en als noemer de som van de basispunten van alle erkenningen.

### Fictief voorbeeld

In juli 2024 waren er 6.276,93 punten beschikbaar.

De waarde per ligdag wordt overeenkomstig bovenstaande regels berekend.

Variabele	Omschrijving	Waarde voorbeeld
DN <sub>h</sub>	Genormaliseerde ziekenhuisuitgaven	34.332.051,09 €
NJ <sub>h</sub>	Casemix-dagen	296.123
B <sub>G,h</sub>	Verantwoorde bedden G van het ziekenhuis	141
B <sub>h</sub>	Verantwoorde bedden van het ziekenhuis (met inbegrip van dagbedden)	617
	<i>% NATIONALE VERANTWOORDE BEDDEN G</i>	<i>21,40%</i>
B <sub>G,NAT</sub>	Nationale verantwoorde bedden G	132
	<i>Correctie dagen G</i>	<i>Oui car 141 &gt; 132</i>
FJ <sub>Gh</sub>	Aantal dagen gerealiseerd onder Finhosta G	43.216
FJ <sub>h</sub>	Aantal dagen gerealiseerd onder Finhosta (met uitzondering van AKT)	171.550
NJ <sub>Gh</sub>	Ligdagen G	74.598
	Aftoppingscoëfficiënt	6,36%
NJ <sub>h,corr</sub>	Geselecteerde Casemix-dagen	291.382
V <sub>h</sub>	Waarde van de verstrekkingen per dag	117,83 €

De erkenningen worden als volgt ingedeeld: met een dagwaarde van 117,83 staat deze erkenning op de 30<sup>e</sup> plaats (van de 94). Het ziekenhuis wordt in deciel 4 ondergebracht, dus bedraagt de multiplicator voor de basispunten 1,7. Men kent vervolgens de basispunten per bed toe en vermenigvuldigt die met de multiplicator.

Kenletter Bedden	Aantal Bedden (n)	Basispunten /bed (p <sub>i</sub> )	Basispunten (b <sub>i</sub> ) = (n) * (p <sub>i</sub> )	Basispunten na vermenigvuldiging (b <sub>i</sub> ) * 1,7
A	30	0,18	5,4	9,18
A1	15	0,18	2,7	4,59
C (zonder intensieve zorg)	174	1	174	295,80
D (zonder intensieve zorg)	173	1,03	178,19	302,92
E (zonder intensieve zorg)	37	1,19	44,03	74,85
G	141	0,63	88,83	151,01
K	17	0,04	0,68	1,16
K1	12	0,04	0,48	0,82
K2	3	0,04	0,12	0,20
M	26	1,91	49,66	84,42
Bed intensieve zorg	14	11,33	158,62	269,65
<b>TOTAAL</b>			<b>702,71</b>	<b>1.194,61</b>

Deze erkenning behaalt in totaal 1.194,61 basispunten.

De som van alle basispunten voor alle erkenningen bedraagt 118.815,6 basispunten. De aftoppingscoëfficiënt (om binnen de beschikbare punten te blijven) is bijgevolg  $6.276,93/114.362,24 = 0,05489$ .

De erkenning krijgt dus  $1.194,61 * 0.05489 = 65,57$  punten voor de kosten van de medische producten van de verpleegeenheden.