

Brussel, 22 september 2016

---  
Directoraat-generaal Gezondheidszorg

---  
NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

---  
Afdeling « Financiering »  
---

REF. : NRZV/D/AF/ 132-4 (\*)

**ADVIES VAN DE AFDELING « FINANCIERING » VAN DE NRZV NAAR AANLEIDING VAN DE  
VRAAG VAN MEVROUW DE MINISTER VAN 08 JUNI 2016 MET BETREKKING TOT  
BESPARINGSMAATREGELEN IN HET BFM VAN DE ZIEKENHUIZEN OP 1 JANUARI 2017.**

In naam van de voorzitter,  
Dhr. Peter Degadt



De secretaris,  
C. Decoster

(\*)DIT ADVIES IS GOEDGEKEURD TIJDENS DE VERGADERING VAN 22/09/2016 EN BEKRACHTIGD TIJDENS HET BUREAU OP DEZELFDE DAG.

In haar brief van 8 juli 2016 vroeg mevrouw de minister het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen over voorstellen voor structurele besparingen die overwogen worden vanaf 2017. De inspanning die wordt gevraagd aan de ziekenhuissector bedraagt 52,2 miljoen euro (BFM en daghospitalisatie).

De NRZV verwijst eerst en vooral naar de algemene overwegingen die werden aangehaald in zijn brief van 01/09/2016: de moeilijke financiële situatie van de sector zoals aangetoond door de MAHA-studies, de onderfinanciering van de sector, de vraag om een efficiënte reorganisatie van de sector, de integratie van de financiering van de netwerken en van de vooruitgang in de hervorming van de financiering.

De Nationale raad verwijst nogmaals naar de verbintenissen van mevrouw de minister in het kader van haar plan van aanpak van de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen om de budgetten voor gezondheidszorg niet te verlagen en om geen zuivere besparingen door te voeren.

De NRZV wijst erop dat het Budget van Financiële Middelen een gesloten enveloppe vormt en in geen geval de oorzaak is van de overschrijding van het gezondheidszorgbudget.

De NRZV wenst de aandacht van mevrouw de minister te vestigen op een aantal fundamentele algemene principes.

Elke besparing in de sector BFM, die reeds ondergefinancierd is, zou enkel leiden tot een globale verarming van de sector en dreigt de zorgkwaliteit in het gedrang te brengen.

De ziekenhuizen zijn principieel gekant tegen de besparingen in specifieke onderdelen van het BFM. De huidige financiering, berekend op basis van de verschillende onderdelen, is praktisch niet gebaseerd op de reële kosten. Naast de interventie in de honoraria, worden de tekorten voor een aantal onderdelen, die voortvloeien uit een structurele onderfinanciering voor een aantal rubrieken, gefinancierd aan de hand van eventuele zeldzame marges in andere onderdelen. Door te besparen op onderdelen die een marge zouden kunnen opleveren, zullen de structurele tekorten enkel maar toenemen. Een nieuw systeem van financiering moet een betere harmonisering mogelijk maken tussen de verantwoorde kosten en hun honorering.

Er moet dan ook aandacht worden besteed aan alle kosten die momenteel niet gedekt zijn en die zwaar doorwegen op de financiën van de ziekenhuizen: de kosten voor sterilisatie zijn daar een voorbeeld van, en meer in het algemeen alle posten van onderdeel B2.

Elke daling van de financiering zal onmiddellijke gevolgen hebben op het behoud van bepaalde jobs in de ziekenhuizen.

Een besparing van 52 miljoen vertegenwoordigt meer dan 830 jobs.

Daarnaast benadrukt de NRZV ook de vaststelling dat het risico bestaat op een stijging van de kostprijzen ten laste van de patiënt via honorariumsupplementen.

De NRZV is van mening dat een besparing enkel overwogen kan worden als ze gepaard gaat met het schrappen van een verplichting die gekoppeld is aan de financiering.

De ziekenhuizen opteren voor maatregelen die alle nieuwe uitgaven vertragen en die de lasten in de toekomst kunnen doen dalen.

De NRZV benadrukt het willekeurige karakter van de maatregelen die worden overwogen in de adviesaanvraag van mevrouw de minister en geeft unaniem aan te weigeren om te besparen door een onderdeel van het BFM gewoonweg te schrappen, of door besparingen door te voeren die gericht zijn op een specifieke ziekenhuissector, of specifiek op ziekenhuizen of de daghospitalisatie.

De NRZV wenst zich aan de hand van ad-hocwerkgroepen te buigen over alle financieringen en specifieke opdrachten, over het feit of ze op elkaar afgestemd en relevant zijn in het kader van de algemene hervorming van de financiering die gewenst is door mevrouw de minister.

Zoals beloofd in haar plan van aanpak, moeten de huidige middelen gegarandeerd worden, of moeten er zelfs nieuwe middelen geïnjecteerd worden, ook bij de administraties, om te garanderen dat het effectief mogelijk is om de hervorming van het ziekenhuislandschap en van de financiering door te voeren.

Een wijziging van de financiering kan enkel op een stapsgewijze manier gebeuren om het desgevallend mogelijk te maken voor de ziekenhuizen om te beschikken over een overgangperiode om hun structuur aan te passen.

In het kader van de reorganisatie van het ziekenhuislandschap, nodigt de NRZV de minister uit om een nieuwe financiële incentive te voorzien om rationalisering aan te moedigen, waarvan de toekenning beperkt zou zijn in de tijd. De besparing of het budget waartoe die rationalisering leidt, zou geherinvesteerd moeten worden om de ziekenhuizen in staat te stellen om zich te reorganiseren.

Wat dat betreft vraagt de NRZV aan mevrouw de minister om snel en op een actieve manier betrokken te kunnen worden bij de hervorming, en meer bepaald die omtrent de netwerken die ze wenst in te voeren.

De psychiatrische ziekenhuizen en de andere actoren uit de geestelijke gezondheidssector zitten in een belangrijke hervormingsfase. Er werden een aantal projecten opgestart (projecten art. 107 voor de volwassen doelgroepen en projecten voor een nieuw beleid voor kinderen en jongeren) en met hetzelfde budget werd een grotere impact gerealiseerd. Er lopen trouwens nog tal van andere projecten (forensische psychiatrie); die kaderen in een masterplan voor de geestelijke gezondheidssector. Nieuwe besparingen dreigen de dynamiek binnen de geestelijke gezondheidssector te vertragen, terwijl die cruciaal is voor het welslagen van de hervorming, maar ze zijn ook in tegenspraak met het voornoemde advies van de NRZV, dat aanstuurt op een aantal voorafgaande aanpassingen aan het huidige financieringssysteem. Van alle uitgaven in de gezondheidszorg, wordt slechts 6% besteed aan de sector van de geestelijke gezondheidszorg. Dat percentage is lager dan het percentage in tal van andere landen en is helemaal niet in verhouding met de stijgende behoeften op het vlak van geestelijke gezondheidszorg en de grote behandelkloof.

De permanente werkgroep psychiatrie staat volledig achter het standpunt hierboven, dat hij trouwens zelf heeft uitgewerkt in een advies.

Als de sector, in weerwil van die algemene principes, toch een besparing van 52,2 miljoen opgelegd zou krijgen, wenst de NRZV mevrouw de minister alternatieve voorstellen te doen voor degene die aangereikt werden in haar adviesaanvraag, en hij vestigt haar aandacht op het feit dat die het mogelijk zullen maken om tijdelijke besparingsmaatregelen door te voeren ten belope van het vereiste bedrag,

en de tijd zullen geven om structurelere maatregelen uit te werken die zo weinig mogelijk impact zullen hebben op de tewerkstelling in de sector.

Een recurrent budget van 50 miljoen euro is voorzien vanaf 2016 om het mogelijk te maken om een eerste fase te financieren in de implementatie van de nieuwe functieclassificatie die werd ontwikkeld door het IF-IC.

De NRZV stelt vast dat tal van redenen (hoofdzakelijk technische) het onmogelijk hebben gemaakt om de IF-IC te implementeren in 2016.

De NRZV neemt akte van de wil van de ziekenhuissector om een nieuwe functieclassificatie in te voeren die nauwer aansluit bij de vereisten van een modern human resource management in de zorginstellingen en van de vooruitgang die werd geboekt door de sociale partners om ze zo snel mogelijk te implementeren. De NRZV neemt eveneens akte van de steun die mevrouw de minister heeft gegeven aan deze hervorming.

De NRZV stelt daarnaast ook vast dat alle technische problemen (en in het bijzonder diegene die verband houden met de uitwerking van bepaalde barema's) nog niet zijn opgelost en dat een effectieve implementatie van de IF-IC op 1 januari 2017 ongetwijfeld niet mogelijk zal zijn. Zonder te willen vooruitlopen op de toekomstige evoluties van de besprekingen tussen sociale partners, acht de NRZV het redelijk om voor die implementatie niet het volledige bedrag van 50 miljoen euro voorzien voor 2017 aan te wenden, en zo het risico te lopen dat een deel van die som niet wordt gebruikt terwijl er elders besparingen werden opgelegd. De NRZV stelt dus voor om 25 miljoen euro te besparen/uit te trekken voor de IFIC in 2017, aangezien de implementatie pas effectief is op 1 juli 2017, wetende dat vanaf 2018 50 miljoen vereist zal zijn voor een volledig jaar.

Ongeacht de totale reële kostprijs van de IF-IC die pas over een aantal maand geëvalueerd zal kunnen worden, na afloop van een rapporteringsfase die loopt sinds juli 2016, stelt de NRZV vast dat er nog aanzienlijke sommen vrijgemaakt zullen moeten worden voor de IF-IC in de loop van de volgende jaren.

In een moeilijke budgettaire context stelt de NRZV voor, om de gevraagde besparing structureel te kunnen maken vanaf 2018 en om de progressieve implementatie van de IFIC te financieren, dat een deel van de nodige middelen zou worden gezocht in het schrappen of gedeeltelijk herzien van een reeks maatregelen die werden genomen in het kader van de sociale akkoorden die werden afgesloten in de loop van de voorbije 10 jaar, in het bijzonder wat betreft de eindeloopbaanmaatregelen of de premies voor BBT-BBB. De leden van de NRZV zijn zich ervan bewust dat er voor het zoeken van die middelen consensus vereist is tussen sociale partners, en beveelt mevrouw de minister aan om ze aan te moedigen om toe te stemmen tot een debat om het niveau van tewerkstelling te proberen vrijwaren.

Er moet trouwens ook verduidelijkt worden dat de ontoereikendheid van de financiële provisies wat betreft de kosten, op kruissnelheid, van de eindeloopbaanmaatregelen of van de premies voor BBT-BBB een zeer negatieve impact hebben op de schatkist van de ziekenhuizen.

Voor de eindeloopbanen bedraagt de huidige provisie in het BFM op 1 juli 2016 202.684.927 euro. De totale kostprijs wordt op basis van Finhosta 2014 echter geraamd op 234.094.787 euro.

Bij de onderfinanciering moet nog de verwachte impact worden toegevoegd tijdens nog 8 jaar budgettoename om de kruissnelheid te bereiken. De raming van de kostprijs van de maatregel op kruissnelheid zal binnenkort worden bezorgd.

Wat betreft de financiering van de BBT en BBB, ligt de in het BFM gefinancierde provisie sinds 2013 lager dan de raming na herziening.

Voor de jaren 2013 tot 2016 bedraagt die onderfinanciering 64 miljoen euro en ze zal verschuldigd zijn aan de ziekenhuizen bij de herzieningen in kwestie.

De NRZV weigert dat er bijkomende besparingen worden opgelegd aan de sector door het feit dat er niet werd geanticipeerd op het sneeuwbaaleffect of door kosten op kruissnelheid van de eindeloopbaanmaatregelen of premies voor BBT-BBB die het resultaat zijn van beslissingen die werden genomen in het verleden en die destijds werden betwist door de NRZV.

De NRZV wenst dat in de toekomst alles in het werk wordt gesteld om de impact op middellange en op lange termijn van elke nieuwe maatregel op een correcte manier te meten, om dat sneeuwbaaleffect te vermijden.

Bij het technisch onderzoek van de verschillende overwogen maatregelen in de adviesaanvraag van de minister, stelt de NRZV vast dat de voorstellen onvoldoende onderbouwd en geanalyseerd werden en hun gevolgen onderschat, meer bepaald wat betreft de maatregelen ten belope van een bedrag van 15 miljoen euro, waarvan sprake is in het kader van de besparing die moet worden gerealiseerd via de transfer van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie en van daghospitalisatie naar ambulante.

Die voorstellen van maatregelen werden besproken in een gemengde werkgroep met daarin de leden van de afdeling financiering van de NRZV en de leden van de overeenkomstencommissie tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen.

Onverminderd de mogelijke besparingen, is de gemengde WG van mening dat het in de eerste plaats de medische en paramedische elementen zijn en de elementen die verband houden met de kwaliteit en de zorgtoegankelijkheid die prioritair zijn in de keuzes die gemaakt moeten worden. Het zijn niet enkel de budgettaire elementen die de keuze moeten sturen om een behandeling uit te voeren in klassieke hospitalisatie, in daghospitalisatie of ambulante. De transfer van activiteit moet medisch gerechtvaardigd zijn en een gelijkwaardige kwaliteit en toegankelijkheid garanderen. Het is enkel op die voorwaarden dat een behandeling die minder duur is voor de sociale zekerheid volledig gerechtvaardigd zal zijn.

De NRZV merkt op dat, in de praktijk, de overwogen besparing enkel betrekking heeft op de marginale kosten, aangezien de kosten voor personeel en infrastructuur ten laste van het ziekenhuis blijven.

Na een eerste technisch onderzoek rekening houdend met de opgelegde termijn, brengt de WG in dit stadium een negatief advies uit over de overwogen maatregelen voor transfer van activiteiten. Bijkomende analysewerkzaamheden blijken effectief onontbeerlijk:

- Verificatie van het medisch gerechtvaardigd karakter van elk van de overwogen transfers (types « transfereerbare » patiënten: voorbehoud bij de leeftijd, de comorbiditeiten, ...), van de garantie van

het behoud van de kwaliteit en de veiligheid (in het bijzonder de garantie van de correcte sterilisatie van de gebruikte materialen ...), verificatie van de tariefzekerheid en de zorgtoegankelijkheid, ...

- Correctie van de techniek voor het valoriseren van de potentiële besparingen: een B2 per dag wordt in de praktijk niet « bespaard », onderzoek van de impact op de honoraria voor toezicht, forfaitaire honoraria per opname en per dag, forfait farmacie, ...

De NRZV dringt erop aan dat de genomen maatregelen werkelijk een behandeling van de patiënt tegen een lagere kostprijs garanderen, en een gelijkwaardige kwaliteit garanderen van de zorg en medische of paramedische prestaties, én de financiële toegankelijkheid voor de patiënten.

Conclusie aangaande de technische onhaalbaarheid van de besparingsmaatregelen die werden voorgesteld in het advies van de minister:

De NRZV stelt voor om een gemengde werkgroep NRZV-CCHOA op te starten met als doel de A- en B-lijsten aan te passen en de selectiecriteria van de ongepaste daghospitalisatie, de lijsten van de prestaties die aanleiding geven tot forfaits van de overeenkomst ziekenhuizen - VI, en van de prestaties die ambulant uitgevoerd zouden kunnen worden.

De werkgroep zou uitgenodigd worden om de lijsten te actualiseren maar ook om de mogelijke en onderbouwde structurele besparingen te identificeren en te becijferen, tegen het ogenblik dat de begroting 2018 opgesteld moet worden. De werkgroep zou dus een rapport moeten publiceren in de komende 12 maanden<sup>1</sup>.

In de hypothese dat de minister de sector vanaf 1 januari 2017, en voor het jaar 2017, besparingen zou opleggen, **stelt de afdeling financiering vast:**

- dat er blijkbaar sprake is van een onderbenutting van uitgaven wat betreft de daghospitalisatie overeenkomst Z-VI ten belope van 5 miljoen euro op jaarbasis ten opzichte van de begrotingsdoelstelling;

---

<sup>1</sup> Er zal met name aandacht worden besteed aan de studie van het KCE waarvan de resultaten worden verwacht tegen 2017

***Studie 2015-51 (HSR) Keuze van de zorgsetting voor electieve chirurgie: dagopname versus klassieke ziekenhuisopname***

Lopende studie– België volgt de internationale trend die wijst op een toename van het aandeel electieve chirurgische ingrepen die in dagopname gebeuren. Beleidsmaatregelen die de verschuiving van klassieke opnames naar dagopnames (indien aangewezen) stimuleren, werden echter nauwelijks aangepast en de huidige keuze van zorgsetting is nauwelijks wetenschappelijk ondersteund.

Het doel van deze studie is het om na te gaan welk aandeel van electieve chirurgische ingrepen →- waarvoor een dagopname haalbaar en wenselijk is op basis van wetenschappelijke bewijskracht, benchmarking tussen ziekenhuizen, consultatie van experts en internationale trends – effectief kunnen gebeuren in dagopname als alternatief voor een klassieke ziekenhuisopname.

- dat als men de forfaits voor niet-chirurgische daghospitalisatie overeenkomst Z-VI lineair terugschreeft ten belope van het saldo van de opgelegde besparing, dat enkel om een zuivere overgangsmaatregel zou kunnen gaan, in afwachting van de conclusies van de gemengde WG NRZV-CCHOA en op voorwaarde dat de conclusies van die WG aantonen dat het effectief mogelijk is om te komen tot structurele besparingen die moeten worden uitgevoerd in 2018, maar dat zou onmiddellijk gevolgen hebben op het vlak van de tewerkstelling.

Wat betreft de besparing voor onderdeel A2, herinnert de NRZV eraan dat er reeds sprake is van een structurele besparing van ongeveer 6 miljoen in 2016 die werd gerealiseerd in het kader van de bevoegdheidsoverdracht en de NRZV dringt er trouwens op aan om geen andere wijzigingen van de geldende modaliteiten door te voeren.

De NRZV stelt ook vast dat die besparing niet in rekening werd gebracht in het kader van de technische ramingen van juni 2016 en op een « mechanische » manier, het gaat de facto om een niet-uitgave van bijna 12 miljoen euro voor 2017.

Ter conclusie, de NRZV doet dus een alternatief voorstel dat het mogelijk maakt om op korte termijn pistes vrij te maken en een proces op te starten aangaande structurele maatregelen in overleg met de betrokken actoren en partners.

De NRZV wijst er nogmaals op dat elke besparing een impact zal hebben op de kwaliteit en de tewerkstelling.

De NRZV vraagt mevrouw de minister om rekening te houden met de algemene principes die werden aangehaald in dit advies. De afdeling financiering brengt een negatief advies uit over de maatregelen die voorgesteld werden door de minister in haar adviesaanvraag.

In het geval er besparingen worden opgelegd, dringt de NRZV erop aan dat de hierboven beschreven maatregelen op een transitoire manier worden genomen of betrekking hebben op de schatkist, zoals op A2, in afwachting van structurele voorstellen. Voorstellen die enerzijds afkomstig zijn van de sociale partners in het kader van aanpassingen van de sociale akkoorden en anderzijds van een werkgroep NRZV-CCHOA met als doel om tegen dat het budget 2018 wordt opgesteld, de A- en B-lijsten en de selectiecriteria voor de ongepaste daghospitalisatie, de lijsten van prestaties die aanleiding geven tot forfaits van de overeenkomst Ziekenhuizen - VI, en van de prestaties die ambulantly zouden kunnen gebeuren, aan te passen.

Die structurele voorstellen zullen aansluiten bij de wil van de minister om de sector te herorganiseren, en de NRZV vraagt om actief betrokken te worden bij de gesprekken en wijst er hierbij reeds op dat die reorganisatie niet tot besparingen mag leiden.

De NRZV wenst tot slot ontvangen te kunnen worden door mevrouw de minister om zijn standpunt naar voren te kunnen brengen en dit advies op een duidelijke en gedetailleerde manier te kunnen toelichten.

## BIJLAGE

### Ontwerpadvies betreffende de vraag van mevrouw De Block aangaande de besparingsmaatregelen.

1. Wat betreft de besparing van 15 miljoen euro waarvan sprake in het kader van de besparing die werd uitgevoerd door de transfer van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie en van daghospitalisatie naar ambulante

a. Verschuiving van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie

#### Pacemakervervangingen

De taskforce heeft de mogelijke theoretische besparing geraamd door het aantal klassieke dagen dat in 2014 werd geteld voor verblijven voor pacemakervervangingen te vermenigvuldigen met de gemiddelde waarde van B2 en door van dat bedrag de uitgaven af te trekken die zouden gelden in daghospitalisatie.

In de praktijk heeft die besparing enkel betrekking op de variabele kosten, aangezien de vaste kosten voor personeel en infrastructuur ten laste van het ziekenhuis blijven.

De verwachte besparing werd ruim overschat.

De WG wijst erop dat een daling van een financiering overeen moet stemmen met een gelijkwaardige daling van de lasten die daaraan verbonden zijn. Dat is hier absoluut niet het geval aangezien de mogelijke besparing veel lager zal liggen dan hetgeen werd berekend.

Er zal ook rekening gehouden moeten worden met het feit dat meer dan 70% van de betrokken patiënten voldoen aan minstens één van de criteria die kunnen rechtvaardigen dat ze worden behandeld tijdens een ziekenhuisverblijf en niet in daghospitalisatie. Het feit dat er een budget wordt geschrapt dat overeenstemt met de financiering van onderdeel B2 voor alle patiënten die te maken krijgen met de vervanging van hun pacemaker, stemt niet overeen met de klinische realiteit en heeft als risico dat het selecteren van het patiënteel in de hand wordt gewerkt.

De WG is niettemin van mening dat een aantal chirurgische prestaties die doorgaans worden uitgevoerd in klassieke hospitalisatie onderzocht zouden kunnen worden om, met de hulp van het medisch corps, te bepalen of ze niet in daghospitalisatie uitgevoerd zouden kunnen worden.

De NRZV stelt voor om een werkgroep op te starten om te onderzoeken of het opportuun is om de B-lijst aan te passen, en aldus de lijst uit te breiden van de prestaties die uitgevoerd moeten worden in daghospitalisatie.

Technische vraag: de RIZIV-codes nakijken

De WG brengt in dit stadium een negatief advies uit, rekening houdend met de belangrijke elementen die nog onderzocht moeten worden.

**b. Verschuiving van daghospitalisatie naar ambulante zorg:**

**i. Cystoscopie**

***Presentatie van de maatregel***

Oorspronkelijke tabel van budgettaire impact in de nota van de taskforce:

		gevallen	Prijs groep 1	uitgaven
260271+260293	2016	50.000	165,02	8.251.000
260271+260293	2017	52.500	165,02	8.663.550
forfaits biologie/permanentie	2016	50.000	84	4.200.000
forfaits biologie/permanentie	2017	52.500	84	4.410.000
<b>Totaal 2016</b>				<b>12.451.000</b>
<b>Totaal 2017</b>				<b>13.073.550</b>

Het aantal gevallen van cystoscopie voor 2016 en 2017 werd geschat en vermenigvuldigd met forfait groep 1 en met de forfaitaire honoraria klinische biologie en permanentie.

De WG merkt op dat de forfaitaire honoraria in de tabel in werkelijkheid 2 verschillende types forfaits bevatten: de forfaits voor klinische biologie per opname die vooral bedoeld zijn om de medische permanentie van het laboratorium te dekken, en de forfaits voor de financiering van de intramurale medische permanentie Spoedgevallen en intensieve zorg.

Daarnaast wordt, in tegenstelling tot code 260293, vooral code 260271 gebruikt (93,55% van de gevallen) en die maakt het niet mogelijk om die forfaitaire honoraria te factureren.

De lijn "forfaits biologie/permanentie" moet bijgevolg behoorlijk naar omlaag herzien worden.

De WG merkt eveneens op dat de permanenties die gefinancierd worden door die forfaits in elk geval verzekerd moeten blijven en dat het niet normaal zou zijn om de financiering ervan te verlagen (noodzakelijke herinjectie van de middelen).

**Advies:**

Het honorarium van de uroloog voor de 2 prestaties bedraagt respectievelijk 49 en 75 euro; dat geldt als remuneratie, voor het dekken van de infrastructuurkosten, personeelskosten, materiaal (endoscopen), sterilisatie... wat volstrekt onmogelijk is, tenzij er aanzienlijke supplementen worden gevraagd aan de patiënten, of dat er veel wordt bespaard op kwaliteit.

De WG vestigt ook de aandacht op het risico op een massale transfer van de activiteit naar privé kabinetten, waar er geen controle is op de kwaliteit en de facturatie.

De WG brengt dus een negatief advies uit over dit voorstel, om de volgende redenen:

- De lasten blijven identiek voor het ziekenhuis
- De kosten voor de patiënt zullen toenemen met honorariumsupplementen in het bijzonder in privé kabinetten. De vrees bestaat dat de huidige kwaliteit niet gegarandeerd kan worden. Verplicht zijn om de kwaliteit van bepaalde zorg te verlagen om de budgettaire beperking na te leven, is volledig in tegenspraak met het beleid ter bevordering van de kwaliteit dat momenteel wordt geïmplementeerd in de ziekenhuizen.

**Blaasinstillaties**

**Presentatie van de maatregel**

Oorspronkelijk stelde de task force voor om het maxiforfait te vervangen door nieuwe honoraria. Dat is weergegeven in de volgende tabel met budgettaire impact.

<u>berekening</u>	Gevallen	Prijs		
maxiforfait	9.634	132,00	1.271.688,00	
forfaits biologie/permanentie	9.634	84,00	809.256,00	
totale kost	9.634	216,00	2.080.944,00	A
nieuw honorarium	9.634	42,00	404.628,00	B

<b>besparing</b>			<b>1.676.316,00</b>	A-B

In de overeenkomstencommissie ziekenhuizen van 30 augustus 2016 pleitten de leden ervoor om, in de hypothese dat er willekeurig tot deze maatregel beslist zou worden, het maxiforfait te vervangen door een nieuw specifiek forfait voor blaasinstillaties binnen het dagziekenhuis in plaats van nieuwe honoraria.

Deze prestatie heeft inderdaad betrekking op een oncologische dagbehandeling en kadert in de algemene problematiek van de activiteit van het oncologisch dagziekenhuis en van de evolutie van de verzorging van de patiënten die er behandeld worden of die, na een behandeling die werd opgestart in dagziekenhuis, thuis worden opgevolgd. De overeenkomstencommissie ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen heeft dit punt op de agenda van zijn werkzaamheden geplaatst.

Rekening houdend met het voorgaande is de WG van mening dat de prestatie waarvoor een besparing wordt voorgesteld moet kaderen in de algemene reflectie aangaande de oncologische dagactiviteit waarvan de kost gedekt door de forfaits hoofdzakelijk bestaat uit het verpleegkundig toezicht en de verschillende andere werkingskosten.

Dat betekent dat er geen besparing gerealiseerd wordt binnen de forfaitaire honoraria klinische biologie/permanentie. Dat levert de volgende aangepaste tabel op onder de hypothese van een nieuw willekeurig forfait van 42 €.

<u>berekening</u>				
maxiforfait	9.634	137	1.319.858,00	A
nieuw forfait	9.634	42	404.628,00	B
<b>besparing</b>			<b>915.230,00</b>	A-B

#### **Advies**

Wat betreft het feit dat specifiek wordt gewezen naar deze activiteit en wat betreft de waarde van een nieuw forfait dat eraan gekoppeld zou worden, brengt de WG een negatief advies uit en is hij van mening dat het onontbeerlijk is om de volledige activiteit die in daghospitalisatie wordt gerealiseerd grondiger te analyseren en de volgende zaken te bepalen:

- Welke prestaties naar de ambulante zorg getransfereerd zouden kunnen worden
- De kosten verbonden aan elke prestatie, en de financiering aan te passen aan die kosten

### Wijsheidstanden

Eenzijds is de WG van mening dat het volledige personeel B2 dat forfaitair gefinancierd wordt voor de C-dagbedden gekoppeld aan het aantal codes voor het trekken van wijsheidstanden, niet vrijgemaakt zal kunnen worden door de maatregel. De aangekondigde besparing zal niet gerealiseerd kunnen worden in termen van kosten voor het ziekenhuis.

Anderzijds betekent het schrappen van de codes aangaande het trekken van wijsheidstanden uit lijst A van de codes « dagziekenhuis » dat een daghospitalisatie niet meer gefinancierd zal worden voor het trekken van die tanden.

De WG is van mening dat die maatregel zonder meer toepassen inhoudt dat de patiënten in kwestie systematisch doorverwezen worden naar de consultaties van de tandartsen of de stomatologen, en in het bijzonder naar privé-kabinetten, waar er geen sprake is van controle van de kwaliteit en de facturatie. De WG is ook van mening niet alle medische elementen in handen te hebben die nodig zijn om een standpunt in te nemen inzake een dergelijk beleid inzake zorgtoegang en laat de verantwoordelijkheid voor een dergelijke beslissing over aan mevrouw de minister.

De WG brengt een negatief advies uit en meent dat het onontbeerlijk is om de volledige activiteit die wordt uitgevoerd in daghospitalisatie grondiger te analyseren en om te bepalen:

- Welke prestaties ambulant gemaakt kunnen worden.
- De kosten verbonden aan elke prestatie, en de financiering aan te passen aan die kosten

### Wondzorg

#### Voorstel van maatregel

		Max. bedrag
Thuisverpleging	Verbandwissel 1,5 verpleegkundige 3/week	€ 567.00
	Toezicht 4/week	€ 150.00
	Kwaliteitsbewaking door referentieverpleegkundige	€ 37.08
	Overleg bij ontslag uit het ziekenhuis	€ 42.00

Ziekenhuis	Overleg bij ontslag uit het ziekenhuis	€ 42.00
Huisarts	Overleg bij ontslag uit het ziekenhuis	€ 42.00
Patiënt	Huur gratis ... prijs varieert?	€ 0.00
	Aankoop verbandmateriaal	€ 225.00
	Honorarium consultatie in het ziekenhuis	€ 0.00
	<b>Totaal NDT thuis</b>	<b>€ 1 105.08</b>

Kostprijs per dag: 52,62 euro = 1105,08/21 dagen

Bovenop de adviesaanvraag van 6 juli, heeft het RIZIV gevraagd om 1.074.000€ weg te nemen bij de sector BFM en toe te wijzen aan een project artikel 56 voor thuisverpleging.

De WG brengt een negatief advies uit:

- De WG is van mening dat dit project beheerd zou moeten worden in het kader van de projectoproep voor thuishospitalisatie en niet via een specifiek artikel 56
- De NRZV is van mening dat het niet de taak/de verantwoordelijkheid van de ziekenhuissector is om de honoraria van de thuisverpleegkundigen te financieren. De WG vraagt zich af of de vermelde cijfers terecht zijn (aantal "bespaarde" dagen in het ziekenhuis, waarde verbonden aan die dagen, toezicht in VTE).

### **1. Wat betreft de besparing in onderdeel A2**

Het huidige bedrag van onderdeel A2 (BFM 2016/2) bedraagt 58,428 miljoen euro. Dat is bedoeld om de termijn te dekken tussen de prestatie en de betaling door het ziekenfonds. Het gaat om een forfaitaire financiering, ongeacht de omvang van de reële lasten.

Het BFM komt tussen op basis van de laagste markrentevoet die werd bepaald door het gemiddelde te nemen van de gemiddelde basisrentevoet van het kaskrediet vermeerderd met 0.50 punt en de gemiddelde rentevoet van de straight loans vermeerderd met 0.50 punt, rentevoeten die werden vastgesteld tijdens het voorlaatste kalenderjaar bij de vaststelling van het BFM.

De financieringsgraad werd in 2016 vastgelegd op 3,68%.

De rentevoet kan herzien worden tijdens de jaarlijkse herziening van het BFM in geval van significante variatie van de rentevoet, te weten een variatie van minimum 0,20 punt van de rentevoet.

De minister stelt voor om de rentevoet met 1% te verlagen, en dus vast te stellen op 2,68% voor het BFM van 2017. Dankzij die maatregel kan er 15,877 miljoen euro bespaard worden op de provisie uit het

BFM 1/7/2016 (en geen 14 miljoen euro zoals vermeld in de adviesaanvraag). Die besparing is een schatkistmaatregel met een recurrente impact<sup>2</sup> tot de herziening van het dienstjaar in kwestie.

De NRZV dringt er trouwens op aan geen andere wijzigingen van de geldende modaliteiten door te voeren.

Naar aanleiding van de overdracht naar de gemeenschappen en de gewesten, vanaf 1 juli 2014, van de bevoegdheid inzake de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur en -uitrusting (onderdelen A1, met inbegrip van de aanloopkosten en A3 van het budget van financiële middelen) en van de dekking, door de dotaties waarover de verschillende gefedereerde entiteiten beschikken, van de lasten die ermee samenhangen vanaf 1 januari 2016, houdt de berekeningsbasis van onderdeel A2 (element B van de berekeningsformule uit artikel 30 van het koninklijk besluit van 25 april 2002) geen rekening meer met het bedrag van de onderdelen A1 (met inbegrip van de aanloopkosten) en A3.

Het bedrag van onderdeel A2 berekend in het kader van het BFM van juli 2015 op alle onderdelen, met inbegrip van onderdelen A1 en A3 (en waarbij dus geen rekening wordt gehouden met het op nul zetten in bepaalde gemeenschappen/gewesten van de forfaits van die onderdelen op 1 januari 2016), bedroeg 62,939 miljoen.

Door van de berekeningsbasis van onderdeel A2 het bedrag van onderdelen A1 en A3 af te trekken, wordt er een automatische structurele besparing gerealiseerd van A2 van ongeveer 6 miljoen euro.

#### **Advies :**

De NRZV wijst op de automatische structurele daling van A2 van ongeveer 6 miljoen euro wat betreft het niet in rekening brengen van onderdeel A1/A3. De NRZV benadrukt om geen andere wijzigingen van de geldende modaliteiten door te voeren.

#### **Wat betreft het voorstel om middelen te vinden in onderdeel B7B (20.6m€) en lijn 4100 van onderdeel B4 –artikel 74 (7.8m€)**

#### **Juridische context**

Het aantal universitaire bedden is in België vastgelegd door een koninklijk besluit van 24 december 1980 tot vaststelling van het maximaal aantal bedden dat van toepassing is voor de programmatie van universitaire ziekenhuizen. Op basis van de bedden die hun zijn toegewezen, kunnen de universiteiten de koning voorstellen om de bedden aan te wijzen in een universitair ziekenhuis, maar ook in een dienst, een functie of een universitair zorgprogramma.

---

<sup>2</sup> De gecumuleerde besparing bedraagt 79,4 miljoen euro als de herziening plaatsvindt na 5 jaar.

- Artikel 4 van de wet op de ziekenhuizen geeft aan: *Worden als universitaire ziekenhuizen, universitaire ziekenhuisdiensten, universitaire ziekenhuisfuncties of universitaire zorgprogramma's beschouwd, deze welke, gelet op hun eigen functie op het gebied van patiëntenverzorging, het klinisch onderwijs, het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evaluatie van de medische activiteiten, voldoen aan de voorwaarden gesteld door de Koning en door Hem als dusdanig worden aangewezen op voorstel van de academische overheid van een Belgische universiteit met een faculteit geneeskunde met volledig leerplan.*
- Het koninklijk besluit van 7 juni 2004 vermeldt de voorwaarden voor de aanwijzing die nageleefd moeten worden om aangewezen te kunnen worden door de Koning als universitair ziekenhuis of universitaire dienst, functie of universitair zorgprogramma. Wat dat betreft dient er opgemerkt te worden dat de voorwaarden dezelfde zijn, of het nu gaat om het aanwijzen van een dienst, een functie of een zorgprogramma. Als de ziekenhuisdienst, -functie of het ziekenhuiszorgprogramma aan de voorwaarden voldoet, zal de dienst, de functie of het zorgprogramma, op voorstel van de universiteit, door de koning aangewezen kunnen worden, aan de hand van een koninklijk besluit, in de hoedanigheid van universitaire dienst, functie of universitair zorgprogramma. De voorwaarden waaraan voldaan moet zijn, staan vermeld in artikel 1bis van het koninklijk besluit van 7 juni 2004.

Het koninklijk besluit van 10 augustus 2005 tot aanwijzing van ziekenhuizen als universitair ziekenhuis bepaalt in zijn artikel 1 de zeven academische ziekenhuizen van het land.

### **Advies**

#### **De NRZV weigert unaniem te besparen door een onderdeel van het BFM gewoon en willekeurig te schrappen.**

De financiering van onderdelen B7A en B7B is gebaseerd op artikel 77 en de financiering B4-4100 op artikel 74 van het KB van 25 april 2002. Die onderdelen werden gecreëerd in 2002 om de financiering van de specifieke normen en opdrachten van de universitaire ziekenhuizen en diensten transparanter te maken, ongeacht of die in een academisch kader, een universitair ziekenhuis of een universitaire dienst van een algemeen ziekenhuis plaatsvinden. Enerzijds moeten de universitaire diensten, waar ze zich ook bevinden, voldoen aan specifieke normen, anderzijds zijn de specifieke universitaire opdrachten verbonden aan onderzoek en opleiding, medische technologieën, stagemeesters of de opleiding van kandidaat geneesheren-specialisten. De voorwaarden die moeten worden nageleefd om de financieringen B7A en B7B te behouden zijn identiek.

De NRZV onderstreept ook dat de financieringen B7A, B7B en B4-4100 bestemd zijn om effectieve bijkomende lasten te dekken en dat ze in geen geval geschrapt mogen worden. Door de financiering te schrappen zou er niet langer aan die normen en aan de universitaire opdrachten voldaan kunnen worden, en zouden er jobs verloren gaan.

### **Wat betreft het voorstel om middelen te vinden in onderdeel B8**

**De NRZV weigert ook unaniem te besparen door een onderdeel van het BFM gewoon en willekeurig te schrappen.**

De NRZV wijst erop dat onderdeel B8, zijnde 22,7m€ in het BFM van januari 2016, bestemd is voor de financiering van de specifieke kosten van een ziekenhuis met een op sociaal-economisch vlak zwak patiëntenprofiel.

Die patiënten brengen bijkomende lasten met zich mee voor de sociale dienst, bijkomende administratieve kosten, geschillen, onbetaalde bedragen, langere verblijfsduren, een zwaardere zorgintensiteit alsook minder daghospitalisaties door hun sociaal isolement...

De huidige sociaal-economische context doet echter vrezen voor een toename van het aantal kwetsbare patiënten, met name in het kader van de opvang van migranten, maar ook door de steeds toenemende armoede die wordt vastgesteld. De OCMW's komen steeds minder tussen en het probleem van de onbetaalde facturen blijft actueel.

De huidige kosten verbonden aan de opvang van het kwetsbaar patiënteel worden al niet volledig gedekt, en de middelen terugschroeven zou ertoe kunnen leiden dat sommige ziekenhuizen dit type patiënt niet meer ten laste nemen, wat de ziekenhuizen die ze wel opvangen nog extra zou benadelen.

Bepaalde gewesten en ziekenhuizen worden trouwens meer dan andere geconfronteerd met de opvang van deze mensen, en krijgen ook meer te maken met het niet kunnen innen van de schuldvorderingen die verband houden met onbetaalde facturen.

**De NRZV benadrukt dat onderdeel B8 effectieve bijkomende lasten dekt en dat er geen sprake van kan zijn om het te schrappen.**

### **Wat betreft het voorstel om middelen te vinden bij de recyclagepremies die gefinancierd worden in onderdeel B4 bij het sluiten van bedden**

**De NRZV weigert ook om te besparen door een onderdeel van het BFM gewoon en willekeurig te schrappen.**

De NRZV wijst erop dat die maatregel werd ingevoerd als incentive in het kader van een grote reorganisatie van de ziekenhuissector om ziekenhuisbedden zonder bestemming te sluiten. De betrokken ziekenhuizen konden een deel van de verloren financiering houden en zo het personeel behouden om de zorgverlening te verbeteren.

***Herinnering van de historische bepalingen tot op het einde van de maatregelen op 30 juni 2004:***

### Recyclage in het algemeen ziekenhuis

- MB van 7/8/1986: toekenning van een recyclagesbedrag voor de sluiting van minstens 10% van de bedden in 1987, recyclagesbedrag = 25% van de besparing die het resultaat was van de sluiting
- MB van 12/8/1987: regels blijven van toepassing in 1988
- MB van 9/11/1988: idem voor 1989 maar minstens 5% van de bedden
- MB van 28/11/1990: idem voor 1991 maar minstens 5% van de bedden
- MB van 28/12/1994: idem voor 1995 maar minstens 10% van de bedden
- MB 2/8/1986: voor 1997 zonder voorwaarde wat betreft % bedden

Recyclagebedrag = 15% van de besparing die het resultaat was van de sluiting. Indien minstens 10% van de bedden, dan besparing van 25%

- MB 2/8/1986: voor 1998 zonder voorwaarde wat betreft % bedden. Recyclagebedrag = 20% van de besparing die het resultaat was van de sluiting. Indien minstens 10% van de bedden, dan besparing van 30%.
- Voor 1/7/2002 tot en met 30/6/2004. De sluiting moest minstens 30 bedden betreffen. Recyclagebedrag = 20% van de besparing die het resultaat was van de beddensluiting.
- KB 24/4/2002: 7,5% van de financiële middelen voor de desaffectatie van bedden
- KB 25/02/2007 : vergoeding voor de uitgaven in het kader van de sluiting van een ziekenhuis of een deel van een ziekenhuis als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
1° de gedesaffekteerde bedden worden niet vervangen door andere ziekenhuisbedden;  
2° de sluiting moet betrekking hebben op minstens 10 erkende bedden, met uitzondering van de ziekenhuizen met 150 of minder erkende bedden.

De ziekenhuizen die recht hadden op een recyclage op 30/06/02 behouden die;

### Recyclage in het psychiatrisch ziekenhuis

- MB 2/8/1986: Zeer specifieke regels voor 1990, 1991, 1994 en 1995. Recyclagebedrag = tussen 5 en 10% van de besparing die het resultaat was van de sluiting.
- KB 25/4/2002: 7,5% van de vrijgemaakte middelen + 2,5 % van de vrijgemaakte middelen voor de ziekenhuizen die deel hebben genomen aan projecten ter verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.

De recyclagepremie wordt toegekend in de algemene ziekenhuizen voor onbepaalde duur, maar het bewijs moet worden geleverd dat dat personeel effectief tewerkgesteld blijft.

Er werden overeenkomsten in die zin ondertekend door de opeenvolgende ministers met de betrokken ziekenhuizen. Die incentives en hun recurrente karakter van onbepaalde duur waren bepalend in de sluitingsbeslissingen.

De NRZV benadrukt dat de B4 recyclage een verbintenissen dekken die werden aangegaan wat betreft effectieve jobs en dat ze in geen geval geschrapt mogen worden.

In het kader van de reorganisatie van het ziekenhuislandschap nodigt de NRZV de minister uit om een nieuwe operatie op te starten met een financiële incentive voor rationalisering, maar waarvan de toekenning op een vooraf bepaalde manier beperkt zou kunnen worden in de tijd.

De sector moet over een overgangperiode beschikken om zich aan te kunnen passen.

De besparing of het budget die het gevolg zijn van die rationalisering zou geherinvesteerd moeten worden om de ziekenhuizen in staat te stellen om zich te herorganiseren.

**Raming van de kosten van de eindeloopbaanmaatregelen:**

Totale geraamde kost op basis van Finhosta 2014: 234.094.787 €

Afschaffing van de schijf van 45 tot 50 jaar, d.w.z. 2 uur op 50 jaar, 4 uur op 55 jaar en 6 uur na 60 jaar:  
Geraamde besparing op de begroting = 101.393.276 €

De simulatie houdt evenwel geen rekening met de **verplichte financiering van de verworven rechten** – elke gerechtigde behoudt het voordeel dat hij heeft verkregen vóór de wijziging van de regels.

De besparing kan pas na minimum 5 jaar **100% effect** hebben: de begunstigde van de huidige regels die 45 jaar is, behoudt zijn recht tot hij 50 jaar oud is. Op 50 jaar geniet hij dan het recht dat voor iemand van 50 jaar is bepaald (dus nog altijd 2 uur).

Later zullen er cijfers over meerdere jaren worden bezorgd.

**ESTIMATION DES REVISIONS TPP/QPP sur base de Finhosta 2010 à 2014**  
**RAMING VAN DE HERZIENINGEN BBT/BBK op basis van Finhosta 2010 tot en met 2014**

	HÔPITAUX PRIVÉS PRIVE ZIEKENHUIZEN		HÔPITAUX PUBLICS OPENBARE ZIEKENHUIZEN		TPP/QPP BBT/BBK	Entrée en vigueur droit à la prime Inwerkingtreding recht op de premie
2010	PROVISION - PROVISIE	€ 17.779.070,41	PROVISION - PROVISIE	€ 7.824.429,51	TPP Soins intensifs et urgence BBT Intensieve zorg en spoedgevallenzorg	1/01/2010
	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 11.691.163,81	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 5.084.842,66	TPP Gériatrie BBT Geriatrie	1/01/2010
	DIFFERENCE - VERSCHIL	-€ 6.087.906,60	DIFFERENCE - VERSCHIL	-€ 2.739.586,95	QPP Gériatrie BBK Geriatrie	1/01/2010
2011	PROVISION - PROVISIE	€ 18.807.724,40	PROVISION - PROVISIE	€ 7.563.173,53	TPP Oncologie BBT Oncologie	1/01/2010
	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 15.709.060,92	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 6.238.662,32	TPP Pédiatrie-néonatalogie BBT Pédiatrie en neonatalogie	1/08/2012
	DIFFERENCE - VERSCHIL	-€ 3.098.663,48	DIFFERENCE - VERSCHIL	-€ 1.324.511,20	QPP Diabétologie BBK Diabétologie	1/08/2012
2012	PROVISION - PROVISIE	€ 19.253.683,21	PROVISION - PROVISIE	€ 8.002.380,22	TPP Santé mentale psychiatrie BBT Geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie	1/10/2013
	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 19.464.339,77	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 8.157.594,50	QPP Santé mentale psychiatrie BBK Geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie	1/10/2013
	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 210.656,56	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 155.214,27	QPP Soins palliatifs BBK Palliatieve zorg	1/01/2014
2013	PROVISION - PROVISIE	€ 19.364.528,00	PROVISION - PROVISIE	€ 8.071.754,23		
	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 26.725.046,76	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 11.071.830,20		
	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 7.360.518,76	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 3.000.075,96		
2014	PROVISION - PROVISIE	€ 19.519.378,37	PROVISION - PROVISIE	€ 8.191.266,68		
	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 34.340.317,21	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 14.464.620,31		
	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 14.820.938,84	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 6.273.353,63		
2015	PROVISION - PROVISIE	€ 19.519.378,37	PROVISION - PROVISIE	€ 8.191.266,68		
	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 34.564.934,14	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 14.536.012,72		
	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 15.045.555,77	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 6.344.746,04		
2016	PROVISION - PROVISIE	€ 29.814.572,16	PROVISION - PROVISIE	€ 8.273.179,34		
	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 34.910.583,48	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 14.681.372,84		
	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 5.096.011,32	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 6.408.193,50		

Estimations 2015 et 2016 sur base des données Finhosta 2014 sans tenir compte des nouveaux agréments intervenus à partir du 1er Janvier 2015.  
 Ramingen 2015 en 2016 op basis van de Finhosta 2014 gegevens zonder rekening houden met de nieuwe erkenningen vanaf 1 Januari 2015.

Pour 2016: Indexation à partir de juin 2016 et ajout d'un budget supplémentaire de 10 millions pour les hôpitaux privés.  
 Voor 2016: Indexering vanaf juni 2016 en toevoeging van een bijkomende budget van 10 miljoen voor de privé ziekenhuizen.

