
Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/519-2 (*)

Advies van de FRZV

Forfait voor kosten buiten de ziekteverzekering

Advies naar aanleiding van de adviesvraag van 3 november 2020.

*Over te maken aan de minister samen met het advies van de gemengde werkgroep over
"betrokkenheid bij ongewone medische activiteiten".*

Namens de Voorzitter,

Margot Cloet

Annick Poncé

wnd. directeur-generaal

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 12/11/2020 en door het Bureau op 17/11/2020 geratificeerd.

Context en principes waar rekening mee moet worden gehouden

Het advies van de FRZV nr. 513-2 van 11 juni 2020 voorzag in twee compensatiemechanismen die tot op heden nog niet geactiveerd zijn: een forfait voor kosten die niet gedekt worden door het budget 2020 en een finale evaluatie 2020.

- Het forfait voor kosten die niet gedekt worden door het budget 2020 (cf. 'forfait d' in het advies van 11 juni 2020) zou (voor een deel) concreet vorm kunnen krijgen met het bijkomend budget van 145 miljoen euro voor 2020, dat aangekondigd werd in de adviesaanvraag van 3 november 2020.
- Zoals ook al door de vorige Minister van Volksgezondheid werd aangegeven, lijkt de finale evaluatie 2020 juridisch moeilijk toe te kennen in het licht van de geldende regelgeving inzake staatssteun. Niettemin kan de FRZV zich daar in een later advies over buigen.

De FRZV waardeert ten eerste de bereidheid van de minister om de financiële compensaties naar aanleiding van de crisis verder uit te breiden, meer bepaald naar een gedeeltelijke tussenkomst in het verlies van inkomsten uit andere bronnen dan de ziekteverzekering, zie adviesvraag van 3 november 2020. Het is een financiële tegemoetkoming bijkomend aan de maatregelen die reeds voorzien zijn in het KB van 30 oktober 2020 voor de Uitzonderlijke Federale Financiële Interventie (KB UFFI). Het voorliggend advies gaat in op een concreet voorstel voor een gedeeltelijke forfaitaire financiering ervan.

Principes:

- Doel = de impact van de Covid-19-crisis opvangen, niet de onderfinanciering oplossen.
- Forfaitaire tussenkomst voor het dekken van de vaste kosten die blijven doorlopen (en noodzakelijk zijn om covid-19- en niet-covid-19-patiënten te verzorgen) en die normaal gezien niet door de staat worden gefinancierd.
- Rekening houden met de realiteit van elk ziekenhuis voor zover dit gerechtvaardigd en billijk is ten opzichte van de andere ziekenhuizen.

Waarom

Eerst en vooral wenst de FRZV het belang te benadrukken van een bijkomende financiële tegemoetkoming voor het verlies van inkomsten uit andere bronnen dan de ziekteverzekering. Ook deze inkomsten zijn in normale omstandigheden noodzakelijk om het hoofd boven water te houden.

- De financiële gezondheid van de algemene ziekenhuizen is fragiel (cf. MAHA). Het courant resultaat van de algemene ziekenhuizen bedroeg in 2018 30 miljoen euro, terwijl de loutere meerkosten van de crisis, alleen al voor het 1^e semester 2020 (maart-juni), ongeveer 200 miljoen euro bedragen. De meerkosten zullen gefinancierd worden via de meerkostenforfaits.
- Ziekenhuizen die recentelijk investeringen hebben gedaan, moeten hun verplichtingen ten opzichte van de banken nakomen. Ziekenhuizen die voor zware investeringsprogramma's staan, moeten ervoor zorgen dat ze voldoende solvabiliteit hebben, wetende dat een deel van die investeringen ten laste van de ziekenhuizen is en dat ze de investeringen moeten prefinancieren.
- Het staat vast dat de covid-19-crisis een financiële impact heeft:
 - Rechtstreekse impact door verhoging van bepaalde uitgaven en beperking van inkomsten

- Onrechtstreekse impact op het vlak van het autofinancieringsvermogen dat door het ziekenhuis gegenereerd wordt => sneeuwbaaleffecten of vicieuze cirkel: minder cashflow, er kan minder geleend worden, minder in staat om bestaande verbintenissen na te komen, afname autofinancieringsvermogen en dus toename schulden, daling solvabiliteit, ...
- De sector schat in dat de financiële compensaties waarin in eerste instantie voorzien is, ontoereikend zullen zijn (cf. KB UFFI): beperkt tot meerkosten voor Covid-19 (door middel van een forfaitaire financiering) en tot compensaties van verlies aan ZIV-inkomsten (tot op niveau 2019, geïndexeerd naar 2020) maar dus niet van alle verliezen (bv. meeste niet-ZIV-inkomsten, de verwachte groei voor 2020 als er geen Covid-19 was geweest, ...).
- Het is niet duidelijk hoelang de crisis zal duren: in de zomer van 2020 werden de activiteiten gedeeltelijk hernomen maar ondertussen is er een tweede golf en moeten de ziekenhuizen opnieuw het aantal niet-covid-19-interventies beperken.
- Het is niet duidelijk wat de onrechtstreekse impact op middellange en langere termijn zal zijn:
 - Hoe zal de nieuwe organisatie van het ziekenhuis eruitzien en hoeveel zal die nieuwe covid-19-organisatie kosten?
 - Zal Covid een impact hebben op de grootte van het ziekenhuis en zijn infrastructuur?
 - Welke impact zal Covid hebben op het vlak van versnelde investeringen in digitalisering en hoe zullen die investeringen gefinancierd worden?

De ziekenhuizen moeten dus een zo volledig mogelijke compensatie krijgen om de vaste kosten te dekken, en dit niet alleen voor 2020 maar ook voor de komende jaren, teneinde de toekomst van de ziekenhuizen niet in gevaar te brengen:

- een duidelijk en helder perspectief bieden waardoor ziekenhuizen hun toegang tot de kapitaalmarkt kunnen behouden
- de structurele financiering van de sector een permanent karakter geven
- alle mogelijke systeemrisico's door een of ander ziekenhuis aan zijn lot over te laten, vermijden
- zonder de ambitie om via de Covid-19-compensaties de ziekenhuisfinanciering fundamenteel te hervormen en dus rekening houdend met huidige financieringsbronnen buiten de ziekteverzekering (bv. ereloonsupplementen), noch om bestaande onevenwichten structureel weg te werken (bv. onderfinanciering oplossen). Voor een bespreking van een grondige hervorming ontbreekt momenteel de tijd.

Periode toekenning Covid-19-tegemoetkoming

Een financiële tegemoetkoming voor het verlies aan inkomsten buiten de ziekteverzekering is niet voorzien in het huidige KB UFFI, met uitzondering van het BFM (incl. remgeld en niet-VI-patiënten) en het forfait geneesmiddelen (incl. remgeld). De FRZV stelt voor om dit op te nemen in een aanpassing van het KB en vervolgens zo snel mogelijk toe te kennen, voor de hele periode vanaf de start van crisis, dus vanaf maart 2020.

De FRZV adviseert bovendien dat het KB UFFI niet enkel voor het eerste semester 2020 (met Covid-19-patiënten vanaf maart) geldt, maar dat de compensaties doorgetrokken worden voor het hele tweede semester 2020. Hoewel het ziekenhuisnoodplan pas opnieuw geactiveerd werd in oktober, stelt de FRZV vast dat de activiteit in de zomer wel hernomen is, maar er grote regionale verschillen waren en er sinds juni een minimale capaciteit in elk ziekenhuis gereserveerd moest worden voor de opvang van Covid-19-patiënten.

Het UFFI-compensatiesysteem is dusdanig opgebouwd dat het rekening houdt met regionale verschillen en de verantwoorde compensaties net toekent in functie van de impact van de crisis op elk

individueel ziekenhuis: de meest getroffen instellingen zullen in verhouding een hogere financiële tegemoetkoming krijgen. De FRZV stelt daarom voor dat er snel beslist wordt dat de UFFI-regeling structureel voorzien wordt, zodat die ook van toepassing kan zijn in 2021, vermits we jammer genoeg verwachten dat, zeker in het eerste semester van 2021, de covid-19-crisis nog niet voorbij zal zijn.

Voorstel forfaitaire financiering

De FRZV stelt voor om de gedeeltelijke tussenkomst in het verlies van inkomsten uit andere bronnen dan de ziekteverzekering op te bouwen uit drie pijlers, in volgorde van prioriteit. De opbouw is voornamelijk gebaseerd op de cijfers die in het RIZIV ter beschikking zijn, met name de gegevens van de dienst RDQ en die van het actuaariaat.

Forfait buiten ziekteverzekering		
Pijler 1 Niet-terugbetaald (VI-patiënten) > 1A - zie KB UFFI > 1B - andere	Pijler 2 Niet-VI-patiënten	Pijler 3 Extra kosten (supplementen)

1. **Pijler 1 = garantie voor de eigen bijdragen van VI-patiënten, die strikt via de ziekteverzekering gereguleerd zijn en niet afhankelijk zijn van het beleid van het ziekenhuis**

Het gaat om de eigen bijdragen waarvan de overheid (o.a. RIZIV) heeft bepaald hoeveel ze precies mogen bedragen. Deze elementen zijn objectief en gedefinieerd en hangen dus niet af van specifieke regelingen in het ziekenhuis, maar van de toepassing van gemeenschappelijke regels voor de hele sector. Bv. remgelden, afleveringsmarges, ... Deze bedragen zijn vervat onder de noemer “**not reimbursed**” en betreffen **uitsluitend de VI-patiënten**.

Deze pijler is vooral gebaseerd op het principe “bijzaak volgt hoofdzaak”, waarbij de hoofdzaak de terugbetaalde zorg is. Opnames waar geen enkele terugbetaalde verstrekking uitgevoerd wordt, worden als niet-VI beschouwd (zie verder pijler 2).

Onderstaande tabellen geven een indicatie van de grootteorde van de bedragen weer voor de algemene (710) en psychiatrische (720) ziekenhuizen, voor 2018 (op jaarbasis), in klassieke hospitalisatie, dagziekenhuis en ambulante setting.

- Terugbetaald (reimbd): dit zijn de bedragen (gefactureerd via het ziekenhuis) die de ziekteverzekering terugbetaalde aan de ziekenhuizen (excl. vast deel BFM)
- Niet terugbetaald (not_reimbd): eigen bijdragen van de patiënten zoals hierboven gedefinieerd

In euro	710 – AZ			710 Total
	AMB	HOSP (CLASS)	HOSP (ONEDAY)	
reimbd	2.650.251.147,8	4.464.148.306,5	3.056.130.151,4	10.170.529.605,7
not_reimbd	223.259.553,7	517.515.113,4	145.908.441,9	886.683.109,1
% not reimbd / reimbd	8,4%	11,6%	4,8%	8,7%

	720 - PZ		720 Total
	AMB	HOSP	
reimbd	6.892.814,80	230.869.278,67	237.762.093,47
not_reimbd	1.057.982,29	40.542.968,01	41.600.950,30
not reimbd / reimbd	15,3%	17,6%	17,5%

Binnen deze eerste pijler maken we een onderscheid tussen de eigen bijdragen gekoppeld aan de reeds voorziene compensaties in het KB UFFI en andere niet-terugbetaalde bedragen:

- Pijler 1A: volgens het principe “bijzaak volgt hoofdzaak” gaat het hier over het persoonlijk aandeel gekoppeld aan de reeds voorziene garanties in het KB UFFI, namelijk het remgeld van de terugbetaalde honoraria (zie Doc P, exclusief implantaten) en van de RIZIV-conventies
 - Het remgeld op BFM en op het forfait geneesmiddelen niet, op voorwaarde dat het remgeld vervat is in de te garanderen budgetten. Indien dat niet het geval is dan maakt dit eveneens deel uit van pijler 1A.
- Pijler 1B = andere niet-terugbetaalde bedragen zowel voor gehospitaliseerde als ambulante patiënten, namelijk:
 - niet-vergoedbare verstrekkingen (niet: de niet-vergoedbare producten en diensten)
 - Het gaat om een compensatie van niet-vergoedbare verstrekkingen voor VI-patiënten, die voor een terugbetaalbare verstrekking in het ziekenhuis zijn verzorgd en waarbij tijdens de ten laste name ook een niet terugbetaalbare verstrekking is uitgevoerd. Het lijkt aangewezen het volledige deel van het ziekenhuis in het verlies aan inkomsten voor deze verzorging te compenseren, namelijk zowel het deel gedekt door de ZIV, het remgeld en ook de niet terugbetaalde verstrekking (bijzaak volgt hoofdzaak).
 - Niet-vergoedbare verstrekkingen (het gaat dus om zorgverstrekkingen) die werden aangerekend aan VI-patiënten zijn namelijk, in tegenstelling tot supplementen, geen puur prijselement.
 - Het is geen verhoging van de prijs van een terugbetaalde verstrekking, maar een werkelijk uitgevoerde medische verstrekking, in overleg tussen de arts en de patiënt, waar de ZIV niet in tussenkomt. Het is geen beleidskeuze van het ziekenhuis om deze al dan niet te factureren.
 - Sommige leden zijn echter van mening dat de systematiek van factureren en hoogte van de gefactureerde bedragen voor niet-terugbetaalde honoraria zeer sterk verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis (ook voor eenzelfde ingreep) en stellen daarom voor om niet-vergoedbare verstrekkingen onder te brengen in pijler 3.
 - afleveringsmarge en veiligheidsmarge bij implantaten en invasieve medische hulpmiddelen (zowel op terugbetaalde als niet-terugbetaalde)

- winstmarge en remgeld op geneesmiddelen (excl. remgeld op het forfait geneesmiddelen wat vervat is in KB UFFI of in pijler 1A)
 - De redenering is dat de aankoopprijs/terugbetaling van bv. implantaten niet gecompenseerd moet worden omdat er geen kosten tegen overstaan, maar wel om het verlies aan marges 2020 ten opzichte van 2019 te vergoeden omdat die in normale omstandigheden dienen om het hoofd boven water te houden.

De tegemoetkoming wordt berekend op dezelfde manier als voor het verlies aan inkomsten reeds voorzien in het KB UFFI (reële facturatie 2020 – facturatie 2019 geïndexeerd), met dien verstande dat op de honoraria-gerelateerde elementen het retrocessiepercentage toegepast wordt. Het is namelijk de bedoeling om alleen het deel voor het ziekenhuis te vergoeden.

Pijler 1A – remgeld gekoppeld aan KB UFFI

De compensatie vertrekt van het absolute bedrag aan remgeld gekoppeld aan de gecompenseerde honoraria en conventies, bepaald voor elk ziekenhuis i afzonderlijk.

Stap 1: bepaling van het verlies aan remgeld (R_{Hi} en R_{Ci}) voor ziekenhuis i

- R_{Hi} = bedrag remgeld voor terugbetaalde honoraria gefactureerd 2020 – gefactureerd 2019, geïndexeerd naar 2020
 - Indien $R_{Hi} \geq 0$, dan wordt R_{Hi} op 0 gezet
 - Indien $R_{Hi} < 0$, dan stap 2.
- R_{Ci} = bedrag remgeld voor conventies gefactureerd 2020 – gefactureerd 2019, geïndexeerd naar 2020
 - Indien $R_{Ci} \geq 0$, dan wordt R_{Ci} op 0 gezet

Stap 2:

- Op het verlies aan remgeld voor terugbetaalde honoraria R_{Hi} wordt vervolgens het gemiddeld retrocessiepercentage X_i toegepast, zie ook KB UFFI art. 4 §3, 2.2 stap 2.
- Geen toepassing van het retrocessiepercentage op het verlies aan remgeld voor conventies R_{Ci} omdat de compensatie in KB UFFI alleen over het deel ziekenhuis gaat.

➤ De financiële tegemoetkoming voor pijler “1A – remgeld gekoppeld aan KB UFFI” bedraagt bijgevolg $(R_{Hi} * X_i) + R_{Ci}$ voor ziekenhuis i

Pijler 1B – andere niet-terugbetaalde bedragen

De financiële tegemoetkoming voor pijler 1B wordt bepaald op dezelfde manier als voor het verlies aan remgeld (pijler 1A), waarbij alleen op de honoraria-gerelateerde elementen het retrocessiepercentage X_i wordt toegepast.

2. Pijler 2 = garantie voor niet-VI-patiënten

Een tweede pijler betreft het compenseren van het verlies aan inkomsten van niet-VI-patiënten, voor zover de inkomsten van deze patiënten niet vervat zijn in de reeds voorziene garanties van het KB UFFI, namelijk de garantie BFM.

Indicatief geeft de tabel hieronder het aandeel ligdagen van niet-VI-patiënten ten opzichte van VI-patiënten. Dit varieert sterk tussen ziekenhuizen (bron: FOD, Finhosta 2018).

	AZ	PZ
Min	0%	0%
Median	1,17%	0,29%
Max	17,58%	9,95%
Nationaal %	2,3%	1,1%

Aangezien er grote verschillen zijn tussen ziekenhuizen en ziekenhuizen zelf geen impact hebben op deze verschillen, stelt de FRZV voor om rekening te houden met de realiteit in elk ziekenhuis en dus met het aandeel niet-VI-patiënten (uitgedrukt in dagen) van elk ziekenhuis afzonderlijk.

De compensatie vertrekt van de volgende tussenkomst Y_i voor ziekenhuis i :

- Bijpassing voor VI-patiënten tot niveau 2019 voor RIZIV-overeenkomsten, forfaits dagziekenhuis, geneesmiddelenforfaits, zie KB UFFI, art. 4 §2, punt 2-4
- en voor afdrachten (ZIV-gedeelte), zie KB UFFI, art. 4 §3
- + compensatie pijler 1 (eigen bijdragen van VI-patiënten)

Het totaal Y_i (garanties KB UFFI voor VI-patiënten, met inbegrip van eigen bijdragen) wordt verhoogd met het percentage niet-VI ten opzichte van VI-ligdagen, dit is het % niet-VI i .

- De compensatie voor pijler 2 bedraagt bijgevolg $Y_i * \% \text{ niet-VI } i$ voor ziekenhuis i
- Y_i = Bijpassing tot niveau 2019 voor RIZIV-overeenkomsten, forfaits dagziekenhuis, geneesmiddelenforfaits en afdrachten (ZIV-deel) + pijler 1 (eigen bijdrage) van VI-patiënten
 - % niet-VI i = percentage niet-VI ten opzichte van VI-ligdagen, op basis van meest recent beschikbare cijfers

3. Pijler 3 = tegemoetkoming voor ziekenhuisspecifieke elementen

Hoewel uit de adviesvraag van de minister de intentie blijkt om met deze bijkomende compensatie de algemene dekking van de werkingskosten van de ziekenhuizen te verzekeren, volstaat het niet om alleen rekening te houden met “ontvangsten uit eigen betalingen en niet-VI-patiënten”, zie pijler 1 en 2 hierboven.

Om de financiële levensvatbaarheid van onze instellingen te verzekeren voorziet de wet op de ziekenhuizen momenteel in extra inkomstenbronnen zoals kamersupplementen en ereloonsupplementen. In de RIZIV-cijfers terug te vinden onder “extra charge”.

- De geobserveerde inkomsten onder de noemer “extra charge” bedroegen in 2018 nationaal 797 miljoen euro voor de algemene ziekenhuizen en 1,1 miljoen euro voor de psychiatrische ziekenhuizen (cf. extra_charge), ofwel 8% voor AZ en 0,5% bovenop de terugbetaalde massa (reimbd) door de ziekteverzekering (bron: RIZIV – RDQ, 2018). Dit is voor de algemene ziekenhuizen bijna in dezelfde grootteorde van de inkomsten onder de noemer “not reimbursed” die 887 miljoen euro bedroegen in 2018 (zie pijler 1).
- Specifiek op het vlak van ereloonsupplementen ging het in 2019 om een massa van 640 miljoen euro in de algemene en 1,1 miljoen in de psychiatrische ziekenhuizen. Voor de PZ komt het bedrag van extra charge dus overeen met de massa aan ereloonsupplementen, dat bovendien terug te leiden is tot de aanrekening van ereloonsupplementen in een zeer beperkt aantal PZ.
- Op basis van de cijfers van het RIZIV is het niet mogelijk om per ziekenhuis te bepalen wat uiteindelijk naar het ziekenhuis, dan wel naar andere zorgverstrekkers gaat.

Hoewel de adviesvraag wijst op het gebrek aan maatschappelijk draagvlak, gaat het om structurele inkomstenbronnen. De sector vindt het daarom verantwoord om een 3^e pijler toe te voegen aan het forfait voor het verlies aan inkomsten buiten de ziekteverzekering. Het gaat alleen om het verlies van deze inkomsten bij te passen voor zover ze naar het ziekenhuis gaan omdat ze in normale omstandigheden ook kosten dekken.

Vanuit de sector zijn er 2 voorstellen voor deze compensatie (pijler 3). Een eerste betreft een gelijkaardige verhoging van de voorziene compensaties voor de algemene ziekenhuizen, onafhankelijk van het specifieke beleid dat het ziekenhuis voert en dus onafhankelijk van het reële verlies van ziekenhuisspecifieke inkomsten. Een tweede houdt wel rekening met het reële verlies van deze inkomsten voor het ziekenhuis en hangt dus af van het beleid van elk individueel ziekenhuis.

Voorstel 1: tegemoetkoming onafhankelijk van het beleid van het ziekenhuis

Voorstel 1 betreft een minimale tegemoetkoming voor de waaier aan inkomsten die normaal niet door de ziekteverzekering gedragen worden, ziekenhuis specifiek zijn en niet vervat zijn in pijler 1 (eigen bijdrage) en 2 (niet-VI), en die in normale omstandigheden essentieel zijn om het hoofd boven water te houden.

Voor de bepaling van de tegemoetkoming wordt geen rekening gehouden met het reële verlies aan deze inkomsten, wel met het verlies aan inkomsten die wel gecompenseerd worden (cf. KB UFFI).

- Voor de AZ:

Stap 1: de vertrekbasis is de compensatie voor het ZIV-deel van de honoraria dat naar het ziekenhuis gaat (KB UFFI art. 4 §3) van elk algemeen ziekenhuis, dus rekening houdend met verlies aan inkomsten vanuit honoraria (ZIV-deel) en het retrocessiepercentage van elk ziekenhuis.

Stap 2: De tegemoetkoming voor pijler 3 wordt vervolgens bepaald door bovenstaande compensatie te verhogen met een percentage dat voor elk ziekenhuis hetzelfde is.

- Het aandeel supplementen ten opzichte van ZIV-inkomsten per ziekenhuis (bron: cijfers RIZIV – actuaariaat, 2019) is opgenomen in bijlage : indicatief P10 = 5,14% en P50 = 9,29%.
 - Hoewel het percentage geïnspireerd is op de ereloon-supplementen dient het in dit voorstel ook als minimale compensatie voor kamersupplementen en eventuele andere niet-gecompenseerde inkomsten.
- Voor de PZ: geen 3^e pijler voorzien, omdat de belangrijkste inkomsten ereloon-supplementen betreffen in een zeer beperkt aantal PZ. Het lijkt daarom niet verantwoord om aan alle PZ een minimale bijkomende tegemoetkoming toe te kennen.

Voorstel 2: tegemoetkoming afhankelijk van het beleid van het ziekenhuis

Aangezien het om structurele financieringsbronnen gaat en het hier de bedoeling is om enkel het deel te compenseren dat aan de beheerders toekomt teneinde de vaste kosten te blijven dekken, wordt bij het tweede voorstel dezelfde methode toegepast als voor pijlers 1 en 2: er wordt rekening gehouden met het reële verlies van elk ziekenhuis, in functie van de afname van de activiteit.

De tegemoetkoming wordt als volgt bepaald:

Stap 1: bepaling van het verlies aan supplementen (S_h en S_k) voor ziekenhuis i

- S_{hi} = bedrag ereloon-supplementen 2020 – bedrag ereloon-supplementen 2019, geïndexeerd naar 2020
- S_{ki} = bedrag kamersupplementen gefactureerd 2020 – bedrag kamersupplementen gefactureerd 2019
- Indien $S_{hi} \geq 0$ en $S_{ki} \geq 0$, dan is bedrag van pijler 3 = 0 euro.
- Indien $S_{hi} < 0$ of $S_{ki} < 0$, dan stap 2 (*voor alleen de S_i die negatief is*).

Stap 2:

- op het verlies aan honoraria supplementen S_{hi} wordt het gemiddeld retrocessiepercentage X_i toegepast, zie ook KB UFFI art. 4 §3, 2.2 stap 2
- op het verlies aan kamer supplementen S_{ki} , wordt er geen retrocessiepercentage toegepast (integraal voor het ziekenhuis)

Stap 3 :

Compensatie voor ziekenhuis $i = (S_{hi} * X_i) + S_{ki}$

Samengevat

Onderstaande tabel geeft een overzicht van waar welk verlies aan inkomsten vervat is, op basis van de compensaties in het huidige KB UFFI en aangevuld met het bijkomend forfait voor het verlies aan inkomsten buiten de ziekteverzekering (3 pijlers zoals voorgesteld in dit advies).

Garantie	Reimbursed (VI-patiënten)	Not reimbursed (VI-patiënten)	Niet-VI-patiënten
BFM	KB UFFI, art. 4 §2.1	KB UFFI, incl. remgeld	KB UFFI, incl. niet-VI
Forfaits dagziekenhuis	KB UFFI, art. 4 §2.3	Geen remgeld	Pijler 2
Conventies (deel zh)	KB UFFI, art. 4 §2.2	Pijler 1A: remgeld KB UFFI	Pijler 2
Forfait geneesmiddelen	KB UFFI, art. 4 §2.4	KB UFFI, incl. remgeld	Pijler 2
Afdrachten	KB UFFI, art. 4 §3	Pijler 1A: remgeld KB UFFI	Pijler 2
"Niet terugbetaald": andere dan remgeld bij KB UFFI		Pijler 1B	Pijler 2
"Extra charge"	Pijler 3		

➤ Budgettaire inschatting

Het is zeer moeilijk om op dit moment een betrouwbare budgettaire inschatting te maken. Desalniettemin volgt hier een ruwe inschatting naar best vermogen, waarbij het onzeker is hoe de crisis verder zal evolueren in 2020 en in hoeverre normale activiteiten nog hernomen zullen worden.

Assumpties:

- Omzetsdaling van 20% voor de periode maart-december 2020
- Retrocessiepercentage van 40%, op honoraria-gerelateerde elementen

Forfait buiten ziekteverzekering	Bron	Basis	1e semester (4 maanden)	2e semester (6 maanden)	Totaal (maart-dec 2020)
Pijler 1A – hon	<i>actua honor</i>	356.882.575,06	9.516.868,67	14.275.303,00	23.792.171,67
Pijler 1A – andere	<i>actua autres</i>	332.824.207,60	22.188.280,51	33.282.420,76	55.470.701,27
Pijler 1B	<i>rdq not reimb</i>	211.679.405,00	14.111.960,33	21.167.940,50	35.279.900,83
Pijler 1 - niet-terugbetaald	<i>total</i>	901.386.187,66	45.817.109,51	68.725.664,26	114.542.773,77
Pijler 2 - niet VI-patiënten	<i>SPF Finhosta</i>	2,3% (nationaal)	5.791.320,19	8.686.980,28	14.478.300,46
Pijler 3 - extra charge indien volledige compensatie (voorstel 2)	<i>INAMI rdq</i>	798.288.790,40	21.287.701,08	31.931.551,62	53.219.252,69

Bijlage

Deze tabel toont de spreiding van de (ereloon)supplementen ten opzichte van de terugbetaalde honoraria (ZIV-deel) in de algemene ziekenhuizen, in klassieke hospitalisatie, dagziekenhuis en ambulante setting (bron: RIZIV – actuariaat, 2019¹).

Percentiel	% ereloonsuppl / hon-ZIV (AZ)
P10	5,14%
P20	6,21%
P30	7,52%
P40	8,23%
P50	9,29%
P60	10,28%
P70	11,07%
P80	12,60%
P90	15,16%
P100	67,73%

¹ met in de teller supplementen gelinkt aan doc P en in de noemer de terugbetaalde bedragen ZIV in doc P (honoraria, met inbegrip van implantaten)