



## HERVORMING MEDISCHE NOMENCLATUUR

### **Identificatie financiering voor praktijkkosten medische verstrekkingen vanuit honoraria en andere bronnen**

*Beschrijving methodiek, illustratie op basis van data 2019*

..

29 juni 2026

Versie I

## Versiehistoriek

Versie	Datum	Auteur	Wijzigingen
<b>VI</b>	29/06/2026	RIZIV, FOD VVWL, KCE & universitaire equipes	Versie voor toelichting aan NCAZ en Overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen

# Inhoudstafel

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>6</b>
1.1	Achtergrond: project 'hervorming nomenclatuur' .....	8
1.2	Identificatie financieringsbronnen voor praktijkkosten van medische verstrekkingen .....	9
<b>2</b>	<b>Samenvatting resultaten</b> .....	<b>11</b>
2.1	Inleiding .....	11
2.2	Overzicht van de financiering van praktijkkosten .....	12
2.3	Raming van de praktijkkosten .....	12
2.4	Afbakening binnen de honorariamassa .....	12
2.5	Lezing van de resultaten .....	12
<b>3</b>	<b>Honoraria</b> .....	<b>14</b>
3.1	Prestatiehonoraria artsen 2019 .....	14
3.2	Forfaitaire honoraria artsen 2019 .....	15
<b>4</b>	<b>Budget Financiële Middelen (BFM)</b> .....	<b>17</b>
4.1	Inleiding: overzicht van de (relevante) BFM-onderdelen .....	18
4.2	Onderdeel A1 (incl. deelstaatfinanciering): investeringen .....	21
4.3	Onderdeel A2: kaskredieten .....	21
4.4	Onderdeel A3: investeringen van zwaar medisch materiaal .....	21
4.5	Onderdeel B1: gemeenschappelijke diensten .....	22
4.6	Onderdeel B2: klinische diensten .....	23
4.7	Onderdeel B3: werkingskosten zware medische apparatuur .....	24
4.8	Onderdeel B4: Forfaitaire financieringen .....	24
4.9	Onderdeel B5: werkingskosten apotheek .....	26
4.10	Onderdeel B6: Sociale Akkoorden niet-BFM-personeel .....	26
4.11	Onderdeel B7: universitaire functie .....	27
4.12	Onderdeel B8: sociale functie .....	27
4.13	Onderdeel B9: Sociale Akkoorden .....	27
4.14	Onderdeel C2: inhaalbedragen .....	28
4.15	Onderdeel C3: kamersupplementen .....	28
4.16	ZIV en niet-ZIV patiënten .....	29
4.17	Sp, PAL en BRA .....	29
4.18	Samenvatting .....	29
<b>5</b>	<b>Dagforfaits</b> .....	<b>31</b>
5.1	Dagziekenhuisforfaits (groepen 1-7) .....	31
5.2	Forfaits chronische pijn .....	32
5.3	Forfaits manipulatie poortkatheter .....	32
5.4	Forfaits dialyse .....	32
5.5	Maxiforfaits .....	32
5.6	Andere dagforfaits .....	32
5.7	Samenvatting .....	33
<b>6</b>	<b>Sociale Maribel</b> .....	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>Directe praktijkkosten</b> .....	<b>36</b>

7.1	Inleiding .....	36
7.2	ATMC..... <b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>	
7.3	AMTAA .....	39
7.4	Raming directe praktijkkosten voor 'ontbrekende' verstrekkingen.....	41
<b>8</b>	<b>Indirecte kosten en opbrengsten .....</b>	<b>42</b>
8.1	Enkele begrippen uit de ziekenhuisboekhouding.....	44
8.2	Afbakening directe, indirecte en uitgesloten kosten in KCE-rapport 380 (2024) .....	44
8.3	Indirecte kosten als mark-up percentage op directe kosten.....	45
8.4	Afstemming tussen kostenplaatsen, functionele eenheden en nomenclatuurcodes .....	49
8.5	Beperkingen van de Finhosta-registratie en implicaties voor kostenanalyse.....	50
8.6	Polikliniek.....	51
<b>9</b>	<b>Resultaten directe en indirecte praktijkkosten .....</b>	<b>55</b>
9.1	Overzicht van de resultaten .....	55
9.2	Toelichting en aanbevelingen bij deze resultaten .....	55
<b>10</b>	<b>Glossarium.....</b>	<b>58</b>
<b>11</b>	<b>Overzicht van bijlagen .....</b>	<b>61</b>

## Lijst tabellen

*Deze lijst geeft een overzicht van de tabellen die in de nota worden gebruikt ter illustratie en onderbouwing van de gehanteerde methodologie. Alle tabellen dienen gelezen te worden als toepassingen van de methodologische aanpak op het referentiejaar 2019.*

**Tabel 2.1 – Schematisch overzicht van het macrobilan van praktijkkosten en honoraria (2019)**

---

**Tabel 3.1 – Overzicht prestatiegebonden honoraria artsen (2019)**

**Tabel 3.2 – Overzicht forfaitaire honoraria artsen (2019)**

---

**Tabel 4.1 – Overzicht BFM-onderdelen die bijdragen aan de financiering van praktijkkosten (2019)**

---

**Tabel 5.1 – RIZIV-uitgaven voor dagforfaits en aandeel praktijkkosten (2019)**

---

**Tabel 7.1 – Nationale uitgaven en dekking ATMC-verstrekkingen (2019)**

**Tabel 7.2 – Betrouwbaarheid van berekende directe praktijkkosten ATMC**

---

**Tabel 8.1 – Overzicht van directe, indirecte en uitgesloten kosten (2019)**

**Tabel 8.2 – Netto indirecte kosten per kostenplaats (2019)**

**Tabel 8.3 – Overzicht niet-zorggerelateerde opbrengsten (2019)**

**Tabel 8.4 – Mark-up percentages voor indirecte kosten per kostenplaats**

**Tabel 8.5 – Toewijzing van functionele eenheden aan kostenplaatsen (illustratie)**

**Tabel 9.1 – Overzicht geraamde directe en indirecte praktijkkosten (2019)**

### Leeswijzer

Deze volledige nota is opgebouwd uit twee complementaire lagen:

1) **“In een oogopslag”**

*De onderdelen “In een oogopslag”, weergegeven in blauwe kaders aan het begin van elk hoofdstuk, geven een toegankelijke en beknopte weergave van de belangrijkste inzichten en resultaten. Ze zijn bedoeld voor lezers die snel een overzicht willen krijgen van de essentie van de nota.*

2) **Hoofddekt per hoofdstuk**

*De hoofddekt bevat de meer gedetailleerde uitwerking van de analyse, inclusief de gehanteerde aannames, methodologie en onderliggende gegevens.*

De lezer kan deze nota op verschillende manieren benaderen:

- ⇒ Lezers die een snel overzicht wensen, kunnen zich beperken tot **“In een oogopslag”**. Deze onderdelen bieden een zelfstandig leesbare synthese van de belangrijkste boodschappen.
- ⇒ Lezers die bijkomende duiding of verdieping zoeken, kunnen starten met **“In een oogopslag”** en vervolgens per hoofdstuk de hoofddekt raadplegen.
- ⇒ Lezers die onmiddellijk de volledige analyse willen volgen, kunnen ervoor kiezen om de kaders over te slaan en rechtstreeks de hoofddekt te lezen.

Deze opbouw laat toe om de nota flexibel te gebruiken, naargelang de informatiebehoefte van de lezer.

# I Inleiding

## *In een oogopslag ...*

### **Context**

In de hervorming van de medische nomenclatuur is er gekozen om een helder onderscheid te maken tussen het professioneel deel van artsenhonoraria, en het deel van de honoraria dat vandaag (mee) wordt gebruikt om praktijkkosten te financieren. Zonder dit onderscheid kan het professioneel deel van honoraria niet op een correcte en transparante manier worden geïdentificeerd en – in een latere fase van de lopende hervormingen – verder herijkt en verdeeld over de verschillende soorten verstrekkingen.

Praktijkkosten zijn alle kosten die nodig zijn om medische verstrekkingen mogelijk te maken, zoals infrastructuur (gefinancierd door de deelstaten), menselijk kapitaal (met uitzondering van de arts), apparatuur en andere (al dan niet indirecte) ondersteuning. Deze kosten zijn reëel en noodzakelijk, maar verschillen fundamenteel van de vergoeding voor het professioneel werk van de arts.

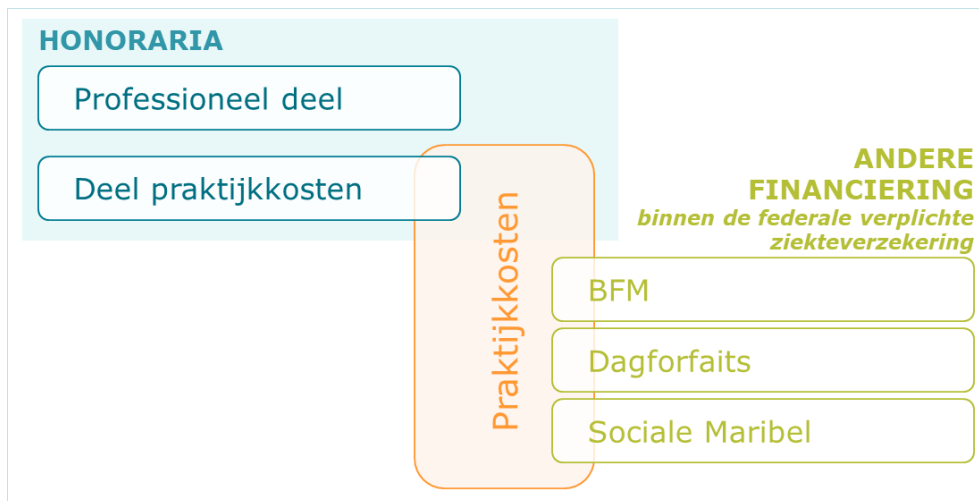
### **Doel van deze nota**

Deze nota heeft tot doel de methodologie te beschrijven die wordt gehanteerd om op macroniveau een inschatting te maken van de praktijkkosten van medische verstrekkingen en de wijze waarop deze worden gefinancierd. De focus ligt daarbij expliciet op het opstellen van een coherent en reproduceerbaar methodologisch kader, dat toelaat om de verschillende componenten van kosten en financiering systematisch te identificeren en met elkaar in verband te brengen.

### **Methodologische aanpak**

Om dit onderscheid op een consistente en onderbouwde manier te kunnen maken, wordt in deze nota een specifieke methodologische aanpak gehanteerd. De centrale uitdaging daarbij is dat praktijkkosten vandaag via meerdere financieringskanalen worden gedragen — en dat enkel het deel dat niet al elders federaal wordt gefinancierd (in het bijzonder via het Budget Financiële Middelen (BFM), maar ook via de dagforfaits en andere fondsen zoals Sociale Maribel), in rekening mag worden gebracht bij het bepalen van het professioneel deel van de honoraria door het in mindering brengen van de praktijkkosten die vandaag gedragen worden door de honoraria.

In deze nota wordt expliciet geen rekening gehouden met ereloonsupplementen. Deze worden buiten beschouwing gelaten omdat zij geen onderdeel vormen van de artsenomenclatuur zoals bepaald binnen de ziekteverzekering, maar het resultaat zijn van specifieke afspraken en contexten op ziekenhuis- of patiëntniveau binnen de reglementaire beperkingen die daarover zijn voorzien. De analyse in deze nota richt zich uitsluitend op de identificatie van praktijkkosten en hun financiering binnen de structurele en transparant afgebakende financieringsstromen van de federale verplichte ziekteverzekering en de daarmee samenhangende federale financieringsmechanismen (zoals ziekenhuisfinanciering en forfaitaire systemen). Onderstaand schema geeft deze situatie weer.



Niet alle BFM-middelen zijn relevant voor medische verstrekkingen (bv deze voor de sociale functie (B8)) , maar sommige dragen volledig of gedeeltelijk bij aan praktijkkosten. Concreet is dat het geval voor drie diensten waar medische verstrekkingen plaatsvinden: met name het operatiekwartier, het bevallingskwartier en de centrale sterilisatie, die medische verstrekkingen ondersteunt. Voor deze “BFM-diensten met praktijkkosten” wordt een deel van de infrastructuur-, personeels- en apparatuurskosten al via het BFM gefinancierd. Het BFM vormt daarmee één van de belangrijkste financieringsbronnen voor praktijkkosten, maar daarnaast dragen ook andere financieringsstromen, zoals dagforfaits en specifieke fondsen (bv. Sociale Maribel), in bepaalde mate bij aan de dekking van deze kosten.

Bij het bepalen van het professioneel deel van honoraria mogen ten opzichte van de huidige honoraria enkel de praktijkkosten in mindering worden gebracht die niet via andere financieringsbronnen worden gedragen. Als men alle praktijkkosten zonder correctie van de honoraria aftrekt, wordt het professioneel deel systematisch onderschat. Deze oefening is een actie om de transparantie te verhogen: ze maakt zichtbaar welke kosten in de toekomst werkelijk nog via honoraria zullen worden gefinancierd.

Een fictief maar illustratief voorbeeld op basis van één verstrekking om bovenstaande situatie te verduidelijken:

- Honorarium voor een verstrekking: **100 euro**
- Totale praktijkkosten: **40 euro**
- Hiervan reeds gefinancierd via BFM of andere kanalen: **15 euro**

⇒ Praktijkkosten ten laste van honorarium: **25 euro**

⇒ Professioneel deel: **75 euro**

Zonder correctie zou men foutief uitkomen op een professioneel deel van 60 euro.

### Referentiejaar en interpretatie van de resultaten

Om de aanpak concreet te maken en te kunnen toepassen op consistente en gevalideerde gegevens, wordt gewerkt met het referentiejaar 2019. Dit is het jaar waarin de kostenstudies in opdracht van het RIZIV werden opgestart, het meest recente jaar dat niet werd beïnvloed door COVID-19 en waarvoor voldoende gedetailleerde data beschikbaar zijn.

De resultaten die in deze nota worden gepresenteerd vormen een illustratie van de gehanteerde methodologie. De in deze nota opgenomen cijfers moeten daarom in de eerste plaats gelezen worden als een toepassing van de gehanteerde methodiek, en niet als een definitieve of actuele inschatting van de praktijkkosten. De methodologie vormt de basis voor verdere actualisaties en verfijningen op basis van meer recente gegevens.

Deze nota beoogt geen exhaustieve of encyclopedische beschrijving van de volledige ziekenhuisfinanciering. Om de analyse op een consistente en reproduceerbare manier te kunnen uitvoeren, worden vereenvoudigingen toegepast. Deze worden in voorliggende nota toegelicht.

## 1.1 Achtergrond: project ‘hervorming nomenclatuur’

De beleidsnota's Volksgesondheid van 2021, 2023 en 2026 van de minister van Volksgesondheid zetten de strategische doelstelling uiteen om de fundamentele waarden van het zorgorganisatiemodel te versterken. Dit is belangrijk om de duurzaamheid ervan in een budgettair aanvaardbaar kader te kunnen blijven garanderen. Om deze strategische doelstelling te realiseren, werd o.a. in samenhang met de hervorming van de medische nomenclatuur het programma “Hervorming van de ziekenhuisorganisatie en – financiering” opgericht, waarin een optimale verhouding tussen de resultaten van zorg versus de kost van zorg beoogd wordt.

In het huidige systeem ontvangt een arts een honorarium voor een verstrekking. Een deel van dit honorarium dient voor de financiering van de praktijkkosten (bv. personeel, materiaal, apparatuur, ondersteuning) die nodig zijn om de verstrekking te kunnen uitvoeren. Wanneer deze arts actief is in een ziekenhuis, staat de arts een deel van het ontvangen honorarium om deze reden af aan het ziekenhuis. Die manier van werken leidt tot een tweeledige en onvoldoende transparante financiering.

De algemene doelstelling van de hervorming is om een nieuwe logica en structuur te geven aan de huidige medische nomenclatuur om op deze manier, zoals ook opgenomen in de opeenvolgende Nationale Akkoorden Artsen - Ziekenfondsen sinds 2018-2019, tot en met 2022-2023:

- de interne logica, de leesbaarheid en de transparantie van de nomenclatuur te verbeteren;
- de nomenclatuur up te daten en aan te passen aan de evoluties in de medische activiteit en de nieuwe modellen van zorgverlening (bv. telegeneeskunde, multidisciplinaire zorg, enz.);
- onredelijke inkomensverschillen te corrigeren tussen huisartsen en specialisten en tussen arts-specialisten onderling;
- stimulansen in te voeren die samenwerking en kwaliteit bevorderen;
- binnen de honoraria van alle artsen, op een transparante en gestandaardiseerde manier, het gedeelte “medisch honorarium bestemd om alle kosten die direct of indirect verbonden zijn aan de uitvoering van de medische verstrekkingen en die niet worden gedekt door andere bronnen” onderscheiden van het gedeelte “honorarium bestemd om de verstrekking van de arts te dekken”. Dit houdt in dat er parallel vooruitgang moet geboekt worden met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering op het vlak van retrocessies (afdrachten aan ziekenhuizen) op honoraria en ereloonsupplementen.

De hervorming verloopt in drie fasen. In Fase 1 gebeurt de herstructurering van de bestaande nomenclatuur (van V0 naar V1), waarbij de omschrijvingen van medische verstrekkingen worden aangepast en gestandaardiseerd. In Fase 2 is de doelstelling om relatieve waardeschalen te ontwikkelen voor elke verstrekking. In Fase 2.1 gebeurt de uitwerking van de betreffende waardeschalen (intensiteitsscores) voor het professioneel (artsen) deel. In Fase 2.2 worden de directe praktijkkosten die gepaard gaan met de medische verstrekkingen geëvalueerd en uitgewerkt in een relatieve waardeschaal. Deze fase wordt aangevuld met een berekening van de indirecte kosten. In Fase 3 worden de finale tarieven per verstrekking vastgesteld.

De huidige medische nomenclatuur van de medische verstrekkingen op macroniveau en voor deze opdracht wordt gegroepeerd in drie grote domeinen, op basis van de aard van de activiteit en de bijhorende kostenstructuur:

- Handelingen van raadpleging en eraan geassimileerde handelingen (*Actes Cliniques Assimilés - ACA*) Dit domein omvat voornamelijk klinische verstrekkingen waarbij de activiteit hoofdzakelijk bestaat uit het intellectueel werk van de arts en de bijhorende praktijkkosten relatief beperkt zijn.

- Geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch-technische handelingen (*Actes Médico-Techniques Automatisés et Assimilés* - AMTAA)  
Dit domein omvat verstrekkingen die vaak in hoge mate gestandaardiseerd en geautomatiseerd zijn, zoals bepaalde laboratorium- en technische analyses. Deze activiteiten gaan gepaard met significante kosten voor apparatuur, materiaal en ondersteunend personeel.
- Technische medisch-chirurgische handelingen (ATMC)  
Dit domein omvat technische en chirurgische verstrekkingen die doorgaans een intensief gebruik vereisen van apparatuur en multidisciplinaire ondersteuning.

Deze opdeling weerspiegelt niet alleen de inhoudelijke aard van de medische activiteiten, maar ook de onderliggende verschillen in kostenstructuur en organisatie van zorg.

In het kader van deze nota is deze indeling essentieel, omdat zij toelaat om de praktijkkosten en hun financiering op een consistente en vergelijkbare manier te analyseren. Door verstrekkingen te groeperen in homogene domeinen kunnen verschillen in kostenprofiel, schaalgrootte en financieringsmechanismen beter worden geïdentificeerd en in de analyse worden meegenomen.

## 1.2 Identificatie financieringsbronnen voor praktijkkosten van medische verstrekkingen

Het identificeren van de totale praktijkkosten (zowel direct als indirect) van medische verstrekkingen is noodzakelijk om zicht te krijgen op het deel van de honoraria dat beschikbaar is voor de financiering van de verstrekkingen van artsen, i.e. het zgn. “professioneel deel”.

De afgelopen jaren (2022-2025) zijn er verschillende studies uitgevoerd die deze praktijkkosten in kaart brengen. De directe kosten per medische verstrekking zijn gedetailleerd onderzocht in studies van KU Leuven, ULB (voor de ATMC-verstrekkingen) en Möbius (voor de AMTAA-verstrekkingen). De indirecte kosten zijn geanalyseerd in het KCE-rapport 380 (2024), waarin ze worden voorgesteld als een mark-up percentage op de directe kosten. Dit percentage wordt berekend door de indirecte kosten te delen door de directe kosten van bv. een afdeling. Het resulterende percentage wordt vervolgens toegepast op de directe kosten, waarna het berekende bedrag aan indirecte kosten aan de directe kosten wordt toegevoegd om de totale kostprijs te bekomen. Deze benadering biedt een praktische manier om overheadkosten toe te rekenen wanneer een rechtstreekse toewijzing aan individuele verstrekkingen niet mogelijk is. N.a.v. de analyses van de directe en indirecte kosten werden met het KCE, en in overleg met de gezondheidszorgadministraties, nog een aantal methodologische bijstellingen aan de werkwijze voor het bepalen van de indirecte kosten afgesproken. Deze komen verderop in het rapport aan bod.

De vergelijking tussen de berekende praktijkkosten en de huidige financiering via honoraria (tarief per verstrekking) moet met de nodige omzichtigheid gebeuren. Voor een hele reeks verstrekkingen worden de praktijkkosten immers ook nog (deels) gefinancierd via andere bronnen dan de honoraria per verstrekking. De omvang van die andere financieringsbronnen dienen in beeld te worden gebracht om zodoende de beschikbare massa voor het professioneel deel te kunnen bepalen.

Deze nota heeft tot doel om een samenhangend en onderbouwd inzicht te bieden in de praktijkkosten van medische verstrekkingen en in de verschillende financieringsstromen die bijdragen aan de dekking van deze kosten. Om dit inzicht op een gestructureerde en transparante manier op te bouwen, is de nota opgebouwd volgens een duidelijke en logische volgorde.

In een eerste stap worden de resultaten van de analyse samengebracht in hoofdstuk 2 (Samenvatting resultaten). Dit hoofdstuk biedt een globaal overzicht van de belangrijkste bevindingen en laat toe om

snel inzicht te krijgen in de orde van grootte en de onderlinge verhouding van de verschillende componenten.

De daaropvolgende hoofdstukken bieden een meer gedetailleerde toelichting van de gehanteerde methodologie. Daarbij wordt eerst ingegaan op de verschillende financieringsbronnen die vandaag bijdragen aan de dekking van de praktijkkosten van medische verstrekkingen. Concreet worden achtereenvolgens de honoraria (hoofdstuk 3), het Budget Financiële Middelen (hoofdstuk 4), de dagforfaits (hoofdstuk 5) en de Sociale Maribelfondsen (hoofdstuk 6) besproken. In deze hoofdstukken wordt telkens toegelicht op welke manier deze financieringsstromen geheel of gedeeltelijk bijdragen aan de financiering van de praktijkkosten.

In een tweede stap wordt de kostenzijde in detail uitgewerkt. Hoofdstuk 7 behandelt de directe praktijkkosten, zijnde de kosten die rechtstreeks verbonden zijn aan de uitvoering van medische verstrekkingen voor AMTAA- en ATMC-verstrekkingen. Voor de handelingen van raadpleging en eraan geassocieerde handelingen (ACA) werden in deze oefening geen directe praktijkkosten opgenomen. Dit weerspiegelt enerzijds het ontbreken van een gevalideerde en vergelijkbare kostenbasis, en anderzijds de specifieke aard en financieringscontext van deze verstrekkingen, die zich minder lenen tot een uniforme toewijzing van directe kosten per verstrekking. Daarenboven wordt er van uitgegaan dat de arts de verstrekking volledig zelf uitvoert. Hoofdstuk 8 behandelt de netto-indirecte praktijkkosten, die betrekking hebben op de bredere organisatie en ondersteuning van de zorg. In dit hoofdstuk worden ook de kosten voor de organisatie van poliklinieken behandeld. Samen met de directe kosten vormen deze indirecte kosten de totale praktijkkosten van medische verstrekkingen. Het overzicht van deze finale praktijkkosten wordt weergegeven in hoofdstuk 9.

De verschillende onderdelen van de nota moeten daarbij steeds in samenhang worden gelezen. De uiteindelijke afbakening van het professioneel deel van de honoraria is immers het resultaat van de combinatie van enerzijds de geïdentificeerde kosten en anderzijds de verschillende financieringsstromen die deze kosten geheel of gedeeltelijk dekken.

De nota wordt afgesloten met een glossarium, waarin de belangrijkste begrippen worden toegelicht, en met een overzicht van de bijlagen en tabellen die de technische analyses verder ondersteunen.

Tot slot wordt nogmaals benadrukt dat deze nota gelezen dient te worden als een methodologisch referentiekader, waarvan de toepassing werd geïllustreerd aan de hand van de gegevens van 2019. De resultaten vormen een eerste toepassing en dienen als basis voor verdere actualisatie en verfijning. De nota beoogt niet om een uitspraak te doen over het exacte niveau van praktijkkosten per verstrekking, maar om een consistente aanpak te ontwikkelen waarmee deze op macroniveau kunnen worden geanalyseerd.

## 2 Samenvatting resultaten

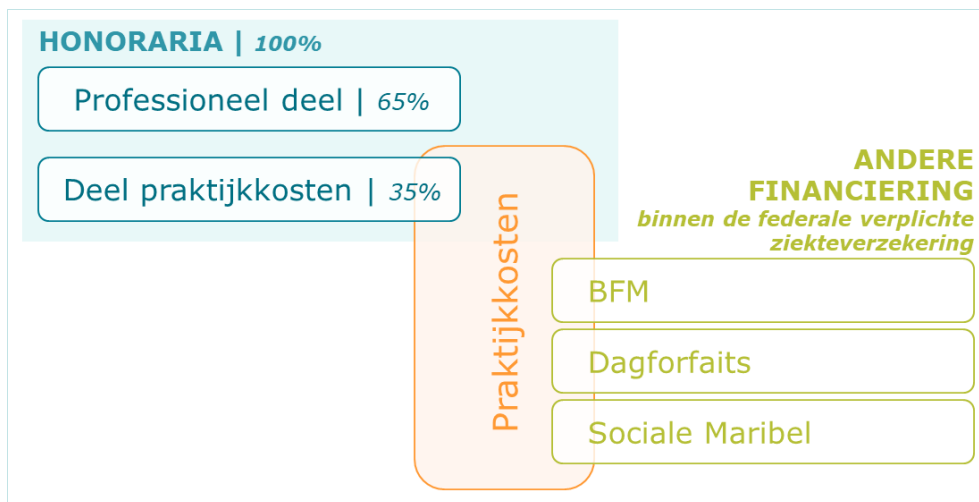
### *In een oogopslag ...*

De analyse in de volgende hoofdstukken leidt tot een geïntegreerd beeld van de wijze waarop de praktijkkosten van medische verstrekkingen vandaag worden gefinancierd en hoe deze zich verhouden tot de totale honorariummassa.

De resultaten tonen aan dat de financiering van praktijkkosten niet beperkt is tot de artsenhonoraria, maar over meerdere financieringsstromen is gespreid. Naast de honoraria dragen in het bijzonder het Budget Financiële Middelen (BFM) en de dagforfaits in belangrijke mate bij tot de dekking van deze kosten, aangevuld met andere financieringsbronnen zoals de Sociale Maribel.

Op basis van de analyse kan worden vastgesteld dat een aanzienlijk deel van de praktijkkosten reeds via deze alternatieve financieringskanalen wordt gedragen. Dit impliceert dat de honoraria slechts voor een gedeelte instaan voor de financiering van praktijkkosten. Door de combinatie van enerzijds de geraamde totale praktijkkosten (direct en indirect) en anderzijds de geïdentificeerde financieringsstromen, wordt het mogelijk om het deel van de honorariummassa te bepalen dat effectief beschikbaar blijft als vergoeding voor de professionele inzet van artsen.

De in dit hoofdstuk gepresenteerde cijfers geven inzicht in de grootteorde en structuur van deze verschillende componenten. Zij laten toe om de onderlinge verhoudingen zichtbaar te maken en vormen daarmee een basis voor verdere analyse en beleidsmatige afwegingen. Het onderstaande schema illustreert deze verhoudingen. De percentages zijn afgeleid door de totale honorariummassa voor 2019 (9.722,00 miljoen euro of 100%) op te splitsen in het deel van de praktijkkosten dat niet via andere financieringsbronnen wordt gedekt (3.372,58 miljoen euro of 35%) en het resterende deel dat beschikbaar blijft voor het professioneel gedeelte (6.349,42 miljoen euro of 65%).



### 2.1 Inleiding

De onderstaande resultaten bieden een samenvattend overzicht van de belangrijkste bevindingen uit de analyse van de verschillende financieringsstromen en praktijkkosten van medische verstrekkingen. Zij moeten gelezen worden in samenhang met de gedetailleerde toelichting in de volgende hoofdstukken, waarin zowel de financieringszijde als de kostenzijde stapsgewijs worden opgebouwd.

## 2.2 Overzicht van de financiering van praktijkkosten

Uit de analyse blijkt dat de praktijkkosten van medische verstrekkingen worden gefinancierd via een combinatie van verschillende bronnen.

De grootste financieringsstroom blijft de honorariamassa, die zowel prestatiegebonden als forfaitaire componenten omvat. Deze honoraria dekken in de praktijk niet alleen de vergoeding voor de arts, maar worden ook (gedeeltelijk) aangewend voor de financiering van de noodzakelijke omkadering van medische verstrekkingen.

Daarnaast wordt vastgesteld dat ook het Budget Financiële Middelen een substantiële bijdrage levert aan de financiering van praktijkkosten. Deze bijdrage situeert zich voornamelijk binnen specifieke ziekenhuisdiensten waar medisch-technische activiteiten plaatsvinden, en omvat zowel personeels- als infrastructuurgebonden kosten.

Ook de dagforfaits vormen een relevante financieringsbron. Voor een belangrijk deel van deze forfaits kan worden aangenomen dat zij rechtstreeks of onrechtstreeks bijdragen aan de dekking van praktijkkosten.

Ten slotte dragen ook andere financieringsmechanismen, zoals de Sociale Maribel, bij aan de financiering van praktijkkosten, voornamelijk via hun impact op de personeelsinzet in ziekenhuizen.

## 2.3 Raming van de praktijkkosten

De totale praktijkkosten worden in de analyse opgebouwd uit directe en indirecte kosten.

De directe kosten omvatten de middelen die rechtstreeks nodig zijn voor de uitvoering van medische verstrekkingen, waaronder personeel, materiaal en medische apparatuur. Deze kosten worden bepaald op basis van kostenstudies, uitgevoerd in de voorbije jaren, in opvolging van opdrachten vanuit het RIZIV en vertaald naar nationale grootteordes.

De indirecte kosten hebben betrekking op de bredere organisatie en ondersteuning van zorgactiviteiten, zoals administratie, infrastructuur en algemene ziekenhuiswerking. Deze worden toegevoegd via een mark-up benadering, gebaseerd op beschikbare ziekenhuisgegevens.

De combinatie van beide componenten resulteert in een globale raming van de totale praktijkkosten op macroniveau.

## 2.4 Afbakening binnen de honorariamassa

Door de geraamde praktijkkosten te plaatsen tegenover de verschillende financieringsstromen, kan worden vastgesteld welk deel van deze kosten reeds via andere bronnen dan de honoraria wordt gedragen. Deze stap maakt het mogelijk om het resterende deel van de praktijkkosten te identificeren dat daadwerkelijk via de honoraria wordt gefinancierd.

Na aftrek van dit resterende deel kan het saldo binnen de honorariamassa worden beschouwd als het professioneel deel, dat de vergoeding vormt voor de verstrekkingen van de arts.

## 2.5 Lezing van de resultaten

De resultaten van deze analyse geven in de eerste plaats inzicht in de onderlinge verhouding tussen kosten en financieringsstromen op macroniveau.

Zij maken zichtbaar dat de financiering van praktijkkosten vandaag verspreid is over meerdere kanalen en dat de honoraria daarin slechts één component vormen. Tegelijk tonen zij aan dat de omvang van de verschillende componenten afhankelijk is van de gehanteerde aannames en verdeelsleutels.

De cijfers in dit hoofdstuk dienen dan ook in de eerste plaats te worden gelezen als een geaggregeerde en systematische weergave van de huidige situatie, die toelaat om de structuur van de financiering te begrijpen en de verdere analyse in deze nota te kaderen.

De analyse in de volgende paragrafen biedt de nodige verantwoording voor onderstaand schema, dat naast het overzicht van de totale honorariamassa voor artsen, ook de andere financieringsbronnen van (delen van) praktijkkosten van medische verstrekkingen weergeeft. Na aftrek van de (directe + indirecte) praktijkkosten voor deze medische verstrekkingen wordt duidelijk welk deel van de honorariamassa er beschikbaar blijft als vergoeding voor de professionele inzet van de artsen.

Tabel 2.1 – Schematisch overzicht van het macrobilan van praktijkkosten en honoraria (2019)

Component	Bedrag		Toelichting
	In mio EUR (2019)	In %	
<b>Totale honorariamassa</b>	9.722,00	100%	Totaal van prestatiegebonden en forfaitaire honoraria (hoofdstuk 3)
<b>Totale praktijkkosten (direct + indirect)</b>	4.796,98	/	Som van directe (hoofdstuk 7) en indirecte kosten (hoofdstuk 8)
<b>Financiering praktijkkosten via andere bronnen:</b>			
- <b>BFM (relevante onderdelen)</b>	964,88	/	Financiering via geselecteerde BFM-componenten (hoofdstuk 4)
- <b>Dagforfaits</b>	408,75	/	Aandeel praktijkkosten in forfaits (hoofdstuk 5)
- <b>Sociale Maribel</b>	50,77	/	Toegewezen aandeel personeelsfinanciering (hoofdstuk 6)
<b>Totaal andere financiering</b>	1.424,40	/	Som van bovenstaande componenten
<b>Praktijkkosten te financieren via honoraria</b>	3.372,58	35%	Totale praktijkkosten – andere financiering
<b>Professioneel deel van honoraria</b>	6.349,42	65%	Honorariamassa – praktijkkosten ten laste van honoraria

*Disclaimer:* Deze cijfers illustreren de toepassing van de methodiek en zijn niet bedoeld als evaluatie van het niveau van praktijkkosten op zich. Er wordt vertrokken van de huidige kostenstructuur, waarover verder geen evaluatieve of normatieve uitspraken worden gedaan.

## 3 Honoraria

### *In een oogopslag ...*

Dit hoofdstuk schetst een globaal beeld van de vergoedingen die artsen ontvangen, en vormt zo het vertrekpunt voor de verdere analyse in deze nota. Om te kunnen bepalen welk deel van deze vergoedingen betrekking heeft op het professionele werk van artsen, is het noodzakelijk eerst alle honoraria samen in kaart te brengen.

Artsen ontvangen hun vergoedingen via twee grote kanalen. Enerzijds zijn er honoraria per medische verstrekking, zoals raadplegingen, onderzoeken, adviezen en ingrepen. Anderzijds zijn er forfaitaire honoraria, die geen directe link hebben met één specifieke verstrekking, maar verband houden met permanenties, beschikbaarheid, de organisatie van zorg of ingegeven waren door de wens tot een meer forfaitaire (en minder gerelateerde) financiering. Samen vormen zij de totale honorariamassa die voor het referentiejaar 2019 9.722 miljoen euro bedraagt.

De cijfers in dit hoofdstuk tonen de omvang en samenstelling van de honorariamassa voor het referentiejaar 2019. Ze maken zichtbaar dat artsenhonoraria zeer uiteenlopende activiteiten en zorgcontexten dekken en dat sommige verstrekkingen meer omkadering vereisen dan andere.

In het kader van deze nota is het noodzakelijk om eerst een volledig en transparant beeld te krijgen van de totale honorariamassa van artsen. Dit vormt het vertrekpunt voor de verdere analyse waarin het onderscheid wordt gemaakt tussen het deel van de honoraria dat dient om praktijkkosten te dekken en het deel dat kan worden beschouwd als professioneel honorarium.

Artsenhonoraria in België bestaan niet uit één homogene stroom, maar uit verschillende componenten die elk een andere logica en functie hebben. Enerzijds zijn er honoraria per verstrekking, die rechtstreeks gekoppeld zijn aan het uitvoeren van medische verstrekkingen (de zogenaamde prestatiehonoraria). Anderzijds zijn er forfaitaire honoraria, die verband houden met permanenties, beschikbaarheden, structurele zorgorganisatie of ingegeven waren door de wens tot een meer forfaitaire (en minder prestatiegerelateerde) financiering. Beide maken integraal deel uit van de honorariamassa en moeten samen worden beschouwd om tot een correct totaalbeeld te komen.

De hiernavolgende tabellen moeten niet gelezen worden als een eindresultaat, maar als een essentiële tussenstap. Ze brengen de bruto-honorariamassa in kaart, die in de volgende hoofdstukken verder wordt aangevuld voor praktijkkosten en andere financieringsstromen.

### 3.1 Prestatiehonoraria artsen 2019

Deze sectie geeft een globaal beeld van de prestatiegebonden honoraria van artsen in het referentiejaar 2019. De honoraria worden uitgesplitst volgens:

- context: ambulante en dagzaamactiviteiten (AMBU) versus ziekenhuisopname (HOSP): ambulante activiteiten kunnen zowel uitgevoerd worden in een ziekenhuis als in extramurale praktijken. Dagzaamactiviteiten en ziekenhuisopnames worden, per definitie, steeds gerealiseerd in een ziekenhuis,
- financieringsbron: ZIV-financiering versus remgelden;
- type verstrekking: ACA, AMTAA, ATMC en overige verstrekkingen.

Deze indeling is cruciaal voor de verdere analyse, aangezien verschillende types verstrekkingen gepaard gaan met zeer uiteenlopende praktijkkosten, een deel van deze praktijkkosten reeds via andere financieringsbronnen wordt gedragen (zoals BFM, dagforfaits of specifieke forfaits) en dus enkel het resterende, niet-gedekte deel van de praktijkkosten relevant is bij het bepalen van het professioneel deel van de honoraria.

De medische verstrekkingen bij ziekenhuisverblijven die in de categorie “laagvariabele zorg” vallen, zijn mee in rekening gebracht naar rato van de bedragen die overeenkomen met het artsenhonorarium voor elk van de afzonderlijke verstrekkingen opgenomen in het globaal prospectief bedrag per verblijf.

Tabel 3.1 – Overzicht prestatiegebonden honoraria artsen (2019)

In mio EUR	AMBU		HOSP		TOTAAL		TOTAAL
	ZIV	Remgelden	ZIV	Remgelden	ZIV	Remgelden	
<b>ACA</b>	2.469	512	492	41	2.961	553	<b>3.514</b>
<b>AMTAA</b>	638	15	186	0	825	15	<b>840</b>
<b>ATMC</b>	2.196	90	1.330	10	3.526	100	<b>3.626</b>
<b>Andere</b>	4	1	0	0	4	1	<b>5</b>
<b>TOTAAL</b>	<b>5.307</b>	<b>618</b>	<b>2.009</b>	<b>51</b>	<b>7.316</b>	<b>669</b>	<b>7.985</b>

Bron data: RIZIV, cijfers voor prestatiejaar 2019, incl. pro rata bedragen LVZ

## 3.2 Forfaitaire honoraria artsen 2019

Naast prestatiegebonden honoraria ontvangen artsen ook forfaitaire honoraria. Sommige forfaitaire honoraria (vooral medische beeldvorming, klinische biologie) zijn niet één op één gekoppeld aan bepaalde verstrekkingen door artsen, waarbij niet eenduidig kan vastgelegd worden welke verstrekkingen ze precies financieren noch welk deel van die forfaitaire honoraria bestemd is als vergoeding voor de artsen dan wel voor praktijkkosten. Deze honoraria zijn moeilijk toewijsbaar aan specifieke verstrekkingen:

- **Forfaitaire honoraria klinische biologie**  
Voor gehospitaliseerde patiënten (incl. dagziekenhuis) gaat dit over het forfaitair honorarium per opname en het forfaitair honorarium per verpleegdag. Voor ambulante patiënten is dit het forfaitair honorarium per voorschrift (vanaf uitvoering verstrekking klinische biologie).
- **Forfaitaire honoraria medische beeldvorming**  
Voor gehospitaliseerde patiënten is dit het forfaitair honorarium per opname. Voor ambulante patiënten (inclusief dagziekenhuis) gaat het over het forfaitair honorarium per voorschrift (vanaf uitvoering van een verstrekking medische beeldvorming).
- **Consultancehonoraria radiologie**  
Consultancehonorarium dat mag worden aangerekend per ziekenhuisopname (op de meeste ziekenhuisdiensten) of bij bepaalde verstrekkingen die ambulante worden uitgevoerd.

Bij andere forfaitaire honoraria is het duidelijk dat ze (louter) bedoeld zijn als vergoeding voor de inspanning van de betrokken artsen. Het gaat om de onderstaande honoraria:

- **Forfaitaire honoraria medische wachtdienst**  
Forfaitair honorarium voor de intramuraal aanwezige medische permanentie in een erkende functie van gespecialiseerde spoedgevallenzorg / intensieve zorg per opname in een acute dienst A, C, D, E, G, H, K, L, M, NIC, van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een gespecialiseerde spoedgevallenzorg / intensieve zorg.
- **Beschikbaarheidshonoraria medische specialisten**  
Forfaitair honorarium voor de extramuros beschikbaarheid van de artsen die deelnemen aan de georganiseerde wachtdienst (voor maximum 11 disciplines per ziekenhuis).
- **Permanentiehonoraria pediatrie**  
Forfaitair honorarium voor de aanwezigheid van een pediater in het ziekenhuis op werkdagen.

- Beschikbaarheidshonorarium Maternal Intensive Care (MIC) (vanaf 2025)  
 Forfaitair honorarium voor deelname aan de intramurale wachtdienst in een MIC-afdeling die 24/24 uur moet verzekerd worden.

Deze forfaitaire honoraria maken integraal deel uit van de honorariamassa en moeten meegenomen worden in het globale beeld van artsenvergoedingen.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de nationale uitgaven forfaitaire honoraria in 2019:

Tabel 3.2 – Overzicht forfaitaire honoraria artsen (2019)

In mio EUR (2019)	AMBU		HOSP		TOTAAL		TOTAAL	Type
	ZIV	Remgelden	ZIV	Remgelden	ZIV	Remgelden		
<b>Klinische biologie</b>	537	125	448	10	986	135	<b>1.121</b>	AMTAA
<b>Medische beeldvorming</b>	292	35	135	9	427	44	<b>471</b>	ATMC
<b>Permanente intensieve zorg &amp; spoed</b>	18	0	97	0	115	0	<b>115</b>	ACA
<b>Beschikbaarheid extramuraal</b>					23		<b>23</b>	ACA
<b>Permanente pediatrie</b>					7		<b>7</b>	ACA
<b>Beschikbaarheid Maternal Intensive Care</b>							<b>0</b>	ACA
<b>TOTAAL</b>	<b>847</b>	<b>160</b>	<b>681</b>	<b>19</b>	<b>1.558</b>	<b>179</b>	<b>1.737</b>	

Bron data: RIZIV, cijfers voor verstrekkingjaar 2019, incl. pro rata bedragen LVZ

## 4 Budget Financiële Middelen (BFM)

### *In een oogopslag ...*

Het Budget Financiële Middelen (BFM) is de belangrijkste basisfinanciering van ziekenhuizen voor de hospitalisatieactiviteit. Via dit budget worden niet de medische handelingen of geneesmiddelen zelf betaald, maar wel de zorg- en verblijfsomgeving waarin medische verstrekkingen plaatsvinden binnen de BFM diensten. Het gaat onder meer om verpleegkundig en ondersteunend personeel, logistiek, administratie en bepaalde medische apparatuur. Daarnaast financiert het BFM ook specifieke activiteiten (zoals radiotherapie of IVF) en personeelskosten die voortvloeien uit sociale akkoorden en gelden voor het ziekenhuis als geheel.

Het BFM bestaat uit verschillende onderdelen, die niet allemaal dezelfde functie hebben en niet allemaal bijdragen aan de praktijkkosten van medische verstrekkingen. Sommige onderdelen financieren algemene ziekenhuiswerking zonder directe link met medische verstrekkingen, andere dragen volledig bij aan praktijkkosten, en nog andere slechts gedeeltelijk. Vooral voor een beperkt aantal ziekenhuisdiensten – het operatiekwartier, het bevallingskwartier en de centrale sterilisatie – draagt het BFM rechtstreeks bij aan de kosten die nodig zijn om medisch-specialistische verstrekkingen mogelijk te maken. In deze nota worden deze aangeduid als BFM-diensten met praktijkkosten.

Meer concreet kan de rol van het BFM als volgt worden begrepen. Een eerste groep financiering heeft betrekking op investeringen en infrastructuur, zoals gebouwen, groot onderhoud en algemeen materiaal. Deze middelen, vervat in het BFM-onderdeel A1, zijn noodzakelijk om ziekenhuizen operationeel te houden, maar hebben geen link met de praktijkkosten van medische verstrekkingen en worden daarom niet als praktijkkosten beschouwd. Momenteel is onderdeel A1 een restgedeelte aangezien sinds de zesde staatshervorming deze bevoegdheid overgegaan is naar het regionaal niveau en als dusdanig volledig door het regionale niveau gefinancierd wordt. Onderdeel A1 dooft dan ook geleidelijk uit om op termijn volledig over te gaan op regionale financiering.

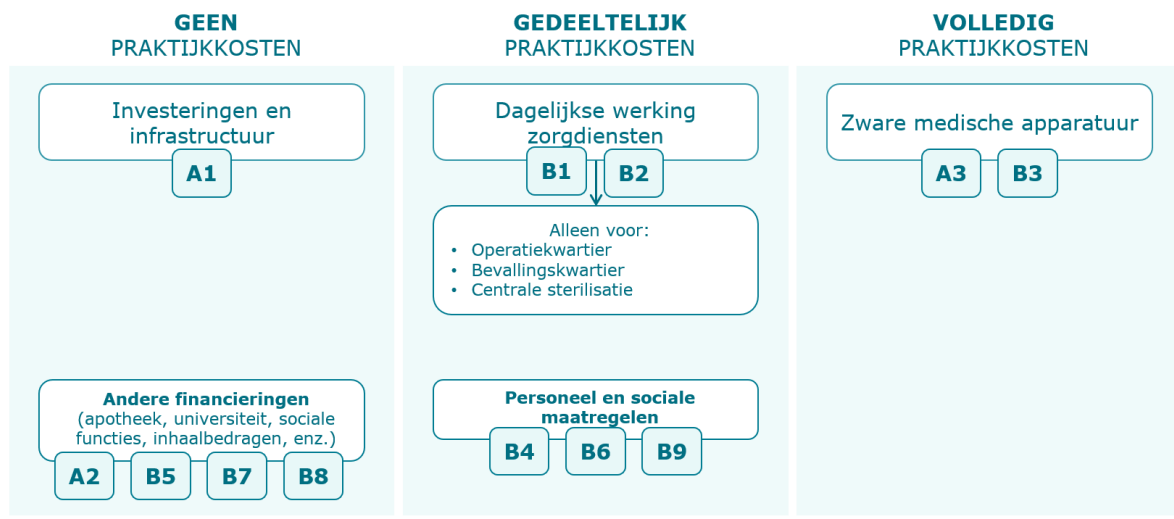
Daarnaast is er financiering voor zware medische apparatuur, meer specifiek NMR-toestellen, PET-scanners en radiotherapie. Zowel de investeringsfinanciering (BFM-onderdeel A3) als de werkingsfinanciering van deze apparatuur (BFM-onderdeel B3) zijn rechtstreeks verbonden aan medische verstrekkingen en worden daarom volledig als praktijkkosten meegenomen. De bevoegdheden van de eerste en tweede groep zijn ondertussen overgenomen door de deelstaten, maar worden nog steeds gedeeltelijk via het BFM geliquideerd. De weerhouden financieringsstroom betreft dan ook zowel het regionale als het nog via het federaal geliquideerde budget.

Een derde belangrijke groep betreft de financiering van de dagelijkse werking van zorg- en ondersteunende diensten. De BFM-onderdelen B1 (kosten van gemeenschappelijke diensten in verband met de ziekenhuisstructuur, zoals logistiek [linnen, keuken, schoonmaak], administratie en transversale functies [IT, beheer]) en B2 (kosten van klinische diensten in verband met de zorgverlening aan patiënten [ziekenhuisafdelingen en verpleging]) financieren onder meer personeel en materialen. Voor de meeste ziekenhuisdiensten dienen deze middelen niet om praktijkkosten van medische verstrekkingen te dekken. Voor de drie BFM-diensten met praktijkkosten – operatiekwartier, bevallingskwartier en centrale sterilisatie – dragen deze werkingsmiddelen echter wel rechtstreeks bij aan het mogelijk maken van medisch-specialistische verstrekkingen. Enkel voor deze diensten wordt een deel van de BFM-financiering via B1 en B2 als praktijkkost beschouwd.

Ten slotte omvat het BFM verschillende forfaitaire componenten voor de financiering van personeel en financiering van sociale akkoorden vervat in de onderdelen A2, B4, B6 en B9. Deze middelen financieren onder meer specifieke mandaten, loonkosten en maatregelen uit sociale akkoorden. Wanneer zij betrekking hebben op personeel dat rechtstreeks of ondersteunend betrokken is bij de uitvoering van medische verstrekkingen, worden ze gedeeltelijk meegenomen als financiering van praktijkkosten. Omdat deze financiering vaak niet eenduidig aan één (groep van) verstrekking(en) kan worden gekoppeld, wordt met objectieve verdeelsleutels bepaald welk deel ervan effectief bijdraagt aan praktijkkosten. Voor de volledigheid wordt toegevoegd dat A2, B5, B7 en B8 geen enkel deel bevatten dat gelinkt kan worden met de praktijkkosten.

Onderstaand schema biedt een overzicht.

### Budget Financiële Middelen (BFM)



Door het BFM op deze manier systematisch te ontleden, wordt duidelijk dat het een gemengde rol speelt: een deel van de middelen financiert louter algemene ziekenhuiswerking zonder link met praktijkkosten, terwijl een ander deel volledig of gedeeltelijk bijdraagt aan de kosten die nodig zijn om medische verstrekkingen mogelijk te maken.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de onderdelen van het BFM die, op basis van deze analyse, geheel of gedeeltelijk kunnen worden beschouwd als financiering van praktijkkosten van medische verstrekkingen.

BFM-onderdeel	Bedrag in mio EUR (2019)
A3 – Zware medische apparatuur (investeringen)	28,18
B1 – Gemeenschappelijke diensten	96,16
B2 – Klinische diensten	392,04
B3 – Zware medische apparatuur (werking)	87,42
B4 – Forfaitaire financieringen	95,83
B6 – Sociale akkoorden niet-BFM-personeel	76,75
B9 – Sociale akkoorden	212,00
<b>Totaal</b>	<b>988,38</b>
<b>Correctie niet-ZIV<sup>1</sup></b>	<b>- 23,50</b>
<b>Totaal BFM financiering van praktijkkosten</b>	<b>964,88</b>

<sup>1</sup> Niet-ZIV-patiënten vertegenwoordigen 2,38% van de totale verpleegdagen.

## 4.1 Inleiding: overzicht van de (relevante) BFM-onderdelen

Het Budget Financiële Middelen (BFM) dekt vooral de verblijfs- en zorgkosten van de gehospitaliseerde patiënten en het chirurgisch dagziekenhuis (met uitzondering van de medische zorg en de farmaca). M.a.w. zowel de klinische zorg als de ondersteunende zorg worden gefinancierd voor de gehospitaliseerde patiënten en de patiënten in het chirurgisch dagziekenhuis via het BFM. Hiernaast worden ook andere activiteiten (bv. geriatrische daghospitalisatie, IVF, NMR ...) en specifieke personeelslasten, vooral in het kader van sociale akkoorden, voor het geheel van het ziekenhuis (bv. arbeidsduurvermindering ADV, attractiviteitspremie, IF-IC ...) gefinancierd via het BFM.

Het belangrijkste deelbudget, onderdeel B2, dekt de zorgkosten van de zgn. “BFM-diensten”. Deze omvatten de hospitalisatie-eenheden (incl. de intensieve eenheden), het operatiekwartier, bevallingskwartier, de spoedgevallen, het chirurgisch dagziekenhuis en de centrale sterilisatie. De financiering voor deze diensten gebeurt vooral, maar niet uitsluitend via onderdeel B2. De ondersteunende kosten (verwarming, administratie, voeding, ...) van de BFM-diensten dienen (hoofdzakelijk) te worden gedekt door het onderdeel B1. Onderdeel B4 bevat de forfaitaire financiering van specifieke activiteiten die ook verweven zijn met de BFM-diensten (MUG, transplantcoördinatie, ...), specifieke mandaten (IBF, Startbaanovereenkomsten) die kunnen werkzaam zijn op de BFM-diensten en specifieke loonlasten (BBT-BBB). De specifieke personeelslasten in kader van sociale akkoorden worden voor quasi het volledige personeel, ook buiten het beddenhuis, gedekt via onderdeel B9 (bv. arbeidsduurvermindering ADV, attractiviteitspremie ...). Verder is er onderdeel A3 dat op forfaitaire wijze de afschrijvingslasten van bepaalde zware medische apparatuur dekt zoals NMR, Radiotherapie en de PET-scans en onderdeel B3 dat de werkingskosten van diezelfde zware medische apparatuur financiert (cf. Infra).

Binnen deze BFM-diensten zijn er drie diensten waarvoor (een deel van) de praktijkkosten van medisch-specialistische verstrekkingen via het BFM dienen te worden gedekt: het operatiekwartier, het bevallingskwartier en de centrale sterilisatie (CS). Deze diensten worden in deze nota steeds aangeduid als **‘BFM-diensten met praktijkkosten’**. Voor deze BFM-diensten met praktijkkosten dient de financiering via A3, B1, B2, B4 en B9 in rekening te worden gebracht bij de identificatie van de (directe en/of indirecte) praktijkkosten die door de honoraria dienen te worden gefinancierd.

Naast de “BFM-diensten” worden in het BFM ook lasten gefinancierd die betrekking hebben op andere diensten (medische dagzalen, honorariumdiensten, ...). Deze financiering omvat o.a. specifieke personeelslasten in kader van sociale akkoorden in onderdeel B6 en onderdeel B9. Onderdeel B6 dekt kosten van de sociale akkoorden van begin jaren '90, enkel voor de “niet-BFM-diensten” (voor de BFM-diensten zijn deze budgetten geïntegreerd in onderdeel B2). Onderdeel B9 dekt de kosten van de sociale akkoorden vanaf 2001 voor alle diensten, m.a.w. op ziekenhuisniveau.

Onderdeel B3 financiert een deel van de werkingskosten van de afdeling radiotherapie (lineaire versnellers), van de dienst medische beeldvorming (NMR) en van de dienst nucleaire (PET-camera). Dit B3-budget mag bijgevolg volledig beschouwd worden als een budget dat praktijkkosten van de betrokken medisch-specialistische verstrekkingen helpt financieren. Onderdeel B4 bevat ook budgetten ter financiering van specifieke activiteiten in het kader van medisch-specialistische verstrekkingen (bv. In Vitro Fertilisatie), specifieke mandaten (IBF, Startbaanovereenkomsten) voor personeel en specifieke loonlasten (BBT-BBB), ook voor personeel werkzaam op honorariumdiensten. Het gaat m.a.w. hier ook over deelbudgetten die mee helpen om de praktijkkosten van specifieke medisch-specialistische verstrekkingen te dekken.

Tot slot is er nog een financiering van investeringen van de zware medische apparatuur (NMR, PET en lineaire versnellers) waarvoor de bevoegdheid sinds de zesde staatshervorming is geregionaliseerd. Door een langdurige overgangsfase worden de ziekenhuizen hiervoor gemengd gefinancierd, een deel komt nog via het BFM (weliswaar onder de budgettaire verantwoordelijkheid van de deelstaten) en ander deel via regionale financieringen die divergeren naargelang welke regionale overheid bevoegd is voor welk ziekenhuis.

Tot slot zijn er nog andere onderdelen die helemaal geen praktijkkosten financieren: B5 (werking apotheek), B7 (universitaire functie) en B8 (sociale factoren).

Conclusie: het BFM omvat (sub)-onderdelen die volledig toe te wijzen zijn aan de BFM-diensten en niet bedoeld zijn om praktijkkosten van medisch-specialistische verstrekkingen te dekken, onderdelen die volledig kunnen beschouwd worden als dekking voor de praktijkkosten van specifieke medisch-

specialistische verstrekkingen en onderdelen die deels bestemd zijn om praktijkkosten te dekken. Deze laatste groep omvat deelbudgetten waarvan eenduidig kan bepaald worden welk aandeel bestemd is voor praktijkkosten van medisch-specialistische verstrekkingen. Maar er zijn ook onderdelen die niet eenvoudig of eenduidig aan één activiteit of specifieke medisch-specialistische verstrekkingen kunnen worden toegewezen. In dat geval worden relevante verdeelsleutels voorgesteld, om een deel van de BFM-uitgaven te identificeren als bestemd voor de dekking van praktijkkosten.

Praktisch worden de verdeelsleutels toegewezen aan de zgn. kostenplaatsen via de officiële indeling die de ziekenhuizen dienen te volgen voor het voeren van hun boekhouding. Deze kunnen globaal ingedeeld worden in:

- Ondersteunende kostenplaatsen (000 – 149) zoals administratie, onderhoud, enz. die gedeeltelijk kunnen toegewezen worden aan de praktijkkosten.
- BFM-diensten (150 – 499) waarvan financiering voor de kostenplaatsen 160 centrale sterilisatie, 180 operatiekwartier en 261 bevallingskwartier volledig wordt toegewezen aan de praktijkkosten.
- De niet-BFM kostenplaatsen (500 - 899) waarvan de meeste honorariakostenplaatsen zijn (en dus praktijkkosten impliceren) met uitzondering van bepaalde specifieke kostenplaatsen (zie schema hieronder).
- De niet-ziekenhuisactiviteiten (900 – 999) die geheel buiten beschouwing worden gelaten.

Voor het BFM wordt financiering per financiering ingedeeld in:

- Deelbudgetten die praktijkkosten van medische verstrekkingen financieren
- Deelbudgetten die geen praktijkkosten financieren
- Deelbudgetten die gedeeltelijk praktijkkosten financieren, waarbij telkens een verdeelsleutel wordt gehanteerd met de relevante kostenplaatsen als leidraad.

			Weerhouden praktijkkosten
000 - 149	Ondersteunende diensten		Gedeeltelijk
150 - 499	BFM diensten		Gedeeltelijk
	160	Centrale sterilisatie	Volledig
	180	Operatiekwartier	Volledig
	261	Bevallingskwartier	Volledig
500 - 899	Niet-BFM diensten		
	500 - 549	Honorariumdiensten	Volledig
	550 - 553	Dagziekenhuis (niet-chirurgisch)	Niet
	555	Revalidatieconventies	Niet
	560 -589	Honorariumdiensten	Volledig
	650 - 680	Weefselbanken	Niet
	690 -719	Honorariumdiensten	Volledig
	830	Apotheek	Niet
	840	Consultaties	Volledig
900 - 999	Niet-ziekenhuisactiviteiten		Niet

Een bijkomend aandachtspunt is dat het BFM van 2019 op dat moment nog tal van herzienbare elementen bevatte die pas jaren na datum definitief worden vastgesteld. Bij de ontrafelingsoefening werd dan ook rekening gehouden met de herziene bedragen (voor zover die reeds beschikbaar zijn op

basis van de 'thematische' herzieningen waarmee de FOD VVVL gestart is sinds 2025 – voor de te herziene jaren vanaf 2018) om een zo correct mogelijk beeld te krijgen van de reëel toegekende financieringen voor het jaar 2019.

Uiteindelijk resulteert dit in 964.879.000 euro financiering van praktijkkosten door het BFM in 2019 (zie bijlage I). Voor latere jaren moeten, des gevallend, ook nieuwe deelbudgetten in rekening worden gebracht (bv. zorgpersoneelfonds)

## 4.2 Onderdeel A1 (incl. deelstaatfinanciering): investeringen

Het onderdeel A1 financiert de investeringen (onroerend, groot onderhoud, medisch en niet-medisch materiaal, enz...) in ziekenhuizen. Sinds de zesde staathervorming (2014) is de bevoegdheid overgegaan naar de deelstaten maar een substantieel deel van het budget wordt nog steeds via onderdeel A1 geliquideerd (gedurende een lange overgangsfase lopende van 2015 tot 2042).

De regelgeving divergeert sindsdien waarbij de ene regionale overheid forfaitair werkt terwijl anderen nog steeds o.b.v. reële afschrijvingen werken of een gemengd systeem hanteren.

Echter, deze financiering betrof expliciet geen investeringen op honorariadiensten en ook voor het deelbudget medisch materiaal financierde dit onderdeel principieel geen apparatuur die honoraria genereerde.

Deze financiering wordt bijgevolg niet aangewend voor de dekking van praktijkkosten van medische verstrekkingen.

## 4.3 Onderdeel A2: kaskredieten

Dit onderdeel financiert op forfaitaire wijze de kaskredieten die de ziekenhuizen dienen op te nemen om de periode te overbruggen tussen maand van verstrekking en de de facto uitbetaling van het BFM. Dit heeft geen link met de praktijkkosten.

Deze financiering wordt niet aangewend voor de dekking van de praktijkkosten.

## 4.4 Onderdeel A3: investeringen van zwaar medisch materiaal

Meer concreet betreft dit de financiering van de toestellen voor

- NMR
- Lineaire versnellers
- PET-scanners (inclusief de onderzoeks-PET-scanner in elk van de 7 UZ's)

Deze financieringen kunnen volledig toegewezen worden aan de praktijkkosten maar ook hier is de bevoegdheid in 2014 overgedragen aan de regionale overheden die sindsdien hun eigen beleid kunnen voeren. Echter, aangezien in 2019 specifiek rond de A3-toestellen nog geen nieuwe regels werden opgesteld en de deelstaten geen wijzigingen aangebracht hadden, kan ervan worden uitgegaan dat de financiering van A3 in 2019 wezenlijk niet verschilde van deze van 2015. In 2019 was de financiering echter verdeeld over de federale A3 en de regionale financieringen. Om de budgetmassa m.b.t. de toestelfinanciering te bepalen, wordt dan ook uitgegaan van een aantal toestellen dat zo veel mogelijk aansluit bij deze van 2019 x de bedragen op federaal niveau tenzij een regionale overheid aangaf deze in 2019 anders te financieren. Er dient opgemerkt te worden dat onderdeel A3 niet wordt geïndexeerd.

I) NMR: erkende toestellen op 1 januari 2020 x 145.181,25 euro (FR) of 129.302,16 euro (VL)

- 2) Lineaire versnellers radiotherapie: dit betreft een erkende functie waarbij het aantal te financieren toestellen werd berekend pro rata het aantal verstrekkingen van een bepaald referentiejaar. Aangezien er dus niet kan uitgegaan worden van een reëel aantal opgestelde toestellen wordt het aantal gehanteerd uit het BFM 2016 (laatste jaar dat alle berekeningen nog zoals voor de staatshervorming plaatsvonden) x de historische bedragen zijnde 87.849,03 euro per toestel. Na 2016 divergeert de financiering tussen de deelstaten te veel om een exact aantal vast te stellen.
- 3) PET-scanners: aantal erkende PET-toestellen op 1.1.2020 aan 200.000 euro per gewoon toestel (26) en 100.000 euro per onderzoeks-PET (7).

## 4.5 Onderdeel BI: gemeenschappelijke diensten

Onderdeel BI dekt de zgn. “hotelfuncties” van een ziekenhuis. Dit zijn de activiteiten die plaatsvinden op de kostenplaatsen van de ondersteunende diensten. Dit onderdeel wordt in het BFM ingedeeld in volgende elementen:

- Algemene kosten
- Onderhoud
- Verwarming
- Administratie
- Was en linnen
- Voeding
- Internaat (personeelsvoorzieningen; bv. vestiaires).

Niet alle financieringen zijn te linken met praktijkkosten. Deze waar dit (gedeeltelijk) wel het geval is, worden hieronder vermeld.

### 4.5.1 BI 200 Budget BI Basisfinanciering van de ondersteunende (gemeenschappelijke) diensten

Deze financiering wordt toegekend via een aantal parameters die ook betrekking hebben op de drie diensten (Centrale sterilisatie of kostenplaats 160, operatiekwartier of kostenplaats 180 en bevallingskwartier of kostenplaats 261) die gelinkt zijn aan de praktijkkosten. Zodoende dient onderdeel BI gedeeltelijk om de (indirecte) kosten op deze diensten te financieren en dient deze financiering dan ook aan de praktijkkosten te worden toegewezen. Het algoritme wordt als bijlage 2 bij deze nota gevoegd. Samengevat betreft dit het volgende:

- Algemene kosten: pro rata gewogen m<sup>2</sup> op kostenplaatsen 160 – 180 – 261
- Onderhoud: pro rata gewogen m<sup>2</sup> op kostenplaatsen 160 – 180 – 261
- Verwarming: pro rata gewogen m<sup>2</sup> op kostenplaatsen 160 – 180 – 261
- Administratie: pro rata gewogen VTE op kostenplaatsen 160 – 180 – 261
- Was en linnen: geen parameters op kostenplaatsen 160 – 180 – 261 → uitgesloten
- Voeding: geen parameters op kostenplaatsen 160 – 180 – 261 → uitgesloten
- Internaat (personeelsvoorzieningen): pro rata B2 m.b.t. kostenplaatsen 160 – 180 – 261 (zie verder) op de totale financiering BI + B2.

Bij deze berekening komt het aandeel van onderdeel BI dat praktijkkosten financiert op 7,25%.

#### 4.5.2 BI 950 Verwarming 2005

Zelfde principe als verwarming uit BI 200: pro rata gewogen m<sup>2</sup> op kostenplaatsen 160 – 180 – 261 (14,99%)

#### 4.5.3 BI 9000 (wijziging van budget) en BI 9010 (besparing)

Aangezien deze gelinkt zijn aan BI 200 wordt hier hetzelfde percentage gehanteerd als in BI 200: 7,25%

### 4.6 Onderdeel B2: klinische diensten

Onderdeel B2 financiert de klinische werkingskosten (o.a. kosten van verplegend en verzorgend personeel, verbandmiddelen, medische verbruiksgoederen ...) van de BFM-diensten (hospitalisatie-eenheden, de intensieve eenheden, het operatiekwartier, het bevallingskwartier, de spoedgevallen, het chirurgische dagzaal en de centrale sterilisatie). Van deze diensten zijn er drie waarvoor (een deel van) de praktijkkosten van de medisch-specialistische verstrekkingen uitgevoerd binnen deze diensten door het BFM worden gedekt: het operatiekwartier, het bevallingskwartier en de centrale sterilisatieafdeling (CS). Voor de andere BFM-diensten (hospitalisatie-eenheden, intensieve eenheden, chirurgisch dagziekenhuis en spoedgevallen) dekt de BFM-B2 financiering geen praktijkkosten voor medisch-specialistische verstrekkingen.

#### 4.6.1 B2 200 Basisbudget B2 Klinische Diensten

Onderdeel B2 van de acute ziekenhuizen wordt berekend via een puntensysteem waarbij aan ziekenhuizen een aantal punten toegekend worden, waarmee het beschikbare budget B2 verdeeld wordt tussen de ziekenhuizen. In deze toegekende punten zijn de punten voor personeel en medische producten van de centrale sterilisatie en het operatiekwartier éénduidig identificeerbaar. Deze van het bevallingskwartier zitten echter verweven in de toegekende punten voor materniteit. Om het aandeel punten bevallingskwartier te bepalen worden de punten materniteit pro rata de directe kosten 2019 van de kostenplaats 261 bevallingskwartier op het totaal van de kostenplaatsen 260 – 269 materniteit gewogen (bron: Finhosta 2019). Dit aandeel bedraagt 21,79%.

Voor het geheel van onderdeel B2 200 (het basisbudget B2) ziet het overzicht er als volgt uit:

Totaal aantal punten	84.885,36
Bevallingskwartier	1.255,82
Personeel operatiekwartier	7.460,71
Personeel sterilisatie	1.154,58
Medische producten operatiekwartier	3.677,99
<b>Medische producten sterilisatie</b>	0,00
<b>Subtotaal</b>	13.549,10
<b>Percentage</b>	15,96%

Punten bevallingskwartier	
Totaal punten Materniteit	5.764,33
Materniteit gewoon	2.844,08
n*	2.219,00
Maternal Intensive Care	701,25
Aandeel bevallingskwartier	21,79%
Punten bevallingskwartier	1.255,82

Er dient te worden opgemerkt dat dit percentage van 15,96% ook wordt toegepast op het B2 budget van de ziekenhuizen die in 2019 “buiten systeem” waren (d.w.z. enkele algemene ziekenhuizen die in 2019 niet onderworpen waren aan het B2 puntensysteem maar een vast B2 budget kregen gebaseerd op historische parameters. Aanleiding hiervoor kon zijn dat de betrokken instelling meer dan 25% van haar erkende bedden had afgestoten of bijkomend opgesteld; zie art 54 §1 van het KB van 25/04/2002) aangezien het voor deze instellingen onmogelijk is om exact het aandeel van centrale sterilisatie, operatiekwartier en bevallingskwartier te bepalen in hun financiering.

#### 4.6.2 B2 2310 Budgettaire inspanning en B2 9000 Wijziging van budget

Ditzelfde percentage van 15,96% wordt ook toegepast op deze financieringen aangezien deze gelinkt zijn aan B2 200.

De overige lijnen van B2 bevatten geen financiering voor praktijkkosten van medische verstrekkingen.

### 4.7 Onderdeel B3: werkingskosten zware medische apparatuur

Onderdeel B3 dekt een deel van de praktijkkosten voor medisch-specialistische verstrekkingen m.b.t. drie specifieke zware medisch-technische apparaten (NMR, PET en lineaire versnellers radiotherapie). Budget B3 is volledig bedoeld om praktijkkosten van medisch-specialistische verstrekkingen met behulp van NMR, PET en lineaire versnellers (radiotherapie) te dekken en wordt dan ook voor 100% weerhouden in de financiering van de praktijkkosten.

Hierbij dient vermeld dat het luik B3 600 Radiotherapie een herzienbaar element betreft. De weerhouden bedragen zijn respectievelijk berekend als volgt:

- 1) B3 200 NMR: op basis van het aantal toestellen erkend eind 2019 x forfait per toestel,
- 2) B3 600 radiotherapie: financiering berekend met de verstrekkingen 2019 (gehanteerd in BFM 2021),
- 3) PET: op basis van het aantal erkende toestellen 2019 \* forfait per toestel.

### 4.8 Onderdeel B4: Forfaitaire financieringen

Onderdeel B4 bevat diverse budgetten die ook, deels, kunnen dienen om praktijkkosten van medisch-specialistische verstrekkingen te dekken. Enkele budgetten zijn bedoeld ter financiering van extra mandaten (SBO, IBF) of extra loonlasten (BBT-BBB) van personeel dat ook kan ingezet worden op BFM-diensten met praktijkkosten, honorariumdiensten en/of ondersteunende diensten. Sommige budgetten in B4 zijn bedoeld om kosten te dekken van medische activiteiten maar zijn niet strikt gerelateerd aan specifieke medisch-specialistische verstrekkingen (MUG, coördinatiefunctie orgaandonatie, mobiele equipe,...). De B4-deelbudgetten die bedoeld zijn om kosten van ondersteunende functies te dekken worden buiten beschouwing gelaten omdat deze budgetten, in

principe, enkel bedoeld zijn ter dekking van de ondersteunende dienstverlening ten behoeve van de BFM-diensten.

Vele van de diverse financieringen via onderdeel B4 geschieden forfaitair en zijn historische bedragen, sommige bevroren sinds decennia. Een allocatie aan de praktijkkosten o.b.v. de parameters die indertijd gehanteerd werden voor dergelijke financieringen is niet mogelijk. Vandaar dat telkens een ad hoc verdeelsleutel wordt gehanteerd om het deel praktijkkosten te bepalen. Eénzelfde verdeelsleutel kan meerdere keren gehanteerd worden en in globo betreft het volgende verdeelsleutels.

- 1) Het gemeenschappelijk percentage praktijkkosten in BI 200 en B2 200: hierbij worden de percentages van beide onderdelen (7,25% en 15,96%) gewogen volgens hun nationale budgetmassa. Dit gemeenschappelijk percentage bedraagt 12,93%.
- 2) Relevante VTE: indien de verdeelsleutel betrekking heeft op een aantal VTE dan werden deze gealloceerd aan de relevante kostenplaatsen ten opzichte van een totaal aantal VTE. De gegevens zijn afkomstig uit Finhosta 2019. Het detail van de gehanteerde VTE is opgenomen in bijlage 3.
- 3) Sommige financieringen werden in 2019 toegekend ten voorlopige titel en werden later herzien. Waar nodig werden de bedragen gehanteerd uit de herzieningen met een allocatie van de bedragen aan de relevante kostenplaatsen volgens het schema uit sectie I. Het detail van de gehanteerde bedragen is opgenomen in bijlage 4.

#### **4.8.1 B4 100 Recyclage**

Dit betreft een historische financiering die gelinkt is aan BI- en B2-personeel van bedden die buiten gebruik werden gesteld.

Verdeelsleutel: gemeenschappelijk % BI + B2: 12,93%.

#### **4.8.2 B4 300 Sociaal akkoord 1989**

Het betreft een historische financiering van één instelling voor diverse sociale akkoorden uit het verleden.

Verdeelsleutel: gemeenschappelijk % BI + B2: 12,93%.

#### **4.8.3 B4 905 – 908 Elektronisch patiëntendossier**

Aangezien dit te linken valt aan onderdeel BI wordt hiervoor het percentage uit BI 200 gehanteerd: 7,25%.

#### **4.8.4 B4 1700 Eerste tewerkstelling/RVA stagiairs (= startbaan-overeenkomsten)**

Deze historische financiering (2005) wordt verdeeld pro rata het aantal VTE Eerste werkervaring 2019. Aangezien deze financiering enkel van toepassing is voor BFM-diensten, worden de relevante kostenplaatsen beperkt tot 000 – 499,

Verdeelsleutel: 11,78% (zie bijlage 3).

#### **4.8.5 B4 1800 Langdurige afwezigheid en 1900 – 1906 financiering pensioenen**

Dit betreft forfaitaire en historische financieringen die gelinkt zijn aan de inzet van statutair personeel in ziekenhuizen. De verdeling gebeurt pro rata van het aantal statutaire VTE 2019 van de relevante kostenplaatsen.

Verdeelsleutel: 29,60% (zie schema sectie I en bijlage 3).

#### **4.8.6 B4 1910 0,25% compensatie maatregelen IPA**

Het betreft een historische bijkomende financiering in het kader van het Interprofessioneel Akkoord 2007. De verdeling gebeurt pro rata van alle VTE 2019 zonder de speciale statuten van de relevante kostenplaatsen.

Verdeelsleutel: 27,63 % (zie schema sectie I en bijlage 3).

#### **4.8.7 B4 2500 Gesubsidieerde contractuelen / IBF**

Het betreft een historische financiering. De verdeling gebeurt pro rata van alle VTE IBF 2019 van de relevante kostenplaatsen.

Verdeelsleutel: 27,63 % (zie schema sectie I en bijlage 3).

#### **4.8.8 B4 4000 Transplantaties**

Dit betreft een historische financiering die volledig kan toegewezen worden aan praktijkkosten van medische verstrekkingen in het operatiekwartier.

Verdeelsleutel: 100%.

#### **4.8.9 B4 4210 In Vitro Fertilisatie**

Dit betreft een tussenkomst in o.a. de labokosten (direct en indirect), naast kosten van opzoeken kiemcellen, cryobewaring embryo's, ...) van IVF. Omdat een éénduidige sleutel moeilijk te bepalen is, wordt de gemeenschappelijke sleutel B1 + B2 van 12,93% gehanteerd.

#### **4.8.10 B4 5000 Valorisatie van titels en kwalificaties**

Deze financiering geschiedt op basis van reële kosten en wordt gealloceerd aan de relevante kostenplaatsen (zie schema sectie I). Aangezien dit een herzienbaar element is, zijn de bedragen uit de herziening 2019 weerhouden (zie bijlage 4).

### **4.9 Onderdeel B5: werkingskosten apotheek**

Onderdeel B5 dekt de werkingskosten van de apotheek en zodoende geen praktijkkosten van medisch-specialistische verstrekkingen.

### **4.10 Onderdeel B6: Sociale Akkoorden niet-BFM-personeel**

Onderdeel B6 dekt de kosten die voortvloeien uit de aanvullende voordelen voorzien in specifieke sociale akkoorden 1990-1994, voor ziekenhuispersoneel werkzaam op niet-BFM-diensten (medische dagzalen, honorariumdiensten, weefselbanken, ...). Voor de BFM-diensten zijn deze budgetten geïntegreerd in de basisbudgetten B2. Deel B6 is bijgevolg grotendeels bestemd om praktijkkosten van medisch-specialistische verstrekkingen op honorariumdiensten te dekken.

Aangezien dit een historische financiering betreft, wordt deze verdeeld pro rata de VTE van het gewoon en statutair personeel op de relevante kostenplaatsen in 2019 maar enkel deze met betrekking op de niet-BFM diensten.

Verdeelsleutel: 83,26% (zie bijlage 3).

## 4.11 Onderdeel B7: universitaire functie

Onderdeel B7 dekt de kosten met betrekking tot de universitaire functie van sommige ziekenhuizen en bijgevolg geen praktijkkosten van medisch-specialistische verstrekkingen.

## 4.12 Onderdeel B8: sociale functie

Onderdeel B8 dekt de kosten met betrekking tot de sociale functie (bv. onbetaalde facturen, werking sociale dienst, hogere ligduur wegens sociaal zwakkere patiëntenpopulatie, ... ) van ziekenhuizen en bijgevolg geen praktijkkosten van medisch-specialistische verstrekkingen.

## 4.13 Onderdeel B9: Sociale Akkoorden

Onderdeel B9 financiert de kosten van de sociale akkoorden, vanaf 2001, die impact (kunnen) hebben op alle ziekenhuispersoneel, dus desgevallend ook op personeelskosten die meegerekend werden in de praktijkkosten. Onderdeel B9 bevat bijgevolg diverse budgetten die ook (deels) dienen om praktijkkosten van medisch-specialistische verstrekkingen te financieren.

- Enkele budgetten financieren extra loonlasten die voor alle werknemers van het ziekenhuis van toepassing (kunnen) zijn (eindeloopbaan, attractiviteitspremie, IF-IC ...). Hierbij dient het budget van de “BFM-diensten met praktijkkosten”, het hierbij horende aandeel in de ondersteunende diensten en de honorariadiensten te worden meegenomen in de groep van andere financieringsbronnen die praktijkkosten van medisch-specialistische verstrekkingen financieren.
- Andere budgetten zijn enkel van toepassing op zorgpersoneel op ziekenhuisniveau (functiecomplement, harmonisatie barema zorgkundige). Hierbij dient het budget van de “BFM-diensten met praktijkkosten” en de honorariadiensten te worden meegenomen in de groep van andere financieringsbronnen die praktijkkosten van medisch-specialistische verstrekkingen financieren.
- Enkele budgetten zijn uitsluitend toegekend voor de BFM-diensten, waarbij een deel van het budget dus betrekking heeft op de BFM-diensten met praktijkkosten.

Voor de principes van de verdeelsleutels kan verwezen worden naar onderdeel B4.

### 4.13.1 B9 100 Eindeloopbaan

Deze financiering gebeurt op basis van reële aanwending (vrijstelling verstrekkingen versus premie) en wordt gealloceerd aan de relevante kostenplaatsen (zie schema sectie 1). Aangezien dit een herzienbaar element is, zijn de bedragen uit de herziening 2019 weerhouden (zie bijlage 4).

### 4.13.2 B9 200 Attractiviteitspremie

Deze financiering geschiedt op basis van reële kosten en wordt gealloceerd aan de relevante kostenplaatsen (zie schema sectie 1). Aangezien dit een herzienbaar element is, zijn de bedragen uit de herziening 2019 weerhouden (zie bijlage 4).

### 4.13.3 B9 300 – 305 – 310 Financiering Vakantiegeld statutair personeel

Dit betreft een historische financiering voor ziekenhuizen met statutair personeel ter dekking van een deel van de werkgeverskosten voor het vakantiegeld. De verdeling gebeurt pro rata het aantal VTE statutair personeel 2019 van de relevante kostenplaatsen.

Verdeelsleutel: 29.60% (zie schema sectie I en bijlage 3).

#### **4.13.4 B9 700 Operatiekwartier**

Dit betreft een historische financiering (2005) die volledig kan toegewezen worden aan praktijkkosten.

Verdeelsleutel: 100%.

#### **4.13.5 B9 1000 Functiecomplement**

Deze financiering gebeurt op basis van reële kosten en wordt gealloceerd aan de relevante kostenplaatsen (zie schema sectie I). Aangezien dit een herzienbaar element is, zijn de bedragen uit de herziening 2019 weerhouden (zie bijlage 4).

#### **4.13.6 B9 1110 Mobiele Equipe – bijkomende betrekkingen**

Deze historische financiering is gelinkt aan verplegend personeel en werd vooral (maar niet exclusief) toegekend voor het beddenhuis. Bijgevolg is deze te linken aan onderdeel B2 200 en wordt dezelfde verdeelsleutel gehanteerd: 15,96%.

#### **4.13.7 B9 1150 Sociaal Akkoord: harmonisatie barema 1.35**

Deze historische financiering is gelinkt aan verplegend personeel en werd toegekend voor het beddenhuis. Bijgevolg is deze te linken aan onderdeel B2 200 en wordt dezelfde verdeelsleutel gehanteerd: 15,96%.

#### **4.13.8 B9 1310 – 1311 IF-IC**

Deze financiering gebeurt op basis van de voorziene forfaits per IF-IC-functie en wordt gealloceerd aan de relevante kostenplaatsen (zie schema sectie I). Aangezien dit een herzienbaar element is, zijn de bedragen uit de herziening 2019 weerhouden (zie bijlage 4). Er dient echter op gewezen te worden dat deze financiering een sterke uitbreiding heeft gekend na 2019. In 2019 was de toepassing immers nog beperkt tot 18,25%, en dat enkel voor de private ziekenhuizen.

#### **4.13.9 B9 915-916 Zorgpersoneelsfonds**

Hoewel deze substantiële financiering in 2019 nog niet werd toegekend en pas vanaf 2020 haar intrede deed, dient hier reeds vermeld te worden dat deze volledig gelinkt is aan verpleegkundig en verzorgend personeel op de B2-diensten en bijgevolg ook de verdeling van B2 200 dient te volgen.

### **4.14 Onderdeel C2: inhaalbedragen**

Dit onderdeel betreft de diverse inhaalbedragen die betrekking hebben op het verleden. Deze hebben als dusdanig geen link met praktijkkosten.

### **4.15 Onderdeel C3: kamersupplementen**

Dit onderdeel betreft de recuperatie van kamersupplementen (geen honorariumsupplementen) en is dus een negatief bedrag. Dit heeft geen link met praktijkkosten.

## 4.16 ZIV en niet-ZIV patiënten

BFM-budgetten worden vastgesteld voor zowel ZIV als niet-ZIV-patiënten en activiteiten. Aangezien in de oefening de praktijkkosten gelinkt worden aan ZIV-aantallen, dient het totaalbedrag van de BFM-financieringsstromen verminderd te worden met het niet-ZIV aandeel. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de ligdagen 2019 ZIV en niet-ZIV van de algemene ziekenhuizen, zijnde 97,62% ZIV- dagen tegenover 2,38% niet-ZIV-dagen.

## 4.17 Sp, PAL en BRA

De BFM-ontrafeling heeft betrekking op de algemene ziekenhuizen waarbij in de eerste plaats uitgegaan wordt van de financiering van het acute gedeelte. Echter, algemene ziekenhuizen kunnen ook budgetten zoals Sp, PAL en brandwondencentra ontvangen (indien ze die bedsoorten exploiteren). Hoewel deze geen link hebben met de praktijkkosten, spelen zij wel in sommige financieringen een rol omdat de verdeelsleutels gehanteerd worden op het geheel van de VTE en herzieningsdata, inclusief Sp, PAL en BRA. Bijgevolg dient de financiering ervan toegevoegd te worden waar relevant. Dit betreft volgende financieringen:

- B4 1700
- B4 1800
- B4 1900 – 1906
- B4 1910
- B4 2500
- B6
- B9 300 – 310

Bijkomend dient gemeld dat het BFM voor de psychiatrische ziekenhuizen buiten beschouwing mag gelaten worden. De medische verstrekkingen uitgevoerd in psychiatrische ziekenhuizen betreffen immers hoofdzakelijk “intellectuele” verstrekkingen, behorend tot de groep ACA, die niet gepaard gaan met directe praktijkkosten.

## 4.18 Samenvatting

Onderstaande tabel biedt een overzicht van de delen van het BFM die, op basis van bovenstaande analyse, mogen beschouwd worden als financiering voor de praktijkkosten van medische verstrekkingen.

Tabel 4.1 – Overzicht BFM-onderdelen die bijdragen aan de financiering van praktijkkosten (2019)

<b>BFM-Onderdeel</b>	<b>In mio EUR (2019)</b>
<b>A3</b>	28,18
<b>B1</b>	96,16
<b>B2</b>	392,04
<b>B3</b>	87,42
<b>B4</b>	95,83
<b>B6</b>	76,75
<b>B9</b>	212,00
<b>TOTAAL</b>	988,38
<b>Correctie niet-ZIV*</b>	<b>964,88</b>

\*niet-ZIV patiënten: 2,38% van de verpleegdagen

## 5 Dagforfaits

### *In een oogopslag ...*

Naast honoraria per medische verstrekking bestaan er binnen de ziekenhuisfinanciering ook dagforfaits. Deze forfaits worden toegekend per zorgdag of behandeling en dienen om een deel van de kosten te dekken die gepaard gaan met het uitvoeren van medisch-specialistische verstrekkingen. Een belangrijk uitgangspunt van deze nota is dat een deel van deze dagforfaits kan worden beschouwd als financiering van praktijkkosten van medische verstrekkingen.

De analyse in dit hoofdstuk vertrekt van het principe dat dagforfaits verschillende kostencomponenten dekken, waarvan niet alle rechtstreeks verband houden met de uitvoering van medische verstrekkingen. Op basis van bestaande studies en aannames wordt per type forfait een verdeelsleutel bepaald om het aandeel te isoleren dat effectief kan worden toegeschreven aan praktijkkosten.

Deze benadering leidt tot een gedifferentieerd beeld. Voor een aantal dagforfaits (met name de dagforfaits 1 tot en met 7) wordt aangenomen dat zij grotendeels bedoeld zijn om kosten te dekken die rechtstreeks verbonden zijn aan de uitvoering van medische ingrepen en behandelingen, zoals medische materialen en verpleegkundige inzet, naast de kosten van de voorbereiding en de nazorg voor de patiënt. Op basis van een RIZIV-studie wordt ingeschat welk aandeel van deze dagforfaits effectief praktijkkosten dekt. Deze benadering levert een gemiddelde verdeelsleutel op die aangeeft dat een aanzienlijk deel van deze forfaits moet worden gezien als financiering van praktijkkosten.

Voor andere types forfaits wordt eenzelfde redenering gevolgd. Zo worden de forfaits voor chronische pijnbehandeling en voor manipulatie van een poortkatheter op dezelfde manier benaderd als de dagforfaits 1-7, aangezien ook zij sterk samenhangen met concrete medische handelingen en bijhorende kosten.

Voor dialyseforfaits wordt ervan uitgegaan dat zij volledig bedoeld zijn om de praktijkkosten van de dialysebehandeling te dekken, gezien de hoge mate van materiaal en personeelsinzet die deze zorgvorm vereist.

De maxiforfaits vormen een aparte categorie. Omdat deze vooral betrekking hebben op chirurgische verstrekkingen onder algemene anesthesie, wordt het praktijkkosten-aandeel afgeleid op basis van de verhouding (aandeel praktijkkosten = B2-punten chirurgisch dagverblijf operatiekwartier/ B2-punten chirurgisch dagverblijf totaal (operatiekwartier + dagzaal)). Dit leidt tot een beperkter aandeel praktijkkosten binnen deze forfaits.

Ten slotte zijn er ook enkele andere dagforfaits, zoals oncoforfaits en forfaits voor de gipskamer, waarvan wordt aangenomen dat zij niet rechtstreeks gekoppeld zijn aan specifieke medische verstrekkingen. Deze worden daarom niet beschouwd als financiering van praktijkkosten.

In totaal bedraagt het volume aan dagforfaits in 2019 534 miljoen euro, waarvan 408,75 miljoen euro (ongeveer 76%) kan worden beschouwd als financiering van praktijkkosten van medische verstrekkingen. Dit bevestigt dat een aanzienlijk deel van de ziekenhuisfinanciering buiten de artsenhonoraria reeds bijdraagt aan de dekking van deze kosten.

### 5.1 Dagziekenhuisforfaits (groepen 1-7)

Uit de studie 'Herschaling' (2006) van het RIZIV wordt een verdeelsleutel afgeleid om te bepalen welk deel van de forfaits bestemd is voor dekking van de praktijkkosten tijdens het uitvoeren van de verstrekkingen. In die studie

- is de kostprijs medische materialen (operatiekwartier, behandelzaal ...) en deel verpleegkosten gemiddeld over de forfaits 63,6%. Deze zijn bedoeld als dekking van praktijkkosten;
- kan de kost van de verpleegkundige inzet voor 33% toegewezen worden aan voorbereiding en nabehandeling en 67% aan de ingreep/behandeling (en dit op basis van de 33% voorbereidings- en opruimingstijd die in de B2-operatiekwartier financiering voorzien wordt voor de 'kleine' (=

kortdurende) heelkundige ingrepen); dit laatste deel kan dus beschouwd worden als dekking van praktijkkosten;

- is het aandeel van de indirecte kosten (BI-kosten) gemiddeld vastgesteld op 18,2% (voor zowel de voorbereiding, uitvoering als nazorg). Indien enkel rekening gehouden wordt met het deel bestemd voor de uitvoering van de interventie, moet gerekend worden met 14,15%.

Bovenstaande percentages zijn de gemiddelden, berekend op basis van de - verschillende - allocatie voor de verschillende activiteiten voor elk van de 7 groepen van verstrekkingen (die finaal resulteerden in 7 niveaus van dagforfait).

Dit brengt het totaal van de verdeelsleutel op 77,75% van de dagforfaits dat bedoeld is om praktijkkosten van medische verstrekkingen te dekken.

## 5.2 Forfaits chronische pijn

Voor de forfait chronische pijn wordt dezelfde redenering toegepast als voor de dagforfaits 1-7.

Verdeelsleutel: 77,75%

## 5.3 Forfaits manipulatie poortkatheter

Voor de forfait manipulatie poortkatheter wordt dezelfde redenering toegepast als voor de dagforfaits 1-7.

Verdeelsleutel: 77,75%

## 5.4 Forfaits dialyse

Voor de forfait dialyse is de veronderstelling dat deze volledig bedoeld zijn om de praktijkkosten van de dialyseverstrekingen te dekken.

Verdeelsleutel: 100%

## 5.5 Maxiforfaits

Gezien de meerderheid van de verstrekkingen waarvoor een maxiforfait aangerekend wordt chirurgie betreft en elk verblijf onder algemene anesthesie is behandeld, kan het aandeel praktijkkosten voor de betrokken verstrekkingen bepaald worden op basis van de verdeelsleutel (aandeel praktijkkosten = B2-punten chirurgisch dagverblijf operatiekwartier/ B2-punten chirurgisch dagverblijf totaal (operatiekwartier + dagzaal)).

Verdeelsleutel: 23,97%

## 5.6 Andere dagforfaits

Daarnaast zijn er ook nog de oncologisch dagziekenhuis forfait (voor zorg in het oncologisch dagziekenhuis) en de forfait voor de gipskamer. Er wordt van uit gegaan dat deze dagforfaits niet gekoppeld zijn aan specifieke medische verstrekkingen, en bijgevolg ook geen praktijkkosten financieren.

Verdeelsleutel: 0%

## 5.7 Samenvatting

Onderstaande tabel geeft een samenvatting van de RIZIV-uitgaven voor dagforfaits in 2019, en het aandeel daarvan dat mag beschouwd worden als een bron van financiering voor de praktijkkosten van medische verstrekkingen.

Tabel 5.1 – RIZIV-uitgaven voor dagforfaits en aandeel praktijkkosten (2019)

In mio EUR (2019)	ZIV	Aandeel voor praktijkkosten
<b>Dagforfaits I tot 7</b>	119	92,52
<b>Forfaits chronische pijn</b>	35	27,21
<b>Oncoforfaits</b>	67	0,00
<b>Dialyse</b>	282	282,00
<b>Maxiforfaits</b>	26	6,23
<b>Manipulatie poortcatheter</b>	1	0,78
<b>Andere</b>	12	0,00
<b>TOTAAL</b>	<b>543</b>	<b>408,75</b>

Bron: SHA-ADH 2019

## 6 Sociale Maribel

### *In een oogopslag ...*

Naast de financiering van medische verstrekkingen ontvangen ziekenhuizen ook extra middelen voor de inzet van personeel. Een belangrijke bron die in de ziekenhuisboekhouding duidelijk identificeerbaar is op basis van kostensoort (en dus afzonderbaar) is het systeem van Sociale Maribel. Dit is een financieringsmechanisme dat bedoeld is om extra personeel in de non-profitsector, waaronder ziekenhuizen, mogelijk te maken.

Sociale Maribel werkt via een herverdeling van sociale bijdragen. Omdat ziekenhuizen hogere patronale bijdragen betalen dan ondernemingen in de privésector, wordt een deel van deze bijdragen samengebracht in zogenaamde Maribelfondsen. Via deze fondsen kunnen ziekenhuizen financiële middelen aanvragen om extra medewerkers aan te werven, vooral in functies die bijdragen aan het verlichten van de werkdruk. De tussenkomst per medewerker ligt lager dan de volledige loonkost, maar vormt wel een structurele ondersteuning voor de personeelsinzet.

Het personeel dat via Sociale Maribel wordt gefinancierd, wordt vaak ingezet op diensten waar de operationele en logistieke ondersteuning cruciaal is voor het functioneren van de zorg. Hoewel deze financiering niet rechtstreeks gekoppeld is aan individuele medische verstrekkingen, draagt zij indirect bij aan het mogelijk maken van medische zorg, en dus ook aan de dekking van praktijkkosten.

Voor de analyse in deze nota wordt het totale beschikbare Maribelbudget voor het referentiejaar 2019 verdeeld over de verschillende ziekenhuisdiensten op basis van het aantal betrokken medewerkers met een Maribelstatuut. Aan de hand van het aantal Maribelmedewerkers op diensten (kostenplaatsen) waar medische verstrekkingen worden uitgevoerd, wordt bepaald welk deel van de Sociale Maribelmiddelen kan worden beschouwd als een bron van financiering voor praktijkkosten van medische verstrekkingen.

In totaal bedraagt het Maribelbudget in het referentiejaar 2019 ongeveer 299 miljoen euro, waarvan 16,97%, of circa 51 miljoen euro, kan worden toegerekend aan praktijkkosten van medische verstrekkingen. Dit aandeel weerspiegelt het indirecte karakter van deze financieringsstroom, die hoofdzakelijk ondersteunend is, maar wel een reële bijdrage levert aan de werking van medische diensten.

Bovenop opbrengsten uit patiëntenzorg hebben ziekenhuizen extra opbrengsten door o.a. subsidies en tegemoetkomingen voor bepaalde personeelstypes. Een belangrijke bron, die in de ziekenhuisboekhouding duidelijk identificeerbaar is op basis van kostensoort (en dus afzonderbaar), zijn de Maribelmandaten. Sociale Maribel is een financieringsmechanisme voor extra tewerkstelling. De hogere patronale RSZ-bijdragen in de gezondheidszorg (i.e. ongeveer 35% in tegenstelling tot ongeveer 25% in de privésector) worden (deels) getransfereerd naar de Maribelfondsen. De ziekenhuizen kunnen vervolgens aanvragen indienen voor financiering van extra personeel ten laste dan deze fondsen, weliswaar aan een bedrag dat ruim beneden de reële brutoloonkost ligt, zodra de medewerker een aantal jaar anciënniteit heeft opgebouwd. Dit personeel kan ingezet worden op diensten waar de werkdruk het hoogst is.

Voor deze financieringsstroom geldt als juridische basis:

- Koninklijk Besluit van 18 juli 2002. Dit KB “houdende maatregelen met het oog op de bevordering van de tewerkstelling in de non-profitsector” vormt de formele wettelijke grondslag van Sociale Maribel.
- Voor Paritair Comité 330 is CAO van 8 oktober 2007 “tot oprichting van een fonds voor bestaanszekerheid "Sociale Maribel" en bepaling van zijn statuten” van toepassing.

Voor zowel de openbare als de private sector werden de gegevens 2019 van de algemene ziekenhuizen opgevraagd.

Voor de privé-ziekenhuizen werd door het Fonds voor de Bestaanszekerheid van de Federale en Bicommunautaire sectoren van de gezondheidszorg (FeBi) aangegeven dat de budgetgegevens 2019

nog niet betrouwbaar zijn (2019 was immers het eerste jaar met aangifte via DmfA) maar deze van 2020 wel. De gegevens 2020 werden omgerekend naar prijzen van 2019. De gegevens 2019 van de publieke sector zijn wel betrouwbaar.

Het totaalbedrag (299.111.479 euro) wordt verdeeld pro rata het aantal VTE logistiek assistent en Sociale Maribel (bron: Finhosta 2019) volgens de relevante kostenplaatsen om de financiering m.b.t. de praktijkkosten te bekomen.

Verdeelsleutel: 16,97% (zie bijlage 5).

Andere mogelijke financieringsbronnen buiten de omzet (= opbrengsten uit patiëntenzorg) die ook deels financiering voor de praktijkkosten van medische verstrekkingen kunnen impliceren komen aan bod bij het luik indirecte kosten, waar ze in mindering gebracht worden van de indirecte kosten (cf. infra), omdat ze op basis van kostensoort niet duidelijk identificeerbaar zijn in de nationale Finhosta-data.

## 7 Directe praktijkkosten

### *In een oogopslag ...*

Om de praktijkkosten van de medische verstrekkingen in kaart te brengen, werd een onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte praktijkkosten. Deze laatste komen in het volgende hoofdstuk aan bod. Directe praktijkkosten zijn de kosten die rechtstreeks nodig zijn om medische verstrekkingen uit te voeren. Het gaat daarbij zowel om middelen die specifiek voor één bepaalde handeling worden gebruikt, als om middelen die over meerdere activiteiten worden verdeeld, maar wel direct bijdragen aan de zorg.

Concreet omvatten deze kosten onder meer:

- de inzet van verpleegkundig, verzorgend en ondersteunend personeel,
- het gebruik van medisch materiaal,
- en de inzet van medische apparatuur.

Dit zijn allemaal middelen die noodzakelijk zijn om de medische activiteit effectief te kunnen uitvoeren.

Andere kosten blijven buiten beschouwing in dit hoofdstuk, omdat ze niet beschouwd worden als 'directe praktijkkosten'. Zo worden bijvoorbeeld de kosten van artsen zelf, evenals geneesmiddelen, implantaten en bepaalde uitzonderlijke kosten, buiten beschouwing gelaten. Dit gebeurt omdat deze middelen een eigen financiering kennen, die buiten de scope van de nomenclatuurreformering valt (bv. geneesmiddelen en implantaten) of niet representatief zijn voor de dagelijkse werking (bv. uitzonderlijke kosten).

De berekening van de directe praktijkkosten voor de ATMC-verstrekkingen is gebaseerd op een gedetailleerde studie uitgevoerd door ULB en KU Leuven, in samenwerking met een representatieve steekproef van ziekenhuizen. Het KU Leuven-team berekende de directe praktijkkosten van medische verstrekkingen op basis van gegevens uit elf Nederlandstalige ziekenhuizen. Het ULB-team werkte samen met een groep van 15 Franstalige ziekenhuizen. Daarbij werden kosten voor personeel, materiaal en medische apparatuur eerst geharmoniseerd en vervolgens toegewezen aan groepen van gelijkaardige zorgactiviteiten. De kosten werden daarna doorgerekend naar individuele verstrekkingen via eenvoudige verdeelprincipes, zoals de tijdsinzet van personeel, het gebruik van apparatuur en het aantal uitgevoerde handelingen. Dit resulteerde in een eenheidskost per verstrekking.

Door deze resultaten te combineren over alle deelnemende ziekenhuizen werd een robuuste referentiewaarde bepaald, uitgedrukt in een relatieve waardeschaal (RWS). Deze schaal geeft de onderlinge verhouding in kosten tussen verstrekkingen weer. Deze RWS'en werden vervolgens onderworpen aan een expertvalidatie en waar relevant gecorrigeerd. Tot slot werden de RWS'en ontwikkeld door het Leuvense team en het ULB-team met elkaar vergeleken om finaal tot één RWS te komen. Deze methodologie leverde resultaten op voor het merendeel van de ATMC en dekt nagenoeg alle zorgactiviteit en uitgaven in 2019, wat de resultaten geschikt maakt voor verdere beleidsanalyse en toepassing. De directe praktijkkosten van de AMTAA-verstrekkingen werden berekend door Möbius en vervolgens geharmoniseerd naar het referentiejaar 2019.

Op basis hiervan worden de directe praktijkkosten voor deze verstrekkingen geraamd op 3.057,41 miljoen euro in 2019.

Voor een aantal verstrekkingen konden geen directe praktijkkosten worden berekend op basis van de beschikbare studies. Om toch een globaal beeld te verkrijgen, werd voor deze ontbrekende componenten een benaderende raming gemaakt. Deze ramingen vertegenwoordigen een bijkomend bedrag van 333,59 miljoen euro aan praktijkkosten.

### 7.1 Inleiding

Om de praktijkkosten van de medische verstrekkingen in kaart te brengen, werd een onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte praktijkkosten. Dit hoofdstuk behandelt de directe praktijkkosten. De indirecte praktijkkosten komen in het volgende hoofdstuk aan bod.

De **directe praktijkkosten** zijn de middelen die rechtstreeks nodig zijn om de medische verstrekkingen uit te voeren en worden opgesplitst in:

- *Directe zorgkosten*: dit zijn middelen die nodig zijn om de medische verstrekking uit te voeren en die rechtstreeks worden ingezet voor één specifieke activiteit of activiteitgroep. Deze middelen worden uitsluitend voor deze ene activiteit gebruikt.
- *Directe ondersteuning zorgkosten*: deze omvatten directe kosten van middelen die 'indirect' nodig zijn voor de uitvoering van medische verstrekkingen. Ze worden rechtstreeks voor meerdere activiteiten of activiteitgroepen ingezet. In dit geval worden de kosten over de verschillende betrokken activiteiten of activiteitgroepen verdeeld, maar ook deze kosten behoren tot de directe praktijkkosten.

Deze beide groepen samen vormen de directe praktijkkosten. Ze worden verder opgesplitst in drie kostensoortgroepen:

- 1) **Zorgpersoneel (P)**: personeelskosten van verplegend en verzorgend, paramedisch en ander personeel indien geboekt op definitieve ziekenhuisactiviteiten kostenplaatsen;
- 2) **Materiaal (M)**: farmaceutische producten, medische producten en disposables uitgezonderd farmaceutische specialiteiten, implantaten en synthesemateriaal, geboekt op definitieve ziekenhuisactiviteiten kostenplaatsen;
- 3) **Medische apparatuur (A)**: afschrijvingen, huurlasten en onderhoudskosten van medische apparatuur, geboekt op definitieve kostenplaatsen met betrekking tot ziekenhuisactiviteiten.

De **indirecte kosten** omvatten alle andere middelen die, ook onrechtstreeks, nodig zijn om de betrokken activiteit te kunnen uitvoeren. Deze kosten worden verder toegelicht onder hoofdstuk 8 – Indirecte praktijkkosten.

Volgende kostensoorten en kostenplaatsen werden uitgesloten bij de bepaling van de directe kosten en opbrengsten. Het betreft:

- Personeelskosten van medisch personeel (personeelscategorie 0), omdat deze middelen inzet in principe vergoed wordt via het professioneel deel van de honoraria;
- Geneesmiddelen, implantaten en synthesemateriaal: normale farmaceutische specialiteiten (60000-rekeningen), radio-isotope farmaceutische specialiteiten (60001-rekeningen), synthesemateriaal en implantaten (6007-rekeningen), radioactief materiaal en isotopen (6016-rekeningen) en de overeenkomstige 609-rekeningen, omdat voor deze kosten een afzonderlijke financiering is voorzien;
- Verkregen kortingen en ristorno's (608-rekeningen);
- Uitzonderlijke kosten (66-rekeningen), omdat deze kosten geen representatief beeld geven van de recurrente bedrijfskosten, noodzakelijk om de medische activiteiten uit te voeren;
- Niet-ziekenhuisactiviteiten kostenplaatsen (900-999);
- Opbrengsten (70-rekeningen en 7432-rekening (Maribel)): de relevante componenten omzet (uit patiëntenzorg) komen immers aan bod in andere onderdelen van de studie.

## 7.2 ATMC

### 7.2.1 Beschrijving ATMC-kostenstudie

De studie van het ULB-KUL-team bracht de directe praktijkkosten van de ATMC in kaart, los van de huidige financieringsbron. De resultaten van het ULB-KUL-team zijn gebaseerd op een gedetailleerde bottom-up kostenanalyse van de directe praktijkkosten, uitgevoerd op basis van data uit de

deelnemende ziekenhuizen. De Leuvense onderzoeksgroep leidde het in kaart brengen van de directe praktijkkosten van de medische verstrekkingen, in samenwerking met 11 Nederlandstalige ziekenhuizen. Dit in samenwerking en nauw overleg met het ULB-team, dat samenwerkte met 15 Franstalige ziekenhuizen. De ziekenhuizen werden geselecteerd op basis van de nauwkeurigheid van de aanleverbare data. Vervolgens werden de ziekenhuizen weerhouden voor deelname aan het project om een zo goed mogelijke diversiteit aan karakteristieken (grootteorde, universitair/niet-universitair, etc.) te bekomen in de studie.

Elk ziekenhuis doorliep daarbij een oefening met dezelfde finaliteit. In die analyse werden de relevante kostencomponenten – met name personeel, materiaal en medische apparatuur – eerst afgebakend en geharmoniseerd over ziekenhuizen heen door middel van een uitgebreide datavalidatie en correcties op de aangeleverde boekhoudkundige en facturatiegegevens. Vervolgens werden deze directe kosten toegewezen aan operationele functionele eenheden en gegroepeerd in klinische activiteitgroepen (i.e. groepen van verstrekkingen, bv. NMR, CT, echo, radiografie), die vertrekken van een homogeen zorgproces en vergelijkbare inzet van middelen. De berekening van de praktijkkosten werd voor elk deelnemend ziekenhuis geconcentreerd op dié afdelingen waar de overgrote meerderheid van de betrokken verstrekkingen werd uitgevoerd.

Vanuit deze activiteitgroepen werden de kosten doorgerekend naar de individuele verstrekkingen via een set van verdeelsleutels, met name de personeelsduur (voor personeelskosten), de slotduur van de apparatuur (voor apparatuurskosten) en het aantal uitgevoerde verstrekkingen (voor materiaalkosten). Dit leidde per ziekenhuis en per verstrekking tot een eenheidskost, die vervolgens werd geaggregeerd tot een robuuste referentiewaarde op poolniveau via een gewogen mediaan van de deelnemende ziekenhuizen. Op basis van deze kostenramingen werd een relatieve waardeschaal (RWS) opgesteld, waarbij de onderlinge verhouding tussen verstrekkingen wordt bepaald ten opzichte van een referentieverstrekking binnen eenzelfde klinische activiteitgroep. De bekomen resultaten werden vervolgens gevalideerd via een gestructureerd expertenproces, waarbij klinische deskundigen de berekende waarden toetsten aan hun praktijkervaring en, waar nodig, bijstuurden. Tot slot werden de RWS die KU Leuven en ULB berekenden samen gevoegd, om de twee berekende RWS samen te voegen tot één RWS voor de ATMC verstrekkingen.

Deze combinatie van empirische data en expertoordeel draagt bij tot de robuustheid en beleidsrelevantie van de uiteindelijke waardeschaal. Voor meer details over de gevolgde methodologie, inclusief de gehanteerde verdeelsleutels en de bekomen resultaten wordt er verwezen naar de rapporten van het ULB-KUL-team.

### **7.2.2 Directe praktijkkosten ATMC**

Voor de berekening van de totale massa aan directe praktijkkosten in het kader van deze nota, werden de resultaten van studie van het ULB-KUL-team vermenigvuldigd met de aantallen van de gefactureerde verstrekkingen van de huidige nomenclatuur voor het verstrekkingjaar 2019. De toepassing van bovenstaande methodologie resulteerde in een brede en representatieve dekking van de nomenclatuur: voor ongeveer 92% van de ATMC verstrekkingen met een te bepalen praktijkkost konden resultaten worden afgeleid, wat overeenkomt met circa 99% van zowel de nationale volumes als de uitgaven in 2019 (zie tabel 7.1). Deze hoge dekkingsgraad onderstreept de robuustheid en bruikbaarheid van de bekomen resultaten voor verdere beleidsanalyse.

Tabel 7.1 – Nationale uitgaven en dekking ATMC-verstrekkingen (2019)

	Aantal codes	Nat. aantal 2019	ZIV uitgaven 2019 (in mio EUR)	Remgeld 2019 (in mio EUR)
<b>ATMC</b> (excl. 24 anesthesieverstrekkingen)*	5.975	52.326.969	2.853,05	74,29
<b>Resultaat ATMC</b>	5.706	51.993.439	2.836,87	74,17
	<b>95,50%</b>	<b>99,36%</b>	<b>99,43%</b>	<b>99,84%</b>

\*Praktijkkost inbegrepen in heelkundige verstrekkingen

Tabel 7.2 – Betrouwbaarheid van berekende directe praktijkkosten ATMC

Betrouwbaarheid	Aantal codes	Nat. aantal 2019	ZIV uitgaven 2019 (in mio EUR)	Remgeld 2019 (in mio EUR)
Hoog	2.585 61%	31.112.598 60%	2.167,47 76%	53,20 72%
Gemiddeld	830 19%	18.267.552 35%	567,35 20%	18,18 25%
Laag	851 20%	2.613.289 5%	102,05 4%	2,79 4%
<b>Eindtotaal</b>	<b>4.266 100%</b>	<b>51.993.439 100%</b>	<b>2.836,87 100%</b>	<b>74,17 100%</b>

Tabel 7.2 toont dat voor de meerderheid van de verstrekkingen een directe praktijkkost kon berekend worden met een gemiddelde tot hoge betrouwbaarheid. Slechts voor 4% van de betrokken ZIV-uitgaven werd aan de berekende praktijkkost een lage betrouwbaarheidsscore toegekend.

## 7.3 AMTAA

### 7.3.1 Beschrijving AMTAA-kostenstudies

De analyse van de directe praktijkkosten voor de AMTAA-domeinen bouwt voort op de kostenstudies uitgevoerd door het Möbius-team, die betrekking hebben op meerdere disciplines binnen dit domein, waaronder klinische biologie, anatomopathologie, radiotherapie en genetica. Deze studie werd uitgevoerd op basis van gegevens uit pilootcentra en referentieziekenhuizen, met referentiejaar en referentiecriteriën variërend per discipline.

De gehanteerde methodologie vertrekt vanuit een boekhoudkundige benadering, aangevuld met correcties om de vergelijkbaarheid tussen instellingen te waarborgen. Concreet omvat dit onder meer het gebruik van genormaliseerde aannames voor personeelskosten en de herwaardering van machines op basis van vervangingswaarde en theoretische levensduur, in plaats van louter fiscale afschrijvingen.

Afhankelijk van de discipline wordt de kost berekend:

- ofwel op niveau van individuele testen, die vervolgens worden geaggregeerd naar nomenclatuurnummers via gewogen gemiddelden (bv. genetica, klinische biologie),
- ofwel rechtstreeks op niveau van de verstrekking, met een expliciete allocatie van kosten vanuit boekhoudkundige gegevens (bv. anatomopathologie).

De kosten worden opgebouwd uit de klassieke componenten: personeel, materiaal en reagentia, medische apparatuur, waarbij verschillende allocatiemethodes worden toegepast, gaande van bottom-up benaderingen (op basis van tijdsregistratie of verbruik per test) tot top-down verdelingen (op basis van volumes, werkposten of activiteit).

Voor disciplines met meer complexe zorgprocessen (zoals radiotherapie) wordt de kostentoe wijzing verder verfijnd door rekening te houden met parameters zoals behandel tijd, aantal sessies en technische kenmerken van de behandeling.

Ten slotte werd in de studie expliciet ingezet op validatie en benchmarking, onder meer via controle op volledige kostentoewijzing, vergelijking tussen deelnemende centra en inhoudelijke toetsing met experts, om de robuustheid en plausibiliteit van de resultaten te verzekeren.

### 7.3.2 Methodiek “vertaling” praktijkkosten AMTAA-verstrekkingen naar 2019

Bij de berekeningen in het kader van deze nota werd vastgesteld dat de eenheidskosten zoals ze werden opgenomen in de eindrapporten van Möbius niet rechtstreeks konden worden vertaald naar nationale praktijkkosten voor 2019. Dit heeft onder meer te maken met verschillen in rapporteringsjaar (2019, 2021 of 2023), het voorkomen van meerdere eenheidskosten per verstrekking, specifieke voorwaarden inzake aanrekenbaarheid en het ontbreken van kosten- of volumedata voor bepaalde verstrekkingen. Daarnaast is de afbakening tussen directe en indirecte kosten in de Möbius-studies niet volledig consistent met de benadering in de KCE-analyse en de ATMC-kostenstudies.

De nationale directe praktijkkosten voor 2019 worden geraamd door de eenheidskosten per nomenclatuurcode te combineren met het nationale volume van gefactureerde verstrekkingen in 2019. Daarbij wordt in principe gewerkt met mediane eenheidskosten (of gemiddeldes indien nodig). Voor verstrekkingen met meerdere uitvoeringsmodaliteiten wordt verondersteld dat de duurere variant 20% van de uitvoeringen vertegenwoordigt.

Waar de aanrekenbaarheid van een verstrekking afhankelijk is van meerdere handelingen (bv. minimum aantal metingen), wordt de eenheidskost vermenigvuldigd met het minimum vereiste aantal om de kost van de aangerekende verstrekking te bepalen. Voor verstrekkingen zonder volume in 2019 worden de kosten, die wel in de rapporten fase 2.2 met rapporteringsjaar 2021 of 2023 werden meegenomen, impliciet uitgesloten. Voor verstrekkingen zonder berekende praktijkkost worden vereenvoudigde aannames gehanteerd; voor klinische biologie worden deze kosten voorlopig gelijkgesteld aan de massa van de prestatiehonoraire, gelet op het sterk geforfaitariseerde karakter van de financiering (cf. 7.4).

Om de kosten tussen disciplines vergelijkbaar te maken, worden alle kosten herrekend naar het referentiejaar 2019. Deze herrekening gebeurt op basis van evoluties in prijs- en looncomponenten: materiaal- en apparatuurskosten worden aangepast volgens de consumptieprijsindex, terwijl personeelskosten worden gecorrigeerd voor loonindexering en structurele wijzigingen (zoals IF-IC en de attractiviteitspremie). De correctiefactoren worden verschillend toegepast naargelang de detailinformatie die beschikbaar is in de rapporten. Voor klinische biologie en art. 33 bis en ter wordt één gewogen correctiefactor toegepast, o.b.v. het aandeel personeel- versus materiaal- en apparaaturokosten voor alle verstrekkingen klinische biologie (bij gebrek aan detailinformatie over het aandeel personeel- versus materiaal – en apparaaturokosten per verstrekking). Voor verstrekkingen van art. 33 waren correcties per verstrekking mogelijk, omdat voor deze verstrekkingen er wel per verstrekking gegevens over het aandeel personeelskosten versus materiaal- en apparaaturokosten beschikbaar gerapporteerd werden. Voor radiotherapie ontbreken momenteel volumecijfers voor de nieuwe nomenclatuur (V1); in afwachting van verdere analyse worden de praktijkkosten voorlopig geraamd op 72% van de honorariamassa in 2019, op basis van het Möbius-rapport (cf. 7.4).

De geraamde directe praktijkkosten per verstrekking worden vervolgens verhoogd met een mark-up voor indirecte kosten, gebaseerd op de door het KCE berekende percentages per kostenplaats (voor meer details, zie hoofdstuk 8). Daarbij blijft een beperking dat de afbakening tussen directe en indirecte kosten niet volledig homogeen is tussen de verschillende studies. Tot slot worden de eenheidskosten (directe praktijkkost) vermenigvuldigd met het aantal gefactureerde verstrekkingen, om de totale directe praktijkkosten voor de AMTAA-verstrekkingen te berekenen.

## 7.4 Raming directe praktijkkosten voor ‘ontbrekende’ verstrekkingen

Zowel bij de ATMC- als bij de AMTAA-kostenstudies zijn er een aantal verstrekkingen waarvoor er nog geen praktijkkosten voor 2019 werden berekend, of konden berekend worden.

Om toch een globaal beeld van de praktijkkosten te verkrijgen, werd voor deze verstrekkingen een benaderende raming gemaakt.

Zo werd de AMTAA-kostenstudie voor radiotherapie uitgevoerd voor de nieuwe nomenclatuurcodes (VI), waarvoor er, uiteraard, nog geen volumedata (i.e. aantal gefactureerde verstrekkingen in 2019) beschikbaar konden zijn. Daarom worden de (directe + indirecte) praktijkkosten voor de radiotherapieverstrekkingen geraamd op basis van de vaststelling in het eindrapport dat de praktijkkosten 72% van de honorariamassa voor radiotherapie uitmaken. Die honorariummassa bedroeg in 2019 134,43 miljoen euro.

Een aantal verstrekkingen in de klinische biologie (meerdere nomenclatuurcodes), art 33 en art 33 bis & ter (heel weinig nomenclatuurcodes) komt slechts zeer zelden voor (of kwamen zelfs niet voor in de betrokken centra, voor het jaar van de analyse), zodat er hiervoor ook geen praktijkkost o.b.v. reële data kon vastgesteld worden. Voor die verstrekkingen, die in totaal 44,47 miljoen euro aan honoraria omvatten in 2019, wordt als benadering, de praktijkkost gelijkgesteld aan de totale massa aan prestatiehonoraria (die voor klinische biologie minder dan 25% van de totale honorariamassa vertegenwoordigt).

Binnen de groep van ATMC-verstrekkingen konden de praktijkkosten voor een aantal verstrekkingen ook nog niet berekend worden. Het gaat o.a. over de praktijkkosten van de revalidatieverstrekkingen (wegens de verwevenheid met o.a. de nomenclatuur voor de kinesitherapie), voor installatie monitoring & toezicht (codes die, in principe, zouden moeten uitgesplitst worden in een deel ATMC (installatie) en een deel ACA (toezicht)), nomenclatuurcodes hematologie (die eerder de begeleiding van een zorgtraject bij stamceltransplantatie omvatten, dan een ‘afzonderlijk’ identificeerbare verstrekking), voor (thuis)dialysehonoraria (wegens interferentie met de dagforfaits voor dialyse) en voor een aantal ‘bijkomende’ verstrekkingen, die steeds (of toch meestal) samen voorkomen met verstrekkingen waarvoor er wel een praktijkkost werd berekend. In totaal betrof dit 384,64 miljoen euro aan honoraria in 2019. Eenvoudigheidshalve werd verondersteld dat de (directe + indirecte) praktijkkosten voor deze verstrekkingen 50% van de honorariamassa bedragen.

In totaal resulteren bovenstaande ramingen in een bedrag van 333,59 miljoen euro aan extra praktijkkosten.

## 8 Indirecte kosten en opbrengsten

### *In een oogopslag ...*

Naast de kosten die rechtstreeks verbonden zijn aan een medische verstrekking, zijn er ook indirecte kosten. Dit zijn kosten die nodig zijn om de zorg te organiseren en te ondersteunen, zoals administratie, logistiek, infrastructuur en algemene ziekenhuiswerking. Deze kosten kunnen niet aan één specifieke medische handeling worden toegewezen, maar maken wel een essentieel deel uit van de totale kost van zorg.

Om deze indirecte kosten op een consistente manier mee te nemen, worden ze in deze nota geraamd als een percentage bovenop de directe kosten. Dit betekent dat de indirecte kosten niet afzonderlijk per verstrekking worden berekend, maar proportioneel worden toegevoegd per groep van verstrekkingen. Deze benadering is gebaseerd op een studie van het KCE uit 2024 en maakt het mogelijk om indirecte kosten op systeemniveau in kaart te brengen.

Op basis van de beschikbare ziekenhuisgegevens voor het jaar 2019 wordt eerst bepaald welke kosten effectief betrekking hebben op de zorgorganisatie. Daarbij worden kosten die niet rechtstreeks met zorg verband houden, zoals uitzonderlijke kosten en een deel van de investeringskosten (+ bijhorende financiële lasten) die door de deelstaatoverheden dienen te worden gedragen, uit de analyse verwijderd. Er wordt ook rekening gehouden met andere opbrengsten dan de omzet uit zorg, die ook de indirecte kosten deels helpen dekken. Na deze correcties blijven de zogenaamde netto-indirecte kosten over, die voor alle Belgische ziekenhuizen samen 3.943,52 miljoen euro bedragen.

Deze kosten worden vervolgens verdeeld over de verschillende types ziekenhuisdiensten, zoals verpleegafdelingen, medisch-technische diensten, intensieve zorg en consultaties. Dit maakt het mogelijk om inzicht te krijgen in hoe de indirecte kosten zich verhouden tot de directe kosten binnen verschillende zorgactiviteiten en op het totaalbedrag dat finaal als indirecte praktijkkosten voor medische verstrekkingen wordt beschouwd.

Een belangrijk resultaat van de analyse is dat het aandeel indirecte kosten sterk varieert naargelang het type activiteit. Voor technisch afgebakende activiteiten, zoals het operatiekwartier, ligt het aandeel indirecte kosten relatief lager (ongeveer een kwart tot een derde van de directe kosten). Voor andere activiteiten, zoals medische beeldvorming, klinische diensten of consultaties, kan dit aandeel oplopen tot meer dan de helft van de directe kosten, en in sommige gevallen zelfs hoger. Dit toont aan dat de kostenstructuur van zorg aanzienlijk verschilt tussen verschillende diensten.

Om die reden wordt niet gewerkt met één algemeen percentage, maar met gedifferentieerde percentages per type dienst. Op die manier wordt beter rekening gehouden met de realiteit van de zorgorganisatie. Wanneer een bepaalde medische verstrekking in verschillende soorten diensten wordt uitgevoerd, worden deze percentages gecombineerd tot een gewogen gemiddelde.

Door de indirecte kosten mee op te nemen, ontstaat een volledig en realistischer beeld van de totale kosten van medische zorg. Zonder deze stap zouden de kosten systematisch onderschat worden, wat zou leiden tot een verkeerde inschatting van het deel van de honoraria dat effectief nodig is om de zorg te organiseren.

Tegelijk moet worden benadrukt dat deze analyse gebaseerd is op beschikbare ziekenhuisgegevens die niet altijd perfect vergelijkbaar zijn tussen instellingen. Kosten worden niet overal op dezelfde manier geregistreerd en verstrekkingen worden niet in alle ziekenhuizen op dezelfde diensten uitgevoerd. De kosten kunnen daarom niet tot op het niveau van één afzonderlijke medische verstrekking worden uitgesplitst. Deze gebruikte gegevens hebben daarnaast ook betrekking op het referentiejaar 2019. Sindsdien zijn de kostenstructuren in ziekenhuizen geëvolueerd, onder meer door wijzigingen in personeelskosten, energieprijzen en investeringen in infrastructuur. Concreet werden correcties toegepast voor kosten die door de deelstaten worden gefinancierd (zoals afschrijvingen en intrestlasten), evenals voor niet-zorggerelateerde opbrengsten die een deel van de kosten compenseren. Hierdoor wordt gewerkt met netto-indirecte kosten, die een realistischer beeld geven van de kosten die effectief binnen het federale kader moeten worden gefinancierd. De resultaten moeten daarom worden gelezen als een representatieve, maar tijdsgebonden inschatting die in de toekomst verder kan worden geactualiseerd en verfijnd.

Om diverse redenen (verschillen in praktijkvoering en in boekingswijzen tussen ziekenhuizen, combinatie van medisch-technische verstrekkingen en raadplegingen binnen poliklinische ruimtes) is voor de poliklinieken binnen de ziekenhuizen een benadering van de indirecte kosten onder de vorm van een mark-up % op de directe kosten voor de Finhostakostenplaats 'consultaties' niet aangewezen. Daarom werd een alternatieve, normatieve methode uitgewerkt, geïnspireerd op de financiering van de ondersteunende diensten binnen het BFM.

Voor de polikliniek wordt in deze nota een inschatting gemaakt van de noodzakelijke kosten om de soortgelijke ondersteuning voor poliklinieken in het ziekenhuis te organiseren, waarbij gebruik wordt gemaakt van een benadering die geïnspireerd is op de opbouw van de BI-financiering. Binnen het Budget Financiële Middelen (BFM) financiert onderdeel BI immers de ondersteunende werking van ziekenhuizen, zoals onderhoud, verwarming en administratie (i.e. de zgn. hotelfuncties), voor zover deze bedoeld zijn ter ondersteuning van de BFM-diensten. De BI-financiering wordt hierbij dus niet gebruikt als financieringsbron, maar als referentiekader om de relevante kostencomponenten te identificeren en te waarderen.

Men vertrekt van de vraag: hoeveel consultatieruimtes ("boxen") zijn nodig om alle patiënten te behandelen, en wat is de kost om één zo'n ruimte operationeel te houden. De omvang van de consultatie-activiteit wordt bepaald door het aantal consultaties dat via het ziekenhuis aan het RIZIV werd gefactureerd.

Niet alle kosten uit BI worden als referentie meegenomen. Alleen die elementen die rechtstreeks bijdragen aan het functioneren van een consultatieruimte worden weerhouden, zoals onderhoud, verwarming en administratie. Ook de werkingskost van de ruimte wordt toegevoegd, omdat dit een noodzakelijke voorwaarde is om medische verstrekkingen uit te voeren. Andere kosten, zoals voeding of personeelsvoorzieningen, worden niet meegenomen omdat zij geen directe link hebben met ambulante zorg.

Op basis van deze uitgangspunten wordt eerst ingeschat hoeveel consultaties gemiddeld in één ruimte kunnen plaatsvinden, en hoeveel ruimtes er dus nodig zijn. Vervolgens wordt berekend welke kost verbonden is aan elke ruimte, rekening houdend met ruimtegebruik, personeelsinzet en infrastructuur. Door deze twee elementen te combineren, ontstaat een raming van het totale bedrag dat nodig is om poliklinische activiteiten te ondersteunen. Op basis van deze methode worden de indirecte praktijkkosten voor poliklinische activiteiten geraamd op 197,40 miljoen euro (prijsniveau 2019).

Het uitvoeren van medische verstrekkingen gaat niet alleen gepaard met directe, maar ook met indirecte praktijkkosten. Directe kosten vertonen een rechtstreeks causaal verband met een medische verstrekking en kunnen bijgevolg direct eraan worden toegerekend (zie ook hoofdstuk 7.1 van deze nota). Indirecte kosten daarentegen hebben geen dergelijk eenduidig verband, omdat ze betrekking hebben op algemene kosten. Deze indirecte kosten kunnen zowel betrekking hebben op kosten binnen de afdeling waar de medische verstrekkingen uitgevoerd worden (bv. onthaal, administratie, kwaliteitsmedewerkers) als op kosten van afdelingen die ziekenhuisbrede ondersteuning bieden (bv. personeelsadministratie, directie, energievoorzieningen, verzekeringen).

De berekening van de indirecte kosten in deze nota vertrekt van de werkwijze en resultaten zoals voorgesteld in KCE-rapport 380 (2024), waarbij de indirecte kosten worden berekend als een mark-up percentage op de directe kosten. Een mark-up percentage van 20% betekent bijvoorbeeld dat een directe kost van 100 euro wordt verhoogd met 20 euro aan indirecte kosten. De totale praktijkkosten bedragen in dat geval 120 euro. Voor een meer gedetailleerde toelichting over deze methodologische keuze wordt verwezen naar dit rapport uit 2024.

De KCE-studie illustreerde de methodologie aan de hand van de Finhosta-gegevens van 2019 van 100 algemene ziekenhuizen. De ziekenhuisboekhouding in Finhosta is opgebouwd volgens een rekeningsstelsel met zeven klassen; in de KCE-studie werd initieel uitsluitend gebruik gemaakt van klasse 6, die betrekking heeft op de kosten.

## 8.1 Enkele begrippen uit de ziekenhuisboekhouding

Het wettelijke model voor de kostprijsboekhouding van ziekenhuizen bestaat uit:

- **Definitieve en voorlopige kostenplaatsen:** ziekenhuiskosten worden toegewezen aan kostenplaatsen, onderverdeeld in definitieve (bv. verpleegafdelingen, radiologie, apotheek) en voorlopige kostenplaatsen (bv. administratie, verwarming, ondersteunende diensten). Voorlopige kosten worden later herverdeeld en toegewezen aan definitieve kostenplaatsen.
- **Cascademethode voor kostentoewijzing:** via de cascademethode, die standaard is vastgelegd door de overheid, worden kosten stapsgewijs toegewezen van voorlopige naar definitieve kostenplaatsen, zodat kosten vergelijkbaar worden tussen ziekenhuizen.
- De toewijzing van kosten van voorlopige naar definitieve kostenplaatsen gebeurt aan de hand van **verdeelsleutels**, zoals oppervlakte (m<sup>2</sup>), voltijdse equivalenten (VTE) of verpleegdagen.

Sommige kostenplaatsen die door Finhosta als voorlopig worden geclassificeerd, werden in de KCE-studie omgezet naar definitieve kostenplaatsen. Het gaat hier om de zgn. 'hulpkostenplaatsen'. De belangrijkste overweging hierbij was dat in meerdere van deze kostenplaatsen een substantieel aantal medische verstrekkingen wordt uitgevoerd. Het betreft meer bepaald de kostenplaatsen spoedgevallen, wachtdienst, mobiele urgentiegroep (MUG), paramedisch interventieteam (PIT), sterilisatie, anesthesie, operatiekamer en gipskamer.

## 8.2 Afbakening directe, indirecte en uitgesloten kosten in KCE-rapport 380 (2024)

De indeling van kosten in directe, indirecte en uitgesloten kosten in de KCE-studie gebeurde in overleg met de onderzoeksteams van de KU Leuven, de ULB en Möbius (zie Tabel A.1 in het Supplement bij het KCE-rapport).

### 8.2.1 Uitgesloten kosten

Voor de berekening van de directe en indirecte kosten werden de volgende kosten niet meegenomen:

- Het aandeel van de honoraria dat toegekend wordt aan de artsen (zijnde de 619-rekeningen) alsook de kosten van het medisch personeel (als onderdeel van de 62-rekeningen)
- Uitzonderlijke kosten (bv. kosten met betrekking tot voorgaande boekjaren)
- Kosten van geneesmiddelen en implantaten (wegens aparte financiering).

Voor de directe kosten werd een onderscheid gemaakt tussen personeelskosten, kosten voor medische apparatuur en kosten voor medisch materiaal.

### 8.2.2 Personeelskosten

**Directe kosten** worden gedefinieerd als de kosten van verplegend, paramedisch en ander personeel, indien geregistreerd in definitieve kostenplaatsen.

**Indirecte kosten** worden gedefinieerd als de kosten die verband houden met loontrekkend en administratief personeel, zowel wanneer deze zijn geregistreerd in voorlopige als in definitieve kostenplaatsen.

Er is **één uitzondering** op deze regel: de kosten van loontrekkend personeel die geregistreerd zijn in kostenplaats 160 (sterilisatie) worden beschouwd als directe kosten.

Ook de kosten van verplegend, paramedisch en ander personeel, indien geregistreerd in voorlopige kostenplaatsen, worden beschouwd als indirecte kosten.

### 8.2.3 Kosten voor medische apparatuur

De kosten voor medische apparatuur (afschrijvingen en onderhoud(scontracten)) worden beschouwd als **directe kosten**, ongeacht of ze zijn geregistreerd in voorlopige of definitieve kostenplaatsen.

### 8.2.4 Kosten voor medisch materiaal

De kosten voor medisch materiaal (met exclusie van geneesmiddelen en implantaten) worden beschouwd als **directe kosten**, ongeacht of ze zijn geregistreerd in voorlopige of definitieve kostenplaatsen.

## 8.3 Indirecte kosten als mark-up percentage op directe kosten

In de KCE-studie werden de indirecte kosten uitgedrukt als een mark-up op de directe kosten (zonder rekening te houden met de uitgesloten kosten. Dit mark-up percentage kan enkel gedifferentieerd worden tot op het niveau van de definitieve kostenplaatsen in Finhosta, bij gebrek aan meer granulaire gegevens.

In de hoofdstukken 4 en 5 werd beschreven welke andere bronnen van financiering voor de patiëntenzorg (i.e. componenten van de omzet van het ziekenhuis (de zgn. 70-rekeningen), naast de honoraria ook financiering voor een deel van de praktijkkosten van de medische verstrekkingen omvatten; dit betreft het BFM en de dagforfaits. Daarbij werd ook rekening gehouden met de Maribelopbrengsten, die op niveau van 'kostensoort' makkelijk identificeerbaar zijn vanuit de Finhosta-gegevens.

Buiten deze omzetcomponenten moet echter ook nog rekening gehouden worden met het feit dat de deelstaten bevoegd zijn voor de financiering van bepaalde infrastructuur. Met andere woorden, zowel de kosten als de opbrengsten met betrekking tot deze infrastructuur dienen buiten beschouwing te blijven bij de identificatie van de financieringsbronnen en de (in)directe praktijkkosten van medische verstrekkingen. In de huidige analyse werd hiervoor gecorrigeerd.

### 8.3.1 Correctie voor kosten gefinancierd door de deelstaten

Een deel van de indirecte praktijkkosten dient gefinancierd te worden door de deelstaten en dient bijgevolg in mindering te worden gebracht van de indirecte kosten zoals berekend in de initiële KCE-studie. Het gaat hierbij om de afschrijvingslasten en de intrestlasten op de investeringsleningen. In Finhosta correspondeert dit met de volgende kostenrekeningen:

- 63004: afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa – toevoeging; intercalaire intresten gesubsidieerd gedeelte
- 6302: afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa – toevoeging; op gebouwen
- 63050: afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa – toevoeging; op vaste activa in huur, financiering en soortgelijke rechten: inrichting van gebouwen
- 6500: lasten van investeringsleningen; intresten.

### 8.3.2 Correctie voor niet-zorggerelateerde opbrengsten

De indirecte kosten worden, na aftrek van de afschrijvingen en intrestlasten, vervolgens gecorrigeerd voor niet-zorggerelateerde opbrengsten uit klasse 7 van Finhosta. Het gaat om volgende opbrengsten:

- 72: geactiveerde interne productie (bv. bouwwerken die het ziekenhuis zelf uitvoert, of onderzoek en ontwikkeling)
- 74: andere bedrijfsopbrengsten, met uitzondering van:
  - 741: forfaitaire financiering van de infrastructuur door de deelstaat
  - 7432: tussenkomst van het sectoraal fonds (Sociale Maribel)
- 75: financiële opbrengsten, met uitzondering van
  - 753: kapitaal- en intrestsubsidies

Omdat de kosten die door de deelstaten worden gefinancierd buiten de analyse werden gelaten, werden ook de overeenstemmende opbrengsten uitgesloten. Het betreft hierbij de financiering van infrastructuur (741) en de kapitaal- en intrestsubsidies (753).

Dezelfde redenering geldt voor de Sociale Maribel. De financiering via de Sociale Maribel werd afzonderlijk besproken, omdat dit een financiering is die via de dimensie 'kostensoort' makkelijk aflijnbaar is, en o.b.v. detailinformatie waarover de FOD VVVL beschikt (i.e. aantal ingezette Maribelmandaten per kostenplaats) deels kan toegewezen worden aan de kostenplaatsen waar medische verstrekkingen worden uitgevoerd. Bijgevolg kunnen deze worden beschouwd als een financieringsbron die de praktijkkosten van medische verstrekkingen gedeeltelijk mee draagt. (cf. hoofdstuk 6). Dit in tegenstelling tot veel andere mogelijke bronnen van opbrengsten (bv. RSZ-verminderingen, subsidies educatief verlof, opbrengsten uit personeelscafetaria, doorrekening van personeelsinzet in het kader van projecten, ...) die niet eenduidig identificeerbaar zijn o.b.v. kostensoorten of die ook in ziekenhuizen op uiteenlopende manieren kunnen verwerkt worden (bv. in mindering van (directe) personeelskosten versus als opbrengst). Deze opbrengsten werden bijgevolg in mindering gebracht van de indirecte kosten, die doorgesleuteld worden naar de definitieve kostenplaatsen.

Tabel 8.1 biedt een overzicht van de directe, indirecte en uitgesloten kosten. Voor de indirecte kosten worden zowel de 'bruto' indirecte kosten weergegeven als de 'netto' indirecte kosten (na beide bovenstaande correcties).

Tabel 8.1 – Overzicht van directe, indirecte en uitgesloten kosten (2019)

Kosten	Bedrag in mio EUR (2019)
<b>Uitgesloten kosten</b>	
Geneesmiddelen en implantaten	3.523,01
Honoraria artsen (619-rekeningen) en kosten medisch personeel (62-rekeningen)	4.893,04
Uitzonderlijke kosten	199,11
<b>Directe kosten in Finhosta</b>	<b>7.504,00</b>
<b>Indirecte kosten in Finhosta</b>	<b>6.005,61</b>
Afschrijvingen	527,37
Intrestlasten	167,90
<b>Indirecte kosten zonder afschrijvingen en intrestlasten</b>	<b>5.310,34</b>
Opbrengsten niet-gerelateerd tot zorg	1.366,82
<b>Netto indirecte kosten</b>	<b>3.943,52</b>

Tabel 8.2 illustreert de netto indirecte kosten voor een selectie van kostenplaatsen. Niet alle kostenplaatsen werden opgenomen in de tabel. Daardoor is de som van de indirecte kosten van de geselecteerde kostenplaatsen niet gelijk aan de totale netto indirecte kosten.

Tabel 8.2 – Netto indirecte kosten per kostenplaats (2019)

Kostenplaats of groep van kostenplaatsen	Netto indirecte kosten in mio EUR (2019)
<b>Kostenplaatsen ATMC en AMTAA</b>	<b>1.017,70</b>
<b>Spoeddiensten</b>	<b>123,95</b>
<b>Verpleegafdelingen (incl. chirurgisch dagziekenhuis)</b>	<b>1.709,61</b>
<b>Dagopnames</b>	<b>69,45</b>
<b>Intensieve zorgen</b>	<b>211,82</b>
<b>Apotheek</b>	<b>89,64</b>
<b>Consultaties</b>	<b>301,08</b>
<b>Andere</b>	<b>420,26</b>
<b>Netto-indirecte kosten</b>	<b>3.943,52</b>

Tabel 8.3 toont de deelcomponenten van de opbrengsten niet-gerelateerd tot zorg (i.e. bedrijfs- en financiële opbrengsten buiten de omzet).

Tabel 8.3 – Overzicht niet-zorggerelateerde opbrengsten (2019)

Rekening	Omschrijving	Bedrag in mio EUR (2019)
<b>72</b>	Geactiveerde interne productie	16,98
<b>74 (zonder 7432 en 741)</b>	Andere bedrijfsopbrengsten	1.311,29
740	Bedrijfssubsidies	67,54
742	Meerwaarden op de realisatie van vorderingen op prestaties	1,12
7430	Terugvorderingen van kostenbetreffende de gesubsidieerde contractuelen	60,05
7431	Terugvorderingen andere personeelskosten	361,52
7433 – 7439	Andere terugvorderingen van kosten	416,97
744 – 749	Diverse bedrijfsopbrengsten	404,10
<b>75 (zonder 753)</b>	Financiële opbrengsten	38,55
<b>Totaal</b>		<b>1.366,82</b>

### 8.3.3 Mark-up percentages na correcties

Tabel 8.4 bevat de mark-up percentages voor de indirecte kosten, per Finhosta-kostenplaats. In sommige ziekenhuizen is de verhouding tussen directe en indirecte kosten uitzonderlijk laag of hoog, wat kan leiden tot vertekende mark-up percentages per kostenplaats. Om deze invloed te beperken, werden ziekenhuizen met extreme waarden (outliers; kleiner dan  $Q1 - 1,5 IQR$  of groter dan  $Q3 + 1,5 IQR$ ) uitgesloten in Tabel 8.4.

Zowel in het KCE-rapport als in de huidige nota werd er gekozen voor een mark-up per kostenplaats omdat dit beter aansluit bij de werkelijke verhouding tussen directe en indirecte kosten per activiteit of dienst. De indirecte kosten verschillen namelijk sterk tussen kostenplaatsen, waardoor één globale mark-up bepaalde kostenplaatsen zou over- of onderschatten. Een differentiatie per kostenplaats houdt bovendien rekening met verschillen in dienstenaanbod tussen ziekenhuizen (bv. radiotherapie). Daartegenover staat dat verschillen in kostenregistratie tussen ziekenhuizen een grotere invloed kunnen hebben.

De eerste kolom toont de mark-up percentages zoals berekend in KCE-rapport 380.

In de tweede kolom van tabel 8.4 worden de mark-up percentages weergegeven na toepassing van bovenstaande correcties

Tabel 8.4 – Mark-up percentages voor indirecte kosten per kostenplaats

Kostenplaats	Mark-up percentage KCE-rapport ('bruto' indirecte kosten)	Mark-up percentage in huidige nota ('netto' indirecte kosten)
<b>Technische medisch-chirurgische handelingen</b>		
Sterilisatie	63,30%	43,07%
Operatiekamer en anesthesie	42,30%	27,34%
Gipskamer	58,18%	40,47%
Bevallingskwartier	52,46%	35,17%
Medische beeldvorming	69,22%	53,62%
Hemodialyse	47,99%	38,02%
In vivo nucleaire geneeskunde	65,58%	42,64%
PET-scan	59,46%	28,97%
Andere medisch technische diensten	58,21%	31,69%
<b>Geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch-technische handelingen</b>		
Klinische biologie, incl. genetica	44,79%	35,16%
Pathologische anatomie	60,02%	36,84%
Radiotherapie	72,32%	51,95%
<b>Verpleegafdelingen, apotheek en consultaties</b>		
Spoeddiensten	59,05%	39,24%
Verpleegafdelingen (incl. dagchirurgie)	106,39%	78,67%
Intensieve zorg	49,40%	37,76%
Dagopnames	69,38%	47,41%
Apotheek	63,11%	39,26%
Consultaties	136,06%	68,02%
Andere kostenplaatsen	82,78%	58,76%

## 8.4 Afstemming tussen kostenplaatsen, functionele eenheden en nomenclatuurcodes

De Finhosta-kostenplaats vormt het kleinste niveau waarop een mark-up percentage voor de indirecte kosten kan worden berekend met de voor het KCE beschikbare data (i.e. Finhosta-gegevens van de ziekenhuizen). De directe praktijkkosten daarentegen worden berekend op het niveau van een individuele nomenclatuurcode.

De nomenclatuurcodes kunnen worden gegroepeerd in functionele eenheden. Binnen eenzelfde functionele eenheid worden nomenclatuurcodes samengebracht die gebruikmaken van vergelijkbare infrastructuur, middelen, personeelsinzet en ondersteunende processen. Deze clustering maakt het mogelijk om verstrekkingen niet enkel op individueel codeniveau te analyseren, maar ook op een hoger, functioneel organisatieniveau waarop kostenstructuren en mark-up percentages meer coherent kunnen worden toegewezen. Op die manier ontstaat een brug tussen de gedetailleerde berekening van

enerzijds directe praktijkkosten per nomenclatuurcode en functionele eenheden en anderzijds indirecte kosten per kostenplaats.

Er bestaat echter niet altijd een één-op-één relatie tussen de functionele eenheden en de kostenplaatsen binnen Finhosta. In de praktijk kunnen meerdere functionele eenheden aan dezelfde kostenplaats worden gekoppeld, of kan één functionele eenheid betrekking hebben op verschillende kostenplaatsen, afhankelijk van de organisatorische inrichting en boekhoudkundige praktijk van het ziekenhuis. Niettemin bestaan er methodologische oplossingen om deze discrepantie op te vangen, bv. door gebruik te maken van gewogen toewijzingen. Op die manier kan alsnog een consistente koppeling worden gerealiseerd tussen de functionele eenheden en de Finhosta-kostenplaatsen.

Voor de AMTAA-verstrekkingen is er een duidelijker overeenstemming tussen de functionele eenheden en de Finhosta-kostenplaatsen. Hierdoor kan de toepassing van mark-up percentages, berekend op het niveau van de Finhosta-kostenplaats, op een vrij consistente manier worden toegewezen aan functionele eenheden.

Voor de ATMC-verstrekkingen is de overeenstemming tussen kostenplaats en functionele eenheid voor een aantal medische activiteiten minder eenduidig. Op basis van de boekhoudkundige praktijk van de peilziekenhuizen en de beschikbare gegevens werd nagegaan welke functionele eenheden aan welke kostenplaatsen worden toegewezen. Wanneer een functionele eenheid volledig overeenstemt met één kostenplaats, werd het mark-up percentage van die kostenplaats rechtstreeks toegewezen aan de betreffende functionele eenheid (en de onderliggende nomenclatuurcodes). Indien een functionele eenheid daarentegen gekoppeld is aan meerdere kostenplaatsen, werd een gewogen mark-up percentage berekend op basis van het relatieve voorkomen van de functionele eenheid binnen elke kostenplaats.

Tabel 8.5 illustreert de werkwijze met een voorbeeld. De functionele eenheid ‘operatiekwartier-urologie’ valt volledig binnen de kostenplaats ‘operatiekamer en anesthesie’, waardoor het mark-up percentage (27,34%) wordt toegepast op de functionele eenheid ‘operatiekwartier-urologie’.

De functionele eenheid ‘operatiekwartier-gynaecologie’ wordt verschillend toegewezen aan de kostenplaatsen ‘operatiekamer en anesthesie’ en ‘bevallingskwartier’ volgens de praktijk in elk ziekenhuis, met respectievelijk een mark-up percentage van 27,34% en 35,16% en een gewicht van 84% en 16%. Het gewogen mark-up percentage voor de functionele eenheid bedraagt bijgevolg 28,59%.

Tabel 8.5 – Toewijzing van functionele eenheden aan kostenplaatsen (illustratie)

Functionele eenheid	Kostenplaats	Mark-up percentage	Gewicht
<b>Operatiekwartier-urologie</b>	Operatiekamer en anesthesie	27,34%	100%
<b>Operatiekwartier-gynaecologie</b>	Operatiekamer en anesthesie	27,34%	84%
	Bevallingskwartier	35,17%	16%

## 8.5 Beperkingen van de Finhosta-registratie en implicaties voor kostenanalyse

Het opnemen van netto-indirecte praktijkkosten is noodzakelijk om te komen tot een volledig en realistisch beeld van de totale praktijkkosten van medische verstrekkingen. Zonder deze component

zouden de kosten systematisch worden onderschat. Samen met de directe kosten vormen de netto-indirecte kosten een essentiële bouwsteen in de afbakening van het kostendekkend en professioneel aandeel binnen de honoraria.

Zoals ook aangehaald in de KCE-studie, dient men ervan bewust te zijn dat de Finhosta-gegevens echter verschillende beperkingen vertonen die de kostenanalyse beïnvloeden. De gegevens vertonen immers verschillen in registratie en boekhoudkundige verwerking tussen ziekenhuizen, wat de onderlinge vergelijkbaarheid bemoeilijkt. De gebruikte verdeelsleutels in het cascadeproces, zoals oppervlakte of het aantal verpleegdagen, zijn niet altijd goede benaderingen van de echte kostendrijvers, wat de nauwkeurigheid en vergelijkbaarheid tussen ziekenhuizen verder beïnvloedt. Ook de combinatie van kostensoorten en kostenplaatsen laat niet altijd toe om kosten eenduidig te classificeren als direct, indirect of uitgesloten. Daarnaast zijn kostenplaatsen vaak te sterk geaggregeerd om medische verstrekkingen nauwkeurig toe te wijzen, terwijl er bovendien geen één-op-één relatie bestaat tussen Finhosta-kostenplaatsen en eenheden zoals nomenclatuurcodes.

Zoals hierboven beschreven, is gepoogd om hier zo goed mogelijk voor te corrigeren in de voorliggende berekeningen. De huidige beschikbare informatie in Finhosta (vrij geaggregeerde gegevens voor alle ziekenhuizen), gecombineerd met de meer gedetailleerde informatie van de peilziekenhuizen die meewerkten aan de ATMC-kostenstudies is immers de enige databron die de overheid kan benutten om op nationaal niveau een inschatting te maken van de netto-indirecte praktijkkosten van de medische verstrekkingen.

## 8.6 Polikliniek

Specifiek voor de poliklinieken toont de praktijk aan dat onder de kostenplaats ‘consultaties’ een heterogene mix van activiteiten wordt geregistreerd, waarbij raadplegingen vaak gecombineerd worden met andere medische verstrekkingen. Voor deze andere verstrekkingen werden de praktijkkosten echter reeds verrekend via de corresponderende mark-up percentages, waardoor dubbeltellingen dreigen indien dezelfde kosten ook aan consultaties worden toegewezen.

Bovendien bestaat er enige variabiliteit tussen ziekenhuizen in de registratie van consultatiegerelateerde kosten. Het aandeel van de totale kosten geboekt op de kostenplaats ‘consultaties’ varieert evenals de verdeling tussen directe, indirecte en uitgesloten kosten. Deze verschillen lijken niet enkel samen te hangen met reële praktijkverschillen, maar ook met uiteenlopende registratiemethoden. Zo worden in sommige ziekenhuizen consultatiekosten geheel of deels gedragen door medisch specialisten en bijgevolg niet opgenomen in de ziekenhuisboekhouding. Daarnaast worden kosten van consultaties soms geregistreerd in andere kostenplaatsen waar de verstrekkingen plaatsvinden, bv. binnen medisch-technische diensten. De kosten van consultaties worden ook frequent geboekt onder kostenplaatsen 580 of 710 (‘andere medisch-technische diensten’).

Voor de kostenstudie wordt verondersteld dat binnen de kostenplaats ‘consultaties’ hoofdzakelijk raadplegingen plaatsvinden en dat er bijgevolg weinig of geen directe praktijkkosten zijn, aangezien artsen deze verstrekkingen zelf uitvoeren. Om die reden is een benadering waarbij indirecte kosten worden berekend als een mark-up op directe kosten niet aangewezen. In de volgende paragraaf wordt daarom een alternatieve, normatieve methode voorgesteld voor de berekening van deze indirecte kosten.

### 8.6.1 Doel en basisprincipe

Binnen het Budget Financiële Middelen (BFM) financiert onderdeel BI de zogenoemde *gemeenschappelijke of "hotelfuncties"* van het ziekenhuis, zoals onderhoud, verwarming en administratie. Voor de poliklinische activiteit wordt onderzocht welke kosten nodig zijn om de poliklinische zorg in het ziekenhuis te organiseren, waarbij gebruik wordt gemaakt van een benadering die geïnspireerd is op de structuur en opbouw van de BI-financiering. Binnen het Budget Financiële Middelen (BFM) financiert onderdeel BI de zogenoemde *gemeenschappelijke of "hotelfuncties"* van het ziekenhuis, zoals onderhoud, verwarming en administratie. Deze oefening heeft dus niet tot doel om een deel van de bestaande BI-financiering toe te wijzen aan de polikliniek, maar om de kosten van de poliklinische activiteit op een consistente en reproduceerbare manier te ramen.

Daarbij wordt vertrokken, geïnspireerd op de huidige BI-opbouw, van een bottom-up benadering per werkeenheid, zijnde een normatieve polikliniekbox. Deze aanpak sluit aan bij de functionele realiteit van de polikliniek, waar medische verstrekkingen plaatsvinden in duidelijk afgebakende consultatieruimtes.

Eenzijds wordt in deze oefening het benodigde aantal consultatieruimtes ("boxen") normatief bepaald op basis van het aantal door het ziekenhuis gefactureerde consultaties. Anderzijds wordt per box een normatief bedrag berekend op basis van een selectie van BI-elementen die relevant worden geacht voor poliklinische werking. Deze twee onderdelen samen geven een inschatting van het totale bedrag nodig om de praktijkkosten voor poliklinische activiteiten te dekken, onafhankelijk van de wijze waarop deze kosten vandaag gefinancierd worden.

### 8.6.2 Afbakening van BI-elementen relevant voor kostenraming polikliniek

Niet alle BI-elementen worden weerhouden als relevant voor de raming van de poliklinische praktijkkosten. Op basis van hun functionele relevantie voor ambulante medische verstrekkingen wordt een expliciete selectie gemaakt.

Voor de polikliniek worden de volgende BI-elementen weerhouden:

- Onderhoud
- Verwarming (= energievoorzieningen)
- Administratie

Daarnaast wordt 'werkingskost' als afzonderlijk element toegevoegd, aangezien de werkingskost van consultatieruimtes een noodzakelijke voorwaarde is voor het uitvoeren van ambulante medische verstrekkingen.

De volgende BI-elementen worden niet weerhouden, omdat zij geen of slechts een zeer indirecte link hebben met poliklinische praktijkkosten: algemene kosten, was en linnen, voeding en internaat (personeelsvoorzieningen).

### 8.6.3 Methodiek: bepaling van de financiering per werkeenheid (box)

De op BI geïnspireerde kostenraming van de polikliniek wordt opgebouwd per normatieve polikliniekbox, waarbij elk weerhouden BI-element een eigen bepalingwijze heeft. Concreet gaat het om:

- Onderhoud, gewaardeerd als een bedrag per m<sup>2</sup>, afgeleid uit de gewone BI-financiering.
- Verwarming, eveneens bepaald als een bedrag per m<sup>2</sup> op basis van BI.

- Administratie, berekend via een normatief aantal administratieve VTE per box, vermenigvuldigd met de gemiddelde loonkost voor administratie.
- Werkingskost, bepaald als een bedrag per m<sup>2</sup>, vertaald naar een jaarlijkse afschrijving per box op basis van standaardkost en normatieve afschrijvingstermijnen.

Via deze werkwijze is duidelijk dat de kostenraming voor de polikliniek niet gebaseerd is op ziekenhuisgemiddelden, maar voortvloeit uit een expliciete normering van ruimtegebruik, personeelsinzet en infrastructuur per consultatieruimte. Dit resulteert in een transparante en reproduceerbare raming van poliklinische praktijkkosten.

### **Stap 1 – Normatief aantal consultaties per box**

Eerst wordt een normatief aantal consultaties per box per jaar vastgesteld. Daarbij wordt uitgegaan van:

- 48 werkweken per jaar
- 5 werkdagen per week
- 8 werkuren per dag
- gemiddeld 3 consultaties per uur

Dit resulteert in 5.760 consultaties per jaar per box.

Op basis van de beschikbare cijfers over de gefactureerde raadplegingen per ziekenhuis (code 990: “raadplegingen, bezoeken en adviezen”) wordt het totaal aantal poliklinische consultaties in het ziekenhuis geraamd op 24.976.600 consultaties. Door dit volume te delen door het normatief aantal consultaties per box volgt een totaal van 4.336,22 normatieve polikliniekboxen.

Bij deze stap gelden enkele aandachtspunten. Er wordt gebruikgemaakt van data voor het jaar 2023, waarbij moet worden opgemerkt dat de derdebetalersregeling sinds 2019 aanzienlijk is uitgebreid, wat een opwaartse invloed kan hebben op het gefactureerde consultatievolume. Daarnaast kan sprake zijn van een beperkte bias door verstrekkingen van huisartsen in ziekenhuizen en door verstrekkingen die mogelijks door artsen zelf worden gefactureerd in plaats van centraal via het ziekenhuis.

### **Stap 2 – Normatief aantal m<sup>2</sup> per box**

In een tweede stap wordt de oppervlakte per box normatief bepaald op basis van informatie afkomstig van een architectenbureau. Er wordt uitgegaan van:

- een standaard kleine box van 17,37 m<sup>2</sup>
- een standaard medium box van 26,06 m<sup>2</sup>

Het rekenkundig gemiddelde hiervan bedraagt 21,715 m<sup>2</sup> per box, wat als normatieve oppervlakte wordt gehanteerd voor de verdere berekening.

### **Stap 3 – Normatief bedrag per box**

In de derde stap wordt per box een jaarlijks bedrag berekend, gebaseerd op de drie weerhouden BI-elementen, alsook de werkingskost:

- Onderhoud: berekend als het aantal boxen maal het gemiddelde bedrag per m<sup>2</sup> uit de gewone BI-financiering (186,09 euro per m<sup>2</sup> in prijzen van 2025).
- Verwarming: analoog berekend op basis van 10,25 euro per m<sup>2</sup> (prijzen 2025).

- Administratie: berekend op basis van een normatief aantal administratieve VTE per box (0,67 VTE), vermenigvuldigd met de gemiddelde loonkost voor administratie (68.579,62 euro; Finhosta 2023). Dit normatief aantal VTE wordt afgeleid uit het totaal aantal administratieve VTE op kostenplaats 840 gedeeld door het aantal normatieve boxen.
- Werkingskost: geraamd via een jaarlijkse afschrijving op basis van een standaardkost per box, wat overeenkomt met 231,05 euro per m<sup>2</sup> of 4.919,79 euro per box per jaar.

Hierbij wordt opgemerkt dat de groep universitaire ziekenhuizen werd uitgesloten bij de bepaling van de bedragen per m<sup>2</sup>, aangezien er geen “universitaire polikliniek” bestaat.

#### 8.6.4 Eindresultaat

Op basis van deze methodiek resulteert de oefening in:

- 4.336,22 normatieve polikliniekboxen
- een gemiddeld bedrag van 55.493,28 euro per box per jaar (equivalent aan 45.524 euro in prijzen van 2019)

Toegepast op het totale aantal boxen leidt dit tot een kostenraming voor de polikliniek van:

- 240.631.070 euro op basis van data 2023
- 197.401.078 euro na omzetting naar prijsniveau 2019

Dit bedrag moet gelezen worden als een raming van de praktijkkosten gelinkt aan de ambulante medische verstrekkingen via de polikliniek.

Er dient te worden benadrukt dat dit eindresultaat mogelijk een onderschatting inhoudt, aangezien gegevens van enkele ziekenhuizen ontbreken en de recente stijging van werkingskosten slechts gedeeltelijk zichtbaar wordt door lange afschrijvingstermijnen.

## 9 Resultaten directe en indirecte praktijkkosten

### *In een oogopslag ...*

Dit hoofdstuk brengt de resultaten samen van de berekening van de directe en indirecte praktijkkosten van medische verstrekkingen, zoals beschreven in de voorgaande hoofdstukken. Het biedt een globaal beeld van de omvang en samenstelling van deze kosten voor het referentiejaar 2019.

In totaal worden de directe praktijkkosten geraamd op 3.057,41 miljoen euro en de indirecte praktijkkosten op 1.405,98 miljoen euro, wat leidt tot een gezamenlijk bedrag van 4.463,39 miljoen euro. Rekening houdend met bijkomende ramingen voor verstrekkingen waarvoor geen gedetailleerde kostenberekening beschikbaar is, ten belope van 333,59 miljoen euro, komt het totale geraamde bedrag aan praktijkkosten uit op 4.796,98 miljoen euro.

Deze cijfers moeten worden gelezen als een toepassing van de in deze nota beschreven methodologie op de beschikbare gegevens voor het jaar 2019. Ze geven een onderbouwde inschatting van de totale praktijkkosten van medische verstrekkingen en maken het mogelijk om, in combinatie met de analyse van de financieringsstromen, het onderscheid te maken tussen het deel van de honoraria dat dient om kosten te dekken en het deel dat kan worden beschouwd als vergoeding voor het professioneel werk van de arts.

Zoals reeds aangehaald werd in de rapporten fase 2.2 van de ULB-KUL-equipe brengt de analyse daarnaast een aantal belangrijke aandachtspunten aan het licht voor het vervolgtraject, onder meer inzake de consistentie in classificatie van verstrekkingen, de afstemming tussen professioneel deel en praktijkkosten, en de nood aan verdere verfijning en periodieke actualisatie van de kostengegevens.

### 9.1 Overzicht van de resultaten

Deze tabel geeft een overzicht van de geraamde directe en indirecte praktijkkosten, uitgedrukt in miljoen euro (prijsniveau 2019), opgesplitst naar ATMC, AMTAA en poliklinieken. In totaal worden de praktijkkosten geraamd op 4.463,39 miljoen euro, waarvan 3.057,41 miljoen euro directe kosten en 1.405,98 miljoen euro indirecte kosten. Rekening houdend met een bijkomende raming voor andere nomenclatuur (333,59 miljoen euro), komt het totale geschatte bedrag uit op 4.796,98 miljoen euro. De indirecte kosten zijn met name geconcentreerd bij ATMC en poliklinieken, terwijl de directe kosten voornamelijk binnen ATMC en AMTAA vallen.

Tabel 9.1 – Overzicht geraamde directe en indirecte praktijkkosten (2019)

In mio EUR (2019)	Directe Praktijkkosten	Indirecte Praktijkkosten	TOTALE berekende praktijkkosten	Raming andere nomenclatuur	TOTAAL
<b>ATMC</b>	2.204,75	907,31	3.112,05	192,33	<b>3.304,38</b>
<b>AMTAA</b>	852,67	301,27	1.153,94	141,26	<b>1.295,20</b>
<b>Poliklinieken</b>	0,00	197,40	197,40		<b>197,40</b>
<b>TOTAAL</b>	<b>3.057,41</b>	<b>1.405,98</b>	<b>4.463,39</b>	<b>333,59</b>	<b>4.796,98</b>

### 9.2 Toelichting en aanbevelingen bij deze resultaten

Deze resultaten moeten worden gelezen worden als een toepassing van de in deze nota beschreven methodologie op de gegevens van het referentiejaar 2019.

Vermits de meeste kostenstudies startten begin 2023 (i.e. de data 2022 waren op dat ogenblik nog niet beschikbaar) dienden de kostenberekeningen te gebeuren op basis van de data van het meest recente jaar, dat niet door COVID-19 geïmpacteerd was, m.n. 2019. Voor sommige van de AMTAA-studies,

die pas later startten, werden de kosten berekend o.b.v. recentere data. Om het geheel echter op een correcte wijze in kaart te kunnen brengen, werden deze kostenstudies bijgevolg ‘hertaald’ naar data 2019.

Uit deze eerste oefeningen, o.b.v. data 2019, kwamen ook een aantal inzichten naar voor, waarmee tijdens toekomstige actualisaties van de kostenstudies, alsook van de financieringsbronnen, in de mate van het mogelijke rekening kan gehouden worden.

Zo bleek dat er, in de loop van het onderzoekswerk, nog wat bijstellingen gebeurden in de classificatie van de prestatiecodes in de groepen ATMC-AMTAA-ACA. Tijdens het vervolgtraject zal deze classificatie strikter opgevolgd worden, incl. het onderscheid tussen zgn. prestatie- en forfaitaire honoraria, en dient elke nomenclatuurcode die er na 2019 is bijgekomen steeds eenduidig aan één groep toegewezen te worden.

Tevens zal rekening gehouden worden met de aandachtspunten die in de rapporten fase 2.2 van de ULB-KUL-equipe zijn opgenomen. Voor alle duidelijkheid worden deze in de volgende alinea’s nog eens weergegeven.

Naar aanleiding van de berekening van de directe praktijkkosten en de evaluatie van de inzet van de artsen voor het professioneel deel kwamen een aantal inconsistenties aan bod in termen van ‘wie is uitvoerder’ van een verstrekking: als uit de praktijkkosten blijkt dat een ruim deel van de tijd wordt ingenomen door bv. verpleegkundigen die de arts ondersteunen bij de uitvoering, dient zich dat te reflecteren in een relatief kortere duurtijd voor het professioneel deel (arts). Het omgekeerde geldt voor verstrekkingen die door de artsen zelf uitgevoerd worden. In de toekomst wordt, *idealiter*, op voorhand vastgelegd wat de veronderstelling is m.b.t. de inzet van de arts in de betrokken verstrekking, en dit in functie van consistentie tussen het professioneel deel en de directe praktijkkosten.

Daarnaast blijkt dat de deelnemende ziekenhuizen op uiteenlopende manieren georganiseerd zijn in hun operationele medische werking, en dus de plaats waar een verstrekking wordt uitgevoerd; bv. operatiekwartier, cathlab, kabinet of poliklinische omgeving. Een en ander heeft, uiteraard, impact op de beschikbaarheid van zorgpersoneel en medische uitrusting, die mee de directe praktijkkosten bepalen. In het vervolgtraject wordt, *idealiter*, eerst vastgesteld op welk soort locatie (bv. operatiekwartier / kabinet / polikliniek) een bepaalde verstrekking geacht wordt te worden uitgevoerd, vooraleer de vergoeding van de praktijkkosten wordt vastgelegd. Indien, onder bepaalde omstandigheden/voor bepaalde patiëntengroepen het noodzakelijk geacht wordt dat de verstrekking in een ander soort locatie wordt uitgevoerd, of bv. een andere soort voorbereiding of nazorg vereist (met andere praktijkkosten) zou hiervoor een aparte nomenclatuurcode kunnen worden voorzien.

Gelijkaardig, zou bij toekomstige actualisaties, per groep van verstrekkingen kunnen worden bepaald welke andere personeelsgroepen (en bij extensie mogelijk ook andere kosten materiaal of apparatuur) als directe kost dienen beschouwd te worden.

Voor verstrekkingen die door meerdere disciplines kunnen uitgevoerd worden, zou uit de waardering van het professioneel deel moeten blijken of de waardering verschilt tussen de disciplines onderling.

In de praktijk werd ook vastgesteld dat sommige verstrekkingen (zeer) frequent, of altijd simultaan voorkomen met andere verstrekkingen. In dergelijke gevallen kan het de voorkeur genieten dat de directe praktijkkost wordt berekend voor de gezamenlijke verstrekking. In eerste instantie moet nagegaan worden hoe deze verstrekkingen landen in de nieuwe nomenclatuurcodes. Voor de cumuleerbaarheid geniet het de voorkeur dat deze zoveel mogelijk éénduidig afleidbaar is uit de omschrijving of een duidelijk en geëxpliciteerd kader krijgt.

Ook voor de heelkundige verstrekkingen in het operatiekwartier zou het nuttig zijn om de directe praktijkkosten per operatiekwartier-passage te kunnen vastleggen (i.p.v. per verstrekking). Er dient te worden afgestemd of het gewenst is om die piste verder uit te werken in een vervolgonderzoek.

Het is ook wenselijk om voor meer ziekenhuizen beroep te kunnen doen op meer accurate materiaalregistraties, om de materiaalkosten beter te kunnen toewijzen aan de ATMC. Daarnaast dient ook de mate waarin materiaalhonoraaria de werkelijke materiaalkosten dekken bestudeerd te worden. Dit is echter een werk van lange adem. Naast een verduidelijking van de draagwijdte van de verschillende materiaalhonoraaria moeten hiervoor ook de kostensoorten verder verfijnd worden, niet enkel o.b.v. evoluties in soorten materialen, maar ook rekening houdend met de verschillende financieringsbronnen.

In een vervolgonderzoek kan worden overwogen om de boekhoudcijfers (afschrijvingen apparatuur, op basis van een 'boekhoudkundige' levensduur van 5, 7 of 10 jaar voor medische apparatuur) te vergelijken met de actuele vervangingswaarde en reële levensduur, en dit minstens voor de relatief dure medische uitrusting, om hiermee een meer accurate, normatieve, inschatting van de apparatuurskosten te kunnen maken.

Idealiter wordt, voor de dure apparatuur, ook geëxpliciteerd welk soort toestel (i.e. basismodel versus model met diverse opties ...) financierbaar is binnen de verplichte ziekteverzekering.

Bij een vervolgonderzoek / de nieuwe nomenclatuur is het wenselijk om de patiëntkenmerken of 'contextfactoren' die in rekening dienen te worden gebracht voor de praktijkkosten vast te leggen uit te breiden. In het eindrapport over de praktijkkosten ATMC worden een aantal voorbeelden van relevante elementen, andere dan leeftijd, als illustratie, toegelicht.

Voor verstrekkingen die slechts zeer zelden uitgevoerd worden, is een kostenberekening op basis van reële kosten niet mogelijk. Een normatieve benadering, o.b.v. een identificatie van de vereiste ingezette middelen door experts, is wenselijk.

En tot slot wordt – naast de vervolgstudie in opdracht van het RIZIV - gepleit voor een periodieke actualisatie van de (directe en indirecte) kostencijfers. De op korte termijn enige werkbare oplossing in praktijk bestaat erin om met "peilziekenhuizen" te werken, waarbij een representatieve steekproef van ziekenhuizen bereid is (en hiervoor structureel gefinancierd wordt) om de interne kostengegevens (die qua methodiek verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis), periodiek op een gestandaardiseerde manier ter beschikking te stellen van een overheidsinstantie (bv. het KCE) of onderzoeksteam, om actualisaties van kostenstudies te kunnen uitvoeren. Dergelijke "peilpraktijken" kunnen niet enkel ingezet worden voor de actualisatie van de praktijkkosten van de nomenclatuur – een actualisatie die niet enkel noodzakelijk zal zijn zodra de nieuwe nomenclatuur minimum 18 maanden in voege is -, maar die ook periodiek noodzakelijk zal blijven om wijzigingen in de kostenstructuur ten gevolge van wijzigingen in de medische praktijkvoering (onder andere onder invloed van technologische innovatie) op te volgen en in kaart te brengen. Op die manier kan gegarandeerd worden dat, in de toekomst, de nomenclatuurtarieven sneller en nauwer aansluiten bij de wijzigende medische realiteit. Op lange termijn kan deze werkwijze wellicht grotendeels vervangen worden door een analyse van de data van de meeste ziekenhuizen, weliswaar na actualisatie van het rekeningstelsel (vooral kostensoorten) en van de kostenplaatsen, en na invoering van éénduidiger richtlijnen over de kostentoeewijzing, zodat het boekhoudstelsel ook de evoluties in de medische praktijkvoering blijft volgen.

## 10 Glossarium

Dit glossarium bevat een overzicht van de belangrijkste termen en afkortingen die in deze nota worden gebruikt. Waar relevant wordt een korte inhoudelijke duiding gegeven om de interpretatie van de methodologie te vergemakkelijken.

ACA	Handelingen van raadpleging en eraan geassimileerde handelingen ( <i>Actes Cliniques Assimilés</i> ) – Klinische verstrekkingen met een beperkt aandeel praktijkkosten, waarbij de activiteit voornamelijk bestaat uit het intellectueel werk van de arts
ADV	<i>Arbeidsduurvermindering</i> – Maatregel uit sociale akkoorden die extra verlofdagen (of een premie) toekent aan medewerkers boven een bepaalde leeftijd
AMTAA	Geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch-technische handelingen ( <i>Actes Médico-Techniques Automatisés et Assimilés</i> ) – Medisch-technische verstrekkingen die vaak sterk gestandaardiseerd en geautomatiseerd zijn (bv. klinische biologie), en gepaard gaan met significante praktijkkosten
ATMC	Technische Medisch-Chirurgische Prestaties ( <i>Actes Techniques Médico-Chirurgicaux</i> ) – Technische verstrekkingen (zoals ingrepen of onderzoeken) met belangrijke inzet van personeel, materiaal en infrastructuur
BBT-BBB	<i>Bijzondere Beroepstitels en Bijzondere Beroepsbekwaamheden</i> - Specifieke loonmaatregelen binnen sociale akkoorden (baremieke aanpassingen)
BFM	<i>Budget Financiële Middelen</i> – Budget dat de ziekenhuizen financiert voor hun hospitalisatie- en chirurgische dagziekenhuisactiviteiten (vooral personeel en werking, in beperkte mate infrastructuur)
BRA	<i>Brandwondencentra</i> – Gespecialiseerde zorgstructuren voor patiënten met brandwonden
CAO	<i>Collectieve Arbeidsovereenkomst</i> – Overeenkomst over arbeidsvoorwaarden tussen werkgevers en werknemers
CPI	<i>Consumptieprijsindex</i> – Gebruikt voor indexering van kosten
CS	<i>Centrale sterilisatie</i> – Ziekenhuisdienst voor het reinigen en steriliseren van medisch materiaal.
DKP	<i>Directe Praktijkkosten</i> – Kosten die rechtstreeks verbonden zijn aan de uitvoering van een verstrekking (personeel, materiaal, apparatuur)
DmfA	<i>Multifunctionele Aangifte</i> – Databron met informatie over tewerkstelling en lonen
FF	<i>Forfaitaire financiering</i> – Financiering niet gekoppeld aan individuele verstrekkingen maar aan volumes of activiteit (bv. per dag of per opname).
Finhosta	Nationale ziekenhuisdatabank met financiële en boekhoudkundige gegevens van ziekenhuizen
IBF	<i>Interdepartementaal Begrotingsfonds</i> – Specifieke financiering voor bepaalde personeelscategorieën of functies
IF-IC	<i>Instituut voor Functieclassificatie</i> – Systeem voor functieweging en verloning van medewerkers in de zorgsector

INZO	<i>Intensieve Zorg</i> – Ziekenhuisafdeling voor patiënten met zware of levensbedreigende aandoeningen
IPA	<i>Interprofessioneel Akkoord</i> – Nationaal akkoord over loon- en arbeidsvoorwaarden.
IPK	<i>Indirecte Praktijkkosten</i> – Kosten voor organisatie en ondersteuning (bv. administratie, infrastructuur) van medische verstrekkingen
IVF	<i>In Vitro Fertilisatie</i> – Medisch begeleide voortplantingstechniek
KB	<i>Koninklijk Besluit</i> – Juridische basis voor regelgeving
LVZ	<i>Laagvariabele Zorg</i> – Financieringsmechanisme waarbij de medische verstrekkingen van bepaalde ziekenhuisverblijven via forfaitaire bedragen (i.p.v. prestatiehonoraria) worden vergoed
MIC	<i>Maternal Intensive Care</i> – Gespecialiseerde eenheid voor zorg tijdens / na complexe zwangerschap
MUG	<i>Mobiele Urgentiegroep</i> – Gespecialiseerde interventiedienst voor dringende medische hulp buiten het ziekenhuis
NIC	<i>Neonatale Intensive Care</i> – Gespecialiseerde intensieve zorg voor pasgeborenen
Niet-ZIV	Activiteiten of patiënten die niet onder de verplichte ziekteverzekering vallen (bv. niet-verzekerde patiënten, arbeidsongevallen)
NMR	<i>Nuclear Magnetic Resonance</i> – Beeldvormingstechniek op basis van magnetische resonantie
PAL	<i>Palliatieve zorg</i> – Zorg gericht op comfort bij ongeneeslijk zieke patiënten
PET	<i>Positron Emissie Tomografie</i> – Beeldvormingstechniek op basis van radioactieve tracers
PK	<i>Praktijkkosten</i> – Totale kosten nodig om medische verstrekkingen te organiseren en uit te voeren
RSZ	<i>Rijksdienst voor Sociale Zekerheid</i> – Organisatie die sociale bijdragen beheert
RVA	<i>Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening</i> – Federale instelling voor arbeidsmarktmaatregelen
RWS	<i>Relatieve Waardeschaal</i> - Een relatieve waardeschaal is een systeem waarbij medische verstrekkingen ten opzichte van elkaar worden gewaardeerd op basis van hun relatieve kost of inspanning van de arts, uitgedrukt ten opzichte van een referentieverstrekking.  Een gekozen basisverstrekking krijgt een waarde van 1,00, en worden andere verstrekkingen uitgedrukt als een verhouding ten opzichte van deze referentie (lager, gelijk of hoger dan 1,00), op basis van hun berekende kosten of op basis van de ingeschatte inspanning van de arts (ingeschat via tijd, complexiteit en risico).
SBO	<i>Startbaanovereenkomsten</i> - Specifieke personeelsmaatregelen bij indiensttreding jong medewerkers (contextafhankelijk binnen BFM)
SHA-ADH	<i>System of Health Accounts</i> - Databestand van RIZIV met uitgaven voor gezondheidszorg (detailbron voor forfaits)

---

SP	<i>Sp-diensten</i> – Gespecialiseerde revalidatie- of zorgdiensten in ziekenhuizen
UZ	<i>Universitair Ziekenhuis</i> – Ziekenhuis met academische en opleidingsfunctie
VTE	<i>Voltijdsequivalent</i> – Een maatstaf om de arbeidsinzet van personeel uit te drukken in verhouding tot een voltijdse betrekking
ZIV	<i>Ziekte- en Invaliditeitsverzekering</i> – Publieke ziekteverzekering die de meeste zorgverstrekkingen (gedeeltelijk) financiert (artsen, verpleegkundigen, tandartsen, ..., ook geneesmiddelen, implantaten, ....)

---

## II Overzicht van bijlagen

Deze bijlagen bevatten de technische uitwerking en detailinformatie die de gehanteerde methodologie ondersteunen. Ze dienen als onderliggende documentatie bij de in de nota gepresenteerde analyses. De bijlagen maken integraal deel uit van de methodologische onderbouwing van deze nota en laten toe om de gehanteerde aannames, verdeelsleutels en berekeningen transparant te verifiëren. Ze illustreren de toepassing van de methodologie op het referentiejaar 2019 en ondersteunen de reproduceerbaarheid van de analyse.

### **Bijlage 1 – Detailberekening van BFM-financiering van praktijkkosten (2019)**

Gedetailleerde uitsplitsing van de BFM-onderdelen en de berekening van het aandeel dat wordt toegerekend aan praktijkkosten.

---

### **Bijlage 2 – Methodologie en algoritme voor allocatie van BI-financiering**

Beschrijving van de verdeelsleutels en het algoritme dat wordt gebruikt om het aandeel van BI-financiering toe te wijzen aan praktijkkosten (o.b.v. m<sup>2</sup>, VTE, enz.).

---

### **Bijlage 3 – Verdeling van VTE over relevante kostenplaatsen (Finhosta 2019)**

Overzicht van de personeelsverdeling per kostenplaats en gebruikte verdeelsleutels voor toewijzing van financieringsstromen aan praktijkkosten.

---

### **Bijlage 4 – Overzicht herzieningen en gebruikte bedragen (BFM 2019)**

Detail van de toegepaste herzieningen van BFM-budgetten en de gehanteerde bedragen voor het referentiejaar 2019.

---

### **Bijlage 5 – Berekening en allocatie van Sociale Maribel-financiering**

Methodologische toelichting bij de toewijzing van Maribelmiddelen aan praktijkkosten op basis van VTE-verdeling.

Bijlage 1 - Detailberekening van BFM-financiering van praktijkkosten (2019)

BFM Acute ziekenhuizen 07/2019 (excl hybride)	Budget 01-07-2019	deel Sp/PAL/BRA	subtotaal	deel praktijkkosten	sleutel
<b>A1</b>					
<b>Tot - A1</b>	<b>0,00</b>			<b>0,00</b>	
<b>A2</b>					
200 Forfait A2	36.203.951,19			0,00	
<b>Tot - A2</b>	<b>36.203.951,19</b>			<b>0,00</b>	
<b>A3</b>					
NMR	16.922.697,44				
Radiotherapie	5.358.790,83				
PETSCAN	5.900.000,00				
<b>Tot - A3</b>	<b>28.181.488,27</b>			<b>28.181.488,27</b>	100,00%
<b>B1</b>					
200 Budget B1	1.314.364.092,37			95.252.389,32	7,25%
600 Transport K-patiënten	686.191,16			0,00	
650 Heelkundig dagziekenhuis art. 33 § 1 en 2	114.964,74			0,00	
700 Sociale dienst G-bedden	3.991.869,83			0,00	
800 Financiering van de Sociale Dienst	5.117.781,84			0,00	
900 Burgerlijke aansprakelijkheid artsen	0,00			0,00	
950 Verwarming 2005	4.212.099,14			631.409,45	14,99%
9000 Wijziging van het budget	7.617.933,10			552.074,07	7,25%
9010 Budget B1 : Besparing	-3.814.450,22			-276.434,44	7,25%
<b>Tot - B1</b>	<b>1.332.290.481,96</b>			<b>96.159.438,39</b>	
<b>B2</b>					
200 Budget B2	2.467.074.822,95			393.785.748,80	15,96%
210 Normen IB	0,00			0,00	
370 Sociale correctiefactor aan 25 %	5.932.491,62			0,00	
375 Sociale correctiefactor aan 75 %	17.801.116,23			0,00	
900 Ongemakkelijke prestaties	39.455.920,50			0,00	
2300 Miniforfaits	34.898.428,81			0,00	
2310 Budgetaire inspanning	-13.550.904,25			-2.162.947,36	15,96%
9000 Wijziging van het budget (opening/sluiting vanbedden)	2.612.691,55			417.028,58	15,96%
<b>Tot - B2</b>	<b>2.554.224.567,41</b>			<b>392.039.830,01</b>	
<b>B3</b>				0,00	
200 NMR met toestellen eind 2019	38.409.117,80			38.409.117,80	100,00%

600	Radiotherapie met prestaties 2019 (zie BFM 2021)	46.436.952,75			46.436.952,75	100,00%
800	Petscan	2.247.264,00			2.247.264,00	100,00%
801	Petscan 50%	327.726,00			327.726,00	100,00%
<b>Tot - B3</b>		<b>87.421.060,55</b>			<b>87.421.060,55</b>	
<b>B4</b>					0,00	
100	Recyclage	77.865.441,57			10.070.015,96	12,93%
300	Sociaal akkoord 1989	189.917,61			24.561,26	12,93%
400	Bedrijfsrevisor	2.377.421,91			0,00	
500	Hoofdgeneesheer	11.190.540,76			0,00	
600	Verpleegster ziekenhuishygiëne	8.802.560,32			0,00	
700	Geneesheer ziekenhuishygiëne	6.298.561,29			0,00	
710	Platform hygiëne	24.789,40			0,00	
720	Kwaliteit en veiligheid	0,00			0,00	
721	Pay for performance	6.182.153,98			0,00	
730	Borstklinieken	5.909.430,43			0,00	
731	Functie zeldzame ziektes	1.000.000,00			0,00	
902	Art. 55 Gegevensregistratie : vast deel	3.771.282,00			0,00	
903	Art. 55 Gegevensregistratie : variabel deel	13.495.687,22			0,00	
904	Art.55 Gegevensregistratie : TDI	222.900,54			0,00	
905	Elektronisch Patiëntendossier : Sokkel per Ziekenhuis	2.460.677,00			178.326,06	7,25%
906	Elektronisch Patiëntendossier : Sokkel per Bed	4.921.560,77			356.667,09	7,25%
907	Elektronisch Patiëntendossier : Acceleratorbudget	40.628.102,52			2.944.331,68	7,25%
908	Elektronisch Patiëntendossier : Early Adopter Budget	2.539.256,41			184.020,73	7,25%
1000	MUG	25.709.012,86			0,00	0,00%
1100	Integratiepremie	8.531.958,89			0,00	0,00%
1200	Opneming ter observatie	393.321,30			0,00	
1300	Intern transport	19.082.795,24			0,00	
1500	Permanente vorming	4.924.265,85			0,00	
1510	Supplement permanente vorming 01/01/2009	767.380,74			0,00	
1600	Permanente vorming PU	199.018,70			0,00	
1700	Eerste tewerkstelling (ex RVA stagiairs)	66.604.905,64	2.770.982,56	69.375.888,20	8.170.976,87	11,78%
1800	Langdurige afwezigheid	29.109.601,89	2.267.661,65	31.377.263,54	9.288.954,35	29,60%
1900	Historisch deel patronale bijdragen voor pensioenen	39.017.840,75	1.131.810,32	40.149.651,07	11.885.940,14	29,60%
1901	Verhoging RSZ-PPO voor de periode 2005-2007	14.184.628,90	276.273,24	14.460.902,14	4.281.018,95	29,60%
1904	Pensioe, stat. Act, art 73 §7	65.649.756,94	2.011.033,65	67.660.790,59	20.030.363,53	29,60%
1906	Pensioe. Stat : Act. Art. 73 §9	9.760.883,99	90.710,58	9.851.594,57	2.916.475,24	29,60%
1910	0,25 % voor compens. maatregel IPA openbareziekenhuizen	3.249.616,99	153.931,07	3.403.548,06	940.449,47	27,63%
2000	Pilootstudies	36.406.958,78			0,00	0,00%
2001	Projecten Art. 107 : coördinator	0,00			0,00	
2002	Projecten Art. 107 : Aanhangsel	0,00			0,00	
2003	Projecten Art 107 : medische functie	0,00			0,00	

2005	Pilootstudies Art. 63 §3	480.000,00			0,00	
2006	Geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren	7.588.166,41			0,00	
2010	Zorgprogramma G : Geriatrisch dagziekenhuis	14.457.086,28			0,00	
2015	Zorgprogramma G : Interne liaison G	19.671.883,20			0,00	
2021	Multidisciplinair algologisch team	7.860.742,16			0,00	0,00%
2022	Hemovigilantiefunctie	4.476.951,44			0,00	0,00%
2023	Lokale coördinatiefunctie orgaandonatie	5.222.808,00			0,00	0,00%
2024	Voedingsteams	2.123.047,31			0,00	0,00%
2040	Kankerplan : Pilootstudies	7.509.218,00			0,00	0,00%
2050	Kankerplan : Multidisciplinaire equipe	54.074.186,00			0,00	0,00%
2051	Kankerplan : Datamanager	5.716.617,38			0,00	0,00%
2052	Kankerplan : Ondersteuning ped. Oncol. Eenheid	954.246,88			0,00	0,00%
2053	Kankerplan : Ondersteuning celbank	3.217.960,00			0,00	0,00%
2054	Kankerplan : Ondersteuning tumortheek	3.300.000,00			0,00	0,00%
2055	Kankerplan : Coördinatie translationeel onderzoek	1.338.680,00			0,00	0,00%
2056	Kankerplan : Nutritionele Ondersteuning	8.228.250,06			0,00	0,00%
2057	Kankerplan : Liaisonfunctie Pediatrie	1.305.285,85			0,00	0,00%
2200	Palliatieve functie : mobiele equipe	17.740.845,89			0,00	
2310	Art 69 : UROD	339.999,99			0,00	
2311	Personeelsomkadering TBC	839.467,55			0,00	
2400	Nosocomiale infecties	1.407.767,00			0,00	
2500	Gesubsidieerde contractuelen IBF	103.787.469,92	1.323.795,12	105.111.265,04	16.721.248,26	15,91%
3500	Begeleider intreders en herintreders	5.002.017,99			0,00	
3600	Mobiele equipe (Sp, Sp pal, Psy)	0,00			0,00	
3700	Ludieke activiteiten en psy. soc. Beg.	5.742.838,46			0,00	
3800	Bijkomend personeel	175.544.814,68			0,00	
3900	Kinderoncologie	4.573.223,81			0,00	
4000	Transplantaties	1.446.078,47			1.446.078,47	100,00%
4100	Artikel 74	8.190.796,49			0,00	
4101	Besparing van toepassing op UNIV. kar. van de ALG.Ziek.	-1.162.540,92			0,00	
4200	In vitro fertilisatie	22.793.040,36			2.947.729,77	12,93%
4300	Bemiddelingsfunctie	2.642.831,40			0,00	
4400	Coördinatie en psy. omkaderingbrandwondenpatiënten	0,00			0,00	
4600	Artikel 91 quater van het KB van 25 april 2002	3.544.704,31			0,00	
4800	Expertisecentrum voor comapatiënten	596.111,54			0,00	
4900	Tewerkstelling Veiligheid	12.180.483,00			0,00	
4901	Tewerkstelling Kinderverzorgsters	1.928.121,30			0,00	
4902	Tewerkstelling Geïnterneerden	0,00			0,00	
5000	Valorisatie van de titles en kwalificaties : <b>herzien bedrag</b>	75.777.888,00			3.440.145,44	4,54%
5001	Classificatie van functie : IFIC 2016	0,00			0,00	
7000	Lineaire besparing januari 2017	-14.536.213,56			0,00	

9000	Wijziging van het budget	1.749.158,59			0,00	
<b>Tot - B4</b>		<b>1.089.126.264,43</b>			<b>95.827.303,27</b>	
<b>B5</b>					0,00	
200	Massa B5	99.946.153,61			0,00	
400	Antibiotherapiebeheer	4.326.629,73			0,00	
420	Opleiding van de apothekers	3.250.000,00			0,00	
430	Medico-farmaceutisch Comité	2.970.878,87			0,00	
440	Klinische pharmacie	7.008.394,50			0,00	
9000	Wijziging van het budget	-1.221.973,71			0,00	
<b>Tot - B5</b>		<b>116.280.083,00</b>			<b>0,00</b>	
<b>B6</b>						
200	Massa B6	90.749.765,68	646.496,89	91.396.262,57	76.118.176,08	83,28%
9000	Wijziging	762.196,47	0,00	762.196,47	634.785,31	83,28%
<b>Tot - B6</b>		<b>91.511.962,15</b>			<b>76.752.961,39</b>	
<b>B7</b>					0,00	
250	Verschil punten B2	8.911.464,36			0,00	
300	Vermindering B2	-1.135.864,06			0,00	
600	Massa C	7.712.847,08			0,00	
800	Massa D	0,00			0,00	
900	Onderdeel B7 A	127.681.080,23			0,00	
910	Miniforfaits	8.896.917,31			0,00	
7000	Besparing van toepassing op UNIV. kar. van de ALG.Ziek.	-2.198.315,83			0,00	
9000	Wijziging	0,00			0,00	
<b>Tot - B7</b>		<b>149.868.129,09</b>			<b>0,00</b>	
<b>B8</b>						
201	Massa sociale functie 50 %	11.608.730,87			0,00	
220	Massa SCI 50 %	10.402.195,72			0,00	
260	Massa sociale functie 50 % ziekenhuizen buiten systeem	0,00			0,00	
270	Massa SCI 50 % ziekenhuizen buiten systeem	1.206.462,77			0,00	
400	Massa interculturele bemiddeling	1.490.147,26			0,00	
9000	Wijziging	402.128,67			0,00	
<b>Tot - B8</b>		<b>25.109.665,29</b>			<b>0,00</b>	
<b>B9</b>					0,00	
100	Financiering eindloopbaan met herziening	522.623.109,10			144.536.298,88	27,66%
200	Attractiviteitspremie met herziening	124.068.142,86			19.948.756,04	16,08%
300	Vakantiegeld statutairen (65-80)	13.401.208,52	44.370,66	13.445.579,18	3.980.441,80	29,60%
305	Vakantiegeld statutairen (80-92 )	543.938,85	0,00	543.938,85	161.028,16	29,60%
310	Onderfinanciering vakantiegeld	4.603.522,12	0,00	4.603.522,12	1.362.830,98	29,60%
600	Interculturele bemiddeling	922.104,11			0,00	
700	Supplementair personeel operatiekwartier	6.065.440,06			6.065.440,06	100,00%

800	Versterking nachtequipe algemene ziekenhuizen	23.767.406,14		0,00	
900	Verhoging 50 naar 56 % suppl zondagnacht enfeestdagen	2.351.923,59		0,00	
1000	Functiecomplement <b>met herziening</b>	3.803.285,99		927.376,45	24,38%
1110	Mobiele equipe - Bijkomende Betrekkingen	92.902.151,99		14.828.712,59	15,96%
1120	Bijkomende tewerkstelling: Akkoord 2011 ? PubliekeSector	3.740.761,44		0,00	
1140	Bijkomende tewerkstelling: Akkoord 2011 ? PrivateSector	3.837.925,73		0,00	
1150	Sociaal Akkoord : harmonisatie barema 1.35	11.038.377,29		1.761.906,70	15,96%
1200	Pediatisch hemato-oncologie	798.663,32		0,00	
1300	Ongemakkelijke prestaties : complement openbaresector	1.851.693,62		0,00	
1305	Ongemakkelijke prestaties - Complement privatesector	2.996.545,85		0,00	
1310	Maatregelen IFIC <b>herziening 2019</b>	54.322.970,26		18.430.388,46	33,93%
1311	IFIC PR : bijkomend budget 2019	0,00		0,00	33,93%
9000	Wijziging	2.274.498,64		0,00	
	Post 2019 : Zorgpersoneelsfonds	0,00		0,00	15,96%
<b>Tot - B9</b>		<b>875.913.669,48</b>		<b>212.003.180,12</b>	
<b>C2</b>					
<b>Tot - C2</b>		<i>irrelevant</i>			
<b>C3</b>					
200	Massa C3	-12.176.097,11		0,00	
9000	Wijziging van het budget (opening/sluiting vanbedden)	0,00		0,00	
<b>Tot - C3</b>		<b>-12.176.097,11</b>		<b>0,00</b>	
<b>Tot</b>					
<b>Tot - BMF</b>		<b>6.373.955.225,71</b>		<b>988.385.262,01</b>	
			aandeel ZIV netto	<b>97,62%</b>	
				<b>964.879.112,51</b>	

## bijlage 2 Algoritme Berekening aandeel praktijkkosten in B1

Berekening gebeurt per instelling - budget per instelling wordt opgeteld - globaal percentage is mediaan alle instellingen

Gegevens :		Bron	
1	Criteria OK	factor P BFM 2019	
2	Criteria sterilisatie	factor P BFM 2019	
3	supplement OK	factor P BFM 2019	
4	Oppervlakte 160	gegevens B1 2019 (basis 2017)	
5	Oppervlakte OK	gegevens B1 2019 (basis 2017)	
6	Oppervlakte 261	gegevens B1 2019 (basis 2017)	
7	Factor P	factor P BFM 2019	
8	Opp_tot_Hosp	totale oppervlakte 2019 na omslag	
9	WE 02	Werkeenheden algemene kosten ziekenhuis BFM 2019	
10	WE 03	Werkeenheden onderhoud ziekenhuis BFM 2019	
11	WE 04	Werkeenheden verwarming ziekenhuis BFM 2019	
12	WE 05	Werkeenheden Administratie ziekenhuis BFM 2019	
13	L9 massa AK	B1 algemene kosten ziekenhuis na aanpassing verantwoorde acitviteit (L9 = lijn 9)	
14	L9 massa ond	B1 onderhoud ziekenhuis na aanpassing verantwoorde acitviteit (L9 = lijn 9)	
15	L9 massa Verw	B1 verwarming ziekenhuis na aanpassing verantwoorde acitviteit (L9 = lijn 9)	
16	L9 massa Adm	B1 administratie ziekenhuis na aanpassing verantwoorde acitviteit (L9 = lijn 9)	
17	B1_200 incl internaat	Totale B1 inclusief internaat uit bijlage B1 BFM 2019	
<b>berekeningen :</b>			
18	WE gewogen AK (Ok +25%) x 0,33	werkeenheden algemene kosten gewogen volgens factoren A & B met OK + 25%	$m^2 \text{ OK}(5) \times 0,33 \times 1,25 + m^2 \text{ OK} (5) \times 0,67 + m^2 160 (4) + m^2 261(6)$
19	WE gewogen ond (Ok +50%) x	werkeenheden onderhoud gewogen volgens factoren A & B met OK + 50%	$m^2 \text{ OK}(5) \times 0,33 \times 1,50 + m^2 \text{ OK}(5) \times 0,67 + m^2 160 (4) + m^2 261(6)$
20	WE verw (geen weging)	werkeenheden verwarming. De $m^2$ worden niet gewogen	$m^2 \text{ OK} (5) + m^2 160 (4) + m^2 261 (6)$
21	% mMP/TM AK	percentage gewogen WE algemene kosten van OK/160/261 op totaal werkeenheden = (18) / (09)	
22	% mMP/TM ond	percentage gewogen WE onderhoud van OK/160/261 op totaal werkeenheden = (19) / (10)	
23	% mMP/TM verw	percentage WE verwarming OK/160/261 op totaal werkeenheden = (20) / (11)	
24	weerhouden AK	deel van budgetmassa Algemene Kosten voor 180/160/261 = (21) * (13)	
25	weerhouden ond	deel van budgetmassa Onderhoud voor 180/160/261 = (22) * (14)	
26	weerhouden verw	deel van budgetmassa verwarming voor 180/160/261 = (23) * (15)	
27	factor P gewogen	aandeel van de drie diensten in de werkeenheden Administratie (enkel factor P, rest is ligdagen en opname)=(criteria OK (1) + 160 (2) + suppl OK (3)) x 43	
28	%	percentage gewogen werkeenheden 180/160 (27) in totaal werkeenheden administratie (12)	
29	weerhouden admin	aandeel van de drie diensten in de budgetmassa Administratie = (28) * (16)	
<b>specifiek : internaat</b>			
30	CT08	budgetmassa Internaat ziekenhuis (historisch 1994)	
31	CT08 % B2	Intenaat (30) x % B2 in totaal B1+B2 x % 160/180/261 in B2	
<b>32</b>	<b>totaal weerhouden B1</b>	<b>totaal van alle deelfinancieringen 160/180/261 in de B1 (24) + (25) +(26) +(29) +(31)</b>	

Bijlage 3 : Ontzorging volgens FTE

YEAR	Type personeel	KP 020-149	KP 150-199	KP 160	KP 180	KP 200-499	KP 261	KP 500-899	KP 550-553	KP 555	KP 650-680	KP 830	Totaal (020-899)
			(excl. 160, 180)			(excl. 261)		(excl. 550-553, 555, 650-680, 830)					
2019 0	Normaal	30.096,85	3.573,26	1.135,03	4.912,16	32.819,57	526,46	20.069,70	1.288,12	1.254,09	77,79	1.436,18	97.189,21
2019 1	RVA, EWE etc.	377,66	125,09	20,43	164,58	1.152,11	10,96	278,43	16,98	6,12	0,20	43,55	2.196,11
2019 2	IBF	2.499,29	60,73	75,80	97,61	627,27	6,06	448,55	20,99	25,56	1,34	84,59	3.947,79
2019 3	Logistiek assistent	573,94	69,17	52,74	95,80	874,45	8,32	76,55	38,27	1,00		2,67	1.792,91
2019 4	Sociale Maribel	2.701,54	309,63	158,44	428,78	2.339,18	20,54	622,64	86,28	34,15	3,48	127,06	6.831,72
2019 5	Ter beschikking gesteld pers	115,03	7,96	5,81	12,44	168,13	0,63	53,90	6,47	1,66		3,01	375,04
2019 6	Interim personeel	105,87	20,15	2,34	14,45	237,86	2,55	48,23	2,09	1,04	0,03	1,49	436,10
2019 7	Statutairen	3.299,38	337,58	101,87	487,71	3.428,48	54,47	2.528,97	152,09	167,26	6,42	153,95	10.718,18
2019 8	Prepensioen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	<b>TOTAAL</b>	<b>39.769,56</b>	<b>4.503,57</b>	<b>1.552,46</b>	<b>6.213,53</b>	<b>41.647,05</b>	<b>629,99</b>	<b>24.126,97</b>	<b>1.611,29</b>	<b>1.490,88</b>	<b>89,26</b>	<b>1.852,50</b>	<b>123.487,06</b>
	<b>Cat 0 &amp; 7</b>	<b>33.396,23</b>	<b>3.910,84</b>	<b>1.236,90</b>	<b>5.399,87</b>	<b>36.248,05</b>	<b>580,93</b>	<b>22.598,67</b>	<b>1.440,21</b>	<b>1.421,35</b>	<b>84,21</b>	<b>1.590,13</b>	<b>107.907,39</b>

noot :	160 & 180 & 261 zitten niet in 150-199 en 200-499 maar wel in 020 - 899
	550 - 553 & 555 & 650-680 & 830 zitten niet in 500-899
Premise :	omslag KP 020 - 149 = 50,5%

financiering	berekening	percentage	opmerkingen
B4 1700 EWE	cat 1 : (160 + 180 + 261) / (0,505 x 020-149) + (150 - 199) + (200-499) + 160 + 180 + 261)	11,78%	personeel EWE enkel op BFM diensten
B4 1800	cat 7 : (160 + 180 + 261 + (500-899 excl)) / (020-899)	29,60%	alle personeel statutairen (KP 020 - 899)
B4 1900			
B4 1901			
B4 1904			
B4 1906			
B9 300			
B9 305			
B9 310			
B4 1910	cat 0 & 7 : (160 + 180 + 261 + (500-899 excl)) / (020-899)	27,63%	alle personeel ziekenhuizen zonder maribel/EWE/...
B4 2500 IBF	cat 2 : (160 + 180 + 261 + (500-899 excl)) / (020-899)	15,91%	alle personeel IBF (020 - 899)
B6	cat 0 & 7 : (500 - 899 excl) / (500-899)	83,28%	zijn lasten buiten BFM => 550-553/555/650-680/830 uit te sluiten
B9 1120	cat 0 & 7 : (160 + 180 + 261) / (0,505 x 020-149) + (150 - 199) + (200-499) + 160 + 180 + 261	0,00%	bijkomend personeel indertijd verdeel pro rata bedden enkel BFM - kleine budgetten beslissing : pro rata B2 %
B9 1140			
B9 1150			

**Bijlage 4 Ontrafeling herzienbare elementen (algemene ziekenhuizen)**

2019	KP 160	KP 180	KP 261	KP 500 -899 excl 830	KP 550-553	KP 555	KP 650-680	totaal	deel honoraria*	%
B4 5000 Titels en kwalificaties	4.049,07	378.827,52	138.170,53	6.183.179,02	3.045.695,84	553.429,64	0,00	68.397.680,96	3.105.100,66	4,54%
B9 100 CAO45+	6.748.331,87	23.128.866,86	2.109.797,51	111.961.798,30	5.158.311,05	5.290.078,80	205.739,08	481.974.930,20	133.294.665,61	27,66%
B9 200 Attractiviteitspremie	1.349.530,92	5.412.032,05	568.506,97	24.143.953,74	10.126.267,57	1.299.957,01	99.043,06	124.068.142,86	19.948.756,04	16,08%
B9 1000 functiecomplement	63.857,42	190.246,74	25.344,63	638.992,37	95.085,38	27.055,30	0,00	3.265.727,14	796.300,48	24,38%
B9 1310 IFIC	436.112,97	5.871.032,85	520.400,33	10.551.610,01	451.683,45	454.545,34	70.623,69	48.345.256,34	16.402.303,67	33,93%

\*KP 160 + 180 + 261 + 500-899 - 550/553 - 555 - 650-680 - 830

Bijlage 5 : aandeel praktijkkosten Sociale Maribel

YEAR	type personeel	KP 020-149	KP 150-199	KP 160	KP 180	KP 200-499	KP 261	KP 500-899	KP 550-553	KP 555	KP 650-680	KP 830	KP Totaal (020-899)
			(excl. 160, 180)			(excl. 261)		(excl. 550-553, 555, 650-680, 830)					
2019 0	Normaal	30.096,85	3.573,26	1.135,03	4.912,16	32.819,57	526,46	20.069,70	1.288,12	1.254,09	77,79	1.436,18	97.189,21
2019 1	RVA, EWE etc.	377,66	125,09	20,43	164,58	1.152,11	10,96	278,43	16,98	6,12	0,20	43,55	2.196,11
2019 2	IBF	2.499,29	60,73	75,80	97,61	627,27	6,06	448,55	20,99	25,56	1,34	84,59	3.947,79
2019 3	Logistiek assistent	573,94	69,17	52,74	95,80	874,45	8,32	76,55	38,27	1,00		2,67	1.792,91
2019 4	Sociale Maribel	2.701,54	309,63	158,44	428,78	2.339,18	20,54	622,64	86,28	34,15	3,48	127,06	6.831,72
2019 5	Ter beschikking gesteld pers	115,03	7,96	5,81	12,44	168,13	0,63	53,90	6,47	1,66		3,01	375,04
2019 6	Interim personeel	105,87	20,15	2,34	14,45	237,86	2,55	48,23	2,09	1,04	0,03	1,49	436,10
2019 7	Statutairen	3.299,38	337,58	101,87	487,71	3.428,48	54,47	2.528,97	152,09	167,26	6,42	153,95	10.718,18
2019 8	Prepensioen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	<b>TOTAAL</b>	<b>39.769,56</b>	<b>4.503,57</b>	<b>1.552,46</b>	<b>6.213,53</b>	<b>41.647,05</b>	<b>629,99</b>	<b>24.126,97</b>	<b>1.611,29</b>	<b>1.490,88</b>	<b>89,26</b>	<b>1.852,50</b>	<b>123.487,06</b>
	<b>Cat 0 &amp; 7</b>	<b>33.396,23</b>	<b>3.910,84</b>	<b>1.236,90</b>	<b>5.399,87</b>	<b>36.248,05</b>	<b>580,93</b>	<b>22.598,67</b>	<b>1.440,21</b>	<b>1.421,35</b>	<b>84,21</b>	<b>1.590,13</b>	<b>107.907,39</b>
	<b>Cat 3 &amp; 4</b>	<b>3.275,48</b>	<b>378,80</b>	<b>211,18</b>	<b>524,58</b>	<b>3.213,63</b>	<b>28,86</b>	<b>699,19</b>	<b>124,55</b>	<b>35,15</b>	<b>3,48</b>	<b>129,73</b>	<b>8.624,63</b>

noot : 160 & 180 & 261 zitten niet in 150-199 en 200-499 maar wel in 020 - 899  
550 - 553 & 555 & 650-680 & 830 zitten niet in 500-899

privé ziekenhuizen 2020 :	<b>205.203.670,30</b>	cijfers 2019 niet beschikbaar
retro index naar 2019 vanuit 1/3/2020 :	<b>201.839.675,70</b>	
Openbare Algemene ziekenhuizen :	<b>97.271.803,22</b>	2019
totaal 2019 :	<b>299.111.478,92</b>	
<b>Sociale Maribel</b>	cat 3 & 4 : (160 + 180 + 261 + (500-899 excl)) / (020-899)	<b>16,97%</b> alle personeel cat 3 & 4 pro rata 020 - 899
te weerhouden :	<b>50.766.511,02</b>	