**Koninklijk besluit van 30 oktober 2020 tot vaststelling van de nadere regels voor de toekenning van een uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming aan de ziekenhuizen in het kader van de COVID-19 epidemie,** gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 12 november 2020 (verder ook “KB UFFT”).

**De FAQ kan steeds worden aangepast.**

**De wijzigingen werden in het blauw aangeduid.**

Deze FAQ is een toelichting bij het KB UFFT en bijhorend verslag aan de koning en ministeriële besluiten.

Contactadres voor vragen m.b.t. bovengenoemde: (fin.fed.covid@health.fgov.be).

**In de inhoudstafel: CTRL + klik op linkermuisknop om het gewenste onderdeel te lezen**

Inhoud

[**1.** **De context** 2](#_Toc67817721)

[**2.** **Voornaamste wijzigingen in deze FAQ t.o.v. de versie van 14 december 2020** 3](#_Toc67817722)

[**3.** **Het vervolg** 4](#_Toc67817723)

[**4.** **Het KB van 30 oktober 2020 tot vaststelling van de nadere regels voor de toekenning van een uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming aan de ziekenhuizen in het kader van de COVID-19 epidemie** 5](#_Toc67817724)

[4.1. Hoofdstuk 1: Waartoe dienen de tegemoetkomingen? 5](#_Toc67817725)

[4.2. Hoofdstuk 2: Forfaitaire tegemoetkoming in de uitzonderlijke kosten: welke kosten en welke tussenkomsten 5](#_Toc67817726)

[4.3. Hoofdstuk 3: Tegemoetkoming voor de ziekenhuizen om de doorlopende werkingskosten te kunnen blijven betalen bij dalende activiteiten 6](#_Toc67817727)

[***Q & A bij hoofdstuk 3*** 8](#_Toc67817728)

[4.4. Hoofdstuk 4: Tegemoetkoming voor de bijkomende activiteiten van de zorgverleners normaal gefinancierd via honoraria 9](#_Toc67817729)

[***Q & A bij hoofdstuk 4 (algemeen, voor de ASO’s en HAIO’s : zie afzonderlijke FAQ)*** 12](#_Toc67817730)

[4.5. Hoofdstuk 5: Tegemoetkoming voor de beschikbaarheid van zorgverleners via honoraria vergoed, in het kader van de verplicht vrij te houden capaciteit voor COVID-19-zorg 15](#_Toc67817731)

[4.6. Hoofdstuk 6: Specifieke bepalingen voor de vergoedingen aan de zorgverleners die gewoonlijk via honoraria worden vergoed (voor hun bijkomende activiteiten en hun beschikbaarheid) 15](#_Toc67817732)

[4.7. Hoofdstuk 7: Planning van berekening en afrekening 16](#_Toc67817733)

[***Q & A bij hoofdstuk 7*** 16](#_Toc67817734)

[4.8. Hoofdstuk 8: Algemeen 17](#_Toc67817735)

[4.9. Tussenkomsten voor persoonlijke bijdragen en remgelden 18](#_Toc67817736)

[4.10. Tussenkomsten voor niet-ZIV-patiënten 18](#_Toc67817737)

1. **De context**

Bij de uitbraak van de COVID-19 epidemie, gaf de sector aan dat de ziekenhuizen snel met liquiditeitsproblemen konden worden geconfronteerd omwille van de afbouw van de normale activiteiten (en dus daling van de inkomsten uit facturatie) terwijl tegelijkertijd de normale uitgaven doorliepen en er bepaalde uitzonderlijke kosten bijkwamen. Aangezien er op dat moment nog geen correcte inschatting kon gemaakt worden van de benodigde middelen voor het vastleggen van een overheidstegemoetkoming in deze kosten, is de overheid overgegaan tot de uitbetaling van thesaurievoorschotten. Hiertoe werden 3 koninklijke besluiten bijzondere machten (n° 8 en n°10 van 19 april 2020 en n° 35 van 24 juni 2020) genomen, zodat de overheid kon overgaan tot de uitbetaling van **in** **totaal** **2 miljard euro voorschot** aan de ziekenhuizen:

1. Eind april werd één miljard euro voorschot toegekend aan de algemene ziekenhuizen pro rata het bedrag van hun reguliere RIZIV-facturatie. Dit bedrag zal vergeleken worden met de tegemoetkoming die de overheid voorziet voor de COVID-periode van het eerste semester 2020 voor algemene en psychiatrische ziekenhuizen, met een voorlopige afrekening eind 2020 en een definitieve afrekening in 2023.

1. In twee uitbetalingen, eind juli en begin oktober, werd een extra bedrag van één miljard euro toegekend. Naast de algemene kwamen nu ook de psychiatrische ziekenhuizen in aanmerking voor een voorschot op de tegemoetkoming. De voorlopige verdeling tussen de ziekenhuizen gebeurde opnieuw op basis van het bedrag van hun RIZIV-facturatie. Dit bedrag zal vergeleken worden met de voor het 2e semester van 2020 geplande tegemoetkoming, met een voorlopige afrekening in het eerste semester van 2021 en een definitieve afrekening in 2023.

In het huidig UFFT-KB worden de doelstellingen, de wijze van tussenkomst en de berekeningsmethode per deelbudget, evenals de timing voor de regularisatie vastgelegd voor zowel algemene als psychiatrische ziekenhuizen, in eerste instantie voor het eerste semester 2020 en uit te breiden tot het tweede semester. Het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) en een uitgebreid en constructief overleg in een gemengde *ad hoc* werkgroep Medicomut - FRZV waren de basis om de **principes** vast te leggen die vervolgens werden vertaald in het KB UFFT van 30/10/2020.

De **bedragen** van de ziekenhuisforfaits voor de meerkosten van de ziekenhuizen (zie verder 3.2), werden in afzonderlijke ministeriële besluiten vastgelegd. Voor het vaststellen van de bedragen van deze forfaits voor de meerkosten, organiseerde de FOD VVVL opeenvolgende enquêtes bij de ziekenhuizen, na input van de FRZV en werd er advies ingewonnen bij de FRZV. De deelname van een groot aantal ziekenhuizen heeft het mogelijk gemaakt om de meerkosten op een objectieve basis te bepalen.

De definitieve afrekening voor de kosten van de COVID-19 crisis voor de beide semesters van het jaar 2020 is gepland voor 2023. In afwachting daarvan worden er reeds **voorlopige afrekeningen per semester** gerealiseerd op korte termijn. Positieve saldi in het voordeel van het ziekenhuis (berekend bedrag van de tegemoetkoming is groter dan het reeds toegekende voorschot) worden meteen aan het ziekenhuis uitbetaald, terwijl negatieve saldi pas via BFM-inhaalbedragen vereffend worden in 2023. Concreet betekent dit voor het eerste semester alvast dat elk psychiatrisch ziekenhuis een bedrag krijgt toegekend (positief saldo), aangezien ze voor die periode nog geen voorschot ontvingen.



1. **Voornaamste wijzigingen in deze FAQ t.o.v. de versie van 14 december 2020**

In deze FAQ worden verdere preciseringen aangebracht. De meest opvallendste zijn de volgende:

* een **nieuwe voorlopige afrekening** voor het eerste semester 2020 wordt gepland na de voorlopige afrekening van het tweede semester;
* voor het **tweede semester 2020** wenst de minister de principes van het KB UFFT 1 te volgen met inbegrip van wat verduidelijkt zal worden in het KB UFFT 2 (met uitzondering van de éénmalige financieringen (opstartforfaits en de tegemoetkomingen voor gegeven en gevolgde opleidingen), en onder voorbehoud van beperkte correcties en preciseringen, en met enkele specifieke tussenkomsten zoals de uitzonderlijke aanmoedigingspremie en de betrokkenheidsforfaits);
* betreffende de **ASO’s en HAIO’s** (waarvoor ook een aparte FAQ is voorzien):
	+ alle ASO’s en HAIO’s in de ziekenhuizen worden in aanmerking genomen voor hun zorgactiviteiten binnen het ziekenhuis, ook wanneer zij tijdelijk of deeltijds het medisch kader ondersteunden tijdens de crisis en hun normale bezigheden buiten het ziekenhuis zijn of buiten het zorgkader van het ziekenhuis ;
	+ de ziekenhuisenveloppe die voor de ASO’s en HAIO’s is voorzien, samengesteld met een bedrag per VTE arts in opleiding en voor extra inspanningen, dient **uitsluitend** toegekend te worden aan de ASO’s en HAIO’s die zich in de betrokken periode gewerkt hebben in het ziekenhuis;
	+ voor de tussenkomst die wordt gebruikt om het basisloon van de ASO te kunnen blijven betalen, wordt de rol van de stagemeester” verduidelijkt;
	+ voor het eerste semester 2020 wordt voor wat betreft de ASO’s en HAIO’s een nieuwe enquête voorzien ;
* voor het **afdrachtenpercentage** wordt aan elk ziekenhuis gevraagd de documentatie zoals opgenomen in het KB UFFT aan te leveren , vergezeld van het akkoord van de medische raad en van de bedrijfsrevisor (zie omzendbrief van 9 maart 2021). De indieningsdatum (aanvankelijk tegen 12 april gevraagd) wordt uitgesteld naar een nog mee te delen datum in overleg met het Instituut van de Bedrijfsrevisoren;
* in de voorlopige afrekeningen worden of zullen de tussenkomsten voor **remgelden en persoonlijke aandelen van de begunstigden, de marge “implantaten”** en voor de **niet-ZIV-patiënten** berekend worden;
* bij de financiering van de extra-activiteiten van de zorgverleners die gewoonlijk met honoraria worden vergoed, wordt weergegeven wanneer en op welke wijze met de artsen en andere zorgverleners, met de gesalarieerde of zelfstandige zorgverstrekkers,… rekening wordt gehouden.
1. **Het vervolg**

Zoals reeds aangehaald onder punt 2 is de minister van plan om de tegemoetkomingen uit te breiden tot boven de bedragen ten laste van de ZIV, namelijk door in te grijpen in het tekort aan gemiste inkomsten uit **remgelden** , **de persoonlijke aandelen** of in de **afleveringsmarge voor implantaten**, alsook door in de gemiste opbrengsten van **niet-VI-patiënten** op eenzelfde manier tussen te komen als voorzien wordt voor opbrengsten van ZIV-patiënten. Hij heeft eveneens voorzien in een nieuw **forfait voor zorgverleners** (betrokkenheidsforfait) actief tijdens de tweede golf. Voor de toekenning ervan, werden de principes vastgelegd in overleg met de *ad hoc* groep FRZV-Medicomut en op basis van het advies van de FRZV. Aanvullingen, correcties en **uitbreidingen naar het tweede semester** zullen het onderwerp zijn van een KB tot wijziging van het KB UFFT, maar in de voorlopige rekeningen is of wordt er rekening mee gehouden.

Bij het verzenden van de voorlopige afrekening voor de algemene ziekenhuizen inzake het eerste semester bleek dat een aantal correcties of verduidelijkingen moesten aangebracht worden. Het betreft methodologische fouten, bijvoorbeeld het niet gebruiken van de meest recente bedragen en aantallen bedden (uit het ministerieel besluit tot vaststelling van de forfaitaire bedragen voor de algemene ziekenhuizen) of het feit dat bepaalde gegevens sindsdien geactualiseerd zijn, enz. Met het oog op deze **nieuwe voorlopige afrekening** van het eerste semester zullen de ziekenhuizen de kans krijgen om bepaalde gegevens voor dezelfde periode opnieuw in te voeren en aanvullende gegevens te verstrekken, zoals artsen in opleiding.

Wat de artsen in opleiding betreft, wijzen we er graag op dat er een afzonderlijke FAQ gepubliceerd is, met alle informatie en toelichting m.b.t. de bijkomende vergoedingen voor of betrekking hebbende op ASO’s en HAIO’s, zie <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/ziekenhuizen/financiering-ziekenhuizen/ziekenhuizen#Document>

Zoals reeds aangehaald onder punt 2 is een omzendbrief van 9 maart 2021 verstuurd aan de ziekenhuisbeheerders en aan de voorzitters van de medische raad, waarin de toelichting betreffende het meegedeelde **afdrachtenpercentage** wordt opgevraagd, samen met het akkoord hierover vanwege de voorzitters van de medische raad en bevestigd door de bedrijfsrevisor (zie art.4 §3.2.2 in het KB UFFT en zie ook verder punt 3.3). De indieningsdatum wordt uitgesteld en nog meegedeeld.

Er wordt ook een **ziekenhuisrapportering** uitgewerkt, zoals dat voorzien is in het KB UFFT (art. 10 3.). Deze ziekenhuisrapportering zal in het bijzonder ingaan op de aanwending van de middelen voorzien in artikel 6 van het KB UFFT.

Tevens wordt nu al de juridische mogelijkheid bestudeerd om opnieuw de ziekenhuizen en zorgverleners in de ziekenhuizen te ondersteunen in deze aanhoudend moeilijke periode, naargelang de ontwikkelingen m.b.t. **de COVID-situatie in 2021**. Dit wordt momenteel door de overheidsdiensten voorbereid en kanvervolgens door de regering bestudeerd worden.

1. **Het KB van 30 oktober 2020 tot vaststelling van de nadere regels voor de toekenning van een uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming aan de ziekenhuizen in het kader van de COVID-19 epidemie**
	1. **Hoofdstuk 1: Waartoe dienen de tegemoetkomingen?**
2. *Voor de* ***uitzonderlijke kosten*** *ten gevolge van de COVID-19 epidemie die niet gedekt worden door de gebruikelijke financieringen (uitgewerkt in hoofdstuk 2 van het KB).*
3. *Voor de* ***doorlopende werkingskosten*** *terwijl de ziekenhuizen met een daling van hun reguliere activiteiten en inkomsten worden geconfronteerd (uitgewerkt in hoofdstuk 3 van het KB).*
4. *Voor de* ***bijkomende activiteiten*** *van zorgverleners, die niet gedekt worden door de gebruikelijke financieringen (uitgewerkt in hoofdstuk 4 van het KB).*
5. *Voor de verplichting tot* ***beschikbaarheid*** *voor COVID-19 zorg, van een percentage van de capaciteit (uitgewerkt in hoofdstuk 5 van het KB).*
	1. **Hoofdstuk 2: Forfaitaire tegemoetkoming in de uitzonderlijke kosten: welke kosten en welke tussenkomsten**

De zorg in deze epidemie veroorzaakt bijkomende werkingskosten onder meer voor de aankoop van materialen en diensten allerlei, en voor de toegenomen personeelskosten door het uitbreiden van het aantal medewerkers en doordat het bestaande personeel moet instaan voor meer extra-prestaties en wachtdiensten.

De verschillende bedragen X en Y voor het eerste semester worden in ministeriële besluiten vastgelegd, op basis van de informatie van de ziekenhuizen die vrijwillig deelnamen aan de enquêtes en adviezen van de FRZV.



* 1. **Hoofdstuk 3: Tegemoetkoming voor de ziekenhuizen om de doorlopende werkingskosten te kunnen blijven betalen bij dalende activiteiten**

Het KB garandeert tegemoetkomingen aan de ziekenhuizen zodat ze de doorlopende werkingskosten kunnen blijven dragen en de zorgcontinuïteit kunnen garanderen. Vele verstrekkingen, en bijgevolg facturaties en inkomsten, vallen weg tijdens een COVID-19 opstoot, terwijl het ziekenhuis met doorlopende en vaste kosten wordt geconfronteerd.

Het « normale » bedrag wordt gegarandeerd. Om het bedrag van de tegemoetkoming te bepalen, wordt rekening gehouden met de facturaties die (toch) plaatsvonden tijdens de betrokken COVID-periode, vanaf maart t.e.m. juni 2020, waarin het merendeel van de reguliere activiteiten geleidelijk werd afgebouwd.

Zie artikel 4, §2:

Onderstaande budgetten worden voor het eerste semester of voor de periode maart t.e.m. juni 2020 ‘bijgepast’ per ziekenhuis tot 100% van het berekende, voorziene of te verwachten budget voor 2020 mocht er geen sprake geweest zijn van een epidemie. Dit « te verwachten budget » wordt berekend op basis van de facturatie met prestatiedatum in dezelfde periode van 2019 op basis van de documenten P van het RIZIV, verhoogd met de globale index van de honoraria 2020.

Er is dus een garantie dat volgende budgetten worden aangevuld tot 100% van het in normale omstandigheden te verwachten of berekend bedrag , per ziekenhuis:



Zoals reeds vermeld, zal hetzelfde principe opgenomen worden voor de hele periode van het tweede semester 2020.

Voor de werkingskosten die het ziekenhuis draagt voor de uitvoering van de RIZIV-verstrekkingen, normaal gecompenseerd door inhoudingen op de **honoraria** (artikel 4, § 3) :

1. Per ziekenhuis is eerst na te gaan of er voor dit onderdeel een financiële tegemoetkoming is, aan de hand van volgende parameter:



Waarbij:



Het KB laat een tussenkomst toe voor dit deelbudget en "corrigeert" dit verlies alleen als het ziekenhuis, zoals minstens te verwachten is voor de eerste COVID-periode vanaf maart tot en met juni 2020, minder honoraria heeft gefactureerd dan in dezelfde periode in 2019 (rekening houdend met de globale indexering van de honoraria in 2020) of Ai < 0.

In de “facturatie 2020” wordt geen rekening gehouden met de facturatie van de nieuwe nomenclatuurcodes gehaald. Die nieuwe nomenclatuurcodes (voor bijvoorbeeld de PCR-testen) gaan immers ook gepaard met bijkomende werkingkosten van de ziekenhuizen. Anderzijds is het wel zo dat er wel rekening zal worden gehouden met nieuwe nomenclatuurcodes 2020 voor prestaties die in de plaats komen van andere prestatie (bvb. teleconsultatie i.p.v. consultatie). Opsomming van deze codes in bijlage.

1. Indien voldaan is aan de voorwaarde voor deze tegemoetkoming, berekent de FOD VVVL op basis van het KB het toe te kennen budget van elk ziekenhuis op basis van het gemiddelde afdrachtenpercentage Xi. Het ziekenhuis stelt zelf het afdrachtenpercentage Xi voor; de berekening gebeurt in overeenstemming tussen de beheerder en de Medische Raad en wordt beknopt maar zorgvuldig gedocumenteerd. De verantwoording wordt opgevraagd, samen met de bevestigingen van de medische raad en van de bedrijfsrevisor (zie omzenbrief dd. 9 maart 2021). Bij de voorlopige afrekeningen van 2020 wordt Xi gebruikt voor het bepalen van het voorlopig bedrag.



De percentages in de gegevensinzameling van het eerste semester door de ziekenhuizen werden overgemaakt, wijken sterk af van hetgeen de administratie kan afleiden op basis van de informatie uit de statistische gegevensinzameling FINHOSTA voor het jaar 2018. Daarom wordt per omzendbrief (9 maart 2021) aan ieder ziekenhuis (beheerder en voorzitter van de Medische Raad) gevraagd om toe te lichten op basis van welke gegevens het ziekenhuis het meegedeelde afdrachtenpercentage heeft berekend. Deze gegevens en toelichting moeten gedocumenteerd en gedetailleerd worden op basis van boekhoudkundige elementen, zowel opbrengsten als kosten evenals andere toelichtingen die verifieerbaar zijn in officiële bronnen. Het geheel van deze toelichting, gebaseerd op de boekhouding, moet gevalideerd worden door de bedrijfsrevisor die er dan ook de juistheid van bevestigt.

Mocht deze procedure voor een aantal ziekenhuizen een afdrachtenpercentage opleveren dat verschilt van wat eerder gecommuniceerd werd, dan vervangt het door de bedrijfsrevisor gevalideerde percentage het initieel gecommuniceerde afdrachtenpercentage tijdens de definitieve afrekeningen, zoals in het KB UFFT voorzien.

1. De administraties berekenen het bedrag van dit deelbudget per ziekenhuis: **Xi \* Ai .**

***Q & A bij hoofdstuk 3***

* Wat zijn “de documenten P” van het RIZIV?
* *De P-documenten zijn semestriële gegevens die binnen een termijn van vier maanden door de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV worden bezorgd. Die gegevens omvatten de verrichte verstrekkingen, de zorgverleners, de voorschrijvers, de plaatsen van verstrekking en de plaatsen van ziekenhuisopname (maar niet de verstrekkingen per patiënt).*
* *Het RIZIV beschikt via de P-documenten over de facturatie van de honoraria voor verblijvende en ambulante patiënten van de ziekenhuizen aan alle ziekenfondsen, per prestatie- en per facturatiemaand en neemt ze op twee tijdstippen in het jaar op in de boekhouding: 30 juni en 31 december.*
* Waarom zijn de facturatiegegevens in de voorlopige afrekening nog onvolledig, en zal dat ook zo zijn in de definitieve afrekening?
* *Bij de eerste voorlopige afrekening (eind 2020 voor het eerste semester van 2020), werd rekening gehouden met de bij het RIZIV gekende facturatie van het eerste semester (resp. van 2019 en van 2020) op 30 juni.*

*Enerzijds kan het ziekenhuis nog tot 2 jaar na de prestatiedatum factureren en is de facturatie mogelijks zelfs nog onvolledig tegen eind 2022. Anderzijds zijn de gegevens van de ziekenhuisfacturatie niet meteen gekend bij het RIZIV, die deze na verwerking van de ziekenfondsen ontvangt.*

*De methodiek leidt dus onvermijdelijk tot onvolledige facturatiegegevens. Evenwel, de facturatiegegevens worden voor beide jaren op dezelfde manier bekomen zodat de vergelijking (tussen 2020 en 2019) een algemeen beeld geeft. Dit is in mindere mate het geval voor ziekenhuizen die in één van beide jaren facturatievertraging kenden.*

* *Bij de definitieve afrekening zullen de facturatiegegevens wél volledig zijn, want de berekening zal worden uitgevoerd met de op 31 december 2022 ZIV-facturaties met prestatiedatum in het eerste semester 2020. Op dat moment zal de wettelijke facturatieperiode (van 2 jaar vanaf de prestatiedatum) zijn verstreken.*
* Als de voorlopige afrekening leidt tot “richtinggevende” bedragen, heeft een voorlopige afrekening dan zin?
* *De voorlopige afrekening laat elk ziekenhuis in de eerste plaats de gebruikte methodologie en gebruikte parameters zien. Op basis van de werkwijze zal, ook met het oog op het neerleggen van de jaarrekening 2020, het ziekenhuis met de eigen facturatiegegevens een correcte inschatting kunnen maken van het in 2023 te ontvangen bedrag voor 2020. De eerste voorlopige afrekening bevat nog een aantal fouten die rechtgezet worden in een nieuwe voorlopige afrekening voor het eerste semester 2020 (vb. afrekeningen per overeenkomst en per type forfait dagziekenhuis, exacte bedragen voor de meerkostenforfaits en correcte aantal bedden van het ministerieel besluit, correcte vergoeding ASO’s en HAIO’s na nieuwe gegevensinzameling, punctuele rechtzettingen,…).*

*Met het oog op een correcte berekening is bij de eerste voorlopige afrekening gebleken dat voor bepaalde specifieke problemen (klinische biologie en anatomopathologie) nog nadere analyse en overleg met de sector nodig is.*

*Bovendien zal er een financiering worden toegekend aan de algemene ziekenhuizen zonder dienst intensieve zorgen, op voorwaarde dat zij activiteiten hadden die gelinkt kunnen worden aan COVID-19 of opnamecapaciteit voorzagen voor dit soort patiënten. Dit wordt ook opgenomen in de aangepaste regelgeving.*

* 1. **Hoofdstuk 4: Tegemoetkoming voor de bijkomende activiteiten van de zorgverleners normaal gefinancierd via honoraria**

In onderstaand schema is aangegeven welke tegemoetkomingen in welke gevallen voorzien zijn.

* Bepaalde tussenkomsten zijn niet voorzien voor psychiatrische ziekenhuizen, in het geval bepaalde activiteiten waarvoor een financiële vergoeding is voorzien, niet in deze ziekenhuizen worden uitgevoerd.

Sommige extra-prestaties zijn reeds gefinancierd voor de gesalarieerde zorgverleners en bijgevolg wordt de tegemoetkoming voorbehouden aan zelfstandige zorgverleners, omdat (zie hoofdstuk 3 van het KB) de kost van de gesalarieerde zorgverleners reeds gegarandeerd is aan het ziekenhuis als onderdeel van de doorlopende werkingskosten via de honoraria gefinancierd, en er hiervoor dus geen tweede tussenkomst wordt voorzien.

Behalve voor de tussenkomsten voor de ASO’s/HAIO’s, die beschikken over twee gegarandeerde individuele brutopremies (250 € per maand vanaf maart en een éénmalig bedrag 985€ per VTE voor prestaties van september t.e.m. november) en een gezamenlijke enveloppe voor wachten gepresteerd door artsen in opleiding , permanenties en extra-engagementen (samengesteld met 600€ per maand per VTE ASO/HAIO), tussenkomsten die uitsluitend bestemd zijn voor ASO’s/HAIO’s, wordt aan de medische raad een vrij vergaande autonomie in de toewijzing van het bedrag voor de zelfstandige artsen voorzien voor zover het doel van de tegemoetkoming wordt gerespecteerd. De middelen worden toegewezen aan zelfstandige verstrekkers, artsen of andere zorgverleners, die via honoraria worden vergoed en die zorg-, organisatie-, coördinatie-, communicatie-,enz. of opleidingsactiviteiten hebben verzorgd in het kader van en vanwege de COVID-19-epidemie. Dit omvat tevens het overleg in het kader van het crisis- en noodplan en de exitstrategie binnen het ziekenhuis.

De toekenningscriteria en de toewijzing zullen worden opgevraagd in het kader van de *rapportering* (cf. artikel 10 van het KB).

Merk op dat de tussenkomst in de basisvergoeding van de ASO’s (zie artikel. 6 §2 en §3. e) 1.) enkel voorzien is indien hun loonkost door de zelfstandige artsen, artsenpools, enz. wordt gedragen. De tussenkomst is eveneens voorzien indien, bijvoorbeeld, het ziekenhuis optreedt als uitbetaler, maar deze bedragen vervolgens integraal recupereert bij de (associatie van) zelfstandige arts(en). Indien de ziekenhuizen de loonkost van de ASO’s op zich nemen, is de financiering reeds voorzien via artikel 4§3. De berekening zal dus gebaseerd zijn op het aantal VTE van ASO’s (uiteindelijk) ten laste van een zelfstandige zorgverlener en niet van het ziekenhuis, zoals aangegeven door het ziekenhuis van tewerkstelling in de verstrekte informatie in de inzameling van december 2020.



Schematische weergave van de deelbudgetten die betrekking hebben op de ASO’s en de HAIO’s in de ziekenhuizen in de betrokken maanden van 2020:







***Q & A bij hoofdstuk 4 (algemeen, voor de ASO’s en HAIO’s : zie afzonderlijke FAQ)***

* Wie komt in aanmerking voor deze vergoedingen?
* *Alle zorgverleners die via de honoraria worden gefinancierd. De berekening van de tussenkomst staat los van de toekenning. De bedoeling is dat de onbetaalde of onderbetaalde inzet tijdens de COVID-19-epidemie correct te vergoeden aan de zorgverleners die zich ingezet hebben, in verhouding tot die inzet.*
	+ *Naast artsen zijn er ook andere zorgverleners die gewoonlijk met honoraria worden gefinancierd en die voor de vergoeding van bijkomende activiteiten in aanmerking komen, steeds op voorwaarde dat ze werden ingeschakeld in activiteiten die te maken hadden met de COVID-19 epidemie (bijvoorbeeld voor activiteiten zoals permanenties, COVID-19-organisatie en -coördinatie en -exitstrategie, noodplan- en crisisbeheer, opleidingen, ondersteuning ziekenhuishygiëne en infectiebestrijding, opleiding, ...).*
	+ *Zorgverstrekkers die normaal niet in het ziekenhuis actief zijn maar tijdens de COVID-19 epidemie werden ingeschakeld, kunnen eveneens in aanmerking komen. Het kan gaan over ASO’s die een wetenschappelijk traject volgen, niet (meer) (in een ziekenhuis) actieve artsen,…*
	+ *Een beperkt aantal deelbudgetten zijn ook voorzien voor de loontrekkende zorgverleners die via honoraria worden gefinancierd. Hun normale maandelijkse wedde werd evenwel doorbetaald door het ziekenhuis, en het KB voorziet hiervoor via art. 4 §3 al in een tegemoetkoming voor het ziekenhuis.*
	+ *Er zijn een aantal deelbudgetten (bijpassing permanenties Spoed en Intensieve Zorgen, medische coördinatie, ziekenhuishygiëne en infectiepreventie, gegeven en gevolgde opleidingen) enkel voor zelfstandige zorgverstrekkers die in normale omstandigheden dankzij de facturatie van prestaties een inkomen verwerven. Als zij zich tijdens de COVID-19 epidemie op een andere wijze geëngageerd hebben in de COVID-19 zorg zonder dat daarvoor prestaties konden worden aangerekend, hebben zij recht op een vergoeding voor hun inzet.*
	+ *In de gegevensinzameling moeten zowel de zelfstandige als de gesalarieerde zorgverleners (artsen en andere) nominatief geregistreerd worden met een correcte bepaling van hun werktijd besteed aan activiteiten die leiden tot de aanrekening van honoraria (in VTE), dus met uitzondering van activiteiten die gefinancierd worden via het BFM, RIZIV - overeenkomsten, B4-contracten,….*
* Wie of welk orgaan beslist in elk individueel ziekenhuis wie recht heeft op een tussenkomst? En welk bedrag van tegemoetkoming?
	+ *Er is geen overleg nodig voor de maandelijkse brutopremie aan de ASO’s/ HAIO’s, de normaal uitbetalende instantie kan dat onmiddellijk uitvoeren.*
	+ *De medische raad beslist voor de toekenning aan de artsen met het zelfstandigenstatuut.*
	+ *Het ziekenhuis beslist voor de zorgverleners met het statuut van loontrekkende, evenals voor andere (dan artsen) zorgverleners met het zelfstandigenstatuut tenzij er een ad hoc orgaan van die zorgverleners op niveau van het ziekenhuis wordt opgericht.*
* Op welke manier zal de effectieve toekenning van de tussenkomsten per ziekenhuis geceontroleerd worden via rapportering op basis van artikel xx?
* *Voor alle deelbudgetten voor zorgverleners die gewoonlijk worden vergoed door een in rekening gebracht honorarium of een formule in het KB UFFT, zal er een template aangeleverd worden waarin voor elk deelbudget beknopt de toekenningscriteria of -principes op te nemen zijn. Bijzondere aandacht zal gaan naar de toewijzing aan de ASO’s/HAIO’s.*
* Is er een **termijn** vastgelegd voor de betalingen aan de begunstigden zoals ze door de medische raad worden aangeduid (incl. ASO’s en HAIO’s op ziekenhuisstage)?
* *In het huidig KB UFFT zijn voor geen enkele begunstigde betalingstermijnen opgelegd. Enkel de voorlopige of definitieve afrekeningen aan de ziekenhuizen zijn vastgesteld, nooit de termijn van gebruik of uitvoering door het ziekenhuis of door de medische raad. In het wijzigingsKB UFFT zal er, in elk geval voor de ASO’s/HAIO’s, een betalingstermijn worden toegevoegd.*
* *De ziekenhuizen hebben twee omzendbrieven, van 17 december 2020 en van 5 maart 2021, ontvangen m.b.t. de tegemoetkomingen voor de ASO’s en HAIO’s, waarin er gevraagd wordt om naast de gewone doorbetaling van de basisvergoeding, resp. de uitzonderlijke, éénmalige tegemoetkoming van 985 euro aan de ASO’s en HAIO’s zo vlug mogelijk uit te betalen en dus uiterlijk tegen 30 april 2021. In deze omzendbrieven dringt de minister ook aan om alle verplichtingen t.a.v. artsen in opleiding zo vlug mogelijk na te komen. Indien het ziekenhuis dat de tegemoetkomingen voor deze maatregelen ontvangt(= ziekenhuis van tewerkstelling), niet de gewoonlijke uitbetaler is, wordt gevraagd om hieromtrent snel de nodige afspraken te maken met de gewoonlijke uitbetaler.* *Nadere toelichtingen werden opgenomen in de specifieke FAQ m.b.t. ASO’s en HAIO’s.*
* Hoe zal de overheid de toekenning van vergoedingen opvolgen?
* *Het KB UFFT bepaalt dat de ziekenhuizen de besteding van de bedragen moeten rapporteren aan de overheid (zie Art. 8 §7. en Art. 10 3.).*
* *Voor het onderdeel ASO’s zal dat tot op een zeer gedetailleerd niveau worden opgevraagd, rekening houdende met alle toegekende onderdelen (basisvergoeding, maandelijkse brutopremie 250€, wachten en permanenties – en de premie 2de semester). Per ziekenhuis zal dus kunnen nagegaan worden hoe de medische raad het budget heeft verdeeld en de individuele en globale bedragen heeft toegekend.*
* *Een aangepaste rapporteringstool zal in 2021 aan de ziekenhuizen worden overgemaakt, ter invulling en verplicht over te maken aan de administraties.*
* De deelbudgetten worden vastgesteld op basis van bestaande financiering voor gekende en vergoede activiteiten. Moet elk deelbudget ook toegekend worden aan de normale begunstigde van die vergoeding?
* *In hoofdstuk 4 van het KB wordt in art. 6 §2 een opsomming van waarschijnlijke activiteiten gegeven, opgenomen voor de goede organisatie van de COVID-zorg door zorgverleners die normaal met honoraria worden gefinancierd.*

*Daar staan telkens tegemoetkomingen tegenover, zie de deelbudgetten in §3 van het KB. Deze deelbudgetten worden samen het beschikbare bedrag voor de zorgverleners die met honoraria worden vergoed, en worden per ziekenhuis berekend.*

*Door het geëigende orgaan wordt overlegd en beslist over de uiteindelijke bestemming van deze middelen, voor niet factureerbare maar noodzakelijke COVID-activiteiten. De activiteiten opgesomd in het KB zijn hier vooral een leidraad, maar de extra-inzet in het ziekenhuis bepaalt de toekenning.*

*Enkel de besteding aan de maandelijkse bruto-vergoeding van 250€ (+sociale bijdragen t.l.v. de werkgever) voor elke ASO ligt vast, zowel wat de begunstigden als wat de hoogte van het bedrag betreft.*

*De ziekenhuisenveloppe voor de ASO en HAIO kan alleen worden aangewend ten behoeve van ASO en HAIO. De precieze verdeling maakt het voorwerp uit van een beslissing door de Medische Raad voor , onder andere, wachten en permanenties te vergoeden, maar ook aan andere vormen van extra inzet geleverd door de ASO’s/HAIO’s in het kader van het crisisbeheer op ziekenhuisniveau. Nadere toelichtingen werden opgenomen in de specifieke FAQ m.b.t. ASO’s en HAIO’s.*

* + *De berekening om het deelbudget per ziekenhuis vast te stellen (op basis van bestaande vergoedingen of nomenclatuur voor gekende activiteiten), staat dus los van de extra vergoedingen voor COVID-activiteiten. Dit betekent concreet ook dat de middelen verkregen via bijvoorbeeld permanentievergoedingen niet uitsluitend voor permanentie moeten worden gebruikt, maar ook voor de vergoeding van andere COVID-activiteiten kan worden toegekend.*
	1. **Hoofdstuk 5: Tegemoetkoming voor de beschikbaarheid van zorgverleners via honoraria vergoed, in het kader van de verplicht vrij te houden capaciteit voor COVID-19-zorg**

Vanaf 1 juni 2020 wordt voor elk verplicht vrij te houden bed, intensief en niet-intensief, een bedrag beschikbaar gesteld voor zorgverleners die via honoraria worden vergoed, en dit zolang fase 0 geldt.

Voor de impact ten gevolge van de reservatie van bedden in fase 0 van het Surge Capacity plan op de activiteit van zorgverleners die gefinancierd worden via honoraria, wordt er een ‘beschikbaarheidsforfait’ toegekend per gereserveerd bed vanaf 1 juni 2020. De gereserveerde bedden betreffen zowel de intensieve als niet-intensieve ziekenhuisbedden, nl.: 15 % van de erkende bedden met intensief karakter (n) + 4\*n niet-intensieve bedden, zoals opgelegd door het Comité ‘Hospital & Transport Surge Capacity’ in de communicatie van 17 juni 2020.

Deze tussenkomst is berekend op basis van het nationaal gemiddelde van de honoraria aan het RIZIV gefactureerd (per bed) voor ziekenhuisverblijven in 2018.

De medische raad (voor de zelfstandige artsen) of het ziekenhuis (voor de gesalarieerde artsen en andere zorgverleners) of het ad hoc-orgaan (voor de zelfstandige andere zorgverleners) beslist over de aanwending van het globale budget (bedrag per bed x aantal gereserveerde bedden in fase 0).

* 1. **Hoofdstuk 6: Specifieke bepalingen voor de vergoedingen aan de zorgverleners die gewoonlijk via honoraria worden vergoed (voor hun bijkomende activiteiten en hun beschikbaarheid)**

Wanneer er bedragen voor de zorgverstrekkers berekend worden op basis van bestaande nomenclatuurcodes, wordt aangenomen dat 70% van de RIZIV-tussenkomst aan de zorgverstrekkers toekomt. Het bedrag van deze tussenkomst vanwege de federale overheid is dan deze 70% (en niet het deel voor het ziekenhuis).

In de opvraging van de ziekenhuisgegevens met het oog op de eerste afrekening eind 2020 is voorzien in aanlevering van de informatie VTE artsen (incl. tandartsen en klinisch biologen-apothekers), VTE ASO’s (incl. HAIO’s stagelopend in het ziekenhuis) en VTE andere zorgverleners met RIZIV-nummers voor zover op hun naam RIZIV-honoraria worden aangerekend. Omdat de deelbudgetten daarvan afhangen wordt ook het statuut van de zorgverleners opgevraagd. Immers, in de ziekenhuizen met (deels) gesalarieerde zorgverstrekkers maakt de maandelijkse wedde, net zoals voor de andere werknemers van het ziekenhuis, deel uit van de doorlopende werkingskosten van het ziekenhuis. Voor deze kost is de tegemoetkoming dus reeds voorzien door de uitvoering van het hoofdstuk 3 van het KB UFFT.

Voor zover het zelfstandige artsen betreft, is de medische raad het orgaan dat de bedragen toewijst. Voor andere zorgverleners ligt de verantwoordelijkheid bij een *ad hoc* orgaan of, indien dat er niet is, bij het ziekenhuis (beheerder).

* 1. **Hoofdstuk 7: Planning van berekening en afrekening**

Er vond eind 2020 een voorlopige afrekening plaats van het eerste semester 2020. Tegen eind juni 2021 (algemene ziekenhuizen) en in de herfst van 2021 (psychiatrische ziekenhuizen) volgt de voorlopige berekening voor het tweede semester 2020 (indicatieve data). Daarna vindt een nieuwe voorlopige afrekening van het eerste semester 2020 plaats, waarbij een aantal correcties worden uitgevoerd t.o.v. de eerste voorlopige afrekening van 2020.

De gedetailleerde berekening zelf wordt aan elk ziekenhuis overgemaakt:

* Indien uw ziekenhuis op basis van de voorlopige berekening een positief saldo heeft, dan wordt dit bedrag op korte termijn en in één bedrag op de bankrekening van het ziekenhuis gestort.
* Indien uw ziekenhuis op basis van de voorlopige berekening een negatief saldo heeft, vindt er vooralsnog geen vereffening (t.t.z. terugvordering) plaats.

Het KB voorziet in omvangrijke financiële tegemoetkomingen aan de ziekenhuizen. Evenwel vermijdt het KB dubbele financiering door rekening te houden met kosten die naar een andere partij werden of worden ‘doorgeschoven’. Er wordt bij de toekenning van de tegemoetkoming rekening gehouden met tijdelijke werkloosheid, met door de overheid geleverde goederen en met het niet verhogen van de ereloonsupplementen en afdrachten aan het ziekenhuis (zie naleven van de voorwaarden van art. 10, geen verhoging van de ereloonsupplementen en geen verhoging van de afdrachten aan het ziekenhuis). Bij de voorlopige afrekeningen van 2020 wordt hier geen rekening mee gehouden maar wel tijdens de definitieve afrekening in 2023 .

In 2023 volgt de definitieve afrekening op basis van volledige gegevens voor het volledige jaar 2020. Zowel de negatieve als eventuele nog niet toegekende positieve saldo’s die uit deze oefening blijken, zullen opgenomen worden in de inhaalbedragen van het budget financiële middelen van het betrokken ziekenhuis van 1 juli 2023. Op dat ogenblik gelden de normale regels voor het maken van opmerkingen op het betekende Budget van Financiële Middelen, met dien verstande dat

* de beheerder hierin samen met de voorzitter van de medische raad dient na te gaan of akkoord kan worden gegaan met de definitieve regularisatie;
* dat na opmerkingen van het ziekenhuis en de voorzitter van de medische raad de informatie omtrent de beslissing van de minister meegedeeld wordt aan de FRZV en aan het Verzekeringscomité van het RIZIV.

De definitieve tussenkomst hangt af van de facturatie in 2020. Vermits de facturatie mogelijk is tot 2 jaar na prestatiedatum, en daarna de ziekenfondsen deze gegevens nog dienen over te maken aan het RIZIV, gebeurt de voorlopige berekening van eind 2020 (eerste semester) en midden 2021 (tweede semester) dus op basis van een wellicht nog onvolledige facturatie. Om die reden vindt de definitieve afrekening plaats in 2023, wat het vroegst mogelijke moment is om alle parameters correct in kaart te brengen.

***Q & A bij hoofdstuk 7***

* Waarom is er een voorlopige én een definitieve afrekening?
	+ *In 2020 en zelfs 2021 is de informatie nog onvolledig, en bovendien is een volledige en doorgedreven controle door de overheid in 2020 nog niet mogelijk:*
		- *De definitieve tussenkomst hangt af van de facturatie in de periode maart t.e.m. juni 2020, voor meerdere berekeningen in uitvoering van het KB (bijpassingen tot ‘normaal’ budget). De facturatie is mogelijk tot 2 jaar na prestatiedatum. De voorlopige berekeningen per semester van 2020 gebeuren dus op basis van een nog onvolledige facturatie, of onvolledig gekend/geboekt bij het RIZIV.*
		- *De controle, van wat door de ziekenhuizen aan informatie wordt meegedeeld, zal nog niet volledig afgerond zijn tegen 2021. Mochten evenwel fouten ontdekt worden, of er is bijkomende toelichting nodig, dan kan dit nog worden rechtgezet bij de definitieve afrekening van 2023. Bijvoorbeeld het meegedeelde afdrachtenpercentage wordt toegepast, maar de controle wordt pas uitgevoerd in 2021.*
* Wordt al bij de voorlopige afrekeningen van 2020 rekening gehouden met tijdelijke werkloosheid?
	+ *Neen, er zal geen rekening mee worden gehouden in de voorlopige afrekeningen.*
	+ *De ziekenhuizen worden gevraagd deze informatie mee te delen in de gegevensinzamelingen: indien in 2020 het ziekenhuis gebruik heeft gemaakt van het stelsel van tijdelijke werkloosheid, dan moesten de aantallen VTE in het stelsel van tijdelijke werkloosheid al worden ingebracht volgens de Finhosta-indeling. De aantallen voor het gehele ziekenhuis (alle kostenplaatsen) moeten worden ingevuld, met uitzondering van de kostenplaatsen niet-ziekenhuisdiensten 9XXX.*
	+ *Er wordt nog beslist over het bedrag dat bij de eindafrekening in mindering zal gebracht worden per VTE in tijdelijke werkloosheid.*
* Wordt al bij de eerste voorlopige afrekening van eind 2020 rekening gehouden met de via de FAGG ontvangen persoonlijke beschermingsmiddelen, farmaceutische producten en/of medische hulpmiddelen?
	+ *Neen, er zal in de eerste afrekening nog geen rekening worden gehouden met deze leveringen.*
	+ *De FAGG en het RIZIV zullen de nodige informatie aanleveren voor de afrekening per ziekenhuis.*
* Bij de eerste voorlopige afrekening blijken correcties nodig, moeten de ziekenhuizen wachten op de definitieve afrekening van 2023?
	+ Neen, zoals hierboven aangehaald, zal een nieuwe voorlopige afrekening voor het eerste semester van 2020 worden uitgevoerd tijdens de herfst van 2021.
	1. **Hoofdstuk 8: Algemeen**

De uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming wordt niet volledig toegekend als het ziekenhuis kosten gelieerd aan de epidemie op een andere manier recupereert, door de verhoging van de ereloonsupplementen of door de verhoging van de afdrachten aan het ziekenhuis.

De aanwending van de budgetten moet door elk ziekenhuis verantwoord worden. Daartoe wordt door de overheid een rapporteringstool ontwikkeld in het eerste trimester 2021. De ziekenhuizen zullen hierover ten gepasten tijde geïnformeerd worden.

* 1. **Tussenkomsten voor persoonlijke bijdragen en remgelden**

De remgelden en persoonlijke aandelen, afgeleid uit de RIZIV-facturatiegegevens (cf. de bijpassing van de facturatie) worden gecompenseerd indien de facturaties van lager zijn dan in 2019. De "aanpassing" is beperkt tot honoraria en geneesmiddelen, aangezien de patiënt geen remgeld hoeft te betalen voor andere zaken zoals RIZIV-overeenkomsten, dagziekenhuis, enz.

Deze bedragen zullen nog wijzigen bij een volgende berekening aangezien de facturatie nog niet volledig gekend is bij het RIZIV.

* 1. **Tussenkomsten voor niet-ZIV-patiënten**

Op basis van het bij de FOD laatst gekende percentage niet-ZIV patiënten van elk ziekenhuis, dat ook wordt gebruikt in de BFM-berekening, wordt een forfaitair bedrag toegevoegd aan de ‘bijpassing’ in de facturatie, voor de honoraria, maar ook voor de RIZIV-overeenkomsten, dagziekenhuis en de forfaits geneesmiddelen. Ook de tussenkomst in de persoonlijke aandelen en remgelden wordt verhoogd voor de niet-ZIV-patiënten.

Bij de eindafrekening in 2023 zal gebruik gemaakt worden van het tegen dan gekende juiste percentage van het ziekenhuis voor niet-ZIV patiënten voor het jaar 2020.

***Bijlage***

