



Onze ref : BZ/AP/CC/Omzendbrief BFM 2012-2

Datum: **13 JULI 2012**

Omzendbrief

ter attentie van de ziekenhuisbeheerder

Contact : Uw dossierbeheerder
Tel. : 02.524.87.00
Fax : 02.524.87.79

BETREFT : Budget van financiële middelen op 1 juli 2012 - Wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Mevrouw,
Mijnheer,

Deze omzendbrief strekt ertoe de wijzigingen toe te lichten die zullen aangebracht worden in het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen (BFM) van de ziekenhuizen op 1 januari en 1 juli 2012.

Het ontwerp van koninklijk besluit ter wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 doorloopt momenteel de vereiste reglementaire en wettelijke procedures.

Ik wil u ook verwijzen naar de omzendbrief van 19 december 2011 betreffende het BFM op 1 januari 2012 inzake de maatregelen die van toepassing zijn vanaf 1 januari 2012.

Onderdeel A1

A. Herconditionering

Op 1 januari 2012 wordt een bijkomend bedrag van 15.962.609 euro verdeeld onder de ziekenhuizen naar rata van hun aantal erkende bedden.

Voor de vaststelling van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.

Het aldus aan elk ziekenhuis toegekende bedrag is een forfait dat het betrokken ziekenhuis in staat moet stellen om de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken die in 2012 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, te dekken.

Indien bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2012 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2012 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, hoger liggen dan het toegekende forfait, worden de werkelijke lasten in aanmerking genomen. In dat geval worden de afschrijvingslasten voor de betrokken herconditioneringswerken op werkelijke basis gedekt tot het einde van de afschrijving van die herconditioneringswerken.

Indien daarentegen bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2012 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2012 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, lager liggen dan het toegekende forfait, wordt het toegekende forfait behouden.

B. Berekening van het forfait ter dekking van de lasten die verband houden met de afschrijving van medische uitrusting

Voor de berekening van dit forfait voor de acute ziekenhuizen, wordt het beschikbare budget binnen elke groep van ziekenhuizen, in een eerste fase, verdeeld over welbepaalde activiteiten.

Deze verdeling gebeurt op basis van criteria, geïdentificeerd voor elk van de weerhouden activiteiten.

In het geval waar één van de verdelingscriteria voor één van de weerhouden activiteiten niet kan toegepast worden, wordt het gedeelte van het beschikbare budget dat hiermee overeenkomt, verdeeld onder de andere activiteiten van dezelfde groep naar rata van de toegekende bedragen.

Onderdeel A3

De Ministerraad van 2 december 2011 met betrekking tot het budget van de geneeskundige verzorging voor 2012 heeft beslist een besparingsmaatregel ten bedrage van 511.000 euro vanaf 1 januari 2012 door te voeren via een vermindering van de forfaitaire financiering van de apparatuur voor NMR (< 1 tesla) en radiotherapie (lineaire versnellers).

Het forfait van elk op 1 januari 2012 gefinancierd toestel wordt verminderd met 3.554,74 euro per NMR en met 2.150,97 euro per lineaire versneller.

Onderdeel B2

A. Het in rekening brengen van de gegevens MVG 2006

De laatste beschikbare gegevens MVG (minimale verpleegkundige gegevens) betreffende nog steeds deze van het eerste semester 2006.

Het voor het budget van financiële middelen van 1 juli 2011 toegepaste systeem blijft behouden.

B. De financiering van de spoedgevallendiensten

Ik heb beslist het advies betreffende de spoedgevallen van de NRZV van 8 maart 2012 te volgen en wens nieuwe financieringsmodaliteiten voor de spoedgevallendiensten in te voeren die op een progressieve wijze zullen doorgevoerd worden op 5 jaar, vanaf 1 juli 2013.

Er wordt voorzien om te werken met twee parallelle berekeningen met als volgt toe te passen ritme :

BFM	Eerste berekening	Tweede berekening
01/07/2013	90 %	10 %
01/07/2014	80 %	20 %
01/07/2015	60 %	40 %
01/07/2016	30 %	70 %
01/07/2017	0 %	100 %

De eerste berekening is de volgende :

- a) Er worden een aantal basispunten toegekend per 100 verantwoorde bedden. Het aantal basispunten per 100 verantwoorde bedden bedraagt :
 - voor de ziekenhuizen die beantwoorden aan de voorwaarden, vastgesteld in de code nr. 590166 van de nomenclatuur betreffende het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen : 3 punten;
 - voor de ziekenhuizen die beantwoorden aan de voorwaarden, vastgesteld in de codes met nummers 590181, 590203 of 590225 van de voornoemde nomenclatuur : 5 punten.
- b) Het aantal basispunten per ziekenhuis wordt verhoogd in functie van de waarde per bezet bed van de supplementen voor de medische spoedprestaties voor de gedurende de twee laatste gekende dienstjaren gehospitaliseerde patiënten, bedoeld in artikel 26§1 van voornoemde nomenclatuur, met uitzondering voor de prestaties van klinische biologie.

Voor de toepassing van voorgaande alinea, worden de ziekenhuizen verdeeld in decielen naargelang hun stijgende waarde per bezet bed van de hierboven bedoelde supplementen.

Voor de drie eerste decielen, worden de basispunten vermenigvuldigd met 1 ; voor het 4de, 5de en 6de deciel met 1,20 ; voor het 7de deciel met 1,40 ; voor het 8ste deciel met 1,60 ; voor het 9de deciel met 1,80 en voor het 10de deciel met 2.

De tweede berekening is de volgende :

Het aantal punten van artikel 46 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 wordt proportioneel verdeeld tussen de ziekenhuizen op basis van het aantal punten van de spoedgevallendiensten vastgesteld volgens de volgende modaliteiten (die het onderwerp uitmaken van een nieuwe bijlage 6) :

Bijlage 6 : Bepaling van het aantal Units Spoedgevallen (US) in heel het land.

A. Er is een weging van 1 toegekend (Unit Spoedgevallen of US) aan alle patiënten bij wie er registratie plaatsvindt van een MG-MZG Spoedgevallen.

B. Daarboven krijgen verschillende groepen van patiënten nog een bijkomende weging :

a. Overgebracht naar de eenheid Intensieve Zorgen (volwassenen en kinderen) : + 1 ;

b. Patiënten met de diagnose, bij opname gecontroleerd met een code ICD-9 zoals hieronder beschreven en die niet opgenomen worden in de Intensieve zorgen : + 1 ;

De ICD-9 codes zijn de codes :

- 430 = subarachnoid hemorrhage;
- 431 = intercerebral hemorrhage;
- 432 = other and unspecified intracranial hemorrhage;
- 433X1 = occlusion and stenosis of precerebral arteries with cerebral infarction;
- 434X1 = occlusion of cerebral arteries with cerebral infarction;
- 436 = acute, but ill-defined, cerebrovascular disease;
- 437.1 = other generalized ischemic cerebrovascular disease;

c. Patiënten met psychiatrische diagnose en gehospitaliseerd in een psychiatrische dienst (algemeen of psychiatrisch ziekenhuis) die niet beantwoorden aan de criteria onder a. of b. : + 1 ;

De verblijven vertegenwoordigen ofwel :

- een DRG die wordt gedefinieerd als UAA of AAA,
- een ICD-9 code gaande van 290 tot 319 in diagnose die bij opname is gecontroleerd of in nevendiagnose.

d. Kinderen van 0 tot 3 jaar die niet beantwoorden aan de criteria onder a. tot c. : + 1 ;

e. Kinderen van 4 tot 15 jaar die niet beantwoorden aan de criteria onder a. tot c. : + 0,5 ;

f. Patiënten van minder dan 75 jaar afkomstig uit een ROB of RVT en patiënten van 75 jaar en meer die niet aan de onder a. tot c. opgenomen criteria beantwoorden :

- Indien niet gehospitaliseerd : + 0,2
- Indien gehospitaliseerd : + 0,4 ;

g. Patiënten die worden opgenomen op de spoedgevallen tussen 21u en 6u die niet beantwoorden aan de criteria onder a. tot f. : 0,1.

De som van de aldus met de eerste en tweede berekening toegekende punten wordt aangepast met een coëfficiënt teneinde binnen het aantal weerhouden punten voor de spoedgevallendiensten in heel het land te blijven, met dien verstande dat minstens 15 punten worden toegekend aan ziekenhuizen die beantwoorden aan de nummers 590181, 590203 of 590225 van voormelde nomenclatuur.

Zodra het ziekenhuis erkend is voor ofwel de functie "eerste opvang van spoedgevallen" ofwel voor de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" wordt het minimum van 15 punten per ziekenhuis verzekerd, ongeacht het aantal sites, voor één enkele van de twee functies.

Voor de ziekenhuizen erkend voor een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" en die beantwoorden aan de volgende voorwaarden :

- zich op minstens 25 km van een ander ziekenhuis situeren dat beschikt over een erkende functie 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg' of zich situeren in een gemeenschap waar de enige erkende functies 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg' meer dan 25 km verwijderd zijn;
- en over maximum 200 erkende bedden beschikken,

wordt het minimum van 15 punten naar 30 punten gebracht, met dien verstande dat na toepassing van deze regel, het aantal toegekende punten voor heel het land het totaal aantal beschikbare punten voor het land niet mag overschrijden.

Onderdeel B4

A. Forfaits MPG

Vanaf 1 juli 2012 is beslist een besparingsmaatregel door te voeren op het niveau van de financiering van de registratie van de minimale psychiatrische gegevens (MPG) in de algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

Deze besparing bedraagt één miljoen euro voor 2012, twee miljoen euro op jaarbasis.

De volgende bedragen worden in mindering gebracht van de bedragen per erkend bed met kenletter A, T en/of K.

Ziekenhuizen	Besparing per erkend A, T en/of K bed
algemene privé	133,90 euro
algemene openbare	133,15 euro
psychiatrische privé	102,71 euro
psychiatrische openbare	103,55 euro

B. Kankerplan

Betreffende de financiering van het multidisciplinair team (artikel 64,§1) en de datamanager (artikel 64,§2), gelinkt aan het aantal multidisciplinaire oncologische consulten (MOC) die terugbetaald worden door de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV), wordt voor 2012 en 2013 een actualisatie voorzien van de MOC's op basis van het aantal in 2009 gepresteerde en tot en met 30 juni 2011 door de ZIV geboekte MOC's.

Bovendien wordt voortaan voorzien in een jaarlijkse herziening van de in de financiering gebruikte MOC's van deze twee maatregelen op basis van het aantal gepresteerde MOC's gedurende het betreffende dienstjaar en geboekt door de ZIV tot en met 30 juni van het daaropvolgende jaar.

C. Pensioenbijdragen RSZ PPO

Voor de ziekenhuizen die aangesloten zijn bij het gesolidariseerd pensioenfonds van de RSZPPO wordt de stijging van de pensioenbijdragen van het vast benoemde personeel gecompenseerd op basis van het verschil tussen de basispensioenbijdragevoet vastgelegd in artikel 18, 1) en 2) van de wet van 24 oktober 2011 tot vrijwaring van een duurzame financiering van de pensioenen van de vast benoemde personeelsleden van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten en van de lokale politiezones, tot wijziging van de wet van 6 mei 2002 tot oprichting van het fonds voor de pensioenen van de geïntegreerde politie en houdende bijzondere bepalingen inzake sociale zekerheid en houdende diverse wijzigingsbepalingen, en de pensioenbijdragevoet die van toepassing was op 1 januari 2011 voor de ziekenhuizen aangesloten bij pensioenregelingen zoals bedoeld in 1) en 2). Dit verschil wordt toegepast op de reële loonmassa die als basis dient voor de basispensioenbijdrage die wordt medegedeeld door de RSZPPO.

Als tijdens de jaren 2012, 2013 of 2014 het totaal aan individuele compensaties zoals bedoeld in de voorgaande alinea de bedragen van respectievelijk 6.505 duizend euro, 9.360 duizend euro en 12.294 duizend euro overschrijden, wordt er een correctiefactor toegepast op de individuele compensaties. Deze correctiefactor wordt bekomen door het bovengenoemde bedrag van het desbetreffende jaar te delen door de som van de individuele compensaties zoals bedoeld in de voorgaande alinea.

Aangaande het privé ziekenhuis dat beschikt over statutaire personeelsleden die ter beschikking worden gesteld door een lokaal of provinciaal bestuur dat aangesloten is bij het gesolidariseerde pensioenfonds van de RSZPPO, kan de financiële tussenkomst zoals bedoeld in de voorgaande alinea's toegekend worden als het ziekenhuis het formeel bewijs levert dat ze de financiële lasten van dit aan hen ter beschikking gestelde personeel effectief dragen, met inbegrip van de financiële last van de bovenvermelde stijging van de pensioenbijdragen.

Deze financiering wordt jaarlijks herzien, in het kader van de herziening van het budget van financiële middelen, op basis van de door de RSZPPO verstrekte gegevens voor het betreffende jaar.

Onderdelen B7-B8

Het behoud van de financiering van onderdeel B7 en B8, 1° is momenteel onderworpen aan de voorwaarde van het toepassen op patiënten in een tweepersoons- of gemeenschappelijke kamer, voor het geheel van het ziekenhuis van de tarieven van het nationaal akkoord artsen - verzekeringsinstellingen. Ten gevolge van de jurisprudentie van de Raad van State ter zake wordt deze voorwaarde opgeheven vanaf 1 januari 2013.

Onderdeel B9

De bepalingen van artikel 79octies van het in hoofding vermelde besluit, met betrekking tot de bijkomende tewerkstelling gefinancierd door het sociaal akkoord 2005-2010, voorzien dat, vanaf 1 juli 2010, het behoud van de financiering onderworpen is aan het afsluiten van een collectieve arbeidsovereenkomst binnen de paritaire commissie of, bij ontstentenis, een lokaal akkoord waarvan een kopie naar de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu moet worden verstuurd.

Ik heb besloten dit artikel aan te passen om het ziekenhuis dat de kopie van de lokale overeenkomst nog niet bezorgd heeft, toe te laten om, op ieder ogenblik, deze kopie te bezorgen en te kunnen genieten van de financiering vanaf de volgende berekening van haar budget van financiële middelen.
Er wordt geen inhaalbedrag voorzien tussen de datum van ondertekening en de betekening van het BFM.

Diversen

Het artikel 85 van het voorgenoemde besluit behandelt de indexering van het budget van financiële middelen. Het verbindt dit budget aan de evolutie van de index van de consumptieprijzen. Maar in de praktijk verloopt de indexatie van dit budget volgens de evolutie van de gezondheidsindex.

Ik heb besloten om te verwijzen naar de gezondheidsindex die gedefinieerd wordt in artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 december 1993, ter uitvoering van de wet van 6 januari 1989 tot vrijwaring van 's lands concurrentievermogen.

Een nieuwe lijst A 'Weerhouden codes bij de identificatie van de gerealiseerde daghospitalisatie' vervangt de voorgaande, zoals ik u hierover reeds heb geïnformeerd in de omzendbrief van 16 mei 2012.

Hoogachtend,

De Minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid,



Laurette ONKELINX