



# Over netwerken, associaties en laagvariabele zorg

**Stefaan Callens**

advocaat

Deeltijds hoogleraar KU Leuven

11 december 2018

[www.callens-law.be](http://www.callens-law.be)





# Deel 1. Netwerken



## Waarom netwerken?

### Huidig kader

- Focus op “Ziekenhuis”
- Associaties, groeperingen, fusies
  - Zeker voordelen, maar ook nadelen

### Tabula Rasa huidig kader? Neen

- Rechtszekerheid
- Aanpassing huidige wetgeving?
- Quid “oude” afspraken?

### Overgangsregeling?



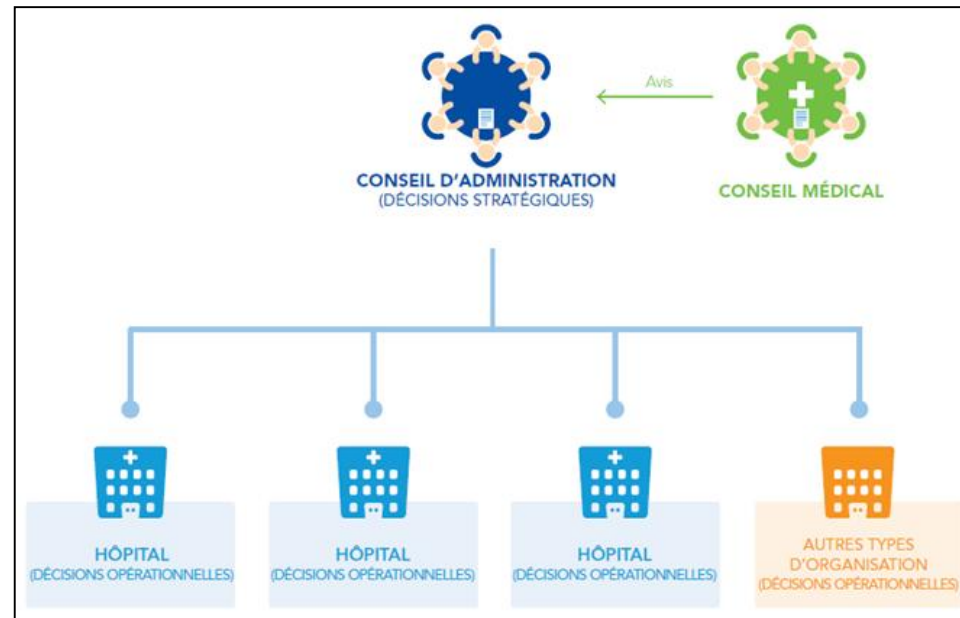
# Governance modellen voor samenwerking tussen ziekenhuizen

KCE rapport (2016):

- Het geïntegreerd zorgsysteem
- Het gecoördineerd netwerk
- Het autonoom samenwerkingsinitiatief



## Het gëintegreerd zorgsysteem

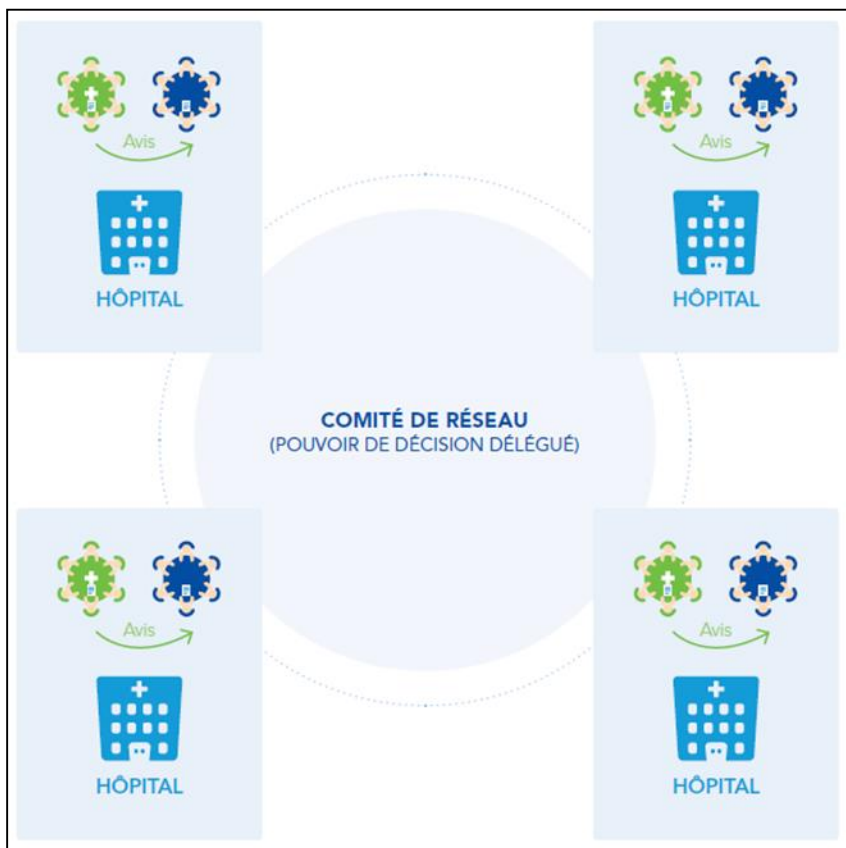


KCE Reports 277B

- Oprichten van een nieuwe rechtspersoon
- Overkoepelend bestuursorgaan
- Eén medische raad op het niveau van het netwerk
- De rechtspersoon van het netwerk is houder van alle erkenningen



## Het gecoördineerd netwerk

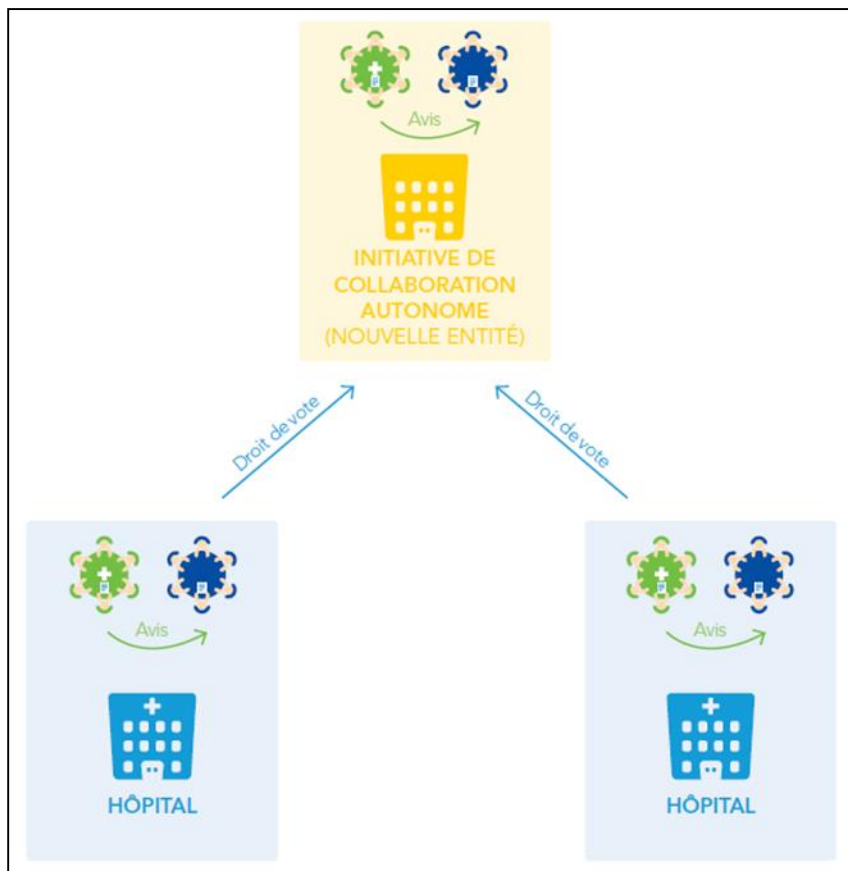


KCE Reports 277B

- Raad van Bestuur en Medische Raad blijven op ziekenhuisniveau
- Oprichten van een netwerk op basis van contractuele afspraken of het oprichten van een nieuwe rechtspersoon
- Een netwerkcomité, bestaande uit artsen en bestuurders van de individuele ziekenhuizen



## Het autonoom samenwerkingsinitiatief



KCE Reports 277B

- Oprichten van een nieuwe rechtspersoon = houder van erkenningen en financiering
- Welbepaalde samenwerking bv. zorgprogramma, delen medische apparatuur,...
- Ziekenhuizen behouden hun autonomie en eigen RvB en medische raad
- RvB en medische raad op niveau netwerk
- Het autonoom samenwerkingsinitiatief blijft verbonden aan de ziekenhuizen: stemrecht ziekenhuis binnen gezamenlijk bestuur



## Voorstellen van het KCE:

- Voldoende flexibiliteit
- Noodzaak tot grondige hervorming van de ziekenhuiswetgeving





# Voorontwerp van wet klinische netwerken

## *Voorontwerp van wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft*

VOORONTWERP VAN WET TOT WIJZIGING VAN DE  
GECOÖRDINEERDE WET VAN 10 JULI 2008 OP DE  
ZIEKENHUIZEN EN ANDERE  
VERZORGINGSINRICHTINGEN, WAT DE KLINISCHE  
NETWERKING TUSSEN ZIEKENHUIZEN BETREFT

*Filip, Koning der Belgen,*

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,  
Onze Groet.

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale  
Zaken en Volksgezondheid en op het advies van

AVANT-PROJET DE LOI MODIFIANT LA LOI  
COORDONNÉE DU 10 JUILLET 2008 SUR LES HÔPITAUX  
ET AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS, EN CE QUI  
CONCERNE LE RÉSEAUTAGE CLINIQUE ENTRE  
HÔPITAUX

*Philippe, Roi des Belges,*

À tous, présents et à venir,  
Salut.

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires  
sociales et de la Santé publique, et sur l'avis des



## Stand van zaken:

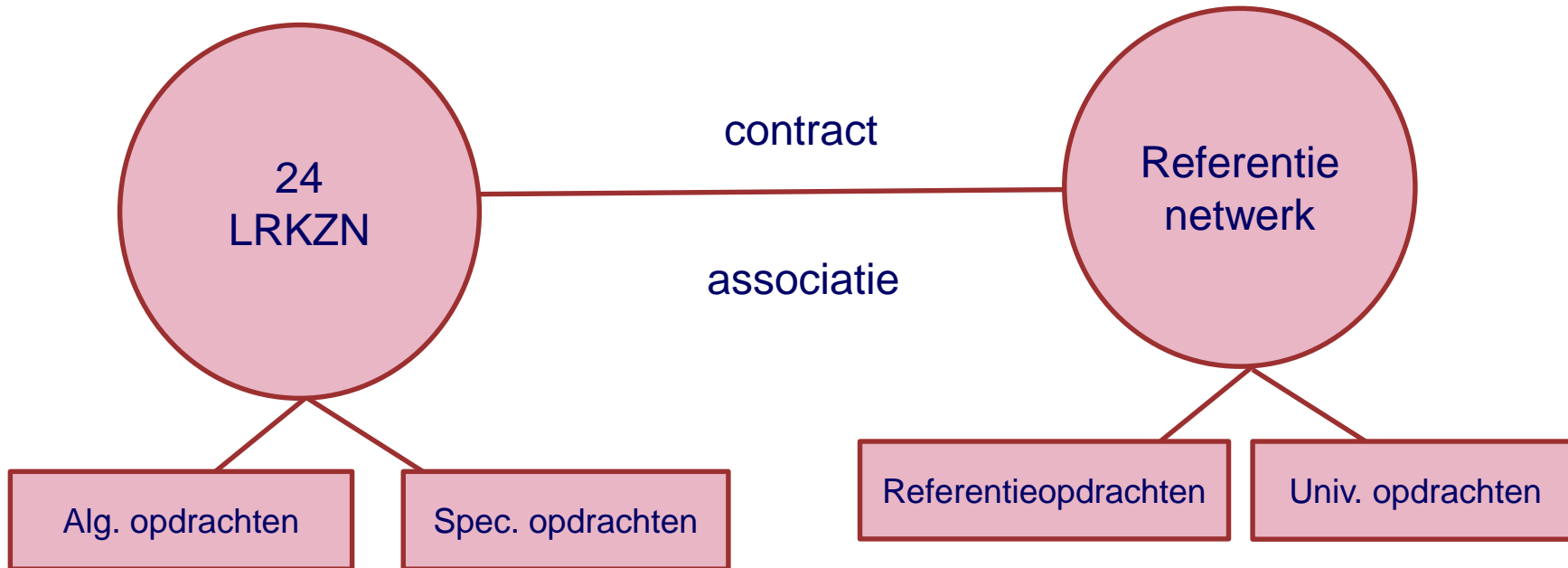
- Voorontwerp van wet
- Eind juni 2018 advies Raad van State
- Eind juli 2018 goedkeuring ministerraad in tweede lezing
  
- Inwerkingtreding uiterlijk 1 januari 2020



# Voorontwerp van wet klinische netwerken

## LOCOREGIONAAL

## SUPRAREGIONAAL



- Geografisch aaneensluitend gebied (Uitz. Na advies RvSt!)
- Nieuwe rechtsfiguur/samenwerkingsvorm met RP
- Eigen governance
- Toegewezen bevoegdheden
- Locoregionale zorgopdrachten – programmatieprogramma
- Netwerkhoofddarts + medische netwerkraad

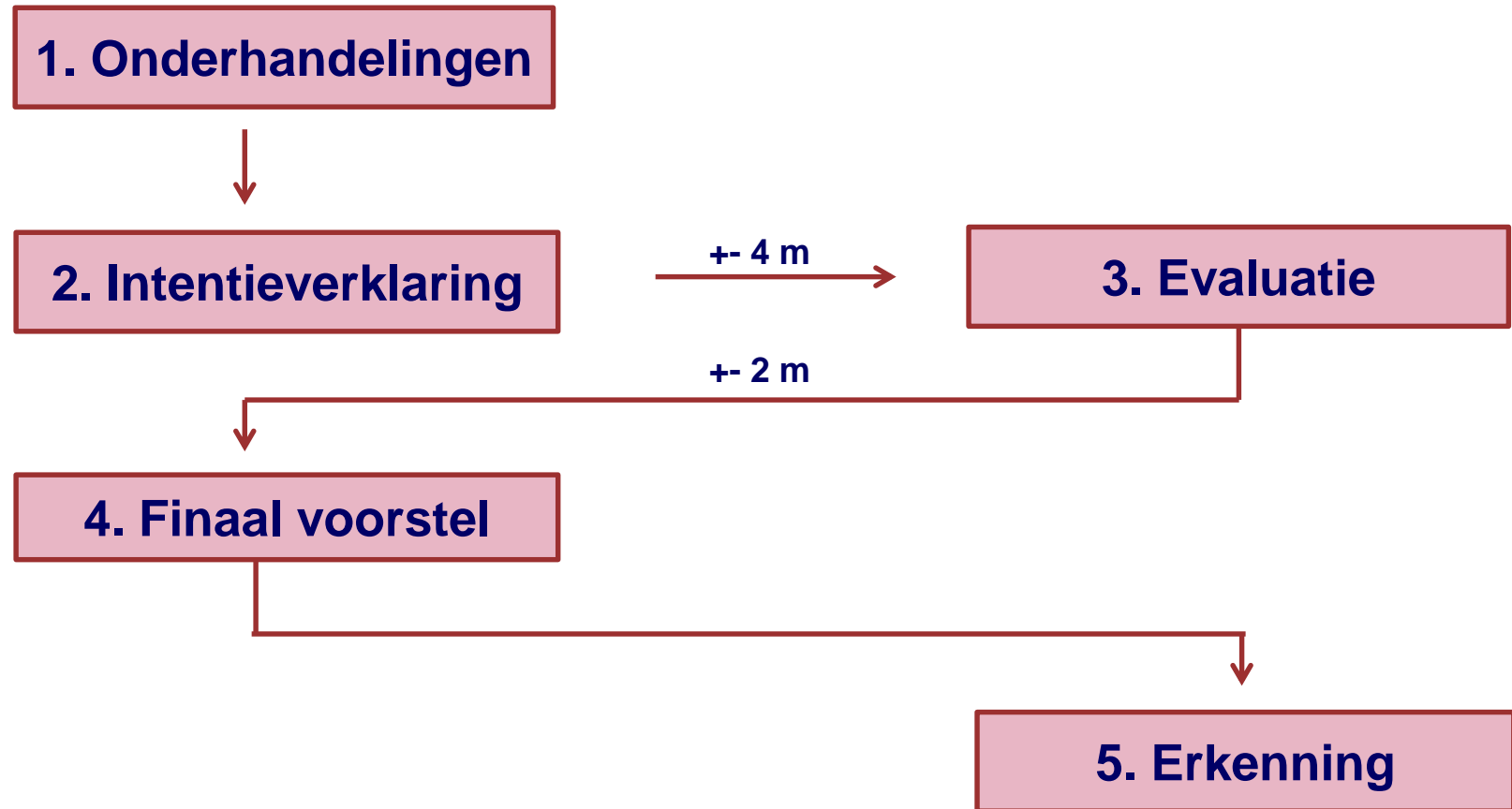


# OPRICHTING VAN EEN LOCOREGIONAAL KLINISCH ZIEKENHUISNETWERK

**ZIEKENHUISPARTNERS**

**VS.**

**OVERHEID**



**Uiterlijk 1 januari 2020**



## 1. Onderhandelingen

Keuze partner(s) is beperkt!

- Min. 2 algemene ziekenhuizen
- Deelname aan 1 LRKZN
- Geografisch aansluitend, slechts beperkt overlappend
  - ✓ Uitzonderingen na advies RvSt voor op voor de grootsteden Antwerpen, Gent, Charleroi, Luik en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
- Evt. participatie psychiatrische en gespecialiseerde ziekenhuizen



## 2. Intentieverklaring

Timing: +- 4 maanden na publicatie nieuwe wetgeving

- Begrip
- Juridisch bindend?
- Inhoud?
- Compensaties?
- Betrokkenheid medische raad en ziekenhuisartsen?



## 3. Evaluatie

Timing: +- 2 maanden na ontvangst intentieverklaringen

- Deelstaten, in samenspraak met federale overheid
- Bedoeling: heeft netwerk kans op slagen of niet?
  - Conform intenties overheid?
  - Bijsturing noodzakelijk of gewenst?



## 4. Finaal voorstel

Timing: ?

- Enkel i.g.v. “groen licht” intentieverklaring
- Evt. aanpassing en bijsturing n.a.v. opmerkingen overheid bij intentieverklaring
- = weergave definitief resultaat van onderhandelingen





## 5. Erkenning

### Timing ???

- Deelstaten – notificatie aan federale overheid
- Vgl. procedure erkenning samenwerkingsvorm
  - Vb. Vlaamse Gemeenschap: Besl.VI.Reg. 25/4/14 – onbepaalde duur?
- Nieuwe programmatie → nieuw finaal voorstel → nieuwe erkenningsaanvraag?



# Het locoregionaal klinisch netwerk

## Sterke positie van netwerkrechtspersoon

- Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk stippelt het beleid uit voor de locoregionale ziekenhuisnetwerken en bepaalt in welk ziekenhuis welke exploitatie zal plaatsvinden
- Zal beslissen welke gespecialiseerde zorgopdrachten waar worden aangeboden
- Beslist voor die supraregionale zorgopdrachten die het niet zelf aanbiedt over de geformaliseerde samenwerking met min 1 en max. 2 referentiepunten
- Beslist voor die supraregionale zorgopdrachten die het zelf aanbiedt met welk één referentiepunt dat zich in een ander netwerk bevindt over de duurzame geformaliseerde samenwerking
  - Quid indien twee supraregionale zorgopdrachten in het netwerk?
  - Quid vrije artskenkeuze patiënt en diagn/ther. vrijheid arts



# Het locoregionaal klinisch netwerk

- Verwijzing voor supraregionale zorgopdrachten overeenkomstig de afspraken gemaakt binnen het locoregionaal netwerk
- Kiezen van de referentiepunten buiten het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk
- Afspraken met het referentiepunt binnen het netwerk voor de supraregionale zorgopdrachten
- Bepalen welke locoregionale zorgopdrachten waar worden uitgbaat
- Verwijzingen regelen binnen het netwerk
- Coördinatie met andere zorgactoren binnen het geografisch gebied



# Het locoregionaal klinisch netwerk

- Opname in programmatie van ziekenhuis of netwerk
  - Vereist bewijs van behoefte aan zorgopdracht binnen geografisch gebied van het netwerk
- Ethisch comité op niveau van netwerk mogelijk
- Ombudsfunctie op niveau van netwerk



## **Veel verantwoordelijkheid (en risico) bij lokaal ziekenhuis maar geen beslissingsmacht**

- Geen centrale aansprakelijkheid van netwerk, wel van lokaal ziekenhuis
- Lokaal ziekenhuis is verantwoordelijk voor uitvoeren van strategie maar neemt niet meer de belangrijke beslissingen



## Hoofarts van het netwerk

! Netwerkhoofdarts kan **instructies** geven aan alle ziekenhuisartsen in overleg met netwerk medische raad en netwerk rechtspersoon (niet in overleg met lokaal ziekenhuis)

! Beslissingen van netwerkhoofdarts primeren op beslissingen van lokale hoofdarts



## Medische raad van het netwerk

- Bekijk delegatie vanuit lokale medische raden/ indien verkiezing zorg voor voorafgaand bijzondere modaliteiten voor garantie van vertegenwoordiging van elk ziekenhuis
- Advies over aangelegenheden netwerk
- Medische raden kunnen beslissen adviesbevoegdheden over te hevelen naar medische raad van het netwerk
- Financiële gegevens van het netwerk
- Maar, medische raden kunnen bevoegdheden omtrent juridisch statuut ziekenhuisarts overhevelen naar medische raad van netwerk



## Samenstelling en beslissingswijze binnen netwerk rechtspersoon worden cruciaal

- Quid good governance en aanwezigheid delegatie medische raad op niveau van bestuur van netwerk?
- Naar een consensus tussen “netwerkcomité” en medische raad van het netwerk?
  - Beslissing van én beheer én medische raad (geen louter advies meer)





## Het statuut van de ziekenhuisarts

- Wat met artsen uit ander ziekenhuis of ander ziekenhuisnetwerk? Consulenten?
- Automatische overdracht van contracten intuïtu personae?
- Belang van overkoepelend dienstreglement
- Bevoegdheid medische raad van het netwerk?
- Contract met lokaal ziekenhuis of met netwerk?



## Naar een nieuwe algemene regeling?

Nieuw artikel 144, § 4 Ziekenhuiswet:

*“In het kader van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kan er een gemeenschappelijke algemene regeling voor ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden vastgesteld.*

*De in het eerste lid bedoelde gemeenschappelijke algemene regeling wordt vastgesteld op initiatief van het beheer van het locoregionaal ziekenhuisnetwerk, met inachtneming van de procedure bepaald in artikel 143/4, §3.”*



## - Is de nieuwe algemene regeling toepasselijk op individuele arts?

**Principe:** elke arts moet een geschreven individuele overeenkomst hebben met het ziekenhuis waar hij werkt

### **Nuancering:**

- Kettingbeding?
- Quid met nieuwe rechtspersoon?



## Het financieel statuut van de ziekenhuisarts

- Aanpassingen van de vergoeding van de ziekenhuisarts
- Afhoudingen?
- Centrale inning?



## Statuut van de ziekenhuisarts - beëindiging van de samenwerking

- Wie neemt de beslissing?
- Welke medische raad?
- Welke algemene regeling?



## Associatie tussen artsen

Ziekenhuisoverkoepelende associaties?

- Op niveau locoregionaal netwerk?
- Over grenzen locoregionaal netwerk?
  
- Algemene regeling?
  - Welke algemene regeling is van toepassing?
  - Ziekenhuisbrede associaties toegelaten?
  - Goedkeuring ziekenhuisbeheerder associatiecontract?
  - .....

Associaties tussen verschillende disciplines?



## Associatie tussen artsen

### Voordelen:

- Artsen
  - Delen investeringslasten
  - Specialisatie
  - Permanenties en wachtdiensten
  - Versterking positie t.a.v. het beheer
  - ....
  
- Ziekenhuis
  - 1 aanspreekpunt
  - Continuïteit van zorgen



## Associatie tussen artsen

### Nadelen?

- Concurrentiepositie associatie?
- Groot aantal leden = meer nood aan duidelijke werking en communicatie
- Wat indien een individuele arts problemen krijgt met zijn associatie? Bv. uittreding / niet-concurrentiebeding





# Associaties en netwerken

## Belangrijke aandachtspunten bij het opstellen van een netwerkbreed associatiecontract:

- Algemene regeling & Dienstreglement
- Contractueel / rechtspersoon?
- Kostenassociatie / professionele associatie?
- Voorwerp van de associatie? (bv. privé raadplegingen)
- Besluitvorming en werking
  - Groot aantal leden = duidelijke afspraken rond werking & communicatie (vaste vergadermomenten, agenda,...)
  - Aanstellen coördinator?
  - Besluitvorming? Gewone meerderheid / verzwaaarde meerderheid; Delegatie tot een bepaald bedrag?
  - Bijhouden register?



# Associaties en netwerken

## Belangrijke aandachtspunten bij het opstellen van een netwerkbreed associatiecontract:

- Inkoopsom / inbreng
- Aanwerving; proefperiode; beëindiging; ziekte en zwangerschap; verlof; wachtdiensten; .....
- Respecteren therapeutische vrijheid arts
- Niet-concurrentiebeding
- Voortzettingsbeding
- Goedkeuring associatiecontract door het beheer?  
Voorleggen aan medische raad?
- Geschillenregeling
- .....



# Deel 2.

## Laagvariabele zorg



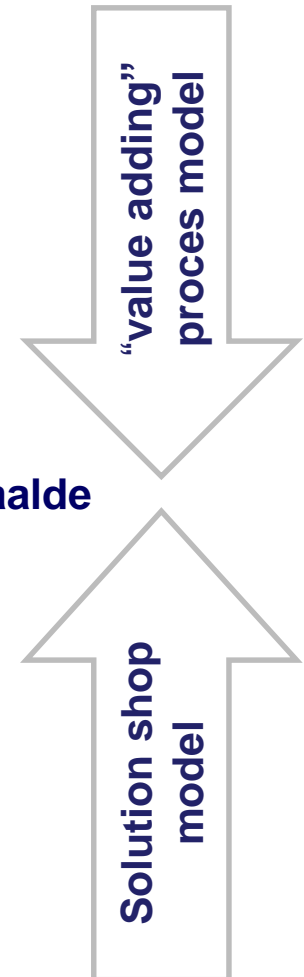
## Laagvariabele zorg

- **Wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele zorg**
- **Achtergrond:**
  - Regeerakkoord (9 oktober 2014):  
*“De voorkeur van de regering gaat hierbij uit naar een gemengd financieringssysteem met een prospectieve financiering voor standaardiseerbare zorg”*
  - Plan van Aanpak Hervorming ziekenhuisfinanciering (april 2015):  
*“De patiëntenpopulatie die ziekenhuiszorg krijgt wordt opgesplitst in 3 clusters, ...waarvan laagvariabel, standaardiseerbare routinezorg gefinancierd wordt op basis van een vast bedrag per (dag)ziekenhuisopname”*



# Hervorming ziekenhuisfinanciering: Financieringsclusters

- **Laagvariabele (gestandaardiseerde) zorg:**
  - Zorg varieert weinig tot niets tussen patiënten binnen één “pathologiegroep” = **goed voorspelbaar**
  - FIN: uniforme prijs voor elke patiënt binnen éénzelfde groep
    - Risico i.g.v. variabiliteit/patiënt: voor ziekenhuis
    - Risico m.b.t. aantal patiënten: voor overheid
- **Mediumvariabele zorg:**
  - Zorg varieert meer tussen patiënten = **voorspelbaar binnen bepaalde grenzen**
  - FIN: houdt deels rekening met (verantwoorde) variabiliteit; via verdeelsleutels nationaal budget i.f.v. pathologie en zorgzwaarte
    - Risico verdeeld tussen ziekenhuizen
- **Hoogvariabele zorg:**
  - Zorg op maat = **niet voorspelbaar**
  - FIN: deels i.f.v. reëel verleende zorg
    - Risico: meer voor overheid





## Doelstellingen: laagvariabele zorg

- **Beperking weinig/niet-verantwoordbare verschillen** in standaardiseerbare zorgen (voor patiënten met een lage ernstgraad)
- **Voorspelbaarheid:** globaal prospectief bedrag (i.p.v. correctie achteraf –cf. referentiebijdragen)
- **Globale, uniforme prijs per patiënt**, voor elke “patiëntengroep” met lage ernstgraad en standaardiseerbare zorgnoden  
bv. vaginale bevalling, appendectomie
- Stimulans tot meer **multidisciplinair overleg en zorgcoördinatie**



## Doelstellingen: laagvariabele zorg

- **“Dezelfde prijs voor gelijkaardig product”:**  
zelfde bedrag in elk ziekenhuis, onafhankelijk van verschillen in reële zorgpraktijk
- **Meer transparantie/ tariefzekerheid:**
  - Voor zorgverleners
  - Voor patiënten
- **Meer billijkheid:**  
financiering o.b.v. “doorsnee” (mediane) zorgpraktijk
- **Geen besparingsmaatregel:**  
standaardiseerbare herverdeling



## Financiering laagvariabele zorg: werkplan

### Globaal prospectief bedrag

- **Fase 1-2:** bundeling honoraria: één bedrag per patiëntengroep (“*gebundeld honorarium*”)
- **Fase 3:** integratie andere financieringsstromen (geneesmiddelen, BFM,...)
- **Fase 4:** identificatie praktijkkosten honoraria
- **Fase 5:** integratie met zorg buiten ziekenhuis





## Patiëntengroepen: kenmerken

- 34 APR-DRGs -> **57 patiëntengroepen**  
(8,39% verblijven en 10,12% honoraria –data 2016)
- Patiëntengroep = verfijning DRG, ifv homogeniteit (standaardiseerbare zorg)
  - ✓ Soms uitsplitsing ernstgraad 1 & 2
  - ✓ Soms uitsplitsing dagziekenhuis en klassiek ziekenhuisverblijf
- Aflijning groepen op basis van:
  - Aan/afwezigheid van bepaalde nomenclatuurcodes of ICD10-codes
  - Leeftijd (1 groep)
  - Opnamenduur (1 groep)



## Globaal prospectief bedrag: basis

### **Basis = Mediaan van honoraria**

Mediaan > gemiddelde = mediaan

Mediaan < gemiddelde = mediaan + x%

- Berekening **RIZIV-uitgaven** (excl. Remgelden en supplementen), na exclusie bepaalde honoraria
- Waarom **mediaan**?
  - Minder gevoelig dan het gemiddelde voor extreme waarden (onder-of over"consumptie")
  - Weerspiegelt beter de "standaard" (doorsnee-) praktijk



## Globaal prospectief bedrag: basis

### **Basis = Mediaan van honoraria**

Mediaan > gemiddelde = mediaan

Mediaan < gemiddelde = mediaan + x%

- **Waarom “+ X %” ?**
  - In meer dan 50 van de 57 patiëntengroepen is mediaan < gemiddelde
  - Geen besparingsdoel → voor groepen met mediaan < gemiddelde: mediaanbedragen verhogen met x%, om hetzelfde niveau van totale RIZIV-uitgaven te bereiken



## Globaal prospectief bedrag: Periodieke aanpassing?

- **Jaarlijkse herberekening** globaal prospectief bedrag voor elke patiëntengroep o.b.v. recentst beschikbare gegevens
- **Resultaten** meegedeeld aan Verzekeringscomité
- Indexatie is voorzien voor de indexeerbare onderdelen (cf. afspraken binnen RIZIV)



## Gebundeld honorarium: welk honoraria ?

- Alle (medische en niet-medische) honoraria
  - Behalve de forfaitaire honoraria:
    - Voor klinische biologie, per verpleegdag;
    - Voor klinische biologie, per opname;
    - Voor medische beeldvorming, per opname;
    - Voor de intramurale medische permanentie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst/ erkende intensieve dienst  
*= want die bedragen zijn gerelateerd tot ziekenhuis-kenmerken of de casemix van het volledige ziekenhuis*
  - En de honoraria die zeer zelden worden aangerekend – niet gerelateerd tot de betrokken pathologie (bv. dialyse)



## Globaal prospectief bedrag: eigendom?

- **Globaal prospectief bedrag:**
  - Honoraria (vanaf start) → prestaties verstrekkers
  - Andere financieringsbronnen (in late fases) → ziekenhuis
- **Gebundeld honorarium**
  - > In elk ziekenhuis *verplicht* toegekend aan de disciplines, die volgens de nationale mediane RIZIV-bedragen, de prestaties uitvoerden – bv. *chirurgie, anesthesie*, .. (zgn. “primaire verdeling”)



## Impact op patiënt: remgeld

- Principes:
  - Vast remgeldbedrag per patiëntengroep (onafhankelijk van het reëel aantal uitgevoerde prestaties)
  - Onderscheid tussen gewone rechthebbende en RVV blijft behouden
- Toepassing: (tweemaal) 9 i.p.v. 57 remgeldbedragen (wegens beperkte verschillen tussen patiëntengroepen)



## Impact op patiënt: ereloonsupplementen?

- Principes:
  - Behoud van het huidige systeem (voorwaarden) voor ereloonsupplementen
  - Enkel aanrekenbaar op effectief uitgevoerde prestaties
  - Maximaal %: cf. algemene regeling van het ziekenhuis (*dus wel nog verschillen tussen ziekenhuizen onderling*)
  - Toekomst (globaal prospectief bedrag, ruimer dan honoraria): enkel op het deel honoraria van het globaal prospectief bedrag





## De wettelijke regeling en de toepassing in de praktijk

Art. 6. Wet 19 juli 2018 De Koning stelt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van het Verzekeringscomité, **de lijst vast van patiëntengroepen waarvoor het globaal prospectief bedrag per opname wordt toegepast.** Een patiëntengroep kan worden ingeschreven op de lijst voor zover het gaat om opnames die een **standaardproces van zorg vereisen dat weinig verschilt tussen patiënten en tussen ziekenhuizen.**

### Art. 7 Wet 19 juli 2018

Het Instituut **berekent periodiek het globaal prospectief bedrag per opname voor elk van de in artikel 6 bedoelde patiëntengroepen** op basis van de MZG-AZV-gegevens die worden bezorgd door de Technische cel en deelt dit mee aan de ziekenhuizen.

De Koning stelt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van het Verzekeringscomité, **de nadere regels vast betreffende de berekening en de facturatie** van het globaal prospectief bedrag per opname.

De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de nadere regels voor de **indexering** van het globaal prospectief bedrag per opname.



Het Instituut deelt aan de ziekenhuizen het deel van het globaal prospectief bedrag per opname mee dat

- de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vertegenwoordigt,
- het deel dat de bedragen die zijn vastgesteld in de overeenkomsten bedoeld in artikel 46 van dezelfde wet vertegenwoordigt en
- het deel dat het budget financiële middelen vertegenwoordigt.

Het Instituut deelt aan de ziekenhuizen ook de **gedetailleerde verdeling tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen mee van het deel van het globaal prospectief bedrag per opname dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt. De honoraria begrepen in het globaal <prospectief> bedrag worden aan de artsen en andere zorgverleners overgemaakt overeenkomstig de verdeling meegedeeld door het Instituut en onverminderd de toepassing van artikel 144 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008.**



Het globaal prospectief bedrag per opname berekend voor het jaar T is van toepassing voor alle opnames die een aanvang nemen na 31 december van het jaar T-1 en vóór 1 januari van het jaar T+1 en wordt vóór 1 december van het jaar T-1 bekendgemaakt via een bericht in het Belgisch Staatsblad en door het Instituut meegedeeld aan de ziekenhuizen.



Memorie van toelichting:

*“Voor alle opnames in België voor een bedoelde patiëntengroep zal eenzelfde bedrag worden toegekend. Het ziekenhuis krijgt informatie inzake de bestanddelen van het globaal prospectief budget. Daarnaast krijgen de ziekenhuizen (beheerder, artsen en andere zorgverleners) per gedefinieerde patiëntengroep ook inzicht in hoe het deel “honoraria” van het globaal prospectief bedrag precies is samengesteld. Er zal duidelijk aangegeven worden welke prestaties van welk hoofdstuk van de nomenclatuur inbegrepen zijn in het globaal prospectief bedrag, met inbegrip van het tarief van die prestaties. **Binnen het ziekenhuis zien de zorgverleners zich het deel van het globaal prospectief toegekend dat de honoraria vertegenwoordigt. Deze regeling heeft tot doel discussies over de verdeling van de honoraria tussen verschillende zorgverleners te beperken. Bovendien zorgt de regeling ervoor dat geen enkele zorgverlener er financieel voordeel bij heeft om de prestaties van andere zorgverleners op een of andere manier in te perken. De verdeling van de honoraria moet evenwel gebeuren met respect voor de (financiële) afspraken die neergeschreven zijn in de algemene regeling van het ziekenhuis. Wat bijvoorbeeld de problematiek van afdrachten voor de zorgverleners aan het ziekenhuis voor de dekking van kosten betreft, zullen de overeenkomsten die momenteel in elk ziekenhuis van kracht zijn worden toegepast voor de honoraria die zijn inbegrepen in het globaal prospectief bedrag volgens die verdeling”** (eigen beklemtoning).*



Verslag namens de commissie voor Volksgezondheid, het leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing bepaalt daarnaast: “[...] Bovendien zal die informatie aan de ziekenhuizen en aan de artsen worden bezorgd. Concreet houdt zulks in dat bijvoorbeeld de chirurg en de anesthesist tot in detail zullen weten door welk deel van het gebundelde honorarium hun prestaties wordt gedekt. De artsen waren uitdrukkelijk vragende partij voor een dergelijke regeling, aangezien die de onderhandelingen over de verdeling van de honoraria onder de ziekenhuisartsen zal faciliteren. [...] **Bovendien biedt het feit dat in elk ziekenhuis het gebundelde honorarium wordt opgesplitst volgens de disciplines die de mediane praktijk uitmaken, eveneens de nodige garanties.** Als bijvoorbeeld in 40% van de laagvariabele appendectomiepatiënten anatomopathologie wordt aangevraagd, zal in elk ziekenhuis het gebundeld honorarium voor de laagvariabele appendectomiepatiënt een bedrag omvatten dat de anatoompathologen in staat zal stellen gemiddeld voor twee op vijf patiënten pathologisch onderzoek te doen. [...] De uitsplitsing zal aan de artsen en de ziekenhuizen worden bezorgd per artikel of subartikel van de nomenclatuur. De beroepsbeoefenaars zullen in de nationale cijfers dus kunnen zien welk deel van het mediaan bedrag naar elke zorgverstrekker gaat (chirurg, anesthesist enzovoort). Vervolgens is het de bedoeling dezelfde verdeling toe te passen binnen elk ziekenhuis. De verdere verdeling tussen artsen zal nog steeds gebeuren volgens de eigen overeenkomsten binnen elk ziekenhuis. Evenzo is het niet de taak van de minister om te beslissen over het respectieve gewicht van elk van de ziekenhuisdiensten” (eigen beklemtoning).



## Herverdeling van honoraria door het ziekenhuis?

### Uitgangspunt: verdeling RIZIV

- De wet voorziet in principe niet dat ziekenhuizen afwijken van de verdeling van het gebundeld honorarium, zoals vastgelegd door het RIZIV
- Afwijkingen enkel mogelijk mits akkoord individuele artsen ( Honorarium blijft eigendom arts )



## Herverdeling van honoraria door het ziekenhuis?

Parlementaire voorbereidingen: Wetgever wil rekening houden met de van kracht zijnde overeenkomsten in het ziekenhuis (cf. artikel 144 Ziekenhuiswet)

- **Afhoudingen** van globaal prospectief budget slechts onder ***strikte voorwaarden*** mogelijk:
  - Aanpassing **financiële regeling** na verzwaard advies medische raad
  - **Niet discriminatoir** en op basis van **objectieve criteria**
  - Verwijzen naar **reële kosten/ instandhoudingsmaatregelen**



## Herverdeling van honoraria door het ziekenhuis?

- Ontbreken wettelijke basis andere “alternatieve verdelingen”

cf. nota Zorgnet Icuuro d.d. 15 november 2018)

- Principe = afstand van honorarium i.p.v. afhoudingen
  - “Afstand van honorarium” is niet voorzien als wettelijk vergoedingsstelsel in artikel 146 Ziekenhuiswet
  - Individueel akkoord artsen vereist !
- In strijd met doel wetgever? Prospectieve financiering = los van reële prestaties





- Te verwachten wijzigingen in het ziekenhuis
  - Reglement centrale inning wijzigen?
    - Mogelijk, bvb qua timing van betaling; voorschotregeling?
  - Financiële regeling wijzigen?
    - Liefst niet, tenzij voor pool van bedragen voorzien zonder dat zorgverlener aanwezig is (of omdat verstrekking in onderaanneming is uitgevoerd)
    - Quid bij herverdeling door ziekenhuis?
      - Afstand van ereloon vereist individueel akkoord van arts
      - Indien arts is betaald per prestatie en **indien er niet meer voor elke prestatie een vergoeding wordt toegekend is een nieuw contract vereist die dit preciseert en die omschrijft wat een vergoeding per prestatie inhoudt**
      - Afhoudingen conform art. 155?