

SPF SANTÉ PUBLIQUE

Bruxelles, le 23/03/2017

SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

DIRECTION GÉNÉRALE SOINS DE SANTÉ

CONSEIL FÉDÉRAL DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Ref. : CFEH/D/453-5(*)

Avis du Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers du 23 mars 2017 relatif à la demande d'avis de Madame la Ministre du 6 février 2017 sur les modifications de l'arrêté royal du 25 avril 2002 au 1^{er} juillet 2017.

Au nom du président,
M. Peter Degadt

Le secrétaire,
M. Pedro Facon

(*) CET AVIS A ÉTÉ APPROUVÉ LORS DE LA RÉUNION DU 23/03/2017 ET RATIFIÉ LORS DU BUREAU À CETTE MÊME DATE.

FOD VOLKSGEZONDHEID

BRUSSEL, 23/03/2017

VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

DIRECTORAAT-GENERAAL GEZONDHEIDSZORG

FEDERALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Ref. : FRZV/D/453-5(*)

Advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 23 maart 2017 betreffende de adviesaanvraag van mevrouw de Minister van 6 februari 2017 inzake de wijzigingen van het koninklijk besluit van 25 april 2002 op 1 juli 2017.

Namens de Voorzitter
M. Peter Degadt

De Secretaris
M. Pedro Facon

(*) DIT ADVIES IS GOEDGEKEURD TIJDENS DE VERGADERING VAN 23/03/2017 EN BEKRACHTIGD DD 23/03/2017 DOOR HET BUREAU.

Madame la Ministre trouvera ci-dessous l'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers.

Mevrouw de Minister vindt hieronder het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Sous-partie B2 DI-RHM

1. Utilisation des données infirmières au 1er juillet 2017 dans la sous-partie B2 du BMF.

a. Remarques préliminaires

En premier lieu, le Conseil estime qu'il n'y a plus à l'heure actuelle de forum clair permettant de formuler des avis à l'intention de la Ministre sur l'enregistrement et l'utilisation des données médicales, infirmières et psychiatriques telles que nous les connaissons dans nos hôpitaux (DM-RCM, DI-RIM, RPM, etc.).

Le Conseil considère que lorsque l'on redéfinira ses tâches, cet élément devra être pris en considération et il recommande de faire passer les avis nécessaires par le Conseil. Procéder de la sorte permettrait d'examiner l'ensemble du dossier au sein d'un seul et unique organe et de rendre un avis complet et cohérent. Cela signifie également que l'on considère que le Conseil travaille désormais jusqu'à nouvel ordre sur des avis concernant l'amélioration, l'affinement et l'approfondissement de l'enregistrement et l'application des données médicales et infirmières.

2. Application du RIM II dans le BMF au 1er juillet 2017

2.1 Pourcentage d'application

Dans la mesure où il ne serait pas raisonnable d'encore utiliser des données remontant à 2005 dans le cadre du financement des hôpitaux, le Conseil suggère que l'on utilise les données du RIM II à 100 % d'ici une période de 3 ans maximum. En effet, il serait préférable d'en répartir l'effet, ce afin de permettre aux hôpitaux qui seront fortement impactés de se préparer. Par ailleurs, l'indispensable validation clinique est toujours en cours, la méthode sera encore améliorée et il conviendra de voir comment l'intégrer dans le nouveau financement. Une première étape sera franchie le 1^{er} juillet 2017 avec une application à 50%. En ce qui concerne les

Onderdeel B2 – Gebruik VG-MZG

1. Gebruik van verpleegkundige gegevens op 1 juli 2017 in onderdeel B2 van het BFM.

a. Vooraf

De Raad is vooreerst van mening dat er vandaag geen duidelijk forum meer is om de Minister adviezen te geven over de registratie en het gebruik van medische -, verpleegkundige en psychiatrische gegevens zoals we die kennen in onze ziekenhuizen (MG-MKG, VG-MVG, MPG, ...).

De Raad is van mening dat bij het heruitzetten van het takenpakket van de Raad hiermee moet rekening gehouden worden en dat het best is om de noodzakelijke adviezen te laten verlopen via de Raad. Zo kan het geheel op één plaats bekeken worden of kan er telkens een volledig en samenhangend advies verstrekt worden. Dat betekent ook dat we er van uit gaan dat de Raad vanaf nu tot nader order verder werkt aan adviezen i.v.m. het verbeteren en verfijnen en uitdiepen van de registratie en de toepassing van medische en verpleegkundige gegevens.

2. Toepassing van MVG II in BFM op 1 juli 2017

2.1 Toepassingspercentage

Omdat het niet redelijk is om nog gegevens van 2005 te gebruiken in het kader van de financiering van de ziekenhuizen stelt de Raad voor om binnen een periode van maximum 3 jaar de MVG II-gegevens aan 100 procent te gebruiken. Het effect ervan wordt inderdaad best gespreid, dit om ziekenhuizen die geconfronteerd zullen worden met grote impact de kans te geven zich voor te bereiden. Bovendien is de noodzakelijke klinische validatie nog volop bezig, wordt de methodiek nog verder verbeterd en dient onderzocht hoe deze in te passen in de nieuwe

prochaines étapes, un avis sera rendu tous les ans sur base des progrès enregistrés en termes de validation, amélioration et intégration de l'outil NRG.

En outre, certains membres demandent la suppression complète du seuil de 0.04 actuellement en vigueur, tandis que d'autres demandent que ce seuil de 0.04 soit progressivement adapté.

2.2 Pondération des épisodes de soins en fonction de leur durée

Le Conseil marque son accord de principe sur une modification de la pondération des épisodes de soins de moins de 24h. Corriger les épisodes de soins en question en fonction de la présence d'items spécifiques liés à la durée de l'épisode de soins présente l'avantage d'éviter que ces épisodes ne pèsent trop lourdement. Par conséquent, le Conseil approuve les principes de base formulés en la matière dans la note « Demande d'avis sur l'utilisation du DIRHM dans la sous-partie B2 du BMF ». Cela étant; le Conseil estime que si l'on applique ce principe, il faudra porter l'attention requise pour sélectionner les items pertinents et également affiner la pondération. Une réflexion sur la quantification plus directe de certains items dès le codage devrait également être menée pour l'avenir.

Certains items peuvent probablement être directement quantifiés à partir du codage même, et cela devrait aussi être examiné.

2.3 Critères des groupes de base et NRG

Il importe qu'il y ait une certaine homogénéité à l'intérieur du système. C'est pourquoi le Conseil approuve les propositions formulées en la matière dans la note « Demande d'avis sur l'utilisation du DIRHM dans la sous-partie B2 du BMF ». En l'occurrence également, il est évident que le travail ne s'achève

financiering. De eerste stap daar naar toe wordt gezet op 1 juli 2017 met een 50 % toepassing. Over de volgende stappen zal jaarlijks advies worden uitgebracht op basis van de vooruitgang die wordt aangetoond inzake validatie, verbetering en inpassing van het NRG instrument.

Sommige leden vragen bovendien om de huidige van toepassing zijnde drempel van 0.04 volledig in te trekken waar andere voorstaander zijn van een progressieve aanpassing van de 0.04 drempel.

2.2 Zorgperiodes wegen in functie van de duurtijd

De Raad is principieel akkoord om aan zorgperiodes korter dan 24 u andere gewichten te geven. Een correctie van die zorgperiodes in overeenstemming met de aanwezigheid van specifieke items die gerelateerd zijn aan de duurtijd van de zorgperiode is dus goed om te vermijden dat die niet te zwaar gaan doorwegen. Derhalve kan de Raad de basisprincipes aanvaarden ter zake zoals geformuleerd in de nota "Advies aanvraag m.b.t. het gebruik van VG-MZG in het onderdeel B2 van het BFM". Wel denkt de Raad dat er bij de toepassing van dit principe de nodige aandacht moet opgebracht worden om de relevante items te selecteren en ook de toekenning van gewicht verder te verfijnen. Sommige items kunnen vermoedelijk direct vanuit het coderen zelf gekwantificeerd worden en dat zou ook moeten onderzocht worden.

2.3 Criteria van basisgroepen en NRG's

De homogeniteit in het systeem is erg belangrijk. Derhalve is de Raad akkoord met de voorstellen ter zake zoals geformuleerd in de nota "Advies aanvraag m.b.t. het gebruik van VG-MZG in het onderdeel B2 van het BFM". Ook hier is het duidelijk dat dit werk met deze voorstellen niet af is en dat er in de toekomst een

pas avec ces propositions et qu'à l'avenir, il faudra trouver une méthode permettant d'approfondir encore les choses en concertation avec le secteur.

2.4 Adaptation du calcul des points de financement supplémentaire

Le Conseil estime qu'il n'y a pas lieu de modifier la méthode de travail actuelle. La part des points au-dessus de la médiane doit rester le point de départ des points de financement supplémentaire. C'est pourquoi le Conseil n'approuve pas les propositions formulées en la matière dans la note « Demande d'avis sur l'utilisation du DI-RHM dans la sous-partie B2 du BMF ».

Outre la transition vers un NRG à 100% (voir supra), le Conseil estime qu'il n'y a pas lieu d'apporter des modifications de principe à la méthode de travail actuelle en ce qui concerne les points NRG supplémentaires CD et E : la part de marché des points de tous les épisodes de soins au-dessus de la médiane doit rester la clé de répartition des points de financement supplémentaire pour tous les hôpitaux. C'est pourquoi le Conseil n'approuve pas les propositions formulées en la matière au point 4 de la note « Demande d'avis sur l'utilisation du DI-RHM dans la sous-partie B2 du BMF ».

Le Conseil souhaite que l'on se penche sur les avis précédents mais récents concernant le NRG.

Le Conseil propose à cet égard d'analyser le passage des déciles aux parts de marché pour le financement des soins intensifs. Le Conseil est également disposé à rendre un avis sur les techniques de financement.

3. Qualité

La qualité des données est extrêmement importante et doit faire l'objet d'une attention permanente. En cas de problème technique, il doit être possible d'exclure des données, mais pour le Conseil, cela

workwijze moet gevonden worden om in overleg met de sector verdere uitdieping toe te laten.

2.4 Aanpassing berekening van bijkomende financieringspunten

De Raad is van mening dat er geen wijziging aan de huidige werkwijze dient te gebeuren. Het aandeel van punten boven de mediaan moet het uitgangspunt blijven van bijkomende financieringspunten. Derhalve is de Raad niet akkoord met de voorstellen ter zake zoals geformuleerd in de nota "Advies aanvraag m.b.t. het gebruik van VG-MZG in het onderdeel B2 van het BFM".

Naast de overgang naar 100% NRG (zie boven) is de Raad van mening dat er geen principiële wijziging aan de huidige werkwijze dient te gebeuren wat betreft supplementaire NRG punten CD en E: het marktaandeel van punten van alle zorgepisodes boven de mediaan moet de verdelings sleutel blijven van bijkomende financieringspunten voor alle ziekenhuizen. Derhalve is de Raad niet akkoord met de voorstellen ter zake zoals geformuleerd in de nota "Advies aanvraag m.b.t. het gebruik van VG-MZG in het onderdeel B2 van het BFM", punt 4.

De Raad wenst haar vroegere doch recente adviezen i.v.m. NRG in bezinning te brengen.

De Raad stelt voor om in dit verband de overgang van decielen naar marktaandelen voor de financiering van intensieve zorgen te analyseren. De Raad is verder bereid advies te geven over de financieringstechnieken.

3. Kwaliteit

Kwaliteit van de gegevens is uitermate belangrijk en er moet een constante aandacht zijn van dit gegeven. Bij een technische storing moet het mogelijk zijn om data uit te sluiten, maar dat lijkt de Raad eerder een

semble plutôt être une mesure d'exception, et s'il s'agit d'un nombre non négligeable d'épisodes de soins, il serait préférable de miser sur la réintroduction des données si cela est possible.

4. Groupe de travail scientifique

Le Conseil n'a pas d'objection fondamentale à formuler par rapport à l'installation d'un conseil scientifique qui offrirait un forum aux collaborateurs hospitaliers et aux experts s'occupant de l'enregistrement des données médicales et infirmières. Il faudra juste que le travail fourni fasse l'objet d'un feed-back et soit aligné de manière optimale sur le fonctionnement du Conseil. Comme on l'a vu dans la première partie, il serait préférable que cela se fasse en un seul endroit et le Conseil suggère plus précisément que ces travaux fassent également partie des tâches qui lui sont confiées. Autrement dit, il faudra définir la future composition et la méthode de travail du groupe de travail scientifique, ainsi que son domaine d'activité, en parfaite concertation avec le Conseil fédéral, afin d'éviter tout malentendu à l'avenir.

5. Prochaines étapes

Différentes propositions sont sur la table en ce qui concerne les modifications à apporter dans l'ensemble des enregistrements médicaux et infirmiers. Le travail n'est effectivement jamais terminé et le Conseil est dès lors disposé à organiser de nouveaux travaux à ce sujet (voir supra).

Le Conseil se réjouit de la relecture en cours du manuel de codage du DI-RHM, y compris les 5 items supprimés du modèle de financement 2016, et de la recherche d'une solution sous forme d'une reformulation de ces items.

Le Conseil souhaite que soit analysée la perspective d'un enregistrement continu des données DI-RHM en lien avec le déploiement du DPI. Il souhaite également qu'un rôle central puisse être donné au DI-RHM dans le nouveau financement hospitalier,

uitzonderingsmaatregel en indien het gaat om een niet te verwaarlozen aantal zorgepisodes, lijkt het beter om in te zetten op het her indienen van de gegevens als dit mogelijk is.

4. Wetenschappelijke werkgroep

De Raad is principieel niet gekant tegen het installeren van een wetenschappelijke raad om de ziekenhuismedewerkers en experten die bezig zijn met de registratie van medische en verpleegkundige gegevens een forum te bieden. Alleen dient het geleverde werk teruggekoppeld en maximaal afgestemd te worden met de werking van de Raad. Zoals in het eerste deel al gesteld, zou het best zijn dat er slechts één plaats is waar dit gebeurt en met name stelt de Raad voor dat deze werkzaamheden ook tot haar takenpakket behoort. Dit betekent dat de toekomstige samenstelling en werkwijze van de wetenschappelijke werkgroep evenals het afbakenen van haar werkterrein moeten vastgelegd worden, in perfect overleg met de Federale Raad en dit om alle misverstanden in de toekomst te vermijden.

5. Next steps

Er zijn meerdere voorstellen om in het geheel van de medische en verpleegkundige registraties wijzigingen aan te brengen. Inderdaad het werk is nooit af en de Raad is dan ook bereid om hierover verdere werkzaamheden te organiseren (cfr. supra).

De Raad vindt het een goed idee om het condeerhandboek VG-MZG te herbekijken om ondermeer te trachten de 5 geschrapte items van het financieringsmodel 2016 te herbekijken en een oplossing te vinden in een herformuleren van deze items.

De Raad is van oordeel dat een continue registratie VG-MZG gelinkt met het ontvouwen van het EPD mogelijks binnen enige tijd haalbaar zal zijn. Dat is een van de mogelijkheden om de VG-MZG een prominentere

notamment pour caractériser le patient du point de vue de sa lourdeur spécifique de prise en charge en soins infirmiers, au-delà de sa pathologie.

Le Conseil estime qu'un enregistrement continu des données DI-RHM à partir du DPI sera possible dans quelque temps. Il s'agira là d'une des possibilités permettant de donner au DI-RHM un rôle plus central dans le financement.

La pathologie d'un patient est une chose, mais la lourdeur des soins infirmiers en est une autre. Outre l'évaluation de la pathologie, le DI-RHM doit recevoir la place qui lui revient dans le financement des hôpitaux.

Enfin, le Conseil souligne que le DI-RHM, en plus d'une fonction financière, a également une fonction stratégique importante pour la gestion de l'hôpital.

6. Avis précédents

Le Conseil souhaite que l'on se penche sur les avis précédents récents concernant les données médicales et infirmières. Selon plusieurs membres, la suppression provisoire des 5 items doit être considérée comme une suppression dans l'attention d'une redéfinition des items.

7. Conclusion

Envisager uniquement l'aspect financier de l'enregistrement des données médicales et infirmières dans les hôpitaux ne rendrait pas justice à cet enregistrement important. Il faut avoir la meilleure connaissance possible des soins pour pouvoir les évaluer au mieux. Une évaluation correcte des soins est importante non seulement pour le demandeur de soins mais aussi pour le prestataire de soins, et c'est dans cette perspective que le Conseil souhaite poursuivre ses travaux dans ce domaine. Étant donné que cet enregistrement demande des efforts importants de la part des hôpitaux, un calendrier des modifications devrait être

placé à la disposition de la nouvelle ziekenhuisfinanciering, plus précisément de la partie de la financement de la pathologie, plus précisément de la partie de la financement de la pathologie.

De Raad is van oordeel dat een continue registratie VG-MZG vanuit EPD binnen korte tijd mogelijk zal zijn. Dit zal een van de mogelijkheden zijn om VG-MZG een meer centrale rol te geven binnen de financiering.

De pathologie van een patiënt is één ding, maar de verpleegkundige zorgzwaarte is een ander ding. Naast de pathologie meting moet VG-MZG de plaats krijgen die het toekomt in de financiering van de ziekenhuizen.

Ten slotte wordt er ook op gewezen dat VG-MZG naast de financiële functie ook een belangrijke beleidsfunctie heeft voor het ziekenhuismanagement.

6. Vroegere adviezen

De Raad wenst de vroegere doch recente adviezen i.v.m. de medische en verpleegkundige gegevens in bezinning te brengen. De voorlopige schrapping van de 5 items, moet volgens meerdere leden gezien worden als een schrapping in afwachting van herdefiniëring van de items.

7. Besluit

Alleen kijken van de financiële kant van de registratie van medische en verpleegkundige gegevens in de ziekenhuizen is deze belangrijke registratie onrecht aandoen. De zorg zo goed mogelijk kennen is nodig om haar zo goed mogelijk te waarderen. Een goede waardering van de zorg is belangrijk voor de zorgvrager en de zorgverlener en in dat perspectief wil de Raad graag verder werken rond dit item. Gezien deze registratie belangrijke inspanningen van de ziekenhuizen vraagt, dienen geplande wijzigingen

<p>communiqué aux hôpitaux en temps utile et de manière transparente.</p>	<p>transparent en tijdig aan de ziekenhuizen gecommuniceerd te worden.</p>
<p>Sous partie B2 1) Intégration des lits d'index B dans le calcul de l'activité justifiée</p> <p>Le CFEH marque son accord sur la correction de l'annexe 3 de l'AR du 25 avril 2002 en ajoutant l'index B dans la liste des index de lits pour lesquels un nombre de lits justifiés est calculé, comme cela est déjà prévu dans l'article 46, §2. Cet index B est ajouté aux index CD qui comprennent les lits CD, I et L.</p>	<p>Onderdeel B2 1) Integratie van de bedden met kenletter B in de berekening van de verantwoorde activiteit</p> <p>De FRZV hecht zijn goedkeuring aan de correctie van bijlage 3 van het KB van 25 april 2002 door de kenletter B toe te voegen in de lijst van de bedindexen waarvoor een aantal verantwoorde bedden berekend is, zoals dat reeds voorzien is in artikel 46, §2. Die kenletter B wordt toegevoegd aan de CD-indexen die de CD-, I- en L-bedden omvatten.</p>
<p>2) Fixation d'un nombre de points pour les lits K partiels justifiés et les lits A partiels justifiés</p> <p>D'abord le CFEH fait remarquer que l'hôpital psychiatrique de jour est un chaînon important dans le contexte de la réforme de soins de santé mentale, et respecte tous les principes de la réforme du paysage hospitalier dans les hôpitaux aigus. Le CFEH craint qu'une diminution du financement de ces services conduise à une augmentation des listes d'attente pour ces services, pour lesquels, en particulier dans les grandes villes, il existe un déficit flagrant.</p> <p>Pour éviter cela, et dans le cadre de la stabilité des règles et du financement qui sont des conditions pour une période transitoire vers une réforme du financement hospitalier, il est proposé par le Conseil de n'appliquer les règles que dans le cadre de <u>nouvelles reconversions</u> et d'appliquer les « vieilles » règles existantes pour des reconversion prises conformément à l'exécution du moratoire prévu dans la loi-programme du 25 décembre 2016.</p> <p>Il faudra dans le cadre du nouveau financement et de la réforme prévoir une période transitoire pour faire converger les deux systèmes (anciens et les nouveaux) dans un système intégré.</p>	<p>2) Vastleggen van een aantal punten voor de verantwoorde gedeeltelijke K-bedden en de verantwoorde gedeeltelijke A-bedden</p> <p>Vooreerst wijst de FRZV erop dat het psychiatrische dagziekenhuis een belangrijke schakel is in het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, en alle principes van de hervorming van het ziekenhuislandschap in de acute ziekenhuizen respecteert. De FRZV vreest dat een daling van de financiering van deze diensten kan leiden tot een stijging van de wachtlijsten in deze diensten, waarvan in het bijzonder in de grote steden een prangend tekort bestaat.</p> <p>Om dit te vermijden, en in het kader van de stabiliteit van regelgeving en financiering die voorop wordt gesteld tijdens de overgangperiode naar de hervormde ziekenhuisfinanciering, stel de Raad voor om de hieronder voorgestelde gewijzigde regels slechts toe te passen voor <u>nieuwe</u> reconversies en de bestaande "oude" regels van toepassing te laten voor wat betreft de reconversies volgens de uitvoering van het moratorium, voorzien in de programmatiewet van 25 december 2016.</p> <p>In het kader van de nieuwe financiering en de voorziene hervorming is een overgangperiode noodzakelijk om de twee systemen (oude en nieuwe) te convergeren in een geïntegreerd systeem.</p>

Il est important que tout projet de reconversion pour obtenir des lits de (pédo) psychiatrie de jour lits a ou k jour s'intègre dans un objectif médical global, porté par une équipe (pédo)psychiatrique, qui implique, outre ces lits, un accueil de situations d'urgence ou de crise (en collaboration avec l'équipe mobile de crise ou avec une salle hospitalière d'urgences), des activités de consultations (avec éventuellement de la psychiatrie de liaison) et d'intersectorialité en lien avec la nouvelle réforme de santé mentale enfants et adolescents (implication dans la politique de réseau) en fonctions des besoins locaux.

Actuellement, il n'y a effectivement pas de fixation d'un nombre de points spécifiques pour ces lits partiels.

Le CFEH est conscient que les normes de personnel infirmier, soignant et paramédical applicables aux lits A partiels et K partiels sont inférieures aux normes de personnel infirmier, soignant et paramédical applicables aux lits A complet et K complet.

Le CFEH est d'accord pour fixer un nombre de points pour ces lits partiels mais se demande s'il est opportun de modifier ce qui est appliqué actuellement dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier ?

Les lits partiels existant historiquement ont bénéficié des financements supplémentaires attribués dans les sous-parties B4 et B9. Les lits psychiatriques partiels dans les hôpitaux généraux viennent presque tous des reconversions récentes des lits aigus. Ils ne bénéficient donc pas de ces fonds historiques supplémentaires. En effet, en raison du nombre très limité des lits psychiatriques partiels existant dans les hôpitaux généraux, aucun point particulier n'a été prévu à ce sujet en 2002. Cependant, ce financement supplémentaire était très conséquent, en particulier pour la psychiatrie infantile :

AM 28/12/1994 (art 12bis) : à partir du 1/7/1995
- K et Kj : + 5 ETP par 20 lits (100 %)
- Kn : + 3 ETP par 20 lits (100 %)

Het is belangrijk dat elk reconversieproject om bedden te bekomen van (pedo)psychiatrische dagbedden a of k, past binnen een globaal medisch doel, ondersteund door een (pedo)psychiatrische equipe. Dit impliceert naast deze bedden, een onthaal voor spoed- of crisissituaties (in samenwerking met een mobiele crisisequipe of met een ziekenhuiszaal voor spoedopvang), consultatie-activiteiten (met eventueel liaison psychiatrie) en intersectoraal, gelinkt met de nieuwe hervorming van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (betrokkenheid bij het netwerkbeleid) in functie van lokale behoeften.

Momenteel is er effectief geen aantal specifieke punten vastgelegd voor die gedeeltelijke bedden.

De FRZV is er zich bewust van dat de normen voor verpleegkundig, verzorgend en paramedisch personeel die van toepassing zijn op de gedeeltelijke A-bedden en gedeeltelijke K-bedden lager liggen dan de normen voor verpleegkundig, verzorgend en paramedisch personeel die van toepassing zijn op de volledige A-bedden en volledige K-bedden.

De FRZV stemt ermee in om een aantal punten vast te leggen voor die gedeeltelijke bedden, maar vraagt zich af of het opportuun is om te wijzigen wat momenteel toegepast wordt in het kader van de hervorming van het ziekenhuislandschap?

De historisch bestaande gedeeltelijke bedden hebben bijkomende financieringen genoten die toegekend zijn in de onderdelen B4 en B9. De gedeeltelijke psychiatrische bedden in algemene ziekenhuizen zijn echter quasi allemaal afkomstig uit recente reconversies van acute bedden. Zij genieten daardoor niet van deze bijkomende historische financieringen. Het is namelijk wegens het heel klein aantal bestaande gedeeltelijke psychiatrische bedden in algemene ziekenhuizen dat in 2002 geen apart puntenaantal was voorzien. Nochtans was deze bijkomende financiering heel consequent, in het bijzonder voor de kinderspsychiatrie:

AM 28/12/1994 (art 12bis) : vanaf 1/7/1995
- K en Kj : + 5 VTE voor 20 bedden (100 %)
- Kn : + 3 VTE voor 20 bedden (100 %)

<p>Ce financement supplémentaire est considéré comme absolument nécessaire par le terrain pour le bon fonctionnement de ces services.</p> <p>Les lits partiels psychiatriques récemment créés dans les hôpitaux généraux ne profitent donc pas de ces financements supplémentaires historiques dans les sous-parties B4 et B9. Contrairement à ce que la Ministre précise dans son avis, le financement nécessaire pour la norme minimale pour les lits partiels k ne s'élève pas par conséquent à :</p> <p>K jour: 8 ETP par 20 lits K nuit: 10 par 20 lits</p> <p>Mais bien:</p> <p>K jour: 13 ETP par 20 lits K nuit: 13 par 20 lits</p> <p>Cela doit être pris en compte lors de la détermination de nombre de points B2.</p> <p>Si Madame la Ministre voulait malgré tout fixer un nombre de points spécifiques pour ces lits partiels, le CFEH demande à ce que ce nombre de points soit supérieur à la simple application des normes de personnel car les soins qui y sont prodigués sont plus soutenus que ceux prodigués dans les lits complets et qu'ils nécessitent la présence de plus de personnel paramédical qui est plus coûteux.</p> <p>De plus, les lits complets bénéficient de financements supplémentaires octroyés en sous-parties B4 et B9.</p> <p>Le CFEH plaide également pour l'application d'un phasage dans la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions pour éviter que les hôpitaux ne subissent une perte trop importante de budget de manière brutale.</p>	<p>Deze bijkomende financiering wordt door het terrein als absoluut noodzakelijk beschouwd voor de correcte werking van deze diensten.</p> <p>De recent gecreëerde gedeeltelijke psychiatrische bedden in algemene ziekenhuis genieten dus niet van deze historische bijkomende financieringen in onderdelen B4 en B9. In tegenstelling tot wat de Minister in haar advies beweert, bedraagt de benodigde financiering voor de minimale norm in gedeeltelijke k-bedden bijgevolg niet:</p> <p>K dag: 8 VTE voor 20 bedden K nacht: 10 voor 20 bedden</p> <p>Maar wel:</p> <p>K dag: 13 VTE voor 20 bedden K nacht: 13 voor 20 bedden</p> <p>Hiermee moet rekening worden gehouden bij de vaststelling van het aantal B2-punten.</p> <p>Mevrouw de Minister wou weliswaar een aantal specifieke punten vastleggen voor die gedeeltelijke bedden, maar de FRZV vraagt dat dit aantal punten hoger ligt dan de gewone toepassing van de personeelsnormen, want de zorg die er verstrekt wordt, is constanter dan de zorg die verstrekt wordt in de volledige bedden en er is meer paramedisch personeel voor nodig, wat duurder is.</p> <p>Bovendien krijgen de volledige bedden bijkomende financieringen die toegekend worden in de onderdelen B4 en B9.</p> <p>De FRZV pleit ook voor de toepassing van een fasering bij het uitvoeren van die nieuwe bepalingen om te vermijden dat de ziekenhuizen plotseling een te groot budgetverlies lijden.</p>
<p>3) Nombre de salles d'opération disponible en permanence</p> <p>Pour l'octroi du financement d'une première ou d'une seconde salle d'opération disponible en</p>	<p>3) Aantal permanent beschikbare operatiezalen</p> <p>Voor de toekenning van de financiering van een eerste of een tweede permanent beschikbare operatiezaal houdt</p>

<p>permanence, on tient compte du nombre d'interventions chirurgicales de cardiologie ou de neurochirurgie prestées pendant le dernier exercice connu. Il n'est pas mentionné si les interventions doivent concerner les patients relevant de l'assurance maladie-invalidité ou tous les patients.</p> <p>Madame la Ministre propose de ne retenir que les prestations relatives aux seuls patients OA.</p> <p>Le CFEH ne peut se rallier à cette proposition et demande à ce que toutes les interventions soient retenues dans le calcul, que le patient relève d'un organisme-assureur ou pas.</p> <p>Il préconise de demander, préalablement à chaque recalcul du budget, les factures anonymisées des patients non OA directement aux hôpitaux afin d'introduire dans ce calcul les données y relatives.</p>	<p>men rekening met het aantal cardiologische of neurochirurgische heelkundige ingrepen die uitgevoerd zijn tijdens de laatste gekende oefening. Er is niet vermeld of de ingrepen betrekking moeten hebben op de patiënten die onder de ziekte- en invaliditeitsverzekering vallen, of op alle patiënten.</p> <p>Mevrouw de Minister stelt voor om enkel de prestaties met betrekking tot de VI-patiënten in aanmerking te nemen.</p> <p>De FRZV kan met dat voorstel niet instemmen en vraagt dat in de berekening met alle ingrepen rekening gehouden wordt, ongeacht of de patiënt onder een verzekeringsinstelling valt of niet.</p> <p>Hij beveelt aan om vóór elke herberekening van het budget de geanonimiseerde facturen van de niet-VI-patiënten rechtstreeks aan de ziekenhuizen te vragen teneinde de desbetreffende gegevens in die berekening op te nemen.</p>
<p><u>SOUS PARTIE B3</u></p> <p>Le CFEH est d'accord pour appliquer les termes du Protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale, conclu le 24 février 2014, qui prévoit que les centres universitaires peuvent placer un second appareil PET pour les examens translationnels et la formation qui ne peut être financé qu'à 50 % du budget pour les frais de fonctionnement.</p>	<p><u>ONDERDEEL B3</u></p> <p>De FRZV stemt in met de toepassing van de bewoordingen van het Protocolakkoord inzake de medische beeldvorming, afgesloten op 24 februari 2014, dat bepaalt dat de universitaire centra een tweede PET-toestel mogen plaatsen voor translationeel onderzoek en opleiding, dat slechts voor 50% van het budget voor de werkingskosten gefinancierd mag worden.</p>
<p><u>SOUS PARTIE B4</u></p> <p>1) IFIC</p> <p>Le CFEH voudrait rappeler ses avis du 14 avril 2016 et 22 septembre 2016 sur l'implémentation de l'IFIC et continue à s'interroger sur la mise en œuvre pratique. Il est rappelé que le même travail devrait être fait pour le secteur public.</p> <p>Il rappelle qu'il semble techniquement très difficile d'intégrer, dans le système de financement du BMF, l'implémentation des barèmes IFIC pour les seuls hôpitaux privés, sur base d'un système de répartition juste. En tout état de cause, il faudra du temps pour analyser les répercussions et une implémentation ne semble pas réaliste avant 2018 et ne semble pas</p>	<p><u>ONDERDEEL B4</u></p> <p>1) IFIC</p> <p>De FRZV zou willen herinneren aan zijn adviezen van 14 april 2016 en 22 september 2016 over de implementatie van IFIC en blijft zich vragen stellen over de praktische uitvoering. Er wordt aan herinnerd dat hetzelfde werk gedaan zou moeten worden voor de overheidssector.</p> <p>De Raad herinnert eraan dat het technisch zeer moeilijk lijkt om in het financieringssysteem van het BFM de implementatie van de IFIC-barema's enkel voor de privéziekenhuizen, op basis van een billijk verdeelsysteem, op te nemen. In ieder geval zal het tijd vragen om de gevolgen te analyseren, en een implementatie lijkt niet realistisch vóór 2018 en lijkt niet overeen te stemmen met</p>

<p>cadrer avec la volonté de la Ministre de réforme du financement hospitalier.</p> <p>Le CFEH se demande à quoi va servir le budget en 2017, puisqu'il n'est pas réaliste que l'application d'une éventuelle CCT conduise déjà à l'intégration des nouveaux barèmes en 2017.</p> <p>Au cas où les travaux de l'IFIC devaient progresser d'ici janvier 2018, le CFEH se penchera sur la répartition du financement.</p> <p>Le CFEH demande à être impliqué dans les modalités de financement discutées au sein de l'IFIC.</p> <p>Dans le cas de la non mise en œuvre de la nouvelle classification de fonctions, les membres proposent d'ajouter le budget disponible au dossier patient informatisé dans l'optique du futur développement des réseaux.</p>	<p>de wil van de Minister om de ziekenhuisfinanciering te hervormen.</p> <p>De FRZV vraagt zich af waarvoor het budget in 2017 gaat dienen, aangezien het niet realistisch is dat de toepassing van een eventuele CAO reeds tot de integratie van de nieuwe barema's in 2017 leidt.</p> <p>Indien de werkzaamheden rond IFIC moeten vooruitgaan van januari 2018, zal de FRZV zich buigen over de verdeling van financiering.</p> <p>De FRZV vraagt om betrokken te worden bij de besprekingen van de financieringsmodaliteiten van voor IFIC.</p> <p>De leden stellen voor om het beschikbare budget toe te voegen aan het elektronisch patiëntendossier met het oog op de toekomstige ontwikkeling van de netwerken.</p>
<p>2) Dossier patient informatisé</p> <p>Aujourd'hui, les modalités de financement du budget 'Early adopter' au 1^{er} juillet 2017 ne sont pas claires et les travaux sur l'élaboration de critères mesurables ne sont pas achevés.</p> <p>Certains membres du CFEH proposent que le budget prévu pour 'early adopter' soit considéré comme acquis pour l'ensemble des hôpitaux jusqu'au 1^{er} janvier 2018. Au 1^{er} juillet 2017, le budget de 5% sera réparti au prorata du montant du socle par hôpital.</p> <p>Dès que des critères mesurables seront disponibles, la répartition du budget 'early adopter' sera revue afin de valoriser les efforts déployés dans le passé.</p> <p>Les membres interpellent la Ministre sur les préoccupations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est essentiel de connaître la manière dont seront mesurés et évalués les 15 critères d'early adopter. - Besoin d'indications et moyens au niveau du SPF Santé publique pour monitorer et accompagner les développements réalisés par les hôpitaux. 	<p>2) Elektronisch patiëntendossier</p> <p>De modaliteiten voor de financiering van het budget 'Early adopter' op 1 juli 2017 zijn momenteel niet duidelijk en de werkzaamheden rond het opstellen van meetbare criteria zijn niet rond.</p> <p>Bepaalde leden van de FRZV zijn van mening dat het voor 'early adopter' voorziene budget beschouwd wordt als verworven voor het geheel van de ziekenhuizen tot 1 januari 2018. Van 1 juli 2017, zal het budget van 5% verdeeld worden pro rata van het basisbedrag per ziekenhuis.</p> <p>Van zodra meetbare criteria beschikbaar zijn, zal de verdeling van het budget 'early adopter' herbekeken worden met als doel om de in het verleden geleverde inspanningen te valoriseren.</p> <p>De leden wijzen de Minister op de volgende bezorgdheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het is essentieel om de wijze waarop de 15 criteria voor 'early adopter' gemeten en geëvalueerd worden te kennen. - De FOD Volksgezondheid moet kunnen beschikken over mogelijkheden en middelen om door de ziekenhuizen gerealiseerde ontwikkelingen te monitoren en te begeleiden.

<p>- Avec la formation des réseaux cliniques, les hôpitaux doivent avoir la possibilité de réorienter le choix du DPI.</p> <p>Si le nombre d' « early adopters » est limité à un nombre restreint d'hôpitaux, il est proposé d'introduire un plafond à ce financement.</p> <p>Le CFEH demande à se prononcer sur les critères qui seront élaborés.</p>	<p>- Met het vormen van de klinische netwerken, moeten de ziekenhuizen de mogelijkheid hebben om hun keuze EPD te heroriënteren.</p> <p>Indien het aantal 'early adopters' beperkt blijft tot een klein aantal ziekenhuizen, wordt voorgesteld om een plafond in de financiering te introduceren.</p> <p>De FRZV vraagt zich te kunnen uitspreken over de criteria die zullen worden uitgewerkt.</p>
<p>3) Infections nosocomiales</p> <p>Le CFEH comprend bien la volonté d'assurer un financement stable à l'Institut de Santé publique pour la surveillance des infections nosocomiales, afin d'éviter d'être dépendant des fusions entre hôpitaux.</p> <p>Il est d'accord avec la proposition de modifier les règles de répartition de l'enveloppe disponible en divisant, périodiquement, le budget disponible par le nombre d'hôpitaux, à charge pour eux d'en ristourner 85 % à l'ISP.</p> <p>Le CFEH est d'avis d'inclure les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K, dans la surveillance des infections nosocomiales.</p> <p>Le CFEH suggère d'envisager la liquidation par l'Autorité directe à l'ISP de la partie du financement qui lui revient.</p>	<p>3) Ziekenhuisinfecties</p> <p>De FRZV begrijpt wel degelijk de wil om het Instituut Volksgezondheid een stabiele financiering te verzekeren voor de surveillance van ziekenhuisinfecties, om te vermijden dat men afhankelijk is van de fusies tussen ziekenhuizen.</p> <p>De Raad stemt in met het voorstel om de regels voor de verdeling van de beschikbare enveloppe te wijzigen door het beschikbare budget periodiek te delen door het aantal ziekenhuizen, maar dan moeten zij wel 85% daarvan terugstorten aan het WIV.</p> <p>De FRZV denkt dat het nuttig is om de ziekenhuizen die enkel over erkende bedden beschikken onder de index G en/of index Sp in combinatie met bedden erkend onder de indexen A, T of K, op te nemen in de surveillance van de ziekenhuisinfecties.</p> <p>De FRZV stelt voor om de vereffening door de rechtstreekse overheid aan het WIV van het deel van de financiering dat hem toekomt, te overwegen.</p>
<p>4) Pondération lits justifiés pour les places d'hospitalisation chirurgicale de jour</p> <p>Pour les financements relatifs à l'hygiène hospitalière (art. 56, §1^{er}), l'hémovigilance (art. 63quinquies) et l'équipe nutritionnelle (art. 63septies), le nombre de lits justifiés doit être pondéré.</p> <p>Comme il s'avère qu'il n'est pas défini de pondération spécifique pour ces places, le CFEH est d'avis de les assimiler à des lits C.</p>	<p>4) Weging verantwoorde bedden voor de plaatsen heelkundige daghospitalisatie</p> <p>Voor de financieringen betreffende de ziekenhuishygiëne (art. 56, §1), de hemovigilantie (art. 63quinquies) en het voedingsteam (art. 63septies) moet het aantal verantwoorde bedden gewogen worden.</p> <p>Aangezien blijkt dat er geen specifieke weging voor die plaatsen vastgelegd is, denkt de FRZV dat het nuttig is om ze gelijk te stellen met C-bedden.</p>

Point supplémentaire

Le CFEH rappelle son avis du 8 octobre 2015 où tous les membres demandaient que soit maintenue la progressivité dans l'utilisation de l'ancien et du nouveau calcul relatif au service des urgences de la sous-partie B2.

Or, en juillet 2016, la progressivité a été stoppée à son rythme de 2015, soit 60 % ancien – 40 % nouveau système, au lieu de 30 % ancien – 70 % nouveau tel que cela était prévu depuis 2013.

Le CFEH demande que soit poursuivie la progressivité. La majorité des membres demande qu'on utilise une répartition à 100% sur le nouveau calcul au 1^{er} juillet 2017, tandis que d'autres proposent de reprendre la progressivité où elle s'était arrêtée, soit à 30% ancien calcul et 70% nouveau calcul.

Bijkomend punt

Onderdeel B2 – Urgenties De FRZV herinnert aan zijn advies van 8 oktober 2015 waarin alle leden vroegen om de progressiviteit in het gebruik van de oude en de nieuwe berekening met betrekking tot de spoeddiensten in onderdeel B2 te behouden.

Maar in juli 2016 werd de progressiviteit gestopt op haar ritme van 2015, dit wil zeggen 60% oud – 40% nieuw systeem, in plaats van 30% oud – 70% nieuw systeem zoals dat voorzien was sinds 2013.

De FRZV vraagt om de progressiviteit voort te zetten. Een meerderheid van de leden vraagt om een verdeling aan 100 procent volgens de nieuwe berekening op 1 juli 2017, terwijl anderen voorstellen om de progressiviteit te hernemen waar ze was gebleven, zijnde aan 30% oude berekening en 70% nieuwe berekening.

