

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 12 september 2019

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm. FRZV/D/495-10 (*)

Memorandum FRZV 2020-2024

10 prioriteiten voor federaal regeerakkoord

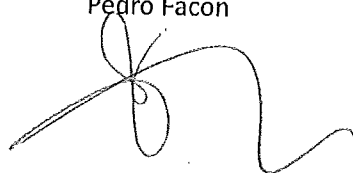
Samenvatting en meerjarenbegroting

Namens de Voorzitter,

Margot Cloet

De Secretaris,

Pedro Facon



(*) Dit advies werd behandeld tijdens de plenaire vergadering van 12/09/2019 en dezelfde dag bekrachtigd door het Bureau

Inleiding

Met dit memorandum wenst de FRZV een beleidsadvies te formuleren voor de volgende minister van Volksgezondheid. We willen de minister - en bij uitbreiding de voltallige federale regering – hiermee ondersteunen in de opmaak van een plan voor de gezondheidszorg in de nieuwe legislatuur. We vinden het belangrijk dat de nieuwe federale regering blijft investeren in de gezondheidszorg en werk maakt van de noodzakelijke hervormingen. Deze samenvatting schetst kort de uitdagingen, de budgettaire context en de 10 prioriteiten die de FRZV naar voor schuift. Een meer uitgebreide en volledige toelichting is neergeschreven in het memorandum in bijlage. Aansluitend bij de 10 prioriteiten stelt de FRZV ook een meerjarenbegroting voor, met daarin de belangrijkste behoeften voor de ziekenhuizen voor de komende legislatuur.

Context

De **uitdagingen** waar de gezondheidszorg in België voor staat zijn namelijk niet min. Langs de ene kant – die van de zorgvraag - leidt de stijgende levensverwachting tot meer patiënten met chronische aandoeningen en multipathologie. Ook het belang van psychische aandoeningen stijgt. Langs de kant van het zorgaanbod wordt dan weer verwacht dat het aanbod van medewerkers in de gezondheidszorg zal dalen, mede onder invloed van de vergrijzing van de bevolking, maar ook door bv. de toenemende vraag naar deeltijds werk en een gezonde work-life balance.

Hoewel België gekend is voor haar kwalitatieve gezondheidszorg¹, geeft het in vergelijking met omliggende landen minder uit². We merken wel op dat het aandeel van de patiënt bij de hoogste scoort³. Binnen de overheidsuitgaven zijn de ziekenhuizen bovendien één van de enige sectoren in het RIZIV-budget waarbij de uitgaven onder controle blijven. Binnen deze **budgettaire context** houden de Belgische ziekenhuizen vandaag net het hoofd boven water⁴. Technologische vooruitgang, digitalisering en een steeds intensievere ten laste name in combinatie met de maatschappelijke uitdagingen op het vlak van gezondheidszorg zetten de financiële gezondheid echter verder onder druk. Een reële groei van het budget en het behoud van efficiëntiewinsten moeten toelaten om voldoende marge te creëren om de hervormingen te realiseren die noodzakelijk zijn om een kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg te kunnen blijven aanbieden.

¹ 5^e plaats op de European Health Consumer Index 2018

² 10% van het BBP in 2017 volgens de OECD Health Statistics 2018

³ Out-of-pocket uitgaven ten bedrage van 22,8% van de uitgaven voor gezondheidszorg in 2017, volgens de OECD Health Statistics 2018

⁴ Courant resultaat in de algemene ziekenhuizen van 0,2% op de omzet, bron: MAHA AZ 2018

10 prioriteiten

Het verzekeren van een duurzame toekomst voor de Belgische gezondheidszorg is maar mogelijk door het ontwikkelen van een middellange en langetermijnvisie die vertaald wordt in strategische doelstellingen. De FRZV vraagt om een **strategisch beleidsplan** te maken op een termijn van 10 jaar waarbij de FRZV actief betrokken is.

Dit zijn de algemene prioriteiten van de FRZV inzake gezondheidszorg:

1. Governance van de gezondheidszorg in België
2. Meer inzetten op de oorzaken van gezondheidsproblemen en minder symptoombestrijding
3. Relevante data voor de ondersteuning van het beleid en wetenschappelijk onderzoek

Specifieke prioriteiten vanuit de FRZV voor wat betreft de ziekenhuizen:

4. Het stimuleren van netwerken en de evolutie naar een geïntegreerd zorgsysteem
5. Middelen en maatregelen voor personeel
6. Stapsgewijs een nieuw financieringssysteem
7. Patiëntenparticipatie in ziekenhuizen
8. Actualisering van de programmatie
9. Een uitdrukkelijke keuze voor innovatie
10. Technologie en wetenschappelijk onderzoek

Het strategisch meerjarenplan voor het gezondheidszorgbeleid moet ook een financieel dekingsplan bevatten. Projecties van het Federaal Planbureau resulteren in een **gemiddelde, reële groei van 2,5 %** per jaar over de periode 2020-2024⁵ bij constant beleid. De ziekenhuissector vraagt om minimaal deze groei bovenop de index voor de sector ziekenhuizen aan te houden binnen een stabiel en voorspelbaar financieel kader. We willen een reële budgettaire ruimte die geïnvesteerd wordt in de werking van de ziekenhuizen. Momenteel is de reële stijging van het Budget Financiële Middelen (BFM) echter vooral te verklaren door bedragen voor engagementen uit het verleden, provisies voor beroepsprocedures, uitrol van sociaal akkoorden, ... die ten laste zouden moeten vallen van andere sectoren binnen de gezondheidszorg of zelfs buiten het gezondheidszorgbudget.

De FRZV geeft haar budgettaire prioriteiten voor de volgende legislatuur mee in een **meerjarenbegroting**, waarbij we de beschikbare, jaarlijkse marge nog niet helemaal invullen. Dit geeft ruimte om specifieke behoeften op te nemen in een jaarlijks advies van de FRZV voor het komende begrotingsjaar, zoals tot nu toe gebruikelijk is. De budgettaire prioriteiten zijn opgenomen in deze samenvatting en zijn onderbouwd met technische fiches, toegevoegd in bijlage. De werkzaamheden met betrekking tot de verschillende soorten supplementen moeten worden voortgezet in de relevante ad-hoc organen. Hierbij moeten de financiële levensvatbaarheid van ziekenhuizen en de (financiële) toegankelijkheid van zorg voor de patiënt gewaarborgd blijven en moet een tweesnelhedengezondheidszorg vermeden worden.

We zijn ons er evenwel bewust van de macro-economische toestand van het land en willen, samen met de overheid, op een creatieve wijze zoeken mogelijkheden om ruimte te creëren binnen het huidige reguliere kader via regelluwte, administratieve vereenvoudiging, ...

⁵ Rapport Planbureau economische vooruitzichten 2019-2024, versie februari 2019, blz. 24

1. Governance van de gezondheidszorg in België

We stellen vast dat het voeren van een geïntegreerd gezondheidsbeleid niet evident is. Zo zijn er op dit ogenblik in België maar liefst acht ministers bevoegd voor gezondheidszorg.

We pleiten ervoor om het overleg tussen de betrokken administraties en de sector te optimaliseren zodat ze beslissingen kunnen nemen die de versnippering van de gezondheidszorg tegengaan.

Het is belangrijk om maatschappelijk draagvlak te creëren voor het (blijven) investeren in de gezondheidszorg. Het **consensusmodel van de sociale zekerheid** moet blijven bestaan. Het heeft bewezen dat het responsabiliserend werkt. Dat er experts in zetelen maakt dat er doordachte beslissingen kunnen worden genomen. We zijn er ons echter van bewust dat dit model verder geoptimaliseerd en geactualiseerd kan worden, bijvoorbeeld door het beslissingsproces transparanter te maken. De FRZV gaat graag de dialoog aan met de politieke overheden, het RIZIV en de FOD Volksgezondheid. Het is belangrijk dat beide administraties meer naar elkaar toegroeien in functie van de optimalisering van het gezondheidszorgbeleid.

2. Meer inzetten op de oorzaken van gezondheidsproblemen en minder symptoombestrijding

In eerste instantie wil de FRZV meewerken aan initiatieven die de samenleving bewust maken van het belang van een gezonde levensstijl. Health literacy, het werken met gezondheidsdoelstellingen en het ontwikkelen van gezondheidsvaardigheden zijn hierbij belangrijke instrumenten.

Het is absoluut noodzakelijk om de sector hier nauw bij te betrekken, om van hun expertise gebruik te maken en om het draagvlak voor de doelstellingen zo groot mogelijk te maken.

3. Relevante data voor de ondersteuning van het beleid en wetenschappelijk onderzoek

We willen werk maken van een kader om data op een efficiënte, veilige en gestructureerde wijze te delen. Dit impliceert de verdere uitbouw van de digitalisering, die correct moet gefinancierd worden.

De **hoge registratielast** in ziekenhuizen moet adequaat worden aangepakt. Dit kan onder meer door de (semi)automatische afleiding van data uit elektronische patiëntendossiers of door sommige informatie te bekomen via een representatief staal van instellingen.

Ook moet er meer **transparantie en eenvoud** komen in de rapporteringen van medische en verpleegkundige gegevens. De finaliteit van de verschillende registraties moet duidelijk gedocumenteerd worden (financiering, kwaliteit, kadasters, programmering, karakterisering en definitie van het aanbod, karakterisering van de patiënt, ...). Dubbele registratie moet vermeden en afgebouwd worden.

Gegevensverzameling en verwerking is maar sluitend als dit ge-audit wordt en als er consequenties verbonden zijn aan die audit. Daarom vragen we dat experts, de administratie en de gebruikers continu in overleg te blijven om dit proces te bewaken en te verbeteren.

We verwijzen onder andere naar het advies van de FRZV inzake een vernieuwde minimale registratie in de GGZ-voorzieningen (advies NRZV/D/PSY/420-1 van 8 november 2012) en andere adviezen m.b.t. administratieve vereenvoudiging (advies FRZV FRZV/D/AF/135-3 van 23 maart 2017).

Het is bovendien belangrijk dat er een ethisch en juridisch kader gecreëerd wordt voor de omgang met **big data en artificial intelligence**.

4. Het stimuleren van netwerken en de evolutie naar een geïntegreerd zorgsysteem

4.1 Samenwerking tussen ziekenhuizen

In het BS van 28/3/2019 verscheen de Wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen **algemene ziekenhuizen** betreft. De wet schrijft voor dat vanaf 1 januari 2020 ieder algemeen ziekenhuis deel moet uitmaken van een locoregionaal ziekenhuisnetwerk.

Daar waar de netwerken tussen de AZ opgestart worden, hebben de netwerken in de **GGZ** voor volwassenen (inclusief ouderen) en kinderen en jongeren nood aan stabilisatie en consolidatie⁶. De klinische netwerken en de GGZ-netwerken mogen de artificiële scheiding tussen somatische en psychische problemen niet versterken, maar dienen samenwerking tussen beiden te faciliteren.

Om die samenwerking effectief te kunnen realiseren en stimuleren hebben de Belgische ziekenhuizen, zowel algemene als psychiatrische, nood aan een aangepast financieringsmodel. Er is nood aan een **stabiel en betrouwbaar financieel kader**, in concreto de verankering van het principe van budgetbehoud (cf. art. 107), hetgeen toelaat om budgetten die vrijkomen uit efficiëntiewinsten/bedbevrozing te herinvesteren.

Op korte termijn wordt er eerst gericht geïnvesteerd om de samenwerking mogelijk te maken. We denken hierbij in de eerste plaats aan elektronische uitwisseling van patiëntengegevens en kosten van de governance van de netwerken, waarin ook ziekenhuisartsen actief betrokken worden.

Budgettaire behoefte (raming door sector): coördinatie(functies), beheer en werking:

- a) 16 miljoen euro voor 25 locoregionale ziekenhuisnetwerken (fiche 3a)
- b) 8 miljoen euro voor 20 netwerken art. 107 (fiche 3b)

Met de vorming van de ziekenhuisnetwerken zal ook **vervoer** tussen ziekenhuizen toenemen. Het is aangewezen dat het vervoer tussen ziekenhuizen mee wordt opgenomen in de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen.

Voor de **universitaire ziekenhuizen** dient aandacht besteed te worden aan hun specifieke rol in de locoregionale ziekenhuisnetwerken en dienen de universitaire zorgopdrachten afgelijnd te worden. De universitaire ziekenhuizen spelen ook een belangrijke rol in het klinisch wetenschappelijk onderzoek,

⁶ De FRZV verwijst naar de specifieke memoranda van de overlegorganen "volwassenen" en van het Comité voor het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren (COMGGKJ)

de ontwikkeling van nieuwe technologieën en het onderwijs, in nauwe samenwerking met faculteiten geneeskunde en het netwerk van stagediensten.

4.2 Geïntegreerde zorg

Ziekenhuizen en ziekenhuisnetwerken zijn echter geen eilanden of eilandgroepen in de gezondheidszorg. De volgende jaren zal in functie van “geïntegreerde zorg” de samenwerking en netwerkvorming tussen ziekenhuizen, de eerste lijn, de GGZ-netwerken/actoren, de residentiële ouderenzorg en de revalidatiesector uitgebouwd moeten worden. Hierbij zullen we ook meer focussen op preventie, op de zorg voor en na hospitalisatie, onder meer als gevolg van de verdere daling van de opnameduur in de ziekenhuizen en op alternatieve zorgvormen (thuishospitalisatie, zorghotel, community based living, ...) in samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

De FRZV vraagt een regelluw kader en het wegwerken van de hinderpalen voor samenwerking. Het gaat daarbij zowel over hinderpalen in de wetgeving inzake gezondheidszorg als over aanpassingen in belerende wetgeving bijvoorbeeld m.b.t. fiscaal en arbeidsrecht.

5. Middelen en maatregelen voor personeel

Eén van de belangrijkste issues voor de gezondheidszorg in de volgende jaren zal het vinden van voldoende geschikt personeel zijn. Een combinatie van maatregelen en investeringen dringen zich op. We schetsen ze hieronder.

5.1 Meer personeel en flexibelere inzet

Meer zorg aan bed van de patiënt in klassieke én daghospitalisatie. De gemiddelde zorg in het ziekenhuis is intensiever en complexer geworden, terwijl de personeelsnormen en de financiering ongewijzigd blijven. In een aantal recente publicaties is aangetoond dat de ingezette middelen per patiënt over de verschillende Europese landen sterk uiteenlopend zijn. België staat hierin op een ongunstige positie. Daarenboven toont internationaal onderzoek in acute ziekenhuizen aan dat de kans op mortaliteit toeneemt bij een stijgende Patient/Nurse ratio en een dalende kwalificatie⁷. Binnen de Belgische ziekenhuiscontext zal hier specifiek een toekomstgericht remediëringsplan noodzakelijk zijn. Op vandaag ligt de Belgische omkadering op 1 verpleegkundige per 11 patiënten, in de ons omringende landen is dat gemiddeld 1 per 8. Willen we de kwaliteit voorop blijven stellen, dan is een evolutie naar hogere omkadering per patiënt aldus noodzakelijk. De financiering dient uiteraard te volgen.

Budgettaire behoefte: versterking omkadering aan het bed

De ziekenhuissector raamt dat de versterking van de (prioritair verpleegkundige) omkadering aan het bed van de patiënt tot op het niveau van het gemiddelde -het miljard euro overstijgt. We vragen deze legislatuur daarom twee inspanningen van 150 miljoen euro, zowel voor de algemene als de psychiatrische ziekenhuizen. We spreiden de budgettaire impact over 4 jaren, met name 4 schijven van 75 miljoen euro (fiche 1).

⁷ Aiken et al, 2014, Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study; The lancet

Bovenstaande gaat uit van een realistische budgettaire vraag voor zowel algemene als psychiatrische ziekenhuizen. Zo is er ook een hoge nood aan bijkomend personeel voor residentiële behandeling van de EPA⁸-populatie en bijvoorbeeld in het kader van de wet inzake gedwongen opnames.

De versterking van de omkadering moet het bed van de patiënt overstijgen en ook betrekking hebben op andere onontbeerlijke functies die vandaag sterk ondergefinancierd zijn, zoals bijvoorbeeld de informaticadiensten, enz. De hervorming van de wet inzake gedwongen opnames vereist ook een bijkomende investering in zorgpersoneel.

Personeel moet ook flexibeler kunnen worden ingezet tussen de verschillende activiteiten van de gezondheidsinstelling en haar netwerk. De menselijke middelen moeten verdeeld kunnen worden over de activiteiten in functie van de behoeften van de patiënten en niet in functie van strikte normen van elke dienst afzonderlijk. Aansluitend daarbij is de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen aan actualisatie toe. Rekening houdend met de nood aan nieuwe zorgberoepen, anticiperend op knelpunten of tekorten, ... moet dit toelaten om personeel efficiënter in te zetten in functie van individuele competenties en subsidariteit.

5.2 Loopbaanpact

Samen met experts, de sociale partners en de overheid wil de sector werk maken van een ambitieus loopbaanbeleid dat vorm moet krijgen in een loopbaanpact. We zien hierbij verschillende uitdagingen.

- Uitdaging 1: nood aan differentiatie in functies om de werkdruk van verpleegkundigen op te vangen
- Uitdaging 2: een standpunt innemen inzake de aanhoudende discussie over HBO5
- Uitdaging 3: loopbanen met afwisseling, met een erkenning van "eerder en elders verworven competenties"
- Uitdaging 4: de negatieve beeldvorming counteren in combinatie met een duidelijk attractiviteitsplan

We vragen bovendien aandacht voor knelpuntberoepen, meer flexibele verloningmogelijkheden en de organisatorische versterking van de ziekenhuisnetwerken, waaronder het medisch departement en de andere klinische departementen.

Met de invoering van IF-IC werd een eerste stap gezet richting een functieverloning ter vervanging van de bestaande starre diplomaverloning. Het is echter cruciaal de IF-IC verder wordt uitgerold, met een sluitend budget voor een volwaardige volgende stap en met ruimte voor discussie met het oog op continue verbetering van dit nieuwe verloningssysteem. Het aantal fases in de uitrol moet tot een minimum beperkt worden.

⁸ Ernstig Psychiatrische Aandoeningen

Budgettaire behoefte: volledige invoering IF-IC

De toepassing van IF-IC aan 100% in PC 3.30 vereist de eerste jaren een budgettaire inspanning van ongeveer 400 miljoen euro, waarvan reeds 95 miljoen euro structureel voorzien is in het kader van het sociaal akkoord van 2017.

Naar analogie met de invoering van IF-IC in de private ziekenhuizen, dient ook IF-IC uitgerold te worden in de publieke ziekenhuizen. Hiervoor is reeds structureel 43 miljoen euro vrijgemaakt.

De FRZV vraagt dat de verplichtingen die resulteren uit het sociaal akkoord niet ten laste vallen van de groeimarge van het BFM.

6. Stapsgewijs een nieuw financieringssysteem

Gegeven de complexe, ontoereikende financiering in het BFM dringt een nieuwe financiering zich op, zodat de ziekenhuizen het hoofd kunnen bieden aan huidige en toekomstige verplichtingen en evoluties. Een nieuwe ziekenhuisfinanciering focust op een geïntegreerd model dat efficiëntie en kwaliteit nastreeft en sociaal ondernemerschap stimuleert. Het uitgangspunt is een billijke ziekenhuisfinanciering zonder tekorten die de nodige incentives voorziet (zie ook hoger) voor samenwerking.

We hanteren volgende basisprincipes voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering:

- Prospectief georiënteerd met beperkte herzieningen in plaats van de huidige directe en retrospectieve financiering.
- Kostendekkende, financiële prikkels moeten zorgen voor een optimale en efficiënte organisatie van de zorg.
- Stimuli voor kwaliteit, veiligheid en samenwerking. Er wordt rekening gehouden met resultaten, niet alleen met uitgevoerde akten.
- Eenvoudiger en transparanter. We verwijzen hiervoor naar het advies van de FRZV inzake vereenvoudiging van het BFM (ref: FRZV/D/AF/135-3, dd. 23/3/2017). Ook de parameters voor de berekening van onderdeel B1 en B2 van het BFM aan actualisering toe, met behoud van enige flexibiliteit. Een actualisering van herverdeling vraagt ook de globale onderfinanciering van deze onderdelen weg te werken door het inbrengen van bijkomende middelen.
- Een gepaste financiering voor de specifieke universitaire opdrachten, in lijn met de internationale praktijken ter zake.

In het kader van de hervorming van de (ziekenhuis)financiering is ook een herijking van de nomenclatuur en een duidelijk kader voor pilootprojecten (oa. looptijd, aanpassingsmogelijkheden, evaluatie, structuralisering) noodzakelijk. De werkzaamheden met betrekking tot de verschillende soorten supplementen moeten worden voortgezet in de relevante ad-hoc organen (cf. supra).

Inzake de financiering van de PZ verwijzen we naar het advies van de NRZV inzake een nieuw prospectief en programmeoriënteerd financieringssysteem voor de geestelijke gezondheidszorg (advies NRZV/D/446-2 van 9 juli 2015).

7. Patiëntenparticipatie in ziekenhuizen

Het is belangrijk dat zorg georganiseerd wordt vanuit de noden van de patiënt. Ondersteuning van structuren die patiëntenorganisatie ondersteunen en vorm geven op mesoniveau regionaal niveau kan een belangrijke voorwaarde zijn om patiëntenverenigingen en ziekenhuizen te laten samenwerken opdat de kwaliteit van zorg geëvalueerd wordt en kan worden bijgestuurd.

8. Actualisering van de programmatie

In het verlengde van wat we reeds geschetst hebben, dringt een actualisering van de huidige programmatie zich op. Hierover moeten afspraken gemaakt worden met de gemeenschappen en de gewesten, zodanig dat er geen onduidelijkheid kan bestaan in de toepassing. Deze moet nationaal, evidence based, transparant en evolutief zijn (rekening houdend met demografische tendensen) en voor de verdeling van de programmatie rekening houdend met de reële patiëntenstromen en, wanneer relevant, met opgebouwde expertise.

9. Een uitdrukkelijke keuze voor innovatie

Er ontstaan nieuwe behoeften in het kader van een kwaliteitsvolle geïntegreerde zorg in de netwerken. Eén van de belangrijkste is de uitbouw van de **ICT-infrastructuur** in en buiten de ziekenhuizen, met als centrale hoeksteen het elektronisch patiëntendossier.

Een eerste stap werd gezet in 2016 met de uitwerking van de Belgian Meaningful Use Criteria. Het financieringsmechanisme dat van de BMUC uitgaat, heeft tot doel om te komen tot een level playing field en optimale mogelijkheden voor uitwisseling. In samenwerking met de sector dienen de doelstellingen, vereisten en functionaliteiten voor ICT verder geanalyseerd, opgevolgd en gefinancierd te worden.

Realistische te behalen BMUC-criteria voor de komende jaren moeten zo snel mogelijk worden vastgelegd zodat de sector de nodige tijd heeft om deze te implementeren. De FRZV en het begeleidingscomité moeten erkend worden als volwaardige piloot van het BMUC-programma.

Prioritaire behoefte ICT:

De behoefte van ICT in de ziekenhuizen wordt door de sector ingeschat op 550 miljoen euro (2,59% van de omzet). De overheid financiert ongeveer 10%. Volgend op de eerste schijf van middelen die vrijgemaakt werd in 2016 vraagt de FRZV bijkomende schijven van telkens 40 miljoen euro ter financiering van ICT-ondersteuning in de klinische zorgprocessen, in het bijzonder het elektronisch patiëntendossier (EPD), en de processen voor bedrijfsvoering (fiche 2).

10. Technologie en wetenschappelijk onderzoek

Innovatie blijft de cruciale motor van vooruitgang voor de kenniseconomie, ook in de gezondheidszorg. Niet enkel nieuwe klinische interventies, maar ook innovaties die de organisatie en financiering van de zorg kunnen optimaliseren moeten ontwikkeld worden.

De universitaire ziekenhuizen vervullen een cruciale rol op dit vlak, wegens hun inbedding in de universiteit en bijgevolg hun nauwe verbondenheid met de andere wetenschappelijke disciplines.

Budgettaire prioriteiten ziekenhuizen 2020-2024

Reële groei BFM

Om de financiële toegankelijkheid van zorg voor de patiënt en de financiële levensvatbaarheid van ziekenhuizen te waarborgen, vraagt de ziekenhuissector een reële groei van het BFM binnen een stabiel en voorspelbaar financieel kader. De door de sector geraamde groei van 2,5% op het huidige BFM betekent een budgettaire massa van 200 miljoen euro⁹ die er jaarlijks structureel bijkomt bovenop de index.

De FRZV geeft haar budgettaire prioriteiten voor de volgende legislatuur mee in een meerjarenbegroting 2020-2024, waarbij we de beschikbare, jaarlijkse marge nog niet helemaal invullen. Dit geeft ruimte om specifieke behoeften of nieuwe initiatieven op te nemen in een jaarlijks advies van de FRZV voor het komende begrotingsjaar, zoals tot nu toe gebruikelijk is. Onderstaande budgettaire prioriteiten zijn opgenomen in bovenstaande tekst en zijn onderbouwd met technische fiches, toegevoegd in bijlage.

De FRZV zou de beschikbare middelen prioritair willen toekennen aan de algemene en psychiatrische ziekenhuizen voor:

- Versterking personeelsomkadering (fiche 1): 4 schijven van 75 miljoen euro
- Ondersteuning ICT en EPD (fiche 2): 3 schijven van 40 miljoen euro
- Coördinatie, beheer en werking van de netwerken (fiche 3a en b): 16,4 en 8 miljoen euro voor de locoregionale ziekenhuisnetwerken en de netwerken 107 in de GGZ.

	Meerjarenbegroting BFM	Totale kost ziekenhuizen	Totaal bijkomend structureel 2020-2024	2020	2021	2022	2023	2024
1.	Verhoging verpleegkundige omkadering	> 1.000.000.000	300.000.000	75.000.000	75.000.000		75.000.000	75.000.000
2.	ICT - EPD	> 550.000.000	120.000.000	40.000.000		2 x 40.000.000		
3.	Coördinatie, beheer en werking netwerken							
a.	locoregionale ziekenhuisnetwerken	16.409.250	16.409.250	16.409.250				
b.	netwerken 107	8.000.000	8.000.000	8.000.000				
	<i>Bijkomende initiatieven/prioriteiten, zie Jaarlijks advies FRZV</i>			60.590.750	125.000.000	120.000.000	125.000.000	125.000.000
	TOTAAL			200.000.000	200.000.000	200.000.000	200.000.000	200.000.000

Niet ten laste van de groei van het BFM

De FRZV wenst een reële budgettaire ruimte die niet aangewend wordt om engagements uit het verleden te honoreren. Historische engagements, bv. vanuit sociaal akkoorden of correcties op basis van reële activiteit, zouden via versnelde herzieningen ten laste moeten vallen van exogene budgetten en niet langer van de jaarlijkse begrotingsopmaak van het Budget Financiële Middelen (BFM). Het gaat

⁹ 2,5% op budget BFM 2019 (8.270.605.509 euro, zie KB van 27 dec 2018) = 206.765.138 euro

om de one shot impact na de herziening van bepaalde jaren. De structurele impact van herzieningen valt wel ten laste van de groei van het BFM.

- De begrotingsopmaak van BFM 2020 voorziet 336,7 miljoen euro voor de eenmalige impact van herzieningen voor de jaren 2013-2014.
- Voor de structurele integratie van de herzieningen 2013-2014 is 35 miljoen euro opgenomen.

Ook de uitvoering van het sociaal akkoord 2017, in het bijzonder van IFIC, en eventuele nieuwe akkoorden, zou de beschikbare budgettaire ruimte in het BFM niet mogen opsouperen.

- Zo vereist de toepassing van IF-IC privaat aan 100% in PC 3.30 de eerste jaren een budgettaire inspanning van ongeveer 400 miljoen euro, waarvan reeds 95 miljoen euro structureel voorzien is in het kader van het sociaal akkoord van 2017.
- IF-IC zal ook uitgerold worden in de publieke sector, waarvoor reeds 43 miljoen euro structureel werd vrijgemaakt.

Daarnaast stelt de FRZV vast dat de laatste jaren de provisies aangelegd voor beroepsprocedures sterk stijgen. Het gaat om de financiële gevolgen van de vernietiging van bepaalde financieringen in het BFM. Ook dit zou niet ten laste mogen vallen van het BFM, net zoals voor andere sectoren in het RIZIV het ook niet het geval blijkt te zijn wanneer er een financiële impact is naar aanleiding van beroepsprocedures.

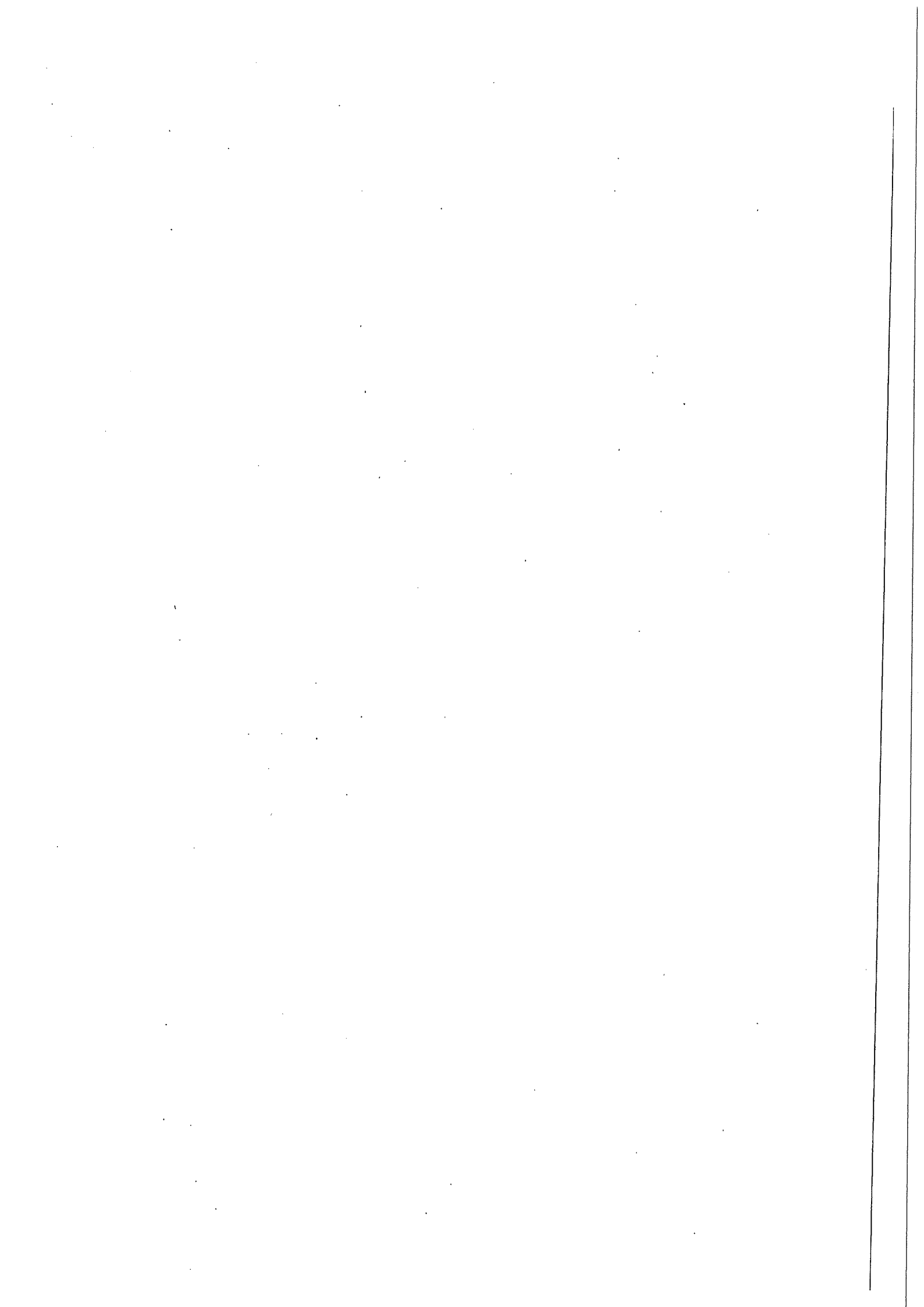
- In de begroting 2020 is voor maar liefst 268,7 miljoen euro aan provisies opgenomen voor beroepsprocedures met betrekking tot het BFM.

Ook de middelen in het BFM die in principe ten laste vallen van het budget van andere sectoren binnen de gezondheidszorg zouden buiten de groei van het BFM gehouden moeten worden. Zo wordt bijvoorbeeld de medische functie in de netwerken 107 gefinancierd via het BFM, maar dient dit finaal door de honoraria gedragen te worden.

De FRZV vraagt tot slot aandacht voor de problematiek van de statutaire pensioenen in de ziekenhuizen, een problematiek die overigens ruimer is dan de ziekenhuizen. Hiervoor dient een budgettaire oplossing gevonden te worden zodat dat de financiële gezondheid van de betrokken ziekenhuizen gevrijwaard kan worden. Het gaat hier om een pensioenproblematiek die niet ten laste van het budget voor gezondheidszorg zou mogen vallen.

- In het BFM 1/7/2019 is een budget van 79 miljoen euro verdeeld over de ziekenhuizen voor de financiering van statutaire pensioenen. Hier tegenover staat een pensioenlast voor de Belgische ziekenhuizen van 242 miljoen euro¹⁰.

¹⁰ Basisbijdrage en responsabiliseringsbijdrage voor het jaar 2017, laatst volledig kalenderjaar.



**FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

Brussel, 12/09/2019

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

**FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

Bijlage

Memorandum 2020 - 2024

Inhoud

Memorandum	4
1. Missie/visie van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV).....	4
2. Bevolkingsevoluties, trends en maatschappelijke context	4
2.1. Chronische zorg en vergrijzing	4
2.2. Psychische aandoeningen over alle levensfasen heen.	4
2.3. Medewerkers en HRM	5
3. Economische en budgettaire context.....	6
3.1. Macro-economische context	6
3.2. Geprojecteerde groei gezondheidszorg.....	6
3.3. Overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg België (BBP).....	7
3.4. Evolutie van het aantal psychiatrische bedden.....	8
3.5. Evolutie van de acute verpleegdagen.....	9
3.6. Diversiteit in gezondheidszorggebruik	9
3.7. De maatschappelijke uitdaging.....	10
3.8. Transparantie in de budgetten	10
4. Prioriteiten 2019-2025	11
4.1. Governance van de gezondheidszorg in België	12
4.2. Meer inzetten op de oorzaken van gezondheidsproblemen en minder symptoombestrijding	12
4.3. Het stimuleren van netwerken en de evolutie naar een geïntegreerd zorgsysteem	13
4.3.1. Samenwerking in netwerken.....	13
4.3.2. Geïntegreerde zorg.....	15
4.4. Middelen en maatregelen voor personeel	15
4.4.1. Meer personeel rond de patiënt.....	15
4.4.2. Hervorming gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.....	16
4.4.3. Loopbaanpact.....	16
4.4.4. Aandacht voor knelpuntberoepen.....	17
4.4.5. Aandacht voor de organisatorische versterking	17
4.4.6. Meer flexibele verloningsmogelijkheden	17
4.4.7. Veralgemening IF-IC.....	18
4.4.8. Belemmeringen voor de samenwerking in netwerken als gevolg van het arbeidsrecht ..	18
4.4.9. Aandachtspunten m.b.t. de verpleegkundige zorg.....	18
4.5. Stapsgewijs een nieuw financieringssysteem	19

4.6. Patiëntenparticipatie in ziekenhuizen	21
4.7. Actualisering van de programmatie	21
4.8. Relevante data voor de ondersteuning van het beleid en wetenschappelijk onderzoek.....	22
4.9. Een uitdrukkelijke keuze voor innovatie	22
4.10. Technologie en wetenschappelijk onderzoek.....	23

Memorandum

1. Missie/visie van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV)

Wat? Beleidsondersteunend en beleidsvoorbereidend op het vlak van programmatie en financiering van de ziekenhuizen .

Hoe? Het formuleren van adviezen gevraagd door de minister van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu of op initiatief van de FRZV op basis van een halfjarige tot langetermijnvisie, expertise en ervaring op het vlak van gezondheidszorg, inschatting van de reële zorgnoden, evidence-based werking, internationale evoluties...

Waarom? Een bijdrage leveren tot een kwaliteitsvolle, toegankelijke, betaalbare en duurzame Belgische gezondheidszorg .

Het formuleren van een beleidsadvies voor de volgende minister van Volksgezondheid kadert binnen de doelstellingen en werkzaamheden van de FRZV. We willen de minister (en bij uitbreiding de voltallige federale regering) met dit memorandum ondersteunen in de opmaak van een plan voor de gezondheidszorg in de nieuwe legislatuur. We vragen dan ook dat de nieuwe federale regering blijft investeren in de gezondheidszorg en werk maakt van de noodzakelijke hervormingen.

2. Bevolkingsevoluties, trends en maatschappelijke context

2.1. Chronische zorg en vergrijzing

Door de stijgende levensverwachting is er een sterke toename van ouderen in onze samenleving. In 2016 was 8,9% van de Belgen ouder dan 75 jaar, in 2045 zal dat 14,4% zijn. Door de vergrijzing zijn er meer patiënten met een chronische ziekte; een groeiende groep heeft meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd. Eén op vier Belgen lijdt minstens aan één chronische aandoening, zoals reumathoïde artritis of een slaapstoornis. Meer dan de helft van de mensen ouder dan 65 jaar heeft er minstens drie. De huidige gezondheidszorg is vaak toegespitst op de specifieke behandeling van één pathologie. In de toekomst zal het onderzoek zich meer moeten toespitsen op de evaluatie van zorginterventies bij multipele morbiditeiten en de interacties tussen de verschillende interventies. De evolutie naar meer chronische pathologie wijzigt de zorgnoden drastisch. Er ontstaat een veel grotere nood aan langdurige (i.p.v. episodische) zorg, aan meer gecoördineerde zorg, meer zorgintegratie en afstemming tussen zorgverleners onderling.

2.2. Psychische aandoeningen over alle levensfasen heen.

Sinds 2018 worden psychische aandoeningen door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) meegenomen in de lijst van zogenaamde niet-overdraagbare ziekten. Tegen 2020 zullen psychische aandoeningen zoals depressie, angststoornissen, verslaving, ... in de EU meer verantwoordelijk zijn voor handicaps, ziekte, arbeidsongeschiktheid en vroegtijdig overlijden dan cardiovasculaire aandoeningen, kanker,

chronische ademhalingsstoornissen en diabetes. In de leeftijdsfase tussen 14-25 jaar maken GGZ-problemen het grootste aandeel uit van impact van ziekte uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Lived Years). Ernstige psychiatrische beelden bij volwassenen manifesteren zich in 3/4^{de} van de gevallen met eerste symptomen tussen 14-25 jaar.

Volgens de OESO-statistieken besteedt ons land ongeveer 10% van het BBP aan gezondheidszorg of € 45 miljard (2018). Hiervan gaat ongeveer 0,6% van het BBP of € 2,7 miljard (2018) naar de geestelijke gezondheidszorg, terwijl de impact van psychisch onwelzijn op de economie 3,5 tot 4% bedraagt van het BBP. Dat staat in schril contrast met de aanbeveling van de OESO om 10% van het gezondheidsbudget te besteden aan psychische zorg, hetgeen zou neerkomen op een bijkomend budget van € 1,8 miljard.

Het is duidelijk dat meer investeren in de (geestelijke) gezondheidszorg investeringen zijn die zichzelf terugverdienen. De verwachte terugverdieneffecten (o.a. betere slaagkansen in de opleiding, dalende invaliditeitsuitkeringen, stijgende/blijvende participatie aan de arbeidsmarkt, efficiëntere somatische zorg bij patiënten met psychische kwetsbaarheid, grotere therapietrouw ook bij somatische problematieken, ...) zijn groot¹.

2.3. Medewerkers en HRM

De jaarlijkse groei van de Belgische bevolking zal geleidelijk afnemen van 0,48 % in 2017 tot 0,35 % in 2024; de groei van de bevolking bedroeg in de periode 2000-2017 nog gemiddeld 0,6%. De verzwakking van de demografische bijdrage werd tijdens de jaren 2016-2017 opgevangen door een meer dynamische evolutie van de activiteitsgraden, zodat de groei van de beroepsbevolking in die periode (gemiddeld 0,50 % per jaar) meer dan verdubbelde in vergelijking met 2015 (0,22 %)².

Verwacht wordt dat het aanbod van medewerkers in de gezondheidszorg zal dalen, onder invloed van de vergrijzing van de bevolking, de toenemende vraag naar deeltijds werk en een gezonde work-life balance. Een HR beleid voor de ziekenhuisartsen en de specialisten in opleiding werkzaam in de ziekenhuizen verdient in dit kader ook bijzondere aandacht.

De spanningsindicator geeft de verhouding weer van het aantal werkzoekenden en het aantal beschikbare vacatures. Vooral binnen de gezondheidszorgberoepen zijn grote verschillen te zien. <https://www.vdab.be/trendsdoc/beroepen/index.html>. Een actief rekruterings- en retentiebeleid in de gezondheidszorg en het stimuleren van jongeren om opleidingen in de gezondheidszorg te volgen, zal verder nodig blijven. De groeiende schaarste zal ons dwingen om de invulling van de taakinhoud van de diverse zorgverleners grondig te bekijken.

Vanzelfsprekend zullen innovatieve technieken (zoals artificiële intelligentie en technologische ontwikkelingen) er tegelijkertijd ook voor zorgen dat de zorg en de zorgnoden veranderen. Met deze veranderende context zullen we rekening moeten houden en onze modellen aanpassen.

¹ "Economic pay-offs per £ 1 invested in each intervention" van David Mc Daid, PSSRU, LSE Health & Social Care London School of Economics and Political Science

² Rapport Planbureau economische vooruitzichten 2019-2024, versie februari 2019, blz. 10

3. Economische en budgettaire context

3.1. Macro-economische context

4. Resultaten van de projectie									
Table 1a Macroeconomic prospects									
	ESA Code	2018	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
		level (billion of 2010 euros)	rate of change	rate of change	rate of change	rate of change	rate of change	rate of change	rate of change
1. Real GDP	B.1g	402.5	1.4	1.3	1.4	1.4	1.2	1.2	1.1
2. Nominal GDP	+D.21 -D.31	450.7	2.7	3.1	3.0	3.0	2.9	3.0	2.9

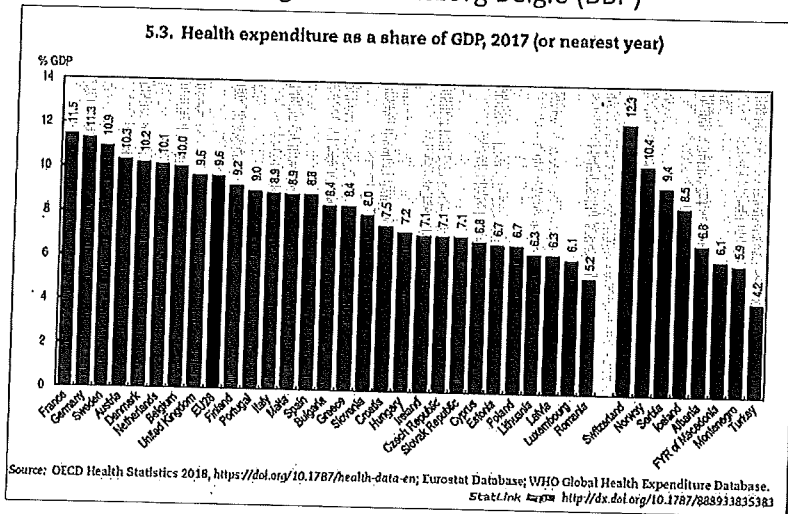
bron: Rapport Planbureau economische vooruitzichten 2019-2024, versie februari 2019, blz. 1 en 32

De Belgische economie bleef niet immuun voor de Europese conjunctuurvertraging, waardoor haar groei terugviel van 1,7 % in 2017 tot 1,4 % in 2018. Verwacht wordt dat ze in een gelijkaardig tempo zou groeien tijdens de periode 2019-2021 (gemiddeld 1,4 %), waarbij de uitvoergroei verzwakt en de binnenlandse vraag aan kracht wint onder impuls van de particuliere consumptie en de bedrijfsinvesteringen. Tijdens de periode 2021-2024 zou de Belgische economie een minder uitgesproken groei van gemiddeld 1,2 % laten optekenen door een tragere groei van de binnenlandse bestedingen van de privésector.

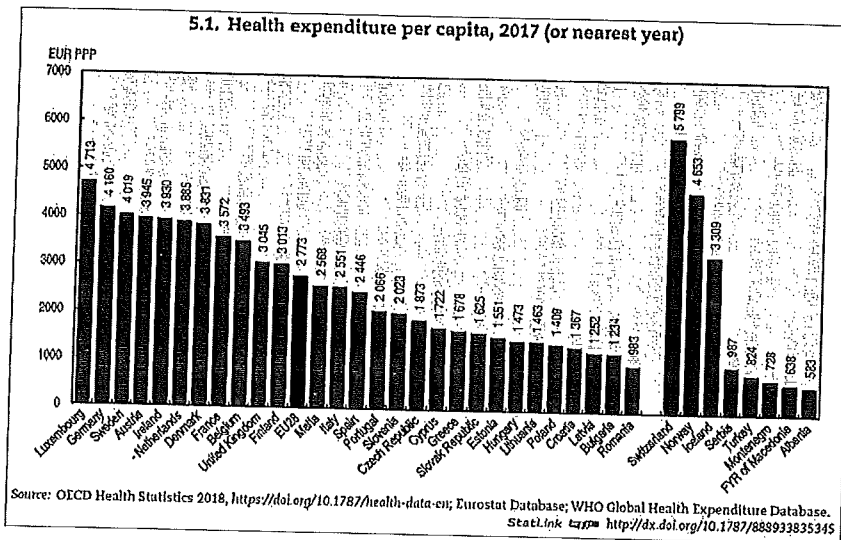
3.2. Geprojecteerde groei gezondheidszorg

Vanaf 2020 worden de reële uitgaven voor geneeskundige zorg geprojecteerd op basis van econometrische modellen. Voor de acute zorg is voor de eerste keer gebruik gemaakt van het nieuwe model PROMES. De langdurige zorg wordt nog grotendeels gemodelleerd met een macro-economisch tijdreeksmodel. De reële groei van de totale uitgaven aan geneeskundige zorg is in deze projectie licht hoger dan de raming van vorig jaar, maar is nog steeds beduidend lager dan het historisch gemiddelde. Globaal resulteert de projectie in een gemiddelde reële groei van 2,5 % per jaar over de periode 2020-2024. Dit is de geprojecteerde groei bij constant beleid. [Rapport Planbureau economische vooruitzichten 2019-2024, versie februari 2019, blz. 24]

3.3. Overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg België (BBP)



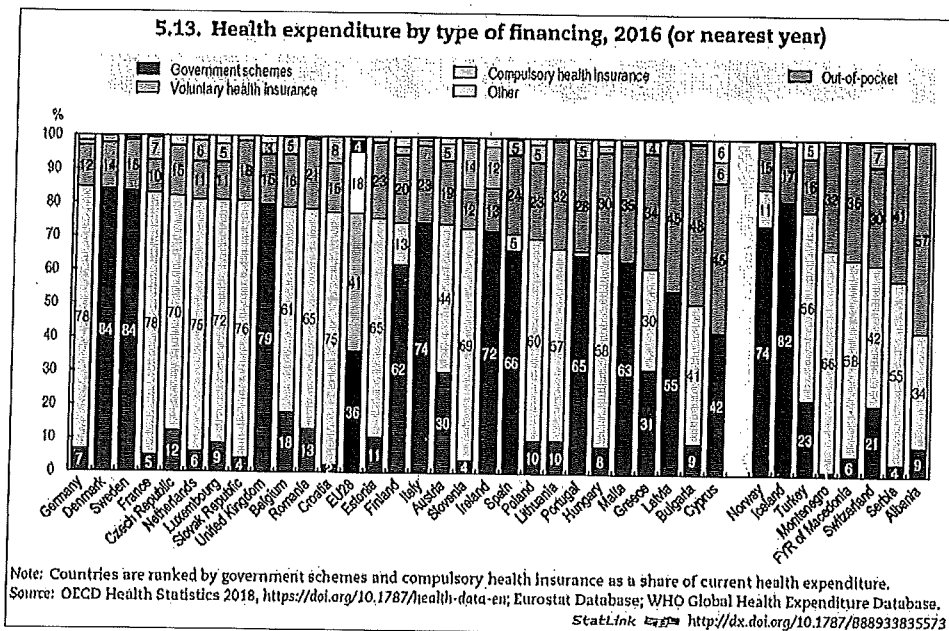
In 2017 besteedde de EU als geheel 9,6% van haar BBP aan gezondheidszorg. Dit cijfer bleef zowel in 2015 als in 2016 grotendeels ongewijzigd ten opzichte van het niveau in 2015 en 2016, aangezien de groei van de gezondheidsuitgaven grotendeels in overeenstemming bleef met de algemene economische groei. In België bedroeg dit cijfer 10% van het BBP. Van de EU-lidstaten gaven zes lidstaten relatief meer uit aan gezondheidszorg, waarbij Frankrijk (11,5%) en Duitsland (11,3%) het grootste deel van het BBP aan gezondheidszorg besteedden. Toch blijft dit aandeel ver onder dat van de Verenigde Staten, waar de uitgaven voor gezondheidszorg in 2017 goed waren voor 17,2% van het BBP.



Bron: Health at a glance, Europe, blz. 131-135, 2018

Voor een beter begrip van de verschillende dynamieken moeten de gezondheidsuitgaven als percentage van het BBP samen met de gezondheidsuitgaven per hoofd van de bevolking in aanmerking worden genomen. Terwijl landen met hogere inkomens de neiging hebben om meer van hun inkomen aan gezondheidszorg te besteden, kunnen sommige landen met relatief hoge gezondheidsuitgaven per hoofd van de bevolking relatief lage gezondheidsuitgaven hebben in verhouding tot het BBP, en

omgekeerd. Ondanks het feit dat Luxemburg de hoogste uitgaven per hoofd van de bevolking in de EU heeft, heeft het een van de laagste aandelen van de gezondheidsuitgaven in verhouding tot het BBP. Dit weerspiegelt het hoge niveau van economische welvaart. Ook hier bevindt België zich net iets boven het Europese gemiddelde.



Bron: Health at a glance, Europe, blz. 143, 2018

De gezondheidszorg kan worden betaald via verschillende financieringsregelingen. In landen waar mensen recht hebben op gezondheidszorg, bijvoorbeeld op basis van hun woonplaats, is financiering via overheidsinterventie de belangrijkste vorm. In andere landen dekt een of andere vorm van verplichte ziektekostenverzekering (sociale ziektekostenverzekering of dekking door particuliere verzekeraars) gewoonlijk het grootste deel van de gezondheidsuitgaven. Daarnaast vormen de betalingen door huishoudens de rest van de gezondheidsuitgaven. In 2016 werd ongeveer 77% van de gezondheidsuitgaven van de EU gefinancierd door de overheid en de verplichte verzekering. Ook in België bedraagt het aandeel van de overheid meer dan driekwart van alle uitgaven voor gezondheidszorg; wat het persoonlijk aandeel van de patiënt in de kosten voor gezondheidszorg betreft (remgelden, supplementen, niet-vergoede verstrekkingen en (premies voor) bijkomende ziektekostenverzekeringen), scoren Belgische patiënten hoog in vergelijking met andere landen.

3.4. Evolutie van het aantal psychiatrische bedden.

In 2012 zijn de eerste netwerken in de GGZ voor volwassenen opgestart. Vanuit de bevrozing van psychiatrische ziekenhuisbedden en de herallocatie van de hierdoor vrijgemaakte middelen werden de eerste stappen in de vermaatschappelijking gezet vooral door de creatie van mobiele behandelteams. De WHO rangschikte België in 2011 als tweede land met het hoogste aantal psychiatrische bedden (16 per 10.000 inwoners). Deze verhouding werd berekend op zowel de partiële als de residentiële capaciteit in psychiatrische en algemene ziekenhuizen. De berekening obv A- en T-bedden levert een verhouding van 11,36 bedden per 10.000 inwoners. Deze verhouding is verder gedaald naar 10,4 bedden per 10.000 inwoners in 2019 door de bevrozing van 1.955 bedden.

Parallel worden momenteel ook stappen gezet naar de experimentele opstart van geïntensifieerde residentiële diensten voor niet geplande zorg. In dit kader worden tevens linken gelegd naar de nieuw te ontwikkelen wet op gedwongen opname en de ontwikkeling van de spoed binnen de klinische netwerken en andere innovatieve zorgvormen, al dan niet op de campus van het ziekenhuis. Door dit alles komt stilaan een meer gedifferentieerd en aangepast zorgaanbod ter beschikking van personen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen.

De capaciteit aan ziekenhuisbedden ten opzichte van de zorgnoden verschilt van regio tot regio met een ongelijke toegang tot zorg voor de betrokken inwoners. Zo is het aantal netwerken dat extra bedden kan inzetten voor mobiele teams en intensifiëring van de zorg, in de experimentele fase beperkt.

Er is een grens aan de verdere bedbevoering en bijkomende middelen zullen nodig zijn om een uitrol voor de volledige populatie (inclusief ouderen en kinderen en jongeren) mogelijk te maken. Om een goede spreiding van het geestelijke gezondheidszorgaanbod te realiseren moet er werk gemaakt worden van een vernieuwend kader met een passende programmatie, normering en financiering. Dit kader moet in functie van de populatienoden in de regio voldoende flexibiliteit bieden.

Er blijft evenwel ook nood aan gespecialiseerde residentiële behandel eenheden met een regio-overstijgend aanbod voor bijzondere doelgroepen (vb. forensische psychiatrie, dubbeldiagnose verstandelijke beperking, ...).

3.5. Evolutie van de acute verpleegdagen

Het KCE rapport over de benodigde ziekenhuiscapaciteit 2025³ stelt dat de huidige ziekenhuiscapaciteit voldoende groot is, maar dat er een grote nood is om de middelen anders in te zetten.

Zo illustreren trendanalyses van het KCE duidelijk dat nood aan algemene inwendige (D) en vooral heelkundige (C) en materniteit (M) bedden afneemt, maar dat de capaciteit voor dagziekenhuis dringend uitgebreid dient te worden. Zo verwacht het KCE een toename van het aantal dagopnames met meer dan 33% tussen 2014 en 2025 door een verschuiving van klassieke opnames naar dagopnames. Ook de capaciteitsnood van geriatrie en chronische zorg neemt toe.

3.6. Diversiteit in gezondheidszorggebruik

De analyses van het rapport "Diversiteit in gezondheid en gezondheidszorggebruik"⁴ bieden een overzicht van de invloed van diversiteit, gemeten via een aantal sociodemografische variabelen, op een breed gamma aspecten van gezondheid en gezondheidszorg in België. De resultaten geven een complex beeld weer, dat toont dat er geen eenduidige relatie is tussen de verschillende variabelen en gezondheid, maar dat er wel degelijk een substantiële invloed is van zowel migratie-achtergrond,

³ KCE REPORT 289As, BENODIGDE ZIEKENHUISCAPACITEIT IN 2025 EN CRITERIA VOOR AANBODBEHEERSING VAN COMPLEXE KANKERCHIRURGIE, RADIOTHERAPIE EN MATERNITEIT, 2017

⁴ *Diversiteit in gezondheid en gezondheidszorggebruik: analyse van de data uit de Belgische gezondheidsenquête*, dr. Kaatje Van Roy, prof. dr. Stéphanie De Maesschalck, dr. Veerle Vyncke, Carlotta Piccardi & prof. dr. Sara Willems, Universiteit Gent, 2018

opleidingsniveau, inkomen, geslacht en leeftijd op verschillende gezondheids- en gezondheidszorgaspecten. Uit de analyses blijkt dat er nog steeds een problematische ongelijkheid bestaat in gezondheid en gezondheidszorg bij verschillende kwetsbare groepen in ons land, waarvan de concentratie vaak hoger ligt in stedelijke gebieden. Verder tonen de resultaten van de multivariate analyses ook aan dat verschillen in gezondheid bij migranten vaak kunnen worden verklaard door andere socio-demografische factoren. Armoede en opleidingsniveau zijn nog steeds een groter probleem bij burgers met een migratieachtergrond, wat leidt tot intersectionaliteit of het feit dat deze verschillende aspecten elkaar mogelijks versterken voor wat betreft risico op slechtere gezondheid en gezondheidszorgen.

Het uitstellen van zorg omwille van financiële redenen is een gestaag groeiend probleem in ons land, met name bij de laagste inkomensgroepen en personen met een zwakke gezondheid.⁵ Privé-uitgaven voor gezondheidszorg kunnen dusdanig oplopen dat personen die het financieel moeilijk hebben de armoede worden ingeduwd wanneer ze geconfronteerd worden met ernstige gezondheidsproblemen.⁶

3.7. De maatschappelijke uitdaging

Burgers beschouwen gezondheidszorg, en in het bijzonder medische zorg, als evident en normaal. Ze stellen zich doorgaans geen vragen naar budgettaire haalbaarheid. Dure diagnostische onderzoeken en therapeutische mogelijkheden worden verder ontwikkeld, mensen leven langer en de nood aan chronische zorg stijgt. De verwachting is dat publieke budgetten niet meer zullen volstaan om de nieuwe technieken ter beschikking te stellen aan alle patiënten die er potentieel baat bij hebben. Ook in de toekomst dienen onderzoek en innovatie een centrale rol te behouden in de gezondheidszorg, om verdere optimalisaties te realiseren en als motor van de kenniseconomie. Meer aandacht dient te gaan naar het concept van waarde, met name de kosten tegenover de baten van deze nieuwe technologieën en behandelingen en naar gepaste organisatie- en financieringsmodaliteiten. Ook de revolutie op vlak van IT en e-health dient hierbij de nodige aandacht te krijgen. Tevens moet aandacht gaan naar de specificiteit van de geestelijke gezondheidszorg (complexiteit van de aandoeningen, gevoeligheden bij psychiatrische patiënten tot het delen van data, ...) en de noodzaak tot afstemming tussen de verschillende overheden inzake een gemeenschappelijk dataplatform voor het faciliteren van een vlotte gegevensoverdracht.

3.8. Transparantie in de budgetten

De huidige financiering kent een overvloed aan complexe regels. Die zijn enerzijds onderhevig aan veel veranderingen, anderzijds omvat de financiering historische budgetten. De tweeledigheid van de financiering (honoraria en BFM), de versnippering van de verschillende budgetten (BFM, daghospitaisatie forfaits, conventies...) geeft soms tegenstrijdige incentives. De financiering bevat

⁵ Buffel V, Nicaise I. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare. Belgium. Juni 2018. Beschikbaar via <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=9238&furtherNews=yes>; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), België: Landenprofiel Gezondheid 2017, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264285064-nl>. Figuur 4 en 11. Beschikbaar via https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/belgie-landenprofielgezondheid-2017_9789264285064-nl; Demarest, S.: Accessibilité financière aux soins de santé. In: Drieskens, S., Gisle, L. (eds.) Enquête de santé 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten WIV-ISP, Brussel. https://his.wiv-isp.be/nl/Documents%20partages/AC_NL_2013.pdf (2015); Samana: Financiële en sociale situatie van Invaliden. Samana en Christelijke Mutualiteit. <https://www.cm.be/actueel/onderzoeken/inkomsonderzoek-invaliden> (2016)

⁶ Rommel, W.: Kanker duwt wie het financieel moeilijk heeft de armoede in. <http://www.komoptegenkanker.be/nieuws/kanker-duwt-wie-het-financieel-moelijkheeft-de-armoede> (2015)

slechts enkele stimulansen tot het verhogen van de kwaliteit en is niet gericht op het resultaat van medisch en paramedisch handelen. De overheden dienen de nodige middelen vrij te maken om een ambitieus en gecoördineerd beleid van voortdurende verbetering van kwaliteit en veiligheid te voeren. Door de omvang van de publieke gezondheidszorgbudgetten en hun blijvende groei is transparantie noodzakelijk voor een goed beleid. De behoeften zijn oneindig, de financiering moet de toegankelijkheid tot de zorg voor iedereen bewaken. De "financieringsbronnen" van de gezondheidszorg zijn divers, cf. supra punt 3.3: de sociale zekerheidsinkomsten, de overheidsfinanciering via het heffen van belastingen op diensten en goederen, de aanvullende ziekteverzekering aangeboden door de private ziekteverzekeraars, het remgeld en de "out-of-pocket bestedingen" van de gezinnen (= rechtstreekse consumptie van de gezinnen).

We willen meedenken over een meer collectieve financiering, waarbij we een tweesnelhedengezondheidszorg moeten proberen te vermijden. We pleiten voor een coherent systeem van correcte en transparante financiering, gebaseerd op reële noden en kosten en toekomstige evoluties. Een meer forfaitair systeem is hierbij één van de mogelijkheden. Er is nood aan een vernieuwd financieringsmodel dat helpt om het aanbod te flexibiliseren en in te spelen op trends en noden van de bevolking.

In de daghospitalisatie, zowel in de algemene als in de psychiatrische ziekenhuizen, pleiten we al geruime tijd voor een herziening van zowel de organisatie als de financiering. Zoals ook vastgesteld door het KCE in rapport 2017/282 zien we dat bepaalde activiteiten, zoals bv. cholecystectomie, nog al te veel in klassieke hospitalisatie gebeuren. We willen op korte, middellange en lange termijn de daghospitalisatie stimuleren met garanties voor het behoud van kwaliteit en een actualisatie van de financiering. Er is ook nood aan een aanpassing van het juridisch en reglementair kader (nationale overeenkomst ziekenhuizen VI's, KB's), met meer flexibiliteit via dagdelen.

4. Prioriteiten 2019-2025

Het verzekeren van een duurzame toekomst voor de Belgische gezondheidszorg is maar mogelijk door het ontwikkelen van een halflange én langetermijnvisie die vertaald wordt in strategische doelstellingen. We bevelen aan om minstens een plan te maken op een termijn van 10 jaar. Het **strategisch meerjarenplan** voor het gezondheidszorgbeleid moet ook een financieel dekkingsplan bevatten.

Dit zijn hierbij de prioriteiten van de FRZV:

1. Governance van de gezondheidszorg in België
2. Meer inzetten op de oorzaken van gezondheidsproblemen en minder symptoombestrijding
3. Het stimuleren van netwerken en de evolutie naar een geïntegreerd zorgsysteem
4. Middelen en maatregelen voor personeel
5. Stapsgewijs een nieuw financieringssysteem
6. Patiëntenparticipatie in ziekenhuizen
7. Actualisering van de programmatie
8. Relevante data voor de ondersteuning van het beleid en wetenschappelijk onderzoek
9. Een uitdrukkelijke keuze voor innovatie
10. Technologie en wetenschappelijk onderzoek

4.1. Governance van de gezondheidszorg in België

Op dit ogenblik zijn er in België acht ministers bevoegd voor gezondheidszorg. Die ontmoeten elkaar in de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid met als doel het Belgische gezondheidszorgbeleid te coördineren. Het is een open deur intrappen om te zeggen dat dit geen gemakkelijke opdracht is, en al zeker niet na de zesde staats hervorming. We stellen vast dat het voeren van een geïntegreerd gezondheidsbeleid, het coördineren en continueren van lopende hervormingen, het realiseren van nieuwe werven en herstructureringen, het voeren van een complementair beleid m.b.t. kwaliteit, een consistent preventiebeleid, het mogelijk maken van reconversies tussen zorgvormen en het verder inzetten op de digitalisering van zorg niet evident is in een dergelijke constellatie.

In eerste instantie is er nood aan een gedeeld begrippenkader. We pleiten ervoor om het overleg tussen de betrokken administraties en de sector te optimaliseren om beslissingen te nemen die de versnippering van de gezondheidszorg tegengaan en de noodzakelijke hervorming op een coherente en transparante wijze door te voeren. Hierbij kunnen met de verschillende gemeenschappen en gewesten asymmetrische afspraken gemaakt worden binnen het bestaande wettelijke kader. Vanuit de FRZV zijn we bereid om hieraan mee te werken.

Het is belangrijk om draagvlak te vinden bij de bevolking om te blijven investeren in de gezondheidszorg. Het consensusmodel van de sociale zekerheid moet blijven bestaan. Het heeft bewezen dat het responsabiliserend werkt. Dat er experten in zetelen maakt dat er doordachte beslissingen kunnen worden genomen. We zijn er ons echter van bewust dat dit model verder geoptimaliseerd en geactualiseerd kan worden, bijvoorbeeld door het beslissingsproces transparanter te maken. Hierover gaan we graag de dialoog aan met de politieke overheden, het RIZIV en de FOD Volksgezondheid. Het is belangrijk dat beide administraties meer naar elkaar toegroeien in functie van de optimalisering van het gezondheidszorgbeleid.

4.2. Meer inzetten op de oorzaken van gezondheidsproblemen en minder symptoombestrijding

In eerste instantie willen we meewerken aan initiatieven die de samenleving bewust maken van het belang van een gezonde levensstijl. Health literacy, het werken met gezondheidsdoelstellingen en het ontwikkelen van gezondheidsvaardigheden zijn hierbij belangrijke instrumenten.

In het federaal regeerakkoord (9 oktober 2014) lezen we: *“Initiatieven die de zelfzorg en het zelfmanagement bevorderen worden gestimuleerd. Hierbij zal in het bijzonder aandacht besteed worden aan het bevorderen van health literacy bij de bevolking, aan een betere vorming van de zorgverleners voor wat het stimuleren van zelfzorg en zelfmanagement en aan het beschikbaar stellen van laagdrempelige informatie ten behoeve van de patiënt. De patiënt moet beschikken over informatie betreffende de kwaliteit en de prijs van de zorg, die ter beschikking wordt gesteld via één toegankelijk platform. Tevens wordt onderzocht op welke wijze de patiënt makkelijker toegang kan krijgen tot zijn elektronisch patiënten dossier.”* Ook aan de volgende regering vragen we om hier verder werk van te maken.

In België werd de aanbeveling inzake het opstellen van gezondheidsdoelstellingen reeds geformuleerd in het kader van de rapporten over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem (Health

System Performance Assessment - HSPA), gepubliceerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Het formuleren van doelstellingen is ook duidelijk opgenomen in de Beleidsverklaring en Beleidsnota Gezondheidszorg van de federale minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, uitgevaardigd in 2014, en in de samenwerkingsstrategie met de WGO, ondertekend door België voor de periode 2016-2022 (Country Cooperation Strategy Belgium-WHO). In de bijlage van dit rapport zijn 81 doelstellingen opgenomen die geformuleerd werden op basis van de HSPA indicatoren. Die doelstellingen zijn echter slechts sneuvelvoorstellen; ze vormen een mogelijke basis voor verder werk. Wegens het grote aantal indicatoren werden de doelstellingen op systematische wijze geformuleerd.⁷ Aan die gezondheidsdoelstellingen willen we systematisch gestalte geven.

Het is absoluut noodzakelijk om de sector hier nauw bij te betrekken, om van hun expertise gebruik te maken en om het draagvlak voor de doelstellingen zo groot mogelijk te maken.

4.3. Het stimuleren van netwerken en de evolutie naar een geïntegreerd zorgsysteem

4.3.1. Samenwerking in netwerken

In het BS van 28/3/2019 verscheen de Wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen algemene ziekenhuizen betreft. De wet schrijft voor dat vanaf 1 januari 2020 ieder ziekenhuis deel moet uitmaken van een netwerk. De gemeenschappen moeten de netwerken erkennen.

Om die samenwerking effectief te kunnen realiseren en stimuleren hebben de Belgische ziekenhuizen, zowel algemene als psychiatrische, nood aan een **aangepast organisatie- en financieringsmodel**. In eerste instantie is er nood aan een stabiel en betrouwbaar financieel kader, in concreto de verankering van het principe van budgetbehoud, hetgeen toelaat om budgetten die vrijkomen uit efficiëntiewinsten te herinvesteren. Zo kan het netwerk - op middellange termijn - efficiëntiewinsten realiseren (bv. artikel 107 van de ziekenhuiswet) door te investeren in preklinische paden (cf. preklinisch pad dialyse); nazorgpoliklinieken in samenwerking met de huisartsen; expertverpleegkundigen die tweedelijnszorg aan huis brengen (naar analogie met de pediatrie equipes voor kinderoncologie); nurse practitioners die patiënten met hartfalen, diabetes enz. actief opvolgen; telemedicine tussen huisarts en specialist en specialisten onderling; groepsconsulten voor patiënten die een electieve ingreep ondergaan; overleg tussen de verschillende leden van het zorgteam; educatie van patiënten; secundaire preventieve maatregelen (cf. WGO-initiatief voor secundaire preventie in ziekenhuizen)...

Op korte termijn zal er wel eerst gericht geïnvesteerd moeten worden om de samenwerking mogelijk te maken. We denken hierbij in de eerste plaats aan elektronische uitwisseling van patiëntengegevens en kosten van de governance van de netwerken, waarin ook ziekenhuisartsen actief betrokken worden.

⁷ Verkennende stappen voor het formuleren van doelstellingen voor het Belgische gezondheidssysteem – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 292As. D/2017/10.273/59.]

Met de vorming van de ziekenhuisnetwerken zal ook **vervoer** tussen ziekenhuizen toenemen. Het is niet duidelijk wie deze factuur zal betalen. Het is niet de bedoeling dat de patiënt of het ziekenhuis deze kost moet dragen. Ook het vervoer tussen woonzorgcentra en ziekenhuis, thuis en het ziekenhuis, ... neemt toe voor mensen met een zware zorgnood die niet zelf de verplaatsing kunnen maken. Aangepast vervoer moet naast kwaliteitsvol ook betaalbaar blijven voor de patiënt. Het dringend ziekenvervoer werd vorige legislatuur al geregeld. Een maximumprijs werd vastgelegd. Het is aangewezen dat het vervoer tussen ziekenhuizen mee wordt opgenomen in de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen.

Voor de **universitaire ziekenhuizen** dient ook aandacht besteed te worden aan hun specifieke rol in de locoregionale ziekenhuisnetwerken en dienen de universitaire zorgopdrachten afgelijnd te worden. De universitaire ziekenhuizen spelen ook een belangrijke rol in het klinisch wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en het onderwijs, in nauwe samenwerking met faculteiten geneeskunde en het netwerk van stagediensten. In dit kader moeten ook potentiële conflicten t.g.v. het verschil in statuut en vergoeding voor de artsen in algemene (hoofdzakelijk zelfstandigen) en in universitaire ziekenhuizen (hoofdzakelijk salariaat) vermeden worden, zodat de netwerking hierdoor niet gehypothekeerd wordt. Het is belangrijk om na te denken over een statuut van de **ziekenhuisarts** (in het bijzonder universitaire ziekenhuisarts) om rekening te houden met taken die niet rechtstreeks onder de medische zorg vallen en die voldoen aan een kwalitatief academisch bestek, met universitaire diensten binnen niet-academische ziekenhuizen ook te integreren in de reflectie.

De netwerken in de **GGZ** voor volwassenen (inclusief ouderen) en kinderen en jongeren hebben nood aan stabilisatie en consolidering. Dit houdt in dat de structurele onderfinanciering van onder andere pilootprojecten worden weggewerkt, rekening houdend met de evolutie van kwalificatie, anciënniteit en indexatie (cfr infra).

De bijkomende budgetten voor de werking die via de netwerken toegekend worden o.b.v. een herziening van de provinciale wegingscriteria (het bestaande aanbod, de populatie, de stroom van de patiënten, de grootte van het grondgebied en verhouding stedelijk/ruraal, ...).

Nieuwe schotten moeten vermeden worden. In de realisatie van de netwerken volwassenen en kinderen en jongeren wordt bijzondere aandacht gevraagd voor de transitiezorg voor 18-23-jarigen, alsook voor de problematiek van dubbele diagnose en de ontoereikende somatische zorg aan psychiatrische patiënten opgenomen in o.a. PZ (cf. lopende studie KCE). De klinische netwerken en de GGZ-netwerken mogen de artificiële scheiding tussen somatische en psychische problemen niet versterken maar dienen samenwerking tussen beiden te faciliteren.

4.3.2. Geïntegreerde zorg

Ziekenhuizen en ziekenhuisnetwerken zijn echter geen eilanden of eilandgroepen in de gezondheidszorg. De volgende jaren zal in functie van "geïntegreerde zorg" de samenwerking en netwerkvorming tussen ziekenhuizen, de eerste lijn, de GGZ-netwerken/actoren, de residentiële ouderenzorg en de revalidatiesector uitgebouwd moeten worden. Hierbij zullen we ook meer focussen op preventie, op de zorg voor en na hospitalisatie, onder meer als gevolg van de verdere daling van de opnameduur in de ziekenhuizen en op alternatieve zorgvormen (thuishospitalisatie, zorghotel, community based living, ...) in samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Om dit te stimuleren vragen we dat de barrières om samen te werken weggenomen worden en vragen we een regelluw kader.

Daarnaast vragen we om **hinderpalen** voor samenwerking tussen de zorgactoren weg te nemen. Het gaat daarbij zowel over hinderpalen in de wetgeving inzake de gezondheidszorg als over aanpassingen in belendende wetgeving bijvoorbeeld m.b.t. fiscaal en arbeidsrecht. Die zouden de uitwisselingen tussen samenwerkende gezondheidsinstellingen moeten vergemakkelijken. Hierbij denken we o.a. aan de BTW-wetgeving maar ook bijvoorbeeld mogelijkheden om verpleegkundige coördinatie, de apotheekfunctie enz. te integreren.

4.4. Middelen en maatregelen voor personeel

Eén van de belangrijkste issues voor de gezondheidszorg in de volgende jaren zal het vinden van voldoende geschikt personeel zijn. Een combinatie van maatregelen en investeringen dringen zich op. We schetsen ze hieronder

4.4.1. Meer personeel rond de patiënt

- Meer zorg aan bed van de patiënt in klassieke én daghospitalisatie. De gemiddelde zorg in het ziekenhuis is intensiever en complexer geworden, terwijl de personeelsnormen en de financiering ongewijzigd blijven. In een aantal recente publicaties is blootgelegd dat de ingezette middelen per patiënt over de verschillende Europese landen sterk uiteenlopend zijn. België staat hierin op een ongunstige positie. Daarenboven toont internationaal onderzoek in acute ziekenhuizen aan dat de kans op mortaliteit toeneemt bij een stijgende Patient/Nurse ratio en een dalende kwalificatie⁸. Binnen de Belgische ziekenhuiscontext zal hier specifiek een toekomstgericht remediëringsplan noodzakelijk zijn. Op vandaag ligt de Belgische omkadering op 1 verpleegkundige per 11 patiënten, in de ons omringende landen is dat 1 per 8. Willen we de kwaliteit voorop blijven stellen dan is een evolutie naar hogere omkadering per patiënt aldus noodzakelijk. De financiering dient uiteraard te volgen.

De versterking van de omkadering moet het bed van de patiënt overstijgen en ook betrekking hebben op andere onontbeerlijke functies die vandaag sterk ondergefinancierd zijn, zoals bijvoorbeeld de informaticadiensten, enz. De hervorming van de wet inzake de gedwongen opnames moet gepaard gaan met bijkomend personeel voor een aantal intensieve bedden in de psychiatrische diensten voor de patiënten met een gedwongen statuut alsook voor de nog op te richten high level units in de algemene ziekenhuizen.

⁸ Aiken et al, 2014, Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study; The lancet

Personeel moet ook flexibeler kunnen worden ingezet tussen de verschillende activiteiten van de gezondheidsinstelling en haar netwerk. De menselijke middelen moeten verdeeld kunnen worden over de activiteiten in functie van de behoeften van de patiënten en niet in functie van strikte normen van elke dienst afzonderlijk.

Ziekenhuisartsen dienen in dit verband versterkt te worden met een betere structuur van medische diensthoofden die goed ondersteund en met de nodige middelen en de nodige vorming goede zorg kunnen verlenen als volwaardige partners in de Ziekenhuiswerking.

Het zal naast het bijkomend aantrekken van talenten ook een verantwoordelijkheid zijn om die te behouden. Het blijven evenwaardig aandacht hebben voor quadruple aim is hier noodzakelijk nl. 1. verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren; 2. verbeteren van gezondheidstoestand op bevolkingsniveau met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid; 3. het realiseren voor de patiënt van meer "waarde" op het vlak van gezondheid met de ingezette middelen; 4. ervoor te zorgen dat professionelen in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen.

4.4.2. Hervorming gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen

De wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen is aan een actualisering toe.

Rekening houdend met de nood aan nieuwe zorgberoepen, anticiperend op knelpunten of tekorten, ... moet dit ons toelaten om personeel efficiënter in te zetten in functie van individuele competenties en subsidiariteit. Een verstandige en wettelijk verankerde toebedeling van verantwoordelijkheden aan gezondheidszorgberoepen kan leiden tot een optimale benutting van de competenties van de professionals. De opleidingen m.b.t. de zorg moeten afgetoetst worden aan het nut en efficiëntie voor het nieuwe zorgmodel. Zo komt zo goed als elke zorgverlener in aanraking met een verouderde populatie en meer chronische zorg, en langs de andere kant met meer gespecialiseerde technische zorg.

4.4.3. Loopbaanpact

Samen met experts, de sociale partners en de overheid wil de sector werk maken van een ambitieus loopbaanbeleid dat vorm moet krijgen in een loopbaanpact. We zien hierbij verschillende uitdagingen.

Uitdaging 1: nood aan differentiatie in functies

We moeten flexibiliseren in de soorten functies als we de werkdruk op verpleegkundigen willen opvangen. Differentiatie van de profielen op de werkvloer is een sleutelstrategie om de zorg te verbeteren. Nu vangen in de eerste plaats verpleegkundigen alles op, maar er is een grote nood aan complementaire handen aan het ziekbed. Psychologen, pedagogen, ergotherapeuten en andere niet-verpleegkundige zorgprofielen kunnen mee bijdragen tot

kwaliteitsvolle zorg, zonder afbreuk te doen aan de verantwoordelijkheden van verpleegkundigen waarvoor een doorgedreven verpleegkundige klinische opleiding vereist is.

Uitdaging 2: de aanhoudende discussie over HBO5

De EU legt allerlei voorwaarden op voor de opleiding verpleegkunde zoals duurtijd, 8 competenties en de 7 domeinen. Het voldoen aan deze Europese directieve is bovendien ook een voorwaarde voor de uitwisselbaarheid van deze beroepsgroep tussen de lidstaten. Voor niveau HBO5 bestaan twijfels of deze opleiding die überhaupt kan halen. De vraag stelt zich bovendien of graduaatsmedewerkers Europees uitwisselbaar moeten zijn. Vandaag zijn ze immers onmisbaar in bepaalde regio's van ons land. We vragen aan de federale overheid om hierover met de gemeenschappen tot 1 standpunt te komen.

Uitdaging 3: loopbanen met afwisseling

Het systeem van erkenning van 'eerder en elders verworven competenties' in de zorgsector een plek geven. We hebben meer mensen nodig om elkaar af te lossen. Ook de vlakke loopbaan van velen in de sector is weinig aantrekkelijk. Het aanbieden van groeimogelijkheden in de vorm van interne en externe mobiliteit en bijscholingen kan dit verbeteren.

Uitdaging 4: de negatieve beeldvorming counteren

Het spreekt voor zich dat we blijvend moeten inzetten op campagnes om de zorgberoepen in de kijker te zetten, en jongeren te motiveren hiervoor te kiezen, met bijzondere aandacht voor kansengroepen en zij-instromers. We moeten samen constructief werken aan een positieve beeldvorming van de sector in combinatie met een duidelijk attractiviteitsplan,

4.4.4. Aandacht voor knelpuntberoepen

Het betreft onder andere verpleegkundigen, IT-personeel, bepaalde disciplines van artsen specialisten zoals neurologen, geriaters, (kinder)psychiaters, ...

4.4.5. Aandacht voor de organisatorische versterking

We vragen aandacht voor de organisatorische versterking van het management binnen het ziekenhuisnetwerk, waaronder het medisch departement en de andere klinische departementen.

4.4.6. Meer flexibele verloningsmogelijkheden

De individuele vergoedingen zijn meestal vastgelegd in bruto loonbarema's. De individuele voordelen alle aard, zoals de maaltijdcheques, kunnen alleen toegekend worden bovenop deze vergoeding, maar worden nooit gefinancierd.

We vragen een zekere flexibiliteit in de individuele voordelen die aan de medewerkers toegekend worden. De werkgever zou de werknemers kunnen toestaan om zelf een deel van hun loonpakket binnen dezelfde regeling samen te stellen (bv. cafetariaplannen). Op die manier blijft de kost voor de werkgever ongewijzigd, terwijl de werknemers kunnen kiezen voor een pakket dat aan hun behoeften

tegemoetkomt. Dergelijke ontwikkelingen vereisen noodzakelijkerwijs sociaal overleg en sociale onderhandelingen en de ondertekening van nieuwe collectieve arbeidsovereenkomsten.

4.4.7. Veralgemening IF-IC.

Belangrijk aandachtspunt is de verdere uitrol van IF-IC over alle zorgsectoren, met harmonisatie van de regelgeving en financiering, duidelijkheid naar de sector en een zo snel mogelijke invoering naar 100%. Een aantal zorgfuncties moeten snel een eerste onderhoud krijgen. Dit is noodzakelijk gezien er veel opmerkingen zijn over het actueel zijn van heel wat functie omschrijvingen die in het model zijn opgenomen. Bovendien worden ziekenhuizen ook geconfronteerd met heel wat ontbrekende functies. We verwijzen hierbij ook naar advies CFEH/D/493-3 van de FRZV van 9 mei 2019 aangaande de financiering van IFIC. We willen werk maken van

- a. Een billijke toewijzing van functies aan niveaus op basis van geactualiseerde functie omschrijvingen en methodologische weggingen;
- b. De evolutie naar een dynamisch HR instrument zowel op vlak van attractiviteit als retentie;
- c. Een correcte financiering van de ziekenhuizen in combinatie met administratieve haalbaarheid.

4.4.8. Belemmeringen voor de samenwerking in netwerken als gevolg van het arbeidsrecht

Het welslagen van samenwerking vergt een zekere flexibiliteit in de regelgeving, om uitwisselingen tussen de samenwerkende entiteiten mogelijk te maken. De huidige wetgeving en reglementering beperkt de ontwikkeling van samenwerkingen tussen gezondheidsinstellingen op vele manieren, door het delen van activiteiten en het poolen van personeel, diensten, enz. af te remmen.

De huidige regelgeving m.b.t. de mobiliteit van de werknemers is zowel zwaar als beperkt en zou versoepeld moeten worden om de ontwikkeling van samenwerkingen te stimuleren.

4.4.9. Aandachtspunten m.b.t. de verpleegkundige zorg.

Momenteel is er veel onduidelijkheid op welk niveau verpleegkunde zich situeert. In een tijdperk met bijzondere nood aan voldoende verpleegkundigen omwille van natuurlijke uitstroom in combinatie met een stijgende zorgvraag is dit onhoudbaar. Naar analogie van een groot aantal Europese landen is het voor de Belgische ziekenhuizen nodig om hoogopgeleide verpleegkundigen op bachelorniveau te kunnen inschakelen en dit omwille van de nood aan een set van kritische competenties voor de hoge complexiteit van de klinische zorgprogramma's (<https://www.health.belgium.be/nl/future-nursing-improving-health-driving-change>). Om ook de toegenomen zorgvraag te kunnen blijven beantwoorden zowel budgettair als inhoudelijk is een differentiatie in type zorgfuncties aangewezen waardoor ieder profiel verder kan excelleren en verdiepen in zijn of haar functie zonder afbreuk te doen aan kennis en kunde die ze reeds bezitten. Zo dient bijvoorbeeld de zorgverlener met een hoger beroepsopleiding (HBO5) een eigen unieke plaats te krijgen in de lijst van de zorgberoepen. Een zorgvuldig overgangsplan is hier op zijn plaats.

Voor verpleegkundige intellectuele handelingen bestaat momenteel geen eigen specifiek financieringssysteem. Voorbeelden zijn klinische handelingen of prestaties waar geen arts bij betrokken is vb. autonome raadpleging voor chronische patiënten in kader van follow up, zelfmanagement en educatie. Deze verpleegkundige interventies dragen duurzaam bij tot zowel de preventie als de verbetering van de gezondheidsstatus van de patiënt. In het kader van de toekomstige ziekenhuisfinanciering dient onderzocht te worden hoe een correcte honorering van de verpleegkundige bijdrage aan de gezondheidswinst te worden opgenomen. De verdere ontplooiing "Advanced Practice Nurse" rollen (verpleegkundig specialist, verpleegkundig consulent, gespecialiseerd verpleegkundige) en de implementatie van subsidiariteit van klinische handelingen kan uitsluitend gebeuren mits het voorzien van remuneratie van de betrokken beroepsgroep.

De inspanning op vlak van levenslang leren en continue opleiding en training betekent een grote hap uit het budget bestemd voor directe patiëntenzorg. Ook het opleiden van studenten verpleegkunde is eveneens een niet te verwaarlozen onderdeel van investering in verpleegkundige workforce. Deze investeringen zijn en blijven noodzakelijk en cruciaal voor het borgen van voldoende en competente resources. Het onderzoeken hoe een model van gefinancierde stagemeesters voor verpleegkundigen hierin kan bijdragen is essentieel. In de kwaliteitswet wordt voorzien dat in het kader van een "licence to practice", de gezondheidszorgbeoefenaars een portfolio moeten bijhouden om zijn bekwaamheid en ervaring te kunnen bewijzen. Dit zal in de toekomst ook gelden voor de verpleegkundigen.

4.5. Stapsgewijs een nieuw financieringssysteem

We willen zorgverstrekkers en burgers responsabiliseren op het vlak van gezondheidszorg en zo ook over- en onderconsumptie aanpakken. Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn hierbij essentieel. Dit neemt niet weg dat de budgetten voor de gezondheidszorg moeten sporen met de toenemende zorgnoden (o.a. vergrijzing) en de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hervormingen. Om hieraan het hoofd te bieden zal minstens een groeicnorm van 2,5% - bovenop inflatie - van het budget noodzakelijk zijn. Het gaat om een reële groeicnorm die correct gespreid wordt over de verschillende sectoren in de gezondheidszorgsector. Sedert minstens 10 jaar zit de ziekenhuissector zo goed als altijd onder de groeicnorm, wanneer dit niet het geval is, komt dit door het toevoegen van budget volgend uit de sociale akkoorden of de integratie van lasten uit het verleden. In beide gevallen houdt deze financiering een verplichting in om lasten te dragen die vergelijkbaar zijn met, of zelfs groter zijn dan de financiering. Deze groeicnorm kan niet langer gebruikt worden om aan engagementen uit het verleden te voldoen. Het herzieningsproces van deze bedragen moet versneld worden en moet ten laste vallen van exogene budgetten zodat de ziekenhuizen deze budgetten kunnen recupereren.

In eerste instantie moet de objectieve **onderfinanciering** van het budget van financiële middelen weggewerkt worden. Dit mag niet tot gevolg hebben dat de financiële toegankelijkheid voor de patiënt in het gedrang komt. De ziekenhuizen gaan daarom momenteel noodgedwongen op zoek naar andere bronnen van financiering, zoals de afhoudingen op honoraria. Dit is geen duurzame oplossing: een structurele exogene herfinanciering van het BFM is een essentiële voorwaarde.

Daarnaast, gegeven de verouderde financiering, dringt een **nieuwe financiering** zich op, zodat de ziekenhuizen het hoofd kunnen bieden aan huidige en toekomstige verplichtingen en evoluties. Een nieuwe ziekenhuisfinanciering focust op een geïntegreerd model dat efficiëntie en kwaliteit nastreeft

en sociaal ondernemerschap stimuleert. Het uitgangspunt is een billijke ziekenhuisfinanciering zonder tekorten die de nodige incentives voorziet (zie ook hoger) voor samenwerking.

We hanteren volgende basisprincipes voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering:

- Prospectief georiënteerd met beperkte herzieningen in plaats van de huidige directieve en retrospectieve financiering.
- Kostendekkende, financiële prikkels moeten zorgen voor een optimale en efficiënte organisatie van de zorg. Bepaalde zorg moet worden geconcentreerd (o.a. zorg waarvoor specifieke expertise, dure apparatuur of infrastructuur vereist is), andere moet dicht bij de patiënt aangeboden worden. Ziekenhuizen werken complementair. De locoregionale en supraregionale ziekenhuisnetwerken moeten dit mee mogelijk maken.
- Stimuli voor kwaliteit, veiligheid en samenwerking. Er wordt rekening gehouden met resultaten, niet alleen met uitgevoerde akten. Dat impliceert dat ziekenhuizen, en artsen, verpleegkundigen en paramedici meer en explicieter in functie van waarde worden gefinancierd, waarbij waarde staat voor de verhouding tussen resultaat en kost. Een waardegedreven financiering belooft procesoptimalisatie en stimuleert zo kwaliteitsgerichte praktijkvoering gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde medische richtlijnen. Daarvoor zijn meerdere, nauwkeurige, gevalideerde kwaliteitscriteria en -indicatoren nodig. Dat is ook waar de patiënten recht op hebben. Daarbij moet er ruimte blijven voor een normale variabiliteit van de zorg en het feit dat dit niet haalbaar is voor alle patiëntengroepen (bv. patiënten met chronische psychiatrische ziekten). Men moet maximaal abnormale patiëntenselectie vermijden en ruimte laten voor de opkomst van nieuwe technologieën. Financiering voor zorg vanuit het ziekenhuis geïnitieerd wordt ook minder afhankelijk van de plaats van zorgverstrekking zodat de patiënt zo efficiënt en kwalitatief mogelijk kan verzorgd worden: op de juiste plaats, op de juiste moment en dit met behulp van technologie en innovatie bv. telegeneeskunde/-monitoring.
- Eenvoudiger en transparanter. We verwijzen hiervoor naar het advies van de FRZV inzake vereenvoudiging van het BFM (ref: FRZV/D/AF/135-3, dd. 23/3/2017). Ook de parameters voor de berekening van onderdeel B1 en B2 van het BFM aan actualisering toe, met behoud van enige flexibiliteit. Een actualisering van herverdeling vraagt ook de globale onderfinanciering van deze onderdelen weg te werken door het inbrengen van bijkomende middelen.
- Een gepaste financiering voor de specifieke universitaire opdrachten, in lijn met de internationale praktijken ter zake.
- We stellen vast dat ICT een steeds groter deel van de kosten van een gezondheidsvoorziening vertegenwoordigt. De financiering door de overheid van ICT in de ziekenhuizen is op vandaag ontoereikend. Dat leidt ertoe dat voorzieningen niet allemaal in dezelfde mate investeren in ICT. Ook de financieringsmechanismen in de ziekenhuizen verschillen (bv. de afdrachten op de artsenhonoraria). Dat alles leidt tot een zeer heterogeen ICT-landschap, dat allerm minst voldoet aan de sterke nood aan informatie-uitwisseling. Ook dit moet dus voldoende benadrukt worden in een nieuw financieringssysteem.

Binnen een globale context van hervorming van de ziekenhuisfinanciering, is een herziening van de **nomenclatuur** noodzakelijk om de handelingen aan hun reële waarde te waarderen. De werkzaamheden met betrekking tot de verschillende soorten supplementen moeten worden voortgezet in de relevante ad-hoc organen. Hierbij moeten de financiële levensvatbaarheid van

ziekenhuizen en de (financiële) toegankelijkheid van zorg voor de patiënt gewaarborgd blijven en moet een tweesnelhedengezondheidszorg vermeden worden. Daarnaast vraagt de FRZV een evolutie van prestatiefinanciering naar meer forfaitaire systemen voor bepaalde akten. In de toekomst moet de nadruk meer liggen op teamfinanciering en samenwerking in plaats van prestaties van individuele verstrekkers, omdat de zorg ook veel meer in teamverband en overleg zal uitgevoerd moeten worden.

Momenteel bestaan er geen specifieke regels inzake structuralisering van **pilootprojecten** op basis van art. 63, § 1, 2 en 3 van het KB van 25 april 2002, d.w.z. de omzetting van deze projecten in een definitieve vorm van programmatie, erkenning en financiering. In de praktijk stellen we vast dat pilootprojecten geen vaste einddatum hebben waardoor ze een onverantwoord lange duurtijd kennen. Gekende voorbeelden hiervan zijn de forensische projecten in de sector geestelijke gezondheidszorg (projecten voor geïnterneerde personen met een medium profiel, de for K, ...). Meestal is de financiering via B4-overeenkomsten ontoereikend waardoor structurele tekorten zich opstapelen. Een jaarlijkse verlenging zonder enig perspectief op structuralisering en de gevolgen op het BFM veroorzaakt rechtsonzekerheid voor de betrokken ziekenhuizen. Door de lange looptijden ontstaat ook onvoldoende ruimte om op basis van het voornoemde art. 63 nieuwe innoverende projecten toe te kennen. Er is bijgevolg dringend nood aan een duidelijk kader inzake looptijd, aanpassingsmogelijkheden inzake financiering (bv. indexering), (tussentijdse) evaluatie en voorwaarden inzake structuralisering.

Inzake financiering van de PZ verwijzen we naar het advies van de NRZV inzake een nieuw prospectief en programmeoriënterd financieringssysteem voor de geestelijke gezondheidszorg (advies NRZV/D/446-2 van 9 juli 2015).

4.6. Patiëntenparticipatie in ziekenhuizen

Effectieve gezondheidszorg betekent een succesvolle samenwerking met de patiënt in zijn of haar zorgproces. Elk ziekenhuis zet bijvoorbeeld in zijn missie de patiënt centraal. Toch worstelen ziekenhuizen met de hoe-vraag om patiëntenparticipatie structureel gestalte te geven. Het is belangrijk dat zorg georganiseerd wordt vanuit de noden van de patiënt. Ondersteuning van structuren die patiëntenorganisatie ondersteunen en vorm geven op regionaal niveau kan een belangrijke voorwaarde zijn om patiëntenverenigingen en ziekenhuizen te laten samenwerken opdat de kwaliteit van zorg geëvalueerd wordt en kan worden bijgestuurd. Onder meer VPP en LUSS kunnen hierin een rol spelen.

Het inschakelen van ervaringsdeskundigen in algemene en psychiatrische ziekenhuizen vraagt een specifiek kader met betrekking tot onder andere personeel.

4.7. Actualisering van de programmatie

In het verlengde van wat we reeds geschetst hebben, dringt een actualisering van de huidige programmatie zich op. Hierover moeten afspraken gemaakt worden met de gemeenschappen en de gewesten, zodanig dat er geen onduidelijkheid kan bestaan in de toepassing. Deze moet nationaal, evidence based, transparant en evolutief zijn (rekening houdend met demografische tendensen) en

voor de verdeling van de programmatie rekening houdend met de reële patiëntenstromen en, wanneer relevant, met opgebouwde expertise.

Een correcte financiering van alle diensten en entiteiten binnen de programmatie en van de daarmee samenhangende normvereisten moet voorzien worden.

4.8. Relevante data voor de ondersteuning van het beleid en wetenschappelijk onderzoek
We willen werk maken van een kader om data op een efficiënte, veilige en gestructureerde wijze te delen. Dit impliceert de verdere uitbouw van de digitalisering, die correct moet gefinancierd worden.

De **hoge registratielast** in ziekenhuizen moet adequaat worden aangepakt. Dit kan onder meer door de automatische afleiding van data uit elektronische patiëntendossiers of door sommige informatie te bekomen via een representatief staal van instellingen. Het is van belang dat in België naar analogie met andere landen geïnvesteerd wordt in een internationaal terminologiestelsel bv. SNOMED CT®.

Ook moet er meer **transparantie en eenvoud** komen in de rapporteringen van medische en verpleegkundige gegevens. De finaliteit van de verschillende registraties moet duidelijk gedocumenteerd worden (financiering, kwaliteit, kadasters, programmering, karakterisering en definitie van het aanbod, karakterisering van de patiënt, ...). Dubbele registratie moet vermeden en afgebouwd worden.

Gegevensverzameling en verwerking is maar sluitend als dit **ge-audit** wordt en als er consequenties verbonden zijn aan die audit. Daarom vragen we dat experts, de administratie en de gebruikers continu in overleg te blijven om dit proces te bewaken en te verbeteren.

We verwijzen onder andere naar het advies van de FRZV inzake een vernieuwde minimale registratie in de GGZ-voorzieningen (advies NRZV/D/PSY/420-1 van 8 november 2012) en andere adviezen m.b.t. administratieve vereenvoudiging (advies FRZV FRZV/D/AF/135-3 van 23 maart 2017).

Het is bovendien belangrijk dat er een ethisch en juridisch kader gecreëerd wordt voor de omgang met **big data** en "artificial intelligence".

4.9. Een uitdrukkelijke keuze voor innovatie

Er ontstaan nieuwe behoeften in het kader van een kwaliteitsvolle geïntegreerde zorg in de netwerken. Eén van de belangrijkste is de uitbouw van de **ICT-infrastructuur** in en buiten de ziekenhuizen, met als centrale hoeksteen het elektronisch patiëntendossier.

Een eerste stap werd gezet in 2016 met de uitwerking van de Belgian Meaningful Use Criteria. Het financieringsmechanisme dat van de BMUC uitgaat, heeft tot doel om te komen tot een level playing field en optimale mogelijkheden voor uitwisseling. In samenwerking met de sector dienen de doelstellingen, vereisten en functionaliteiten voor ICT verder geanalyseerd, opgevolgd en gefinancierd te worden.

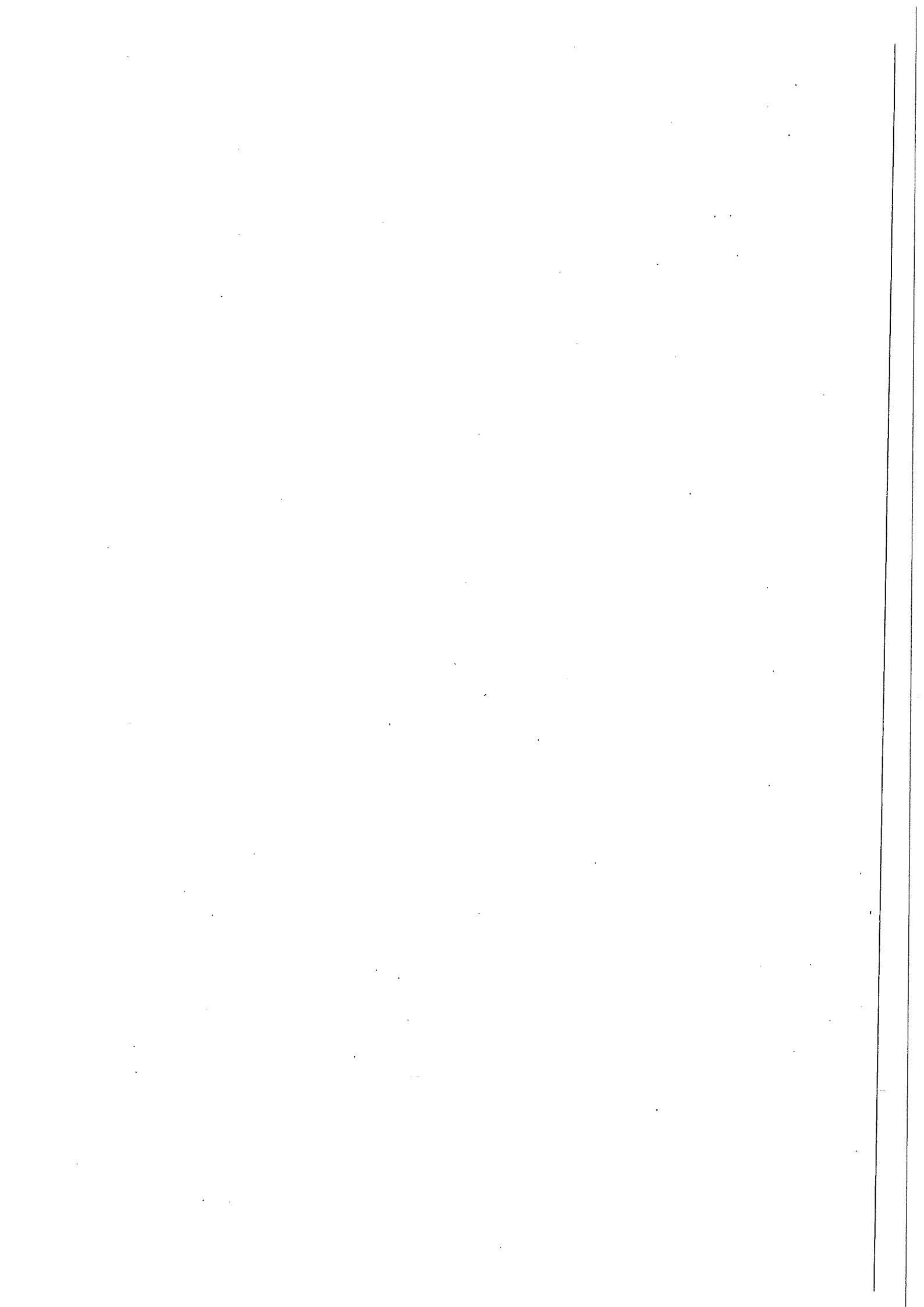
Realistische te behalen BMUC-criteria voor de komende 3 jaar moeten zo snel mogelijk worden vastgelegd zodat de sector de nodige tijd heeft om deze te implementeren. De FRZV en het begeleidingscomité moeten erkend worden als volwaardige piloot van het BMUC-programma.

4.10. Technologie en wetenschappelijk onderzoek

Innovatie blijft de cruciale motor van vooruitgang voor de kenniseconomie, ook in de gezondheidszorg. Niet enkel nieuwe klinische interventies, maar ook innovaties die de organisatie en financiering van de zorg kunnen optimaliseren moeten ontwikkeld worden.

De universitaire ziekenhuizen vervullen een cruciale rol op dit vlak, wegens hun inbedding in de universiteit en bijgevolg hun nauwe verbondenheid met de andere wetenschappelijke disciplines.

De universitaire ziekenhuizen hebben een essentiële rol in referentiegeneeskunde en derdelijns zorgprogramma's die gelinkt zijn aan geavanceerde onderzoeksprogramma's. Deredelijnszorgprogramma's vragen een zeer gespecialiseerde diagnostische of therapeutische aanpak door een interdisciplinair team en/of dure en specifieke infrastructuur en apparatuur. Deze zorgprogramma's zullen moeten worden gedefinieerd en sommige ervan zullen moeten worden gereserveerd voor de universitaire sector op basis van objectieve en gefundeerde criteria (bv. bepaalde zeldzame ziekten en transplantatie geneeskunde). Het zijn supraregionale functies, die geconcentreerd zijn in de universitaire ziekenhuizen (of in universitaire diensten) en die gelinkt zijn aan academische onderzoeksprogramma's. Universitaire ziekenhuizen, die ingebed zijn in een universiteit en niet enkel linken hebben met de faculteit geneeskunde, maar ook met vele andere faculteiten, worden continu gevoed vanuit fundamenteel onderzoek en nieuwe interdisciplinaire bevindingen die doorstromen naar en wisselwerken met de klinische praktijk, o.a. via academische klinische studies. De universitaire ziekenhuizen fungeren m.a.w. als referentiepunt voor dit soort zorgopdrachten. Die specifieke rol is essentieel voor de voortdurende ontwikkeling van de zorgen in België en moet dus in de toekomstige wetgeving verankerd worden. Samenwerking en taakafspraken tussen de universitaire ziekenhuizen onderling op vlak van deze supraregionale zorgopdrachten is noodzakelijk zowel vanuit kwaliteitsoverwegingen als vanuit het waarborgen van de toegankelijkheid van elk van die zorgopdrachten voor de patiënten in de Belgische gezondheidszorg. Ook voor tweedelijnszorgprogramma's die aanleiding geven tot verder onderzoek of assessment is de inbreng van de universitaire ziekenhuizen essentieel. Die tweedelijnsactiviteit vormt ook een belangrijk onderdeel in de opleiding van artsen-specialisten.



A. Prioritaire Wijziging 2020

Modification prioritaire 2020

1. Omschrijving - Description : Versterking gefinancierde personeelsomkadering aan het bed van de patiënt – Renforcement de l'encadrement financé en personnel au chevet du patient

Budget op jaarbasis : 75.000.000 € in 2020 (maakt deel uit van meerjarenplan)
Budget sur base annuelle : 75.000.000 € en 2020 (fait partie d'un plan pluriannuel)

Reglementaire basis : KB 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen
Base réglementaire : AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

Reglementaire wijziging ? :

Context

De acties van de "blouses blanches" tijdens de voorbije maanden hebben de aandacht gevestigd op het gebrek aan personeel aan het bed van de patiënt. Tegelijkertijd kort de verblijfsduur in de ziekenhuizen dankzij de krachtigere medische technieken steeds in. Het aantal opnames neemt toe¹, terwijl de duur van de ziekenhuisverblijven afneemt: de zorgverstrekking wordt dus steeds acuter en zwaarder. Nochtans zijn de gefinancierde normen de laatste decennia nauwelijks aangepast. Een gebrek aan personeel brengt onvermijdelijk het risico met zich mee, dat de kwaliteit van de zorgverstrekking daalt. Dat werd ook aangetoond in de Europese RN4CAST studie, de grootste tot nog toe. Elke verpleegkundige ontfermt zich in België namelijk over 11 patiënten, terwijl het Europese gemiddelde 8,3 is. Om tot dit Europees gemiddelde te komen, zou het aantal verpleegkundigen met 35 % moeten stijgen, wat een inspanning van meer dan een miljard € zou vergen².

Een verhoging van de werkbelasting van de verpleegkundigen verhoogt de kans op overlijden. Omgekeerd toont een toename van het verplegend personeel een afname van het sterfterisico en verminderen eventuele kosten door fouten wegens werkdruk.

¹ In België steeg het aantal klassieke verblijven van 1,71 miljoen in 2003 naar 1,82 miljoen in 2014. Dit komt neer op een totale stijging van 6,5% of een gemiddelde jaarlijkse stijging van 0,57%. De trendanalyse voorspelt dat tussen 2014 en 2025 dit aantal zal toenemen met 215.000 verblijven. Dit betekent opnieuw een stijging met 11,8% of een gemiddelde jaarlijkse stijging van 1,02% (KCE-rapport 289As, 2017, p.13).

² Er waren in 2016, volgens Finhosta-cijfers, 55.000 VTE verpleegkundigen actief in de ziekenhuizen aan het bed, de daling van 11 patiënten per verpleegkundige naar 8 vergt 35 % verhoging, dus 19.250 VTE. Gevaloriseerd aan 70.000 € per VTE zou de totale kost 1,35 miljard € bedragen

Behoefte

Meerjarenbegroting BFM	Totale kost ziekenhuizen (2019)	2020	2021	2022	2023	2024
Verhoging verpleegkundige omkadering (AZ+PZ)	> 1 miljard €	75.000.000	75.000.000		75.000.000	75.000.000

Het voorstel gaat uit van een tweemaalige inspanning (2020-2021 en 2023-2024) als inhaalbeweging om de gefinancierde personeelsomkadering aan het bed van de patiënt te versterken met een equivalent van telkens 1 VTE per 30 verantwoorde bedden (of, indien er geen verantwoorde bedden worden berekend: erkende bedden), en dit voor alle ziekenhuizen (zowel algemene als psychiatrische), aan een gemiddelde loonlast van 70.000 € per VTE. Voor komende legislatuur vragen we dus bijkomende middelen die het equivalent zijn van + 2 VTE per 30 bedden.

$$\begin{aligned} &63.330 \text{ bedden} * 1 \text{ VTE} / 30 \text{ bedden} = 2.111 \text{ VTE} \\ &* 70.000 \text{ €} / \text{VTE} \\ &= 147.770.000 \text{ €}, \text{ geïndexeerd } \mathbf{150 \text{ miljoen €}}. \end{aligned}$$

Deze middelen zullen prioritair worden aangewend binnen het verpleegkundig departement of voor personeel dat de verpleegkundigen ontlast.

Het bijkomend personeel moet kunnen ingezet worden in functie van de behoeften van de patiënten en niet in functie van de strikte normen van elke dienst. Het voorstel gaat daarom uit van een flexibele inzet van het bijkomend personeel binnen de door het BFM gefinancierde diensten en functies.

Modification réglementaire ? :

Contexte

Les actions des "blouses blanches" au cours des derniers mois ont attiré l'attention sur le manque de personnel au chevet du patient.

Simultanément, la durée de séjour dans les hôpitaux ne cesse de diminuer grâce aux techniques médicales de plus en plus performantes. Le nombre d'admissions augmente³, alors que la durée des séjours hospitaliers diminue : les soins prodigués sont donc toujours plus aigus et plus lourds. Néanmoins, les normes de financement n'ont été quasiment pas adaptées au cours des dernières décennies.

Un manque de personnel entraîne inévitablement le risque d'une diminution de la qualité de la prestation de soins. Ceci a d'ailleurs été démontré par l'étude européenne RN4CAST, la plus vaste à ce jour. En Belgique, un(e) infirmier(ère) assure en effet l'encadrement de 11 patients, alors que la moyenne européenne est de 8,3. Pour atteindre cette moyenne européenne, il faudrait augmenter de 35% le nombre d'infirmiers(ères), ce qui exigerait un effort dépassant un milliard d'euros⁴.

³ En Belgique, les séjours classiques ont augmenté de 1,71 millions en 2003 à 1,82 millions en 2014. Cela revient à une augmentation de 6,5% ou une augmentation annuelle de 0,57%. L'analyse de la tendance prévoit qu'entre 2014 et 2015, le chiffre augmentera de 215.000 séjours. Cela signifie à nouveau une augmentation de 11,8% ou une augmentation annuelle de 1,02% (Rapport KCE 289As, p 13).

⁴ En 2016, selon les statistiques Finhosta, 55.000 ETP infirmiers étaient actifs au chevet du patient dans les hôpitaux. La diminution de 11 à 8 patients par infirmier(ère) exige une augmentation de 35 %, soit 19.250 ETP. Valorisé à 70.000 € par ETP, le coût total s'élèverait à 1,35 milliard €.

Une augmentation de la charge de travail du personnel infirmier augmente le risque de décès. Inversement, un accroissement du personnel soignant entraîne une diminution de la mortalité et réduit les coûts éventuels résultant d'erreurs dues à la pression du travail.

Besoins

Budget pluriannuel BMF	Coût total hôpitaux (2019)	2020	2021	2022	2023	2024
Augmentation de l'encadrement infirmier (HG+HP)	> 1 milliard €	75.000.000	75.000.000		75.000.000	75.000.000

La proposition repose sur un effort en deux fois (2020-2021 et 2023-2024) comme mouvement de rattrapage visant à augmenter chaque fois l'encadrement financé en personnel au chevet du patient à raison d'1 ETP par 30 lits justifiés (ou lits agréés, si l'on ne calcule plus en lits justifiés), et ceci pour tous les hôpitaux (tant généraux que psychiatriques), avec un coût salarial moyen de 70.000 € par ETP. Pour la prochaine législature, nous demandons donc des moyens supplémentaires équivalant à 2ETP par 30 lits.

63.330 lits * 1 ETP / 30 lits = 2.111 ETP
 * 70.000 € / ETP
 = 147.770.000 €, soit 150 millions € après indexation.

Ces moyens seront employés en priorité au sein du département infirmier ou affectés à du personnel qui décharge le personnel infirmier.

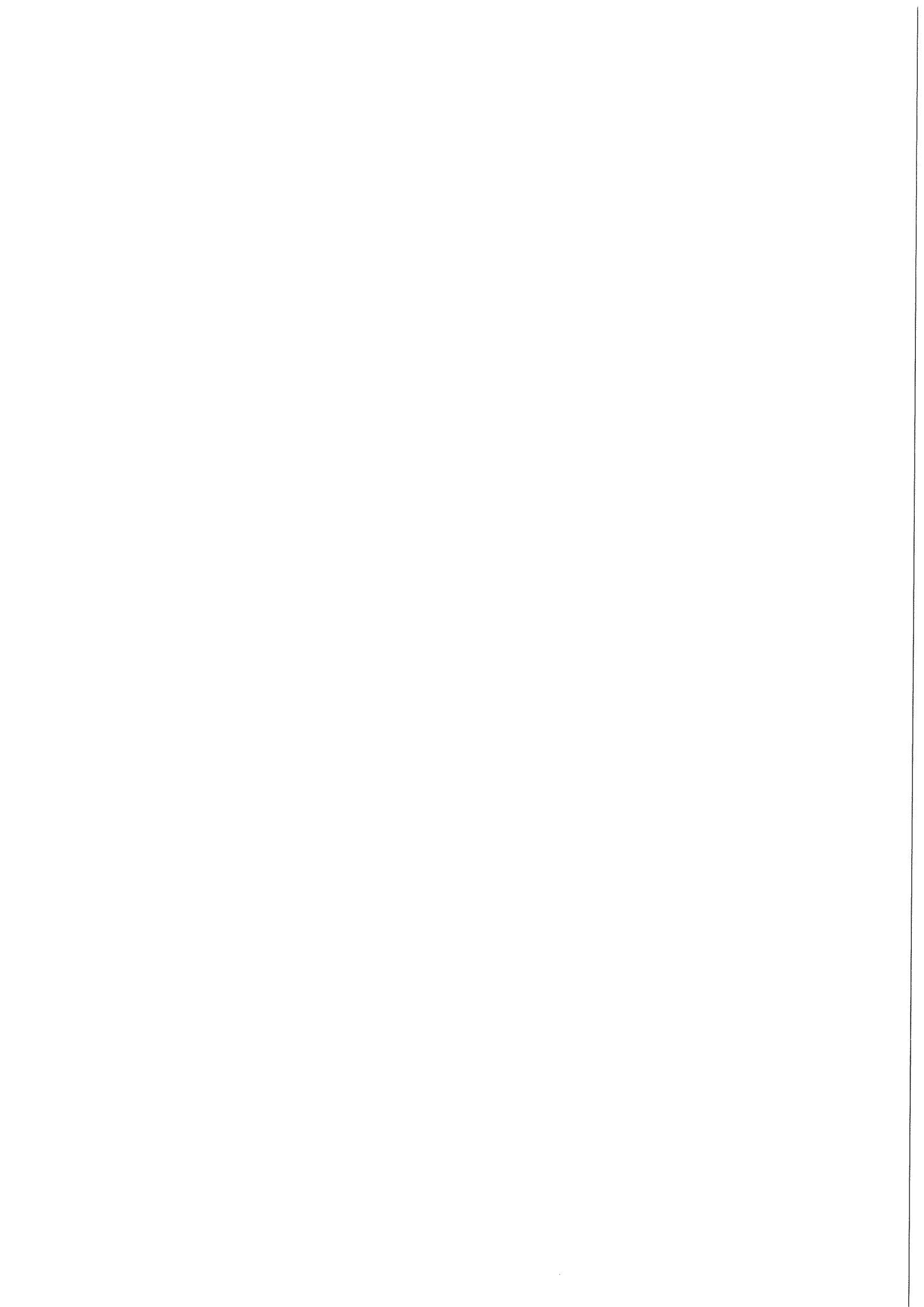
Le personnel supplémentaire doit pouvoir être affecté en fonction des besoins des patients et non en fonction des normes strictes de chaque service. C'est pourquoi la proposition part du principe d'une affectation flexible du personnel supplémentaire dans les fonctions et services financés par le BMF.

Te doorlopen traject :
Trajet à suivre

Realistische toepassingsdatum : 01/01/2020
Date d'application réaliste : 01/01/2020

Stand van zaken :
Etat de la situation

Commentaar - Commentaire :



A. Prioritaire Wijziging 2019

Modification prioritaire 2019

1. Omschrijving - Description : ICT en EPD in de ziekenhuizen
TIC et DPI dans les hôpitaux

Budget op jaarbasis : bijkomend 40 miljoen euro (structureel)

Budget sur base annuelle : 40 millions d'euros supplémentaires (structureel)

Reglementaire basis : Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

Base réglementaire : Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

Reglementaire wijziging ? budget toevoegen aan de financiering in art. 61, §1 (AZ) – 2 (PZ en hybride ZH)

Modification réglementaire ? ajouter du budget supplémentaire au financement stipulé à l'article 61, §1^{er} (HG) - 2 (HP et hôpitaux hybrides)

Te doorlopen traject : advies FRZV

Trajet à suivre : avis du CFEH

Realistische toepassingsdatum : met ingang vanaf 1/1/2019, toe te kennen in het BFM van 1/1 of 1/7/2019

Date d'application réaliste : à partir du 01/01/2019, à octroyer dans le BMF du 01/01 ou du 01/07/2019

Stand van zaken :

In 2016 startte de overheid een financiering op basis van Meaningful Use Criteria, aangepast aan de Belgische context (cf. BMUC). Een eerste structurele schijf van 40 miljoen euro werd toegevoegd aan het bestaande budget (16 miljoen euro).

De totale kostprijs van ICT en EPD in de ziekenhuizen wordt echter ingeschat op 2,59% van de omzet in de ziekenhuizen, ofwel 560 miljoen euro (cijfers 2014, voor AZ-PZ-UZ). Slechts 10% van de uitgaven wordt dus momenteel door de overheid gefinancierd.

État de la situation :

En 2016, l'autorité a démarré un financement fondé sur des critères BMUC ("Meaningful Use Criteria") adaptés au contexte belge (cf. BMUC). Une première tranche structurelle de 40 millions d'euros a été ajoutée au budget existant (16 millions d'euros).

Le coût total des TIC et DPI dans les hôpitaux est néanmoins estimé à 2,59% du chiffre d'affaires des hôpitaux, ce qui représente 560 millions d'euros (chiffres 2014, pour les HG-HP-HU). Seuls 10% des dépenses sont donc actuellement financés par l'autorité.

Commentaar :

Het gebrek aan een afdoende financiering leidt tot grote verschillen tussen ziekenhuizen op het vlak van informatica. Bijkomende overheidsfinanciering, en dus een gelijkere financiering van de ziekenhuizen geeft aan iedereen meer zuurstof voor de nodige investeringen om de ziekenhuizen op het niveau van de 21^e eeuw te brengen.

De primaire processen op vlak van EPD en ICT in de ziekenhuizen zouden maximaal ondersteund moeten worden. Het gaat om de klinische zorgprocessen¹ en de processen op het vlak van bedrijfsvoering². Zij vertegenwoordigen 291 miljoen euro van de uitgaven (zie bijlage).

Commentaire :

L'on constate de grandes différences sur le plan informatique entre les hôpitaux par manque de financement adéquat. Un financement supplémentaire de la part de l'autorité, et par extension un financement plus équitable des hôpitaux, donnerait plus de marge à tout un chacun pour procéder aux investissements nécessaires à la modernisation des hôpitaux du 21^{ème} siècle.

Les processus primaires en termes de TIC et de DPI dans les hôpitaux devraient être soutenus au maximum. Il s'agit des processus de soins cliniques³ et de gestion⁴. Ils représentent 291 millions d'euros de dépenses (cf. annexe).

¹ EPD, PACS, apotheek, ...

² registratie, boekhouding, logistiek, ...

³ DPI, PACS, pharmacie, ...

⁴ enregistrement, comptabilité, logistiek, ...

2. Compenserende structurele maatregel – Mesure structurelle compensatoire

Omschrijving – Description :

Budget op jaarbasis :

Budget sur base annuelle :

Reglementaire basis :

Base réglementaire :

Reglementaire wijziging ?

Modification réglementaire ?

Te doorlopen traject :

Trajet à suivre :

Toepassingsdatum :

Date d'application :

Stand van zaken :

État de la situation :

Commentaar - Commentaire :

Bijlage : inschatting van de informaticakosten in ziekenhuizen

De jaarlijkse uitgaven voor informatica werden ingeschat via een gestandaardiseerde enquête uit bedrijfsleven NEN-EN-15221. De resultaten zijn gebaseerd op een staal van 18 ziekenhuizen (cijfers 2014).

Uit de bevraging blijkt dat de jaarlijkse ICT-uitgaven in 2014 reeds 2,59% van de omzet bedragen, dus vóór de start op basis van de BMUC. De procentuele kost is inmiddels verder gestegen.

%Omzet	
OPEX	1.25%
Afschr	0.60%
FTE	0.74%
Totaal	2.59%

In absolute termen betreft het een jaarlijkse uitgave van 560 miljoen euro (2014) :

Klinische zorgprocessen (EPD, PACS, apotheek, ...)	27%	151 mio
Bedrijfsvoering (registratie, boekhouding, logistiek, ...)	25 %	140 mio
Systeem HW en SW (datacenter, connectiviteit, ...)	28 %	157 mio
Cliënt gericht (helpdesk, MS office,)	15 %	84 mio
Rest (management, beveiliging)	5 %	28 mio

Volksgezondheid zou de maatschappelijke evolutie in ICT moeten volgen. Bovendien worden ook de patiënten steeds veeleisender op het vlak van digitale ondersteuning. Aangezien de ziekenhuizen achterlopen op de realiteit en de consument veel sneller gaat, wordt de gap steeds groter wordt.

Anderzijds brengen investeringen in ICT efficiëntiewinsten met zich mee, maar deze investeringen zijn reeds jarenlang niet gefinancierd.

Annexe : estimation des coûts informatiques dans les hôpitaux

Les dépenses annuelles en informatique ont été estimées à l'aide d'une enquête standardisée (NEN-EN-15221). Les résultats sont basés sur un échantillon de 18 hôpitaux (chiffres 2014).

Il ressort de l'enquête que les dépenses TIC annuelles s'élevaient déjà à 2,59% du chiffre d'affaires en 2014, c'est-à-dire avant le démarrage du financement basé sur des critères BMUC. Dans l'intervalle, ce pourcentage n'a cessé d'augmenter.

%Omzet

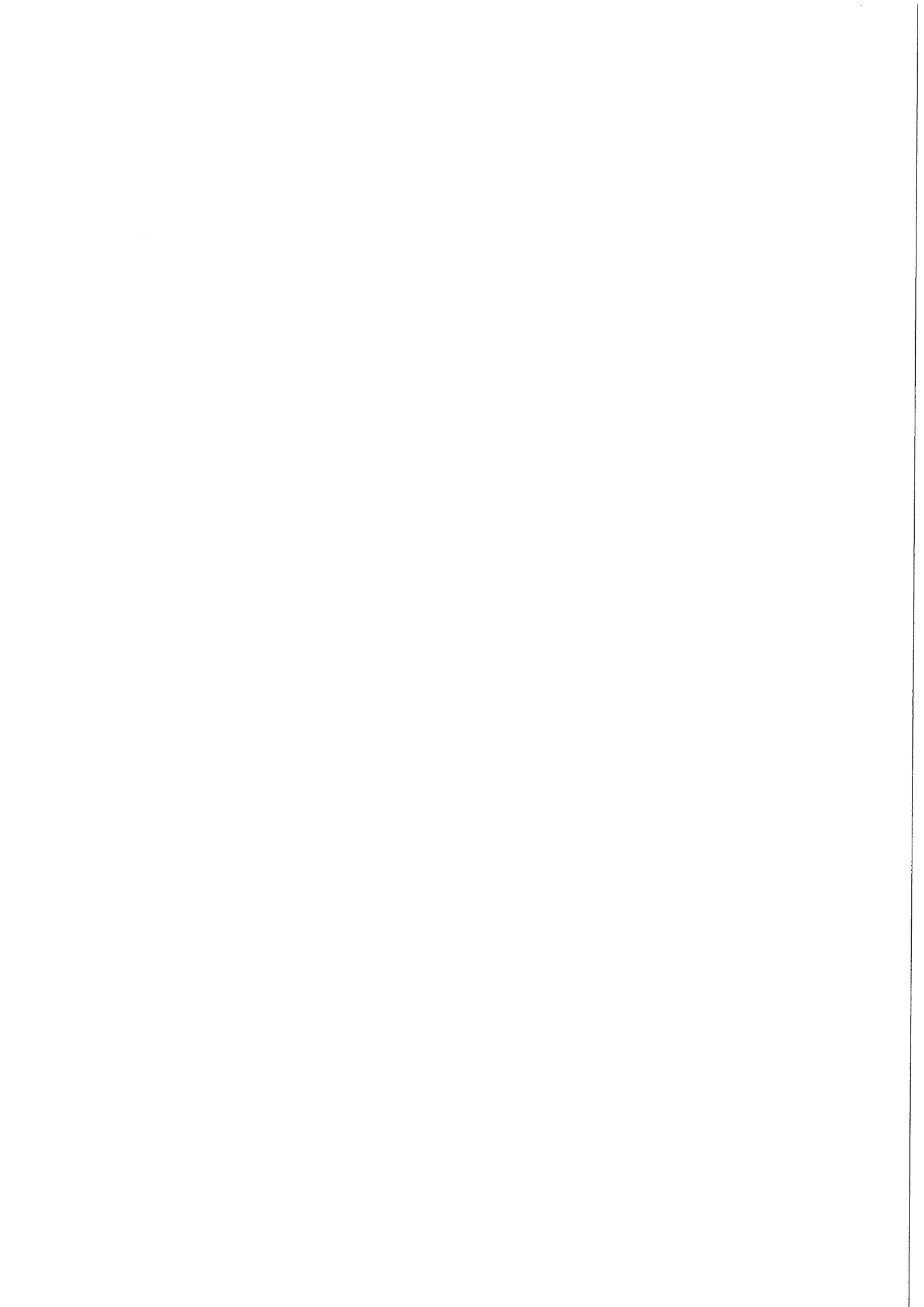
OPEX	1.25%
Afschr	0.60%
FTE	0.74%
Totaal	2.59%

En termes absolus, il s'agit d'une dépense annuelle de 560 millions d'euros (2014) :

Processus de soins cliniques (DPI, PACS, pharmacie, ...)	27%	151 mio
Gestion (enregistrement, comptabilité, logistique, ...)	25 %	140 mio
Système HW et SW (data center, connectivité, ...)	28 %	157 mio
Orientation client (helpdesk, MS office,)	15 %	84 mio
Reste (management, sécurisation, ...)	5 %	28 mio

La Santé publique devrait suivre l'évolution sociale en informatique. Par ailleurs, les patients deviennent également de plus en plus exigeants en matière de support numérique. Étant donné que les hôpitaux sont en retard sur la réalité et que le consommateur avance beaucoup plus vite, l'écart ne cesse de se creuser.

Par ailleurs, les investissements dans les TIC apportent des gains d'efficacité, mais ces investissements n'ont pas été financés depuis de nombreuses années.



A. Prioritaire Wijziging 2019

Modification prioritaire 2019

1. **Omschrijving - Description** : De wetsontwerpen tot invoering van de ziekenhuisnetwerken voorzien een nieuwe functie van netwerkhoofddarts. De netwerken zullen ook andere coördinatie- en ondersteunende functies met zich meebrengen.

Budget op jaarbasis : 16 miljoen euro
Budget sur base annuelle : 16 millions d'euros

Coördinatiefuncties :

525.000 euro per netwerk

Secretariaat van netwerk, beheer rechtspersoon, beheer medische raad:

60.000 euro per netwerk

Werkingskosten: 10 %

58.500 euro per netwerk

- Totaal: 643.500 euro per netwerk
- Behoeftte voor 25 netwerken: 16 miljoen euro

Reglementaire basis : Wetsontwerpen tot wijziging van de ziekenhuiswet gecoördineerd op 10 juli 2008, wat de klinische netwerken tussen ziekenhuizen betreft

Base réglementaire Projets de loi modifiant la loi sur les hôpitaux coordonnée le 10 juillet 2008, en ce qui concerne les réseaux cliniques entre hôpitaux

Reglementaire wijziging ? : Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling van het budget van financiële middelen

Modification réglementaire ? Arrêté royal du 25 avril 2002 portant fixation du Budget des moyens financiers

Te doorlopen traject :
Trajet à suivre

Realistische toepassingsdatum : 01/07/2019. Alle netwerken moeten erkend zijn op 01/01/2020. Het is dan ook noodzakelijk dat vanaf 01/07/2019 financiering wordt voorzien om de nieuwe functies te creëren en het netwerk op te bouwen

Date d'application réaliste : 01/07/2019. Tous les réseaux doivent être agréés le 01/01/2020. Il est donc nécessaire qu'à partir du 1/ 07/2019, un financement soit prévu pour créer ces nouvelles fonctions et mettre en place le réseau

Stand van zaken : De wetsontwerpen zijn goedgekeurd in eerste lezing en liggen voor advies voor bij de Raad van state

Etat de la situation : Les projets de loi ont été approuvés en première lecture et soumis au Conseil d'État pour avis

Commentaar - Commentaire :

2. Compenserende structurele maatregel – Mesure structurelle compensatoire

Omschrijving - Description :

Budget op jaarbasis :
Budget sur base annuelle

Reglementaire basis :
Base réglementaire

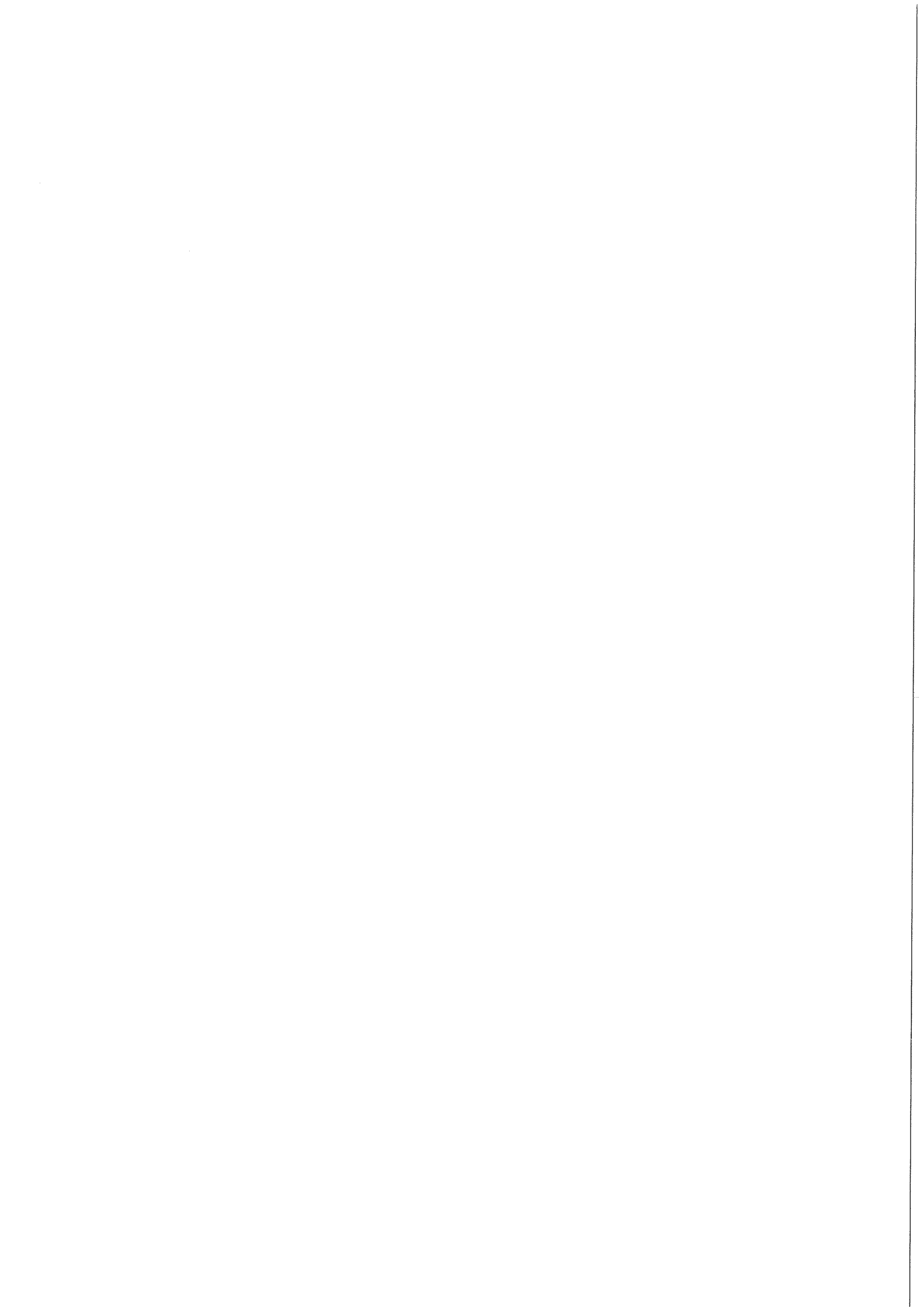
Reglementaire wijziging ? :
Modification réglementaire ?

Te doorlopen traject :
Trajet à suivre

Toepassingsdatum :
Date d'application

Stand van zaken :
Etat de la situation

Commentaar - Commentaire :



A. Prioritaire Wijziging 2019

A. Modification prioritaire 2019

1. Omschrijving - Description : Verdere uitrol project artikel 107
- a. Intensifiëring van de zorg : geplande en niet-geplande zorg in de schoot van functie 4
 - b. Financiering medische functie in de mobiele equipes (functie 2) - Poursuite du déploiement du projet « Article 107 »
 - a. Intensification des soins : soins planifiés et non planifiés dans le cadre de la fonction 4
 - b. Financement de la fonction médicale au sein des équipes mobiles (fonction 2)

Budget op jaarbasis : € 11.408.640 (intensifiëring van zorg)
€ 4.719.045 (medische functie)
€ 8.000.000 coördinatiekosten en werkingsmiddelen voor de netwerken 107

Budget sur base annuelle : 11.408.640 € (intensification des soins)
4.719.045 € (fonction médicale)
8.000.000 € (frais de coordination et moyens de fonctionnement pour les réseaux 107)

Reglementaire basis : Artikel 11 van de Ziekenhuiswet
Artikel 107 van de Ziekenhuiswet

Base réglementaire : Article 11 de la loi sur les hôpitaux
Article 107 de la loi sur les hôpitaux

Reglementaire wijziging ? : Koninklijk besluit BFM – onderdeel B4

Modification réglementaire ? : Arrêté royal BMF-sous partie B4

Te doorlopen traject :
Trajet à suivre

Realistische toepassingsdatum :
Intensifiëring van zorg: projecten geplande zorg vanaf 01/01/2019 (evaluatie op 01/01/2022)
Medische functie in de mobiele equipes:
- helft van het bedrag vanaf 01/01/2019
- andere helft vanaf 01/01/2020
Coördinatie en werkingsmiddelen netwerk : vanaf 1/1/2019

Date d'application réaliste : Intensification des soins : projets « Soins planifiés » à partir du 01/01/2019 (évaluation le 01/01/2022)
Fonction médicale au sein des équipes mobiles :
- la moitié du montant à partir du 01/01/2019

- l'autre moitié à partir du 01/01/2020
Coordination et moyens de fonctionnement du réseau : à partir
du 01/01/2019

Stand van zaken :

Voor de verdere ontwikkeling van de netwerken (IMC november 2017) dienen de nodige middelen voorzien te worden voor functie 4 (intensifiëring) en functie 2 (uitbouw mobiele equipe).

A. Intensifiëring van zorg (functie 4)

In de tekst "Optimalisering of intensifiëring van de zorg in functie 4 in de GGZ-hervorming voor volwassenen" zoals goedgekeurd op het overlegorgaan 107 en voorgelegd op de IMC van 26/03/2018, worden voorstellen ter intensifiëring uitgewerkt voor zowel geplande als niet geplande zorg.

1. Personen met ernstige psychiatrische problemen of klachten komen vaak via een crisis-gelateerde situatie in de zorg terecht en zijn de facto niet gepland. Concreet worden drie belangrijke patiëntengroepen onderscheiden waarvoor een gepast zorgaanbod nodig is: de patiënten met een statuut van gedwongen opname, patiënten die zich aanmelden bij de algemene dienst spoedgevallen, patiënten die in crisis in de residentiële zorg worden opgenomen.

Om een goede GGZ te organiseren als antwoord op deze belangrijke maatschappelijke nood, stelt het overlegorgaan 107 voor om:

- o in elke erkende spoeddienst te beschikken over psychiatrische expertise en binnen elk 107 project gespecialiseerde diensten met aanwezige expertise inzake infrastructuur en omkadering (EPSY)
 - o in het psychiatrisch ziekenhuis beschikken over voldoende crisisbedden alsook een specifieke unit met aanwezige expertise en infrastructuur en omkadering (High Intensive Care Unit)
 - o Dit model voor organisatie van niet geplande zorg wordt in opdracht van de IMC verder geconcretiseerd en zal in de loop van 2019 ook budgettair vertaald worden (met inbegrip van het reeds bestaande budget voor de proefprojecten 'crisis en casemanagement').
2. Voor geplande geïntensifieerde zorg is een personeelsnorm van 0,73 VTE per bed noodzakelijk.

B. Medische functie in de mobiele equipes (functie 2)

- o Een aantal mobiele equipes zijn reeds operationeel à rato van 548,54 VTE.
- o Via B4-overeenkomsten (art. 63 §2) werd reeds € 5.433.435 in het BFM ingeschreven voor de forfaitaire vergoeding van de medische functie in de bestaande mobiele equipes.
- o De IMC van 20 november 2017 heeft beslist over de verdere uitrol van de netwerken 107 met vastlegging van het aantal VTE per mobiele equipe en van het aantal mobiele equipes per netwerk 107, idem dito voor de medische functie in deze mobiele equipes.
- o Elk van de netwerken 107 werd in december 2017 en januari 2018 uitgenodigd om na te denken over de verdere uitrol van het eigen netwerk, en de mobiele equipes in het bijzonder.
- o Een aantal netwerken hebben tegen 31/01/2018 een voorwaardelijk voorstel tot verdere bedbevoering en verdere uitbouw van mobiele equipes bij de FOD VG neergelegd. De

voorwaarden hadden vooral betrekking op de onderhandelingen met de psychiaters over de medische functie.

Aanvullend op de financiering van de medische functie in de mobiele equipe dienen ook de nodige honoraria voorzien te worden voor de intensifiëring van zorg, cf. functie 4 (zowel planbare zorg als niet-planbare zorg).

C Coördinatie en werkingskosten van de netwerken 107

Bij de opstart van de netwerken werd per netwerk per jaar een budget van € 400.000 ter dekking van de coördinatie- en werkingskosten van het netwerk uitbetaald.

Na enkele jaren werd deze kost niet meer vergoed. Voor de meeste netwerken werden deze werkingsmiddelen voor het netwerk niet meer vergoed vanaf het jaar 2016 of 2017. Enkel de netwerken die in de loop van deze jaren werden opgestart ontvangen gedurende 3 jaar de financiering van de werkings- en coördinatiekosten.

Parallel aan de uitbouw van de klinische netwerken, waar op permanente basis een coördinatie- en werkingskosten worden gevraagd, wordt de herinvoering van de toekenning van deze kosten vanaf 1/1/2019 gevraagd.

État de la situation :

Afin que le développement des réseaux puisse se poursuivre (CIM de novembre 2017), il y a lieu de prévoir les moyens nécessaires à la fonction 4 (intensification) et à la fonction 2 (développement des équipes mobiles).

A Intensification des soins (fonction 4)

Le texte « Optimisation ou intensification des soins de la fonction 4 dans le cadre de la réforme des SSM pour adultes » qui a été approuvé au sein de l'organe de concertation 107 et soumis lors de la CIM du 26/03/2018, mentionne plusieurs propositions d'intensification qui ont été élaborées pour les soins aussi bien planifiés que non planifiés.

1. Les personnes atteintes de problèmes psychiatriques graves finissent souvent par être prises en charge par le biais d'une situation de crise et ne sont de facto pas prévues. Concrètement, nous distinguons trois grands groupes de patients qui requièrent une offre de soins adaptée : les patients ayant un statut d'admission forcée, les patients qui se présentent au service général des urgences, et les patients qui, en situation de crise, sont admis en soins résidentiels.

Afin d'organiser au mieux les SSM en réponse à ce besoin important sur le plan social, l'organe de concertation 107 propose :

- qu'il y ait une expertise psychiatrique dans chaque service des urgences agréé ainsi que des services spécialisés avec une expertise présente en termes d'infrastructure et d'encadrement dans chaque projet 107 (EPSY).
- qu'il y ait suffisamment de lits de crise ainsi qu'une unité spécifique avec une expertise présente en termes d'infrastructure et d'encadrement (High Intensive Care Unit) dans chaque hôpital psychiatrique.
- Ce modèle d'organisation des soins non planifiés sera concrétisé plus en avant pour le compte de la CIM et sera également budgétisé dans le courant de l'année 2019 (en ce compris le budget déjà existant pour les projets pilotes « Gestion de crise et case management »).

2. En ce qui concerne les soins intensifiés planifiés, une norme de personnel de 0,73 ETP par lit s'avère nécessaire.

B. Fonction médicale au sein des équipes mobiles (fonction 2)

- Un certain nombre d'équipes mobiles sont déjà opérationnelles à raison de 548,54 ETP.
- Par le biais de conventions B4 (article 63, §2), 5.433.435 € ont déjà été inscrits dans le BMF pour le financement forfaitaire de la fonction médicale au sein des équipes mobiles existantes.
- La CIM du 20 novembre 2017 a décidé de poursuivre le déploiement des réseaux 107 en fixant le nombre d'ETP par équipe mobile et le nombre d'équipes mobiles par réseau 107, idem pour la fonction médicale au sein de ces équipes mobiles.
- En décembre 2017 et en janvier 2018, chacun des réseaux 107 a été invité à réfléchir à la suite du déploiement de son propre réseau, et en particulier de ses équipes mobiles.
- En date du 31/01/2018 au plus tard, plusieurs réseaux ont proposé au SPF Santé publique de poursuivre le gel de lits et le développement des équipes mobiles sous certaines conditions. Les conditions portaient surtout sur les négociations avec les psychiatres au sujet de la fonction médicale.

Outre le financement de la fonction médicale au sein des équipes mobiles, il y a également lieu de prévoir les honoraires requis pour l'intensification des soins, cf. fonction 4 (pour les soins aussi bien planifiables que non planifiables).

C. Coordination et frais de fonctionnement des réseaux 107

À la création des réseaux, un budget de 400.000 € par réseau par an a été prévu en vue de couvrir les coûts de coordination et de fonctionnement du réseau.

Après quelques années, ces frais n'ont plus été indemnisés. Pour la plupart des réseaux, ces moyens de fonctionnement n'ont plus été versés à partir de 2016 ou 2017. Seuls les réseaux créés durant ces années reçoivent un financement de leurs coûts de coordination et de fonctionnement pendant trois ans.

Parallèlement au déploiement des réseaux cliniques, qui engendre des frais de coordination et de fonctionnement sur une base permanente, la réintroduction du financement de ces coûts à partir du 01/01/2019 est demandée.

Commentaar - Commentaire :

A. Intensivering van zorg : geplande zorg

Er wordt voorgesteld om pilootprojecten te organiseren in elk netwerk 107 voor een periode van 3 jaar.

Er worden geen minima vooropgesteld.

Er wordt uitgegaan van 20 geïntensifieerde bedden per netwerk 107 en voor de grote netwerken 107 die veel inwoners omvatten, van 20 geïntensifieerde bedden per 500.000 inwoners.

Dit resulteert in max 480 geïntensifieerde bedden over alle netwerken samen.

Het betreft hier zowel A-bedden, T-bedden als een combinatie van beide.

In de onderstaande berekeningen wordt uitgegaan van de intensifiëring via T-bedden.

Volgens de financieringsnorm zijn er 12 VTE per T-bed of 0,4 VTE /bed (= personeel B2 + mobiel team van het ziekenhuis)

Te dekken behoefte: het verschil tussen 0,73 VTE/ bed , vereist voor geplande geïntensifieerde zorg, en 0,4 VTE per bed in de huidige gefinancierde norm.

Dus een verschil van 0,33VTE / bed, of € 21.450 € per geïntensifieerd bevroren T-bed in het kader van deze pilootprojecten intensifiëring van zorg,

Maximaal budget:

- 0,33 VTE / bed * 480 bedden (20 bedden* 20 netwerken + extra bedden voor grote netwerken) * € 65.000 € / VTE = € 10.296.000

Maximum budget voor de medische functie in deze geïntensifieerde bedden:

- € 2.318 € /bed * 480 bedden (20 bedden* 20 netwerken + extra bedden voor grote netwerken) = € 1.112.640 €

In uitzonderlijke gevallen, worden netwerken die zelf onvoldoende bedden kunnen bevriezen, financieel gesteund om aan het pilootproject deel te nemen.

B. Medische functie

Voor de verdere uitrol van de mobiele equipes 2A en 2B dient financiering voorzien te worden voor de medische functie.

In de berekeningen wordt uitgegaan van 46 mobiele equipes 2A en 47 mobiele equipes 2B.

Benodigd budget voor mobiele equipes 2A :

- Mobiele equipes 2A : $46 * 18u * 52 \text{ weken} * 120 \text{ €} = 5.166.720 \text{ €}$
- Mobiele equipes 2B : $47 * 17u * 52 \text{ weken} * 120 \text{ €} = 4.985.760 \text{ €}$

In aanvulling op de 5.433.435 € binnen de B4-overeenkomsten voor de forfaitaire vergoeding van de medische functie in de reeds bestaande mobiele equipes, is een bijkomende financiering van € 4.719.045 €.

C Coördinatie- en werkingskosten

€ 400.000 op jaarbasis per netwerk $107 * 20 \text{ netwerken} = € 8.000.000$

A. Intensification des soins : soins planifiés

Il est proposé d'organiser des projets pilotes au sein du chaque réseau 107 pour une période de 3 ans.

Aucun minimum n'est fixé.

Nous sommes partis de 20 lits intensifiés par réseau 107 et pour les grands réseaux 107 qui englobent de nombreux habitants, de 20 lits intensifiés par tranche de 500.000 habitants.

Ce qui aboutit à un maximum de 480 lits intensifiés tous réseaux confondus.

Il s'agit ici aussi bien de lits A, de lits T, qu'une combinaison des deux.

Les calculs suivants se basent sur une intensification par le biais de lits T.

Conformément à la norme de financement, il y a 12 ETP par lit T ou 0,4 ETP / lit (= personnel B2 + équipe mobile de l'hôpital)

Besoin à couvrir : la différence entre 0,73 ETP par lit, requis pour les soins intensifiés planifiés, et 0,4 ETP par lit dans la norme de financement actuelle

Il s'agit donc d'une différence de 0,33 ETP par lit, soit 21.450 € par lit T gelé intensifié dans le cadre de ces projets pilotes « Intensification des soins ».

Budget maximal :

- $0,33 \text{ ETP} / \text{lit} * 480 \text{ lits} (20 \text{ lits} * 20 \text{ réseaux} + \text{lits supplémentaires pour les grands réseaux}) * 65.000 \text{ €} / \text{ETP} = 10.296.000 \text{ €}$

Budget maximal pour la fonction médicale dans ces lits intensifiés :

- $2.318 \text{ €} / \text{lit} * 480 \text{ lits} (20 \text{ lits} * 20 \text{ réseaux} + \text{lits supplémentaires pour les grands réseaux}) = 1.112.640 \text{ €}$

Dans certains cas exceptionnels, les réseaux qui ne peuvent pas geler suffisamment de lits, sont soutenus financièrement afin de leur permettre de participer au projet pilote.

B. Fonction médicale

En vue de poursuivre le déploiement des équipes mobiles 2A et 2B, il y a lieu de prévoir un financement pour la fonction médicale.

Les calculs s'effectuent sur la base de 46 équipes mobiles 2A et 47 équipes mobiles 2B.

Budget requis pour les équipes mobiles 2A :

- Équipes mobiles 2A : $46 * 18 \text{ heures} * 52 \text{ semaines} * 120 \text{ €} = 5.166.720 \text{ €}$
- Équipes mobiles 2B : $47 * 17 \text{ heures} * 52 \text{ semaines} * 120 \text{ €} = 4.985.760 \text{ €}$

Un financement supplémentaire de 4.719.045 € vient s'ajouter aux 5.433.435 € au sein des conventions B4 pour le financement forfaitaire de la fonction médicale dans les équipes mobiles déjà existantes.

C. Frais de coordination et de fonctionnement

400.000 € sur une base annuelle par réseau $107 * 20 \text{ réseaux} = 8.000.000 \text{ €}$

2. Compenserende structurele maatregel – Mesure structurelle compensatoire

Omschrijving - Description: Transfer van niet uitgegeven medische honoraria in bevroren bedden vanuit budget medicomut naar BFM - Transfert, du budget de la Médico-mut vers le BMF, des honoraires médicaux non dépensés dans les lits gelés

Budget op jaarbasis : € 4.539.975,57
Budget sur base annuelle 4.539.975,57 €

- Bespaarde honoraria op de reeds bevroren bedden: € 3.371.323,04
- Honoraria op nog te bevroren bedden om te komen tot volledige uitrol: € 2.517.753,21
- Correctie op niet te recupereren honoraria

a) € 943.338,68

Vanuit de vaststelling dat niet alle VTE in de mobiele equipes afkomstig zijn uit bedbevrozing, vb inbreng van VTE vanuit een AZ in een mobiele equipe vanuit eigen AZ-middelen of vanuit andere types instellingen (bijv centra GGZ), is er voor deze VTE om de mobiele equipes samen te stellen, geen bedbevrozing aan voorafgegaan en dus wordt er op deze niet-bevroren bedden ook geen medische honoraria gerecupereerd. Deze niet-recuperatie moet worden afgetrokken van de over te dragen budgetten.

b) € 405.762,00

Bovenstaande redenering gaat op voor die werkingsgebieden waarin onvoldoende bedcapaciteit aanwezig is om voldoende te kunnen bevroren om aan de vereiste VTE te komen tot uitbouw van volwaardige mobiele equipes. Ook voor deze bijkomend te financieren hulpverleningscapaciteit in de mobiele equipes, kunnen er geen honoraria worden gerecupereerd.

Er wordt uitgegaan van een scenario waarbij in 4 werkingsgebieden de helft van het aantal VTE in de mobiele equipes bijkomend worden gefinancierd wegens onvoldoende capaciteit (70 VTE) . Op het overeenkomend aantal theoretisch te bevroren bedden (= 175 T-bedden) worden ook geen honoraria gerecupereerd

In de toekomst moet ook de financiering getransfereerd worden voor de honoraria in het kader van de intensifiëring (functie 4).

- Honoraires économisés sur les lits déjà gelés : 3.371.323,04 €
- Honoraires se rapportant aux lits qui doivent encore être gelés pour un déploiement complet : 2.517.753,21 €
- Correction des honoraires qui ne sont pas à récupérer

a) 943.338,68 €

Partant du constat que tous les ETP des équipes mobiles ne proviennent pas du gel de lits - p. ex. ETP provenant d'un HG dans une équipe mobile déployée à l'aide des propres moyens de l'HG ou provenant d'autres types d'institutions (p. ex. centre SSM) -, il n'est procédé à aucun gel de lits préalable pour ces ETP qui viennent composer ces équipes mobiles et il n'est donc pas non plus possible de récupérer des honoraires médicaux sur ces lits non gelés. Cette non-récupération doit être déduite des budgets à transférer.

b) 405.762,00 €

Le raisonnement susmentionné s'applique aux domaines d'activité dans lesquels la capacité des lits est insuffisante pour pouvoir geler suffisamment en vue de parvenir au nombre d'ETP requis pour le développement des équipes mobiles à part entière. On ne peut pas non plus récupérer des honoraires pour financer cette capacité supplémentaire au sein des équipes mobiles.

Nous nous basons sur un scénario où, dans quatre domaines d'activité, la moitié des ETP au sein des équipes mobiles fait l'objet d'un financement supplémentaire en raison d'une capacité insuffisante (70 ETP). Il n'est pas non plus possible de récupérer des honoraires sur le nombre théorique de lits à geler (= 175 lits T).

À l'avenir, le financement devra également être transféré pour les honoraires dans le cadre de l'intensification (fonction 4).

Reglementaire basis :
Base réglementaire

Reglementaire wijziging ? :
Modification réglementaire ?

Te doorlopen traject : Transfer van RIZIV-budget medische honoraria naar BFM
Trajet à suivre : Transfert du budget INAMI pour les honoraires médicaux vers le BMF

Toepassingsdatum :
Date d'application

- vanaf 1/1/2019 : € 3.371.323,04 + helft van het bedrag van (2.517.753,21 – € 1.349.100,68) = € 3.955.649,31
- vanaf 1/1/2020: helft van € 1.168.652,53 = € 584.326,26
- à partir du 01/01/2019 : 3.371.323,04 € + la moitié du montant de (2.517.753,21 – 1.349.100,68 €) = 3.955.649,31 €
- à partir du 01/01/2020 : la moitié de 1.168.652,53 € = 584.326,26 €

Stand van zaken :
Etat de la situation

- Op 1/1/2018: reeds € 3.371.323,04 minder uitgegeven aan medische honoraria door bevroren bedden
 - In functie van nog te bevroren bedden (T = 1.086): bijkomende min uitgaven in de medische honoraria € 2.517.753,21
 - Nog te beslissen: welk percentage van inzet van VTE in de mobiele equipes afkomstig zijn uit inbreng van partners, waarop ook medische inzet is vereist, maar geen aanleiding geeft tot mindere uitgaven in de medische honoraria: nu 1 VTE op 6
-
- Au 01/01/2018 : on a déjà dépensé 3.371.323,04 € en moins en honoraires médicaux grâce aux lits gelés ;
 - En fonction des lits qu'il reste à geler (T = 1.086) : on dépensera encore 2.517.753,21 € en moins en honoraires médicaux ;
 - Encore à décider : dans les équipes mobiles, quel est le pourcentage d'ETP provenant de l'apport de partenaires, où un déploiement médical est également requis, mais n'entraînant aucune diminution des dépenses en honoraires médicaux : actuellement 1 ETP sur 6.

Commentaar - Commentaire : berekeningswijze : zie volgende pagina

Méthode de calcul : cf. page suivante

Bijlage - Annexe

Beslissing IMC 20 nov 2017 : te bereiken situatie		
UITBREIDING MOBILEE EQUIPES		
aantal mobiele equipes 2A	46	A
aantal psychiateruren per week	18	B
eenheidsprijs €/u	€ 120,00	C
benodigd budget 2A	€ 5.166.720,00	E= A*B*C*52
aantal mobiele equipes 2B	47	F
aantal psychiateruren per week	17	G
eenheidsprijs €/u	€ 120,00	H
benodigd budget 2B	€ 4.985.760,00	I=F*G*H*52
totaal aantal in te zetten VTE in de mobiele equipes	976,4	
Totaal benodigd budget medische functie 2A + 2B	€ 10.152.480,00	J= E+I
(18u/wk in 2A en 17u/wk in 2B à 120€/u)		
Situatie 1/1/2018		
Anders ingezette VTE uit bevroren bedden	548,54	
forfaitaire financiering medische functie via BFM	€ 5.433.435,00	K
Budget te financieren tot volledige uitrol mobiele equipes	€ 4.719.045,00	L= J-K
MAAR		
minder uitgaven in medische honoraria op reeds bevroren bedden op basis van reële gemiddelde bedragen 2016 per type bed	€ 3.371.323,04	M over te dragen van RIZIV honoraria naar BFM
In de toekomst te bevroren bedden vanaf 1/1/2019		
Anders ingezette VTE uit bevroren bedden	434,35	
Berekende te besparen medische honoraria op bevroren bedden op basis van reële gemiddelde bedragen per type bed	€ 2.517.753,21	N In de toekomst over te dragen van RIZIV naar honoraria
1 T-bed = 0,4 VTE		
1 T-bed = 2318,64 € per jaar		
Correctie voor financiering van medische functie	€ 943.338,68	O af te trekken van over te dragen bedragen
op VTE in de mobiele equipes die niet afkomstig zijn uit bedbevrozing		
a) 1 op 6 van aantal VTE is niet afkomstig uit bedbevrozing		
406,85 T-bedden waarvoor geen honoraria worden gerecupeerd		
b) geen recuperatie op bijkomend te financieren VTE		
veronderstelling 70 VTE niet uit bedbevrozing		
70 VTE / 0,4 VTE vr T-bed = 175 T-bedden waarvoor geen honorarium wordt bevroren		
1 T = 2318,64 € honorarium/jaar	€ 405.762,00	
over te dragen bedragen vanuit toezichthonoraria		
op reeds bevroren bedden	€ 3.371.323,04	M
op nog te bevroren bedden	€ 2.517.753,21	N
correctie	€ 1.349.100,68	O
Totaal over te dragen bedragen van RIZIV naar BFM	€ 4.539.975,57	P= M+N-O
BESLUIT		
Saldo nog te financieren		
in geval van overdracht vanuit RIZIV	€ 179.069,43	R=J-K-P
Indien geen overdracht van RIZIV	€ 4.719.045,00	
		helft in 2019 - helft in 2020
		€ 4.630.199,65 in 2019
		€ 1.258.876,61 in 2020

