

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 9.3.2023

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/573-4 (*)

Advies van de FRZV: extra ziekenhuiskosten voor patiënten met een sociaal profiel

Namens de Voorzitter, Margot Cloet,

i.o., diensthoofd Management Office
van het DG Gezondheidszorg

Annick Poncé
Directeur-generaal ad interim

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 9/03/2023 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

1. Inleiding

In zijn adviesvraag van 22 november 2022 heeft de Minister de FRZV om advies gevraagd over de herziening van de financiering van sociale patiënten. Hij merkt terecht op dat de tenlasteneming van sociaal-economisch achtergestelde patiënten hogere financiële kosten voor de ziekenhuizen met zich meebrengt.

Uit de cijfers en getuigenissen die in het kader van de FRZV-werkzaamheden zijn ontvangen, blijkt dat het **aantal patiënten met een sociaal profiel** de afgelopen 10 jaar is toegenomen. Zo is er een toename van het aantal zogenaamde "niet-V.I."-patiënten (patiënten zonder onderstandsdomicilie: +36 % ziekenhuisopnames in 10 jaar¹, "no show" asielzoekers: +50 % aanvragers in 4 jaar²). De vergrijzing van de bevolking en de evolutie naar meer alleenstaanden en eenoudergezinnen (+33 % in 20 jaar³) hebben ook gevolgen voor de tenlasteneming.

De experts op het terrein benadrukken **het belang van de rol van het ziekenhuis in de tenlasteneming van de meest kansarme patiënten**, meer bepaald wegens een gebrek aan ondersteunende structuren. Maar al te vaak zijn ziekenhuizen de enige plaats waar de meest kwetsbare patiënten de zorg kunnen vinden die zij nodig hebben en waar zij een tenlasteneming in goede (hygiënische) omstandigheden kunnen genieten. Bovendien wordt het werk voor de gezondheidszorgbeoefenaars vaak bemoeilijkt door uitdagingen op het gebied van begrip, hygiëne, veiligheid en comorbiditeiten.

Het gebrek aan ondersteunende structuren voor deze patiënten en problemen met de verzekeraar bemoeilijken het werk van de sociale diensten, die een cruciale rol spelen bij de tenlasteneming en doorverwijzing na de ziekenhuisopname.

Dit leidt tot langere, zwaarder en duurdere ziekenhuisopnames voor dit soort patiënten.

Ook moet worden opgemerkt dat de tenlasteneming van een groot aantal patiënten met een sociaal profiel gepaard gaat met een aanzienlijke mentale en psychologische belasting voor het personeel.

Het is dan ook van cruciaal belang **dat er wordt voorzien in een adequate financiering voor de extra ziekenhuiskosten in verband met de tenlasteneming van patiënten met een sociaal profiel**, maar ook meer in het algemeen voor de **werking van de sociale diensten**. Er zijn aanzienlijke behoeften, zowel in de algemene als in de psychiatrische ziekenhuizen. In dit advies zullen wij ons echter uitsluitend richten op de verdeling van de bestaande middelen voor de algemene ziekenhuizen, om binnen de grenzen van de adviesvraag te blijven.

¹ Cijfers van de FOD Volksgezondheid

² Cijfers van Fedasil

³ Cijfers van Statbel

2. Huidige financiering en adviesvraag

Momenteel is er in het BFM een budget van bijna 55.486.029 euro (op 01/01/2023 in het BFM gemelde waarde) verdeeld om deze extra kosten te dekken:

- Lijn 370 van B2 – sociale functie 25 (2007)..... 7.010.935 euro **niet meer herberekend**
- Lijn 375 van B2 – sociale functie 75 (2007)..... 21.037.109 euro **niet meer herberekend**
- Lijn 201 van B8 – massa sociale functie 50 % (2002)..... 13.719.036 euro **jaarlijkse herberekening**
- Lijn 220 van B8 – massa soc. corr. index (SCI) S50 (2008) 12.293.168 euro **niet meer herberekend**
- Lijn 270 van B8 – massa SCI 50 ziekenhuizen buiten systeem (2008)..... 1.425.781 euro **niet meer herberekend**

Nationaal budget op 1.1.2023 → **55.486.029 euro**

Lijn 201 in onderdeel B8 wordt jaarlijks herverdeeld op basis van de volgende rekenregels:

Hierbij wordt voor elk ziekenhuis een ratio berekend, samengesteld uit een weging van drie ratio's :

- 1) Aantal opnames (klassiek + chir. Dagziekenhuis) van personen die voldoen aan de voorwaarden om te genieten van de sociale maximumfactuur / totaal aantal opnames 7VI aan 25%
- 2) Aantal opnames (klassiek + chir. Dagziekenhuis) van personen die van de maximumfactuur lage inkomens genieten en die alleenstaand zijn / totaal aantal opnames 7VI aan 66%
- 3) Aantal dossiers van personen zonder onderstandsdomicilie waarvan de hospitalisatiekosten door de POD Maatschappelijke integratie wordt terugbetaald aan de OCMW's / totaal aantal opnames aan 100%

Het beschikbare budget wordt elk jaar in het BFM op 1 juli herverdeeld onder alle ziekenhuizen dewelke een score boven de mediaan hebben waarbij de verdeling gebeurt o.b.v. het aantal gevallen berekend als volgt :

- 60% obv aantal gevallen van ratio 1
- 25% obv aantal gevallen van ratio 2
- 15% obv aantal gevallen van ratio 3

Alle andere lijnen worden sinds 2008 of 2009 niet meer herberekend. Zij zijn historisch verdeeld onder de ziekenhuizen op basis van twee verdeelsystemen:

- Een eerste systeem dat nauw samen hing met het in B8, lijn 201, gebruikte systeem
- Een tweede systeem dat zich baseerde op de sociale correctie-index, een eerder complex en weinig transparant systeem opgenomen in bijlage 17 bij het KB van 25 april 2002 tot vaststelling en vereffening van het BFM

De Minister vraagt de FRZV om een advies omtrent:

- De totale of partiële herberekening van de momenteel bevroren financiering
- De criteria volgens dewelke deze middelen kunnen herverdeeld worden
- Is het aangewezen om een grotere concentratie van de middelen na te streven bij ziekenhuizen die de meeste patiënten met een sociaal profiel behandelen?

De FRZV begrijpt dat de Minister momenteel een advies van de FRZV wenst binnen de huidige enveloppe. Het lijkt de FRZV wel nuttig om in een volgend advies de werkelijke nood verder et onderzoeken, gezien boven vermelde vaststelling van gestegen aantal patiënten met sociaal profiel (zie ook hoofdstuk 5 “next steps”).

De FRZV heeft in de korte tijdspanne die het kreeg om dit advies te realiseren 4 keer vergaderd binnen een WG rond dit thema. Het heeft tijdens deze uitwisselingen gewaardeerde input gekregen vanwege:

- het IMA, m.b.t. indicatoren voor VI-patiënten met een sociaal profiel,
- de POD maatschappelijke integratie, m.b.t. indicatoren voor niet-VI-patiënten zonder onderstandsdomicilie,
- Fedasil, m.b.t. indicatoren voor asielzoekers,
- Hospisoc, de vereniging van de sociaal werkers in de ziekenhuizen,
- de FOD Volksgezondheid heeft een reeks analyses uitgevoerd betreffende de indicatoren die binnen de huidige financiering en de onbetaalde bedragen worden gebruikt,
- meerdere (financieel, sociaal, medisch) experts die aan de vergaderingen van de WG hebben deelgenomen.

In dit tussentijds advies maakt de FRZV de balans op van zijn werkzaamheden ter zake. Hij heeft de kaderbeginselen vastgelegd (hoofdstuk 3) die hij zal volgen bij het zoeken naar het nieuwe financieringskader. Hij ontwikkelde een methode van aanpak (hoofdstuk 4) voor de problematiek en kon enkele eerste elementen vaststellen (hoofdstuk 4). Het is in deze korte tijdsperiode echter niet mogelijk geweest om deze elementen al in een afgeklopt model ter herverdeling van de financiering te gieten. De FRZV zet haar werkzaamheden hieromtrent verder in de komende maanden.

3. Kaderbeginselen

De FRZV zal erop toezien dat deze kaderbeginselen in acht worden genomen bij de ontwikkeling van het nieuwe systeem voor de verdeling van de bestaande financiering voor de extra ziekenhuiskosten in verband met patiënten met een sociaal profiel.

1. Deze financiering in een specifiek onderdeel binnen het BFM isoleren

Momenteel worden de middelen gedeeltelijk vereffend via de onderdelen B2 en B8. De hervorming van de financiering voorziet echter in een evolutie naar een forfaitaire "all-in"-financiering per pathologie op basis van de verantwoorde kosten voor zorggerelateerde activiteiten. De FRZV meent dat er in een aanvullende financiering moet worden voorzien voor de kosten in verband met patiënten met een sociaal profiel. Daarom wil de FRZV nu al de volledige bestaande financiering in onderdeel B8 binnen het BFM isoleren. De FRZV wijst erop dat de voorgestelde evolutie duidelijk slechts een stap zal zijn; de financiering van patiënten met een sociaal profiel zal moeten worden herzien in het kader van de grondigere hervorming van de ziekenhuisfinanciering, zowel wat betreft de grootte van de budgetten voor de algemene en psychiatrische ziekenhuizen als wat betreft de verdeling tussen de ziekenhuizen.

2. Het systeem voor de verdeling van de financiering vereenvoudigen en transparanter maken

In het verleden is er veel kritiek geweest op het systeem voor de verdeling van de financiering voor de extra kosten van patiënten met een sociaal profiel. Het werd vele malen aangepast voordat het werd bevroren (voor 75 %). De FRZV is van mening dat het nieuwe verdeelsysteem alleen kan worden aanvaard als het begrijpelijk en transparant is. De gegevens waarop de verdeling is gebaseerd, moeten betrouwbaar zijn. Bovendien zullen sommige verouderde concepten moeten bijgewerkt worden naar de laatste hangbare definities. Aangezien ook de voorschriften voor de onderliggende indicatoren kunnen evolueren, moet regelmatig worden nagegaan of de bij de vaststelling van de B8 gebruikte begrippen en benamingen nog steeds voldoen aan de dan geldende normen.

3. De verdeling regelmatig herberekenen
Zoals hierboven is uiteengezet, evolueert de situatie van patiënten met een sociaal profiel. Het is belangrijk dat de verdeling van het budget regelmatig wordt herberekend. De FRZV stelt een jaarlijkse herberekening voor voor het hele beoogde budget van 55,5 miljoen euro. Deze herberekening zal gebaseerd zijn op bijgewerkte gegevens N-2 of een meerjarig gemiddelde voor gegevens die van jaar tot jaar aanzienlijk zouden schommelen.
4. De financiering moet de grote categorieën van patiënten met een sociaal profiel volgen
Het beginsel van een verdeling tussen ziekenhuizen volgens het aantal patiënten met een sociaal profiel dat zij ten laste nemen, zoals momenteel en in het verleden gebruikt voor de verdeling van de beoogde budgetten, moet worden gehandhaafd omdat het een eerlijker verdeling mogelijk maakt dan een eenvoudige verdeling op basis van erkende/verantwoorde bedden.
5. De nieuwe modaliteiten invoeren gedurende een overgangperiode van 3 jaar
Om te plotse onevenwichten te voorkomen, stelt de FRZV een overgangperiode van 3 jaar voor om van de huidige situatie naar de nieuwe verdeling over te schakelen, voor de financieringslijnen die worden aangepast.
6. De invoering van een nieuw model is niet mogelijk vóór 1.7.2024
Gelet op de stand van de werkzaamheden van de FRZV, maar ook gezien de implicaties voor de administratie (verzameling van nieuwe gegevens waarover de administratie nog niet beschikt, ontwikkelingen op het gebied van IT, ...) is het niet realistisch om een nieuw financieersmodel in te voeren op 1.7.2023, zoals de Minister voorstelt. Bovendien lijkt er minder een gevoel van urgentie te zijn, aangezien de eerste analyses bevestigen dat het huidige verdeelsysteem als inspiratie kan dienen voor het nieuwe systeem.
7. Bij de invoering van een nieuw model zal rekening moeten worden gehouden met een niet-lineaire verdeling van bepaalde extra kosten in verband met patiënten met een sociaal profiel

4. Nieuw systeem voor de verdeling van de budgetten

Teneinde het systeem voor de verdeling van de budgetten transparant te maken, is de FRZV uitgegaan van een aanpak in 4 stappen, waarvan sommige stappen nog moeten worden afgerond:

1. FOR WHO: de FRZV stelt indicatoren voor waarmee de grote categorieën van patiënten met een sociaal profiel kunnen worden geïdentificeerd.
2. WHAT: de FRZV identificeert de voornaamste kosten voor de ziekenhuizen in verband met de tenlasteneming van patiënten met een sociaal profiel

3. WHAT FOR WHO: de FRZV verdeelt, op nationaal niveau, het budget onder de grote categorieën van patiënten met een sociaal profiel op basis van de extra kosten die zij voor de ziekenhuizen genereren
4. ALLOCATE: de FRZV stelt een systeem voor de verdeling tussen de ziekenhuizen voor

FOR WHO

De FRZV identificeert twee grote klassen van patiënten met een sociaal profiel die extra kosten genereren:

- **V.I.-patiënten**, die bij een Belgisch ziekenfonds zijn aangesloten, met een laag inkomen en/of met specifieke sociale profielen
- **Niet-V.I.-patiënten**, met een sociaal profiel, met een tenlasteneming door het OCMW, Fedasil of zonder enige tenlasteneming

De hieronder voorgestelde indicatoren maken het mogelijk de patiënten met een sociaal profiel binnen deze twee klassen nauwkeuriger te identificeren.

V.I.-patiënten

Patiënten die de "maximumfactuur" (MAF) genieten, worden ingedeeld in verschillende categorieën die rekening houden met bepaalde indicatoren van het sociaal profiel, in combinatie met het zorggebruik. Een patiënt wordt slechts in één MAF-klasse opgenomen, zodat er nooit sprake is van een "dubbeltelling".

Het huidige systeem voor de verdeling van het budget voor lijn B8-201 houdt rekening met patiënten die de maximumfactuur genieten, een laag inkomen hebben en alleenstaand zijn, en met patiënten die voldoen aan de voorwaarden om de sociale maximumfactuur te genieten. Volgens de interpretatie van de FRZV betekent dit dat de voorwaarde om het MAF-grensbedrag te hebben bereikt, moet zijn vervuld voor MAF's met een laag inkomen, maar niet voor sociale MAF's. De FRZV onderzoekt deze aspecten nog nader, in samenwerking met de verzekeringsinstellingen die de gegevens naar de administratie versturen.

Het is niet opportuun om alle MAF-klassen te handhaven, aangezien dit, gelet op de doelstelling en het beperkte beschikbare budget, geen voldoende verfijnd resultaat zou opleveren. Ter illustratie: de som van alle MAF-rechthebbers betreft 1,15 miljoen Belgen, of 10 % van de bevolking.

De FRZV onderzoekt momenteel de volgende indicatoren voor V.I.-patiënten.

- Opnames voor MAF-patiënten met een laag inkomen. Het gaat om een bestaande indicator voor lijn B8-201. Bijlage 1 bevat een grafiek die de huidige verdeling tussen de ziekenhuizen weergeeft. Er zijn verschillende inkomensschijven voor gezinnen, waarvoor verschillende MAF-grensbedragen gelden.

De indicator die momenteel wordt gebruikt voor de berekening van lijn B8-201 is gericht op de laagste inkomens en de alleenstaanden. De FRZV onderzoekt welk grensbedrag moet worden gehandhaafd en of het opportuun is om dit criterium uit te breiden tot gezinnen met een laag inkomen. Hij zal zijn standpunt hierover in een volgend advies toelichten.

- Opnames voor patiënten met een sociale MAF. Het gaat om een bestaande indicator voor lijn B8-201. Bijlage 1 bevat een grafiek die de huidige verdeling tussen de ziekenhuizen

weergeeft. De huidige indicator betreft 23,74 % van het totale aantal opnames. Momenteel worden binnen deze indicator verschillende subcategorieën onderscheiden.

ADM MAF 1 : Catégories A, B, C, D, E, F, G et H

A : bénéficiaires d'une allocation d'handicapé, excepté allocation d'intégration

B : titulaire handicapé (mutuelle) sur base d'une reconnaissance médicale

C : revenu d'intégration ou aide équivalente CPAS

D : chômeur de + de 50 ans,...

E : revenu garanti aux personnes âgées

F : 65 ans (ou plus) inscrite (mutualité) en qualité de résident

G : statut VIPO

H : Enfant handicapé ayant droit à l'intervention majorée

De FRZV analyseert verder hoe deze indicator op een relevante manier kan worden gebruikt voor de identificatie van V.I.-patiënten met een sociaal profiel.

De indicator "inkomen per statistische sector" werd onderzocht, maar verworpen omdat die eerder gericht is op het percentage zorggebruik en niet op de extra kosten. Sommige leden vonden echter dat deze indicator in aanmerking moet worden genomen omdat hij eenvoudiger en passender lijkt.

Niet-V.I.-patiënten

Het aantal dagen dat niet-V.I.-patiënten in het ziekenhuis zijn opgenomen, vertegenwoordigt op nationaal niveau +/- 2,08 % van de patiëntendagen. De verdeling verschilt echter zeer sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis, met pieken tot 15 % van niet-V.I.-patiënten.

Binnen de niet-V.I.-patiënten moeten de niet-V.I.-patiënten met een sociaal profiel worden geïdentificeerd. Deze categorie omvat immers niet enkel patiënten met een sociaal profiel. De FRZV stelt voor de volgende subgroepen te onderzoeken.

- Opnames voor patiënten zonder onderstandsdomicilie; ook gekend als "Mediprima"-patiënten. Het gaat om een bestaande indicator voor lijn B8-201. Bijlagen 3 en 4 bevat een grafiek die de huidige verdeling tussen de ziekenhuizen weergeeft. Deze niet-V.I.-patiënten genieten een tenlasteneming van het OCMW voor dringende medische hulp of, in sommige gevallen, andere medische hulp. De facturen worden in fine betaald door de POD Maatschappelijke Integratie. De interventie is niet altijd volledig
- Opnames voor patiënten die asielzoeker zijn met een requisitorium. Het gaat om een nieuwe indicator. Deze niet-V.I.-patiënten genieten een tenlasteneming van Fedasil of van een van de opvangcentra die zijn erkend door Fedasil, dat hun factuur ten laste neemt. De interventie is niet altijd volledig
- Een reeks zeer kwetsbare niet-V.I.-patiënten met een sociaal profiel geniet geen enkele tenlasteneming; de facturen worden hen toegestuurd tegen 100 % en blijven meestal onbetaald. De FRZV gaat na of het mogelijk is om deze patiënten in een specifieke indicator te identificeren, en de FRZV zal in zijn volgend advies een concreet voorstel uitwerken

De FRZV zet zijn werkzaamheden verder om nauwkeuriger te bepalen welke indicatoren het meest relevant zijn voor V.I.- en niet-V.I.-patiënten.

WHAT

De kwestie betreffende de identificatie van de grootste kosten voor de ziekenhuizen in verband met de tenlasteneming van patiënten met een sociaal profiel hangt nauw samen:

- met het budget dat ter beschikking staat. Het budget van 55,5 miljoen euro vormt slechts 0,5 % van het globaal budget van het BFM. Dit budget zal duidelijk onvoldoende zijn om alle extra kosten in verband met de tenlasteneming van sociale patiënten te dekken. Ter illustratie kan worden vermeld dat de waardeverminderingen op de onbetaalde bedragen⁴ van de Belgische ziekenhuizen in 2019 ten minste 337 miljoen euro bedroegen
- met de financieringen die in de andere onderdelen van het BFM zijn opgenomen, wetende dat die niet altijd makkelijk identificeerbaar zijn. Zo worden de financieringen voor administratiekosten in onderdeel B1 en enkele specifieke financieringen in onderdeel B1 onder meer geacht de kosten van de sociale diensten te dekken, maar het is niet mogelijk een precies budget vast te stellen dat daaraan is toegewezen en er bestaat geen erkenningsnorm.

De FRZV identificeert 3 belangrijke posten van extra ziekenhuiskosten in verband met de tenlasteneming van sociale patiënten. Wij nemen aan dat de werkoverbelasting voor sommige categorieën niet lineair is. De door de organisatie opgezette structuren zullen groter zijn als in het ziekenhuis een groot aantal patiënten met een sociaal profiel wordt verzorgd.

1. Een complexere en zwaardere tenlasteneming voor de sociale diensten

De vereniging van de sociaal werkers in de ziekenhuizen heeft aangegeven dat de "basisfinancieringen" in onderdeel B1 niet volstaan om de vereiste staffings te financieren voor de "gebruikelijke" patiënten (zie ook hoofdstuk 5 "next steps"). Het werk van de sociale dienst is veel breder dan de tenlasteneming van de zogenaamde patiënten met een sociaal profiel. Bijzondere aandacht gaat uit naar de sociale determinanten van gezondheid.

Zonder volledig te willen zijn, kunnen wij in het maatschappelijk werk 3 hoofdpijlers onderscheiden die worden beïnvloed door de complexiteit van de familiale, financiële, geografische en culturele omgeving:

- De zorgcontinuïteit. Vanaf het moment van opname is het belangrijk om het ontslag voor te bereiden. Voor patiënten met een sociaal profiel kan het moeilijker worden geacht oplossingen te vinden bij ontslag (context van isolement, gebrek aan opvangstructuren, geestelijke gezondheidsproblemen, geen financiële middelen, geen wettelijke verblijfsvergunning, geen beroep op een huisarts, ...). Daarnaast hebben sociaal werkers ook een belangrijke preventieve en proactieve rol ivm detectie en opvolging van kwetsbare doelgroepen. Een meer ontwikkelde en georganiseerde samenwerking met het netwerk van de eerste lijn zou kunnen bijdragen tot het vinden van oplossingen.
- Op het vlak van financiën en verzekeraarbaarheid. Voor de toegang tot de sociale rechten van de patiënt is het van essentieel belang dat hij of zij een tenlasteneming van zijn of haar medische verzorging kan genieten. Zonder verzekeraarbaarheid komen de kosten van de ziekenhuisopname en/of van de tenlasteneming na de ziekenhuisopname voor 100 % voor rekening van de patiënt. Niet-V.I.-patiënten genieten geen tenlasteneming door een ziekenfonds. Het is mogelijk dat de sociale dienst een niet-V.I.-patiënt met een sociaal profiel moet begeleiden bij de aanvraag tot regularisatie van zijn of haar situatie (vraag om tenlasteneming door OCMW of Fedasil). Dit werk kan tijdrovend zijn voor de sociale dienst omdat de administratieve procedures ingewikkeld zijn en de individuele situatie van de patiënt een rol zal spelen in het besluit van de autoriteit. Bovendien zullen sommige

⁴ van alle patiënten die in het ziekenhuis ten laste zijn genomen

- tenlastenemingen beperkt blijven tot hetzij dringende medische hulp, hetzij de ziekenhuisomgeving, waardoor ontslag en zorgcontinuïteit moeilijker worden.
- De psychosociale en administratieve/juridische begeleiding van de patiënt is ingewikkelder voor een patiënt die niet een van de landstalen spreekt of die in het algemeen de administratieve procedures slecht begrijpt (problemen met gezondheidsgeletterdheid).
2. Een meer ingewikkelde en langdurige tenlasteneming voor de gezondheidszorgbeoefenaars

Een reeks factoren zal van invloed zijn op de zwaarte en de duur van de tenlasteneming voor patiënten met een sociaal profiel.

- Zwaarte van de tenlasteneming
 - Begripsproblemen (geen landstaal spreken en lage (medische) geletterdheid)
 - Grotere gezondheidsrisico's
 - Problemen met het volgen van instructies / zorgaanbevelingen
 - Hygiënische problemen
 - Geestelijke gezondheids- en veiligheidsproblemen

- Verblijfsduur
 - Gebrek aan psychosociale autonomie en steun voor de patiënt thuis
 - Gebrek aan ondersteunende, ambulante oplossingen (zorgcontinuïteit)
 - Gebrek aan plaatsen in opvangstructuren (personen zonder onderstandsdomicilie, asielzoekers), waardoor de patiënt in het ziekenhuis moet blijven totdat het acute probleem volledig is opgelost
 - Lagere substitutiegraad daghospitalisatie versus klassieke hospitalisatie
 - Gebrek aan revalidatieplaatsen (zie ook het FRZV-advies van 2022, FRZV/D/549-2)

Ook moeten de teams die met de problemen van deze patiënten worden geconfronteerd, worden ondersteund. Dit vereist opleiding en teamuitwisseling om de specifieke behoeften van kansarme patiënten beter te begrijpen, te anticiperen op moeilijkheden en de psychologische belasting te verlichten. Deze psychologische belasting zal de instelling ook voor extra aanwervingsproblemen stellen.

Er dient op te worden gewezen dat sommige elementen van het huidige financieringssysteem reeds kunnen worden gebruikt om de extra kosten te dekken. Zo zullen de verblijven "outliers type 1" worden gefinancierd op basis van de gefactureerde verblijfsduur en niet op basis van de gestandaardiseerde verblijfsduur.

De FRZV beschikt momenteel niet over recente gegevens of studies hierover. De laatste studie over de impact van sociale factoren op de verblijfsduur is de studie van Closon uit het begin van de jaren 2000, gebaseerd op cijfers uit 1995. Het is dus niet mogelijk dit probleem precies te kwantificeren. Een nieuwe studie over het onderwerp zou een betere kwantificering kunnen opleveren, maar dat zal tijd vergen.

3. Onbetaalde bedragen en hun administratief beheer

Het risico en het volume van onbetaalde bedragen zal veel groter zijn wanneer een ziekenhuis een groot aantal onverzekerde patiënten ten laste neemt. Dit zijn dus niet-V.I.-patiënten die niet worden gedekt door het OCMW of door Fedasil. Integendeel, wanneer patiënten goed ten laste worden genomen (V.I.-verzekerden, eventueel met een derdenverzekering), zal het risico en het volume van onbetaalde bedragen afnemen.

Uit analyses van de FOD Volksgezondheid blijkt dat de geboekte waardeverminderingen (rekening 409) op de onbetaalde bedragen meer dan 337 miljoen euro bedragen voor alle Belgische ziekenhuizen samen, d.w.z. 2,3 % van het omzetcijfer, maar deze rekening vertegenwoordigt niet alle onbetaalde bedragen.

WHAT FOR WHO

Om het beschikbare budget tussen de ziekenhuizen te kunnen verdelen, moet het budget worden gekoppeld aan het type patiënten met een sociaal profiel, wat de sleutel zal zijn voor de verdeling tussen de ziekenhuizen. Daartoe moet eerst het aandeel van de extra kosten voor elk type patiënt met een sociaal profiel worden vastgesteld.

Dit werk wordt bemoeilijkt door het gebrek aan kwantitatieve gegevens over de meeste categorieën van extra kosten en hun verband met patiënten met een sociaal profiel.

De FRZV blijft hierover verder nadenken met het oog op een volgend advies.

ALLOCATE

Het beginsel van een verdeling tussen ziekenhuizen volgens het aantal patiënten met een sociaal profiel dat zij ten laste nemen, zoals momenteel en in het verleden gebruikt voor de verdeling van de beoogde budgetten, moet worden gehandhaafd omdat het een eerlijker verdeling mogelijk maakt dan een eenvoudige verdeling op basis van erkende/verantwoorde bedden.

Indien er een concentratie is van bepaalde categorieën van patiënten met een sociaal profiel in een bepaalde aantal ziekenhuizen, kan een concentratie van de middelen in verband met deze categorieën van patiënten met een sociaal profiel worden overwogen in de ziekenhuizen die de meeste van deze patiënten ontvangen. Deze concentratie wordt verantwoord door een niet-lineaire werkoverlast. De door de organisatie opgezette structuren zullen groter zijn als in het ziekenhuis een groot aantal patiënten met een sociaal profiel wordt verzorgd.

De FRZV zet zijn werkzaamheden op dit gebied voort.

5. Next steps

2e advies

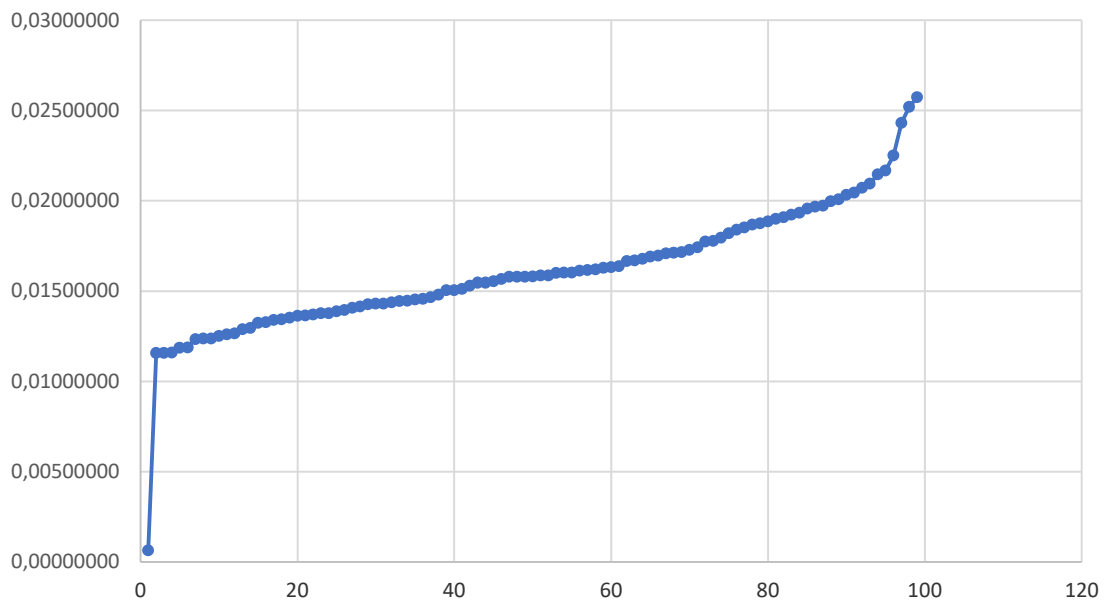
De FRZV zet zijn werkzaamheden voort om een nieuw model voor de verdeling van het huidige budget te kunnen voorstellen voor invoering in het BFM op 1.7.2024.

Aanbevelingen

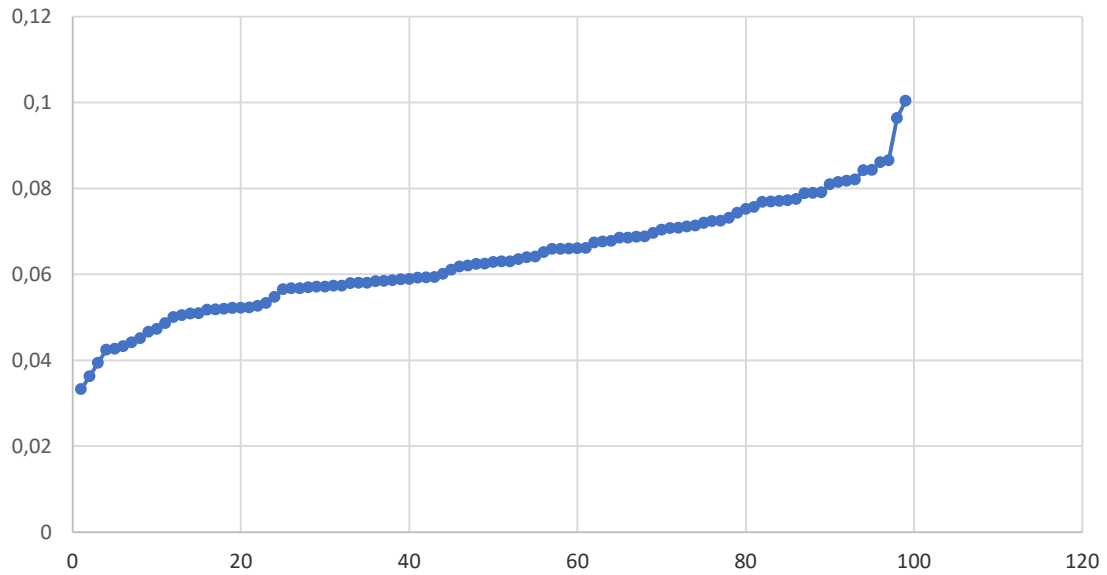
- Hervorming van de financiering: analyse om het budget dat nodig is voor de algemene ziekenhuizen en het toekomstige budget dat nodig is voor de psychiatrische ziekenhuizen te evalueren. Evalueren of het systeem voor de verdeling van het budget adequaat blijft.
- De FRZV vraagt aandacht voor een voldoende basisfinanciering van de sociale dienst (cf supra), alsook voor een uitbreiding van de middelen voor interculturele bemiddeling. Een concrete piste hierbij is om de tolkenlijn opnieuw (gratis) ter beschikking van de ziekenhuizen te stellen.
- De FRZV vraagt om de procedures voor de financiële tenlasteneming van niet-V.I.-patiënten te vereenvoudigen.
- Het versterken van de eerstelijnsnetwerken en solutions en aval pour les patients à profil social.

- Nood aan extra Sp- en G-bedden
- Aandacht voor de veiligheidsproblematiek
- Verduidelijken van de boekhoudkundige instructies voor de boeking van de onbetaalde bedragen

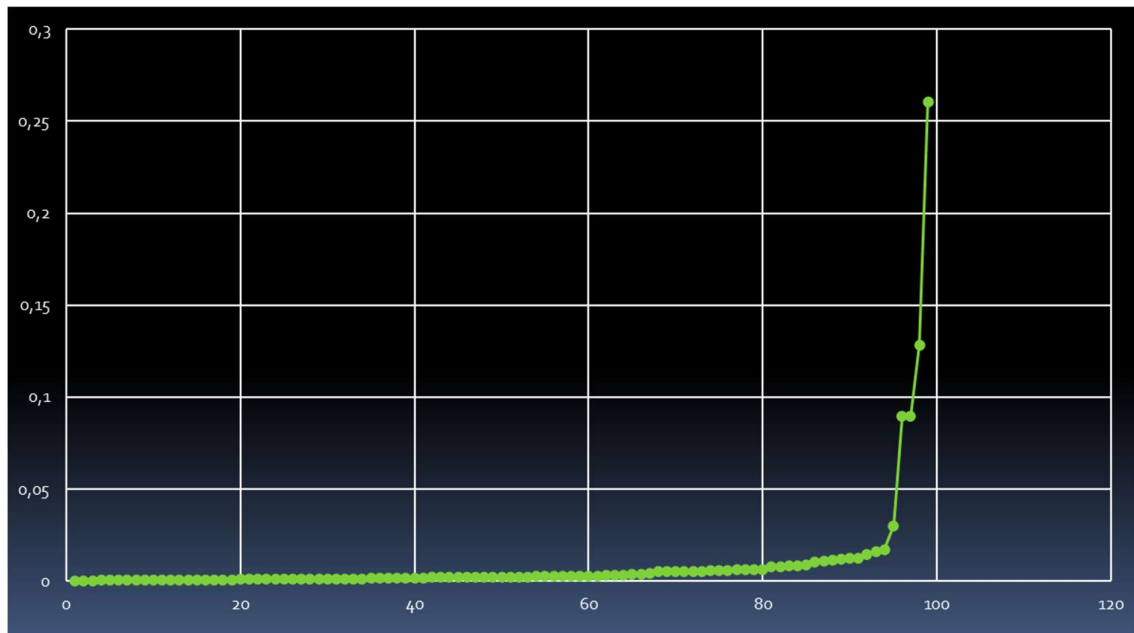
bijlage 1 ratio MAF inkomen en alleenstaand



bijlage 2 ratio sociale MAF per bed



Bijlage 3 : ratio aantal personen zonder bijstandsdomicile / totaal aantal opnames



Bijlage 4: ratio aantal personen zonder bijstandsdomicile / totaal aantal opnames zonder de top 5

