

---  
**Direction générale de l'Organisation  
des Etablissements de Soins**

---  
**CONSEIL NATIONAL DES  
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

---  
**Section «Programmation et Agrément»**

---  
**Réf. : CNEH/D/PSY/291-2 (\*)**

**Avis relatif à la revalorisation de la fonction  
médicopsychiatrique dans les structures et centres SSM en vue  
de la réalisation de programmes de soins transstructurels pour  
les groupes d'âge cibles.**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt,

Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial le 23 octobre 2008

## **1. Situation et points de départ**

Cet avis est rendu à l'initiative du groupe de travail permanent '*psychiatrie*' du Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) et se fonde sur des avis précédents du CNEH et sur un projet d'avis<sup>1</sup>.

Les propositions de revalorisation de la fonction médicopsychiatrique formulées dans l'avis s'inscrivent dans le droit fil de :

- La déclaration conjointe du 24 juin 2002 des ministres de la Santé publique et des Affaires sociales sur la politique future en matière de soins de santé mentale, et l'amendement à cette déclaration d'intention;
- L'accord du gouvernement fédéral Leterme Ier, en particulier les dispositions de la rubrique Santé publique, dont le point 5 qui plaide pour le développement des trajets de soins et stipule que "*[...] invitera la Commission nationale Médico-Mutualiste à proposer des réformes approfondies de la nomenclature en particulier pour revaloriser les prestations intellectuelles, ainsi que des mesures concrètes afin d'améliorer [...] l'attractivité de certaines spécialités faisant l'objet de pénurie en milieu hospitalier.*"

Le CNEH estime que la réalisation des trajets de soins et programmes de soins transstructurels nécessite un nouveau financement approprié des missions et activités médicales. Le point de départ est que dans le cadre de ces trajets de soins et programmes de soins on combine un financement global des missions avec un financement liés aux prestations pour chaque partie (= module) et pour l'ensemble des programmes de soins.

En vue d'une harmonisation de la fonction psychiatrique dans les soins de santé mentale (SSM), il est indispensable d'éliminer les différences actuelles dans la rémunération du psychiatre entre divers types d'établissements (hôpital psychiatrique, hôpital général, centre de soins de santé mentale, conventions INAMI, institutions médicopédagogiques, ...). Dans les centres de soins de santé mentale, par exemple, seules les consultations psychiatriques sont financées par l'INAMI. On peut envisager que l'INAMI prenne en charge le financement complet de la fonction psychiatrique (et donc aussi la participation aux réunions d'équipe interdisciplinaires et les réunions de concertation transstructurelles) dans les centres de soins de santé mentale, comme dans le secteur résidentiel. Cette rationalisation transstructurelle du mode de financement se traduirait non seulement par une revalorisation de la fonction psychiatrique ambulatoire, mais éliminerait également un certain nombre d'obstacles de fait dans la collaboration transstructurelle. Cela contribuerait à une harmonisation plus souple des soins entre les structures en fonction des besoins du patient.

Globalement, les objectifs suivants peuvent être formulés en vue de revaloriser la fonction médicopsychiatrique dans les structures SSM spécialisées et les centres de soins de santé mentale<sup>2</sup> :

---

<sup>1</sup> Avis du 8 février 2001 relatif à l'opérationnalisation du contenu et de l'organisation de l'aide psychiatrique d'urgence et de crise (CNEH/D/PSY/186-2), Avis complémentaire du 16 mai 2002 concernant la psychiatrie de liaison en hôpital général (CNEH/D/PSY/206-1), *Ontwerpadvies inzake een prospectief en programmeörienteerd financieringsysteem.*

<sup>2</sup> Le terme structures SSM spécialisées et CSSM recouvre : les hôpitaux psychiatriques (HP), les services hospitaliers psychiatriques dans les hôpitaux généraux (SPHG), les centres de soins de santé mentale (CSSM)

1. Suppression du déficit croissant de psychiatres dans les structures et les centres spécialisés de SSM (CSSM).
2. (Re)valorisation des activités et missions des psychiatres, en particulier pour la problématique psychiatrique complexe et de longue durée que connaissent ces structures SSM spécialisées et ces CSSM.
3. Passage progressif du financement actuel de l'activité médicale, qui est toujours basée principalement sur le service/l'index, et le financement des prestations et des lits liée à la durée de séjour à un financement global des missions médicales par mission de soins, comme cela sera décrit dans chaque module de soins du trajet de soins.
4. Diminution et adaptation de la dégressivité des honoraires de surveillance en fonction de la durée de séjour des patients. Le financement de l'activité médicale doit être plus rapport avec l'intensité et la spécificité de la fonction médicale dans chacun des services/index actuels et dans les modules de soins à définir à l'avenir.
5. Paramètres parallèles pour le financement des missions médicales, d'une part, et le financement des autres activités de soins, d'autre part. La réglementation relative à l'imputation des honoraires de surveillance (nomenclature médicale INAMI) ne concorde pas toujours avec les règles de remboursement (relatives au quota) des hôpitaux (établies par le SPF SPSCAE<sup>3</sup> dans le cadre du budget des moyens financiers).
6. Le financement de la fonction médicale dans les structures SSM spécialisées et les CSSM ne peut pas seulement être axé sur les activités liées directement au patient, mais doit également prévoir une valorisation des activités et missions des psychiatres qui visent le soutien de l'équipe thérapeutique, la famille et les intervenants de proximité.
7. En outre, le financement de l'activité médicale dans les structures SSM spécialisées et les CSSM doit aussi concerner des missions transstructurelles et des activités devant garantir aux patients individuels des soins sur mesure et une continuité des soins, tels que :
  - l'orientation vers le trajet de soins ou le programme de soins, (encadrement du trajet) et le transfert à l'intérieur de ceux-ci;
  - le soutien et les conseils aux autres dispensateurs de soins et partenaires qui contribuent à la réalisation du programme de soins, ainsi que leur coaching;
  - la concertation et la coordination de la dispensation des soins au patient individuel entre les différents acteurs et partenaires;
  - la disponibilité pour répondre aux appels dans le cadre des services de garde transstructurels, en particulier en ce qui concerne l'aide psychiatrique urgente.
8. Outre le financement des activités médicales liées au patient, il faudra en fin de compte aussi prévoir de développer plus avant le financement des missions dites stratégiques devant être remplies par les médecins :
  - les fonctions dirigeantes des médecins (par analogie avec le remboursement actuel

---

agréés par les autorités communautaires, les maisons de soins psychiatriques (MSP), les initiatives d'habitations protégées (IHP), les centres de réadaptation fonctionnelle agréés par l'INAMI, axés sur la réadaptation psychosociale des adultes, la pédopsychiatrie et la toxicomanie.

<sup>3</sup> Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

dans le budget des moyens financiers (BMF) pour le médecin en chef) pour le coordinateur médical des trajets de soins transstructurels et des programmes de soins liés à l'âge;

- les stratégies en matière d'hygiène hospitalière et de sécurité des patients;
- la surveillance de la qualité, la promotion de la qualité et la participation à des études sur *evidence based practice* (EBP);
- le fonctionnement et la composition du staff;
- la collaboration à des missions d'enregistrement et à d'autres obligations et missions administratives (entre autres l'admission forcée);
- l'élaboration et l'adaptation du contenu et de la forme des modules et des programmes de soins transstructurels.

## **2. Propositions concrètes de (re)valorisation**

Nous formulons dans les lignes qui suivent une série de propositions concrètes de revalorisation de la fonction médicale qui doivent être réalisées à court terme dans les SSM, en partie dans le cadre de la détermination du BMF par le SPF SPSCAE, en partie à l'INAMI lors de l'élaboration de l'accord médico-mut 2008-2010. Lors de la réunion du 20 décembre 2007, la Commission nationale médicomutualiste a conclu un nouvel accord. Cet accord a été approuvé par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et publié au Moniteur belge du 14 janvier 2008. Il comprend également des projections et des intentions pour la période 2009-2010. Ce qui explique qu'il soit mentionné de manière spécifique.

Les propositions formulées ci-après sont nécessaires pour garantir le contenu de la fonction médicopsychiatrique dans (1) l'accord médico-mut 2008-2010 à élaborer plus avant, (2) l'offre de soins existante et (3) les projets qui doivent encore être mis en chantier et élargis. En ce qui concerne ces projets, il s'agit concrètement de trajets de soins qui s'adressent entre autres à des parties de populations médicolégales dans le groupe cible des adultes (internés) et dans celui des enfants et adolescents (for K), de la reconnaissance structurelle des unités de traitement intensif (UTI) (par exemple les actuels projets pilotes PTCA), les projets qui doivent être lancés pour l'aide psychiatrique médicale, ainsi que les projets thérapeutiques (INAMI).

- ***Concertation et coordination***

*Financement par l'INAMI de la présence et de la participation du psychiatre à la concertation concrète autour d'un cas individuel dans le cadre des projets thérapeutiques agréés par l'INAMI et des conventions INAMI qui doivent encore être conclues pour le module pré- et post-traitement.*

Dans les deux situations de transfert spécifiques entre les soins intramurales et extramurales, le psychiatre contribue à la gestion des aspects cliniques du plan de soins individuel proposé et élaboré, et il coordonne les activités des différents dispensateurs de soins qui contribuent à l'exécution de ce plan de soins. (entre autres les généralistes, les physiologistes, les infirmiers à domicile, ... )

*Financement par le SPF SPSCAE des missions stratégiques remplies notamment par le psychiatre en vue de la gestion et du suivi de la forme et du contenu du trajet de soins transstructurels.*

Il s'agit du financement d'activités et de missions de coordination et de concertation avec différentes structures de soins et centres mises en place en tant que partie d'un programme de soins global. (comme le prévoit déjà les conventions B4 pour le développement des trajets de soins pour internés et For K).

- ***Soutien et coaching de l'équipe interdisciplinaire, informations des patients et soutien aux familles et intervenants de proximité***

*Financement par l'INAMI, pendant la prise en charge dans les structures SSM spécialisées et les CSSM, du coaching de l'équipe interdisciplinaire thérapeutique et de l'organisation d'une concertation avec les patients et/ou la famille à laquelle participe le psychiatre traitant. Cette concertation vise à communiquer des informations et à soutenir la participation du patient/famille au traitement.*

Ces propositions ont pour but de valoriser le travail interdisciplinaire comme modèle de collaboration dans les SSM.

Afin de comprendre la maladie, de motiver les patients et leurs familles et en vue de l'observance thérapeutique, il est essentiel que les patients et leurs familles reçoivent une information exacte et suffisante sur la problématique psychiatrique, les objectifs du traitement proposé, les effets attendus et souhaités de ce traitement et la façon dont ils peuvent y collaborer. La communication d'informations est une condition essentielle à la participation des patients et de leurs familles au processus de soins ; elle est explicitement prévue dans la loi relative aux droits du patient. D'autres dispensateurs de soins seront présents ou non à cette concertation. La concertation interdisciplinaire dans les SSM ne doit pas seulement aboutir à des interactions concrètes avec le patient et sa famille, et ce avec le feed-back et la communication d'informations nécessaires, mais elle est aussi un élément essentiel pour des soins de qualité.

- ***Aide psychiatrique urgente 24 h/ 24***

*Par rayon d'action d'environ 300.000 habitants, il faut prévoir, outre des modalités de financement applicables aux services d'urgences, la possibilité de financer un service de garde médio-psychiatrique transstructurel qui puisse répondre 24 h/24 aux demandes d'aide psychiatrique urgente<sup>4</sup>.*

Ces demandes d'aide psychiatrique urgente peuvent se présenter à la fois dans les services d'urgences des hôpitaux généraux (HG) et lors d'admissions urgentes en hôpital psychiatrique (HP), mais aussi à domicile ou en milieu de substitution du domicile (IMP, institutions d'aide à la jeunesse, MRS, ...).

Dans un tel rayon d'action, un service de garde 24 h/24 dans les SSM serait composé d'une équipe interdisciplinaire de psychiatres non rattachés à un service d'urgence. Cette équipe peut mobiliser et également réorienter vers un service d'urgence qui possède de préférence une expertise psychiatrique. En d'autres termes, l'équipe interdisciplinaire n'est pas là pour remplacer le service d'urgence.

Dans cet avis, nous visons principalement la rémunération du psychiatre rattaché au service de garde 24 h/24 pour l'aide psychiatrique urgente, d'une part, et la rémunération du psychiatre rattaché au service d'urgence.

Le groupe de travail permanent '*psychiatrie*' propose de créer un module d'aide psychiatrique urgente dans chaque programme de soins pour enfants et adolescents, adultes et personnes âgées. Comme cela a déjà été dit, ce module sera animé par une équipe interdisciplinaire qui peut intervenir à domicile, dans les établissements et initiatives SSM,... L'équipe résultera d'un accord de coopération entre, au minimum, un HP, une section psychiatrique d'un hôpital général (SPHG), un CSSM, ...

Les activités médicales dans ce module de garde psychiatrique 24 h/ 24 devront être financées par le biais d'honoraires de disponibilité et d'honoraires spécifiques pour les interventions médicopsychiatriques des psychiatres dans le cadre de cette garde 24 h/sur 24.

- ***Unités de traitement intensif (UTI)***

Des honoraires spécifiques appropriés doivent être prévus pour l'activité médicale dans les unités de traitement intensif. D'abord, parce que l'encadrement médical imposé à ces unités est nettement supérieur à celui d'un service hospitalier A ordinaire. En outre, la dégressivité dans le temps des honoraires de surveillance malgré la durée de séjour maximale imposée de 6 mois (qui peut être renouvelée une fois 6 mois) n'est pas non plus en relation avec l'intensité permanente du traitement. Les unités PTCA actuelles, qui seront bientôt des UTI, nées de la reconversion de lits A en lits T, n'ont à ce jour aucun numéro de nomenclature spécifique pour facturer les prestations médicales.

---

<sup>4</sup> Pour les détails de cette proposition, on se reportera à l'annexe '*Financement de la prise en charge d'urgence/crise des patients présentant une problématique psychiatrique*' jointe à la lettre du groupe de travail permanent '*psychiatrie*' en réponse à la demande d'avis du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Didier Donfut au CNEH concernant le BMF, du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> juillet 2008.

- ***Révision des modalités de facturation des honoraires de surveillance et de suivi de patients hospitalisés le week-end, pendant un jour de congé et des jours d'intervalle***

Lors d'une hospitalisation, le numéro de nomenclature pour les honoraires liés à la mission de suivi de la continuité des soins médicaux et de surveillance pendant le week-end, un congé ou des jours d'intervalle a une valeur insuffisante et n'encourage nullement la resocialisation active des patients envisagée après l'admission. Par analogie avec la réglementation prise entre-temps pour garantir le financement de la continuité des soins médicamenteux pendant les jours d'intervalle au sein d'une période d'hospitalisation, il faudrait également élaborer un financement approprié de la surveillance médicale les week-end et pendant les jours d'intervalle.

- ***Prestation de psychothérapie***

En cas d'hospitalisation, il faudrait envisager la possibilité de facturer les prestations de psychothérapie par un autre psychiatre de surveillance.

- ***Liaison somatique dans les services hospitaliers psychiatriques***

Par analogie avec les honoraires pour la psychiatrie de liaison dans les services somatiques de l'AG, il faut prévoir des honoraires spécifiques pour le diagnostic somatique et le traitement de la comorbidité des patients admis en HP.

- ***Financement global de la mission***

Dans les différentes structures SSM agréées spécialisées et les CSSM, une équipe interdisciplinaire peut réaliser les prestations de soins. S'agissant des aspects médicaux et thérapeutiques de la prestation, qui dépendent du patient, cette équipe doit être pilotée et suivie par un psychiatre. De son côté, le psychiatre apporte sa contribution aux aspects médicaux des soins au patient.

Il est proposé, dans le cadre de l'article 56 de la loi AMI<sup>5</sup>, de prévoir de nouvelles

---

<sup>5</sup> Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, art. 56, § 1-2 : "*§ 1<sup>er</sup>. Le Comité de l'assurance peut conclure des conventions pour des enquêtes et des études comparatives de certains modèles de dispensation et de financement des soins de santé. Les dépenses y afférentes sont imputées au budget des frais d'administration de l'Institut et sont prises en charge intégralement par le secteur des soins de santé.*

*§ 2. Dans les conditions à fixer par le Roi et par dérogation aux dispositions générales de la présente loi coordonnée et de ses arrêtés d'exécution, le Comité de l'assurance peut conclure des conventions qui sont limitées dans le temps et/ou dans leur champ d'application et qui ont pour but :*

*1° d'accorder un remboursement pour des modèles spéciaux de prescription, de dispensation et de paiement de soins de santé à caractère expérimental;*

*2° d'octroyer une intervention à des centres spécialisés pour le financement de traitements pharmaceutiques qui ne sont pas remboursables en application de la liste visée à l'article 35bis, mais qui présentent un caractère innovateur, qui répondent à une nécessité sociale et qui possèdent une valeur et une efficacité cliniques. Cette intervention est liée à un rapport ainsi qu'à une évaluation scientifiques;*

*3° d'accorder une intervention aux dispensateurs de soins qui développent des projets en matière de coordination des soins dispensés en vue de détecter de manière précoce, d'éviter ou de retarder toute complication et de traiter les affections chroniques qui requièrent une approche pluridisciplinaire;*

*4° d'octroyer une intervention pour le paiement de vaccins dans le cadre de programmes de prévention à caractère national.*

formes expérimentales de soins où un financement global de la mission médicale rémunère la participation et la contribution du psychiatre traitant pour : les soins directs aux patients, le coaching de l'équipe thérapeutique et la concertation 'interdisciplinaire' liée au patient, le fonctionnement global du staff et le développement de *evidence based practice* (EBP).

- ***Stimulation de la flexibilisation de l'offre de soins dans les services hospitaliers dans le cadre de l'exécution de l'article 97ter<sup>6</sup> de la loi sur les hôpitaux<sup>7</sup>***

L'exécution de l'art. 97ter de la loi sur les hôpitaux prévoit la possibilité d'une flexibilisation sous condition du budget des moyens financiers des hôpitaux (BMF) pour des soins plus individualisés. Dans le cas d'une flexibilisation des soins liés au lit (ce peut être à la fois une intensification et une diversification des soins), les honoraires de l'activité médicale doivent être garantis. Actuellement, les honoraires sont fonction de la journée d'hospitalisation.

Il est proposé, dans le cadre des conventions spécifiques qui seront conclues à cette fin avec le ministre compétent pour la Santé publique, de prévoir une garantie adaptée en préservant les moyens historiques sous forme d'un financement de l'activité médicale via un financement global de la mission. Ce financement devra se faire par une réaffectation des honoraires obtenus dans la forme de soin transformée et être complété par un financement qui stimule la contribution des médecins à la transformation des soins de santé. En exécution de l'article 56 de la loi AMI, des conventions spécifiques pourront aussi servir à ce financement global de la mission médicale.

- ***Fonction de recherche et missions de formation concernant les activités médicales***

Il faut examiner de quelle façon des missions de formation et de recherche pourront être financées à l'avenir, pour les SSM, en partie sur des budgets 'enseignement et recherche' de manière plus complète qu'aujourd'hui. De par la nature même de la prestation de soins (peu d'aspects technologiques dans les soins de santé), on dispose, dans le cadre de missions de recherche et de missions de formation y afférentes, de peu de moyens supplémentaires provenant du secteur privé et des entreprises. Le groupe de travail permanent '*psychiatrie*' a l'intention d'élaborer un avis spécifique sur le sujet

---

*(Les dépenses qui accompagnent les conventions en question sont imputées au budget prévu pour les frais d'administration de l'Institut et sont intégralement prises en charge par le secteur des soins de santé).*

*(Le Roi peut également fixer les règles pour la fixation du budget, sa répartition entre les Autorités visées dans l'article 128, 130 et 135 de la Constitution et le paiement de l'intervention sous la forme d'avances et d'un solde.)"*

<sup>6</sup> Loi sur les hôpitaux, art. 97ter : "*Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes.*"

<sup>7</sup> Cf. à cet égard l'Avis du 8 septembre 2005 relatif à l'application de l'art. 97ter de la loi sur les hôpitaux et la note en vue de concrétiser l'avis (CNEH/D/PSY/249-1), l'Avis du 13 avril 2006 relatif à l'application de l'art. 97ter de la loi sur les hôpitaux (CNEH/D/AF/7-1).



- ***Développement de la fonction de formation (MSF)***

Les activités des médecins spécialistes en formation de psychiatrie ne génèrent pour l'hôpital de stage ou le maître de stage en soins psychiatriques (par opposition aux physiothérapeutes) aucuns revenus supplémentaires de prestations techniques. Néanmoins, une extension de la capacité de formation est urgente afin de combler des déficits croissants et de remplir des fonctions médicales vacantes dans les structures SSM et les CSSM.

En annexe :

1. Lettre du groupe de travail permanent '*psychiatrie*' en réponse à la demande d'avis du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Didier Donfut au CNEH concernant le BMF du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> juillet 2008.
2. Document '*Financement de la prise en charge d'urgence/crise des patients présentant une problématique psychiatrique*'.

## **Annexe 1**

Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (N.R.Z.V.)  
t.a.v. de Voorzitter van de Afdeling 'financiering'

Betreft: Budget van financiële middelen van 1 januari tot 1 juli 2008

Geachte Heer Voorzitter,

De permanente werkgroep 'psychiatrie' besprak op 18 februari 2008 de brief van gewezen minister Donfut met ref. CGH/AP/CC waarin adviezen wordt gevraagd aan de N.R.Z.V. over het budget van financiële middelen van 1 januari tot 1 juli 2008.

Voor de adviesvragen met een specifiek karakter voor de psychiatrische ziekenhuizen vraagt de permanente werkgroep bijzondere aandacht voor hetgeen volgt.

**1. Bijkomend bedrag van € 3.193.000 voor onder meer de 6 nieuwe eenheden voor intensieve behandeling voor kinderen en jongeren en de 6 nieuwe mobiele equipes voor jongeren in de thuissituatie**

De permanente werkgroep erkent de noodzaak om voor de doelgroep van kinderen en jongeren te investeren in de uitbreiding van het huidige aanbod inzake gespecialiseerde crisis- en outreach hulpverlening en eenheden voor intensieve behandeling en dit in het bijzonder voor jongeren met GGZ problemen die leven in problematische opvoedingssituaties (zie hierover het NRZV-advies inzake het ontwerp van samenwerkingsakkoord met betrekking tot jongeren met een psychiatrische problematiek die een delict hebben gepleegd, met ref. NRZV/D/PSY/281-2, goedgekeurd dd. 12/10/06). Hij is toch verwonderd dat de verdeling van het beschikbare budget van € 3.193.000, die door het Algemene Raad als "globaal budget voor initiatieven van de sector" werd aanvaard, met de partners van de sector niet besproken wordt (qua types en aantal nieuwe eenheden). Hij stelt zich ook vragen over de concrete inhoud van de beslissing : Om welke outreach projecten gaat het (toegevoegd aan for-K of equipes zoals de 12 die nu bestaan?) en wat wordt bedoeld met eenheden voor intensieve behandeling (gaat het om for-K of SGA , of beiden? ) . Hoe zullen toevoegingen gebeuren ( criteria?)? Werden de noden per regio in kaart gebracht?

De permanente werkgroep psychiatrie is echter ook verwonderd dat andere adviezen niet weerhouden werden in de concrete bestedingsvoorstellen voor het budget 2008. Hij verwijst hierbij specifiek naar de voorgestelde uitbreiding van de projecten inzake psychiatrische zorg in de thuissituatie voor volwassenen (cfr. NRZV-advies psychiatrische zorg in de thuissituatie, met ref. NRZV/D/PSY/259-2, goedgekeurd dd. 09/02/06), maar ook naar adviezen inzake S.G.A.-patiënten en geïnterneerden.

## **2. Verhoging van de financiering van de overlegplatforms**

De permanente werkgroep onderschrijft het voorstel tot verhoging. In de marge hiervan vestigt de permanente werkgroep de aandacht op een eerder uitgebrachte en goedgekeurde adviesvraag om de financiering van de overlegplatforms rechtstreeks te laten verlopen via deze overlegplatforms i.p.v. een indirecte weg via het grootste psychiatrisch ziekenhuis van elke provincie of betrokken gebied (cf. advies inzake administratieve vereenvoudiging bekrachtigd op de speciale bureauvergadering van 14 juli 2005 met ref. NRZV/D/PSY/248-2).

## **3. Financiering van de kosten inzake anciënniteitsverhogingen**

Voor dit punt herhaalt de permanente werkgroep de reeds meerdere malen geformuleerde vraag om een hoger percentage toe te kennen dan de voorgestelde 0,78%. Verhoudingsgewijs maken de personeelskosten in het budget van financiële middelen van de psychiatrische ziekenhuizen een substantieel groter deel uit in vergelijking met de algemene ziekenhuizen. Vanuit deze vaststelling is een differentiatie tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen verantwoord.

## **4. Liaisonpsychiatrie en spoed in grootsteden**

De permanente werkgroep pleit reeds meerdere jaren voor de uitbouw van de dringende psychiatrische hulpverlening en crisishulp als onderdeel van een zorgtraject inzake geestelijke gezondheidszorg (cf. het advies inzake de operationalisering van de inhoud en organisatie van de dringende psychiatrische crisishulpverlening bekrachtigd door het speciaal bureau op 08.02.2001 met ref. NRZV/D/PSY/186-2).

De permanente werkgroep psychiatrie kan zich dan ook niet terug vinden in het voorstel om nu enkel bijkomende middelen in te zetten voor de dringende psychiatrische hulpverlening die zich aandient op de spoed van een aantal algemene ziekenhuizen in grootsteden omwille van de volgende redenen:

- de nu vooropgestelde doelstellingen van deze projecten zijn weinig geëxpliciteerd en controleerbaar en sluiten geenszins aan bij de doelstellingen van dringende psychiatrische hulpverlening zoals geformuleerd in de adviezen van de NRZV;
- de toewijzing aan de 5 grootsteden heeft geen meerwaarde voor het verbeteren van de geografische toegankelijkheid van de dringende psychiatrische hulpverlening;
- de complementariteit ontbreekt met een aantal andere initiatieven zoals de EPSY-diensten (crisisdiensen) en de projecten psychiatrische urgentie en crisiseenheden in Antwerpen, Brussel en Charleroi;
- het voorstel biedt weinig meerwaarde in: het realiseren van meer continuïteit in de hulpverlening, in de realisatie van een grotere samenwerking tussen de algemene ziekenhuizen de overige GGZ-actoren en in de uitbouw van de door de gemeenschappelijke interministeriële verklaring van 6/12/04 vooropgestelde realisatie van GGZ-zorgtrajecten voor patiënten met ernstige en complexe psychiatrische problematieken. In bijlage gaat een aangepast voorstel van besteding van dit in de begroting 2008 ingeschreven bedrag.
- de financiering van een arts is achterhaald rekening houdend met het medicomutakkoord 2007 waarin een specifieke vergoeding via RIZIV-nomenclatuur is opgenomen vanaf dit jaar met uitbreiding vanaf 2009

## **5. Ziekenhuisapotheek (onderdeel B5)**

Voor onderdeel B5 wil de permanente werkgroep psychiatrie nogmaals herinneren aan de adviesvraag om voor de psychiatrische ziekenhuizen de financiering af te stemmen op de volledige erkenningsnormen inzake aantal ziekenhuisapothekers en assistenten.

## **6. Besteding van de € 100.000.000**

Voor deze besteding geeft de permanente werkgroep psychiatrie voorrang aan de structurele onderfinanciering van het IBF-personeel, het Maribel-personeel en het T1- en T2-personeel in de T-diensten. Hierbij dringt de permanente werkgroep aan op een prioritaire oplossing voor manifeste onderfinanciering van het T1- en T2-personeel (cf. advies van 12.07.07 van de afdeling financiering over de onderfinanciering van de ziekenhuizen met ref. NRZV/D/SF/29-2). Psychiatrische ziekenhuizen beschikken over geen andere financieringsbronnen dan het budget van financiële middelen.

Inzake de financiering van de GGZ-pilootprojecten is een actualisatie van de loonkost en een aanpassing van de forfaitaire bedragen in de B4 overeenkomsten eveneens noodzakelijk om de onderfinanciering van dit onderdeel in het budget van financiële middelen weg te werken.

Hopend dat met deze opmerkingen wordt rekening gehouden, groeten we u geachte voorzitter, met hoogachting.

Namens de permanente werkgroep psychiatrie,

Prof. J. Peuskens,  
Voorzitter permanente werkgroep 'psychiatrie'  
Afdeling 'programmatie en erkenning'  
N.R.Z.V.

## **Annexe 2**

# **Financement de la prise en charge d'urgence/crise des patients présentant une problématique psychiatrique**

La prise en charge en urgence de patients présentant une pathologie psychiatrique suppose la disponibilité 24h/24 d'une équipe multidisciplinaire « mobile » associant médecin psychiatre, infirmier psychiatrique, psychologue, assistant social...

Actuellement, certaines initiatives ont déjà été mises en place. On pense notamment :

- aux projets-pilotes '*unité de crise, comprenant la fonction de case manager, spécifique aux personnes en situation de crise psychique et aux personnes en situation de crise liée aux substances psychoactives*'
- aux projets-pilotes '*SSM-jeunes concernant les soins psychiatriques pour enfants et jeunes séjournant à domicile au moyen de l'outreaching*' et '*SSM-jeunes concernant le traitement intensif des jeunes de troubles comportementaux et/ou agressifs*'<sup>8</sup>
- les projets pilotes d'unité de crise dans les grandes villes de Bruxelles, Anvers et Charleroi
- aux honoraires de disponibilité pour les psychiatres qui participent au service de garde des fonctions d'urgence

A côté de ces initiatives spécifiques, les ressources auxquelles il est fait appel actuellement en cas de situation d'urgence (ou crise) psychiatrique sont :

- au sein des hôpitaux généraux : le SMUR, le service A, la fonction de liaison psychiatrique
- les hôpitaux psychiatriques
- les centres de santé mentale
- les services de garde de généralistes

***Toutefois, ces différents acteurs ne disposent pas des moyens suffisants pour offrir les services d'une équipe spécialisée 24h/24 : soit ils ne disposent pas du personnel spécialisé, soit ils ne sont pas disponibles 24h/24, soit ils n'ont pas la possibilité d'être « mobiles ».***

Les moyens dégagés pour ce type de prise en charge doivent être affectés de manière à compenser les lacunes actuelles. Il est proposé qu'ils soient octroyés (via la sous-partie B4 du BMF) aux hôpitaux qui, dans le cadre d'une collaboration fonctionnelle avec les acteurs de santé mentale présents dans leur entourage, organisent un service de garde (24h/24) par une équipe mobile multidisciplinaire<sup>9</sup>. Une telle équipe doit être envisagée pour une région qui compte 300.000 à 500.000 habitants.

Concrètement, cet accord de collaboration devra prévoir :

- une permanence 24h/24 par au moins 1 psychiatre et 1 membre de personnel de niveau A1 minimum (infirmier psychiatrique, psychologue, assistant social...)
- la participation, au minimum, d'un hôpital général disposant d'un SMUR et d'un

<sup>8</sup> Les missions de ces projets-pilotes ont été rappelés dans l'avis relatif aux soins psychiatriques à domicile, ratifié par le Bureau du CNEH en date du 9 février 2006.

<sup>9</sup> Les missions d'une telle équipe mobile d'urgence ont été décrites dans l'avis relatif à l'opérationnalisation du contenu et de l'organisation de l'aide psychiatrique d'urgence et de crise, ratifié par le bureau du CNEH en date du 8/02/2001.

- hôpital psychiatrique disposant de lits A
- une collaboration avec les unités spécialisées de prise en charge de crise présentes dans la région, ainsi qu'avec les prestataires ambulatoires

En termes de financement, la fonction médicale pourra, dès 2008, recourir aux honoraires de disponibilité prévus pour les médecins qui participent au service de garde des fonctions d'urgence (cfr accord médico-mutualiste 2007 – point 11.2), ainsi qu'aux honoraires liés à leurs prestations. Ces honoraires de disponibilité ne couvrent cependant que les périodes de week-end et les jours fériés (312.50 € par week-end et 187.50 € par jour férié). La commission médico-mutualiste prévoit toutefois de dégager des moyens supplémentaires en 2009 pour renforcer le financement de la prise en charge de crise (cfr accord médico-mutualiste 2007 – référence N08/MS/05). Ceux-ci devraient notamment permettre aux psychiatres qui participent à cette prise en charge d'urgence et de crise sans être attachés à un service d'urgence, de bénéficier également d'honoraires de disponibilité, mais également de mieux financer la permanence médicale en dehors des périodes horaires visées par l'honoraire de disponibilité.

Les moyens disponibles dans le cadre du BMF (3.680.000 €) doivent quant à eux être affectés au financement des autres compétences nécessaires au sein de cette équipe mobile : infirmier psychiatrique, psychologue, assistant social... Compte tenu des ressources déjà partiellement disponibles au sein des structures existantes, il est proposé que chaque projet bénéficie d'un financement permettant l'engagement de 5 ETP A1 supplémentaires (300.000 € par projet). Ces ETP seront répartis, en fonction de l'organisation de la permanence, parmi les différentes structures qui prennent part à l'accord de collaboration. Le financement à concurrence de 60.000 € par ETP se justifie en raison des sursalaires liés aux prestations de nuit et de week-end, période pendant lesquelles, actuellement, les ressources humaines disponibles sont particulièrement insuffisantes. Chaque projet, en fonction des ressources dont il dispose déjà, choisira les types de qualifications supplémentaires nécessaires pour assurer ses missions.