
Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/500-3 (*)

**Advies van de FRZV “Herziening van het BFM als gevolg van de
structuralisering van de mobiele teams voor volwassenen (functie 2) en de
projecten intensifiëring (functie 4)”**

Namens de Voorzitter,
Margot Cloet

De Secretaris,
Pedro Facon



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

1. Situering en doelstelling van het advies

1.1. Vraag van het bureau van de FRZV

De adviesvraag werd geformuleerd op de vergadering van het bureau van de FRZV van 13 september 2018 uitgaande van de bekommernis van de psychiatrische en de algemene ziekenhuizen over de gevolgen voor het BFM van de structuralisering van de mobiele teams (projecten art. 107 voor de doelgroep volwassenen - functie 2) en van de projecten inzake intensifiëring (functie 4). Het bureau wil de bestaande rechtsonzekerheid over de impact van de structuralisering op het toekomstig BFM wegnemen door het uitwerken van een duidelijk financieel kader. Het bureau hoopt met deze proactieve benadering ook de ziekenhuizen te stimuleren om verder te werken aan de vermaatschappelijking van de zorg via innovatieve projecten zoals de creatie van mobiele teams en andere evoluties (intensifiëring, ...). Het voorgestelde financiële kader kan daarbij als inspiratiebron worden gehanteerd.

In totaal werden voor de vorming van mobiele teams in 20 netwerken art. 107 doelgroep volwassenen 1.671 bedden en plaatsen en voor de projecten intensifiëring (functie 4) 247 bedden en plaatsen bevroren (= tijdelijke buitengebruik stelling in afwachting van een definitieve erkenning). De bevroren bedden en plaatsen voor intensifiëring kunnen als volgt opgesplitst worden: 168 voor ID (intensieve diensten), 59 voor HIC (high intensive care) en 20 voor andere vormen zoals voor de doelgroep geïnterneerde personen. Al deze cijfers hebben betrekking op de toestand op 1 juli 2019.

1.2. Herzieningsmodaliteiten van bepaalde onderdelen van het BFM ingeval van structuralisering van de projecten art. 107 - volwassenen en van de projecten inzake intensifiëring

- De herzieningsmodaliteiten zijn zowel van toepassing op de psychiatrische als op de algemene ziekenhuizen.
- Eerste aanzet tot structuralisering voor de netwerkcoördinator van de projecten (forfaitaire financiering van de functie van de coördinator en gerelateerde werkingskosten) vinden we terug in de adviesvraag van minister De Block inzake de wijzigingen van het KB van 25 april 2002 inzake de vaststelling en vereffening van het BFM – diverse maatregelen op 1 juli 2019. De FRZV pleit om te komen tot een meer uniforme invulling van de functie van netwerkcoördinator conform het loonmodel van de sector.
- Momenteel verloopt de financiering van de werking van de coördinatie op het niveau van de FOD Volksgezondheid (= federale coördinatoren) via een B4-overeenkomst met enkele psychiatrische ziekenhuizen. Het is de verwachting dat na evaluatie van de werking de ondersteuning vanuit het federaal niveau van de lokale netwerken nodig zal blijven. Ingeval van een positieve evaluatie en consensus over de verdere opdracht (inclusief aantal VTE) zal op het moment van structuralisering van de mobiele teams dit budget niet langer gefinancierd worden op basis van art. 63 §2. Dit impliceert een financiering ten laste van de FOD Volksgezondheid waardoor de federale coördinatoren het statuut krijgen van contractuelen. Voor de coördinatie van

de projecten art. 107 gaat het over 3 VTE. Dan zijn er nog op federaal niveau 2 VTE voor de doelgroep kinderen en jongeren, 2 VTE voor de ELPF (eerstelijns psychologische functie) en 1 VTE voor vorming tewerkgesteld.

- Verdere structuralisering wordt verwacht na de uitrol van de 2^{de} fase voor de oprichting van mobiele teams via bevrozing van bedden of plaatsen. In de experimentele fase geldt 100% budgetgarantie van het BFM. Voorts is in deze 2^{de} fase ook de experimentele mogelijkheid voorzien van intensifiëring van de zorg door bevrozing van bedden of plaatsen (diensten met ID- en HIC-werking).
- De financiering van bijkomende VTE in 5 netwerken zonder bevrozing van bedden of plaatsen (réseau de la région du centre + Charleroi, réseau de Luxembourg, réseau 107 Brabant wallon, regio Halle-Vilvoorde en Brussel) dient ook verder gezet te worden na structuralisering. Voor de toekomstige ID- en HIC-werking zonder bevrozing van bedden of plaatsen wordt ook een financiering van bijkomende VTE verwacht op het moment van structuralisering van deze diensten.
- In de experimentele fase vallen de pilootprojecten art. 107 onder de bevoegdheid van de federale overheid. Ingeval van structuralisering beschouwt de FRZV de mobiele teams (2a- en 2b-teams) als een nieuwe dienst of module¹ van een ziekenhuis. In de praktijk kunnen de mobiele teams gevormd worden door de inbreng van VTE door meerdere actoren (psychiatrische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg,...), waardoor minimaal juridisch geformaliseerde en duurzame samenwerkingsovereenkomsten moeten afgesloten worden. Het bepalen van het juridisch statuut van de functionele samenwerking in het kader van de mobiele teams wordt aan de betrokken actoren van het netwerk overgelaten². In het scenario van een nieuwe dienst of module van het ziekenhuis moet een regeling uitgewerkt worden voor het herzienbare karakter van een aantal onderdelen van het BFM. Vanaf de structuralisering van deze projecten zal de erkenning van de mobiele teams conform de 6^{de} staats hervorming vallen onder de bevoegdheid van de gemeenschappen en gewesten. De basisvereisten om erkend te worden, blijven evenwel een federale bevoegdheid. De gemeenschappen en gewesten moeten de organieke regels respecteren bij het maken van erkenningsnormen. Organieke regels zijn zowel inzake concept als inzake naleving een federale bevoegdheid. Voor de programmatie en financiering blijft de federale overheid bevoegd ingeval de mobiele teams worden beschouwd als een nieuwe ambulante module binnen het ziekenhuis of nieuwe ziekenhuisdienst. Na de vastlegging van de erkenningsnormen volgt de structurele financiering. In de praktijk dient wel eerst de financiering te worden verduidelijkt. De FRZV opteert duidelijk voor dit scenario omwille van de volgende redenen:

- De ziekenhuizen, inzonderheid de psychiatrische ziekenhuizen, hebben (soms in gezamenlijke projecten) bevroren bedden en plaatsen om de mobiele teams te kunnen vormen.

¹ Een module is een combinatie van een functie (bv. crisisbehandeling) en een modus (bv. thuissituatie). Een zorgprogramma richt zich naar een bepaalde doelgroep en bestaat uit meerdere modules die kunnen aangeboden worden door meerdere zorgaanbieders in een bepaalde regio via een netwerk.

² Het netwerk kan trouwens ook zijn eigen juridisch statuut bepalen.

- De hoofdarts van het ziekenhuis is zoals in de projectfase verantwoordelijk voor de algemene organisatie en coördinatie van de medische activiteit in de mobiele teams zoals voor de rest van het ziekenhuis. Voor de beschrijving van deze verantwoordelijkheid verwijzen we naar het KB van 15 december 1987 dat als referentiebasis kan gehanteerd worden. Ingeval van structuralisering blijft deze verantwoordelijkheid gehandhaafd.
- Vanuit de bekommernis om een kwaliteitsvol medewerkersbeleid te kunnen voeren voor de mobiele teams is een verankering met de ziekenhuizen meer dan aangewezen. Concreet denken we dan onder meer aan vorming en bijscholing van de medewerkers ingeschakeld in de mobiele teams, de vervangingsmogelijkheden vanuit het ziekenhuis ingeval van afwezigheid in de mobiele teams als gevolg van ziekte, arbeidsongeval, verlof, ... , garanties dat bezoldigings- en arbeidsvoorwaarden (cfr. IFIC en eindeloopbaanmaatregelen) voor het ziekenhuispersoneel ook gelden voor de mobiele teams, ...
- De bestaande functionele erkenningsnormen voorzien reeds een wettelijke basis voor ambulante werking vanuit een A-dienst. Art. 18 van het KB van 23.10.1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd stipuleert het volgende: "Een dienst die minstens 60 zieken telt moet op elk ogenblik in staat zijn een therapeutische equipe te zenden ten huize van een zieke die dringende hulp nodig heeft".
- ...

De financiering van de medische activiteit na de structuralisering van de projecten art. 107 valt buiten de bevoegdheid van de FRZV. Een financiering van de medische activiteit via het BFM is wettelijk niet mogelijk. Enkel in een experimentele fase kan een financiering van deze activiteit verlopen via het BFM.

Om de mobiliteit van de hoofdartsen en diensthoofden binnen het netwerk mogelijk te maken, acht de FRZV het nodig om in de artikelen 7 en 17 van het KB van 15 december 1987 de geestelijke gezondheidsnetwerken toe te voegen. In een recent advies van de FRZV goedgekeurd op 14 november 2019 werden de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken ook al toegevoegd.

- Samen met de structuralisering zal ook de programmatie moeten herzien worden. Zo moeten de mobiele teams als ambulante module van het ziekenhuis een programmatorische basis krijgen. Ook de ID- en HIC-projecten zullen een programmatorische basis moeten krijgen. De programmatie moet gebaseerd worden op een aantal parameters zoals de behoefte aan mobiele 2a- en 2b-teams, ID en HIC-diensten, behandelduur, aantal VTE per caseload, ... Deze programmatie mag niet los gezien worden van een globale behoeftestudie voor de populatie. Zoals bij de programmatie van ziekenhuisdiensten geldt ook hier het principe dat programmatie steeds moet beschouwd worden als een maximum capaciteit. Tegelijk pleit de FRZV ook voor het bepalen van een minimumcapaciteit voor de mobiele teams.

- Uiteraard zullen ook reconversieregels moeten uitgewerkt worden om ook na de structuralisering nog bijkomende mobiele teams, ID- en HIC-diensten te kunnen creëren. Dat zal dan niet meer in een experimenteel kader, maar wel in een structureel kader verlopen. Voorts dringt zich een herziening op van de bestaande A, a, T en t en Sp programmatie. Na de structuralisering ontstaat in principe nieuwe ruimte ingeval van ongewijzigde programmatienormen als gevolg van de definitieve schrapping van de bevroren bedden en plaatsen in de erkenning. De bevroren bedden en plaatsen zullen dan definitief uit de erkenning verdwijnen. De FRZV vraagt ook de schrapping van de bepaling dat het aantal erkende A- en T-bedden niet minder dan de helft mag bedragen van de geprogrammeerde A- en T-bedden. Deze regel beperkt immers de verdere reconversie naar mobiele teams, A-bedden,... De FRZV wil in een afzonderlijk advies de reconversie uitwerken om C- en D-bedden te reconverteren naar A-bedden, ook boven de programmatie, (reconversie van 1 C- of D-bed = 0,73 A-bed) die nooit effectief in gebruik zullen genomen worden, maar wel bevroren worden met directe omzetting naar mobiele teams of intensifiëring. Dat is een tijdelijke maatregel in afwachting dat reconversie van C- en D-bedden naar mobiele teams mogelijk zal worden. Deze reconversie overstijgt dit advies omdat het is de bedoeling dat in een breder perspectief te bekijken met onder meer de budgettaire gevolgen bij het opstarten van een nieuwe activiteit.

2. Herzienbare onderdelen van het BFM

2.1. Onderdeel A1

Zoals bij de reconversie van psychiatrische bedden naar PVT en BeWo in de jaren '90 zou een schadeloosstelling moeten toegekend worden voor de gebouwen die definitief buiten gebruik worden gesteld. De schadeloosstelling stemt overeen met de nog lopende afschrijvingen en financiële lasten op investeringsleningen die werden aangegaan om deze gebouwen op te richten, te herconditioneren of in het kader van de uitvoering van grote onderhoudswerken. Het KB inzake schadeloosstelling is eind 2016 afgeschaft en de materie inzake onderdeel A1 is als gevolg van de 6^{de} staatshervorming overgeheveld naar de gemeenschappen en gewesten. De bedragen uit onderdeel A1 van het BFM die vastgelegd werden vóór 31.12.2015 moeten vrijgesteld worden tot het einde van de afschrijvingsperiode (intresten inbegrepen). Ingeval van afbraak zouden ook de kosten die hiermede gepaard gaan moeten vergoed worden.

Aangezien als gevolg van de 6^{de} staatshervorming de volledige bevoegdheid over onderdeel A1 is overgeheveld van het federale niveau naar de gemeenschappen en gewesten samen met een dotatie, kunnen enkel maar de gemeenschappen en gewesten instaan voor de schadeloosstelling en mogelijke afbraakkosten. De federale overheid draagt momenteel nog enkel verantwoordelijkheid voor het betalingsmechanisme inzake onderdeel A1. De FRZV adviseert aan de gemeenschappen en gewesten om extra middelen te voorzien voor mogelijke afbraakkosten.

Voor al deze voorstellen moet een Interministeriële Conferentie (IMC) de nodige schriftelijke garanties bieden.

2.2. Onderdeel B1

In afwachting van een volledige herziening van het huidig financieringssysteem voor de psychiatrische ziekenhuizen (cf. advies van de NRZV "Gezamenlijk advies van de afdelingen "programmatische en erkenning", "financiering" en de "permanente werkgroep psychiatrie" inzake een prospectief en programmageoriënteerd financieringssysteem d.d. 09.07.2015 met referentie NRZV/D/446-2) stelt de FRZV voor om onderdeel B1 te behouden zowel in de algemene als in de psychiatrische ziekenhuizen. Hiervoor kunnen de volgende argumenten naar voren gebracht worden:

- Tijdens de experimentele fase geldt het principe van budgetneutraliteit. Het is verantwoord dit principe te behouden ingeval van structuralisering, temeer omdat voor het toch wel innovatieve karakter van de vorming van mobiele teams geen stimuli worden voorzien of gevraagd. Bij de reconversie naar de initiatieven beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen werden destijds recyclagepremies toegekend.
- Onderdeel B1 wordt structureel ondergefinancierd onder meer als gevolg van de berekening die werd toegepast bij de splitsing van deel B in B1 en B2. Het onderdeel B1 werd destijds bepaald door het geactualiseerde onderdeel B2 gewoon in mindering te brengen van deel B. De laatste jaren zijn de administratiekosten sterk toegenomen door de sterke stijging van het aantal opnames, maar ook de werklust van de ondersteunende equipes, de vereiste kwalificatie van het personeel van deze diensten, de na te komen aanvullende verplichtingen en de te dragen aanvullende kosten in het kader van de gemeenschappelijke diensten blijven toenemen, zonder dat er bijkomende middelen werden toegekend ter ondersteuning van deze noden.
- Een proportionele vermindering overeenkomstig het definitief buitengebruik gestelde aantal bedden en plaatsen is helemaal onverantwoord omwille van de vaststelling dat de vaste kosten in onderdeel B1 in ruime mate de variabele kosten in dit onderdeel overtreffen.
- Het is moeilijk haalbaar enkel de direct variabele kosten (bv. voedingswaren) op reële basis in mindering te brengen omwille van het extra werk voor de administratie van de FOD Volksgezondheid, de eventuele uitbesteding aan private firma's,

Na vijf jaar werking worden in de pilootprojecten de werkingskosten (€ 400.000 niet-geïndexeerd per project op jaarbasis) in 2 bewegingen geschrapt. De FRZV vindt dit onaanvaardbaar omdat de werkingskosten ook na 5 jaar wel blijven. Het gaat concreet over verplaatsingskosten, administratiekosten, kosten verbonden aan het EPD, gedelokaliseerde mobiele teams, communicatiekosten voor o.a. dataverzameling en –uitwisseling, ...) De FRZV opteert voor een forfaitaire vergoeding van € 10.200 per VTE. Het totaal aantal VTE in de mobiele teams van de 20 netwerken bedraagt 521,23. Het benodigde macrobudget voor de werkingskosten stemt overeen met € 5.316.546 (521,23 VTE x € 10.200). De kosten voor het beheer van de netwerken wordt later hernomen in

functie van de verdere evolutie van de netwerken (onder meer op het vlak van het toekomstig juridisch statuut).

Het effect op het BFM van het betrokken ziekenhuis kan als volgt voorgesteld worden:

Herziening onderdeel A1 + verhoging onderdeel B1 met een werkingsbudget voor de mobiele teams

2.3. Onderdeel B2

We stellen vast dat in de mobiele teams de medewerkers worden ingeschakeld met een hoge kwalificatiegraad en tevens een hoge anciënniteit. De algemene kwalificatiegraad is in de psychiatrische ziekenhuizen de laatste jaren toegenomen. Hetzelfde geldt voor de algemene ziekenhuizen. Als gevolg hiervan dringt zich een verhoging op van onderdeel B2 om de meerkost te vergoeden.

Voorts zal ook rekening moeten gehouden worden met de elementen die vergoed worden via andere onderdelen binnen het BFM (bv. sociale akkoorden (onder meer eindeloopbaanmaatregelen) binnen onderdeel B9 (cf. punt 2.6), vergoeding BBT/BBK via onderdeel B4, ...).

2.4. Onderdeel B4

Een aantal deelbudgetten binnen onderdeel B4 zijn bed/plaats gebonden. In het advies van de FRZV betreffende "de wijzigingen aan het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en vereffening van het BFM – diverse maatregelen op 1 juli 2019" d.d. 31.01.19 met ref. FRZ/D/489-1, wordt voorgesteld een aantal elementen van onderdeel B4 aan hun waarde op 30 juni 2019 over te hevelen van onderdeel B4 naar onderdeel B1 (o.a. bedrijfsrevisor, hoofdarts, ...). Een structuralisering van de mobiele teams voor volwassenen en van de projecten intensifiëring zou als gevolg van deze overheveling, zowel voor de psychiatrische als voor de algemene ziekenhuizen, geen aanleiding meer geven tot budgetherziening. Ingeval het hogervermeld advies niet zou gevolgd worden door de bevoegde minister, pleit de FRZV voor het behoud van deze deelbudgetten in onderdeel B4 volgens de waarde op de dag voorafgaand aan de datum van de structuralisering.

In deze context vermelden we dat de medische honoraria die tijdens de projectfase vergoed worden via onderdeel B4 op het moment van structuralisering moeten overgeheveld worden naar het RIZIV met uitzondering van de vergoeding voor de beheersopdrachten die verder ten laste zou kunnen vallen van het BFM.

2.5. Onderdeel B5

Momenteel is zowel in de algemene als in de psychiatrische ziekenhuizen onderdeel B5 volledig bevroren. Momenteel zal een structuralisering van de projecten art. 107 dan ook geen herziening van dit onderdeel tot gevolg hebben.

2.6. Onderdeel B9

Ingeval van structuralisering moeten voor de VTE die extra werden toegekend zonder buitengebruikstelling van bedden of plaatsen een aantal looncomponenten die tijdens de experimentele fase gefinancierd worden via onderdeel B4 (bv. eindeloopbaan maatregelen) overgeheveld worden naar onderdeel B9.