

Bijlage

Nota over de analyse van de situatie van de psychiatrische ziekenhuizen in het kader van Covid-19 : Analyse van de situatie en voorstellen van de FRZV.

Vooreerst willen we er nogmaals op wijzen dat het mechanisme van voorschotten/compensatie (met regularisatie nadien) als hoofdbetrachting heeft de ziekenhuizen en (zelfstandige) zorgverleners actief binnen de ziekenhuizen in staat te stellen de ongewone Covid-19-gelieerde kosten te dragen en dit in een context van verminderde inkomsten naast toegenomen uitgaven en kosten. De essentie is de levensvatbaarheid van instellingen garanderen, het ziekenhuispersoneel (incl. het zelfstandig zorgpersoneel van ziekenhuizen) garanderen dat men zal kunnen rekenen op een billijk inkomen teneinde hun taken in alle sereniteit (verder) te kunnen uitvoeren.

De CFEH heeft de situatie van psychiatrische ziekenhuizen onderzocht en hieronder volgt een beschrijving van de context, de huidige financiering en de gevolgen van de crisis op korte en middellange termijn (berekening BMF toekomst en herzieningen).

Op de pagina's 10 t / m 12 staan de voorstellen voor de te nemen maatregelen.

Achtergrond

De psychiatrische ziekenhuizen kregen richtlijnen voor de de continuïteit van de zorg, voor de opname van Covid-patiënten, enz. en er is onmiskenbaar een impact op het vlak van meerkosten en daling van de inkomsten.

Sommige ziekenhuizen maken zich zorgen over hun onderbezetting, andere over hun overbezetting (een aantal algemene ziekenhuizen hebben hun patiënten van de A-diensten overgedragen aan de diensten van de psychiatrische ziekenhuizen). Veel psychiatrische ziekenhuizen kampen met een tekort aan mondmaskers en ander beschermingsmateriaal. Nochtans zijn de psychiatrische ziekenhuizen meegenomen in het federaal verdelingsmechanisme. Voorts is er ook een grote nood aan testkits.

In dat verband heerst er een zeker onbegrip over het feit dat de psychiatrische ziekenhuizen uitgesloten worden van de 'thesaurievoorschot'-maatregel en m.b.t. het verschil in behandeling tussen de AZ en PZ. De A, a, K, k en Sp-psychogeriatric in de AZ worden gevat door de thesauriemaatregel in tegenstelling tot deze diensten in de PZ.

In de schoot van de werkgroepen voor de problematiek van de financiële impact van de Covid-19-crisis werden echter analyses uitgevoerd om tot voorstellen te kunnen komen.

In het kader van het BFM van juli 2020 kunnen we al enkele maatregelen nemen.

Er is ook in voorzien dat de thesauriemaatregel kan worden hernieuwd indien nodig en in dat geval kan het toepassingsgebied bijvoorbeeld uitgebreid worden met de psychiatrische ziekenhuizen, als dat nodig zou blijken.

Huidige financiering

- 1) Vaststelling van het BFM van de psychiatrische ziekenhuizen

Vergeleken met de algemene ziekenhuizen differentiëren de psychiatrische ziekenhuizen zich doordat hun BFM niet berekend wordt op basis van de activiteiten (in het verleden) in hun ziekenhuizen maar, hoofdzakelijk, op basis van het aantal erkende bedden. Zo wijzigt het BFM van de psychiatrische ziekenhuizen enkel substantieel als het aantal erkende bedden werd gewijzigd (uitgezonderd nieuwe bijkomende maatregelen, in positieve of negatieve zin).

In 1999 werd het deel B van de psychiatrische ziekenhuizen opgedeeld in een onderdeel B1 en een onderdeel B2.

Onderdeel B2 wordt berekend op basis van de personeelsnormen van toepassing per bedindex, het aantal erkende bedden per bedindex en de gemiddelde, reële loonkost 1997 (geïndexeerd) van verpleegkundig, zorg- en paramedisch personeel gelijkgesteld (daaraan werden nog de reële kosten toegevoegd voor medische producten 1997). Maar terwijl voorheen de personeelsnorm per bedindex werd toegepast per patiënt (bijvoorbeeld voor een eenheid met 30 A-bedden, werden 16 VTE gefinancierd per 30 patiënten, m.a.w. er werden 16 VTE gefinancierd per 30 A-bedden met 100 % bezettingsgraad), worden sinds 1999 de personeelsnormen gefinancierd ten opzichte van de reële bezettingsgraad van de betrokken diensten, met de garantie dat vanaf een reële bezetting van 80 % de financiering van de personeelsnorm wordt verkregen die voorheen gegeven werd bij 100 % bezetting. Anders gezegd, voor een A-dienst met 30 bedden bijvoorbeeld, voor zover de A-dienst minstens 80 % bezetting heeft, zal het ziekenhuis financiering voor 16 VTE ontvangen; als de A-dienst voor 95 % bezet is, zal het ziekenhuis geen extra financiering krijgen en als de A-dienst maar voor 70 % bezet is, zal het ziekenhuis gefinancierd worden naar rato van $16 \text{ VTE} \times 70/80 \%$, ofwel voor 14 VTE.

Het onderdeel B1 werd vastgelegd op basis van de reële kosten vastgesteld in 1997 (geïndexeerd), maar rekening houdend met het beschikbare saldo na aftrek van het onderdeel B2 voor elk psychiatrisch ziekenhuis van het beschikbare deel B op basis van de regels van toepassing sinds 01/01/1999.

2) Vereffening van het BFM van de psychiatrische ziekenhuizen

Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen niet-VI- en VI-patiënten en tussen het vast en het variabel deel van het BFM.

Het vast deel van het BFM is samengesteld uit het totaal van de BFM's verminderd met de 20 % van de onderdelen B1 en B2.

Het variabel deel van het BFM is samengesteld uit de 20 % van de onderdelen B1 en B2 .

Overigens, in tegenstelling tot de algemene ziekenhuizen waarvoor (uitgezonderd de eenheden voor zware brandwonden en de diensten voor palliatieve zorg) geen referentieaantal wordt berekend, wordt voor de psychiatrische ziekenhuizen een referentieaantal berekend en vastgelegd als volgt (artikel 87, § 3, van het koninklijk besluit van 25 april 2002):

§ 3. Voor de psychiatrische ziekenhuizen wordt er slechts één referentieaantal vastgesteld, en dat op de volgende wijze:

$$[(8) \Sigma (\text{aantal bedden dag en nacht per dienst op 1 januari} \times 365 \times T) + (\text{aantal dag-bedden of nacht-bedden per dienst op 1 januari} \times 251 \times T)]$$

waarbij:

$T = A, T, T_f, [(15) T V_p] = 80 \%$

$[(8) A_d, A_n, T_d, T_n = 80 \%$

K = 70 %

[(8) Kd = 70 %]

[(8) Kn = 70 %]

Regeling voor de vereffening van het BFM

a) Voor patiënten die ressorteren onder een van de verzekeringsinstellingen (de 7VI),

- het vast deel van het budget bedoeld in artikel 86, § 1, wordt vereffend in twaalfden door de nationale unies van de verzekeringsinstellingen bedoeld bij § 1, naar rato van hun respectief aandeel voor het betrokken ziekenhuis in de loop van het laatste gekende dienstjaar en dat, binnen een termijn bepaald door de minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.

- voor het variabel deel van het budget, zoals bedoeld in artikel 86, § 2, wordt een prijs per parameter op de volgende wijze bepaald:

* voor de psychiatrische ziekenhuizen: 100 % van het variabel deel wordt vereffend op basis van een parameter die bestaat uit het referentieaantal bedoeld in artikel 87, § 3. (*)

(*) Om precies te zijn: de deler 'aantal dagen' gebruikt voor de vereffening van het bedrag dat wordt gefactureerd aan de 7VI-patiënten bestaat uit het referentieaantal waarop het % 7VI-patiënten gedeeld door het totaal aantal patiënten wordt toegepast; dat percentage is het resultaat van (7VI-dagen/totaal aantal dagen) van een dienstjaar dat als referentiedienstjaar werd behouden.

b). Voor patiënten die niet ressorteren onder een van de verzekeringsinstellingen, wordt een prijs per parameter op de volgende wijze bepaald:

het vast en variabel deel van het budget, zoals bedoeld in artikel 86, worden opgeteld en gedeeld door het referentieaantal bedoeld in artikel 87, § 2, of artikel 87, § 3, naargelang of het een Sp-dienst voor palliatieve zorg betreft, een eenheid voor zware brandwonden of een psychiatrisch ziekenhuis.

- Op basis van het huidig financieringssysteem kunnen de volgende vaststellingen geformuleerd worden: de regeling voor de vereffening van het BFM voor de psychiatrische ziekenhuizen is haast onafhankelijk van de reële activiteit die plaatsvindt in de betrokken ziekenhuizen, aangezien ze ofwel gebaseerd is op twaalfden ofwel op een referentieaantal dat theoretisch berekend wordt in functie van het type en het aantal erkende bedden en de normatieve bezettingsgraad die wordt toegepast per bedindex;

- er is een gebrek aan liquide middelen (op zijn minst voor het garanderen van de vereffening van het toegekende BFM) als het aantal gefactureerde dagen (7VI-dagen en/of niet-VI-dagen) lager is dan het aantal dagen (gebaseerd op het referentieaantal) dat gebruikt werd als deler om het te factureren bedrag per dag (aan de 7VI-patiënten of de niet-VI-patiënten) te berekenen, maar de realiteit van dit verlies aan liquide middelen (thesaurie) kan pas worden verholpen nadat het betrokken financieringsdienstjaar werd afgesloten.

3) Herziening van het BFM van de psychiatrische ziekenhuizen

3.1. Herziening van het vast deel van het BFM (men moet zich ervan vergewissen dat het ziekenhuis wel degelijk het vast deel van het BFM in zijn geheel heeft ontvangen, zowel voor het deel betreffende de 7VI-patiënten als dat betreffende de niet-VI-patiënten)

Als het ontvangen vast deel tijdens het herziene financieringsdienstjaar (dus van 01/07/jaar t - 30/06/jaar t+1) lager is dan het vast deel berekend voor het financieringsdienstjaar in kwestie ⇒ toekenning, in herziening, van de te weinig ontvangen som (dus positieve vergoeding);

Als het ontvangen vast deel tijdens het herziene financieringsdienstjaar (dus van 01/07/jaar t - 30/06/jaar t+1) hoger is dan het vast deel berekend voor het financieringsdienstjaar in kwestie ⇒ terugvordering, in herziening, van de te veel ontvangen som (dus negatieve vergoeding) .

Praktisch:

- de vergoeding is positief als het aantal werkelijk gefactureerde niet-VI-dagen (gerealiseerd) tijdens het financieringsdienstjaar lager is dan het aantal niet-VI-dagen 'vervat' in het gebruikte referentieaantal voor de vereffening van het BFM voor het herziene financieringsdienstjaar;
- de vergoeding is negatief als het aantal werkelijk gefactureerde niet-VI-dagen (gerealiseerd) tijdens het financieringsdienstjaar hoger is dan het aantal niet-VI-dagen 'vervat' in het referentieaantal gebruikt voor de vereffening van het BFM voor het herziene financieringsdienstjaar.

3.2. Herziening van het variabel deel van het BFM

- als het aantal gerealiseerde dagen (7VI-dagen of niet-VI-dagen) tijdens het herziene financieringsdienstjaar lager is dan het referentieaantal gebruikt voor de vereffening van het BFM van het herziene financieringsdienstjaar ⇒ wordt er geen vergoeding toegekend aan het ziekenhuis in kwestie. (Dat betekent dat het nooit de volledige som van het variabel deel van het BFM toegekend voor het herziene financieringsdienstjaar zal ontvangen, aangezien de reële activiteit tijdens dat financieringsdienstjaar lager was dan de geraamde activiteit die overeenkomt met het referentieaantal berekend voor het herziene financieringsdienstjaar);

- als het aantal gerealiseerde dagen (7VI-dagen of niet-VI-dagen) tijdens het herziene financieringsdienstjaar hoger is dan het referentieaantal gebruikt voor de vereffening van het BFM van het herziene financieringsdienstjaar ⇒ wordt de te veel ontvangen som teruggevorderd. (Dat betekent dat het ziekenhuis, in fine (na herziening) nooit meer zal ontvangen dan de volledige som voor het variabel deel van het BFM die werd toegekend voor het herziene financieringsdienstjaar).

3.3 Andere maatregelen:

3.3.1. Vergelijking personeelscriteria met het aanwezig personeel;

3.3.2. BBT/BBB;

3.3.3. Eindeloopbaanmaatregelen;

3.3.4. Attractiviteitspremie;

3.3.5. Functiecomplement

Voor de herziening van die diverse maatregelen, moet worden bekeken wat de gevolgen zijn van de Covid-19-maatregelen voor de berekening van de criteria en voor het aanwezige personeel (thuisverzorging van patiënten in partiële bedden, overdracht van patiënten uit psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen, oprichting van een Covid-19-eenheid in de psychiatrische ziekenhuizen, ziekenhuispersoneel besmet met Covid-19, ...) en met name de eventuele tijdelijke werkloosheid van een deel van het personeel van het psychiatrisch ziekenhuis.

4. Gevolgen voor de volgende BFM's

Zoals eerder vermeld wordt het BFM van de psychiatrische ziekenhuizen niet beïnvloed op 01/07/jaar t+2 door de reële activiteit van het jaar t of het jaar t-1. Dus als alles voor het overige hetzelfde blijft (= geen wetswijzigingen) zal de Covid-19-crisis geen grote gevolgen hebben voor de vastlegging van het BFM van de ziekenhuizen (tenzij in C2 of B4 voor nieuwe pilotstudies). Hierbij moet worden opgemerkt dat de impact groter zou kunnen zijn voor de pedopsychiatrische ziekenhuizen die allemaal op 50 % of minder terugvallen.

Op dezelfde manier is er voor de deler 'dagen' die wordt gebruikt voor de vereffening van het BFM meegedeeld op 01/07/jaar t+2 geen reële impact door een eventuele wijziging in de activiteit die zou worden vastgesteld in het jaar t, aangezien de deler 'dagen' die wordt gebruikt voor de vereffening van het BFM meegedeeld op 01/07/jaar t+2 gebaseerd is op het referentieaantal berekend in functie van het aantal erkende bedden (zelfs als de deler 'dagen' gebruikt voor de vereffening van het variabel deel voor 7VI-patiënten op 01/07/jaar t+2 afhangt van het % (aantal gerealiseerde 7VI-dagen in jaar T/totaalaantal gerealiseerde dagen in jaar t), is er niet echt een objectieve reden opdat dat % zwaar geïmpacteerd zou zijn door een eventueel vastgestelde wijziging in de activiteit tijdens de periode van de Covid-19-crisis).

Inkomstenderving

Die inkomsten zijn bestemd voor het dekken van personeels-, werkings- en honorariakosten.

- wat betreft de toezichtshonoraria
- andere RIZIV-financieringen (postkuur)
- Aanpassing van de ziekenhuizen aan de gezondheidssituatie

Een daling van het aantal opnames, gefactureerde dagen en toezichtshonoraria is te verklaren door de reorganisatie van de diensten in functie van de gezondheidsvoorschriften.

Twee- of vierpersoonskamers moesten soms worden omgevormd tot eenpersoonskamers om:

- nieuwe patiënten op te vangen en hun symptomen gedurende 7 dagen te evalueren (gebrek aan voldoende tests, vooral in het begin van de crisis).
- patiënten op te vangen die verdachte symptomen begonnen te vertonen tijdens hun verblijf.
- positieve Covid-19-patiënten op te vangen.

In de psychiatrische ziekenhuizen vertegenwoordigt het BFM ongeveer 90 % van het zakencijfer (controleren met Maha en Finhosta) (voor algemene ziekenhuizen ongeveer 40 %, zelfs iets minder).

Dat betekent concreet dat via de betaling van de twaalfden de inkomsten verzekerd zijn voor ongeveer 80 % (op voorwaarde dat de dagen niet-VI, in volgorde van grootte, gelijk zijn gebleven aan het aantal van het referentiejaar).

Aangezien de dagen niet terugvallen op nul en gezien de maatregelen genomen op het niveau van het RIZIV om zelfs thuisbehandeling van patiënten te kunnen factureren, kunnen we op dit moment ervan uitgaan dat meer dan 90 % van de inkomsten gegarandeerd zijn. Enkel voor kleine ziekenhuizen en ziekenhuizen gericht op kinderpsychiatrie, zal dat waarschijnlijk niet het geval zijn.

Hieruit kunnen we besluiten dat voor de psychiatrische ziekenhuizen de facturatie/inning van de inkomsten BFM niet zwaar wordt 'verstoord' door de Covid-19-crisis in de psychiatrische ziekenhuizen; dat zal natuurlijk in de toekomst nog verder worden geëvalueerd.

Hierna volgen echter een aantal analyses van diverse situaties uit de praktijk en hun mogelijke impact die oplossingen op korte en middellange termijn rechtvaardigen.

1. Psychiatrische ziekenhuizen die psychiatrische beddenactiviteit overnemen van de algemene ziekenhuizen

Twee bewegingen doen zich voor. Sommige psychiatrische ziekenhuizen hebben hun bedden vrijgemaakt van patiënten die thuis konden worden behandeld om zo patiënten uit de psychiatrische eenheden van de algemene ziekenhuizen te kunnen overnemen. Een andere beweging met een dalende bezetting tot gevolg heeft te maken met de schakelzorgcentra met diverse partners (AZ, PZ, ...). De PZ vervullen hierbij een faciliterende rol onder meer door infrastructuur ter beschikking te stellen. De financiering is momenteel onduidelijk. Voor de artsen heeft het RIZIV een specifieke nomenclatuur uitgewerkt.

➤ analyse

In termen van thesaurie, betekent dit:

1. Tijdens het beschouwde financieringsdienstjaar:

- facturatie van het hogere variabele deel als de dagen van patiënten die hun bed verlaten hebben en die thuis worden verzorgd nog steeds factureerbaar zijn. Indien deze patiënten of een deel ervan mogelijk zouden opgenomen worden in bevroren bedden, stelt zich het probleem dat aan deze bedden geen personeel meer is gelinkt omwille van de inschakeling in de mobiele teams. In de praktijk moet dan dus personeel van andere diensten worden ingeschakeld of moet bijkomend personeel ingezet worden.
- geen verhoging van het vast deel

2. Bij de herziening van het beschouwde financieringsdienstjaar:

- vergelijking personeelscriteria met het aanwezig personeel: in principe zou er meer personeel aanwezig moeten zijn dan voor de overdracht om het personeel berekend volgens de criteria te rechtvaardigen, behalve als de uit een algemeen ziekenhuis overgedragen psychiatrische patiënten in niet-erkende bedden worden opgenomen. In geval van opname in bevroren bedden geldt dezelfde opmerking als onder punt 1;

- voor het vast deel:
 - als de extra gerealiseerde niet-VI-dagen door psychiatrische patiënten afkomstig uit een algemeen ziekenhuis als gevolg hebben dat het aantal niet-VI-dagen vervat in het referentieaantal wordt overschreden (of die overschrijding vergroot) zal er een terugvordering zijn van de te veel ontvangen som (of terugvordering van een hogere te veel ontvangen som);
 - als de extra gerealiseerde niet-VI-dagen door psychiatrische patiënten afkomstig uit een algemeen ziekenhuis als gevolg hebben dat het positieve verschil tussen het aantal niet-VI-dagen vervat in het referentieaantal en het aantal gerealiseerde niet-VI-dagen kleiner wordt (in dat geval blijven de gerealiseerde niet-VI-dagen, ongeacht de extra gerealiseerde niet-VI-dagen door psychiatrische patiënten afkomstig uit een algemeen ziekenhuis, lager dan het aantal niet-VI-dagen vervat in het referentieaantal), is de inkomstenderving minder voor het psychiatrisch ziekenhuis dan als het die extra dagen niet had gehad en zal de positieve vergoeding minder belangrijk zijn.
 - indien vergoeding voor psychiatrische ziekenhuizen die psychiatrische patiënten uit algemene ziekenhuizen opvingen, mag dat niet ten koste gaan van de enveloppe die beschikbaar is voor de volledige sector.

- voor de herziening van het variabel deel: geen aanpassing van het referentieaantal,
 - als de extra gerealiseerde dagen door psychiatrische patiënten afkomstig uit een algemeen ziekenhuis als gevolg hebben dat het referentieaantal wordt overschreden (of die overschrijding vergroot) zal er een terugvordering zijn van de te veel ontvangen som (of terugvordering van een hogere te veel ontvangen som);
 - als de extra gerealiseerde dagen door psychiatrische patiënten afkomstig uit een algemeen ziekenhuis als gevolg hebben dat het positieve verschil tussen het referentieaantal en het aantal gerealiseerde dagen kleiner wordt (in dat geval blijven de gerealiseerde dagen, ongeacht de extra gerealiseerde dagen door psychiatrische patiënten afkomstig uit een algemeen ziekenhuis, lager dan het referentieaantal), is de inkomstenderving minder voor het psychiatrisch ziekenhuis dan als het die extra dagen niet had gehad.

- gevolgen voor de herziening van de andere maatregelen BBT/BBB, eindloopbaanmaatregelen, attractiviteitspremie, functiecomplement: hier zijn geen gevolgen. Het zijn enkel de betaalde VTE die recht hebben op deze premies.

2. Ziekenhuizen die patiënten naar huis sturen (voor thuisbehandeling)

De bezettingsgraad van de PsyZ lijkt toch minder hoog.

➤ **analyse**

De ziekenhuizen in kwestie kunnen de dagen met thuisbehandeling van die patiënten blijven factureren:

- aangezien de facturatie (van het variabel deel) wordt voortgezet alsof deze patiënten behandeld werden in het ziekenhuis (en de twaalfden voort worden uitbetaald), zal dit op het vlak van de thesaurie geen impact hebben, noch tijdens het financieringsdienstjaar in kwestie, noch tijdens de herziening van het dienstjaar in kwestie.
- gevolgen voor de herziening van de andere maatregelen BBT/BBB, eindeloopbaanmaatregelen, attractiviteitspremie, functiecomplement: ??? (te bekijken met de psychiatrische ziekenhuizen, met name in functie van de eventuele tijdelijke werkloosheid van het verpleegkundig/verzorgend/paramedisch personeel gelinkt aan de betrokken bedden, maar misschien kan dit personeel tijdelijk aan het mobiele team worden toegewezen).

3. Ziekenhuizen met Covid-19-eenheden (ofwel patiënten overgedragen van een algemeen ziekenhuis, ofwel 'interne' patiënten besmet met Covid-19):

Covid-19-patiënten die werden overgedragen van een algemeen ziekenhuis naar een psychiatrisch ziekenhuis of 'interne' patiënten die besmet worden met Covid-19 of Covid-19-patiënten aangebracht via derden (of nog, in observatie geplaatst worden)

➤ **analyse**

Het betreft een mix van de twee voorgaande situaties

Extra kosten Covid-patiënten

Het gaat hier vaak over kleine units waar relatief gezien meer personeel moet tewerkgesteld worden afkomstig van andere diensten. De meerkosten hebben vooral te maken met de inrichting van de units, beschermingsmateriaal en testkits. We verwijzen hiervoor naar de lijst van meerkosten en het sjabloon.

In het geval waarbij de opname in het psychiatrisch ziekenhuis heeft plaatsgevonden onder de rubriek 'schakelzorgcentrum', worden de dagen van opname niet opgenomen binnen het BFM. In dat geval kan het inkomen dalen.

4. Ziekenhuizen die meer psychiatrische patiënten opnemen (algemene ziekenhuizen niet inbegrepen)

➤ **analyse**

Situatie vergelijkbaar met deze bij punt 1.

- **situatie van de mobiele teams¹:** voor deze teams zijn er extra kosten voor maskers en ander beschermingsmateriaal. In geval van aanclampende zorg worden nog huisbezoeken gedaan

¹ DATUM 17/03/2020

CONTACT Dr. Paul Pardon **Aan de verantwoordelijken van alle voorzieningen die actief zijn in de sector van de geestelijke gezondheidszorg**
Ter info van de ziekenhuisfederaties en de zorginstellingen

2. Mobiele teams 2A en 2B en mobiele teams in de sector van de geestelijke gezondheidszorg

door psychiaters (vooral in de 2b-teams). Er is de mogelijkheid voor facturatie van honoraria met consult op afstand.

- **Situatie forensische K** (B4-overeenkomst: de for K-projecten lopen het risico de bezetting zoals voorzien in de B4-overeenkomst niet te halen. Voor deze projecten zou in budgetgarantie moeten worden voorzien.

Er is naast het B4-project "for-K" ook budgetgarantie vereist. Bv. de budgetten voor de intensifiëring / functie 4 art 107. Zoniet mogen de bevroren bedden niet uit de budgetgarantie van het honoraria worden gehaald.

- **problematiek van de 'inobservatiestellingen'**: bepaalde PZ hebben meer gedwongen opnames, andere dan weer minder. De herzieningsmogelijkheid van deze rubriek maakt dat er zich niet onmiddellijk een financieringsprobleem stelt.

Verlies van financiering ten opzichte van een 'normaal' jaar als het aantal opgenomen 'inobservatiestellingen' als referentie wordt genomen voor 2022 bijvoorbeeld. Maar als het ziekenhuis in 2020 financiering ontvangt voor gecolloqueerde patiënten maar er geen of minder opneemt, behoudt het die financiering (en aangezien het niet om een herzienbaar element gaat, wordt de 'te veel ontvangen' financiering in 2020 nooit teruggevorderd)

- **situatie na de crisis :**

We verwachten ook problemen in de nasleep van de lockdown. Er zijn momenteel immers minder opnames (men moet rekening houden met urgenties en eventuele juridische verplichtingen en dus weinig opnamegesprekken ter voorbereiding). De terugkeer naar een gewone bezettingsgraad zal waarschijnlijk tijd in beslag nemen. Hier zullen zich ongetwijfeld verschillende ontwikkelingen voordoen. De goede praktijken van behandeling in de thuissituatie die nu tijdelijk mogelijk gemaakt worden, kunnen na de covid-19-pandemie mogelijk een definitief karakter krijgen. We verwijzen in deze context naar de hervormingsvoorstellen van de wet inzake de gedwongen opnames waar de verzorging in de thuissituatie een bredere invulling zou moeten krijgen. Het is zeker aangewezen om de garantie van het realiseren van het quotum nog te laten doorlopen tijdens het 2^{de} semester van het financieringsjaar. Zeker voor kleinschalige PZ is dat belangrijk.

De 'geringe' impact voor 2020 moet met voorzichtigheid worden beschouwd enerzijds rekening houdend met de nasleep van de crisis en anderzijds met de heropstart na de crisis.

Meerkosten

ONDANKS DE VERSPREIDING VAN HET CORONAVIRUS, IS ER GEEN SPRAKE VAN HET STOPZETTEN VAN DE WERKING VAN DE MOBIELE TEAMS. ER IS OOK GEEN SPRAKE VAN DAT DE MOBIELE TEAMS HUN PATIËNTEN OVERDRAGEN AAN ANDERE DIENSTEN VOOR THUISZORG OF ZIEKENHUIZEN. THUISZORG IS MOMENTEEL HET MEEST GESCHIKT

Elk lid van het mobiel team dat zich bij een patiënt thuis begeeft, heeft het volgende bij zich:

- o Document van afzondering
- o Chirurgisch masker of ander mondmasker
- o Zeep ...

Voorzie in voldoende materiaal zoals handschoenen, hydro-alcoholische gels, mondmaskers, ... in de mate van het mogelijke en naargelang hun beschikbaarheid. Zorg voor een rationeel gebruik van de meest zeldzame items, vermijd verspilling.

1. Meerkosten voor het personeel

Er kan sprake zijn van meerkosten wat betreft de betaling van overuren en onregelmatige prestaties, premies voor wachtdiensten, bijkomende aanwervingen, het inzetten van duurder personeel omwille van onder andere het uitvallen van personeel door ziekte en het sterk verhoogd aantal opleidingsuren en de organisatie ervan.

2. Meerkosten voor materiaal/apparatuur

De meerkosten houden verband met de aankoop van beschermend materiaal (maskers, schorten, veiligheidsbrillen, medische producten, reinigings/sterilisatiemiddelen (ontsmettingsmiddelen, gels, ...), *meerkost voor organiseren van video/telefonische raadplegingen en vergaderingen (totems, webcams, ...)*.

3. Meerkosten door desinfectie

De desinfectie van voertuigen, ruimtes en werkkledij zal toenemen. Eventueel inzetten van gespecialiseerde technici.

- Voor de volgende kosten dient een extra vergoeding in het BFM te worden toegekend:
 - Mondmaskers, beschermende schorten en brillen, ...
 - Desinfecterende handgels
 - Kosten voor het tijdelijk inrichten van een aparte cohorte of quarantaine-afdeling (ongeacht of de patiënten die in de afdeling worden opgenomen, afkomstig zijn uit het eigen ziekenhuis)
 - *Meerkost infrastructuur voor personeel om "digitaal" bezoek te kunnen krijgen*
 - Desinfectie van kamers, eenheden, ... waar besmettingen zijn vastgesteld
 - Meerkosten door gescheiden afvalstromen
 - Extra medicatie als gevolg van de behandeling van besmette patiënten
 - Meerkosten voor labotesting
 - Personeel
 - Zorgpersoneel (uitval in periode van gewaarborgd loon, extra uren, meerkosten extra prestaties, ...)
 - Ondersteunend personeel (uitval in periode van gewaarborgd loon, meerkosten door thuiswerk, verhoogd aantal uren schoonmaak, ...)
 - Communicatiemateriaal
 - Vervoerkosten van patiënten van psychiatrische ziekenhuizen naar algemene ziekenhuizen en omgekeerd
 - ...

De meeste van deze extra kosten zouden zoveel mogelijk op een forfaitaire wijze moeten worden vergoed om de administratieve last van een reële verantwoording te beperken voor de ziekenhuizen en de administratie van de FOD Volksgezondheid. Hierbij kan overwogen worden om een getrappt systeem in te voeren, of een gelijklopend systeem in functie van de gehanteerde parameter.

Maatregelen

- **reeds genomen maatregelen:**

beslissing van de overeenkomstencommissie psychiatrische ziekenhuizen, met name in verband met Covid-19 en de mogelijkheid voor de psychiatrische patiënten om het statuut van gehospitaliseerde te hebben terwijl ze thuis zijn maar in het dagziekenhuis hadden moeten zijn. Deze facturatiemogelijkheid

zal eerder een compenserend effect hebben op de bezetting (compensatie van een daling van de bezetting in het dagziekenhuis door de facturatie van consultaties op afstand).

Enkel dan wel op toezichtshonoraria.

- **te onderzoeken:**

Er zouden bijvoorbeeld richtlijnen voor de facturatie van consultaties op afstand moeten worden gegeven in Finhosta voor de registratie van ligdagen enz.

- **voorstellen:**

➤ **De volgende 4 principes worden voorgesteld:**

1. Zekerheid dat bij de eindafrekening van de € 1 mio alle PZ rechten kunnen openen op een deel van de middelen, volgens de af te spreken parameters.
2. Garantie dat de meeruitgaven voor de werkingskosten van de PZ gefinancierd zullen worden via het BFM volgens nog nader uit te werken regels (forfaitair, getrapt systeem, ...), evenals een compensatie van de minderontvangsten (honoraria, ...).
3. Sluitende principes dat bij herziening van het boekjaar 2020 voor de deelbudgetten B1 en B2 (op basis van het financieringsjaar, i.c. 1 juli 2019 tot en met 30 juni 2020) op semestriële basis een opschaling gebeurt tot het referentieaantal ligdagen (verhoudingsgewijze ½ van het jaar) voor die ziekenhuizen die ten gevolge van de crisis onvoldoende ligdagen op niveau van het volledig ziekenhuis (= over alle diensten heen) gegenereerd hebben. Op die manier is er garantie dat ook het variabel deel uiteindelijk volledig wordt toegekend aan de ziekenhuizen. Deze opschaling gebeurt bij het variabel deel, niet bij de opvolgingstabel van de effectieven (B2-tabel waarbij de normatieve invulling op basis van de bezetting per dienst wordt geplaatst tegenover de reële invulling van VTE). Gezien de noodzakelijke flexibiliteit inzake personeelsinzet, de verhoogde ziekte-uitval, de quarantaine-attesten en mogelijke tijdelijke werkloosheid is het aangewezen om bij herziening van het boekjaar 2020 de specifieke B2-tabel niet op te nemen als een herzienbare factor (naleving reële invulling versus normatieve invulling) voor de PZ. Alle andere personeelsgerelateerde herzienbare elementen (functiecomplement, attractiviteitspremie, ...) blijven wel deel uitmaken van de reguliere herziening 2020.
4. Alle deelbudgetten die gekoppeld worden aan een aantal ligdagen dat moet gerealiseerd worden (B4-overeenkomsten, ...) worden gegarandeerd aan 100% binnen herziening 2020.

Met deze principes hoeft niets veranderd te worden aan het huidig facturatiesysteem.

➤ **honoraria**

Er moet een garantie gevraagd worden voor de toezichtshonoraria om het verlies op te vangen voor de artsen als gevolg van een dalende bezetting evenals voor de zelfstandige artsen en andere zorgverstrekkers die de boot bleven besturen om 'opvangsystemen' te organiseren die niet erkend zijn in de RIZIV-nomenclatuur. De gewaarborgde honoraria kunnen worden gebaseerd op bijvoorbeeld het gemiddelde van de laatste drie gekende jaren uitgedrukt per erkend bed/plaats die nog in exploitatie is (dus met uitzondering van de bevroren bedden en plaatsen).

Buiten garantie toezichtshonoraria moet er ook een garantie gevraagd worden voor andere hospitalisatiehonoraria (PDV, intake & ontslag, ...). Ook hebben veel ziekenhuizen het REM-geld laten vallen omdat de thuishospitalisatie moeilijker bewijsbaar is; desgevallend dient het ook gerecupereerd te worden.

Daarnaast hebben niet alle ziekenhuizen een "pooling"-systeem. Voor de ziekenhuizen die hun artsen "forfaitair" financieren, is de impact van het honoraria-verlies nog veel groter / directer en ligt die volledig bij het ziekenhuis.

➤ **voorstel van de overeenkomstencommissie van het RIZIV**

1. Aanpassingen aan artikel 7 van de Nationale overeenkomst tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten en de verzekeringsinstellingen.

Huidige regeling :

Cf. art. 7 van de overeenkomst tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten en de VI's:

- Vergoeding per uur (bedrag per uur: 11,71€). Dit komt de facto neer op een vergoeding van groepszittingen.
- Beperkt tot maximaal 6 uur per kalenderdag en tot maximaal 15 uur per kalenderweek.

Aanpassing: nabehandeling toestaan via videocommunicatie

In plaats van groepszittingen wordt overgegaan tot individuele zittingen via videocommunicatie.

- Individuele sessies van 45 minuten per patiënt
- Tarief: 40 euro. Via derde betaler en zonder remgeld of supplementen, zoals gebruikelijk is voor nabehandeling.
- Via video communicatie over afstand of beeldbellen (met end-to-end encryptie), indien voorgaande niet mogelijk is voor de patiënt via telefonisch contact.
- Uitgevoerd door de therapeutische equipe van het ziekenhuis.
- Maximaal 1 sessie van 45 minuten per kalenderdag en maximaal 3 sessies per kalenderweek.
- Facturatie met een nieuwe pseudocode.

Deze aanpassing gaat in vanaf 14 maart 2020 en loopt tot 30 juni 2020 en kan desgevallend verlengd **worden** als de coronacrisis langer aanhoudt.

2. De vraag om een behandeling in psychiatrisch dagziekenhuis toe te staan op basis van halve dagen, in plaats van een vereiste aanwezigheid van 7 uur, wordt breed ondersteund door de sector.

De werkgroep "Flexibilisering in deeltijdse zorg" (voorzeten door Yves Wuyts) van het overlegorgaan voor geestelijke gezondheidszorg **volwassenen** van de FOD heeft trouwens een advies in die zin uitgebracht, net zoals de FRZV in zijn advies FRZV/D/498-1 van 12 september 2019 "Advies van de FRZV voor k-dag (fase 2)" met betrekking tot **kinderen en jongeren**.

Buiten de Covid-periode is de vereiste aanwezigheid van 7 uur per dag een rem op heel wat therapeutische projecten, en ze sluit niet meer aan bij de evolutie van de geestelijke gezondheidszorg, die meer flexibiliteit vraagt in de zorgstructuren en de structuren voor algemene hulpverlening, of bij de organisatie van de maatschappij en de behoefte aan socialisatie (beschikbaarheid van de volwassene, scholing van het kind,...).

Tijdens deze Covid-periode is deze vraag nog sterker geworden, gezien de socio-sanitaire vereisten. De patiënten keren terug naar de dagziekenhuizen, maar die zijn onderworpen aan strenge regels inzake social distancing, waardoor het aantal personen dat kan worden ontvangen beperkt is. Er is contact mogelijk per telefoon, maar dat heeft uiteraard zijn beperkingen vanuit therapeutisch oogpunt, en sommige patiënten weigeren dit soort gesprekken. Behandeling op basis van halve dagen zou het mogelijk maken om therapeutische groepen op te splitsen tussen de voormiddag en de namiddag, en zo de social distancing te respecteren, maar ook om meer patiënten te ontvangen op één dag.

De tijdelijke “afstands”-werkwijzen (thuishospitalisatie, thuisnabehandeling en telefonische en videoconsulten) zou moeten worden verlengd en dit alleszins tot een verregaande analyse is doorgevoerd.

Het voorstel zou een aanpassing vereisen van de RIZIV-conventie psychiatrische ziekenhuizen - verzekeringsinstellingen, van de regels inzake tarificatie/facturatie, van de regels en normen inzake financiering van het BFM en van de honoraria.