
Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/556-2 (*)

**Advies betreffende de programmatie van Sp1- tot Sp 5-bedden: budgettaire en
financiële aspecten (deel 2)**

Namens de Voorzitter,

Margot Cloet

Annick Poncé

directeur-generaal ad interim

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 12/05/2022 en op dezelfde datum door het Bureau geratificeerd.

Het onderhavige advies ligt in het verlengde van advies 540-2 betreffende de programmatie van het aanbod van ziekenhuiszorg (18.11.2021) en advies 549-1 betreffende het programmatiecriteria voor de Sp1- tot Sp5-bedden (10.2.2022), die zijn opgesteld als antwoord op de adviesaanvraag van minister Vandenbroucke van 30.6.2021. Het doel van het onderhavige advies is het regelen van **budgettaire en financiële aspecten** die verband houden met de creatie van bijkomende Sp-bedden via de reconversie van acute bedden naar Sp-bedden.

1. Budgettaire beschouwingen betreffende de reconversie van acute bedden naar Sp-bedden

Aangezien de programmatie van de Sp1-bedden tot Sp5-bedden nagenoeg is afgerond, wordt in advies 549-1 voorgesteld om een **eerste herevaluatie van de programmatie** van die bedden uit te voeren op basis van de beschikbare gegevens, meer specifiek op basis van de prospectieve evaluatie van de "normatieve behoefte aan bedcapaciteit" die door het KCE werd uitgevoerd in studie 289 ("Ziekenhuiscapaciteit in 2025")¹.

In dat advies stelt de FRZV voor om het programmatiecriteria van de Sp1- tot Sp5-bedden op **0,639 bedden per 1000 inwoners vast te stellen**, wat overeenkomt met 7.362 bedden volgens de bevolkingscijfers op 1.1.2021 en met **de programmatie van 1.371 bijkomende bedden** op nationaal niveau, bovenop de 4 bedden die nog beschikbaar zijn in de huidige programmatie. In dit advies van de FRZV is er geen rekening gehouden met het bestaan van initiatieven die reeds transversaal zijn zoals zorghotels en herstellingsoorden. In de toekomst zou dit echter een belangrijke sector kunnen worden in het zorgstelsel, met name op het gebied van geïntegreerde zorg. Deze sector is **complementair aan de ziekenhuizen** en met name complementair aan Sp-bedden.

Als dat nieuwe programmatiecriteria wordt toegepast en resulteert in de creatie van 1.375 bijkomende Sp-bedden, via de reconversie van acute bedden naar Sp-bedden, volgens de huidige reconversie- en financieringsregels, moeten **aanzienlijke middelen van het BFM van de acute sector naar de Sp-bedden worden overgeheveld** (impact voor de onderdelen B1, B2 en B5). Op basis van de huidige reconversiepercentages (0,73 Sp-bedden voor 1 C- of D-bed²) zou de reconversie van 1.884 acute bedden (C of D) naar 1.375 Sp-bedden resulteren in een **budgettaire transfer die wordt geraamd op 189 miljoen EUR (index 1.3.2022)**. Het is niet realistisch om voor reconversies op deze schaal alleen het bestaande reconversiesysteem toe te passen in een budgettaire neutrale context:

- ten eerste is er momenteel geen potentieel voor de reconversie van 1.884 verantwoorde acute bedden in Sp-bedden. Het reële potentieel voor de reconversie van verantwoorde bedden moet worden geobjectieerd;
- ten tweede, zonder bijkomend budget zou een dergelijke beweging leiden tot een nieuwe toename van de **onderfinanciering** van de acute bedden via het BFM, wat niet wenselijk is, temeer daar **verder moet worden gewerkt aan de versterking van de ontoreikende omkadering van de acute diensten** die is ingezet met het Zorgpersoneelfonds³.
- De grootschalige omzetting van acute bedden naar Sp-bedden zal immers niet leiden tot een vermindering van het aantal opnames in acute diensten evenredig aan het aantal acute bedden dat in

¹ Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 289. D/2017/10.273/45. ([Zie wetenschappelijk verslag](#))

² Het is ook mogelijk om 1 E-bed of 1 G-bed naar 0,79 Sp-bed te reconverteren.

³ Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, Dossche D, Van de Voorde C, Sermeus W. *Safe nurse staffing levels in acute hospitals*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 325. D/2019/10.273/75 ([zie wetenschappelijk verslag](#)).

Sp-bedden zou zijn omgezet, hetgeen de facto een vermindering van de financiering van acute bedden impliceert. De acute verblijfsduur zou kunnen worden verkort, maar dit zou gevolgen hebben voor het einde van het verblijf, aangezien het overgrote deel van de kosten geconcentreerd is aan het begin van de opname. Er zullen dus alternatieve oplossingen moeten worden onderzocht alvorens tot de gewenste uitbreiding van de programmering over te gaan.

Onderdeel	BFM 2021/2 van de acute ziekenhuizen (niet-hybride) 3e kolom	Geïndexeerd bedrag op 1.3.2022	Aantal geconverteerde acute bedden	Type beoogde bedden	Aantal erkende/verantwoorde bedden	Totale impact van de reconversie van 1.884 acute bedden naar Sp-bedden (EUR)
B1	1.343.763.449,79	1.426.012.523,02	1.884	Verantwoorde bedden	41.778	64.306.754,59
B2	2.516.963.462,96	2.671.021.762,60	1.884	Verantwoorde bedden	41.778	120.451.074,75
B5	101.223.512,16	107.419.200,89	1.884	Erkende bedden	45.693	4.429.076,11
Totaal						189.186.905,44

Bron: FOD Volksgezondheid

Die ingrijpende reconversie van ziekenhuisbedden kan echter niet van de ene dag op de andere worden doorgevoerd. De Raad is immers van oordeel dat de conversie beter **op een progressieve manier** wordt doorgevoerd, volgens het ritme waarop de ziekenhuizen de aanvragen tot reconversie bij de administratie indienen, aangezien die projecten tot reconversie van bedden plaatsvinden in een context van een algemene gedachtewisseling in die ziekenhuizen - en ziekenhuisnetwerken - over dimensies zoals het zorgaanbod, het medische project van het ziekenhuis, de plaatselijke behoeften aan revalidatiezorg en de budgettaire en financiële aspecten.

De aanpassing van de programmatie en de creatie van bijkomende Sp-bedden kan derhalve alleen gebeuren aan de hand van **flankerende maatregelen** waarvoor een gefaseerde budgetinjectie nodig is. Dit impliceert de wijziging van het KB van 25/04/2002. Meer bepaald moeten de flankerende maatregelen worden vastgesteld **voorafgaandelijk** aan de aanpassing van de programmeringscriteria. Hoe dan ook kan er niet voorzien worden in de door het FRZV geraamde extra behoefte aan Sp-bedden, zonder aanvullend budget.

In het kader van de actualisering van de programmatie van Sp1- tot Sp5-bedden zou het nuttig zijn het reële potentieel voor de reconversie van verantwoorde acute bedden in Sp-bedden binnen ziekenhuizen te evalueren en de nodige budgetten in te schatten die deze creatie van extra Sp-bedden (bovenop deze reconversiecapaciteit) mogelijk maken. Deze evaluatie zou kunnen worden uitgevoerd door de FOD Volksgezondheid of het KCE

De gemeenschappen zouden ook de nodige tijd moeten krijgen om hun eigen visie van de beste verdeling/erkenning van die bedden uit te werken. Het rehabilitatiebeleid wordt gevoerd in gemeenzaam overleg tussen de federale regering (nationale programmatie, financiering) en de gemeenschappen. De IMC Volksgezondheid wordt aangeraden zich te verdiepen in het algemene revalidatiezorgtraject, dat breder is dan de federale bevoegdheden.

2. Herziening van de financiering van de Sp-bedden

In zijn adviesaanvraag van 30.6.2021 informeert de minister bij de FRZV naar een eventuele **herziening van de financiering van de Sp-bedden**: "Het kan gaan om een financiering o.b.v. verantwoorde activiteit of om een aangepaste financiering die rekening houdt met een langere en gerechtvaardigde verblijfsduur, zonder dat hierbij noodzakelijkerwijs een beroep wordt gedaan op de verpleging van de Sp-dienst en zonder dat deze patiënt nood heeft aan aangepaste revalidatie."

Aan de vooravond van een **ingrijpende hervorming van de ziekenhuisfinanciering** lijkt het ons niet pertinent de financiering van Sp-bedden te wijzigen. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering door minister Vandenbroucke voorziet immers in de invoering van all-in pakketten per APR-DRG per opname. Bovendien moeten de exacte contouren van deze hervorming nog worden gespecificeerd.

Tot slot is de Raad van oordeel dat **het niet wenselijk is om de Sp-bedden te financieren op basis van verantwoorde bedden** (in de zin van een standaardduur per aandoening). De MG-MZG / ICD-10 / APR-DRG zijn niet de geschikte tools om de patiënten en verblijven in die bedden te beschrijven, en al evenmin om te bepalen welke "homogene" groepen recht zouden hebben op een financiering die gebaseerd is op een gemiddelde verblijfsduur. Die verblijfsduur vertoont immers een te grote variabiliteit. Bovendien zijn de doorstroomstructuren en/of thuisstructuren waar die patiënten terecht kunnen na het verlaten van het Sp-bed momenteel onvoldoende ontwikkeld en niet op de juiste wijze verdeeld om een bijkomende druk op die bedden en patiënten, door de beperking van de financiering tot een bepaalde duur, aan te kunnen.
