

FOD VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 09/10/2008

DIRECTORAAT-GENERAAL ORGANISATIE
VAN DE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN

NATIONALE RAAD
VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

O/Ref. : NRZV/D/PSY/291-2 (*)

**Advies m.b.t. de herwaardering van de medisch-psychiatrische
functie in GGZ-voorzieningen en -centra met het oog op de
realisatie van voorzieningsoverschrijdende zorgprogramma's
voor leeftijds-doelgroepen**

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt

De Secretaris
C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 23 oktober 2008

1. Situering en uitgangspunten

Dit advies wordt uitgebracht op initiatief van de permanente werkgroep 'psychiatrie' van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) en bouwt verder op eerder uitgebrachte NRZV-adviezen en een ontwerpadvies¹.

De in dit advies geformuleerde voorstellen tot herwaardering van de medisch-psychiatrische functie sluiten bovendien aan bij :

- de gemeenschappelijke verklaring van 24 juni 2002 van de Ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken inzake het toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg, en het amendement op deze intentieverklaring;
- het regeerakkoord van de federale regering Leterne I, in het bijzonder de bepalingen in de rubriek Volksgezondheid waarbij in punt 5 de ontwikkeling van zorgpaden wordt bepleit en waarin gesteld wordt dat de regering "[...] *de nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen [zal] uitnodigen om grondige aanpassingen aan de nomenclatuur voor te stellen, in het bijzonder voor de herwaardering van intellectuele verstrekkingen, alsook om [...] de aantrekkingskracht te vergroten van bepaalde specialisaties waarvan in ziekenhuizen een tekort wordt vastgesteld.*"

De NRZV is van oordeel dat de realisatie van de voorzieningsoverschrijdende zorgtrajecten en zorgprogramma's, een daarop aansluitende en congruente financiering vereist van de medische opdrachten en activiteiten. Het uitgangspunt hierbij is dat er in deze zorgtrajecten en zorgprogramma's, voor elke onderdeel (=module) en voor het geheel van de zorgprogramma's, gewerkt wordt met een combinatie van een globale opdrachtfianciering en een prestatiegebonden financiering.

Met het oog op de harmonisering van de psychiatrische functie in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), is het noodzakelijk de actuele verschillen in verloning van de psychiater tussen diverse types van voorzieningen (psychiatrisch ziekenhuis, algemeen ziekenhuis, centrum voor geestelijke gezondheidszorg, RIZIV-conventies, medisch pedagogische instellingen, ...) weg te werken. In de centra voor geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld, worden momenteel alleen de psychiatrische consultaties gefinancierd door het RIZIV. Men kan overwegen om in de centra voor geestelijke gezondheidszorg, zoals in de residentiële sector, de volledige financiering van de psychiatrische functie (dus ook de participatie aan interdisciplinaire teamvergaderingen en voorzieningsoverschrijdende overlegvergaderingen) door het RIZIV ten laste te laten nemen. Deze voorzieningsoverstijgende stroomlijning in de financieringswijze zou niet alleen een herwaardering van de ambulante psychiatrische functie betekenen, maar tevens een aantal feitelijke drempels in de voorzieningsoverschrijdende samenwerking wegnemen. Dit zou bijdragen tot een meer flexibele zorgafstemming tussen de voorzieningen in functie van de behoeften van de patiënt.

¹ Advies van 8 februari 2001 inzake de operationalisering van de inhoud en de organisatie van de dringende psychiatrische hulpverlening (NRZV/D/PSY/186-2), Aanvullende advies van 16 mei 2002 met betrekking tot de liaisonpsychiatrie in het algemeen ziekenhuis (NRZV/D/PSY/206-1), *Ontwerpadvies inzake een prospectief en programmeergerichte financieringssysteem.*

Globaal genomen kunnen volgende doelstellingen worden geformuleerd ter (her)waardering van de medisch-psychiatrische functie in de gespecialiseerde GGZ-voorzieningen en centra voor geestelijke gezondheidszorg² :

1. Wegwerken van het groeiend tekort aan psychiaters in de gespecialiseerde GGZ-voorzieningen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG).
2. Herwaardering van de activiteiten en opdrachten van psychiaters, in het bijzonder voor de langdurige en complexe psychiatrische problematiek die in deze gespecialiseerde GGZ-voorzieningen en CGG wordt aangemeld.
3. Stapsgewijze ombouw van de huidige financiering van de medische activiteit, nu nog hoofdzakelijk gebaseerd op dienst/kenletter en verblijfsduur gerelateerde bed of/en prestatiefinanciering, naar een globale medische opdrachtfianciering per zorgopdracht zoals die zal beschreven worden in elke zorgmodule van het zorgtraject.
4. Verminderen en aanpassen van de degressiviteit van de waarde van de toezichthonoraria in relatie tot de verblijfsduur van de patiënten. De financiering van de medische activiteit moet meer in functie gesteld worden van de intensiteit en de specificiteit van de medische functie in elk van de huidige diensten/kenletters en de in de toekomst te definiëren zorgmodules.
5. Gelijklopende parameters voor de financiering van de medische opdrachten enerzijds en de financiering van de overige zorgactiviteiten anderzijds. De regelgeving m.b.t. aanrekening van de toezichtshonoraria (medische nomenclatuur RIZIV) is niet steeds gelijklopend met de vergoedingsregels (m.b.t. het quotum) voor de ziekenhuizen (door de FOD VVVL³ vastgelegd in het kader van het budget van financiële middelen).
6. De financiering van de medische functie in de gespecialiseerde GGZ-voorzieningen en de CGG mag niet alleen gericht zijn op directe patiëntgebonden activiteiten, maar moet ook een valorisatie voor activiteiten en opdrachten van de psychiaters die gericht zijn op de ondersteuning van het therapeutisch team, de familie en de mantelzorgers voorzien.
7. De financiering van de medische activiteit in de gespecialiseerde GGZ-voorzieningen en CGG moet bovendien ook gericht worden op voorzieningoverschrijdende opdrachten en activiteiten die voor individuele patiënten de waarborg moeten geven van zorg-opmaat en zorgcontinuïteit, zoals :
 - de toeleiding naar en de doorverwijzing binnen het zorgtraject of zorgprogramma, (trajectbegeleiding);
 - de ondersteuning, advisering en coaching van andere zorgverleners en partners die een bijdrage leveren aan de realisatie van het zorgprogramma;
 - het overleg en de coördinatie van de individueel patiëntgebonden zorgverlening tussen diverse actoren en partners;

² Met de term gespecialiseerde GGZ-voorzieningen en centra worden bedoeld : de psychiatrische ziekenhuizen (PZ), de psychiatrische ziekenhuisdiensten in algemene ziekenhuizen (PAAZ), de door de gemeenschapsoverheden erkende centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), de initiatieven voor beschut wonen (IBW), de door het RIZIV erkende centra voor revalidatie gericht op psychosociale revalidatie voor volwassenen, kinderpsychiatrie en toxicomanie.

³ Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

- de beschikbaarheid voor het beantwoorden van oproepen in het kader van de voorzieningsoverschrijdende wachtdiensten, in het bijzonder in het kader van de dringende psychiatrische hulpverlening.
8. Naast de financiering van patiëntgebonden medische activiteiten zal tenslotte ook moeten voorzien worden in de verdere uitbouw van de financiering van de zogenaamde beleidsopdrachten die door geneesheren moeten worden opgenomen, zoals :
- de beleidsleidinggevende functies van geneesheren (naar analogie met de huidige vergoeding in het budget van financiële middelen (BMF) voor de hoofdgeneesheer) voor de medische coördinator van de voorzieningsoverschrijdende zorgtrajecten en leeftijdsgebonden zorgprogramma's;
 - de beleidsopdrachten inzake ziekenhuishygiëne en opdrachten inzake patiëntenveiligheid;
 - de kwaliteitsbewaking, de kwaliteitsbevordering en de participatie aan onderzoek m.b.t. evidence based practice (EBP);
 - de algemene medische stafwerking en stafvorming;
 - de medewerking aan registratieopdrachten en de medewerking aan andere administratieve verplichtingen en opdrachten (o.a. gedwongen opname);
 - het uitwerken en bijsturen van de inhoud en vorm van modules en zorgtrajecten van de voorzieningsoverschrijdende zorgprogramma's.

2. Concrete voorstellen van (her)waardering

Hierna worden een reeks concrete voorstellen geformuleerd ter herwaardering van de medische functie die in de GGZ op korte termijn dienen gerealiseerd te worden, deels in het kader van het bepalen van het BFM door de FOD VVVL, deels in het RIZIV in het kader van het verder uit te werken medico-mut akkoord 2008-2010. In de vergadering van 20 december 2007 heeft de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen een nieuw akkoord gesloten. Dit akkoord is goedgekeurd door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 14 januari 2008. Het bevat eveneens projecties voor en intenties betreffende de periode 2009-2010, vandaar deze specifieke vermelding.

De hierna geformuleerde voorstellen zijn noodzakelijk om de invulling te garanderen van de medisch-psychiatrische functie in (1) het verder uit te werken medico-mut akkoord 2008-2010, (2) het reeds bestaande zorgaanbod en (3) de nog op te starten en uit te breiden projecten.

Wat deze laatste betreft gaat het in concreto over de zorgtrajecten voor ondermeer forensische deelpopulaties binnen de doelgroep van de volwassenen (geïnterneerden) en de doelgroep kinderen en jongeren (for K), de structurele erkenning van intensieve behandelingseenheden (IBE) (bv. de huidige SGA-pilootprojecten), de op te starten projecten voor dringende psychiatrische hulpverlening, evenals de therapeutische projecten (RIZIV).

- ***Overleg en coördinatie***

Financiering door het RIZIV van de aanwezigheid en de deelname van de psychiater, op het individueel casusoverleg in het kader van de door het RIZIV erkende therapeutische projecten en de nog af te sluiten RIZIV-overeenkomsten voor de module voor- en nabehandeling.

In beide specifieke transfertsituaties in de zorg tussen intramurale en extramurale zorgverlening levert de psychiater een bijdrage aan de sturing van de klinische aspecten van het vooropgesteld en uitgeschreven individueel zorgplan en verzekert hij de afstemming van de activiteiten van de diverse zorgverleners die een bijdrage leveren in de uitvoering van dit zorgplan. (o.a huisartsen, somatische medische specialisten, thuisverpleegkundigen, ...)

Financiering door de FOD VVVL van de beleidsopdrachten die mede door de psychiater worden opgenomen ter aansturing en ter opvolging van vorm en inhoud van het voorzieningsoverschrijdend zorgtraject

Het betreft hier de financiering van activiteiten en opdrachten inzake coördinatie en overleg met diverse zorgvoorzieningen en centra dat uitgebouwd wordt als onderdeel van een globaal zorgprogramma. (zoals nu reeds voorzien in de B4-overeenkomsten voor uitbouw van de zorgtrajecten voor geïnterneerden en For K).

- ***Ondersteuning en coaching van het interdisciplinair team, informatie aan patiënten en ondersteuning van families en mantelzorgers***

Financiering door het RIZIV tijdens een ten lasteneming in gespecialiseerde GGZ-voorzieningen en CGG van de coaching van het interdisciplinair therapeutisch team en van het organiseren van een patiënten- en/of familieoverleg waarbij de behandelende psychiater deelneemt aan dit overleg. Dit overleg is gericht op informatieverstrekking en op ondersteunen van de participatie van de patiënt/familie aan de behandeling.

Deze voorstellen hebben tot doel het interdisciplinair werken als model van samenwerking in de GGZ te valoriseren.

Voor het verkrijgen van ziekte-inzicht, voor de motivatie van patiënten en hun families en voor de therapietrouw, is het van groot belang dat patiënten en hun families juist en voldoende geïnformeerd zijn over de psychiatrische problematiek, over de doelstellingen van de voorgestelde behandeling, over de verwachte en verhoopte effecten van die behandeling en over de wijze waarop zij hieraan kunnen meewerken. Informatie is een essentiële randvoorwaarde voor participatie van patiënten en families aan het zorgverleningsproces en wordt expliciet vooropgesteld in de wetgeving op de patiëntenrechten. Op dit overleg zijn al dan niet ook andere zorgverleners aanwezig. Het interdisciplinair overleg in de GGZ dient niet enkel te leiden tot concrete interacties met de patiënt en diens familie, en dit met de nodige feedback en informatieverstrekking, maar is ook een essentieel element in het realiseren van een kwalitatieve zorgverlening.

- **24/24 uur dringende psychiatrische hulpverlening**

Per werkingsgebied van ongeveer 300.000 inwoners dient, naast de bestaande financieringsmodaliteiten die van toepassing zijn in de spoedgevallendiensten, voorzien te worden in de mogelijkheid tot financiering van een voorzieningsoverschrijdende medisch-psychiatrische wachtdienst die 24/24 uur instaat voor het beantwoorden van dringende psychiatrische hulpvragen⁴.

Deze dringende psychiatrische hulpvragen kunnen zich aandienen zowel binnen spoedgevallen- of urgentiediensten van algemene ziekenhuizen (AZ), als bij dringende opnames in psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en bij dringende psychiatrische hulpvragen in de thuissituatie of thuisvervangende woonsituaties (MPI, instellingen bijzondere jeugdzorg, RVT, ...).

Binnen een dergelijk werkingsgebied zou een 24/24u wachtdienst in de GGZ bestaan uit een interdisciplinair team waar psychiaters, die niet verbonden zijn aan een urgentiedienst, deel van uitmaken. Dit team kan uitrukken en eveneens doorverwijzen naar een urgentiedienst, waar bij voorkeur eveneens psychiatrische expertise aanwezig is. Het interdisciplinair team is m.a.w. geen ‘achterwacht’ van de urgentiedienst.

In dit advies richten we ons vnl. op de honorering van enerzijds de psychiater verbonden aan de 24/24u wachtdienst voor dringende psychiatrische hulpverlening en anderzijds op de honorering van de psychiater verbonden aan de urgentiedienst.

Het voorstel van de permanente werkgroep ‘*psychiatrie*’ bestaat uit de creatie van een module dringende psychiatrische hulpverlening binnen elk zorgprogramma voor kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen. Die module wordt, zoals gezegd, ingevuld door een interdisciplinair team dat kan interveniëren in de thuissituatie, in instellingen en initiatieven van de GGZ, ... Het team komt tot stand door een samenwerkingsverband tussen tenminste een PZ, een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (PAAZ), een CGG, ...

De financiering van de medische activiteiten in deze module van 24/24 uur psychiatrische wacht dient gerealiseerd te worden via een beschikbaarheidshonorarium en een specifieke honorering voor de medisch-psychiatrische interventies die door de psychiaters gepresteerd worden in het kader van deze 24/24 uur wachtdienst.

- **Intensieve Behandeleenheden (IBE)**

Er moet voorzien worden in een specifiek aangepaste honorering van de medische activiteit in de eenheden voor intensieve behandeling. Vooreerst omdat de medische omkadering die in deze eenheden wordt opgelegd beduidend hoger is als in een gewone ziekenhuisdienst A. Bovendien staat de degressiviteit in de tijd van de toezichthonoraria in weerwil van de maximaal opgelegde verblijfsduur van 6 maanden (die eenmaal verlengd kan worden met 6 maanden) ook hier niet in relatie tot de blijvende intensiteit van de behandeling. De huidige SGA-eenheden, straks IBE, die ontstaan zijn uit reconversie van A- of T- bedden hebben tot op heden geen specifieke nomenclatuurnummers voor het aanrekenen van de medische prestaties.

⁴ Voor details betreffende dit voorstel wordt verwezen naar de bijlage ‘*Financement de la prise en charge d’urgence/crise des patients présentant une problématique psychiatrique*’ bij de brief van de permanente werkgroep ‘*psychiatrie*’ in antwoord op de adviesvraag van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Didier Donfut aan de NRZV betreffende het BFM van 1 januari tot 1 juli 2008.

- ***Herziening van de modaliteiten van facturatie van het honorarium voor toezicht en opvolging van gehospitaliseerde patiënten tijdens weekend-, verlof- en intervaldagen***

In het kader van een ziekenhuisopname is de huidige waarde van het nomenclatuurnummer ter honorering van de opdracht tot opvolging van de continuïteit van medische zorgen en toezicht tijdens weekend/tussentijdsverlof en intervaldagen, ontoereikend en geenszins stimulerend voor de na de opname beoogde actieve resocialisatie van patiënten in de samenleving. Naar analogie met de regeling die inmiddels getroffen is om de financiering van de continuïteit van de geneesmiddelenverstrekking tijdens intervaldagen binnen een hospitalisatieperiode te garanderen, zou ook een aangepaste financiering van het medisch toezicht tijdens weekend- en intervaldagen moeten uitgewerkt worden.

- ***Prestatie psychotherapie***

Bij ziekenhuisopname zou de mogelijkheid moeten worden overwogen om de prestatie psychotherapie door een andere dan de toezichtshoudende psychiater te factureren.

- ***Somatische liaison in de psychiatrische ziekenhuisdiensten***

Naar analogie met het psychiatrische liaisonhonorarium in de somatische diensten van het AZ dient voorzien te worden in een specifiek honorarium voor de somatische diagnose en behandeling van comorbiditeit van de in het PZ opgenomen patiënten.

- ***Globale opdrachtsfinanciering***

Binnen de diverse erkende gespecialiseerde GGZ- voorzieningen en CGG wordt de zorgverlening gerealiseerd vanuit en door een interdisciplinair team. Dit team moet voor wat betreft de patiëntgebonden medisch-therapeutische aspecten van de zorgverlening aangestuurd en opgevolgd worden door een psychiater. Op zijn beurt staat de psychiater in voor zijn bijdrage in de medische aspecten van de patiëntenzorg aan de patiënten.

Voorgesteld wordt om in het kader van artikel 56 van de ZIV-wet⁵ te voorzien in nieuwe experimentele vormen van zorgverlening, waarbij een globale medische

⁵ Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, art. 56, § 1-2 : “§ 1. Het Verzekeringscomité kan overeenkomsten sluiten voor onderzoek en vergelijkende studie van bepaalde modellen van verstrekking en financiering van geneeskundige verzorging. De uitgaven die hiermee gepaard gaan worden aangerekend op de begroting voor administratiekosten van het Instituut en integraal ten laste genomen door de tak geneeskundige verzorging.

§ 2. Onder de door de Koning vast te stellen voorwaarden en in afwijking van de algemene bepalingen van deze gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten kan het Verzekeringscomité overeenkomsten afsluiten die in tijd en/of toepassingsgebied beperkt zijn en welke tot doel hebben :

1° een tegemoetkoming te verlenen voor bijzondere modellen van (voorschrijven) verstrekking en betaling van geneeskundige verzorging met een experimenteel karakter;

2° een tegemoetkoming toe te kennen aan gespecialiseerde centra voor de financiering van farmaceutische behandelingen die niet vergoedbaar zijn met toepassing van de in artikel 35bis bedoelde lijst maar die een innovatief karakter vertonen, aan een sociale noodzaak beantwoorden en een klinische waarde en doelmatigheid bezitten. Deze tegemoetkoming wordt gekoppeld aan een wetenschappelijke rapportering en evaluatie;

opdrachtsfinanciering de deelname en de bijdrage van de behandelend psychiater honoreert voor : de directe patiëntenzorg, de coaching van het therapeutisch team en het patiëntgebonden ‘*interdisciplinair*’ overleg, de globale stafwerking en de uitbouw van een evidence based practice (EBP).

- ***Stimulering van de flexibilisering van het zorgaanbod in ziekenhuisdiensten in het kader van de uitvoering van artikel 97 ter⁶ van de wet op de ziekenhuizen⁷***

De uitvoering van art. 97 ter van de wet op de ziekenhuizen voorziet in de mogelijkheid van een geconditioneerde flexibilisering van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (BFM) met het oog op meer zorg-op-maat. Bij de flexibilisering van bedgebonden zorg (kan zowel intensifiëring als diversifiëring zijn van de zorg) moet de honorering van de medische activiteit gewaarborgd worden. De honorering is nu gekoppeld aan de factor verpleegdag.

Voorgesteld wordt om in het kader van de specifieke overeenkomsten die hiertoe zullen gesloten worden met de minister bevoegd voor Volksgezondheid, te voorzien in een aangepaste garantie op behoud van de historisch middelen in de vorm van een financiering van de medische activiteit via een globale opdrachtsfinanciering. Deze financiering dient gebruik te maken van een herbesteding van de vrijkomende honoraria in de getransformeerde zorgvorm en aangevuld te worden met een stimulerende additionele financiering voor de bijdrage van de geneesheren aan de transformatie van de zorg. Ook voor deze globale medische opdrachtsfinanciering kan gebruik gemaakt worden van specifieke overeenkomsten in uitvoering van artikel 56 van de ZIV-wet.

- ***Researchfunctie en opleidingsopdrachten m.b.t. de medische activiteiten***

Er moet onderzocht worden hoe in de toekomst m.b.t de GGZ, deels via budgetten bestemd voor ‘onderwijs en research’, opdrachten inzake opleiding en research volwaardiger dan vandaag het geval is kunnen gefinancierd worden. Door de aard zelf van de zorgverlening (weinig technologische aspecten van de zorg) beschikt men in het kader van onderzoeksopdrachten en daaraan verbonden opleidingsopdrachten over weinig bijkomende middelen uit de privé-sector en de bedrijfswereld. De permanente werkgroep ‘*psychiatrie*’ neemt zich voor om terzake een specifiek advies uit te werken.

- ***Uitbouw van de opleidingsfunctie (GSO)***

3° een tegemoetkoming te verlenen aan zorgverleners die projecten inzake gecoördineerde zorgverlening ontwikkelen met het oog op de vroegtijdige opsporing, het vermijden of vertragen van complicaties en het behandelen van chronische aandoeningen die een multidisciplinaire aanpak vergen;

4° een tegemoetkoming te verlenen voor de betaling van vaccins in het kader van preventieprogramma's met een nationaal karakter.

(De uitgaven die met de betrokken overeenkomsten gepaard gaan worden aangerekend op de begroting voor administratiekosten van het Instituut en integraal ten laste genomen door de tak geneeskundige verzorging.)

(De Koning kan tevens de nadere regels bepalen voor de vaststelling van het budget, de verdeling ervan onder de Overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet en de betaling van de tegemoetkoming, onder vorm van voorschotten en een saldo.)”

⁶ Wet op de ziekenhuizen, art. 97ter : “De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmageoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken.”

⁷ Zie hiervoor : Advies van 8 september 2005 inzake de uitvoering van art. 97 ter van de ziekenhuiswet en de nota ter concretisering van het advies (NRZV/D/PSY/249-1), Advies van 13 april 2006 betreffende de toepassing van art. 97 ter van de wet op de ziekenhuizen (NRZV/D/AF/7-1).

De activiteiten van de geneesheren-specialisten in opleiding in de psychiatrie genereren voor het stageziekenhuis of de stagemeester in de psychiatrisch zorgverlening (in tegenstelling tot de somatische specialisten) geen bijkomende inkomsten uit technische prestaties. Nochtans is een uitbreiding van de opleidingscapaciteit dringend noodzakelijk om groeiende tekorten op te vangen en openstaande medische functies in de GGZ-voorzieningen en CGG in te vullen.

In bijlage :

1. Brief van de permanente werkgroep '*psychiatrie*' in antwoord op de adviesvraag van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Didier Donfut aan de NRZV betreffende het BFM van 1 januari tot 1 juli 2008
2. Document '*Financement de la prise en charge d'urgence/crise des patients présentant une problématique psychiatrique*'

Bijlage 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.

Bijlage 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*'⁸
- 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 multidisciplinaire⁹. 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...)

⁸ 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.

⁹ 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.

- la participation, au minimum, d'un hôpital général disposant d'un SMUR et d'un 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.