FOD VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 11/02/2010

Directoraat-generaal Organisatie
Gezondheidszorginstellingen

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Afdeling « Financiering »

RÉF. : NRZV/D/SF/ 53-1(*)

Advies van de Afdeling Financiering van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen betreffende het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen op 1 januari 2010 en 1 juli 2010

Namens de voorzitter,
Dhr. Peter Degadt,

De secretaris,
C. Decoster

(*) DIT ADVIES WERD GOEDGEKEURD OP DE PLENAIREVERGADERING D.D. 11/02/2010 EN BEKRACHTIG DOOR HET BUREAU D.D. 11/02/2010

Aanvullend op een eerste gedeeltelijk advies dat is geformuleerd op 12 november laatstleden door de Afdeling Financiering en dat is geratificeerd door het Bureau van de NRZV op dezelfde dag, vindt mevrouw de Minister hierna het advies van de voornoemde Afdeling Financiering over de verschillende volgende punten die niet in het eerste gedeeltelijke advies aan bod zijn gekomen.

1. IN HET KADER VAN ONDERDEEL A1: FINANCIERING VAN DE HERCONDITIONERINGSWERKEN.

1.1 Vraagstelling Minister

De ouderdom van de ziekenhuisinfrastructuur bedraagt ongeveer 30 jaar. Investeringen in ziekenhuisinfrastructuur ondersteunen de economische activiteit.
Een budget van 15.962.605 Euro wordt voorzien voor de werken van herconditionering en modernisering van de gebouwen dewelke bijdragen tot een verbeterd comfort voor de patiënt.

Er wordt advies gevraagd m.b.t. de modaliteiten van de verdeling van dit bedrag over de ziekenhuizen, en dit gebaseerd op een verbinding tussen de aanvaardbare m² in het kader van het bouwplafond en de ouderdom van de gebouwen.

1.2 Vroegere adviezen

1. Het advies van 8 februari 2007 omtrent de bouwkalender en de herziening van de Ministeriële Besluiten van 1978 tot vaststelling van de maximumkostprijs per bed die in aanmerking moet worden genomen voor de toepassing van het KB van 13 december 1966. Dit advies heeft geleid tot het Ministerieel Besluit van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximum kostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst.

   De Afdeling Financiering verheugt zich over de in dit Besluit opgenomen regels, meer bepaald wat betreft de van toepassing zijnde vierkante meters, de van toepassing zijnde bouwprijzen en betreffende de betoelaging van specifieke onroerende investeringen boven het globaal bouwkostplafond en het globaal bouwoppervlakteplafond. Maar tegelijk wordt vastgesteld dat de noodzakelijke middelen tot uitvoering van deze nieuwe regels ontbreken, op een ogenblik dat vele ziekenhuizen ingrijpende bouw- of verbouwingswerken plannen.

2. De voorstellen betreffende de vergoeding van herconditioneringswerken die niet langer begrepen zijn in de lijst van subsidieerbare investeringen, zoals opgenomen in het advies van de Afdeling Financiering over het budget van financiële middelen op 1/1/07 en 1/7/07. In dat advies wordt voorgesteld de herconditioneringswerken te financieren via een trekkingsrecht dat aan de ziekenhuizen wordt toegekend in het onderdeel A1 van het budget van financiële middelen. Het trekkingsrecht wordt berekend op basis van het bouwkostplafond met uitsluiting van de roerende investeringen en met uitsluiting van de diensten die niet worden betoelaagd door het budget van financiële middelen.

1.3 Subsidieerbaar karakter

Het protocolakkoord IC Volksgezondheid van 22 juni 2006 bepaalt dat herconditioneringswerken behoren tot de subsidieerbare investeringen, zowel voor hospitalisatiediensten als voor medisch-technische diensten en apotheek. In afwijking van de 60/40 regel, geldt de 10/90 regel voor prioritaire investeringen.
In het MB 11 mei 2007 zegt artikel 10 dat *enkel prioritaire* herconditioneringswerken in aanmerking komen voor betoelaging (aan 10%).

1.4 Voorstellen

1.4.1 Bouwkalender

De afdeling financiering vindt het meer prioritair de noodzakelijke middelen te voorzien voor een verhoging van de bouwkalender dan voor de toepassing van het trekkingsrecht voor herconditioneringswerken : ten eerste omdat als gevolg van de invoering van de 10/90 regel voor de prioritaire investeringen een groter gedeelte (90 % in plaats van 40%) ten laste van de bouwkalender valt; en tweede omdat de uitvoering van het MB 11 mei 2007 leidt tot een verhoging van de subsidieerbare bedragen (hogere m²).

Als er rekening wordt gehouden met een verhoging van de subsidieerbare bedragen met 40 % (MB 11 mei 2007), dient aan het huidige bedrag van de bouwkalender een bedrag van 3,14 miljoen Euro te worden toegevoegd (en wordt dan gelijk aan 10,99 miljoen Euro).
Door de invoering van de 10/90 regel voor prioritaire investeringen naast de 60/40 regel die van toepassing blijft voor de niet-prioritaire investeringen, wordt gemiddeld een groter gedeelte (in plaats van 40%) van de subsidieerbare investeringen door de bouwkalender gedragen. Als we er bijvoorbeeld van uitgaan dat gemiddeld 70 % i.p.v. 40 % van de bouwkosten dienen gedragen door de bouwkalender, moet het bedrag van de bouwkalender verhoogd worden met 7O/40 (x 1,75) en wordt dan gelijk aan 19.23 miljoen EURO, dit is een extra uitgave van 11,38 miljoen EURO ten opzichte van het huidige bedrag.
In de maximale hypothese dat alle investeringswerken als prioritair worden beschouwd en dus genieten van de 10/90 regel geldt een verhoging van 90/40 (x2,25) en wordt de bouwkalender gelijk aan 24,73 miljoen EURO, of 16,88 miljoen EURO meer dan actueel.
De bedragen worden nog groter als de gemeenschappen en gewesten dezelfde middelen blijven inzetten en dus een groter aantal bouwwerken subsidiëren aan een lager percentage dan 60%.

Er kan daarom overwogen worden het bedrag van 15.962.605 Euro toe de voegen aan de bouwkalender.

Er wordt ook opgemerkt dat, als een groter percentage van de investeringen door het budget van financiële middelen wordt vergoed, de ermee gepaard gaande gesubsidieerde roerende investeringen ook voor dat hogere percentage kunnen worden opgenomen in het onderdeel A1, daar waar tot dusver steeds 40 % wordt opgenomen.

Als het in de intentie van de Minister ligt om over te gaan tot een verhoging van de bouwkalender vanaf 2011 - op het ogenblik dat een evaluatie en aanpassing van de in het protocolakkoord afgesproken bedragen voorzien is - geeft de afdeling financiering een

positief advies aangaande de invoering van het herconditioneringsplafond zoals hieronder beschreven.

1.4.2 Herconditioneringsplafond

Benodigde budget :

Wat betreft het benodigde budget wordt vastgesteld dat ook vandaag reeds een tenlasteneming van herconditioneringswerken (afgeschreven over 33 jaar) mogelijk is, weliswaar beperkt tot herinrichting van de bestaande ruimtes (geen uitbreidingen of veranderingen van functie). Het geraamde budget van 28,14 miljoen Euro hield daar geen rekening mee en is daardoor sterk overschat.

Langs de andere kant zullen wel bijkomende uitgaven worden gegenereerd :

- omdat de herconditioneringswerken op 20 ipv 33 jaar worden afgeschreven
- omdat ook de herconditioneringswerken voor apoteek en dagziekenhuis worden aanvaard
- omdat de algemene kosten 15 ipv 10% bedragen
- omdat tenslotte de voorziene bedragen dienen te worden aangepast aan de evolutie van de bouwindex

Daarnaast dienen ook de herconditioneringswerken inzake toepassing van federale normen en die voor 100 % in onderdeel A1 van het BFM worden aanvaard te worden vermeld evenals de herconditioneringswerken in het kader van rationeel energieverbruik die in de toekomst zullen toenemen. Beide types herconditioneringswerken zouden overigens moeten kunnen aanvaard worden ook als daar een uitbreiding van het aantal m² mee gepaard gaat.

Voor de financiering van de herconditioneringswerken is dus een bijkomend budget noodzakelijk. De afdeling financiering stelt voor het voorziene budget van 15,92 miljoen Euro (aan te passen aan de bouwindex) hiervoor aan te wenden (in de hypothese dat de Minister in 2011 de noodzakelijk middelen voor de bouwkalender voorziet – zie supra).

Belangrijkste elementen :

- Herconditioneringswerken worden niet langer beschouwd als subsidieerbaar (ongeacht het prioritair karakter) en maken geen deel uit van de bouwkalender; Daarom vallen de herconditioneringswerken ten laste van onderdeel A1 : volledig voor de hospitalisatiediensten en gedeeltelijk (i.f.v. m²) voor de gemeenschappelijke diensten;

- Herconditioneringswerken zijn geen groot onderhoud – investeringen (voor groot onderhoud blijven de bestaande regels van toepassing). Het betreft herinrichtingswerken van volledige diensten/afdelingen/functies die de structuur van het gebouw niet wijzigen, gepaard gaan met een volledige vervanging van de inrichting, die aanleiding geven tot een langdurige waardeverbetering van het patrimonium en die niet leiden tot een vermeerdering van het aantal m² van het totale ziekenhuis (herinrichtingen op een andere campus worden niet als een herconditionering beschouwd);
- De afschrijvingstermijn bedraagt 20 jaar ;

- Het maximale bedrag per ziekenhuis = bouwkostplafond bij nieuwbouw (zoals bedoeld in artikelen 4 en 9 van MB 11 mei 2007) x aandeel m² diensten BFM x 90 %. Dit bedrag wordt "herconditioneringsplafond" genoemd.
  Het plafond bestrijkt de herconditioneringswerken voor een periode van 20 jaar, en dit voor alle investeringen verricht vanaf 2009 of voor het eerst afgeschreven in onderdeel A1 vanaf 2010. Na twintig jaar wordt de teller op nul gezet en wordt een nieuw plafond toegekend. Als in de loop van een periode van 20 jaar een ziekenhuis geheel of gedeeltelijk wordt gedesaffecteerd wordt het plafond proportioneel ifv de gedesaffecteerde m² verminderd. Het omgekeerde gebeurt bij uitbreiding.

- Het herconditioneringsplafond wordt jaarlijks aangepast volgens de van toepassing zijnde bouwkost-index (zoals bedoeld in artikel 11 van MB 11 mei 2007).

- Ziekenhuizen kunnen enkel herconditioneringswerken voor opname in onderdeel A1 indienen voor zover zij inbegrepen zijn in het herconditioneringsplafond bestaande op het ogenblik van de ingebruikname van de werken : de herconditioneringswerken worden alsdan aanvaard volgens de werkelijke kosten;

- Het herconditioneringsplafond mag dus niet beschouwd worden als een jaarlijks toegekend forfaitair bedrag, maar wel als een plafondbedrag tot hetwelk de reële en bewezen herconditioneringswerken worden aanvaard voor afschrijving in onderdeel A1.

Noodzakelijke maatregelen :

Om dit mogelijk te maken, dient de Minister de nodige maatregelen te nemen tot opheffing van het subsidieerbaar karakter van de in het BFM vergoedbare herconditioneringswerken en tot instelling van een afschrijvingstermijn van 20 jaar.
De afdeling financiering vraagt tevens dat de diensten apoteek en dagziekenhuis zouden worden gelijkgeschakeld met de overige diensten vergoed door het budget van financiële middelen, zowel wat betreft subsidieerbare als niet-subsidieerbare investeringen (vandaag kunnen investeringslasten in deze diensten alleen maar worden opgenomen indien er subsidies door gemeenschappen of gewesten zijn verkregen).
De invoering van het herconditioneringsplafond is ook alleen maar nuttig als de Regering zich engageert om de nodige middelen te voorzien ter financiering van de herconditioneringswerken.

Praktische modaliteiteen :

- Het herconditioneringsplafond wordt per ziekenhuis vastgelegd ;
- De ziekenhuizen dienen herconditioneringswerken voor opname in onderdeel A1 in voor zover zij begrepen zijn in het plafond;
- De investeringen worden over 20 jaar afgeschreven in onderdeel A1.

2. IN HET KADER VAN ONDERDEEL B5: ZIEKENHUISOFFICINA'S

2.1 I.v.m. de pilootprojecten: evaluatie impact klinische farmacie in de ziekenhuizen:

- Voor de projecten die weerhouden werden in 2007 is een verderzetting van de financiering wenselijk volgens de vroeger toegekende modaliteiten (0,5 VTE of 1 VTE).
- Voor de nieuwe projecten is het echter wenselijk zoveel mogelijk ziekenhuizen te betrekken. Dit kan bijvoorbeeld door enkel te werken met de toekenning van een halftijds mandaat per project i.p.v. een voltijds mandaat voor een project.
- Het moet de bedoeling zijn om op termijn voor alle ziekenhuizen een functie klinische farmacie te voorzien, gefinancierd via het BFM. Hiertoe stelt de afdeling voor om het budget dat voorzien is voor de continue vorming gedeeltelijk over te hevelen naar een veralgemening van pilootprojecten klinische farmacie in de algemene ziekenhuizen. Meer concreet zou hiervoor 1 491 670 Euro moeten getransfereerd worden uit het budget continue vorming naar het veralgemenen van pilootprojecten klinische farmacie in de algemene ziekenhuizen. De berekening is als volgt. Bestaande projecten voor 28 ziekenhuizen aan 1 250 000 Euro. Voor alle andere projecten een half tijdse klinisch apotheker aan 30463 Euro is voor de resterende 83 algemene ziekenhuizen 2 528 429 Euro waarvan er 1 250 00 voorzien waren. Rest er nog een bedrag van 1 278 429 euro te financieren. Om ook al de niet algemene ziekenhuizen de kans te geven deel te nemen aan deze veralgemening stelt de Raad voor om het aantal op te trekken tot 90 deelnemers. Dit is nog een bijkomend budget van 213241 Euro. Het bedrag van 30463 Euro is de tegemoetkoming zoals die blijkt uit de documentatie waarover de Raad beschikte en is geenszins de werkelijke kost van een halftijds apotheker.
- De definitieve financiering klinische farmacie moet anders zijn dan de huidige financiering voorzien in de pilootprojecten. Vanuit de evaluatie van de pilootprojecten dient er een voorstel uitgewerkt te worden dat de beschikbare middelen op de meest logische wijze verdeelt onder de ziekenhuizen.
- Bij een derde fase (volgend jaar) en in ieder geval in de definitieve globale financiering dienen deze echter wel betrokken te worden.

2.2 I.v.m. de comité's: comité medisch materiaal en medisch farmaceutisch comité

- Hier wordt voorgesteld om de beschikbare middelen voor 80% toe te kennen als een som per ziekenhuis en voor 20% per bed. Voor de voorgestelde bedragen is dat voor de algemene ziekenhuizen 24000 Euro * 80%: 19200 Euro, de rest per bed. Voor de psychiatrische en SP/ Geïsoleerde G is dat 10000 Euro * 80%: 8000 Euro, de rest per bed.
- Dit om rekening te houden met de grootte van het ziekenhuis. Dit heeft immers een impact op de werking van de comité's.
- Deze financiering moet exclusief voorzien worden voor de ondersteuning en logistiek van de comité's.
- De financiering per bed is voor de algemene ziekenhuizen te lezen als een financiering per verantwoord bed en voor de psychiatrische- en categorale ziekenhuizen als een financiering per erkend bed.

2.3 I.v.m. de apotheker in opleiding

- De financiering van opleidingen die een essentiële vereiste zijn om een functie uit te oefenen, dient principieel geweerd te worden uit het BFM. Dit dient te gebeuren via andere kanalen en andere bronnen. Het is een piste die de afdeling niet wenst in te slaan.
- Een financiering van de continue vorming daarentegen kan wel rechtstreeks of onrechtstreeks aangemoedigd worden door maatregelen van het BFM.
- De afdeling gaat ervan uit dat er door de transfer i.v.m. een veralgemening van de pilootprojecten klinische farmacie van 1 491 670 Euro nog 1 758 330 Euro dient verdeeld te worden onder de ziekenhuizen voor de continue vorming van de ziekenhuisapothekers. T.t.z. de rest van de 3 250 000 Euro die voorzien waren voor deze subrubriek.
- De afdeling stelt voor deze middelen te verdelen onder de ziekenhuizen volgens de criteria die voortvloeien uit het Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapotheek moet voldoen om te worden erkend en meer in het bijzonder volgens wat bepaald is in art.20 van dat besluit.(KB van 4 MAART 1991 ; BS 23-03-1991). Dit op basis van een weging zoals die voorzien is in art. 75 van het KB van 25 april 2002 betreffende vaststelling en vereffening van het budget financiele middelen (BFM) van de ziekenhuizen. Het voorstel komt neer op een verdeling i.f.v. het aantal ziekenhuisapothekers per ziekenhuis.(cfr. Bijlagen 1 en 2)

3. IN HET KADER VAN ONDERDEEL C3: VERALGEMENING VAN DE AFSCHAFFING VAN DE SUPPLEMENTEN VOOR TWEEPERSOONSKAMERS.

Aangezien er is beslist om de afschaffing van de kamersupplementen voor tweepersoonskamers in 2010 te veralgemenen naar alle gehospitaliseerde patiënten, mag onderdeel C3 van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen enkel nog het bedrag bevatten voor de eenpersoonskamers waarvoor, overeenkomstig artikel 97 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, supplementen boven het budget van financiële middelen worden geïnd, en waarmee het budget van financiële middelen van het ziekenhuis wordt verminderd.
Bijgevolg is de afdeling financiering van mening dat, na aftrek van het budget van 18.750.000€, onderdeel C3 op 1 januari 2010 dat, voor alle ziekenhuizen samen, een negatief bedrag vertegenwoordigt van 13.275.246 € (zijnde – 32.025.246 € op 31 december 2009 + 18.750.000 € toegekend op 1 januari 2010), om die reden verdeeld moet worden tussen de ziekenhuizen, enkel op basis van de supplementen voor eenpersoonskamers gefactureerd in de loop van het jaar 2005, het jaar voorafgaand aan de implementatie van een politiek om aan patiënten gefactureerde supplementen te schrappen.
Bepaalde leden van de Afdeling Financiering stellen echter voor dat deze verdeling periodiek wordt bijgewerkt.

De afdeling financiering zou echter de aandacht van mevrouw de minister willen vestigen op de volgende twee punten:
1° De afdeling Financiering betreurt dat, terwijl de beschikking betreffende het toekennen aan de ziekenhuizen van een bedrag van 7.500.000 € (op jaarbasis) ter compensatie van het verlies aan inkomsten ingevolge het verbod om supplementen te factureren voor tweepersoonskamers voor chronische patiënten voorzien is in artikel 83, § 4 van het bovenvermelde koninklijk

besluit van 25 april 2002 sinds 1 juli 2008, er niet wordt overwogen om een inhaalbedrag toe te kennen voor de periode verstreken tussen 1 juli 2008 en 1 januari 2010;

2° De afdeling Financiering zou willen opmerken aan mevrouw de minister dat, niettegenstaande het toekennen van de bedragen van 10.500.000€ op 1 juli 2006 en van 18.750.000€ op 1 januari 2010, die in mindering werden gebracht bij onderdeel C3, die bedragen (zijnde 29.250.000 €) globaal lager liggen dan de bedragen van de supplementen voor tweepersoonskamers die in 2005 werden gefactureerd en ingeschreven (zijnde 43.715.587,97 €) ; bijgevolg compenseren die bijkomende budgetten niet volledig het verlies aan inkomsten te wijten aan het schrappen van de facturatie van supplementen voor tweepersoonskamers.

4. SOCIALE DIENSTEN EN CRITERIA BETREFFENDE DE ZOGENAAMDE SOCIALE PATIËNTEN

4.1 Adviesaanvraag

In haar adviesaanvraag betreffende de « Wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen - BFM op 1 januari 2010 en 1 juli 2010 », formuleert mevrouw Minister de volgende aanvraag betreffende de « sociale diensten en de criteria betreffende de zogenaamde sociale patiënten » :

Sociale diensten en criteria betreffende de zogenaamde sociale patiënten

Ik zou ook wensen dat de afdeling zich zou kunnen buigen over de problematiek van de sociale diensten in de ziekenhuizen: er wordt immers vastgesteld dat de medische zorg kan worden beïnvloed door de sociale situatie van de patiënt.

Daarom moet er een goede integratie tussen de verschillende ziekenhuisdiensten en de sociale dienst worden verzekerd.

Op basis van onderzoek en contacten met het terrein, blijkt dat de sociale dienst geen duidelijk statuut heeft en in het kader van de ziekenhuisfinanciering zijn er weinig middelen voorbehouden voor de sociale dienst.

Er zijn heel wat ziekenhuizen die moeilijkheden ondervinden in het kader van de dekkingen voor vorderingen en dat kan ook de lasten van de sociale en administratieve diensten verzwaren.

Daarom zou ik wensen dat de afdeling me voorstellen zou kunnen formuleren teneinde de bestaande criteria te verfijnen en me er andere voor te stellen waardoor rekening zou kunnen worden gehouden met de last en het werk van deze diensten, vooral wanneer ze worden geconfronteerd met de behandeling van patiënten met een zwaar sociaal profiel.

Het kan gaan om voorstellen betreffende de B1 of de B8, maar ook betreffende het onderdeel B4 of eventuele studies of proefprojecten met als doel deze problematiek objectief te bepalen teneinde dit in de komende jaren te verhelpen.

4.2Huidige omkaderings- en financieringsnormen van de sociale dienst

De adviesaanvraag heeft zowel betrekking op het statuut van de sociale dienst als op de criteria waardoor het mogelijk is om rekening te houden met de werklast van deze diensten in de financiering die is voorzien in de onderdelen B1, B4 en B8 van het budget van financiële middelen.

4.3Statuut van de sociale dienst

De omkaderingsnormen van de sociale dienst zijn bijna onbestaande. De personeelsnormen die van toepassing zijn op bepaalde bedindexen integreren sociaal verpleegkundigen en sociaal assistenten (zie hieronder). Maar het is moeilijk om het deel van het budget B2 te isoleren dat de kosten voor dit specifieke personeel dekt. Het is zelfs niet duidelijk dat de financiering voor deze bijkomende normen voorzien is. Bovendien maken de sociaal verpleegkundigen en sociaal assistenten in deze zorgteams deel uit van het therapeutische proces en zijn ze afgescheiden van de eigenlijke « sociale dienst ».

- Universitaire ziekenhuizen: 1 sociale VTE/2000 opnamen (C, D, M, E) + 1 VTE administratieve kracht / 4 sociale werkers
- Niet-universitaire algemene ziekenhuizen:
  - normen enkel voor K-bedden (1 VTE/20 zieken), A (1 VTE/60 zieken), T (1 VTE/120 zieken), IB (0,5 VTE), Sp psycho-geriatrische aandoeningen (1 VTE/90 bedden), G (functie van het aantal bedden),
  - functie palliatieve zorg (1 VTE),
  - zorgprogramma: voor kinderen: 1VTE/30 bedden, geriatrische zorgprogramma: ½ VTE,
  - RIZIV-overeenkomsten: bepaalde overeenkomsten voorzien in de integratie van sociaal werkers in het team.

4.4Financiering van de sociale dienst (onderdeel B1, B8 en B4)

Verschillende onderdelen van het budget van financiële middelen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks bestemd om de kosten van de sociale dienst te financieren.

4.4.1 Onderdeel B1 van het BFM

- Administratieve kosten: « personeels- en werkingskosten … van de sociale dienst voor de patiënten … ».

  Het onderdeel van dit budget dat de kosten van de sociale dienst dekt, is niet in kaart gebracht. Het budget is verdeeld tussen de ziekenhuizen aan de hand van verdeelsleutels die hoofdzakelijk gebaseerd zijn op het aantal opnamen en dagen zonder enig criterium dat is gelinkt aan de patiënten.

- Bijkomende financiering voor de functie van ontslagmanager in het kader van het geriatrische zorgprogramma. Teneinde de sociale dienst van het ziekenhuis te versterken, is er in onderdeel B1 van het budget van financiële middelen ook het volgende toegekend:
  - aan de ziekenhuizen waarvoor verantwoorde G-bedden zijn berekend, een beschikbaar budget van **3.517.231,78 €** (aan de index op 1 juli 2009);
  - aan de « acute » ziekenhuizen, een beschikbaar budget van **4.509.271,51 €** (aan de index op 1 juli 2009).

  Voor de ziekenhuizen die beschikken over verantwoorde G-bedden, wordt het budget voor 25% verdeeld op een lineaire basis tussen de betrokken ziekenhuizen en voor 75% naar prorata van het aantal verantwoorde G-bedden.

Voor de acute ziekenhuizen wordt het budget verdeeld op basis van het aantal verantwoorde dagen die worden gewogen door een vermenigvuldigingsfactor door rekening te houden met de klassering in decielen van de ziekenhuizen op basis van de score « b8 » waarbij hun sociale profiel wordt bepaald.

- Voor de geïsoleerde G-diensten en de Sp-diensten van 80 bedden en meer, is er een forfaitair bedrag van 20.427,88 € (index op 1 juli 2006) toegekend vanaf 1 juli 2006 teneinde de sociale dienst van de (G- of Sp-) dienst te versterken (zie hieromtrent, artikel 43, § 2 van het koninklijk besluit van 25 april 2002). Op 1 juli 2009 vertegenwoordigde deze aanvullende financiering een bedrag van **180.365,36 €** voor de geïsoleerde G-diensten en **360.730,72 €** voor de betrokken Sp-diensten.

4.4.2. Onderdeel B4

Het Kankerplan 2008-2010 voorziet in het kader van het erkende zorgprogramma oncologie 0,5 VTE sociaal assistenten per 250 MOC, ten bedrage van 47.035 euro per VTE.

4.4.3. Onderdeel B8

In artikel 19 van het KB van 25 april 2002 wordt het volgende vermeld : « het onderdeel B8 dekt de specifieke kosten die worden gegenereerd door het ziekenhuis met een zeer zwak patiëntenprofiel op sociaal-economisch vlak (met uitzondering van de kosten bedoeld in artikel 7, 2°,b) », t.t.z. buiten de bijkomende B2-kosten die reeds gedekt zijn door het bedrag dat hiervoor specifiek voorzien is.

Op 1 juli 2009 vormt deze bijkomende financiering een bedrag van **20.456.877,92 €**, dat is samengesteld uit de twee volgende onderdelen:

- 50% van dit bedrag is verdeeld tussen de ziekenhuizen op basis van een sociale correctie-index (SCI) ;
- 50% van dit bedrag is verdeeld tussen de betrokken ziekenhuizen op basis van een klassement dat is uitgevoerd op basis van een « score » die is bepaald door 3 ratio's in overweging te wegen.

De verdelingsmodaliteiten van deze bedragen zijn opgenomen in artikel 78, 1° van het koninklijk besluit van 25 april 2002. Op 1 juli 2011 zal het volledige bedrag worden verdeeld enkel op basis van de sociale correctie-index.

4.5 Discussie

Wat betreft de kwestie van het statuut van de sociale dienst of eventuele nieuwe te definiëren normen, is de werkgroep van mening dat deze valt onder de bevoegdheid van de afdeling erkenning. De werkgroep verwijst bovendien naar de adviezen van 11/01/2001 en 08/03/2001 van de afdeling programmatie erkenning van de NRZV hieromtrent.

De NRZV stelt vast dat het KB van 25 april 2002 voorziet in een financiering – rechtstreeks of onrechtstreeks – van de sociale dienst via verschillende onderdelen van het budget van financiële middelen, hoofdzakelijk de onderdelen B1 en het onderdeel B8. De subonderdelen B2 en B4 voorzien bovendien, voor bepaalde bedindexen of zorgprogramma's, in de

financiering van een specifieke omkadering voor het therapeutische proces door sociaal verpleegkundigen en sociaal assistenten.

Over het algemeen merkt de NRZV op dat het KB van 25 april 2002 weinig duidelijkheid verschaft over de kosten van de sociale dienst die verondersteld te zijn gedekt door deze verschillende onderdelen.

De NRZV is dus van mening dat een eerste fase erin zou bestaan de volgende elementen in kaart te brengen: de functies van de sociale dienst[1], de soorten kosten die verband houden met de normale werking van de sociale dienst alsook de meerkosten die worden veroorzaakt door de behandeling van sociaal kwetsbare patiënten, in het bijzonder de impact op de administratieve, verzorgende, sociale werklast... ; de impact op de geschillen/de invordering; de impact van een concentratie sociaal kwetsbare patiënten,...

Op deze basis zouden de criteria en de verdelingsmodaliteiten van deze budgetten ook moeten worden verfijnd, maar ook vereenvoudigd. Zo dient het wegingssysteem op basis van de patiëntengroepen, zoals voorgesteld voor de psychiatrie voor de algemene ziekenhuizen, te worden bestudeerd.

De NRZV formuleert bovendien talrijke kritische opmerkingen over de sociale correctie-index die vandaag de dag wordt gebruikt om het onderdeel B8 (maar ook onderdeel B2) te verdelen. De NRZV is van mening dat de modaliteiten inzake de integratie van de sociale correctie-index in de verdeling van het BFM statistisch gezien vertekend zijn. Zo werden er enkele variabelen gehaald uit een algemeen verklarend model, wat een "over-weging" van de in aanmerking genomen criteria als gevolg heeft gehad (cf. leeftijd en criteria inzake fysieke afhankelijkheid). De criteria die verband houden met de sociale kwetsbaarheid werden daarentegen niet aanmerking genomen. Het model is ontwikkeld om een aantal verantwoorde dagen in meerdering of mindering per ziekenhuis te berekenen en niet om een budget tussen alle ziekenhuizen te verdelen op basis van een gewogen aantal opnames. De NZRV merkt tot slot op dat de sociale correctie-index ontworpen is om de verantwoorde activiteit te corrigeren en dus niet voor iets anders zou moeten dienen. De NZRV wijst er ook op dat er in het kader van de voorstelling van de studie bezwaren werden geuit over de verklarende kracht van het model en bijgevolg over het gebruik ervan als criterium voor de financiering van de sociale factoren in de B2 en B8. Er is bovendien een beroep ingediend door een ziekenhuisvereniging.

Bijgevolg is de NRZV van mening dat het niet opportuun is om het gewicht van de sociale correctie-index te verhogen in de verdeling van het onderdeel B8 zoals bepaald in artikel 78 1° b van het KB van 25 april 2002. De NRZV stelt voor om deze percentages te bevriezen op het niveau van deze van 1 juli 2009 voor onderdeel B8 door evenwel een actualisatie te voorzien van de bedragen die op 1 juli 2009 op basis van de meest recente gegevens werden berekend.

De NRZV stelt bovendien voor om een studie tot 01/07/2011 te financieren. Deze studie zou onder meer als doel hebben de taken van de sociale dienst in kaart te brengen, de kosten betreffende de werking ervan alsook de specifieke kosten die verbonden zijn met de behandeling van sociale patiënten te kwantificeren en objectieve criteria voor te stellen

[1] In dit opzicht vormt het advies van de afdeling programmatie/erkenning van 8 maart 2001 een basis die zou moeten worden geactualiseerd op basis ondermeer van de evolutie van het profiel van de behandelde patiënten en de taken van de sociale dienst

waardoor het mogelijk is de beschikbare budgetten te verdelen. De werkgroep is van plan een ontwerp van lastenboek voor deze studie te bepalen. De werkgroep stelt ook voor dat er een begeleidingscomité bestaande uit leden van de afdeling financiering en erkenning zou worden opgericht teneinde de NRZV nauw bij deze studie te betrekken.

Bovendien vindt mevrouw de Minister als bijlage 3 bij dit advies de lijst met prioriteiten betreffende de nieuwe proefprojecten die in 2010 moeten worden ontwikkeld of de uitbreiding in 2010 van reeds bestaande proefprojecten, zoals gevraagd in punt 3) C), laatste alinea van de adviesaanvraag.

Tot slot wenst de Afdeling Financiering via dit advies mevrouw de Minister nog eens te wijzen op de vorige adviezen van 8 maart 2007 en 13 september 2007 waarin sprake was van de modaliteiten voor de berekening van de « correctie van het loongemiddelde » die is toegepast in het kader van de vaststelling van het onderdeel B2 van het budget van financiële middelen van de algemene ziekenhuizen die worden gefinancierd op basis van hun verantwoorde activiteiten. De Afdeling Financiering vindt het spijtig dat deze adviezen tot op de dag van vandaag zonder gevolg blijven. In deze adviezen werd onder meer gewezen op de noodzaak, wanneer gegevens door de ziekenhuizen worden overgezonden om bepaalde elementen van het budget vast te stellen, om zich te vergewissen dat de overgezonden gegevens homogeen zijn alsook op het belang om aan de ziekenhuizen de regels inzake uniforme aangifte van de over te zenden gegevens mee te delen.

BIJLAGEN

1. KB 04/03/1991 WAARBIJ SOMMIGE BEPALINGEN VAN DE WET OP DE ZIEKENHUIZEN GECOORDINEERD OP 7 AUGUSTUS 1987, TOEPASSELIJK WORDEN VERKLAARD OP DE FUNCTIE VAN ZIEKENHUISAPOTHEEK. ART. 20.

De ziekenhuizen met een beddencapaciteit vanaf 75 bedden moeten over minstens 0,5 full-time equivalent apotheker beschikken.

De ziekenhuizen met een beddencapaciteit vanaf 120 gepondereerde bedden moeten over minstens 0,75 full-time equivalent apotheker beschikken.

De acute ziekenhuizen met een beddencapaciteit vanaf 150 gepondereerde bedden en de acute ziekenhuizen met een beddencapaciteit van 120 tot 149 gepondereerde bedden die een afwijking bekomen hebben bij toepassing van artikel 3 van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen, moeten over minstens één voltijds apotheker of het equivalent ervan en één voltijds assistent of het equivalent ervan beschikken.

Voor de acute ziekenhuizen, met een beddencapaciteit vanaf 150 gepondereerde bedden tot 299 gepondereerde bedden wordt dit aantal verhoogd a rato van 0,2 full-time equivalent apothekers per schijf van 30 acute en gepondereerde bedden, en vanaf 300 gepondereerde bedden wordt dit aantal verhoogd a rato van 0,5 full-time equivalent apothekers per schijf van 75 acute en gepondereerde bedden.

§ 2. In de V-diensten en in de psychiatrische ziekenhuizen met een beddencapaciteit van minder dan 75 bedden mag de ziekenhuisofficina vervangen worden door een geneesmiddelendepot. Het geneesmiddelendepot staat onder de verantwoordelijkheid van een ziekenhuisapotheker-titulairs die verbonden is aan het ziekenhuis.

§ 3. Voor de berekening van de in de § 1 bedoelde beddencapaciteit wordt het aantal bedden in de verschillende soorten diensten vermenigvuldigd met volgende coëfficiënten :

- 0,3 voor de diensten erkend onder kenletter O, T, T1, T2;
- 0,5 voor de diensten erkend onder kenletter A1, A2, H, K, K1, K2, M, S;
- 1 voor de overige diensten.

2. KB 25/04/2002 BETREFFENDE DE VASTSTELLING EN DE VEREFFENING VAN HET BUDGET VAN FINANCIËLE MIDDELEN VAN DE ZIEKENHUIZEN. ONDERAFDELING 10. - ONDERDEEL B5 VAN HET BUDGET. ART. [75.]BFM

1°Het aantal op 1 juli van het voorafgaande dienstjaar verantwoorde bedden, verhoogd met de erkende NIC-, K- en A-bedden, wordt gewogen.Voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33 wordt het aantal erkende bedden op 1 januari voorafgaand aan het financieringsjaar in aanmerking genomen. Daarbij wordt aan elk type bed de volgende coëfficiënt toegekend : Het aantal bedden intensieve zorg wordt vastgesteld op basis van de punten, berekend op 1 juli van het voorafgaande dienstjaar, per bed dat wordt toegekend op basis van de derde berekening zoals opgegeven in artikel 46, § 2, 2°, c3), vermenigvuldigd met het aantal C-, D- en E-bedden en gedeeld door 4. Indien het ziekenhuis over een erkende functie intensieve zorg beschikt, bedraagt het minimum aantal bedden 6. Voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33 is het aantal in aanmerking genomen bedden intensieve zorg gelijk aan 2 % van hun aantal erkende C-, D- en E-bedden met een minimum van 6 bedden indien ze over een erkende functie 'intensieve zorg' beschikken.

Prioriteiten pilootprojecten 2010 n.a.v. de adviesvraag aan NRZV

De Nationale Confederatie van Verzorgingsinstellingen, die alle ziekenhuisverenigingen groepeert, wil met dit voorstel gemeenschappelijk antwoorden op de adviesvraag van Minister Onkelinx aan de NRZV m.b.t. de binnen het BFM **in 2010 prioritair in te voeren of uit te breiden pilootprojecten**.

De werkgroep van de Confederatie heeft zich, zoals door de Minister gevraagd, beperkt tot de projecten opgenomen in de budgettaire fiches die de FOD Volksgezondheid ter beschikking heeft gesteld.

We wensen de NRZV vooreerst nogmaals te wijzen op het belang van de prioriteit die we in een vorig document, besproken tijdens de vergadering van de afdeling Financiering van mei 2009, naar voren geschoven hadden en dat door de NRZV ook in haar advies aan de Minister was weerhouden, met name de bestrijding en het vermijden van de aangroei van de historisch gegroeide onderfinanciering, in het bijzonder voor wat het bezoldigd personeel betreft. **We menen dat alle budgetten prioritair aan deze behoefte zouden moeten worden toegewezen.**

Indien de Minister er echter voor zou opteren om de middelen die vrijkomen binnen artikel 63, § 1 van het KB van 25 april 2002 te herinvesteren binnen het toepassingsgebied van dit zelfde artikel, wensen we een aantal projecten naar voren te schuiven. De keuze voor deze projecten is gebaseerd op de volgende motieven:

- het bekomen van een volledige financiering (voor meerjarenprojecten rekening houdend met indexeringen en stijgende baremieke anciënniteit) van toegewezen projecten;
- het toekennen van projecten aan een zo groot mogelijk aantal in aanmerking komende ziekenhuizen;
- aangezien de middelen op korte termijn (in 2010) vrijkomen, hebben we gekozen voor projecten die op korte termijn (in 2010) realiseerbaar zijn.

14 JAN. 2010

In 2010 prioritair uit te voeren maatregelen:

Fiche 35	**Kwaliteit en veiligheid**	737.000 €
[redacted]		
Fiche 44	**Coördinatie geriatrisch zorgprogramma: verpleegkundig luik**	4.125.000 €
	Opmerking: enkel voor het verpleegkundig luik. We wensen dat het pilootproject geriatrisch dagziekenhuis / interne liaison zo snel mogelijk een structureel karakter zou krijgen.	

Bovendien wensen we de volgende suggesties te formuleren:

Fiche 34	**Incentives kwaliteit 2010 en 2011: fase 2**
	We stellen voor dat de NRZV tegen de behoefteraming van 2011 een advies uitwerkt m.b.t. de concretisering van de "fase 2" die ze aanhaalt in haar advies van 12/10/2006. Dit kan gebeuren in samenspraak met de Multipartitestructuur, die zich eveneens reeds over deze materie heeft gebogen binnen de werkgroep referentiebedragen.
[redacted]	
Fiche 42	**Sociale functie**
	De NRZV buigt zich momenteel over een adviesaanvraag hieromtrent. We stellen voor het advies van de NRZV af te wachten.
[redacted]	

Tenslotte wensen we erop te wijzen dat zowel fiche 36 (uitbreiding PIT) als 47 (coma psycholoog) reeds het voorwerp uitmaakten van een advies van de NRZV.