

FOD VOLKSGEZONDHEID  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

Brussel, 18 november 2021

---

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

---

FEDERALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

---

Kenm.: FRZV/D/540-2 (\*)

## **Advies van de FRZV over de programmatie van het aanbod van ziekenhuiszorg**

Namens de Voorzitter,  
Margot Cloet

i.o., Francis Vyncke, diensthoofd MO

Annick Poncé  
directeur-generaal ad interim

(\*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 18/11/2021 en op dezelfde datum door het Bureau geratificeerd.

Via dit advies wenst de FRZV te antwoorden op de adviesaanvraag van minister Vandenbroucke van 30/06/2021 betreffende **de programmatie van de ziekenhuisbedden**.

Deze adviesaanvraag omvat **drie luiken**: een eerste luik gaat over de **algemene reflectie** over de programmatie van de ziekenhuisbedden rekening houdend met de realiteit van de geestelijke gezondheidsproblemen met drie centrale aspecten: de programmatiecriteria, het programmatieniveau en de reconversieregels. Het tweede en derde luik van de adviesvraag handelt over de specifieke problematiek van de Sp-bedden enerzijds en de K- en A-bedden anderzijds.

Er is een werkgroep binnen de FRZV opgericht om zich, vanuit een transversaal perspectief, uit te spreken over het **eerste luik** van deze adviesaanvraag.

Deze werkgroep heeft op 30.08, 10.09, 23.09 en 15.10 vergaderd.

Twee subwerkgroepen worden opgestart om de meer specifieke aspecten van de programmatie van de Sp-diensten en de psychiatrische diensten te behandelen.

Dit eerste advies zal enkel gaan over aspecten betreffende de **programmatie**. De FRZV zal zijn werkzaamheden voortzetten om te komen tot een tweede advies in de komende maanden, waarin dieper zal worden ingegaan op de programmatie en de financiering van de psychiatrische bedden en de (Sp-)revalidatiebedden.

In dit advies zal de FRZV trachten **grote principes** op het vlak van programmatie vast te stellen. **Er is evenwel een wetenschappelijke studie (KCE, universiteit...) noodzakelijk** teneinde, op basis van objectieve gegevens, dieper in te gaan op deze principes. In dit verband is de FRZV verheugd dat de actualisering van de 289A-studie<sup>1</sup>, die reeds van 2017 dateert, door het KCE lijkt te worden ingepland. De FRZV stelt evenwel vast dat een vergelijkbare studie op het vlak van de geestelijke gezondheid voor de diensten A,a/K,k/T,Tg,t/Tf, For-K en IB ontbreekt. Het lijkt daarom aangewezen om deze studie uit te breiden tot de geestelijke gezondheidszorg.

Sommige bijkomende gegevens zijn noodzakelijk voor een diepgaande discussie in de werkgroepen, in het bijzonder gegevens over het aantal bevroren bedden per dienst, over de patiëntenstromen tussen regio's (problematisch voor het Brusselse Gewest), over het verschil in patiëntenstromen tussen ziekenhuizen die een eigen Sp-dienst hebben en ziekenhuizen die dat niet hebben, over de lokale sociaal-demografische en epidemiologische specifieke kenmerken van de bevolking en over de objectivering van de toegenomen behoefte aan A, K, IB, For-K en Sp-bedden als gevolg van de COVID-19-epidemie. Dit is geen beperkende lijst. Er zouden nog andere gegevensbehoeften kunnen worden geïdentificeerd tijdens de verdere discussies die zullen worden voortgezet in de subwerkgroepen die worden gewijd aan de Sp-bedden enerzijds en de psychiatrische bedden anderzijds.

## 1. NOOD AAN PROGRAMMATIE EN MOGELIJKE ALTERNATIEVEN:

De programmatie is een van de klassieke pijlers van het beheer van het ziekenhuisaanbod door de overheid, samen met de financiering en de erkenning. De programmatie blijft op korte termijn noodzakelijk, zeker voor de bedden waarvoor de financiering niet op de verantwoorde activiteit is gebaseerd (Sp- en psychiatrische bedden). Deprogrammatie of een meer flexibele/globale programmatie op korte termijn zou mogelijk zijn voor bedden waarvoor een verantwoorde activiteit wordt berekend.

De ziekenhuisprogrammatie heeft als doel het budgettaire aspect van het zorgaanbod te beheersen, de behoeften te evalueren en zou de zorgtoegankelijkheid voor de patiënten moeten garanderen. De doelstellingen van de programmatie moeten opnieuw worden gedefinieerd door onder meer rekening te houden met de behoefte aan meer flexibiliteit.

Op langere termijn is de Raad van mening dat het nuttig zou zijn om het concept zelf van de programmatie van bedden in vraag te stellen en zich hierbij te laten inspireren door vergelijkbare landen. Wij zijn een van de laatste

---

<sup>1</sup> Rapport KCE 289A, Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit, 2017

landen die ziekenhuisbedden/plaatsen programmeren. Er zou een flexibeler regulerings- en planningsmechanisme moeten worden overwogen. In dit perspectief zouden sommige complexere/duurdere activiteiten programmeerbaar kunnen blijven.

In dit verband is het van belang om te beschikken over een gedifferentieerde aanpak op basis van het soort ziekenhuisbedden. Zo speelt de programmatie van de ziekenhuisbedden/plaatsen bv. Een minder fundamentele rol wanneer de financiering wordt toegekend op basis van de verantwoorde activiteit. Dit soort financiering is momenteel evenwel beperkt tot de acute bedden/plaatsen in de algemene ziekenhuizen (C, D, E, M, G). Voor dit soort bedden zou sneller een meer algemene/meer flexibele programmatie kunnen worden overwogen.

Het is belangrijk dat er een verband wordt gelegd tussen de behoeften en het aanbod. Hiervoor hebben wij adequate instrumenten nodig. Het is noodzakelijk om over prospectieve statistische tools te beschikken om de behoeften van de bevolking op basis van vooraf gedefinieerde criteria beter te kunnen evalueren. In dit kader moet ook worden geëvalueerd in hoeverre het mogelijk is om gebruik te maken van eventuele bestaande modellen. Deze tools zouden het mogelijk maken om de behoeften van de bevolking op basis van een dynamische en prospectieve benadering beter te evalueren. Dergelijke tools mogen zich niet beperken tot de behoefte aan ziekenhuisbedden/plaatsen, maar moeten worden toegepast op het ganse gezondheidszorgaanbod.

Ook de ambulante en de residentiële zorg mogen niet uit het oog verloren worden, zelfs al is voor de ambulante zorg geen programmatie vereist. De categorale ziekenhuizen die onder de bevoegdheid van de gemeenschappen of gewesten vallen, moeten ook worden geïntegreerd.

## 2. NOODZAAK OM DE PROGRAMMATIE TE ACTUALISEREN

De Raad is van mening dat een actualisering van de programmatieregels noodzakelijk en dringend is; de beddenverdeling is niet meer afgestemd op de zorgbehoeften en de evolutie van de samenleving. Wij zijn het er ook mee eens dat voorrang moet worden gegeven aan de indexen van psychiatrische bedden en aan Sp-bedden, waaronder psychogeriatrische Sp-bedden en palliatieve Sp-bedden met een bijzondere prioriteit voor de K-bedden waarvoor de behoefte hoogdringend is.

Voor de K-dagbedden heeft de FRZV reeds een advies geformuleerd dat een voorstel tot aanpassing van de programmatie bevat (FRZV/D/498-1). In dit advies had de Raad immers voorgesteld om de huidige programmatienorm op de leeftijdsgroep van minder dan 18 jaar toe te passen. Deze aanpassing zou gemakkelijk en snel kunnen worden doorgevoerd, in afwachting van een diepgaande actualisering van de programmatie (quick-win).

Wat de palliatieve Sp-bedden betreft, is deze programmatie al enkele jaren achterhaald. Wij verwijzen hier naar het jaarverslag van het federaal platform voor de evaluatie van de palliatieve zorg. In dit verslag wordt o.m. gepleit voor de snelle oprichting van een "palliatieve middle care" en voor de versterking van de gespecialiseerde palliatieve zorgteams met een billijke financiering om een kwaliteitsvolle behandeling te bieden. Daarom zou de Raad kunnen overwegen de programmatie van de palliatieve bedden aan te passen.

De situatie van de G-bedden zou ook moeten worden onderzocht (studie KCE 289A).

## 3. AFSTEMMING OP ANDERE LOPENDE HERVORMINGEN EN OP DE ERKENNINGSNORMEN

Hoewel het moeilijk is om een "chronologische" volgorde van prioriteit tussen deze hervormingen vast te stellen, lijkt het ons van cruciaal belang dat de actualisering van de programmatie van de ziekenhuisbedden/plaatsen op **coherente wijze** op andere lopende hervormingen of ontwikkelingen wordt afgestemd.

**Lokale ziekenhuisnetwerken** en netwerken voor geestelijke gezondheidszorg (volwassenen, kinderen en adolescenten, ouderen) zullen een rol spelen bij de doeltreffende invoering van het lokale zorgaanbod. Het is van belang om de supraregionale en locoregionale **zorgopdrachten** vast te stellen in uitvoering van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen. Wat de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg betreft, vestigen wij de aandacht op de verschillende proefprojecten zoals de mobiele equipes en de intensifiëring.

Bij de actualisering van de programmatie moet ook rekening worden gehouden met ontwikkelingen zoals geïntegreerde zorgprojecten, de hervorming van het dagziekenhuis, de psychologische zorg in de eerste lijn, de evolutie van de ambulante zorg, de ontwikkelingen die betrekking hebben op de revalidatieziekenhuizen, en de lopende hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Een actualisering van de programmatie mag geen negatieve impact hebben op de financiering van de infrastructuur van de ziekenhuizen. Voldoende afstemming tussen het federaal niveau en de deelstaten moet een mogelijke negatieve weerslag voorkomen.

#### 4. IMPACT VAN DE PANDEMIE

Zoals de minister in de adviesaanvraag formuleert, legt de coronavirusepidemie extra druk op de (kinder)psychiatrie, terwijl de programmatie voor deze diensten al is bereikt; dit benadrukt ongetwijfeld de urgentie om de programmatie voor deze diensten te actualiseren.

De Raad is van mening dat ook met de andere gevolgen van de pandemie rekening moet worden gehouden. De epidemie heeft immers ook de noodzaak van een reorganisatie van de functie “infectieziekte” aangetoond, alsook de noodzaak van een discussie over het aanbod intensieve zorg en de intermediaire zorgvormen (bv. “high care en medium care units”) en de aanmoediging van het dagziekenhuis. Voor de ernstigste vormen van COVID-19 of lange COVID is de revalidatieperiode lang, zowel voor de residentiële als voor de ambulante zorg. We verwijzen hier naar de lopende studie van het KCE “Behoeften en opvolging van de patiënten met langdurige COVID”.

#### 5. QUADRUPLE AIM EN GEPASTE ZORG (APPROPRIATE CARE)

De benadering van de **relevante zorg** heeft als doel dat de meest optimale zorg op de meest geschikte plaats wordt verleend. Deze benadering impliceert dat er rekening moet worden gehouden met een eventuele verschuiving van de klassieke ziekenhuisopnames naar alternatieve contexten of de thuiszorg, met gevolgen voor de bestaande budgetten op federaal vlak en op het niveau van de deelgebieden.

De Raad ondersteunt deze benadering, zelfs al moet hiervoor **de zorgcontinuïteit door middel van een geïntegreerde aanpak worden gegarandeerd**. Deze zorgcontinuïteit vereist dat de zorg na het ontslag uit het ziekenhuis optimaal wordt georganiseerd en er een uitbouw van netwerken en een diversificatie van het aanbod is van adequate zorg binnen het ziekenhuis (dat zowel de zuivere ambulante zorg, het dagziekenhuis als de klassieke hospitalisatie omvat) en tussen ziekenhuizen en andere zorgvormen en -structuren. Dit is vandaag de dag nog lang niet het geval.

In geval van een verschuiving naar de ambulante zorg is een aanpassing van de financiering noodzakelijk. De meeste leden van de FRZV menen dat deze aanpassing van de financiering moet worden onderzocht in een context van historische onderfinanciering: in dit verband moeten de middelen die in de sector vrijkomen, worden geïnvesteerd om de bestaande onderfinanciering van de ziekenhuizen te corrigeren teneinde een billijke financiering van de ziekenhuisactiviteit te garanderen.

Vanuit het patiëntenperspectief vraagt de FRZV ook voldoende aandacht voor de financiële toegankelijkheid. Verschuivingen in de zorg mogen de betaalbaarheid voor de patiënt niet in het gedrang brengen.

## 6. BEHEERSING VAN HET TOTALE BUDGET

De adviesaanvraag van 30.06.2021 neemt als algemeen uitgangspunt “dat een verhoging van de programmatie van een bedindex gepaard moet gaan met een verlaging van een andere bedindex en dat een uitbreiding van de programmatie niet overwogen kan worden zonder een voorstel om het totale budget te controleren.”

Wat betreft de beheersing van het totale budget, is de Raad van mening dat een modernisering van de programmatie waarschijnlijk niet mogelijk is binnen het kader van een strikte naleving van budgettaire neutraliteit. In deze context beschouwt de FRZV de aanpassing van de huidige programmatie alleen op basis van de reconversie van erkende ziekenhuisbedden niet als realistisch. Deze actualisering is gericht op een aanpassing van het zorgaanbod op basis van de evolutie in de zorgbehoeften van de bevolking (vergrijzing van de bevolking, toename van chronische ziekten en polypathologieën, impact van de pandemie op de behoeften binnen de (kinder)psychiatrie, ...), maar ook rekening houdende met de ontwikkelingen in de organisatie van de zorg (ziekenhuisnetwerken, alternatieven voor de klassieke hospitalisatie, zoals daghospitalisatie, maar ook ambulante zorg via mobiele teams, thuishospitalisatie,...). Dat alles vraagt om verder onderzocht te worden. Bovendien moeten de omkaderingsnormen van de betrokken ziekenhuisdiensten op verpleegkundig en paramedisch vlak in aanmerking worden genomen. Tot slot moeten we oog hebben voor de financiële gevolgen van de nieuwe rollen van de ziekenhuizen en de bijbehorende verantwoordelijkheden. In het kader van de controle van het totale budget, moet ook de nodige aandacht worden besteed aan de financiële toegankelijkheid voor de patiënt.

Op het vlak van geestelijke gezondheidszorg moeten er meer middelen worden uitgetrokken voor de intensifiëring van de zorg. In de psychiatrische ziekenhuizen is de intensifiëringsbeweging ingezet met de bevrozing van de bedden en plaatsen. In een aantal psychiatrische ziekenhuizen is een nieuwe bevrozing van de bestaande capaciteit niet mogelijk wegens de lokale behoeften. De omkadering qua personeel kan ook een impact hebben op de bezettingsgraad. Zo kan een te lage omkadering de aanleiding zijn om voor bepaalde diensten een lagere bezettingsgraad na te streven zodat nog voldoende VTE kunnen ingezet worden om kwalitatieve en veilige zorg te waarborgen. Dat is een belangrijk element als de aanwending in aanmerking wordt genomen om de activiteit in kaart te brengen.

Als we daarnaast rekening houden met de historische onderfinanciering van de ziekenhuisdiensten, lijkt het niet realistisch om een deel van de bestaande middelen te herbestemmen voor de uitbreiding van de programmatie. In dat verband moet ook rekening worden gehouden met de historische ongelijke spreiding van de ziekenhuisbedden over het grondgebied, wat de herbestemming van de huidige middelen ook kan bemoeilijken. De zorgbehoeften zijn een prioritaire doelstelling. Het budget is een middel om deze doelstelling te realiseren.

Het staat ook op de planning om de denkoefening over de financiering verder uit te werken in een volgend advies (cfr. Laatste vraag over de programmatie).

## 7. DE PROGRAMMATIECRITERIA: DE PROGRAMMATIE BETER AFSTEMMEN OP DE BEHOEFTE

De FRZV kan de noodzaak om de mechanismen achter de programmatie te herzien enkel bevestigen. In feite zijn de programmatiecriteria achterhaald. De programmatie werd (quasi) behaald voor bepaalde bedindexen zoals de Sp-, A- en K-bedden, terwijl er een ruime marge bestaat voor de C-, D- en E-indexen.

Bij de actualisering van de programmatie, is het een absolute voorwaarde een onderscheid te maken naar specificiteit van de diensten. Zo verloopt de programmatie vandaag op basis van de bed- of plaatsindexen. Bepaalde ziekenhuisdiensten kunnen evenwel nauw met elkaar verbonden zijn (bv. A- en T-diensten, diensten met volledige of partiële hospitalisatie, transitiepsychiatrie voor 15-23-jarigen), zodat een bepaalde flexibiliteit nodig is met een mogelijke overschrijding van de bedindex als er nog marge is voor een nauw verbonden ziekenhuisdienst. In dat verband zou een hergroepering van bedindexen (bv. Voor A,a- en T,t-bedden) kunnen worden overwogen. In dezelfde zin moet een globale aanpak van de programmatie worden overwogen. Flexibiliteit op het niveau van de acute diensten is ook van belang, aangezien de rol van de programmatie wordt

verzwakt door een op de verantwoorde activiteit gebaseerde financiering, wat als communicerende vaten werkt. Een mogelijk piste is de invoering van een meer globale aanpak van de programmatie van acute bedden.

De Raad beschouwt het programmatiemodel dat werd ontwikkeld in de KCE-studie 289A, op basis van het concept “**normatieve behoefte aan bedcapaciteit**” als een relevante piste die verder moet worden verkend voor de uitwerking van een nieuwe programmatie. De FRZV pleit voor een actualisering van deze studie op basis van zo recent mogelijke cijfers en een projectie over 15 jaar, uitgebreid naar de sector van de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast stelt de Raad voor dat deze studie, naast de ziekenhuisbedden ook de ziekenhuisfuncties en -zorgprogramma’s integreert. Bovenop dit model bestaan er ook andere benaderingen die data zoals de prevalentie en incidentie van pathologieën in de bevolking als uitgangsbasis nemen. Algemeen beschouwd, is een actualisering van de ziekenhuisprogrammatie niet haalbaar zonder voldoende data om de zorgbehoeften beter te objectiveren, incl. het domein van de geestelijke gezondheidszorg en in het bijzonder de kinderspsychiatrie waar de nood heel acuut lijkt.

De FRZV onderschrijft de opmerking in de adviesvraag dat het niet wenselijk is om te werken in de psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen met een systeem van verantwoorde bedden waardoor de behandeltijd van een psychiatrische patiënt zou gekoppeld worden aan een verantwoorde ligduur. De FRZV begrijpt wel niet goed wat in de adviesvraag wordt bedoeld met een “gerechtvaardigde activiteit”. In het geval dat er een alternatief systeem wordt ingevoerd, zal dit systeem rekening moeten houden met de specifieke kenmerken van een psychiatrische dienst. Er zou een beroep kunnen gedaan worden op het KCE om deze specifieke kenmerken te definiëren. Eenzelfde opmerking geldt voor de Sp-diensten.

De Raad is van mening dat de **patiëntenmobiliteit** tussen de regio’s in aanmerking moet worden genomen door ofwel een programmatie op federaal niveau te organiseren met meer bevoegdheden vanwege de mogelijke patiëntenstromen tussen de deelstaten, ofwel door de integratie van die factor in de programmatiecriteria. Er is in elk geval nood aan flexibiliteit om de lokale behoeften in aanmerking te kunnen nemen, maar in het bijzonder ook aan de hergroepering van expertise voor supraregionale zorgopdrachten. Daarnaast moeten ook **sociaal-economische factoren** worden geïntegreerd om rekening te houden met de sociaal-economische kwetsbaarheid van de bevolking/het patiëntenbestand, in het bijzonder om de behoeften inzake geestelijke gezondheidszorg te kunnen ramen. Zo moet ook in gebieden met een **lage bevolkingsdichtheid** een evenwicht worden gevonden tussen geografische/temporele toegankelijkheid en efficiëntie.

Bij het bepalen van het toekomstige zorgaanbod zal een onderscheid moeten worden gemaakt tussen algemene psychiatrische diensten en meer gespecialiseerde psychiatrische diensten die een supraregionale invulling moeten krijgen. Dit onderscheid heeft gevolgen voor de geografische toegankelijkheid. Ook de specifieke problematiek van de zorg voor psychiatrische patiënten met een meervoudige pathologie verdient de nodige aandacht. In een context van toenemende specialisatie in de psychiatrische ziekenhuizen en diensten is het nodig om te evalueren in welke mate het ziekenhuis kan worden beschouwd als een “pool van competenties” die op een flexibele manier worden aangewend, waarbij wordt ingezet op een nauwe samenwerking tussen de diverse disciplines die zorgen voor een patiënt met een meervoudige pathologie (bv. Eetstoornissen, dubbele diagnose, ID-/HIC-afdelingen waar ook dwangopnames mogelijk zijn, ...). Psychiatrische ziekenhuizen zouden moeten functioneren als een flexibel expertisecentrum waarbij een evenwicht wordt gezocht tussen voldoende specialisatie en algemene zorg.

Bijkomende evoluties en criteria waarmee rekening moet worden gehouden zijn onder meer: digitale innovatie (e-health, mobile of m-health), belemmeringen die inherent zijn aan het gebrek aan beschikbaarheid van zorgverleners (huisartsen, gerieters, (kinder)psychiaters, revalidatieartsen, verpleegkundigen, ...), het seizoenseffect (indexen K, E, G, ...) en psychosociale stoornissen (verhoogd), nieuwe pathologieën als gevolg van de evolutie van de maatschappij en onze omgeving.

De structuralisering van bepaalde proefprojecten, na hun implementatie en evaluatie, met name op het gebied van geestelijke gezondheidszorg (forensische psychiatrie, mobiele teams, ID- en HIC-afdelingen, enz.) **lijkt ons een voorwaarde voor een actualisering van de programmatie**. We verwijzen naar het advies van de FRZV van 12 december 2019 (FRZV-500-3). De sector kan op lange termijn niet blijven functioneren binnen een “proef”-context met rechtsonzekerheid. Een structuralisering van deze projecten kan ook het vertrouwen tussen de netwerkpartners helpen versterken. Deze proefprojecten moeten echter eveneens toegankelijk worden gemaakt in de regio’s waar ze nog niet zijn uitgerold. In dat verband is de Raad van mening dat er soepeler moet worden

omgesprongen met de intensifiëring van de psychiatrische bedden (HIC) en dat de minimumdrempel van 24 bedden moet worden verlaagd zodat deze proefprojecten in alle regio's van het land ingang kunnen vinden.

Wij zijn van mening dat de voorkeur moet worden gegeven aan een **dynamische visie op programmatie**. Onder "dynamische programmatie" verstaan wij met name:

- een **periodieke herziening waarbij rekening wordt gehouden met evoluties** zoals veranderingen in prevalentie en incidentie, demografische trends, de "evidence based"-benadering, extra mobiele teams, extra intensifiëring, nieuwe behandelingsopties ...;
- **regelmatige actualisering van de programmatiecriteria**;
- een programmatie die rekening houdt met de evolutie van de activiteit in dagziekenhuis en de evolutie van de eerstelijnszorg (huisartsen, ...) en de tweedelijnszorg (GGZ, centra voor functionele revalidatie, ...);

Ook is het uitdrukken van programmatiecriteria **in termen van bedden/plaatsen** op langere termijn steeds minder in overeenstemming met de huidige werking (zorgprogramma's die bestaan uit modules en functies in plaats van de bestaande bedindexen en een aantal lopende projecten (mobiele teams 2a en 2b, mobiele teams voor kinderen en adolescenten, ...). We verwijzen naar het advies van de FRZV inzake een prospectief en programmeergeoriënteerd financieringssysteem voor geestelijke gezondheidszorg (NRZV/D/446-2).

#### 8. Het programmatieniveau: RIJK, DEELSTATEN OF ZIEKENHUISNETWERKEN?

In de adviesvraag van de minister wordt de vraag gesteld op welk niveau de programmatie moet worden vastgesteld om optimaal rekening te houden met de zorgbehoeften en de patiëntenmobiliteit (federaal, deelstaten of ziekenhuisnetwerken).

Momenteel wordt de programmatie geregeld **door de federale overheid** die een aantal ziekenhuisbedden vaststelt dat niet mag worden overschreden **op federaal niveau**, en dit op basis van **eenvoudige demografische criteria** (aantal bedden per 1000 inwoners, per 1000 personen ouder dan 65 jaar of jonger dan 15 jaar, per 1000 geboortes). Aangezien de federale wetgeving geen programmatie (aantal ziekenhuisbedden dat niet mag worden overschreden) per gewest vaststelt, zijn verschillende toekenningen op regionaal niveau mogelijk, vergeleken met de regionale "theoretische" programmatie die geraamd kan worden door de federale programmatiecriteria toe te passen op de deelstaten. Aangezien de programmatie alleen op federaal niveau wordt bepaald, **kan de patiëntenmobiliteit gemakkelijk in aanmerking worden genomen** door een grotere programmatie toe te kennen aan bepaalde geografische zones (bv. Grote steden) vanwege die patiëntenstromen..

De federale overheid zou ook een **programmatie kunnen vaststellen die op regionaal niveau verdeeld wordt**. Met dit niveau bedoelen we de deelstaten (gemeenschappen en gewesten). Een dergelijke verdeling vereist evenwel eerst een **objectivering van de patiëntenstromen tussen deelstaten** (bijzonder geval is het Brussels Hoofdstedelijk Gewest), alsook een verfijning van de programmatiecriteria om **andere factoren in aanmerking te nemen die de lokale behoeften aan ziekenhuiszorg of geestelijke gezondheidszorg beïnvloeden** (bv: prevalentie, incidentie, sociaal-economische factoren, enz.). Er moet bovendien ook rekening gehouden worden met de specifieke situatie van de supraregionale netwerken. Wetenschappelijk onderzoek is nodig om deze parameters objectief te identificeren en in kaart te brengen. We verwijzen hierbij naar de KCE-studie 289A die moet worden geactualiseerd en uitgebreid tot de geestelijke gezondheidszorg, en rekening moet houden met het regionale aspect van het ziekenhuisaanbod (deelstaten). De Raad staat ook ter beschikking om advies te geven over de verdeling. De deelstaten zouden bovendien, autonoom, bijkomende criteria kunnen uitwerken om de regionale zorgcapaciteit te spreiden over zorg(sub)regio's overeenkomstig de nieuwe programmatie (bijvoorbeeld de regionale zorgzones in Vlaanderen).

Het is ook beter **dat de overheid die bevoegd is voor de programmatie ook bevoegd is voor financiering van de werking**. Dit is momenteel echter niet altijd zo (bv. Categoriele ziekenhuizen worden gefinancierd door de deelstaten, zoals de revalidatieziekenhuizen in Vlaanderen).

Een verdeling per deelstaat zou het voordeel hebben dat het zorgaanbod **op een meer coherente en consistente wijze** verdeeld wordt, waarbij factoren die de zorgbehoeften op regionaal niveau beïnvloeden

(patiëntenstromen, prevalentie, incidentie, sociaal-economische factoren) onmiddellijk in de programmatiecriteria geïntegreerd worden, zonder de “theoretische” programmatie te moeten overschrijden. Een regionale benadering (planning) zou bovendien ook een **beter geografische spreiding en toegankelijkheid** van het zorgaanbod mogelijk moeten maken binnen de zorg(sub)regio’s van de deelstaten.

In deze context van een coherent en consistent zorgaanbod is de Raad van oordeel dat het beter is dat er **eenzelfde programmatieniveau is voor de ziekenhuisdiensten die zich zowel in de algemene ziekenhuizen als in de psychiatrische ziekenhuizen bevinden** (bv.: psychiatrische diensten van de algemene ziekenhuizen, Sp-psychogeriatrische bedden, ...). Het toepassen van de verdeling op deelstaatniveau (quota’s), die gebaseerd is op de reële behoeften aan gezondheidszorg, moet een evolutief gegeven zijn. In sommige gevallen, kan de programmatie ook beschouwd worden als een minimum indien deze wordt afgestemd op een wetenschappelijk onderbouwde mix van criteria die de zorgnoden goed weerspiegelen.

Een **programmatie** door de federale overheid **op het niveau van de locoregionale ziekenhuisnetwerken** is niet wenselijk. Dergelijk programmatieniveau zou moeilijk te implementeren zijn. Er zou dan rekening moeten worden gehouden met de overlapping van locoregionale ziekenhuisnetwerken in een aantal grootsteden, de verschillen in grootte en het grondgebied dat deze netwerken bestrijken, alsook met de nationale en regionale grensgebieden.

Op basis van het bovenstaande moet er een keuze worden gemaakt tussen een programmatie door de federale overheid, globaal vastgesteld op federaal niveau of gelinkt aan een verdeling op deelstaatniveau. Uitgaande van de geformuleerde overwegingen beveelt de FRZV volgende stapsgewijze benadering aan:

Op korte termijn blijft de huidige benadering behouden waarbij de federale overheid alleen een programmatie op federaal niveau opstelt en verloopt de verdeling tussen de deelstaten op basis van overleg tussen het federaal niveau en de deelstaten. Op korte termijn dient er evenwel een oplossing te worden gevonden voor acute zorgbehoeften, in het bijzonder in de (kinder)psychiatrie en in de Sp-diensten.

Op (middel)lange termijn opteert de FRZV voor een algemeen kader op federaal niveau gebaseerd op een evenwichtige mix van parameters. Dat zal mogelijk zijn wanneer de patiëntenstromen en de andere factoren die een invloed hebben op de regionale behoeften aan ziekenhuiszorg of geestelijke gezondheidszorg geïntegreerd zijn in dat kader dat nadat deze wetenschappelijk gepreciseerd en geobjectiveerd zijn. De uiteindelijke toewijzing zelf op basis van dat kader behoort tot de gezamenlijke bevoegdheid van de deelstaten. In de praktijk kan dit verlopen via de IMC’s.

## 9. DE RECONVERSIEREGELS :

De Raad is van oordeel dat de reconversiemogelijkheden van ziekenhuisbedden moeten worden uitgebreid. In dat verband **zouden alle reconversies mogelijk moeten zijn**, rekening houdende met de personeelsbezetting. De FRZV wil ook dat een aantal huidige belemmeringen worden weggewerkt, zoals artikel 7 van het koninklijk besluit van 16 juni 1999<sup>2</sup> dat bepaalt dat de reconversie van bedden “er niet toe mag leiden dat het aanbod van A-, T- en K-bedden daalt beneden 50% van de voor deze bedden voorziene programmatie.” De reconversiemogelijkheden zouden moeten worden uitgebreid tot andere mogelijkheden in het intermediaire, semi-residentiële zorgaanbod. We moeten voldoende flexibiliteit waarborgen, niet alleen tussen de bestaande zorgvormen en diensten, maar ook tussen de toekomstige zorgvormen en diensten. Ten slotte moet ook de reconversie naar IBW en PVT opnieuw mogelijk worden. De knelpunten in de gemeenschappen of de gewesten moeten worden weggenomen.

De FRZV vindt het ook noodzakelijk dat de reconversieregels **herzien worden op basis van de evolutie van de omkadering in de ziekenhuisdiensten**.

---

<sup>2</sup> Koninklijk besluit van 16 juni 1999 tot vaststelling van de nadere regelen bedoeld in artikel 32 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met betrekking tot de aard en het aantal bedden waarvan de desaffectatie in aanmerking mag komen om de ingebruikneming van ziekenhuisbedden mogelijk te maken (B.S. 29/09/1999)



De budgetgaranties van de zogenaamde bevroren bedden in het kader van artikel 107 moeten bovendien behouden blijven voor het hele deel B van het BFM.

De regels inzake de erkenning van de stagemesters (MAACS) moeten versoepeld worden (minimumdrempel van 100 C-bedden en 100 D-bedden). Door het verkorten van de verblijfsduur en de toename van het aantal verblijven en de intensiteit ervan, zou dit knelpunt voor de reconversie moeten worden weggewerkt.

Ook de tijdelijke maatregel om kinderpsychiatrische liaisonteams te versterken en ter beschikking te stellen voor acute diensten, voor kinderen en oudere adolescenten moet geëvalueerd worden om een eventuele bestending ervan te overwegen. Na evaluatie kan deze maatregel een structureel karakter krijgen als nieuwe module van het zorgprogramma voor kinderen en jongeren.

Wat de K-bedden betreft, moet het minimumaantal bedden per verpleegeenheid opnieuw geëvalueerd worden om de toegankelijkheid en een meer gedecentraliseerd aanbod te bevorderen (te koppelen aan een noodzakelijke herziening van de erkenningsnormen voor psychiatrische bedden). De recente toename van de personeelsbezetting voor de K-bedden heeft ook een invloed op de reconversieregels. Na de Covid-19 epidemie werd de personeelsbezetting van psychiatrische afdelingen voor kinderen en jongeren (K/k diensten) in psychiatrische en algemene ziekenhuizen permanent uitgebreid. Het aantal personeelsleden deeltijds of voltijds in K/k-afdelingen met ziekenhuisbedden of plaatsen, en in FOR K-eenheden (inclusief crisisbedden), is sinds 15 april 2021 verhoogd tot 1 VTE voor elke 8 K- of FOR K-bedden (voltijds) of K-nachtplaatsen (deeltijds) en tot 1,36 VTE voor elke 8 K-dagplaatsen (deeltijds). De FRZV beveelt een harmonisatie van de personeelsbezetting aan in de algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

-----