

DIRECTORAAT-GENERAAL GEZONDHEIDSZORG

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

-----

Afdelingen “programmatie & erkenning”, “financiering”  
en “permanente werkgroep psychiatrie”

Ref. : NRZV/D/446-2 (\*)

**Gezamenlijk advies van de afdelingen “programmatie en  
erkenning”, “financiering” en “de permanente werkgroep  
psychiatrie” inzake een prospectief en  
programmageöriënteerd financieringssysteem**

Namens de Voorzitter,  
Dhr Peter Degadt

De Secretaris  
C. Decoster

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 9 juli 2015

## Inhoudstafel

### Inleiding

1. Enkele kritieken op de bestaande financieringssystemen
2. Voorwaarden waaraan de toekomstige financieringssystemen moeten beantwoorden
  - 2.1. Specifiek karakter
  - 2.2. Kostenconformiteit
  - 2.3. Harmonisatie subsidiëringstechnieken
  - 2.4. Beheersvrijheid gekoppeld aan kwaliteitsnormen
  - 2.5. Prospectieve basis
  - 2.6. Duidelijke en eenvoudige regelgeving met rechtszekerheid voor meerdere jaren
  - 2.7. Snelle vereffening
3. Ontwikkelingsfase op basis van een organisch groeimodel met passende financiering
  - 3.1. Zorgvernieuwingsprojecten
  - 3.2. Geleidelijke ontwikkeling van zorgcircuits en netwerken
    - 3.2.1. Verwachtingen naar een aantal actoren (overheden, overlegplatforms en zorgaanbieders)
    - 3.2.2. Budgetgarantie
  - 3.3. Enkele noodzakelijke voorafgaande correcties op financieel vlak
  - 3.4. Protocolakkoorden tussen bevoegde overheden
4. Algemene beginselen van een prospectief en programmageoriënteerd financieringssysteem
  - 4.1. Infrastructuurkosten (afschrijvingen, financiële lasten en aanloopkosten)
  - 4.2. De bedrijfsfinanciering
  - 4.3. De zorgfinanciering
  - 4.4. Financiering van de medische activiteit
  - 4.5. Mogelijkheid tot experimenteren met een persoonsvolgende financiering

### Samenvatting

## Inleiding

Het advies wordt uitgebracht op initiatief van de permanente werkgroep psychiatrie. Volgens dat orgaan heeft de sector geestelijke gezondheidszorg dringend nood aan een nieuw financieringssysteem dat steunt op de uitgangspunten van de toekomstige ontwikkeling en organisatie van de sector zoals vraaggestuurde zorg, meer zorg op maat, verdere vermaatschappelijking, een continuüm van zorg, complementariteit en functionele samenwerking tussen voorzieningen binnen een zelfde subsector (bv. tussen psychiatrische ziekenhuizen), tussen voorzieningen die behoren tot verschillende subsectoren (bv. tussen psychiatrische ziekenhuizen en centra voor geestelijke gezondheidszorg) alsook tussen de samenwerking van de sector geestelijke gezondheidszorg met de zogenaamde belendende sectoren (bv. met de ouderenzorg, personen met een beperking). Niet alleen is de basis van het huidig financieringssysteem reeds meer dan 24 jaar oud en fundamenteel sindsdien niet meer gewijzigd, het is tevens niet geschikt voor het toekomstig concept. De huidige financiering is teveel gericht op structuurgegevens en houdt onvoldoende rekening met de zorgintensiteit en de doelgroepen. Bovendien ontbreken stimuli om samen te werken met partners buiten de sector (1<sup>ste</sup> lijn, welzijn, tewerkstelling, cultuur, wonen, onderwijs, ...).

Op 6 juli 2001 keurde de permanente werkgroep psychiatrie van de NRZV reeds een advies goed met als titel “een prospectief en programmageoriënteerd financieringssysteem” voor de psychiatrische ziekenhuisdiensten in het licht van het 2<sup>de</sup> deeladvies inzake de toekomstige organisatie en ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg. Intussen deden zich een aantal belangrijke ontwikkelingen voor in de sector geestelijke gezondheidszorg en werden zowel inhoudelijk maar ook financieel een aantal hervormingen, weliswaar grotendeels op experimentele basis, doorgevoerd. Zo werden onder meer de IB-bedden (bedden voor intensieve behandel eenheden) gerealiseerd voor de SGA-doelgroep (sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten), de projecten artikel 107 voor de doelgroep volwassenen, ... Het advies van 2001 werd dan ook zowel geactualiseerd als aangevuld rekening houdende met deze ontwikkelingen.

Omdat het nieuw concept betrekking heeft op het geheel van de geestelijke gezondheidszorg, wordt aan onderhavig advies een zo breed mogelijke invulling gegeven. Dit houdt in dat voorstellen worden geformuleerd die betrekking hebben op alle sectoren (bv. benevens de residentiële – dag+nacht of nacht, en dagplaats - ook de ambulante sector geestelijke gezondheidszorg), alle lijnen (eerste, tweede en derde lijn geestelijke gezondheidszorg) en voorzieningen, centra en diensten (bv. benevens psychiatrische diensten van psychiatrische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen en de psychosociale revalidatiecentra, ook psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, centra geestelijke gezondheidszorg, ...) die zich bezig houden met de geestelijke gezondheidszorg alsook op alle aspecten van de geestelijke gezondheidszorg zoals bv. de financiële toegankelijkheid en de medische activiteit. Deze twee laatste aspecten vormen wezenlijke aspecten van de financiering en kunnen bezwaarlijk ontbreken in een nieuw financieringssysteem. Voorstellen over domeinen waar de permanente werkgroep psychiatrie geen bevoegdheid heeft, moeten als suggesties worden beschouwd (vooral punt 4.4). De organisatie en financiering van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg dient nog verder te worden uitgewerkt. Een koppeling tussen de eerste lijn en de tweede & derde lijn mag niet ontbreken.

Om de globale benadering in de toekomst te kunnen continueren is het noodzakelijk dat bij wijziging of uitbreiding van financieringsmechanismen de algemene beginselen van het voorgestelde nieuw financieringssysteem onverkort worden toegepast. Zo zou bv. de mogelijke terugbetaling in de toekomst van de eerstelijns psychologische functie op een geïntegreerde manier moeten gebeuren door een structurele inbedding in de eerste lijn i.p.v. een volledig onafhankelijke terugbetaling op prestatiebasis via een uitbreiding van de nomenclatuur.

Het advies is een conceptueel en geen technisch advies. Het kan als basis dienen voor een verdere meer technische uitwerking. Uiteraard zal een meer technische analyse de nodige tijd vragen. Het is een concept van een prospectief en programmeergerichte financieringssysteem. De doelgroepgerichte programma's (kinderen en jongeren, volwassenen, ouderen en enkele categorale doelgroepen)<sup>i</sup> situeren zich over de verschillende zorgvormen heen (ziekenhuizen, psychosociale revalidatiecentra, ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische verzorgingstehuizen, beschut wonen, revalidatiecentra, individuele zorgverstrekkers, ...) en bestaan uit verschillende modules (intensief kortdurend, langdurige zorg, residentieel, ambulant, ...). Per module wordt in functie van een evenwichtige en objectieveerbare mix van parameters (inhoud van de zorg, patiëntenkenmerken, toezicht, ...) een budget bepaald inclusief de vergoeding voor de medische activiteit. Deze aanpak impliceert een dynamische programmering van zorgprogramma's in combinatie met de ontwikkeling van zorgcircuits en netwerken. Omdat een deel van de residentiële geestelijke gezondheidszorg verzekerd wordt door de algemene ziekenhuizen, is het belangrijk dat de nodige afstemming gebeurt met de ontwikkeling van een nieuw financieringssysteem voor de algemene ziekenhuizen. Naar analogie met de roadmap "Evolutie naar een nieuw financieringssysteem van de ziekenhuiszorg in België"<sup>ii</sup>, zou ook een roadmap voor de sector geestelijke gezondheidszorg moeten opgesteld worden of moet een voor de beide sectoren aangepaste roadmap ontwikkeld worden.

Het nieuwe financieringssysteem mag niet leiden tot besparingen, maar wel tot een doelmatig en effectief gebruik van de financiële middelen. Een financieringssysteem dat enkel besparingen beoogt, wijst erop dat de regelgeving inzake subsidiëring volledig gedetermineerd wordt door de beschikbare middelen, hetgeen een verwarring is tussen doel en middelen. Minimaal moet het huidig macrobudget dat besteed wordt aan de geestelijke gezondheidszorg door alle betrokken overheden behouden blijven. Als gevolg van het steeds maar toenemend spanningsveld tussen enerzijds de beschikbaar gestelde financiële middelen en anderzijds de stijgende zorgvraag (o.a. door de verzwaarde doelgroepen zoals drugsverslaafden, forensische psychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie, ...) en de complexer wordende zorgvraag (de verzwaarde ziekenhuispopulatie na de reconversie) zullen naast een belangrijke herschikking binnen de sector geestelijke gezondheidszorg van het bestaande budget ongetwijfeld bijkomende financiële middelen vereist zijn. Een correcte en goed onderbouwde verdeling van de financiële middelen over de verschillende modules van de zorgprogramma's is nodig om de duurzaamheid van een nieuw financieringssysteem te verzekeren. De impact van het psychisch onwelzijn op de economie is allesbehalve gering. De kostprijs zou 3,5 tot 4% van het BBP (bruto binnenlands product) bedragen. Ernstige psychiatrische aandoeningen kunnen leiden tot aanzienlijke uitgaven en verliezen voor de economie (productiviteitsverlies, ziekteverzuim, ...), de sociale zekerheid (werkloosheid, invaliditeit, kosten voor behandeling, verzorging, ondersteuning, ...), het onderwijsbeleid alsook voor het strafrechtelijke en het rechtsstelsel (kosten als gevolg van gedwongen opnames, internering, ...). Volgens de WHO zal in 2020 depressie de aandoening zijn met de grootste ziektelast uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Life Years). De DALY

berekent het gezondheidsverlies door rekening te houden met zowel de jaren verloren door vroegtijdige sterfte als de jaren geleefd met beperkingen als gevolg van de ziekte. Bij psychische aandoeningen wegen de jaren geleefd met een beperking zwaar door. Niettegenstaande de uitgesproken maatschappelijke impact van de geestelijke gezondheidsproblemen, vertegenwoordigen de uitgaven hiervoor slechts 6%<sup>1</sup> van de totale uitgaven inzake gezondheidszorg (0,62% van BBP). In tegenstelling tot de somatische zorg worden geen of nauwelijks middelen uitgetrokken voor wetenschappelijk onderzoek in de sector geestelijke gezondheidszorg.

Een uitvoering van het globale onderhavig advies geldt als een conditio sine qua non. Een beperkte uitvoering ervan door bepaalde onderdelen te schrappen of fundamenteel te wijzigen, is volgens de permanente werkgroep niet verantwoord en zou tot gevolg hebben dat het globale concept van het advies op de helling komt te staan. In die context, is een overeenkomst van de verschillende betrokken actoren op de Interministeriële Conferentie Volsgezondheid absoluut noodzakelijk..

De opdracht werd toevertrouwd aan een ad-hoc werkgroep “Financiering GGZ” met de volgende leden van de permanente werkgroep psychiatrie: R. De Rycke (voorzitter), E. Chambeau, D. Henrard, S. Hoyoux, A. Moens, I. Moens, J. Peuskens en R. Thys. De administratie werd vertegenwoordigd door P. De Bock en het secretariaat werd waargenomen door J. Holsbeek. De ad-hoc werkgroep vergaderde op 16 september 2013, 8 november 2013, 10 januari 2014 en 21 februari 2014. Het advies werd goedgekeurd door de permanente werkgroep op 19 december 2014.

Het advies werd voorgelegd aan de leden van het Bureau op 12 februari 2015. Het Bureau heeft voorgesteld om een informatiesessie te organiseren voor de leden van de twee Afdelingen (Afdeling Financiering en Afdeling Programmatie & Erkenning). Deze bijeenkomst heeft plaats gevonden op 30 maart 2015. De geïnteresseerde leden van beide afdelingen konden vervolgens deelnemen aan een gemengde werkgroep (onder het voorzitterschap van Raf De Rycke).

Het doel is dat dit advies wordt gedragen door de hele Raad.

De leden die hebben deelgenomen aan de vergaderingen van de gemengde ad-hocwerkgroep op 6 en 29 mei 2015 zijn : R. De Rycke (voorzitter), D. Bodeux, J. Bury, I. Moens, Lietar M., Tuerlinckx M., Van Brempt S., Van Tielen R., Verschoren K., Peuskens J., Van Hoorde P., Hoyoux, S., Thys R.,. Verontschuldigde leden : Hotterbeeex A; Dormont J-C.,

In een eerste punt worden enkele kritieken geformuleerd op de bestaande financieringssystemen. De voorwaarden waaraan de toekomstige nieuwe financieringssystemen moet beantwoorden, komen aan bod in punt 2. De ontwikkelingsfase op basis van een organisch groeimodel met passende financiering vormt het onderwerp van punt 3. De algemene beginselen van een prospectief en programmeoriënterd financieringssysteem worden behandeld in punt 4.

---

<sup>1</sup> Rapport 2010 van WHO

## 1. Enkele kritieken op de bestaande financieringssystemen

De huidige financiering van de exploitatie van de voorzieningen die behoren tot de sector geestelijke gezondheidszorg, beantwoordt niet langer aan de huidige behoeften en verwachtingen.

Hierna volgen een vijftal voorbeelden van kritieken. De kritieken vermeld onder de punten a en b hebben in hoofdzaak te maken met de psychiatrische ziekenhuisdiensten.

- a. De aard van de huidige financieringsregels is vrij statisch en gericht op de financiering van structuurgegevens. Het identificeren van kostenpatronen en het afstemmen van regels op deze patronen vormen de basis van het huidig financieringssysteem. Zo worden voor het verpleegkundig en paramedisch personeel per index (A, a, T, t, Sp, K, k, Tf-bedden en Tf-plaatsen, IB) personeels- en financieringsnormen toegepast zonder rekening te houden met bv. de doelgroep, de zorgnood of zorgintensiteit, ... Deze benadering is veel te ongenueanceerd. Voor vaak zeer uiteenlopende activiteiten op medisch, verpleegkundig, paramedisch en verzorgend vlak worden quasi identieke budgetten toegekend. Het nieuwe concept van voorzieningoverstijgende zorgprogramma's is daarentegen dynamisch en procesgericht. Bovendien vallen de financieringsnormen voor het personeel niet meer samen met de erkenningsnormen door allerlei maatregelen zoals de toekenning van T1- en T2-personeel n.a.v. de eerste reconversie begin de jaren '90, de toekenning van IBF-personeel, de sociale maribel. Voorts werden bijkomende middelen toegekend via onderdeel B9 van het BFM als gevolg van verschillende sociale akkoorden.
- b. Momenteel is onderdeel B1 van het verpleegdagprijsbudget van de psychiatrische ziekenhuizen nog steeds grotendeels gebaseerd op de historische kosten en opbrengsten van het dienstjaar 1979, dat als basis diende voor de laatste provisionele prijs van 1981. De betrokken historische basis is totaal voorbijgestreefd. Daarnaast willen we ook de aandacht vestigen op de onderfinanciering van het BFM (bv. het T1- en T2-personeel in onderdeel B4, en onderdeel B2) en van specifieke rubrieken buiten het BFM (bv. het IBF-personeel en sociale maribel).
- c. Volgens de ziekenhuiswet draagt de beheerder de uiteindelijke financiële verantwoordelijkheid. Ingevolge de bestaande subsidiëringreglementering worden de financiële resultaten in grote mate gedetermineerd door de overheid. Indien de financiële verantwoordelijkheid ook meer een lokale economische invulling wil krijgen, moet de beheerder nog meer dan vandaag over de mogelijkheid beschikken om het budget van financiële middelen zelf toe te wijzen op een meer flexibele wijze en op basis van lokale en maatschappelijke prioriteiten in het netwerk. De finale beslissing gebeurt door de beheerder. Om het sociaal ondernemerschap meer kansen te bieden moet het nieuw financieringssysteem minder bureaucratisch en dirigistisch zijn.
- d. Binnen de bestaande financieringsregels bestaan er weinig mogelijkheden voor ingrijpende zorgvernieuwing met een kwaliteitsverhogend resultaat. Deze kritiek sluit enigszins aan bij punt c. Het inbouwen van een grotere flexibiliteit in de aanwending van de beschikbaar gestelde financiële middelen laat innoverende initiatieven toe. « Artikel 107 » voorzien van een budgettaire garantie, is bij voorbeeld een interessante manier om al een zekere flexibiliteit mogelijk te maken in het beheer van de financiële middelen, maar de flexibiliteit ervan zou nog vergroot moeten worden, om te komen tot échte zorgprogramma's.

- e. Een vijfde kritiek heeft te maken met het disparate karakter van de financieringssystemen van de verschillende voorzieningen, centra en diensten in de sector geestelijke gezondheidszorg. Aan de basis van de niet met elkaar corresponderende financieringssystemen liggen de uiteenlopende wetgevingen en reglementeringen van de verschillende overheden waaronder de voorzieningen kunnen ressorteren (R.I.Z.I.V., Volksgezondheid, Gemeenschappen, ...).

## **2. Voorwaarden waaraan de toekomstige financieringssystemen moeten beantwoorden**

### 2.1. Specifiek karakter

De financiering van de geestelijke gezondheidszorg mag niet beschouwd worden als een afgeleide van de somatische zorg. Deze stelling houdt in dat de uitwerking van een nieuw financieringssysteem voor bv. de psychiatrische ziekenhuisdiensten niet alleen de pathologie of DRG-benadering als basis mag nemen. De sector geestelijke gezondheidszorg vraagt een geëigende aanpak die uitgaat van een organisatie en financiering volgens leeftijdsdoelgroepen

### 2.2. Kostenconformiteit

Het financieringssysteem moet principieel kostendekkend zijn en alle relevante kosten omvatten in dit met inbegrip van de dekking van de vaste kosten, deze laatste die moeten automatisch gegarandeerd worden. Relevante kosten kunnen we omschrijven als zijnde kosten die noodzakelijk zijn om een normale werking mogelijk te maken, rekening houdend met alle wettelijke en reglementaire bepalingen. De laatste jaren stellen we vast dat nieuwe wettelijke en reglementaire verplichtingen aan de voorzieningen worden opgelegd, met een ontoereikende of zelfs zonder enige verhoging van het budget tot gevolg. Zo krijgen een aantal diensten of zorgvormen (bv. K-diensten, psychiatrische verzorgingstehuizen, ..) of proefprojecten (bv. mobiele equipes in de art. 107 projecten) geen bijkomende financiering voor de toekenning van de bijzondere beroepstitels of bijzondere bekwaamheidsbewijzen in de GGZ. Deze voorwaarde impliceert ook dat werkgevers als volwaardige partners worden betrokken bij de onderhandelingen over loon- en arbeidsvoorwaarden, inzonderheid deze met een budgettaire weerslag. Het is nodig om, in die context, met het statuut van de werknemers binnen de verschillende instellingen rekening te houden bvb. pensioenen in de openbare sector.

### 2.3. Harmonisatie subsidiëringstechnieken

De toepassing van dit principe houdt in dat dezelfde zorg, aangeboden door diverse aanbieders, op dezelfde wijze moet gefinancierd worden. Vergelijkbare modules moeten gelijk gefinancierd worden ongeacht de plaats of actor. Men moet, op dit niveau, met de

specifieke context van het algemene ziekenhuis rekening houden versus het psychiatrisch ziekenhuis; immers in een algemeen ziekenhuis, verschilt het soort kosten (betreffende de zorg en andere kosten) van het psychiatrisch ziekenhuis). Zo mag er bv. geen verschil zijn in de financiering tussen een vergelijkbare module ongeacht de zorgvorm of –instantie (psychiatrisch ziekenhuis, A-dienst in een algemeen ziekenhuis, CGG, ...) Aan dit principe dient de voorwaarde te worden gekoppeld dat de opgelegde erkenningsnormen worden gerespecteerd, inclusief het bereiken van kwaliteitsnormen (cf. punt 2.4). Voor specifieke opdrachten en taken (bv. de permanentie van expertise 24/24, de spoeddiensten, ...) moeten er specifieke financieringen worden voorzien.

#### 2.4. Beheersvrijheid gekoppeld aan kwaliteitsnormen

Beheersvrijheid houdt in dat de beheerder de financiële middelen zelf moet kunnen alloceren binnen de eigen voorziening, centrum of dienst en in afstemming met het netwerk. Op die wijze wordt aan de financiële verantwoordelijkheid van de beheerder ook een meer economische invulling gegeven. We citeren in dit verband artikel 16 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen: “De algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit op het vlak van organisatie en de werking alsook op het financiële vlak ligt bij de beheerder”. We verwijzen hiervoor naar de kritieken verwoord onder hoofdstuk 1, punt c en d. Het accent moet hierbij liggen op een deskundig en doelmatig beheer dat leidt tot een verhoogde kwaliteit. Beheersvrijheid mag geen synoniem worden voor een vermindering van kwaliteit. Onderconsumptie kan vermeden worden door in de opdrachtsbeschrijving van elke module elementen op te nemen i.v.m. de vereiste patiëntenkenmerken, de activiteitsparameters, de proceskenmerken van de te realiseren zorg evenals de kwaliteitsnormen die moeten gerespecteerd worden. Er moet ook steeds voldaan worden aan het tot in elk van de modules voorziene personeelskader.

#### 2.5. Prospectieve basis

In alle sectoren van de gezondheids- en welzijnszorg is er een duidelijke evolutie van een retrospectieve (historische kosten, open macro budget, zorgverstrekkers bepalen de omvang van de uitgaven) naar een prospectieve financiering (normatieve kosten per module) en een gesloten macrobudget<sup>iii</sup>. Prospectieve financiering of budgetfinanciering past in een filosofie van responsabilisering of de versterking van het middenveld (zorgaanbieders). De overheid gaat meer op afstand sturen, hetgeen aansluit op veranderde maatschappelijke patronen.

We stellen ook vast dat in de betrokken sectoren een zoektocht aan de gang is met het oog op responsabilisering van de verschillende actoren. Een prospectief systeem kadert volledig binnen het responsabiliseringsprincipe. Voor de overheid betekent zo'n systeem dat het budget beheersbaar blijft. Het is een instrument om de toekomstige betaalbaarheid te blijven waarborgen. Voor de zorgaanbieders en -verstrekkers bevordert dit systeem het kostenbewustzijn. Er worden automatisch prikkels ingebouwd om de middelen doelmatig aan te wenden en de kosten af te wegen; en in het bijzonder, de marginale kosten. Een prospectief systeem houdt het risico in dat op een bepaald ogenblik de overheid een lineaire vermindering gaat doorvoeren. Het is dan ook noodzakelijk om in het nieuwe systeem een aantal garanties in te bouwen met het oog op het voorkomen van dergelijke lineaire verminderingen op de budgetten van financiële middelen van de voorzieningen.

Verder moet het prospectief systeem gezien worden in combinatie met de volgende principes:



- Vrije keuze van de patiënt

Hiermede wordt bedoeld dat de psychiatrische patiënt de keuze heeft voor het aanspreken van een overlegd geïndividualiseerd behandelingsplan met de verschillende zorgverleners van het netwerk. De patiënt heeft ook een vrije keuze van netwerk.

- Zorgplicht van de zorgaanbieders

In een prospectieve financiering moet erover gewaakt worden dat bepaalde patiënten of bewoners niet zouden geweigerd worden zonder geldige alternatieven binnen hun regio. Er is daarom nood aan voldoende financiering en een voldoende gedifferentieerd zorgaanbod. De zorgplicht is de verantwoordelijkheid van de partners van het netwerk. Ze moet ook gekoppeld zijn aan een financiële dekkinggarantie voor de gerechtvaardigde kosten.

- Acceptatieplicht door de verzekeringsinstellingen

De psychiatrische patiënten moeten in een prospectief en programmeoriënteerd systeem kunnen rekenen op een vlotte toegang tot de verzekeringsinstellingen. In deze context pleiten we voor de doelgroep geïnterneerden voor het behoud van het verzekeringsstatuut of een vlotte overgang.

- Geen toepassing van een commerciële benadering soort

Eén van de grote voordelen van het huidig gezondheidssysteem, meer bepaald de grote toegankelijkheid voor elke patiënt, mag niet verloren gaan. Psychiatrische zorg kan en mag het voorwerp niet vormen van de klassieke marktmechanismen van vraag en aanbod, maar moet ingebed zijn in een maatschappelijk en politiek kader met een regulerend optreden van de overheid. Het afwijzen van de klassieke marktmechanismen impliceert niet dat ook de responsabilisering wordt afgewezen. Elke EURO die wordt uitgegeven, ook in de geestelijke gezondheidszorg, vraagt responsabilisering en gegrondheid.

#### 2.6. Duidelijke en eenvoudige regelgeving met rechtszekerheid voor meerdere jaren

Een nieuw financieringssysteem mag niet uitmonden in een complexe regelgeving. Een dergelijke regelgeving kan vermeden worden door vooraf het instellingsbudget vast te stellen met de bijbehorende budgetgarantie en door vooraf voor elke behandelmodule de prijs en personeelskaders vast te stellen. De keuze van een behandelmodule veroorzaakt niet automatisch een hoger budget. De instelling moet zorgintensiteit en volume binnen het vooraf vastgesteld en gewaarborgd budget in balans houden. Duidelijkheid en eenvoud staan borg voor transparantie en voorkomen ook een achterstand in de behandeling van de dossiers door de Administratie.

De regelgeving m.b.t. de financiering van de behandelmodules en zorgprogramma's mag niet elk jaar veranderen maar moet voor meerdere jaren gelden. Deze termijn dient afgestemd te worden op de termijnen die gelden voor inspectie, visitatie, accreditering, convenanten, ... Dit kan verholpen worden door het afsluiten van een overeenkomst voor een redelijke, vooraf

bepaalde periode voor elke module. Op die manier kan de beheerder ook een meer strategisch beleid voeren.

Op basis van dit principe is de permanente werkgroep psychiatrie voorstander van het zoveel mogelijk vermijden van herzieningen ex post van het budget van financiële middelen.

### 2.7. Snelle vereffening

In de brede context van het financieringssysteem moet men ook de nodige aandacht kunnen schenken aan een herziening van de vereffeningsmodaliteiten. Enerzijds moet de huidige achterstand in de betaling van de inhaalbedragen worden weggewerkt. Anderzijds pleit de permanente werkgroep 'psychiatrie' voor een vereffening van het volledige BFM in budgettaire twaalfden.

## **3. Ontwikkelingsfase op basis van een organisch groeimodel met passende financiering**

Vanzelfsprekend kan niet van vandaag op morgen het nieuw concept voor de geestelijke gezondheidszorg geïmplementeerd worden. Onder meer via de proefprojecten artikel 107 moet ervaring en deskundigheid worden opgebouwd en zullen geleidelijk aan zorgcircuits rond doelgroepen en netwerken zich ontwikkelen. Op een gefaseerde wijze zal een programmatie van zorgprogramma's moeten voorbereid worden alsook een beschrijving per module van alle elementen van de behandelnoten, de zorgenheid, de zorgfuncties en de modus. De beschrijving van de modules vormt tevens de basis voor de toekomstige financiering. De kostenstructuur van de modules die toch wel een andere oriëntatie geven aan het zorggebeuren, zal per definitie verschillend zijn van de bestaande kostenpatronen. Deze aanpak houdt niet in dat moet gewacht worden op het eindresultaat van de nieuwe programmatie van zorgprogramma's om te starten met een nieuw financieringssysteem. De toepassing ervan kan onmiddellijk ingang vinden wanneer zorgprogramma's tot stand komen.

De toewijzing van instellingsoverstijgende zorgprogramma's en modules zal moeten verlopen per werkingsgebied<sup>2</sup> op basis van programmatiecriteria. De bestaande programmatiecriteria per dienst zijn achterhaald. Programmeren per dienst veronderstelt daarenboven dat de diensten ondubbelzinnig van elkaar kunnen gescheiden worden. In de praktijk is deze scheiding niet zo eenduidig en vinden er vaak interne transfers plaats. Alle psychiatrische voorzieningen, centra en diensten (ambulante, semi-residentiële, intramurale en transmurale) moeten vanuit een gemeenschappelijke visie in hun globaliteit worden gepland. De behoeften aan psychiatrische zorgverlening moeten de basis vormen van een nieuwe dynamische programmatie. Een programmatie van zorgprogramma's houdt inherent ook een programmatie van modules in functie van de noden, de epidemiologische kenmerken van de populatie en het beschikbare aanbod. Momenteel zijn er onvoldoende epidemiologische gegevens beschikbaar. Het is belangrijk om pistes te vinden om wetenschappelijk onderzoek te ontwikkelen en te stimuleren in de sector van de geestelijke gezondheidszorg, een noodzakelijke voorwaarde voor een goed onderbouwd beleid. Een coherente aanpak van de planning wil ook zeggen dat de voorzieningen met een R.I.Z.I.V.-conventie alsook de niet-geconventioneerde crisisinterventiecentra en therapeutische gemeenschappen<sup>iv</sup> geïntegreerd

---

<sup>2</sup> "werkingsgebied": definitie infra in deze tekst (punt 3.2.1 bladzijde 12)

moeten worden binnen het geheel van de zorgcircuits en zorgprogramma's conform de vigerende normen voor deze zorgprogramma's. Voor de residentiële sector kan hierbij gebruik gemaakt worden van de klassieke gebruiksindicatoren: de prevalentie en incidentie van psychiatrische aandoeningen vertaald in opnamefrequentie of het aantal opgenomen patiënten per 1.000 inwoners, de gemiddelde verblijfsduur en de gewenste bezettingsgraad. Voor de ambulante sector zullen andere en meer specifieke indicatoren moeten gekozen worden (bijvoorbeeld de wachttijden). Daartoe moet men gebruik kunnen maken van betrouwbare registraties<sup>3</sup>, Belgische en internationale informatiebronnen, de resultaten van wetenschappelijk onderzoek,... De programmatie zal veel minder dan nu in bedden of plaatsen moeten uitgedrukt worden. Voor bepaalde modules zal de programmatie vertaald worden in bv. aantal behandelingen.

Een nieuwe programmatie kan aanleiding geven tot een herschikking van het huidige landschap van de psychiatrische zorgverlening met zich meebrengen. Een mogelijk overaanbod in bepaalde werkingsgebieden kan een aanzet betekenen tot een afbouw, substitutie, intensifiëring of herallocatie van bedden. Er kan ook gedacht worden aan een inplanting in een ander werkingsgebied met een onderaanbod.

Bepaalde modules in een zorgprogramma voor een specifieke doelgroep zullen wegens hun lage grond van frequentie slechts zeer beperkt moeten aangeboden worden en zullen een supraregionaal karakter kennen.

In de overgangperiode moeten ook nog een aantal historisch gegroeide en fundamentele tekorten worden weggewerkt, ten einde een uitgangssituatie te scheppen om de voorzieningen met succes te laten evolueren van een voorzieningen georiënteerde uitbouw naar een geestelijke gezondheidszorg gebaseerd op zorgprogramma's voor doelgroepen. Het gaat dan ook over voorwaardenscheppende aanpassingen die noodzakelijk zijn voor de realisatie van het toekomstige financieringssysteem (cf. punt 2 van dit advies).

Een kritische succesfactor voor zowel het toekomstig concept als voor het nieuw financieringssysteem zijn afspraken via protocolakkoorden tussen het federaal overheidsniveau, de gemeenschappen en de gewesten over de concretisering van dit advies.

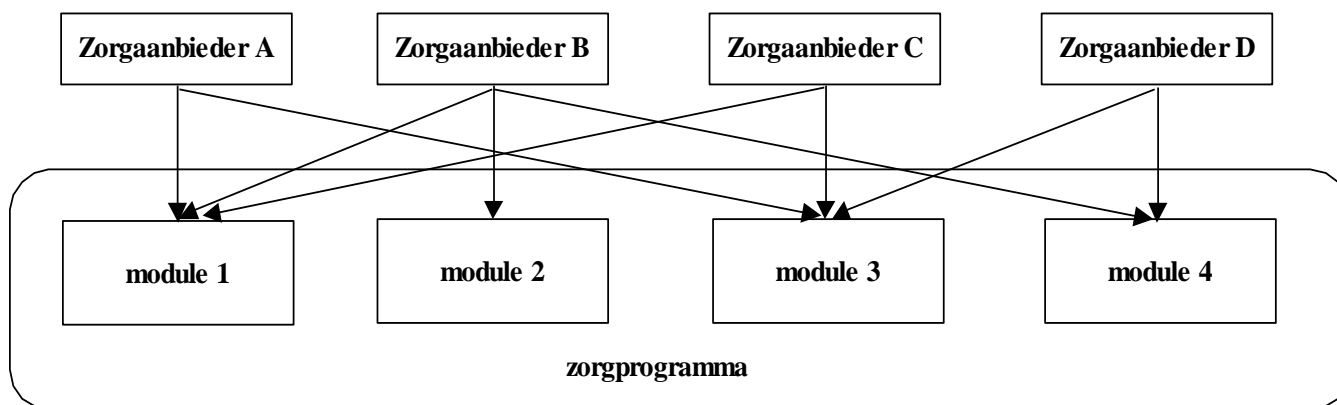
### 3.1. Zorgvernieuwingsprojecten

Aan alle actoren in de geestelijke gezondheidszorg moet via zorgvernieuwingsprojecten de mogelijkheid worden geboden om zowel naar inhoud als naar vorm vernieuwingen op te zetten met het oog op het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening.

Voor alle toekomstige zorgvernieuwingsprojecten moeten vooraf duidelijke afspraken gemaakt worden over de organisatie, duur, evaluatie en financiering. De proefprojecten dienen te worden ingebed in een functioneel netwerk binnen een werkingsgebied. De organisatie van de proefprojecten moet kunnen rekenen op voldoende flexibiliteit in de wet- en regelgeving. In principe mag de looptijd maximaal drie jaar bedragen met de mogelijkheid van een éénmalige verlenging met drie jaar. Een redelijke termijn voor het verstrijken van de einddatum moet een goed onderbouwde evaluatie perspectief bieden op het al of niet structureel maken van het project met een algemene dekkingsgraad van alle zorgnoden. Tijdens de looptijd dienen de proefprojecten correct te worden gefinancierd met indexering.

---

<sup>3</sup> Zie infra punt 4.3.c.



Ingeval van structurele erkenning moet de financiering afgestemd worden op de principes van onderhavig advies en in afwachting hiervan op basis van de reële kosten.

### 3.2. Geleidelijke ontwikkeling van zorgcircuits en netwerken

#### 3.2.1. Verwachtingen naar een aantal actoren (overheden, overlegplatforms en zorgaanbieders)

Aan de basis van de geleidelijke ontwikkeling van zorgprogramma's en netwerken liggen zowel de bevoegde overheden, de zorgaanbieders als de overlegplatforms. Het initiatief moet verder blijven uitgaan van de bevoegde overheden, aan de hand van onontbeerlijke samenwerking en overleg tussen federale en gefedereerde entiteiten, onder de vorm van proefprojecten en een formele opdracht aan de zorgaanbieders om zorgcircuits rond één of meer doelgroepen in een werkingsgebied te ontwikkelen via netwerken. Concreet wordt gepleit voor de continuering en uitbreiding van pilootprojecten voor volwassenen in combinatie met verruiming naar de doelgroepen kinderen & jongeren<sup>4</sup> en ouderen. Na een positieve evaluatie moet een reguliere erkenning en financiering volgen. De zorgaanbieders zullen belangrijke strategische keuzes moeten maken omtrent partners, werkingsgebied, doelgroepen en modules van voorzieningoverstijgende programma's. Deze opdracht dient te worden uitgevoerd binnen een vooraf te bepalen termijn die nuttig en nodig is om zorgcircuits en netwerken via een organisch proces te realiseren. Voor de aan het zorgcircuit participerende voorzieningen, centra en diensten zullen de klassieke beheers- en bestuursorganogrammen moeten gecombineerd worden met het bestuur van de zorgaanbieder en het bestuur van het netwerk. Het onderstaand schema maakt duidelijk dat diverse zorgaanbieders samen een of meer modules aanbieden die samen een zorgprogramma vormen. Om dit te realiseren zal naast het bestuur van iedere zorgaanbieder ook een netwerkbestuur zich opdringen.

Diverse netwerkmodellen of -types kunnen onderscheiden worden in functie van rechtspersoonlijkheid (al of niet een aparte rechtspersoon), inzet van middelen (materiële, financiële en personele middelen) en de aansturing of regie (alle partners samen, enkele partners, 1 partner of een derde onafhankelijke instantie). Het initiatiefrecht voor het bepalen van het netwerkmodel of -type ligt bij de zorgaanbieders met als streefdoel een goed evenwicht tussen autonomie en samenwerking.

Op strategisch niveau zullen hoe dan ook afspraken moeten gemaakt worden over de wijze waarop zowel inhoudelijk als organisatorisch het zorgcircuit zal uitgebouwd worden. Alle concrete afspraken inzake het netwerk (werkingsgebied, verdeling van de modules van het

<sup>4</sup> Gids "naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren".

zorgprogramma over de participerende zorgaanbieders, middelen die zullen ingezet worden, wijze van samenwerking, coördinatie en supervisie, ...) worden opgenomen in een netwerkovereenkomst. Zeker wanneer mensen en middelen door verschillende zorgaanbieders samen moeten ingezet worden in het kader van intermediaire modules (bv. psychiatrische zorg in de thuissituatie van de patiënt), zullen specifieke afspraken van juridische, financiële en sociaal-rechtelijke aard moeten gemaakt worden. Ook in het licht van financiële verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt.

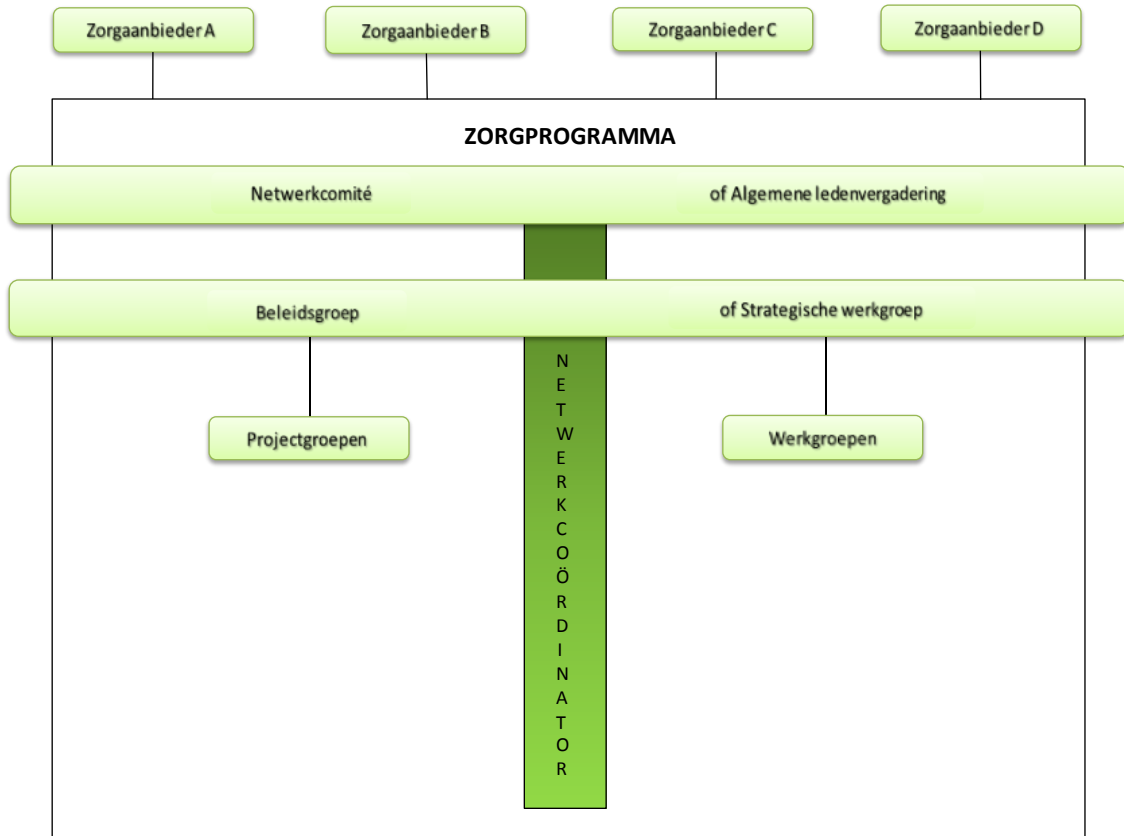
Hierbij stelt zich de vraag op welke wijze werkingsgebieden afgebakend kunnen worden afhankelijk van de doelgroep. Theoretisch kan een keuze gemaakt worden uit diverse soorten werkingsgebieden: de gemeenschappen, gewesten, de provincies, de zorgregio's, de bestuurlijke arrondissementen, sociodemografische regio's, ... De 5 cumulatieve criteria voor de afbakening van een werkingsgebied zijn:

- aanwezigheid van voldoende gedifferentieerd zorgaanbod in functie van de zorgnoden, rekening houdend met prevalentie en incidentie
- sociologisch aaneensluitend geheel van steden en gemeenten rekening houdend met regionale eigenheden, ...
- een evenwichtige spreiding en optimale toegankelijkheid van het zorgaanbod
- de reeds bestaande samenwerkingspatronen
- regionale context en specificiteit (bv. wetgeving en instructies).....

De som van alle werkingsgebieden moet finaal het grondgebied van België volledig dekken voor elke doelgroep.

De regio's zullen sowieso verschillen in functie van de (sub)doelgroepen gaande van (sub)doelgroepen die nagenoeg in elke regio voorkomen tot (sub)doelgroepen die een supraregionaal karakter kennen.

Bij een functionele samenwerking ontstaat een organisatienetwerk waarbij duidelijke afspraken moeten gemaakt worden op het vlak van verantwoordelijkheden (bijvoorbeeld leiding, eigendom, ...) en de daaruit volgende aansprakelijkheden. De klassieke afdelings- en departementsgerichte organisatiestructuren voldoen niet meer. De zorgopdracht binnen een zorgcircuit zal georganiseerd worden uitgaande van complete processen die zich finaal vertalen in een soort matrixstructuur: de verticaal dienstgebonden organisatiestructuur zal gecombineerd moeten worden met een horizontale interdisciplinaire en intersectorale aanpak. Een praktische toepassing hiervan vinden we bijvoorbeeld terug in de organogrammen van de netwerken in het kader van de art. 107 projecten. De volgende figuur stelt een matrixorganisatie voor. Een dergelijke organisatievorm kan finaal uitmonden in een volledige "kanteling" met een overkoepelende rechtspersoon.



Het netwerkcomité of de algemene ledenvergadering zou uit alle actoren bestaan, inclusief de vertegenwoordigers van de partners uit de eerste lijn, of zelfs van patiëntenorganisaties en/of familieleden, ... Dit orgaan is vergelijkbaar met een algemene vergadering op vzw-niveau. De beleidsgroep of strategische werkgroep situeert zich op het beheersniveau en is vergelijkbaar met de raad van bestuur van een voorziening, centrum of dienst. De project- en/of werkgroepen situeren zich meer op het operationele niveau.

Additionele middelen zijn vereist voor de financiering van bijkomende kosten (coördinatie, overleg, registratie, procesbegeleiding, evaluatie, ...). We verwijzen hierbij naar de additionele middelen die worden toegekend aan de proefprojecten art. 107 voor volwassenen (€ 100.000 voor de loon- en werkingskosten van de netwerkcoördinator en € 400.000 voor de werkingskosten van het netwerk).

Een belangrijke vraag is of de financiële middelen voor de financiering van de modules in de toekomst rechtstreeks aan de zorgaanbieders zullen worden toegekend of rechtstreeks aan het netwerk. Met deze vraag bedoelen we niet de modaliteit of techniek van financieren (cf. de financieringsmodaliteit van de overlegplatforms via het BFM van een psychiatrisch ziekenhuis), maar wel de instantie die recht heeft op de middelen. In de mate dat binnen het samenwerkingsverband de zorgaanbieders hun juridische en financiële onafhankelijkheid behouden, zullen de financiële middelen rechtstreeks aan de zorgaanbieders worden toegekend (cf. punt 4.3 en het schema "Directe financiering van de zorgaanbieders op basis van de aangeboden modules"). Deze visie mag niet gezien worden vanuit een behoudsgezinde financiële machtspositie. Er kunnen meerdere argumenten worden aangehaald om de directe financiering te verantwoorden. Op de eerste plaats gaat het over een financiering van modules die gerealiseerd worden door individuele zorgaanbieders. Verder beletten de uiteenlopende wetgevingen en reglementeringen inzake financiering van

de verschillende overheden waaronder de voorzieningen kunnen ressorteren een centrale benadering op netwerk niveau (cf. vijfde kritiek onder punt 1). Een ander argument situeert zich meer in de sociale context. Werknemers en hun syndicale organisaties sturen er niet op aan om alle bestaande arbeidsaspecten in functie van een centrale financiering te uniformiseren. Een centrale financiering zal in de praktijk moeilijk realiseerbaar zijn zonder een vergaande bestuurlijke samenwerking. Aangezien de meeste voorzieningen betrokken zullen bij meerdere zorgcircuits en netwerken zal er een vermenigvuldiging ontstaan van nieuwe rechtspersonen. De ervaring met de initiatieven beschut wonen leert ons dat een dergelijke ontwikkeling niet echt wenselijk is. Tenslotte willen we ook nog wijzen op het algemeen gangbaar principe dat de betaling in principe moet gebeuren aan de instantie die instaat voor de zorgprestaties (cf. punt 4.3). Uiteraard behouden de zorgaanbieders die deel uitmaken van een netwerk de vrijheid om hun financiële middelen geheel of gedeeltelijk samen te brengen en hiervoor passende juridische constructies uit te zoeken. Zoals reeds eerder aangestipt kunnen bijkomende financiële middelen voor de financiering van de meer coördinerende opdrachten wel direct aan het netwerk worden toegekend.

### 3.2.2. Budgetgarantie

Als gevolg van de bestaande onduidelijkheid over de via de overeenkomsten vast te leggen inhouden van modules en daarbij horende financiële middelen, zullen de zorgaanbieders zich niet vlug engageren om een bepaald deel van hun huidige micro budgetten aan te wenden voor de financiering van zorgvernieuwingsprojecten of in te zetten in een netwerk voor het realiseren van één of meer functies. Zo zal ook een arts zijn medische opdracht niet willen verminderen in een voorziening om de functie van beleidsarts in een mobiele equipe op te nemen zonder garantie dat zijn inkomen niet zal dalen. Deze onzekerheden kunnen weg genomen worden door het garanderen van de huidige budgetten, zowel op niveau van de zorgaanbieders en de zorgverstrekkers of op het niveau van het netwerk. Deze budgetgarantie moet aangehouden worden tot en met de volledige realisatie van zorgcircuits en netwerken. De bestaande microbudgetten waarover de zorgaanbieders momenteel beschikken moeten dan ook beschouwd worden als een bron van financiële middelen waarbinnen de zorgaanbieders de modules die zij wensen op te nemen dienen te financieren. Elke zorgaanbieder zal uit de huidige middelen kunnen putten om de kosten van de modules te dekken. De microbudgetten worden aan de zorgaanbieders ook maar verder gewaarborgd voor zover ze op een dynamische wijze aan zorgvernieuwing doen en zich inpassen in de uitgetekende zorgcircuits en één of meer modules op zich nemen. De keuze van modules die recht geven op een hogere personeelsomkadering dan deze gefinancierd in het huidig microbudget zullen moeten leiden tot een hoger microbudget voor zover dit ook voorzien is in de betrokken overeenkomsten met de overheid. We denken dan onder meer aan de modules m.b.t. sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten, forensische patiënten, ... Voor een aantal andere modules zal er eerder een verschuiving plaatsvinden tussen volume en intensiteit van zorg binnen het bestaande microbudget.

Na deze realisatie ontstaat een nieuwe budgetgarantie conform de principes van een prospectief en programmeoriënterd financieringssysteem.

### 3.3. Enkele noodzakelijke voorafgaande correcties op financieel vlak

Om de invoering van een prospectief en programmeoriënterd financieringssysteem in de beste omstandigheden te laten verlopen, moeten de financiële middelen die nodig zijn voor de

implementatie ervan worden voorzien: dat veronderstelt de voorafgaandelijke schrapping van de onderfinancieringen in en buiten het BFM, die werden aangehaald in punt 1.b. hierboven, en de toekenning aan de actoren van een budgettaire garantie over meerdere jaren.

Een andere te ondernemen stap in het kader van de geleidelijke realisering van zorgcircuits en netwerken slaat op de harmonisering van de remgelden bij gebruik van een zelfde behandelmodule. De grote verschillen op het vlak van remgelden tussen de voorzieningensoorten binnen de sector geestelijke gezondheidszorg kunnen financiële barrières veroorzaken die een continuüm van zorgverlening en een samenhangend hulpaanbod in de weg staan. In dit verband willen we verwijzen naar de steeds maar groeiende gezondheidskloof in ons land. Almaar meer mensen stellen het gebruik van gezondheidszorg uit om financiële redenen (tot 42% bij de laagste inkomensgroepen in Brussel). De Belgische geestelijke gezondheidszorg wordt gekenmerkt door vrij statisch organisatorische en financiële grenzen tussen de verschillende aanbieders, waardoor het moeilijk is om de diverse elementen van het aanbod van deze afzonderlijke aanbieders te combineren tot een voor de cliënten op maat gesneden hulpaanbod. Een aanbod onder de vorm van zorgprogramma's gaat uit van een andere ordening en organisatie met een grotere flexibiliteit en samenhang als streefdoelen. In de evolutie van taakgerichte organisatie naar een procesgerichte benadering, moet ook de financiering volgen. Het beleid inzake remgelden dient op deze evolutie geënt te worden. Finaal gezien mag de keuze van de patiënt en/of van de zorgaanbieder enkel ingegeven worden door de vraag welk zorgaanbod het best aan zijn/haar zorgnoden beantwoordt. Mogelijke precaire financiële inkomensposities mogen de toegang tot de meest geschikte voorzieningen niet verhinderen.

Een laatste noodzakelijke maatregel houdt verband met de financiering van de medische activiteit. Als aanzet naar een globale opdrachtfinanciering is het wenselijk ook de medische honoraria te waarborgen.

#### 3.4. Protocolakkoorden tussen bevoegde overheden

Het bestaan van niet-homogene bevoegdheidspakketten voor de Belgische gezondheidszorg in het algemeen en voor de geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder, kan een belemmering inhouden voor de implementatie van zorgcircuits en netwerken alsook voor een nieuwe financieringstechniek voor de ganse sector van de geestelijke gezondheidszorg. Protocolakkoorden via interministeriële conferenties met vertegenwoordiging van de bevoegde federale overheid, gemeenschaps- en gewestoverheden zullen in de toekomst nodig blijven. Er kan maar vooruitgang geboekt worden inzake de verdere hervorming van de sector geestelijke gezondheidszorg indien alle betrokken overheden ook de basisbeginselen van een nieuw financieringssysteem volledig onderschrijven en bereid zijn om in het kader van een gefaseerde implementatie akkoorden daarover af te sluiten.

Een afstemming tussen de regelgevingen inzake financiering van de diverse betrokken overheden mag als één van de belangrijkste kritische succesfactoren bestempeld worden voor een nieuw prospectief en programmegeoriënteerd financieringssysteem<sup>v</sup>. Het is ook belangrijk om nauw toe te zien op de specifieke afstemming van het beleid van de verschillende overheden op het vlak van infrastructuur.



#### 4. Algemene beginselen van een prospectief en programmageoriënteerd financieringssysteem

Voor het toelichten van de algemene beginselen maken we het onderscheid tussen de infrastructuurkosten en financiële lasten, de bedrijfsfinanciering, de zorgfinanciering, de financiering van de medische activiteit en de persoonsvolgende financiering.

##### 4.1. Infrastructuurkosten (afschrijvingen, financiële lasten en aanloopkosten)

In een zorgopdracht zijn diverse componenten aanwezig zoals wonen, behandeling, verzorging, begeleiding, ... waarvan de kosten gedeeltelijk of geheel ten laste vallen van de gebruikers van de zorg. Zo is er voor de psychiatrische diensten een persoonlijke tussenkomst in de verpleegdagprijs zonder specificatie voor welke component. In de psychiatrische verzorgingstehuizen wordt er een strikte scheiding gemaakt tussen de hotelkost en de verzorgingskost. De eerste kost valt volledig ten laste van de bewoner. In de praktijk resulteert dit in de aanrekening van deel A (onder de vorm van een inhaalbedrag via onderdeel C2) en onderdeel B1 van de opnemingsprijs aan de bewoners.

Overeenkomstig de 6<sup>de</sup> staatshervorming wordt de financiering van de infrastructuurkosten van de ziekenhuizen (onderdeel A1 en C1 van het BFM) overgedragen naar de gemeenschappen en gewesten, met uitzondering van het forfait informatica.

In het licht van een nieuw financieringssysteem voor de geestelijke gezondheidszorg is het aangewezen dat de infrastructuurkosten over de verschillende zorgvormen heen zoveel mogelijk volgens dezelfde criteria worden gefinancierd. Momenteel bestaan verschillende financieringssystemen al naargelang de zorgvorm (psychiatrisch ziekenhuis, CGG, psychosociaal revalidatiecentrum, ...). De kans bestaat dat als gevolg van de 6<sup>de</sup> staatshervorming de variëteit aan financieringssystemen nog zal toenemen. Elke gemeenschap en gewest kan een eigen financieringssysteem ontwikkelen. De inzet van financiële middelen zal uiteraard afhangen van de budgettaire mogelijkheden van de gemeenschappen en gewesten alsook van de prioriteiten en specifieke accenten die ze zullen leggen.

Bij het uitwerken van een financieringssysteem voor de infrastructuurkosten moeten we rekening houden met een aantal ontwikkelingen en evoluties in het psychiatrisch zorglandschap zoals:

- Er zal in de toekomst waarschijnlijk meer psychiatrische zorg op ambulante wijze en in de thuissituatie of thuisvervangende situatie moeten worden aangeboden. Onder voorbehoud van de evaluatie van de behoeften, zal er ongetwijfeld minder residentiële bedcapaciteit nodig zijn. Grootschalige voorzieningen zullen waarschijnlijk evolueren naar kleinschaliger entiteiten. Tegelijkertijd zou er zich ook een nieuwe nood aan infrastructuur voor de diverse ambulante zorgvormen (revalidatiecentra, CGG, dagziekenhuis, mobiele teams, ...) moeten voordoen.
- Het ontwikkelen van horizontale en verticale zorgprogramma's en netwerken zal consequenties met zich meebrengen op infrastructureel niveau. Een meer complementaire en geïntegreerde werking zal verschuivingen met zich meebrengen

van (sub)doelgroepen en mogelijk leiden tot schaalvergroting, samenwerking en mogelijk fusies.

- Het toekomstig concept van de psychiatrische zorgverlening zal aanleiding geven tot meer expertisecentra (gespecialiseerde centra voor specifieke (sub)doelgroepen).
- Het belang van informatica zal ook in het psychiatrisch zorggebeuren toenemen. Hardware en informatica-architectuur moeten naadloos geïntegreerd worden in de infrastructuur.

Met het oog op een zo'n uniform mogelijk financieringssysteem voor de infrastructuurkosten worden de volgende criteria voorgesteld:

- Intrestlasten dienen omwille van de volgende redenen op reële basis te worden vergoed:
  - De rente is sterk afhankelijk van het rentepercentage op het moment van de afsluiting van de investeringslening, de looptijd, het herzienbaar karakter, de overheidswaarborg en de solvabiliteit van de ontleners.
  - De hoegrootheid van de intrestlasten is afhankelijk van de rente, de looptijd en de verhouding tussen het ingezette eigen vermogen en het opgenomen vreemd kapitaal.
- De basiskost voor investeringskosten moet zoveel mogelijk gewaarborgd zijn ongeacht het activiteitsniveau. Het is maar normaal dat de beheerder, die het risico neemt om diensten op te richten binnen het wettelijk en reglementair kader, ook de kosten van infrastructuur kan recupereren.
- De bijdrage van de patiënt aan de infrastructuurkosten dient gelinkt te worden aan het onderscheid tussen niet-woonvervangende en woonvervangende infrastructuur. In geval van niet-woonvervangende infrastructuur (psychiatrische ziekenhuizen, CGG, psychosociale revalidatiecentra, ...) moeten de patiënten in principe niet tussenkomen in de kosten voor infrastructuur. Enkel indien boven de basiszorg extra comfort wordt aangeboden door het betrekken van een individuele kamer, mag een kamersupplement worden aangerekend. De infrastructuurkosten in geval van woonvervangende infrastructuur vallen ten laste van de bewoners (bijvoorbeeld de woningen in de initiatieven beschut wonen, de psychiatrische verzorgingstehuizen, ...). Voor deze kosten kunnen solidariseringsprincipes van toepassing zijn zoals nu reeds het geval voor de bewoners van de psychiatrische verzorgingstehuizen. Er moet bijzondere aandacht worden besteed aan de mogelijke bijdrage van de patiënten in een moeilijke financiële situatie (verzekeren van de toegang tot adequate zorg).
- 
- Voor nieuwbouw moet de financiering uitgaan van objectieve parameters met toepassing van normen (bijvoorbeeld plafond per vierkante meter).
- De grote onderhoudswerken en herconditioneringswerken kunnen op basis van een life cycle benadering op een forfaitaire wijze worden vergoed.

#### 4.2. De bedrijfsfinanciering

In het kader van een prospectief en programmageoriënteerd financieringssysteem is het belangrijk om :

- De gerechtvaardigde kosten die gedekt moeten worden te definiëren en te berekenen, of het nu gaat om de vaste en variabele kosten voor de logistieke en administratieve

diensten van onderdeel B1, of om de kosten in verband met de eigenlijke zorg van onderdeel B2 (zie punt 4.3. infra), in verband met de modules en programma's.

- De specifieke opdrachten, taken en kosten identificeren (bij voorbeeld gekoppeld aan het statuut van de werknemers, aan opdrachten van het universitaire type, aan functies voor de permanentie van expertise 24/24, urgentiefunctie, somatische liaisonfunctie, opleiding, onderzoek, onderwijs, ...), waarvoor een afzonderlijke financiering vereist is.
- Rekening houden met de specifieke context van het algemeen ziekenhuis, ten opzichte van het psychiatrisch ziekenhuis, op het vlak van functies en kosten.
- De financieringen toevoegen die bestemd zijn voor de coördinatie en de dekking van de werkingskosten van het netwerk of de netwerken.
- De overstap naar een andere financieringswijze doorvoeren op een manier die harmonieus, realistisch en voor alle instellingen aanvaardbaar is.

De nieuwe regels die opgesteld moeten worden om de vaste en variabele gerechtvaardigde kosten voor de logistieke en administratieve diensten te dekken, moeten gebaseerd zijn op parameters die een onderscheid maken tussen de verschillende elementen waaruit die kosten bestaan.

#### 4.3. De zorgfinanciering

Dit onderdeel slaat op de klinische of patiëntgebonden activiteiten. Voor de psychiatrische ziekenhuisdiensten is dit vergelijkbaar met het huidige onderdeel B2 van het budget van financiële middelen dat de zorg financiert. Zoals reeds werd aangestipt in de inleiding dienen zich nieuwe vormen van zorg (bv. opname vervangende behandeling) en een nieuwe organisatie (bv. netwerkvorming) aan, die tevens een aangepaste financiering vragen.

De omschrijving van het zorgproces kan onder meer gebeuren op basis van:

- de kennis van de aard van de aandoening;
- de zorgbehoeften;
- de effectief verstrekte zorgen;
- de duur van de behandeling;
- modules gekoppeld aan een zorgprogramma.

Bij het uitwerken van een financieringssysteem kunnen één of meerdere van deze elementen de vertrekbasis vormen. Voor de financiering van het zorgproces in het psychiatrisch ziekenhuis of in de A-dienst van een algemeen ziekenhuis (waarbij rekening moet worden gehouden met de specifieke context) opteren we voor een systeem dat steunt op modules die een onderdeel vormen van een instellingsoverschrijdend zorgprogramma voor een doelgroep binnen een zorgcircuit. Het functionele samenwerkingsverband dat moet instaan voor de organisatie van het programma en ook de regiefunctie kan men bestempelen als zijnde het netwerk. Vooraleer hier verder op in te gaan willen we eerst een viertal bezwaren formuleren tegen de andere elementen die eveneens als basis kunnen gebruikt worden voor een financieringssysteem. De afwijzing geldt maar in de hypothese dat deze elementen als een enig criterium worden gebruikt, zonder combinatie met andere elementen, om tot een coherent geheel te komen.

- a. Voor de concrete uitwerking van de aard van de aandoening verwijzen we naar de D.R.G.-benadering (Dagnosis Related Groups). Een DRG-benadering steunt op de

verdeling van patiënten in verschillende homogene groepen in functie van hun pathologie. Voor elke DRG-groep wordt een gemiddelde kost van de patiënten berekend. Uit buitenlandse ervaringen en ook rekening houdende met de complexiteit van de psychiatrische zorgverlening mogen we concluderen dat de financiering van de psychiatrische ziekenhuizen in principe niet mag steunen op een D.R.G.-benadering<sup>vi</sup>. Een classificatie gesteund op diagnoses is over het algemeen een weinig relevante parameter voor financiering rekening houdend met de door de tijd heen wisselende behandel-, verzorgings- en begeleidingsbehoeften van de patiënten. Dit neemt evenwel niet weg dat op basis van wetenschappelijk onderzoek wordt nagegaan of voor bepaalde psychiatrische aandoeningen (bijvoorbeeld een lichte depressie) en specifieke (sub)doelgroepen een DRG-financiering misschien wel tot de mogelijkheden behoort. Meer onderzoek hierover is wenselijk. Volgens een door het KCE uitgevoerde vergelijkende studie van de financiering van ziekenhuiszorg in 5 landen (Engeland, Frankrijk, Duitsland, Nederland en de VS medicare)<sup>vii</sup>, zijn geestelijke gezondheidszorg en revalidatiezorg meestal niet opgenomen in de DRG-financiering voor de acute zorg.

- b. De zorgbehoeften kunnen in kaart gebracht worden door bv. verpleegkundige patiëntenclassificatiesystemen met als doelstelling het meten van functionele deficits. Een specifieke toepassing hiervan vinden we in de ouderensector met de zogenaamde Katz-schaal. De ervaring in de rusthuissector leert ons dat een behoeftegerelateerde financiering met attestering door de zorgverleners leidt tot een kostenexplosie.
- c. We kunnen ook niet akkoord gaan met een financiering die enkel steunt op het meten van de effectief verstrekte zorgen door elke individuele zorgverlener, die zijn opgenomen in de MPG bij voorbeeld. Een dergelijke benadering kan leiden tot het feitelijk afstemmen van het medisch, verpleegkundig en paramedisch handelen op financiële overwegingen. De betrouwbaarheid van zo'n systeem moet dan ook in twijfel getrokken worden. Dit neemt niet weg dat M.P.G. in een versie die werd aangepast in overeenstemming met advies NRZV/D/PSY/438-1<sup>5</sup> van 12/12/2013, als betrouwbare, instellingoverschrijdende registratie, die internationale vergelijkingen mogelijk maakt, wel degelijk in verband kan worden gebracht met de organisatie van de financiering. Deze registratie heeft onder meer als doelstelling de vaststelling van de behoeften aan psychiatrische voorzieningen en het bepalen van het aanbod uitgaande van epidemiologische gegevens. Dat kan een waardevolle hulp zijn bij het categoriseren van de patiënten en het bepalen van de vereiste zorg. Deze behoeften zullen uiteindelijk ook een financiële vertaling krijgen.
- d. Ten slotte wijzen we ook de koppeling af van de financiering aan de verblijfsduur. Eén van de belangrijke kernfuncties van het psychiatrisch ziekenhuis heeft juist betrekking op de intensieve psychiatrische behandeling voor patiëntenpopulaties die een weinig of onvoorspelbaar verloop kennen en bijgevolg een flexibele benadering vergen.

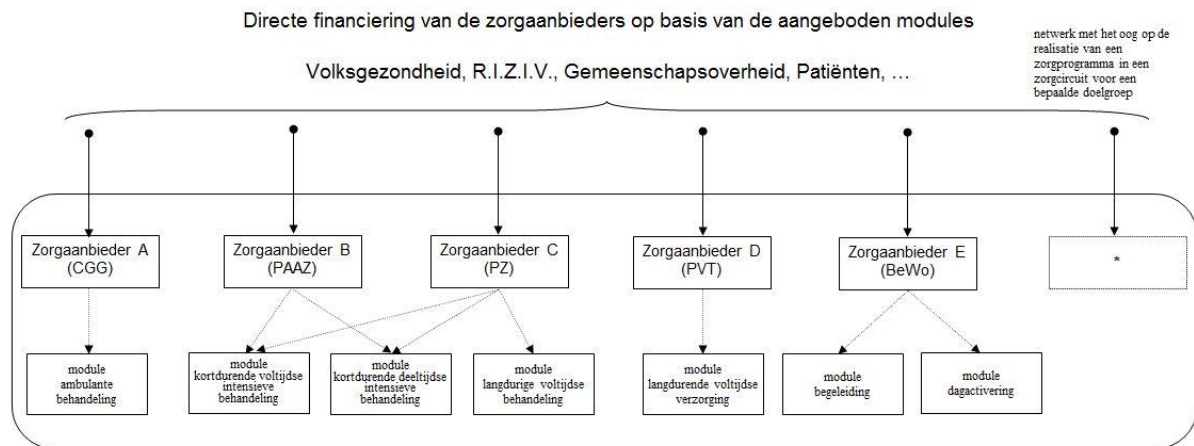
I.p.v. een verband te zoeken tussen diagnoses en financiële inzet van middelen wordt een link gelegd tussen op epidemiologische basis vastgestelde aanbodvereisten en kosten. Deze aanbodvereisten omvatten een programmatie van inhoud en volumes van zorgcircuits per doelgroep. Dit concept kunnen we situeren binnen de evolutie van een erkenning en financiering in functie van infrastructuur, bedden en gekwalificeerd personeel naar een

---

<sup>5</sup> Advies van 12/12/2013 van de permanente werkgroep psychiatrie m.b.t. een gemeenschappelijke registratie in de geestelijke gezondheidszorg

erkenning en financiering in functie van leeftijdsdoelgroepen (kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen) en subdoelgroepen (verslavingszorg, forensische zorg, personen met een beperking en psychiatrische aandoening,...), zorgcircuits, voorzieningoverstijgende zorgprogramma's en de daarin voorziene modules. Het is een concept dat eigenlijk in de hand wordt gewerkt door een psychiatrische praktijkvoering die zich steeds meer voordoet als een continuüm van coherent en interdisciplinair handelen i.p.v. een opeenvolging van individuele akten van individuele verstrekkers met een individuele financiering. Binnen elk zorgprogramma en elke module komt het erop neer op een objectieve en wetenschappelijk verantwoorde wijze te zoeken naar een mix van variabelen die de kostprijs beïnvloeden. Een mix van variabelen vormt de beste garantie voor een financieringssysteem dat een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke psychiatrische zorg mogelijk maakt. Een zorgprogramma- en behandelgerichte modulefinanciering impliceert m.a.w. dat men moet kunnen beschikken over accurate kostprijsgegevens betreffende zorgprogramma's en modules. Aangezien de kosten inzake de klinische activiteit in hoofdzaak personeelskosten vertegenwoordigen, zal vooral moeten worden nagegaan welke variabelen de personeelsomkadering alsook de vereiste disciplines determineren zoals de zorgbehoevendheid<sup>viii</sup>, klinische psychotherapie<sup>ix</sup>, toezicht<sup>x</sup> en huishoudelijke ondersteuning, begeleiding, groepsgrootte, de structurele behandelingsvormen (volledige hospitalisatie, partiële hospitalisatie, vormen van postkuur, ...), de duur van de behandeling, ... De bedoeling is zorgprogramma's en modules t.o.v. elkaar af te wegen op basis van hun verantwoorde kosten. Vooral het begeleidings- en beschermingsniveau oefent een grote invloed uit op de kosten van direct patiëntengebonden personeel. Denken we hierbij aan een module waarbij de doelgroep wordt gekenmerkt door hevige agressie, sterk acting out gedrag en suïcidale neigingen. Bij de normering stellen we voor per module een bezettingsvork toe te kennen. De toepassing van de bezettingsvork zou inhouden dat geen negatieve correcties worden toegepast op het budget indien de bezetting niet lager ligt dan de ondergrens van de vork. Correcties kunnen ook doorgevoerd worden wanneer de overheid vaststelt dat het personeel lager ligt dan de normering. In principe hebben we bijgevolg te maken met vaste budgetten per zorgprogramma of per module. De plaats waar uiteindelijk de behandeling gebeurt (intramuraal, semi-residentieel, ambulante, ...) zal het budget niet beïnvloeden. Bijkomende middelen moeten toegekend worden voor bijkomende opdrachten en specifieke taken die door het ziekenhuis, centrum, dienst of netwerk worden vervuld zoals bv. voor de stage van leerling-verpleegkundigen, de opleiding van geneesheren-specialisten, universitaire en wetenschappelijke opdrachten, de permanentie van een expertise 24/24, de spoeddiensten, de somatische liaison... Voorts moeten in het nieuw financieringssysteem prikkels worden ingebouwd voor het verbeteren van de kwaliteit en de patiëntveiligheid. De werkgroep pleit ook voor de toekenning van middelen op het niveau van het netwerk voor de vorming van de medewerkers om een actieve participatie van patiënten- en familieverenigingen mogelijk te maken. De zorgfinanciering zal ook de vergoeding omvatten voor het eerste lijnspsychologische aanbod. In de inleiding werd er reeds op gewezen dat een mogelijke terugbetaling van de eerstelijns psychologische functie moet gebeuren door een structurele inbedding.

Het schema "Directe financiering van de zorgaanbieders op basis van de aangeboden modules" is bedoeld om de programmageoriënteerde benadering nog eens visueel voor te stellen.



6

De directe financiering kan zowel betrekking hebben op de zorgkost van de aangeboden module(s) als op kosten die voortvloeien uit de coördinatie op het netwerkniveau (bv. loonkosten van een zorgcoördinator, organisatiecoördinator, ...).

Het budget voor de zorgkost op het niveau van de individuele zorgaanbieders dient bepaald te worden op basis van een mix van variabelen die de kostprijs beïnvloeden van de module(s). Belangrijke elementen zijn hierbij de zorgfunctie, de zorgenheid en de aangeboden modus (b.v. een afdeling van 30 bedden voor kortdurende voltijdse intensieve behandeling van volwassen patiënten met continue bescherming).

\* Het met stippellijn aangegeven vakje is bedoeld om aan te geven dat nog andere zorgaanbieders kunnen deel uitmaken van het netwerk zoals door het RIZIV erkende crisisinterventiecentra en therapeutische gemeenschappen, MSOC, vrij gevestigde psychiaters en psychologen, ...

Voor de berekening van de kosten van de modules zal een beroep moeten gedaan worden op externe ondersteuning. De overheid kan deze opdracht toevertrouwen aan bijvoorbeeld het KCE, gespecialiseerde onderzoekscentra verbonden aan universiteiten, ....

Transmurale zorg wil ook zeggen dat aan de voorzieningen de mogelijkheid moet kunnen geboden worden hun historisch verworven budgetten in te brengen in het netwerk ten einde op die manier te komen tot transmurale financiering. Zo kunnen bv. een psychiatrisch ziekenhuis, een dienst geestelijke gezondheidszorg en een PAAZ een deel van hun financiële middelen samenbrengen voor de financiering van een bepaalde behandelmodule binnen een zorgcircuit. De beoogde netwerkvorming is patiënt- en bewonersgericht en niet voorzieningengericht. Deze financieringsmodaliteit is volledig in overeenstemming met het principe dat de zorgaanbieders op een zo rechtstreeks mogelijke wijze worden vergoed voor hun geleverde prestaties. Met dit principe willen we de betaling van de ziekenhuisfacturen door de verzekeringsinstellingen niet ongedaan maken. Ter stimulering van de samenwerking en het uitbouwen van transmurale zorg kan de overheid een additionele financiering toekennen aan de zorgaanbieders die samen een zorgprogramma organiseren om also bepaalde investeringen of kosten i.v.m. coördinatietaken mogelijk te maken.

Binnen elk zorgprogramma moeten per werkingsgebied minimaal een aantal vormen en volumes van behandelmodules aangeboden worden. Voor elke module zullen een aantal

<sup>6</sup> De aangegeven pijlen zijn als voorbeeld; hun aantal is niet volledig.

criteria m.b.t. de werking moeten vastgesteld worden zoals de inhoud van de zorg, de patiëntenkenmerken, de intake- en ontslagcriteria, de personeelsomkadering, ... De inhoud van de zorg enerzijds, en de uiteindelijke prijs anderzijds, worden ex ante voor principieel drie jaar vastgesteld binnen twee afzonderlijke, op te richten organen waarvan de respectievelijke samenstelling bepaald moet worden door te beslissen welke van de actoren erin vertegenwoordigd zouden moeten zijn: de bevoegde overheden, de zorgverleners (instellingen, centra en diensten), de verzekeringsinstellingen, maar ook technici, of zelfs patiëntenvertegenwoordigers.

Na de 6<sup>de</sup> staatshervorming zal vooraf op regionaal niveau voor elke module de daaraan verbonden personeelsomkadering vastgesteld worden. Deze omkadering moet borg staan voor een kwaliteitsvolle psychiatrische zorgverlening. Voor zover deze normen ook een impact zouden hebben op de financiering zullen afspraken moeten gemaakt worden in afstemming met het federale niveau.

Voor elk zorgprogramma of elke module zullen instapcriteria (noodzakelijke zorg, kritisch niveau, geografische toegankelijkheid, financiële haalbaarheid, ...) moeten uitgewerkt worden. Het uitwerken en invoeren van instellingsoverstijgende zorgprogramma's en daarbinnen in behandelmodules, kan gelinkt worden aan de toepassing van technology assessment.

Met deze term bedoelen we dat vanuit een multidisciplinaire invalshoek (medische, verpleegkundige, paramedische, financiële, ethische, juridische, ...) aan de overheid een globaal waarde-oordeel wordt gegeven over nieuwe instellingsoverstijgende zorgprogramma's en modules<sup>xi</sup>.

#### 4.4. Financiering van de medische activiteit

De realisatie van het nieuwe concept van doelgroepgerichte en voorzieningoverschrijdende zorgprogramma's in netwerken staat of valt met een daarop aansluitende en congruente financiering van de medische opdrachten en activiteiten die in elk onderdeel en het geheel van het zorgprogramma zullen moeten opgenomen worden.

Doelstellingen van deze meer geïntegreerde en op de globale opdracht gerichte financiering zijn o.a.:

- Betere kwalitatieve en kwantitatieve integratie van de medische staf in de globale klinische werking van de betrokken voorzieningen. In de psychiatrische zorgverlening ontstaat in toenemende mate een interdisciplinaire werking, waardoor artsen sturend teamlid worden van interdisciplinaire teams.
- Geen strikte opdeling van medisch en niet-medische diensten  
Men moet stoppen de organisatie op te delen in medische en niet-medische diensten<sup>xii</sup>: uiteindelijk vormen alle diensten één geheel, teneinde de integratie van de artsen en hun responsabilisering in het beheer te waarborgen.
- Opheffing van de huidige relatie tussen de degressiviteit van waarde van de toezichthonoraria en de verblijfsduur van de patiënten

Deze koppeling staat dikwijls haaks op de intensiteit van de medische behandeling. We denken hierbij o.a. aan de groep van de chronische patiënten die nog behoefte hebben aan intensieve medische behandeling.

- Harmoniseren van de vergoeding voor de medische activiteit over de verschillende zorgvormen heen. Een meer op een globaal medisch opdrachtgerichte financiering komt tegemoet aan de waardering van intellectuele prestaties en activiteiten die niet rechtstreeks therapiegebonden zijn en moet de overheid beter in staat stellen de medische uitgaven op macroniveau te budgetteren. Harmonisering tussen de verschillende zorgvormen, mag niet leiden tot een loutere herverdeling van de bestaande medische honoraria.

- Gelijklopende parameters voor de financiering van de medische opdrachten en activiteiten enerzijds en de overige opdrachten anderzijds

De nieuwe financiering moet aanleiding geven tot een grotere gelijklopendheid tussen de vergoedingsregels voor de beheerder en deze voor de artsen. Een voorbeeld van het ontbreken van een synergie vinden we terug bij de vergoedingsregels voor het quotum en voor de medische honoraria<sup>xiii</sup>.

- Een volwaardige financiering voor medische opdrachten en activiteiten die nu niet passen binnen het RIZIV- vergoedingskader dat gekenmerkt wordt door een patiëntgebonden prestatiefinanciering

Binnen het geheel van de psychiatrische zorgverlening dienen zich voor de medici een aantal activiteiten aan die niet direct vergoedbaar zijn volgens de R.I.Z.I.V.-nomenclatuur. Het gaat hier vaak over activiteiten die een niet onbelangrijke rol kunnen spelen in de verbetering van de kwaliteit van het leven van de patiënt (bv. gesprekken met de familie). De nieuwe financiering moet de mogelijkheid bieden om ook deze kwaliteitsinzet te vergoeden.

- Financieringsmodaliteiten voorzien die moeten toelaten om op meer flexibele wijze medische opdrachten en activiteiten te honoreren die zich situeren op een voorzieningoverschrijdend niveau of in het kader van trajectbegeleiding doorheen diverse zorgfazen die patiënten doorlopen

De nieuwe financiering moet het voor de artsen vergemakkelijken om op een meer flexibele wijze activiteiten te ontplooiën bij meerdere zorgaanbieders die deel uitmaken van eenzelfde netwerk. Van de artsen wordt verwacht dat zij hun activiteiten naar de toekomst toe zullen organiseren vanuit de netwerkgedachte. De medische activiteiten zullen in de praktijk kunnen uitgeoefend worden binnen één of meerdere modules. De artsen moeten ook de patiënten of bewoners doorheen het zorgprogramma kunnen volgen. Vlugge en tevens noodzakelijke doorverwijzingen van patiënten of bewoners naar andere modules mogen niet langer gehinderd worden door financiële drempels. De toekomstige financiering van de medische activiteit moet artsen ondersteunen om patiënten of bewoners te verwijzen naar de voor hun juiste module. Ten einde deze doelstelling te realiseren is het aangewezen dat artsen vanuit de voorziening waaraan ze als zelfstandige of bediende verbonden zijn, vlot kunnen ingeschakeld worden in een zorgcircuit via bv. een soort medische associatie.

- Budgetwaarborg ook voor de financiering van de medische opdrachten en activiteiten in relatie tot een duidelijke beschrijving van de te realiseren opdrachten en de vaststelling van parameters inzake de te presteren activiteiten

Via een financiering gericht op een globale opdracht zal bv. geen onmiddellijk inkomstenverlies voor de medische pool meer ontstaan bij een verdere vermindering van



bedden zoals dat het geval was in het kader van de tweede vrijwillige reconversie bij omzetting van T-bedden in Sp-bedden psychogeriatric.

Met het oog op de realisatie van het nieuwe concept van doelgroepgerichte zorgprogramma's in netwerken moet het duidelijk zijn dat de financiering van de medische activiteit niet mag losgekoppeld worden van de financiering van de zorg zoals uiteengezet onder punt 4.3. Uitgaande van deze principes van zorgfinanciering dient voor elke module een meer op een globaal medisch opdrachtgerichte financiering voorzien te worden. Voor de bepaling van de inhoud en de hoogte van deze financiering zal het erop neerkomen voor iedere module van het zorgprogramma de vereisten vast te stellen inzake de aard, de kwantiteit( o.a. inzake tijdsinvestering ) en de kwaliteit van de te presteren medische opdracht en activiteiten. Het activiteitenpakket voor het bepalen van de prestatieduur heeft betrekking op de directe en indirecte patiënten- en familiegerichte activiteiten ter ondersteuning van andere disciplines die mee instaan voor de patiëntenzorg (medisch toezicht, teamvergaderingen, M..P.G.-registratie, ...). Medische beslissingen die de vermaatschappelijking stimuleren mag de vergoeding van de artsen niet negatief beïnvloeden (bv. weekendverlof, meer partiële hospitalisatie, ...). Ook de vergoeding voor wachtdiensten en oproepen moet binnen deze nieuwe financiering opgenomen worden. Er moet aandacht worden besteed aan het garanderen van een specifieke financiering voor de permanentie van de expertise 24u/24. De vergoeding dient per module gewaarborgd, rekening houdend met te bepalen activiteitsniveaus vergelijkbaar met principes van de bezettingsvork die voor die module gehanteerd worden voor de bepaling van de niet- medische personeelsomkadering.

Eén van de belangrijke doelstellingen van de toekomstige financiering van de medische activiteit is het op één lijn brengen van de stimuli voor de beheerders en de artsen ten einde de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg te kunnen realiseren.

- Globale opdrachtenfinanciering

Voor de toekomstige financiering van de medische activiteit dienen zich verschillende mogelijkheden aan:

- Continuering van de huidige prestatiefinanciering
- Invoering van een globale opdrachtenfinanciering gelinkt aan modules
- Invoering van een gemengd systeem

Een gemengd systeem houdt in dat naast een prestatiefinanciering voor de klinische functie (behandelactiviteit) een forfaitaire financiering wordt ingevoerd voor de niet-prestatiegebonden activiteiten (functie van beleidsarts met onder meer de volgende taken: therapeutische leiding van een dienst of mobiel team, borg staan voor het goed bijhouden van de patiëntendossiers en de registratie, het leggen van de externe contacten met alle medische actoren van het netwerk, ...).

De meerderheid van de permanente werkgroep pleit duidelijk voor een globale opdrachtenfinanciering gelinkt aan modules die de volledige medische activiteit omvatten, met inbegrip van de multidisciplinaire, en aandacht voor voldoende differentiatie en een correcte vergoeding. De koppeling van de algemene financiering van de medische activiteit per opdrachten, verbonden aan elke module, zou zelfs kunnen gaan tot een volledige integratie met de andere financieringen van de module (naar een « all in » per module).

In het kader van de nieuwe financiering zal er een aanpassing aangebracht moeten worden aan het huidige systeem van remgeld, maar zal ook de correcte financiering verzekerd moeten worden van de investeringslasten van de medisch-technische diensten, van de opleiding van de geneesheren-specialisten,...

Aan de federale overheid wordt gevraagd om mede in het kader van de onderhandelingen tot het afsluiten van medico-mutualistische akkoorden of de uitvoering hiervan, passende initiatieven te nemen om de hoger vermelde doelstellingen inzake een globale opdrachtgerichte financiering van de medische functie stapsgewijs mogelijk te maken. Een breed overleg is nodig om een globale opdrachtenfinanciering op te starten. Het gaat over een veelheid aan activiteiten die binnen deze globale opdrachtenfinanciering kunnen ondergebracht worden. Een globale opdrachtenfinanciering hoeft niet beperkt te blijven tot de psychiaters, maar kan evengoed uitgebreid worden naar andere medische disciplines binnen ziekenhuizen, centra en diensten.

De verdere uitbouw van een kwalitatieve hoogstaande psychiatrische zorg is maar mogelijk met voldoende psychiaters die correct vergoed worden aangepast aan de individuele en maatschappelijke zorgnoden en die in de lijn liggen van de verdere vermaatschappelijking en hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. Algemeen gezien is er een tekort aan psychiaters merkbaar. Daarenboven zal ook aandacht moeten uitgaan naar een andere financiering van de opleiding van psychiaters. Momenteel valt de opleidingskost ten laste van de medische pool zonder dat bijkomende inkomsten voor de pool worden gegenereerd. Een forfaitaire vergoeding per stagemeester en per geneesheer-specialist in opleiding dient dringend te worden ingevoerd.

#### 4.5. Mogelijkheid tot experimenteren met een persoonsvolgende financiering

Volledigheidshalve mag een verwijzing naar de intussen internationale evolutie van persoonsvolgende of persoonsgerichte financiering niet ontbreken. Ook in Vlaanderen is deze evolutie zichtbaar geworden door een recent goedgekeurd decreet van het VAPH (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap) voor personen met een beperking.

Bij een dergelijke financiering, vertaald naar de sector van de geestelijke gezondheid, wordt aan de patiënt of zijn mantelzorger een bepaald budget (persoonsvolgend budget) toegekend in functie van zijn individuele zorgbehoefte, bepaald door een multidisciplinair team. De patiënt zou dan vrij zijn te kiezen zelf hoe hij zijn zorgen met dit budget organiseert. De ter beschikking stelling kan bij voorbeeld gebeuren onder de vorm van een voucher. Het budget wordt m.a.w. niet langer toegekend aan de zorgaanbieder, maar rechtstreeks gekoppeld aan de patiënt. De persoonsvolgende financiering is een stap verder dan het persoonlijk assistentiebudget (PAB) waar enkel assistentie mee kon gefinancierd worden buiten in de thuissituatie (bv. in dienst nemen van een persoonlijke assistent voor materiële en/of zorgondersteuning).

In het kader van deze internationale evolutie en de invoering van de persoonsvolgende financiering in Vlaanderen in de sector voor personen met een beperking, kan de vraag gesteld worden of voor bepaalde patiënten met een psychiatrische aandoening een persoonsvolgende financiering tot de mogelijkheden behoort. Het is duidelijk dat een systeem van persoonsvolgende financiering kan niet veralgemeend worden voor alle patiënten

en bewoners. Het kan wel een verantwoord alternatief zijn voor een goed omschreven groep van patiënten en rekening houdend met de toepassing van de beschermingsmaatregelen in het kader van het beheer van goederen of van de persoon. Concreet denken we aan de bewoners van PVT en de IBW die op maat van hun verzorgings- en ondersteuningsnoden een budget ontvangen zodat ze zelf kunnen bepalen hoe ze hiermee hun verzorging en ondersteuning organiseren. Zoals vandaag reeds het geval is, betaalt de bewoner de woonkost en zou hij zijn zorg kunnen aankopen in functie van zijn zorgnoden.

Voor sommige bewoners zal een budgethouder de cliënt moeten kunnen bijstaan naar analogie met de budgethoudersverenigingen erkend door het VAPH. De invoering van een persoonsvolgende financiering voor bepaalde patiënten in de sector geestelijke gezondheidszorg kan bijdragen tot meer vraaggestuurde zorg en verdere vermaatschappelijking.

Persoonsvolgende financiering kan in verband gebracht worden met een nieuwe visie op de behandeling zoals uitgewerkt door Jim van Os<sup>xiv</sup>. Volgens deze hoogleraar psychologische epidemiologie kunnen mensen leren om voorbij hun symptomen te komen tot perspectieven en zichzelf te zien als een actieve participant in de samenleving. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat psychisch lijden zich ontvouwt in het dagelijks leven. Het gaat over een persoonlijke diagnostiek en een gepersonaliseerde behandeling waarin de patiënt een actieve rol heeft. Het kunnen beschikken over een persoonsvolgend budget sluit hierbij mooi aan.

Belangrijke voorwaarden voor de invoering ad experimentum zijn dat op een objectieve manier een voorafgaandelijke indicatiestelling gebeurt voor het bepalen van de specifieke zorgnoden en de vastlegging van de noodzakelijke budgetten. Zonder deze voorwaarden kan geen zorggarantie gegeven worden.

Voorts mag de grote impact op de organisatie van de centra, voorzieningen en diensten niet onderschat worden. Denken we maar aan de gevolgen op het vlak van de financiering van de infrastructuur en het personeelskader. Specifieke bepalingen zullen rechtsonzekerheid moeten voorkomen.

Experimenten ondersteund door wetenschappelijk onderzoek zouden de haalbaarheid en voorwaarden van een persoonsvolgende financiering voor patiënten met een psychiatrische aandoening kunnen verder onderzoeken.

## Samenvatting

De sector geestelijke gezondheidszorg heeft dringend nood aan een nieuw financieringssysteem dat steunt op de uitgangspunten van de toekomstige ontwikkeling en organisatie van de sector zoals vraaggestuurde zorg, meer zorg op maat, verdere vermaatschappelijking, een continuüm van zorg, de ontwikkeling van zorgprogramma's en netwerken, ... De huidige financiering is teveel gericht op structuurgegevens en houdt onvoldoende rekening met de zorgintensiteit en de doelgroepen. Bovendien ontbreken stimuli om samen te werken met partners binnen en buiten de sector (1<sup>ste</sup> lijn, welzijn, tewerkstelling, cultuur, wonen, onderwijs, ...).

De permanente werkgroep psychiatrie adviseert een prospectief en programmageoriënteerd financieringssysteem. Het is een conceptueel en geen technisch uitgewerkt advies. De doelgroepgerichte zorgprogramma's (kinderen en jongeren, volwassenen, ouderen en enkele categorale doelgroepen) situeren zich over de verschillende zorgvormen heen (ziekenhuizen, ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische verzorgingstehuizen, beschut wonen, revalidatiecentra, individuele zorgverstrekkers, ...) en bestaan uit verschillende modules (intensief kortdurend, langdurige zorg, residentieel, ambulant, ...). Per module wordt in functie van een evenwichtige en objectiveerbare mix van parameters (inhoud van de zorg, patiëntenkenmerken, toezicht, ...) een prospectief budget bepaald. Naast de zorgactiviteit wordt ook voor alle andere activiteiten een deelbudget uitgewerkt: de financiering van de infrastructuurkosten, de bedrijfsfinanciering, en de financiering van de medische activiteit. Voor deze laatste activiteit wordt een globale opdrachtenfinanciering geadviseerd.

Er wordt ook bijzondere aandacht besteed aan de adequate financiering van de vaste kosten, en van de specifieke opdrachten, taken en kosten (bij voorbeeld: permanentie van expertises 24/24, spoedgevallen, opleiding, onderzoek en onderwijs, statuut van de werknemers...).

De invoering van dit nieuw financieringssysteem impliceert een dynamische programmatie van zorgprogramma's en het realiseren van deze programma's in netwerken.

Het nieuw financieringssysteem moet enerzijds leiden tot een doelmatig en effectief gebruik van de bestaande middelen, gecorrigeerd voor elke onderfinanciering, en anderzijds tot additionele middelen voor preventie, vroegdetectie en specifieke doelgroepen (forensische psychiatrie, kinderen en jongeren,...), de coördinatie- en werkingskosten van de netwerken,... Voorts creëert het nieuw financieringssysteem meer mogelijkheden voor het sociaal ondernemerschap.

Het advies eindigt met een innovatief voorstel om voor een bepaalde groep van patiënten en bewoners ad experimentum een systeem van persoonsvolgende financiering te onderzoeken.

---

<sup>i</sup> Een programma heeft een voorzieningen-, centra- of dienstenoverschrijdend karakter en kan omschreven worden als een globaal aanbod van een netwerk ten behoeve van een qua problematiek en noden vergelijkbare groep patiënten bestaande uit een aantal modules (bv. ambulante behandeling in de thuissituatie, residentieel voltijdse kortdurende intensieve

---

behandeling, ...). Binnen elke module kunnen functies onderscheiden worden (bv. vroegdetectie, screening en toeleiding, diagnostiek, behandeling, ontwikkelen en samen inzetten van expertise, ...).

<sup>ii</sup> Roadmap van minister Onkelinx van oktober 2013 opgesteld in samenwerking met het RIZIV, FOD Volksgezondheid en het KCE

<sup>iii</sup> KESTELOOT, K., “Een economische evaluatie van enkele recente wijzigingen in de financiering van de gezondheidszorg”, Acta Hospitalia, 1995/2.

<sup>iv</sup> Hieronder worden verstaan de psychosociale centra (internaat en externaat), de centra voor alcoholici en druggebruikers en de centra voor psychotische kinderen (internaat en externaat).

<sup>v</sup> DE RYCKE, R., “Financieringssysteem voor psychiatrische ziekenhuisdiensten”, Het Belgisch Ziekenhuis, 1999/3/nr. 238.

<sup>vi</sup> HELLINGS, J., “Welke soort financiering voor welke zorg?”, Acta Hospitalia, 1997/2, p. 127-145. Cf. ook C.Z.W., cursus over de geestelijke gezondheidszorg in perspectief, 5, 6 en 7 december 1996.

<sup>vii</sup> KCE Report 207As d.d. 18.10.2013..

<sup>viii</sup> Zorgbehoevendheid kan omschreven worden als de mate waarin psychiatrische patiënten op de afdeling of in de leefgroep behoefte hebben aan fysieke verzorging (ADL-assistentie, hygiëne, wondverzorging, ...).

<sup>ix</sup> De wet verschenen in het BS d.d. 20.05.14 die het KB78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen wijzigt, omschrijft de uitoefening van psychotherapie als volgt: “Het gebruikelijk verrichten van autonome handelingen die tot doel hebben of worden voorgesteld tot doel te hebben, de moeilijkheden, conflicten of psychische stoornissen van een individu weg te nemen of te verlichten, het verrichten van psychotherapeutische ingrepen op basis van een psychotherapeutisch referentiekader, ten aanzien van dat individu of van een groep individuen, als een volwaardig systeem beschouwd, waar het individu deel uitmaakt”.

<sup>x</sup> Toezicht is de mate waarin binnen een afdeling of leefgroep permanente aanwezigheid en actieve aandacht van het personeel noodzakelijk is omwille van (dreigend) acting-out gedrag, hetero-agressie, suïcidaliteit of desoriëntatie. Ook het continu toezicht bij isolatie van patiënten valt hieronder.

<sup>xi</sup> VLEUGELS, A., “Noodzakelijke voorwaarden voor een politiek van Medical Technology Assessment in België”, symposium van het centrum voor gezondheidseconomie en ziekenhuisbeleid, AZ-VUB, d.d. 25.03.1995 over doelmatigheid in de gezondheidszorg.

<sup>xii</sup> Eigenlijk gaat het over activiteiten. In de ziekenhuiswet komt evenwel de term medische en niet-medische ‘diensten’ voor.

<sup>xiii</sup> In het huidige systeem dient de beheerder erover te waken dat het quotum niet wordt overschreden. Boven het quotum ontvangt de beheerder immers geen enkele vergoeding meer. In tegenstelling met deze vergoedingsregel blijven de medische honoraria voor de dagen boven het quotum definitief verworven.

<sup>xiv</sup> VAN OS, J., “De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe geestelijke gezondheidszorg”, Diagnosis Uitgevers, 2014.