

#SGGG21

WERKGROEP 'PERVERSE FINANCIERING'

Koen Lowet, Lieven Annemans, Sofie Crommen, Marlien De Coen, Walter Geuens, Ariane Ghekiere, Marie Haine, Leen Jacobs, Peter Kraewinkels, Frieda Matthys, Els Nijs, Koen Oosterlinck, Kristel Van de Velde, Rita Vandingenen, Anouk Vanlander, Yves Wuyts

“Een werkgroep bestaande uit ervaringsdeskundigen, zorgverstrekkers en afgevaardigden uit zorgvoorzieningen heeft een jaar gewerkt om tot een consensus te komen over de principes die het best gehanteerd worden wanneer men geestelijke gezondheidszorg wil gaan financieren. Het zijn algemene, richtinggevende principes. De volgende stap is de huidige financiering toetsen aan deze principes.”



Inleiding

Naar aanleiding van de verkiezingen in 2019 organiseerde de sector geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Vlaanderen zich in de Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg, vandaag Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheid (SGGG). In een [noodprogramma](#) (Bervoets, 2019) kaartte de SGGG vier belangrijke pijnpunten aan, zijnde:

1. De perverse financieringsmechanismen in onze (geestelijke) gezondheidszorg
2. De vicieuze cirkel tussen psychische problematiek en armoede
3. Het gebrek aan een adequate transitiezorg voor jongvolwassenen
4. De extreme wachttijden in onze geestelijke gezondheidszorg

Na de verkiezingen organiseerde de SGGG zich verder in vier werkgroepen om oplossingen uit te werken voor de bovenvermelde pijnpunten. In het algemeen wordt er in ons land te weinig geïnvesteerd in ggz. Slechts 6% van het gezondheidsbudget gaat naar ggz. In juli 2020 werd in het federale parlement een resolutie aangenomen die de ambitie had om dat budget op te trekken naar 12%. Dat maakt het belang van deze paper eens zo groot. Indien er in de toekomst grotere budgetten naar onze sector gaan, dan is het belangrijk dat deze middelen op een goede manier ingezet worden.

Deze ‘white paper’ is het resultaat van de werkgroep Perverse Financieringsmechanismen. In deze paper beschrijven wij de financieringsprincipes die volgens ons nodig zijn om tot efficiënte en kwaliteitsvolle geestelijke gezondheid te kunnen komen.

In deze eerste versie van de white paper beschrijven wij de principes waaraan, volgens ons, financieringsmechanismen dienen te beantwoorden om tot een kwaliteitsvolle (geestelijke) gezondheidszorg te komen. Wij hebben deze uitgewerkt rekening houdende met de realiteit van de sector ggz. Het is onze bedoeling om vervolgens de huidige financieringsmechanismen te toetsen aan deze principes. Op basis daarvan willen we graag komen tot aanbevelingen hoe we de huidige financiering beter kunnen maken.



Principe 1: Financiering is een middel om doelstellingen te bereiken

Het opzetten of aanpassen van een financieringssysteem voor gezondheidszorg is meer dan het louter vergoeden van kosten. Het zuiver vergoeden van gemaakte kosten zou onherroepelijk leiden tot onnodige uitgaven: het is niet omdat een uitgave is gemaakt dat deze uitgave per definitie ook zinvol, nodig of effectief is. Misschien leidden andere uitgaven tot meer gezondheidswinst.

Financiering is een middel om bepaalde doelstellingen te bereiken, in casu het bijdragen aan het bereiken van gezondheidsdoelstellingen. Het is dan ook de taak van een maatschappij om haar gezondheidsdoelstellingen expliciet te verwoorden, niet alleen op niveau van de individuele burger maar ook op niveau van de hele populatie. Naast voor de hand liggende gezondheidsdoelstellingen zoals acties gericht op het verminderen van symptomen of het wegnemen van oorzaken van ziekte, zijn er heel wat andere acties die kunnen bijdragen tot het handhaven – of nog beter – het verhogen van de gezondheid van een individu of populatie.

Bij het opzetten of aanpassen van een financieringssysteem moet men op zoek gaan naar die drivers die het meest bijdragen tot het bereiken van de voor opgestelde gezondheidsdoelstellingen. Aangezien elke maatschappij verschillende gezondheidsdoelstellingen vooropstelt, bestaat er niet één zaligmakende financieringswijze. Bij de keuze van een financieringswijze kan men diverse invalshoeken combineren:

- de omvang van de gefinancierde handeling, gaande van een financiering per individuele handeling (prestatiefinanciering), van een groep van handelingen (bundle payment) tot de financiering van de volledige activiteit (los van prestaties: all-in-financiering);
- de doelgroep van de financiering: 1 prestatie, 1 patiënt (= caseload-financiering), alle inwoners van een afgebakend gebied (= populatie-financiering);
- de aard van de financiering: wat financiert men: de inspanning dan wel het bereikte resultaat.

Om de diverse gezondheidsdoelstellingen te bereiken zal een combinatie van invalshoeken en mix van financieringswijzen noodzakelijk zijn. Het komt er op aan de juiste mix te vinden om het geheel van gezondheidsdoelstellingen maximaal te bereiken.



Principe 2: Financiering bevordert samenwerking en netwerking

Om de gezondheidsdoelstellingen (op niveau van de individuele burger én van de hele populatie) te bereiken is samenwerking tussen heel wat actoren noodzakelijk. De samenwerking situeert zich zowel op zorginhoudelijk als zorgorganisatorisch vlak. **De financiering moet die samenwerking faciliteren en mag ze zeker niet afremmen.** Daarbij dienen enkele principes in acht genomen te worden.

A. FINANCIERING ZORGOPDRACHTEN - HARMONISATIE FINANCIERINGSSYSTEMEN

Dezelfde zorg, aangeboden in vergelijkbare omstandigheden door diverse aanbieders, moet in principe op dezelfde manier gefinancierd worden. Vergelijkbare zorgmodules moeten gelijk gefinancierd worden ongeacht de plaats, de actor, de bevoegde overheid of het gangbare

financieringsmechanisme. Dit geldt zowel voor het publieke als het private (= remgeld/persoonlijke bijdrage) gedeelte van de financiering.

De vergelijkbaarheid is terug te vinden in de erkennings- en kwaliteitsnormen en ook in de mate waarin de actor bereid is een zorgplicht op zich te nemen. Binnen de ggz-netwerken worden afspraken gemaakt tot welke zorg(plicht) de respectieve actoren zich (minstens) engageren.

Het budget nodig voor de realisatie van de zorgopdrachten wordt zo veel als mogelijk rechtstreeks toegekend aan de zorgaanbieders. Zij dragen de verantwoordelijkheid voor de realisatie van deze zorgopdrachten (zowel t.a.v. patiënten als t.a.v. medewerkers) en rapporteren hierover aan hun voogdijoverheid.

Zij kunnen tijdelijk of structureel onderling ook samenwerkingsprojecten opzetten voor de realisatie van bepaalde zorgopdrachten.

Idealiter worden ook financiële prikkels ingebouwd ter bevordering van de samenwerking met andere zorgverstrekkers op basis van een aantal parameters gekoppeld aan de beleidsdoelstellingen (vb. delen van informatie/dossier (bij overdracht), overleg, ...).

B. FINANCIERING NETWERKING / SAMENWERKING / COÖRDINATIE

Er is een apart budget voor de governance van de netwerken, voor de specifieke coördinatie-opdrachten en eventueel voor specifieke innoverende opdrachten die enkel door samenwerking tussen meerdere zorgverstrekkers uitgevoerd kunnen worden. Deze financiering wordt bij voorkeur rechtstreeks aan de netwerken toegekend (of via één van de actoren die ze in naam van en voor rekening van die netwerken beheert).

Het beheer van deze middelen is, net als de missie van de netwerken, een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de leden van het netwerk en vraagt dus een gedeeld leiderschap.

Idealiter worden ook financiële prikkels ingebouwd ter bevordering van de werking van de netwerken op basis van een aantal parameters die gekoppeld zijn aan de beleidsdoelstellingen (vb. realiseren van meer complementariteit, uitwisselen van expertise, gezamenlijk kwaliteits- en veiligheidsbeleid, ...).

C. PRINCIPE VAN 'SHARED SAVINGS'

Waar men er in slaagt via samenwerking efficiëntiewinsten te realiseren worden de partners van het netwerk aangemoedigd deze integraal aan te wenden of te investeren, bv. in innovatieve projecten in de geest van de vooropgestelde beleidsdoelstellingen.

Het financieringssysteem moet ook voldoende flexibiliteit inhouden, zodat elk netwerk en zorgaanbieder de aanwending van de financiële middelen kan spreiden in functie van de vooropgestelde beleidsdoelstellingen (geen volledige jaar-op-jaar-afrekening).

D. DUIDELIJKE EN EENVOUDIGE REGELGEVING EN RECHTSZEKERHEID VOOR MEERDERE JAREN (MINIMAAL 3 JAAR)

De netwerken én de actoren dienen tijdig de doelstellingen en de financiering te kennen zodat zij een strategisch beleid kunnen voeren gericht op de gestipuleerde doelstellingen.

E. DIVERS

De samenwerking en netwerking mogen niet gefnuikt worden door belemmeringen op fiscaal en sociaal-rechterlijk vlak. Hierbij kan onder meer gedacht worden aan:

- noodzaak van btw-vrijstelling op transacties tussen de netwerken en haar leden zorgverstrekkers enerzijds en tussen de leden zorgverstrekkers onderling anderzijds;
- de regels en afspraken voor het gezamenlijk inzetten van medewerkers over zorgvoorzieningen heen.

Principe 3: Financiering heeft oog voor de hele populatie, van preventie tot re-integratie

“Vanaf zijn 14^{de} had onze zoon serieuze problemen op school. Gepest worden en cannabisgebruik waren enkele oorzaken. Door **gebrek aan gepaste hulp** in dit vroege stadium escaleerde dit na 3 uitputtende jaren in een opname van 9 maanden in de jeugdpsychiatrie en later meerdere opnames in de volwassenenpsychiatrie.

Het **taboe** rond geestelijke gezondheid was, en is nog altijd, een drempel om tijdig hulp te zoeken.

De opname zelf was een traumatische ervaring; het verlies van het sociaal netwerk zorgde (voor de jonge adolescent, nvdr) op zijn beurt voor een waterval van andere problemen. De persoonlijke (blijvende invaliditeit) èn maatschappelijke kost (kosten van hospitalisatie, verlies van werk van de mantelzorger....) lopen nog altijd hoog op.

Meer middelen voor vroegdetectie (mét ondersteuning van de school en gezin) en een snellere professionele diagnose, hadden dit mogelijk kunnen vermijden.”

In het geestelijk gezondheidsbeleid onderscheiden we verschillende activiteiten:

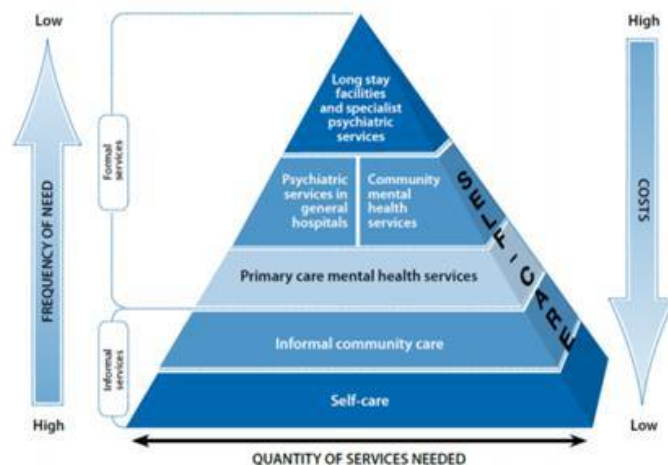
1. gezondheidspromotie¹ en universele², selectieve³ of geïndiceerde⁴ preventie⁵;
2. vroegdetectie, screening, oriëntatie;
3. diagnostiek;
4. behandeling;
5. maatschappelijke participatie;
6. uitwisselen en samen inzetten van expertise.

Omgaan met geestelijke gezondheidsproblemen kent de laatste decennia een paradigmashift van de individuele behandeling van hoog-risicopersonen naar een public health model met een trapsgewijze organisatie van de zorg waarbij promotie en preventie een meer prominente plaats krijgen.

Om met de beschikbare middelen een zo groot mogelijke geestelijke gezondheidswinst te realiseren, worden de organisatie en financiering van de verschillende activiteiten op populatieniveau voorzien volgens een getrappt zorgmodel⁶, zoals beschreven in 'WHO model of optimal mental health care'. In

eerste instantie wordt het meest samenlevingsgerichte, effectieve, efficiënte, minst ingrijpende en meest kortdurende aanbod voorzien. Als deze interventie onvoldoende effect heeft, worden andere of intensievere zorgvormen ingezet in functie van de aard en de ernst van de problematiek.

WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health



De verschillende activiteiten worden aangeboden binnen het kader van het progressief of proportioneel universalisme⁷. Dit is een basisprincipe waarbij een dienstverlening wordt uitgebouwd

¹ Gezondheidspromotie = bevorderen van de gezondheid

² Universele = voor de algemene bevolking

³ Selectieve = voor groepen met een hoog risico

⁴ Geïndiceerde = bij individuen waarbij een probleem is vastgesteld

⁵ Preventie = (risicofactoren van) ziekte voorkomen

⁶ De organisatie van het aanbod wordt op populatieniveau voorzien volgens een getrappt zorgmodel (*stepped care*). Op individueel niveau wordt steeds gestreefd om de meest passende hulp aan te bieden (*matched care*).

⁷ De term 'progressief universalisme', gelanceerd in Groot-Brittannië, wijst op de erkenning van een universeel basisrecht, weliswaar gekoppeld aan positieve discriminatie ten gunste van achtergestelde doelgroepen. In

voor alle burgers, en varieert in schaal en intensiteit naarmate de doelgroepen kwetsbaarder worden. Hierdoor verminderen gezondheids- en welzijnsongelijkheden die het gevolg zijn van sociale ongelijkheden. Een proportioneel universele dienstverlening steunt op een mensen- en kinderrechtenperspectief en vertrekt van de diversiteit in de samenleving en de verscheidenheid aan noden.

Door de gelaagde activiteiten in het geestelijke gezondheidsbeleid (zie de hierboven beschreven 6 fasen) als één geheel te beschouwen, kan de effectiviteit (bereikt de zorg de doelen die ze beoogd?) en efficiëntie (inzet van middelen versus baten) van dergelijk organisatiemodel worden gemeten en geëvalueerd op de andere (hogere) lagen van de dienstverlening. De versnippering van financiering en verantwoordelijkheden verhinderen vandaag een op evidentie gebaseerde organisatie van het geestelijke gezondheidsbeleid.



Principe 4: Financiering maakt zorg laagdrempelig en toegankelijk

Geestelijke gezondheid en ggz zijn belangrijk en de financiering ervan zou ervoor moeten zorgen dat deze toegankelijk en laagdrempelig zijn. Verschillende doelgroepen echter geraken momenteel niet bij de juiste hulpverlening omwille van diverse belemmeringen en/of tekortkomingen in het huidige systeem.

Onder laagdrempelige zorg wordt dus verstaan dat deze **beschikbaar, bereikbaar, bruikbaar, betaalbaar en begrijpbaar is.**

Met **beschikbaarheid** wordt bedoeld dat er voldoende plaatsen / organisaties en ervaringsdeskundigen / hulpverleners beschikbaar zijn waar mensen terecht kunnen met hun zorgvraag. Daarnaast willen we dat mensen voldoende tijd krijgen, ook om een voldoende intensief zorgtraject af te werken. We verwijzen hier ook naar het oplossen van het probleem van de wachttijden. Verder moet er voldoende ondersteuning beschikbaar zijn voor mantelzorgers en de brede context rondom de zorgvrager. Deze groep wordt vaak vergeten. Nochtans hebben zij ook zorgvragen omtrent hun familielid of vriend. Zij doorlopen ook een herstelproces met hun eigen zorgvragen – cf. ook de tekst over familiebetrokkenheid.

Bereikbaarheid betekent dat mensen letterlijk professionals kunnen bereiken, bv. met betaalbaar openbaar vervoer voor de nodige zorg. Met andere woorden: mensen uit landelijke gebieden, mensen met een fysieke beperking (klassiek rolstoel, blinden,) maar ook mensen met een psychische

Vlaanderen werd de term 'progressief' vervangen door 'proportioneel' om te verwijzen naar het compensatiebeginsel.

kwetsbaarheid (pleinvrees, angststoornis) hebben nood aan voor hen aangepaste zorg. Bereikbaarheid houdt ook in dat mensen terecht kunnen op plekken waar ze direct hulp / advies krijgen aangeboden, omdat ze bv. geconfronteerd worden met wachttijden (zorgcontinuïteit) zoals de 1ste en 2de lijn. Bovendien houdt bereikbaarheid ook in dat mensen in de juiste zorgvorm (cf. piramide WHO) terecht kunnen (bv. crisisopname), m.a.w. ‘matched care’. Belangrijk is dat men iedereen uit het doelpubliek moet kunnen bereiken. Initiatieven om kansarmen te bereiken, mensen uit andere culturen, gedetineerden, ... Kortom, iedereen met zorgvragen die tot nu toe niet bereikt werd, moet aangepaste zorg kunnen krijgen op zijn / haar maat. Als voorbeeld verwijzen we naar de methodieken zoals pro-actief, outreachend, aanklampend werken, ...

De aangeboden hulp moet voor de cliënt, familie en naasten **bruikbaar** zijn, m.a.w. iedere zorgvrager heeft eigen zorgvragen waarvoor “zorg op maat” idealiter het enige juiste antwoord zou moeten zijn.

De aangeboden zorgen door hulpverleners en organisaties mogen niet gebonden zijn aan openingsuren. Zelfs in crisissituaties zijn slechts een beperkt aantal zorgverstrekkers bereikbaar, hoewel de nood dan het hoogste is.

De huidige hulpverlening is lang niet voor iedereen **betaalbaar**, waardoor veel mensen uit de boot vallen. Sociale uitkeringen zoals werkloosheid, invaliditeit, ... bevinden zich vaak onder de Europese armoedegrens. Daarnaast hebben sommige beroepsgroepen een lage verloning.

Vaak is het administratief een rompslomp om rechten te krijgen die eigenlijk automatisch zouden moeten toegekend worden zoals bij het systeem van remgeld. Er is ook nood aan flexibele barema's bij het toekennen ervan.

Verzekeringen zoals bv. hospitalisatieverzekering zijn afhankelijk van diverse variabelen zoals leeftijd, inkomen, ziektegeschiedenis, ... Hospitalisatieverzekeringen zijn echter noodzakelijk voor een residentiële opname gezien de ziekenhuisfacturen anders niet te betalen zijn.

Na een opname is de noodzakelijke opvolging door een privé-psycholoog te duur en wordt deze vaak vroegtijdig afgebroken. De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) zijn soms onbereikbaar omwille van lange wachttijden.

Op geestelijke gezondheid en in het bijzonder ggz rust nog een groot stigma en taboe. Dit komt grotendeels omdat mensen niet begrijpen, niet correct op de hoogte zijn van wat dit juist inhoudt. Sensibilisering is een manier om deze topic meer begrijpelijk te maken voor het grote publiek. **Begrijpbaarheid** betekent ook duidelijkheid, zodat mensen een overzicht krijgen over de diensten die er bestaan en/of weten waar ze terecht kunnen voor hulp. Dat kan door websites op te maken met

overzichtelijke informatie, en overheidscampagnes te ontwikkelen om mensen wegwijs te maken en ggz bekender bij het grote publiek.

Communiceren met een zorgprofessional is vaak voor een cliënt, familie en naasten moeilijk o.w.v. het gebruik van vakjargon. Ook belangrijk is het empathische vermogen van de zorgprofessional.

Met **toegankelijke zorg** wordt niet alleen bedoeld dat brochures en websites leesbaar en begrijpelijk zijn. De publieke en private dienstverlening moeten ook openstaan voor input van de burger. Dit kan op diverse vlakken: praktisch, administratief niveau, ... en zelfs op het beleidsgebied. Dit is 'samen beleid maken' en hierbij houdt het (lokaal) bestuur effectief rekening met de voorkeuren en de verwachtingen van burgers en kwetsbare groepen.



Principe 5: Financiering maakt innovatie mogelijk

Gezondheidszorg, en in het bijzonder ggz, is een domein waarin we volop nieuwe ontwikkelingen uit diverse takken van de wetenschap trachten toe te passen. In de gezondheidszorg zijn verschillende disciplines actief: artsen, klinisch psychologen, maatschappelijk werkers, kinesitherapeuten, enz. Zij belichamen elk een zekere visie op de mens en de hulpvragen die gesteld worden door de mens. Vanuit dat opzicht vormen zij een complementaire puzzel en streven zij er naar om de mens op een holistische manier te benaderen.

De mens is echter geen voorgeprogrammeerd geheel: wij leren, evolueren elke dag en met ons ook onze hulpvragen die wij stellen. De verschillende wetenschapsdomeinen achter elke discipline die met die hulpvragen aan de slag gaan, dienen mee te evolueren met de groei van de mens. In die zin is de gezondheidszorg een toneel van niet-aflatende groei en evolutie in zienswijzes en bijhorende aanpak van de hulpvragen. Vaak wordt er – terecht – verwacht dat de methodes die hulpverleners uit die verschillende disciplines inzetten, gestoeld zijn op de laatste stand van zaken uit die wetenschappen.

Om dat te kunnen verwezenlijken moet het echter wel mogelijk gemaakt worden dat die meest recente kennis zijn weg vindt naar de klinische praktijk. Dat houdt o.m. in dat financiering soepel en flexibel genoeg moet zijn om innovatieve praktijken mogelijk te maken (cf. 'shared savings' zoals beschreven bij principe 2). **Een log financieringsmechanisme dat expliciet gekoppeld is aan de inhoud van een behandeling is niet geschikt om de snelle evolutie in de wetenschap te volgen.** Tegen de tijd dat de financiering is aangepast, is de vermelde behandeling wellicht alweer verouderd. Zo zagen we tijdens de huidige pandemie kostbare tijd verloren gaan vooraleer video-consultaties mogelijk gemaakt konden worden. Omgekeerd dient financiering best ook de doorstroming van kennis en

vaardigheden te stimuleren door bv. een koppeling te voorzien met kwaliteitsvolle permanente vorming voor zorgverleners.

Op deze wijze kunnen er ook concrete perspectieven ontstaan voor de sterkere inzet van ervaringsdeskundigheid, die op zich reeds positieve vernieuwende impulsen geeft aan de lopende hervormingen (cf. nota van het Overlegorgaan GGZ Volwassenen).

De financiering moet niet alleen voldoende flexibel zijn om innovatie mogelijk te maken en de nodige vorming te organiseren. Tevens moet de sector aanspraak kunnen maken op een specifiek innovatiebudget. Dergelijk budget schept de mogelijkheid voor academici van zeer diverse disciplines (cf. multifactoriële aspecten die de geestelijke gezondheid bepalen) om samen met de ggz-praktijk experimenten en wetenschappelijke onderzoeksprojecten op te starten die leiden tot nieuwe standaarden in de zorg, rekening houdend met de vastgestelde populatienoden, en deze nieuwe praktijken ook te implementeren. Deze innovatie kan zich richten op meer klassieke, klinische interventies, maar zou daarnaast ook mogelijk moeten maken om populatiegerichte methodieken te gaan ontwikkelen die zich bv. meer toeleggen op gezondheidsbevordering en preventie.



Principe 6: Financiering verhoogt de kwaliteit van zorg

'Pay for Quality' is een financieringssysteem gebaseerd op metingen van zorgkwaliteit. Hulpverleners worden beloond voor betere kwaliteit van zorg, en omgekeerd, gestraft bij onvoldoende kwaliteit van zorg. Regelmatig wordt er gesproken over 'Pay for Performance', wat verkeerdelijk de nadruk legt op het resultaat van het gezondheidssysteem. Pay for Quality is daarom een helderdere term die benadrukt dat de voorziene financiering afhankelijk is van de kwaliteit van zorg. Dit kan zowel bekeken worden op het niveau van een individuele zorgverlener, team, instelling of netwerk. Pay for Quality wordt gezien als een methodiek die tot kwaliteitsverbetering kan leiden, naast bv. publieke rapportering van de indicatoren, het vastleggen van standaarden, toezicht door de inspecterende overheden en eventuele externe audits door accrediteringsinstanties. Het moet een prikkel zijn om betere kwaliteit van zorg te leveren, niet meer of niet minder.

De mate van financiering wordt bepaald aan de hand van de resultaten op een set vooraf afgesproken kwaliteitsmaten, de zng. kwaliteitsindicatoren. Deze kwaliteitsindicatoren kunnen de vorm aannemen van structuur-, proces- of uitkomstenmaten. Elke type indicator reflecteert een specifiek aspect van kwaliteit van zorg: structuurindicatoren beoordelen structuren, procesindicatoren bieden reflecties van specifieke onderdelen van een zorgtraject en uitkomstindicatoren reflecteren uitkomsten, resultaten van zorg. Wanneer men kwaliteit wil meten aan de hand van dergelijke indicatoren, dan is

het belangrijk om de metingen zo te kiezen dat ze een zo representatief mogelijk beeld te geven over 'de kwaliteit van zorg'. Een combinatie van de verschillende typen van indicatoren is hierbij aangewezen. De uitdaging binnen de ggz is om deze set van indicatoren in eerste instantie te ontwikkelen samen met de sector, die naast het gebruik voor financiering ook een aanzienlijke meerwaarde kunnen bieden binnen de kwaliteitsbevordering in de organisaties.

Pay for Quality wordt sinds begin jaren 1990 in verschillende landen gebruikt. De meest grootschalige implementatie ervan bevindt zich in het Verenigd Koninkrijk binnen de eerste lijn, [waar huisartsen tot 25% van hun inkomen kunnen verwerven aan de hand van resultaten op een 100-tal kwaliteitsindicatoren](#). In 2009 onderzocht het [Federaal Kenniscentrum](#) of het toepassen van Pay for Quality wenselijk was in België en onder welke vorm deze dan best werd geïmplementeerd. Het rapport keek ook naar de effectiviteit van internationale Pay for Quality-initiatieven, en concludeerde dat de impact op kwaliteit(sverbetering) eerder beperkt was. Een eerste studie die de impact op mortaliteit na implementatie van het Pay for Performance-systeem in het Verenigd Koninkrijk naging, kon geen significante verbetering aantonen.

[Toch startte men in België in 2018](#) met de eerste set van indicatoren voor de algemene ziekenhuizen waaraan een Pay for Quality-fee werd verbonden, als toepassing van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. De huidige Pay for Quality-fee (2020) is gebaseerd op resultaten van patiëntervaringen, het behalen van de ISQua-accreditatie (International Society for Quality in Health Care) en een aantal pathologie gebonden (mortaliteits)indicatoren. In de Belgische algemene ziekenhuizen bedraagt het Pay for Quality-luik slechts 0,1 % van de totale ziekenhuisfinanciering (6 miljoen vs 600 miljard euro in 2019). [VOKA](#) adviseert dat het aandeel van Pay for Quality minstens 3% van de totale financiering zou moeten bedragen.

Een belangrijk nadeel van Pay for Quality is dat het tegen het principe ingaat dat niet-financiële incentives en de intrinsieke motivatie van hulpverleners voldoende moet zijn om kwaliteitsvolle zorg te garanderen, en hier financiële prikkels voor voorzien overbodig zou moeten zijn. Dit zou er voor kunnen zorgen dat hulpverleners enkel focussen op kwaliteitsmetingen waaraan financiële prikkels verbonden zijn. Als uitkomsten van zorg gebruikt worden voor financiering moet er waakzaam omgegaan worden met de toegankelijkheid van zorg. Het perverse gevolg kan zijn, als men niet de nodige metingen van sociale gelijkheden mee capteert, dat patiënten met complexere pathologieën met minder kans op goede gezondheidsuitkomsten nergens meer terecht kunnen. Daarom is het van belang om naast uitkomstindicatoren, ook belang te hechten aan procesindicatoren binnen het Pay for Quality-systeem.

Pay for Quality wordt ook toegepast op indicatoren rond geestelijke gezondheid, al is dit eerder beperkt, zeker binnen Europa. Zo zitten er in het programma van het Verenigd Koninkrijk ook indicatoren gerelateerd aan cardiovasculaire screening bij psychiatrische patiënten door de huisarts. Ook worden in het Verenigd Koninkrijk psychiatrische ziekenhuizen beloond als 90% van de patiënten bij opname grondig gescreend worden op cardiovasculaire risicofactoren. Het feit dat zowel monitoring op de eerste lijn en verdere opvolging binnen de gespecialiseerde zorg wordt georganiseerd, zorgt er voor dat de samenwerkingen tussen de verschillende lijnen versterkt wordt. Het gevolg hiervan is dat diagnoses en behandelplannen tussen de verschillende lijnen gemakkelijker gedeeld kunnen worden. In de Verenigde Staten zijn wel al heel wat studies uitgevoerd naar de effectiviteit van Pay for Quality-systemen binnen de ggz. Een [review](#) van meer dan 100 studies en 15 quasi-experimentele studies kwam tot de conclusie dat er een positief verband is tussen Pay for Quality en afgeleiden van goede kwaliteitsvolle zorg. Deze studie bevestigde ook dat er patiëntenselecties gemaakt werden om tot betere resultaten te komen voor de kwaliteitsindicatoren.



Principe 6: Financiering is billijk t.a.v. de vereiste inspanningen

Onder een billijke financiering verstaan we een financiering die redelijk en aanvaardbaar is, zowel voor de samenleving die de middelen ter beschikking stelt, als voor de zorgactoren die deze zorg kwaliteitsvol moeten uitvoeren. De middelen die de samenleving ter beschikking stelt, dienen overeen te komen met de verwachtingen die ze heeft van die zorg.

Ggz is een hoog-intensieve zorgvorm. Psychische problematiek is, in vergelijking met de meeste somatische problematieken, complex, zowel in ontstaan en aard van de problematiek als in de behandeling ervan. Deze complexiteit neemt vaak toe naarmate de problematiek langer aanwezig is. Ggz vraagt dan ook heel wat bijzondere inspanningen die verdienen om nader omschreven te worden.

Vorming: Psychische problematiek is haast altijd multi-factorieel bepaald. In tegenstelling tot de meeste somatische aandoeningen, is er bij een psychische problematiek geen eenduidige of rechtlijnige 'oorzaak' van de aandoening. Vaak gaat het om een combinatie van verschillende factoren (biologische, psychologische, sociale) die maken dat een persoon op een gegeven moment een psychische kwetsbaarheid ontwikkelt. Om deze factoren en hun onderling samenspel goed te kunnen begrijpen, is een intensieve en doorgedreven wetenschappelijke opleiding noodzakelijk. Zorgpersoneel in de ggz is daarom ook hoog opgeleid. Klinisch psychologen leggen op zijn minst een 6-jarig academisch traject af waarna ze zich vaak nog enkele jaren verder specialiseren. Artsen-psychiaters hebben een opleidingstraject van maar liefst 11 jaar. De sector gaat zelfs zo ver dat ze ook

ervaringswerkers grondig vormt in een eigen opleidingstraject. Die opleiding is essentieel om ervaringswerkers deel te kunnen laten uitmaken van het begeleidingsteam rond een patiënt.

Naast een degelijke basisvorming is permanente vorming onontbeerlijk. Het veld van de ggz, en met name de psychiatrie en klinische psychologie, is zodanig in ontwikkeling, dat het zorgpersoneel zware inspanningen levert om de stand van zaken uit het wetenschappelijk onderzoek bij te kunnen houden. Financiering dient dan ook rekening te houden met deze inspanningen in opleiding zodat er geen 'brain drain' dreigt naar andere, minder intensieve medische sectoren.

Samenwerking: Zoals reeds in principe 2 toegelicht, zorgt de multifactoriële aard van psychische aandoeningen er voor dat het haast onmogelijk is om een patiënten succesvol monodisciplinair te behandelen. Multidisciplinair samenwerken, zelfs over sectoren heen, is een noodzaak. Dit creëert een bijkomende dimensie in de zorg. Niet zelden ligt de zwaarste inspanning niet in de klinische interventie van de consultatie, maar in de vele noodzakelijke overlegondes met de actoren die een rol spelen in één van die bepalende factoren van de aandoening. Dit is een tijdrovend proces, zowel in vergader- en manuren als in duurtijd. Het maakt dat klinische behandelingen van psychische problematieken niet op een week afgerond kunnen worden, maar een proces van maanden, soms jaren kunnen zijn.

Zorg op maat: In tegenstelling tot de somatische gezondheidszorg kennen we in de ggz geen 'standaardbehandelingen'. We hebben wel goede richtlijnen en elke maand leren we weer bij over de verschillende psychische kwetsbaarheden. Maar 'zorg op maat' is hier geen leuze, het is een noodzaak. Geen enkele depressie is immers hetzelfde. Wetenschap dient aangevuld te worden met klinische ervaring, overleg en supervisie, en dan afgestemd op de noden van de patiënt en diens omgeving.

Dit maakt dat klinische behandelingen in de ggz, zoals vb. een psychotherapie, een buitengewoon intellectueel gebeuren is, waar de voorbereidingstijd en de nabespreking soms meer tijd vragen dan de eigenlijke consultatie. Ggz-medewerkers zoals klinisch psychologen of psychiaters worden wetenschappelijk opgeleid met het doel om dat wetenschappelijk denken ook toe te passen in hun klinisch werk. Dit creëert een fascinerend proces waarbij elke begeleiding op zich een wetenschappelijke cyclus van hypothesestelling en -toetsing doorloopt. Het maakt echter ook dat dit soort klinisch werk mentaal erg vermoeiend is voor de hulpverlener en dat het aantal patiënten dat per dag gezien kan worden, beperkt is.

Opvolging: in de ggz werken we met patiënten met een psychische kwetsbaarheid. Deze kwetsbaarheid komt tot uiting wanneer het fragiele evenwicht tussen risico- en beschermfactoren verstoord raakt, waardoor er een vraagstelling ontstaat bij de patiënt en/of diens omgeving. De doelstelling van de zorg die we verstrekken is niet om de patiënt te 'genezen' van diens kwetsbaarheid,

maar eerder om hem/haar te helpen de verstoorde balans weer te herstellen zodat de vraag die er was ontstaan, verhelderd kan worden. De patiënt kan dan weer zijn dagelijks leven opvatten.

Echter, de balans tussen die risico- en beschermfactoren zou opnieuw verstoord kunnen raken, ondanks eerdere succesvolle interventies. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs iets te zeggen over het succes van eerdere interventies. Het leven staat nu eenmaal bol van de stressoren, en we hebben vaak geen controle over het tijdstip van onze volgende ontmoeting met een stressor. Net daarom is het zo belangrijk om onze patiënten actief te kunnen blijven opvolgen, ook al is er niet meteen een acute vraag. Des te vlugger we immers kunnen aansluiten op de vraagstelling die er is bij de patiënt na een nieuwe verstoring van de balans, des te kleiner zal de impact ervan zijn om de patiënt, zijn naaste omgeving en op ons gezondheidssysteem.

Technologie: de ggz is volop aan het digitaliseren in haast alle domeinen. Kennisoverdracht uit het wetenschappelijk onderzoek gebeurt langs digitale opleidingsplatformen. Communicatie tussen hulpverleners verloopt via beveiligde platformen en gezamenlijk beheerde elektronische patiëntendossiers. Die dossiers moeten geïntegreerd kunnen worden zodat de patiënt en de zorgverstreker kan beschikken over één geïntegreerd dossier. Klinische interventies worden zelfs online aangeboden en hun resultaten mee gebruikt in nieuw wetenschappelijk onderzoek. Eén van de grote uitdagingen voor de ggz wordt het genereren van data door de verschillende zorgverstrekkers en -aanbieders. Die data zullen zo efficiënt en dus liefst elektronisch gecaptureerd moeten worden binnen bv. een daartoe geschikt elektronisch patiëntendossier.

In het bijzonder wordt er aandacht geschonken aan 'blended therapy': een zorgvorm waarbij er tussen klinische interventies door, digitale opvolging gebeurt door het ggz-team. Dit alles vraagt de ontwikkeling en implementatie van nieuwe technologieën. Dit zijn vaak kostelijke investeringen voor ggz-voorzieningen en -verstrekkers. Ze vragen ook de nodige tijd: dossiers moeten up to date gehouden kunnen worden, digitale informatieoverdracht moet nog altijd vorm gegeven worden en zelfs in blended therapie moet de zorgverstreker de tijd hebben om de patiënt tussentijds digitaal te kunnen opvolgen.

Mentale belasting: het verstrekken van ggz is belastend voor hulpverleners. In tegenstelling tot de meer somatische gezondheidszorg is het geen snelle aaneenschakeling van technische prestaties zoals we hierboven reeds beschreven. Hulpverleners ervaren een grote mentale belasting in het luisteren naar en werken met de patiënten en hun omgeving. De verhalen en moeilijkheden gaan vaak gepaard met sterke, negatieve emoties die moeten verdragen en verwerkt worden door de hulpverleners. Deze emoties kunnen ook doorschieten naar agressie en crisissituaties die gehanteerd moeten worden.

Samenvattend kunnen we stellen dat ggz een complexe zorgvorm is. De vragen / klachten / problematieken waarmee patiënten zich wenden tot zorgverstrekkers / -aanbieders zijn multifactorieel bepaald, wat een langdurige en intensieve opleiding vereist. Gezien deze multifactorialiteit bestaan er geen pasklare antwoorden en dient wetenschappelijke evidentie steevast vertaald te worden naar een zorg-op-maat, die bovendien vaak zelden eindig is. Tot slot dient er in de ggz een grondige inhaalbeweging te gebeuren op vlak van digitalisering. De zorgverstrekkers en -aanbieders, net als de ervaringswerkers dienen dan ook op een billijke wijze vergoed te worden die rekening houdt met deze complexiteit.



Conclusie

Een werkgroep bestaande uit ervaringsdeskundigen, zorgverstrekkers en afgevaardigden uit zorgvoorzieningen heeft een jaar lang gewerkt om tot een consensus te komen over de principes die best gehanteerd worden wanneer men (geestelijke) gezondheidszorg wil gaan financieren. De principes die in dit document naar voren geschoven worden zijn geen strikte regels die bepalen hoe zorg gefinancierd moet worden. Ze moeten echt beschouwd worden als algemene principes die richtinggevend kunnen zijn aan hoe een samenleving haar (geestelijke) gezondheidszorg kan financieren. Ze laten dus voldoende flexibiliteit toe om tegemoet komt aan de diversiteit in de sector.

Niettemin is de werkgroep ervan overtuigd dat, wanneer deze principes toegepast zouden worden in de financiering van de zorg, dit kan leiden tot betere zorguitkomsten, een betere ervaring voor de patiënten en hun omgeving, een grotere jobtevredenheid voor de zorgverstrekkers en een efficiëntere zorg (quadruple aim).

De volgende stap die de werkgroep wilt nemen is om deze principes te toetsen aan de huidige financiering van de diverse actoren in de sector. We hopen op basis van deze toetsing meer specifieke aanbevelingen te kunnen doen naar toekomstige financiering toe.