



STATEN-GENERAAL GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
WERKGROEP FINANCIERING

DE FINANCIERING VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORGFACTOREN DOORGELICHT

**HOE VERHOUDT DE HUIDIGE FINANCIERING ZICH TOT DE FINANCIERINGSPRINCIPES
GERICHT OP EEN KWALITEITSVOLLE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG?**

INTERIM RAPPORT

Datum versie: 16/02/2024

**Ruben Willems, Walter Geuens, Ariane Ghekiere, Sofie Crommen, Peter Kraewinkels,
Koen Lowet, Frieda Matthys, Koen Oosterlinck, Kristel Van de Velde, Anouk Vanlander,
Yves Wuyts, Nick Verhaeghe**

INHOUDSTAFEL

1.	INLEIDING	5
2.	BARRIERES EN FACILITATORS	8
2.1.	Centra Geestelijke Gezondheidszorg	8
2.2.	Initiatieven Beschut Wonen	10
2.3.	Psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen....	12
2.4.	Zelfstandig gevestigde psychiaters.....	14
2.5.	Zelfstandig gevestigde psychologen en orthopedagogen.....	15
2.6.	Psychiatrische verzorgingstehuizen.....	18
3.	Globale inschatting.....	20
3.1.	Centra Geestelijke Gezondheidszorg	20
3.2.	Initiatieven Beschut Wonen	21
3.3.	Psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen....	21
3.4.	Zelfstandig gevestigde psychiaters.....	22
3.5.	Zelfstandig gevestigde psychologen en orthopedagogen.....	22
3.6.	Psychiatrische verzorgingstehuizen.....	23
4.	VERDERE STAPPEN	23
5.	REFERENTIES	24
6.	APPENDICES	25

TABELLEN

Tabel 1 CGG: Barrières en facilitators volgens financieringsprincipe voor een kwaliteitsvolle GGZ

Tabel 2 IBW: Barrières en facilitators volgens financieringsprincipe voor een kwaliteitsvolle GGZ

Tabel 3 PZ en PAAZ: Barrières en facilitators volgens financieringsprincipe voor een kwaliteitsvolle GGZ

Tabel 4 Zelfstandig gevestigde psychiater: Barrières en facilitators volgens financieringsprincipe voor een kwaliteitsvolle GGZ

Tabel 5 Zelfstandig gevestigde psycholoog en orthopedagoog: Barrières en facilitators volgens financieringsprincipe voor een kwaliteitsvolle GGZ

Tabel 6 Psychiatrisch verzorgingstehuis: Barrières en facilitators volgens financieringsprincipe voor een kwaliteitsvolle GGZ

Tabel 7 Scoringssysteem mate waarin de huidige financiering bijdraagt tot het realiseren van de financieringsprincipes voor een kwaliteitsvolle GGZ

Tabel 8 Overzicht van de mate waarin, per GGZ-actor, de huidige financiering bijdraagt tot het realiseren van de financieringsprincipes voor een kwaliteitsvolle GGZ

SITUERING

Dit is het tweede rapport dat voortkomt uit de werkzaamheden van de werkgroep financiering van de Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg. Ter introductie wordt het eerste rapport over de zeven financieringsprincipes bondig samengevat. Daaropvolgend wordt de huidige financiering van zes actoren binnen de geestelijke gezondheidszorg getoetst aan de beschreven financieringsprincipes. Er worden telkens barrières en facilitators geïdentificeerd die gewogen worden door de leden van de werkgroep. Het doel van dit rapport is een solide basis te hebben om in de loop van 2024 eenzelfde wegging te laten uitvoeren door een bredere groep in het werkveld, hieruit prioritaire domeinen te selecteren en om uiteindelijk te komen tot beleidsaanbevelingen.

1. INLEIDING

Naar aanleiding van de verkiezingen in 2019 organiseerde de sector geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Vlaanderen zich in de eerste Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg, vandaag Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheid (SGGG), resulterend in een noodprogramma bestaande uit vier cruciale pijlers (Bervoets et al. 2019). De vier pijlers werden vertaald naar de oprichting van evenveel werkgroepen om stapsgewijs de huidige situatie in kaart te brengen en oplossingen uit te werken in functie van een meer kwaliteitsvolle GGZ, namelijk:

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

Dit interim rapport richt zich op de activiteiten van de werkgroep rond financiering. In navolging van de tweede SGGG in 2021 werd een 'white paper' (Lowet et al., 2021) gepubliceerd rond richtinggevend principes waaraan financieringsmechanismen idealiter dienen te beantwoorden om tot een kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg te komen, waarbij rekening werd gehouden met de huidige realiteit binnen de sector. Voor een volledige uiteenzetting van de zeven principes wordt verwezen naar de 'white paper', maar kort samengevat zijn deze:

- Financiering is een middel om doelstellingen te bereiken

Financiering is geen doel op zich maar eerder een middel om concrete gezondheidsdoelstellingen te bereiken. Er zijn verschillende financieringstypes met elk hun voor- en nadelen waarbij vaak een combinatie aangewezen is om gezondheid te optimaliseren. Er kunnen keuzes gemaakt worden betreffende de omvang (gaande van prestatiefinanciering tot een forfaitarisering), de doelgroep (per persoon of populatiegericht) en de aard (proces- versus uitkomst-gebaseerd) van de financiering.

- Financiering bevordert samenwerking en netwerking

Er is een groeiend draagvlak dat de gezondheidsdoelstellingen slechts optimaal bereikt kunnen worden mits er een geïntegreerde samenwerking is tussen de verschillende zorgactoren. De wijze van financiering kan samenwerking ontmoedigen. Het tegendeel is ook waar, dat de wijze van financiering faciliterend kan werken wanneer zorgactoren hiervan tijdig op de hoogte zijn en een passende strategie kunnen uitstippelen, wanneer gelijkaardige zorg gelijk worden gefinancierd, zorgactoren rechtstreeks gefinancierd worden voor de realisatie van hun zorgopdrachten, er financiële prikkels ingebouwd worden ter bevordering van samenwerking en netwerken, en waarbij mogelijke efficiëntiewinsten niet verloren maar geherinvesteerd worden.

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

Gezondheidszorg is een continuüm waarbij er op populatieniveau een getrapte zorg (*stepped care*)-benadering wordt aangehangen van zo min mogelijk interveniërend (zelfzorg, informele zorg) tot sterk interveniërend (gespecialiseerde residentiële zorg). Op individueel niveau spreekt men van het principe van *matched care*, de meest gepaste zorg. Vaak zijn zorgactiviteiten en de bijhorende financiering nog te fragmentarisch georganiseerd.

- Financiering maakt zorg laagdrempelig en toegankelijk

Laagdrempeligheid vertaalt zich in beschikbare, bereikbare, bruikbare, betaalbare en begrijpbare zorg. Er moeten voldoende professionele zorgactoren en ondersteuning voor mantelzorgers beschikbaar

zijn, waarbij de juiste (*matched care*) zorg op het juiste moment gemakkelijk door mensen letterlijk te bereiken valt. Dit is zorg op maat waarbij niemand uit de boot valt en elke persoon ontvangt waarop men recht heeft. De mogelijkheden tot geestelijke gezondheidszorg moeten dus duidelijk en overzichtelijk zijn.

- Financiering maakt innovatie mogelijk

De gezondheidszorg is een potentieel dynamisch terrein want de wetenschap staat niet stil en in de praktijk leert men elke dag van elkaar. Gezondheidsdoelstellingen kunnen het best bereikt worden door op onderzoek- én praktijk-gebaseerde, beste en laatste inzichten; dat is ook wat de bevolking verwacht. Een expliciete koppeling van financiering aan behandelingsinhoud kan daarom minder geschikt zijn om snel in te spelen op de actualiteit en nieuwe inzichten: innovatie kan gestimuleerd worden door zorgactoren een zekere mate van budgetvrijheid te gunnen. Bovendien moet vorming van zorgactoren gefinancierd worden en zou een innovatiebudget vernieuwende praktijken een duw in de rug kunnen geven.

- Financiering verhoogt de kwaliteit van zorg

Het is mogelijk om kwaliteit van zorg te belonen via een Pay for Quality-fee op basis van een set van indicatoren die idealiter ontwikkeld worden in samenspraak met verschillende stakeholders binnen het veld. Er wordt gesteld dat Pay for Quality minstens 3% van de totale financiering zou moeten bedragen. Pay for Quality kan leiden tot verbeterde gezondheidsuitkomsten maar een goede, doordachte balans vinden tussen uitkomst- en procesindicatoren lijkt cruciaal. Een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle Pay for Quality-implementatie is dat zorgvoorzieningen vrijheid genieten om hun zorgaanbod zo aan te passen dat dit voldoet aan de vereiste kwaliteit zonder dat dit andere bestaande financieringsregels in het gedrang brengt.

- Financiering is billijk ten aanzien van de vereiste inspanningen

De financiering moet een weerspiegeling zijn van de klinische, sociale en economische maatschappelijk toegevoegde waarde. Er moet rekening gehouden worden met de vaak hoge complexiteit en intensiteit binnen de geestelijke gezondheidszorg waarbij kwaliteitsvolle zorg slechts mogelijk is mits een langdurige opleiding en levenslange vorming van de zorgactoren. Kwaliteitsvolle zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg vereist ook vaak multi- en interdisciplinaire samenwerking omwille van de multifactoriële aard van de psychische problematiek. Ondanks richtlijnen bestaat er niet iets als een standaardtraject en is er vaak nood aan een omstandige opvolging, zonder garantie op geen hervat, wat de zorg nog tijdsintensiever en voor de zorgactor ook psychisch belastend maakt.

In aanloop naar de derde SGGG op 8 februari 2024 heeft de werkgroep Financiering de huidige financiering van zes geestelijke gezondheidszorgactoren (centra geestelijke gezondheidszorg, initiatieven beschut wonen, psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen algemene ziekenhuizen, zelfstandig gevestigde psychiater, zelfstandig gevestigde psycholoog en orthopedagoog en psychiatrische verzorgingstehuizen) tegen het licht van bovenstaande principes gehouden. De werkgroep is zich bewust van het bestaan van andere, bestaande geestelijke gezondheidszorgactoren die weliswaar buiten de scope zijn gevallen van dit interim rapport. Daarnaast wenst de werkgroep te benadrukken dat er verschillende waardevolle initiatieven bestaan rond vroegdetectie en preventie van geestelijke gezondheidsproblemen die buiten de scope van het rapport vallen hoewel preventie, in het algemeen en specifiek gericht op geestelijke gezondheid, ondergefinancierd wordt (Gmeinder, Morgan, and Mueller, 2017). Nochtans suggereert een in 2021 gepubliceerde literatuurstudie met 65 geïncludeerde studies dat gerichte preventie en gezondheidspromotie overwegend kosteneffectief of zelfs besparend zijn. Screening van de mentale gemoedstoestand van kinderen en adolescenten op

scholen en gezondheidspromotie op de werkvloer blijken beiden kosteneffectief te zijn (Le et al., 2021).

De beschrijving van de financiering van verschillende van de zorgactoren in de verdere tekst werd in eerste instantie uitgewerkt door medewerkers van Zorgnet-Icuro en verder aangevuld door leden van de werkgroep. Hierna volgde een toetsing resulterende in barrières en facilitators per zorgactor en per principe.

2. BARRIERES EN FACILITATORS

2.1. Centra Geestelijke Gezondheidszorg

De [centra voor geestelijke gezondheidszorg](#) (CGG) bieden medisch-psychiatrische, psychosociale en psychotherapeutische hulpverlening aan mensen met ernstige psychische problemen. Elk CGG heeft een aparte werking voor kinderen en jongeren, volwassenen, en ouderen. Een CGG is georganiseerd in teams bestaande uit één of meerdere psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers. De CGG worden gefinancierd door het Departement Zorg van de Vlaamse overheid. De financiering gebeurt door middel van een enveloppe voor het uitvoeren van de globale opdracht (preventief en curatief). Van deze enveloppe moet minstens 70% voor personeel worden gebruikt, wat zich in de praktijk vertaalt naar vaak 80% of meer. De [persoonlijke bijdrage](#) is een standaardtarief, met uitzonderingen (verminderd tarief/gratis) voor personen die aan bepaalde criteria voldoen (bv. verhoogde tegemoetkoming binnen de ziekte- en invaliditeitsregelgeving). Persoonlijk aandeel bij de psychiater wordt meegeteld in de maximumfactuur, persoonlijk aandeel voor andere sessies niet.

Het Departement Zorg hanteert prestatie-indicatoren met streefwaarden waarbij minimum 2/3 van de VTE personeel zorgopdrachten naar patiënten vervult en maximum 10% naar expliciete preventie- of projectopdrachten gaat. Voor de infrastructuur is er een [gedeeltelijke subsidiëring](#) (niet voor de bouwgrond) via het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA).

Een meer gedetailleerd overzicht van de financiering van de CGG is terug te vinden in Appendix 1. Tabel 1 bevat een overzicht van de gerapporteerde barrières en facilitators volgens de leden van de SGGG-werkgroep Financiering.

Tabel 1 CGG: Barrières en facilitators volgens financieringsprincipe voor een kwaliteitsvolle GGZ

	Barrières	Facilitators
Doelmatig	<ul style="list-style-type: none"> - Financiering niet gekoppeld aan bereiken doelstelling “gespecialiseerde ambulante zorg” - Grote druk om kortdurend te werken - Geen expliciete gezondheidsdoelstellingen 	<ul style="list-style-type: none"> - Financiering maakt multidisciplinair behandelteam mogelijk - Mixed financiering: enveloppe- en per prestatie voor arts - Prestatie-indicatoren op aandeel patiënten met laag inkomen en aantal sessies per VTE therapeut
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - Geen financiële driver voor samenwerking - Aantal sessies therapeutisch overleg kinderpsychiater & psycholoog/orthopedagoog ontoereikend voor zeer complexe situaties 	<ul style="list-style-type: none"> - Grootste deel budget: financiering multidisciplinair team - Aantal CGG: specifieke opdrachten naar ondersteuning van woonzorgcentra, gedetineerden in gevangenissen
Populatiebreed	<ul style="list-style-type: none"> - Financiering dekt slechts beperkt segment van de zorg af - 10% enveloppe voor preventie/andere opdrachten: voldoende? - Focus op kortdurende therapieën kan tot uitsluiting complexere problematiek leiden 	<ul style="list-style-type: none"> - Curatie én preventie: expliciete opdrachten - 10% van enveloppe kan voor andere opdrachten (herstel, activering, preventie)
Laagdrempelig en toegankelijk	<ul style="list-style-type: none"> - Gesloten enveloppe: weinig groeimarge, beperkte capaciteit ↔ groeiend aantal aanmeldingen (wachttijden) - Persoonlijk aandeel voor therapeuten: niet mee in maximumfactuur 	<ul style="list-style-type: none"> - Toegankelijk: beperkte bijdrage patiënt - Vast persoonlijk aandeel (identiek zoals conventie psychologische zorg), beperkt gemoduleerd i.f.v. inkomen
Kwaliteitsverhogend	<ul style="list-style-type: none"> - Geen financiële drivers (causaliteit zorgkwaliteit en financiering) - Groeiende toeloop met dichtslubbende capaciteit en wachttijden, grote druk voor kortdurende therapieën - Geen directe link tussen output, kwaliteit en financiering 	<ul style="list-style-type: none"> - Uitvoering kwaliteitsdecreet (o.a. behandelplannen – opvolging via indicatoren)
Innovatiebevorderend	<ul style="list-style-type: none"> - Geen financiële stimulansen - Hoog % budget voor personeel → weinig ruimte voor vernieuwende projecten - Geen specifiek vormings- en bijscholingsbudget 	<ul style="list-style-type: none"> - Enveloppefinanciering: enige vrijheid van personeelsinzet en inzake behandelings- en begeleidingsmethodieken - Naast enveloppefinanciering ook projectfinanciering
Billijkheid	<ul style="list-style-type: none"> - Compenserende financiering: personeels- en werkingskosten 	<ul style="list-style-type: none"> - Billijke vergoeding per sessie, financiering personeel a.d.h.v. barema's - Bijzondere aandacht voor mensen in kwetsbare posities

2.2. Initiatieven Beschut Wonen

Een **initiatief voor beschut wonen** (IBW) is er voor volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige psychische problematiek. Zij kunnen wonen in een wooneenheid van het initiatief van beschut wonen zelf of in andere (eigen) wooneenheden. Het IBW biedt hun daar “herstel ondersteunende begeleiding”. Het zorgpersoneel omvat 1 VTE per 8 zorggebruikers, inclusief 1 coördinator op het geheel van het IBW. Tachtig procent van het personeel dient een passend bachelor of masterdiploma te hebben, de overige 20% niet. Dit betekent dat IBW ook ervaringsdeskundigen kunnen inzetten in het team. Er is tussen 0.5 en 3 VTE voor activering voorzien. Er is een coördinerende psychiater voor supervisie van het team waarbij het aantal voorziene uren per week in functie van de grootte van het IBW is (minimaal 3u/week).

De prijs per verblijfdag wordt gefinancierd door de Vlaamse Sociale Bescherming. IBW factureert daarvoor de prijs per verblijfdag aan de zorgkassen. Ze krijgen daarvoor een “tegemoetkoming voor zorg”, die dus overeenkomt met de prijs per verblijfdag. Er is 100% budgetgarantie door het systeem van “herziening” waarbij een inhaalbedrag wordt berekend op basis van het verschil tussen de vorig jaar aan de zorgkassen gefactureerde prijs per verblijfdag en het theoretisch budget van het vorige jaar.

De zorggebruiker betaalt zelf voor medicatie en honoraria van huisarts en psychiater. Indien de zorggebruiker gebruik maakt van een woning die door het initiatief van beschut wonen ter beschikking wordt gesteld, betaalt de zorggebruiker hiervoor een verblijfskost aan het IBW. Deze kosten zijn niet opgenomen in de prijs per verblijfdag.

Er is geen financiering van de bouwgrond. Vlaanderen subsidieert het aanloopadres dat minimaal een secretariaat, een lokaal voor de teamvergadering en een lokaal waarin individuele gesprekken kunnen plaatsvinden omvat. Er is geen subsidiëring van de woningen voor bewoners, noch een bijkomende subsidiëring voor activiteiten-/arbeids-/ontmoetingscentrum.

Een meer gedetailleerd overzicht van de financiering van de IBW is terug te vinden in Appendix 2. Tabel 2 bevat een overzicht van de gerapporteerde barrières en facilitators volgens de leden van de SGGG-werkgroep Financiering.

Tabel 2 IBW: Barrières en facilitators volgens financieringsprincipe voor een kwaliteitsvolle GGZ

	Barrières	Facilitators
Doelmatig	<ul style="list-style-type: none"> - Financiering niet afgestemd op zorgnood van de bewoners - Geen expliciete gezondheidsdoelstellingen 	<ul style="list-style-type: none"> - Dekken van de vaste kosten via budgetgarantie - Ruimte om op klinisch niveau te werken aan eigen doelstellingen van de zorggebruiker - Flexibele inzet van personeel over de diverse zorgvragers
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - Geen financiële prikkels 	<ul style="list-style-type: none"> - Onder druk staande budget: exploreren van synergiën met andere IBW's - Samenwerking op klinisch niveau met andere actoren - Vaak ook arbeidsmatige activiteiten en dus samenwerking met werkactoren
Populatie-breed	<ul style="list-style-type: none"> - Financiering fragmentair bedoeld voor deze doelgroep en zorgvorm: begeleiding, persoonlijk en maatschappelijk herstel - Beperkt beschikbare capaciteit (IBW en activering) - Woonkost ten laste van de zorggebruiker 	<ul style="list-style-type: none"> - Aandacht voor vele levensdomeinen van de zorggebruiker - Beperkte preventie via werking Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie (PZT) - Ontmoeting via opdracht activering
Laagdrempelig en toegankelijk	<ul style="list-style-type: none"> - Stijgende woon- en leefkosten voor zorggebruikers om de budgetdruk aan te kunnen - Beperkt beschikbare capaciteit (IBW en activering) 	<ul style="list-style-type: none"> - Geen kosten voor zorg, enkel voor wonen en leven (wel persoonlijk aandeel voor huisarts, psychiater en medicatie). - Zorg aan huis en laagdrempelige ontmoetingshuizen - Groepswonen maakt de woonkost dragelijk(er)
Kwaliteitsverhogend	<ul style="list-style-type: none"> - Geen financiële drivers (causaliteit zorgkwaliteit en financiering) 	<ul style="list-style-type: none"> - Budgetgarantie kan veilig kader bieden voor kwaliteitszorg - Gratis begeleiding aan huis - Combinatie van <i>haal- en brengzorg</i>
Innovatiebevorderend	<ul style="list-style-type: none"> - Werkt sociaal ondernemerschap niet in de hand - Geen specifiek vormings- en bijscholingsbudget - Vergoeding voor zorgvernieuwend initiatieven slechts tijdelijk 	<ul style="list-style-type: none"> - Mogelijkheid tot inzetten ervaringsdeskundigen - Vrijheid in begeleidingsmethodieken - Vergoeding voor zorgvernieuwend initiatieven: voor PZT zijn deze middelen niet tijdelijk
Billijkheid	<ul style="list-style-type: none"> - Zeer beperkt werkingsbudget, waarbij de werkingsmiddelen al jaren niet geïndexeerd zijn - Ongelijke spreiding van het aanbod IBW 	<ul style="list-style-type: none"> - Financiering van begeleidend personeel o.b.v. barema's - Financiering dekt de personeelskost voor begeleiding

2.3. Psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen

De belangrijkste financieringsbronnen voor psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ) zijn het Budget van Financiële Middelen (BFM) en de artsenhonoraria. Daarnaast zijn er ook nog vergoedingen voor farmaceutische en verbruikte producten, RIZIV-forfaits en kamersupplementen.

De coördinerende en behandelende psychiater wordt gefinancierd via de nomenclatuur bestaande uit een toezichtshonorarium per dag aanwezigheid. De bedragen verschillen per type dienst (A/T/K/Sp-psy), maar er is geen onderscheid tussen volledige, dag- of nachthospitalisatie. Het toezichtshonorarium daalt met een langere ligduur. In het toezichtshonorarium zijn ten aanzien van de patiënt farmacologische therapie, psychotherapie, gesprekken, indirecte contacten (familie, verwijzers, ...) inbegrepen. Ten aanzien van het team zijn inbegrepen: supervisie en ondersteuning. Naast het toezichtshonorarium zijn er bijkomende vergoedingen voor o.a. intake en ontslagonderzoek, teamvergadering, medisch-technische prestaties. Er is een forfaitaire financiering voor pilootprojecten (beleidsfunctie).

De patiënt betaalt een vast bedrag per opnamedag. Dit bedrag verschilt volgens de duurtijd van de ziekenhuisopname en volgens al dan niet recht op verhoogde tegemoetkoming. Daarnaast betaalt de patiënt ook een vast bedrag in de toezichtshonoraria, vast bedrag per opname voor klinische biologie en vast bedrag voor persoonlijk aandeel medicatie (onafhankelijk van de hoeveelheid medicatie dat de patiënt kreeg toegediend). Gans het persoonlijk aandeel dat de patiënt betaalt in PZ wordt meegeteld voor de maximumfactuur. Er is geen financiering voor de bouwgrond.

Een meer gedetailleerd overzicht van de financiering van de PZ en PAAZ is terug te vinden in Appendix 3. Tabel 3 bevat een overzicht van de gerapporteerde barrières en facilitators volgens de leden van de SGGG-werkgroep Financiering.

Tabel 3 PZ en PAAZ: Barrières en facilitators volgens financieringsprincipe voor een kwaliteitsvolle GGZ

	Barrières	Facilitators
Doelmatig	<ul style="list-style-type: none"> - Degressief toezichtshonorarium kan leiden tot oneigenlijk ontslag - Financiering niet afgestemd op noden patiënt - Geen expliciete macro/mesodoelstellingen 	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibel schakelen tussen volledige en partiële hospitalisatie, incl. mobiele en ambulante behandeling - Degressief toezichtshonorarium psychiater i.f.v. verblijfsduur duwt naar kortere verblijfsduren (en dus sneller terug naar de natuurlijke omgeving van de patiënt)
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - Minder drivers voor stimuleren samenwerking buiten de muren van het ziekenhuis: zorg zou primair verricht moeten worden door eerstelijnssteam 	<ul style="list-style-type: none"> - Financiering laat samenwerking toe; Psychiaters expliciet gestimuleerd tot teamvergadering en info-uitwisseling met huisarts - PZ als organisator van de ambulante mobiele crisisteams en teams langdurige zorg - Verplichte samenwerking met algemene ziekenhuizen
Populatie-breed	<ul style="list-style-type: none"> - Financiering niet populatie-gericht, vooral gericht op individuele consumptie (klinisch en functioneel herstel) 	<ul style="list-style-type: none"> - Verschillende types bedden en mogelijkheid tot sessies na opname - Polikliniek: mogelijkheid om zorgverlening na ontslag te continueren, maar zonder financiering voor niet-artsen
Laagdrempeilig en toegankelijk	<ul style="list-style-type: none"> - Geen verplicht getrapte zorg: rechtstreeks toegankelijke derdelijnszorg - Enkel <i>haalzorg</i> (met uitzondering van de mobiele teams) - Groeiend aantal onbetaalde facturen suggereert dat een ziekenhuisopname financieel niet evident is voor een bepaalde groep. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vaste tarieven en persoonlijk aandeel – gesolidariseerd forfait voor medicatie – beperkte supplementen - Woonkost ten laste van de maatschappij
Kwaliteitsverhogend	<ul style="list-style-type: none"> - Geen specifieke drivers - Geen directe link tussen output, kwaliteit en financiering. Pay for Quality bestaat in AZ maar niet voor GGZ aspecten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Financiering voorziet in randomkadering om kwaliteitsvolle zorg te bieden. - Vermindering in bepaalde ziekenhuisforfaits bij heropnames binnen de 10 dagen.
Innovatiebevorderend	<ul style="list-style-type: none"> - Weinig drivers op uitzondering van enkele prestatiegerelateerde vergoedingen - Geen specifiek vormings-/bijscholingsbudget - Projectfinanciering wordt niet structureel verankerd (eeuwige projectstatus) 	<ul style="list-style-type: none"> - Vrijheid aan behandelmethodieken - Projecten mogelijk via B4-financiering van BFM - Financiering art 107 ziekenhuiswet -> vermaatschappelijking en intensifiëring van zorg
Billijkheid	<ul style="list-style-type: none"> - Groot verschil impact ziektebeelden, maar weinig differentiatie financieringsvormen - Weinig transparantie - Verschillende bedden: moeilijk te bepalen of personeelsinzet per type bed billijk is 	<ul style="list-style-type: none"> - Financiering van begeleidend personeel o.b.v. barema's.

2.4. Zelfstandig gevestigde psychiaters

De zelfstandig gevestigde psychiater wordt gehonoreerd via nomenclatuurprestaties waarbij elke prestatie een eigen vergoeding heeft die wordt vastgelegd door het RIZIV. Indien de psychiater de nationale conventie ondertekent, mogen er geen hogere bedragen aangerekend worden en betaalt het RIZIV in ruil enkele sociale voordelen. Bij niet ondertekenen van de nationale conventie is er het recht om hogere bedragen aan te rekenen maar is er ook geen sprake van sociale voordelen. De conventiegraad onder psychiaters voor de conventie 2022-2023 lag op **91,44% waarvan 96,78%** volledig, gevoelig hoger dan de gemiddelde conventiegraad voor alle arts-specialisten. Hoe meer prestaties er gedaan worden, hoe hoger het inkomen. Kosten zijn federaal via de ziekteverzekering.

Binnen de nomenclatuur wordt er een onderscheid gemaakt tussen een consultatie, psychotherapie en specifiek voor kinder- en jeugdpsychiaters (K&J psychiaters) mediatietherapie (waarbij ouders/opvoeders rechtstreeks als co-therapeut bij de behandeling worden ingeschakeld) en uitgebreide evaluatie, overleg met de psycholoog/orthopedagoog, alsook pluridisciplinair overleg. Het bedrag voor de consultatie dient ook een schriftelijk verslag naar de behandelende arts te dekken indien nodig. Er is ook een nomenclatuurcode voor een dringende psychiatrische interventie voor minderjarigen.

De nomenclatuurcodes voorzien in een vast persoonlijk aandeel indien de psychiater de conventie ondertekend heeft, waarbij het grootste deel van het honorarium gedekt wordt door de ziekteverzekering. Het persoonlijk aandeel telt mee voor de maximumfactuur. Er wordt rekening gehouden met verhoogde tegemoetkoming. De patiënt betaalt eigen medicatie en eigen woon- en leefkosten thuis.

Een meer gedetailleerd overzicht van de financiering van de zelfstandig gevestigde psychiater is terug te vinden in **Appendix 4**. Tabel 4 bevat een overzicht van de gerapporteerde barrières en facilitators volgens de leden van de SGGG-werkgroep Financiering. Merk op dat de rapportage van toepassing is op de zelfstandig gevestigde psychiater die minstens gedeeltelijk de conventie onderschrijft. Voor de kleine groep psychiaters die de conventie niet onderschrijven, is de zorg voor de patiënt een stuk minder laagdrempelig en toegankelijk.

Tabel 4 Zelfstandig gevestigde psychiater: Barrières en facilitators volgens financieringsprincipe voor een kwaliteitsvolle GGZ

	Barrières	Facilitators
Doelmatig	<ul style="list-style-type: none"> - Gevaar voor overmet need - Vaak geen tijd voor verslaggeving 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestatiefinanciering gericht op primair acute maar waarbij ook ruimte is voor chronische zorg - Onderscheid codes voor uitgebreide evaluatie en psychotherapie - Onder enkele nomenclatuurnummers (voor K&J) zit expliciet verslaggeving
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - Vaak geen tijd voor verslaggeving - MDO beperkt in aantal en inflexibel in tijd - Geen expliciete plaats in conventie klinisch psychologen en orthopedagogen - Geen financiering transitie K&J naar volwassenen - Geen consultverlening op opstand aan huisarts of psycholoog 	<ul style="list-style-type: none"> - Onder enkele nomenclatuurnummers zit expliciet verslaggeving - MDO voor K&J psychiaters en therapeutisch overleg met klinisch psycholoog en orthopedagoog (weliswaar beperkt in aantal)
Populatiebreed	<ul style="list-style-type: none"> - Geen financiering transitie K&J naar volwassenen - Herstelgericht, acute zorg - Geen financiering voor promotie of preventie-gerelateerde activiteiten 	
Laagdrempelig en toegankelijk	<ul style="list-style-type: none"> - Lage beschikbaarheid en bereikbaarheid, vooral voor K&J psychiaters - Grote wachtlijsten, vooral voor K&J psychiaters - Beschikbaarheid en bereikbaarheid sterk regio-afhankelijk 	<ul style="list-style-type: none"> - Vrij goede betaalbaarheid en over het algemeen goede begrijpbaarheid - Telt mee voor maximumfactuur - Teleconsultatie
Kwaliteitsverhogend	<ul style="list-style-type: none"> - Geen relatie met Pay for Quality - Onderscheid K&J en volwassenen - Geen basisfinanciering voor extra-consultaire zaken - Honorarium dringende psychiatrische interventie valt weg bij opname, wat een pervers effect kan hebben 	<ul style="list-style-type: none"> - Betere financiering indien accreditering - Dringende psychiatrische interventie voor minderjarigen is ongebonden in tijd
Innovatiebevorderend	<ul style="list-style-type: none"> - Strikte nomenclatuur - Geen innovatiebudget - Lage honorering groepssessies 	<ul style="list-style-type: none"> - Behandelvrijheid
Billijkheid	<ul style="list-style-type: none"> - Spanningsveld honoraria binnen en tussen groepen arts-specialisten - Financiering dekt, zeker bij K&J, niet per se de complexiteit casuïstiek 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoger dan modaal maatschappelijk inkomen

2.5. Zelfstandig gevestigde psychologen en orthopedagogen

De financiering van zelfstandig gevestigde psychologen en orthopedagogen is een financiering op twee snelheden. Enerzijds zijn er de niet-geconventioneerde uren waarbij het tarief door de

zorgverlener vrij te kiezen valt en terugbetaling niet binnen de verplichte zorgverzekering valt. In het kader van de aanvullende verzekering betalen sommige mutualiteiten een deel terug, met grote verschillen in maximum aantal vergoede sessies en in het percentage tot het tarief, al dan niet rekening houdende met het recht op een verhoogde tegemoetkoming en minderjarigheid. Hoe meer prestaties, hoe hoger het inkomen.

Anderzijds is er de conventie 2021-2023 waarbij psychologen en orthopedagogen zich kunnen conventioneren voor een aantal uren binnen de eerstelijnspsychologische (ELP) functie en de gespecialiseerde psychologische (GP) functie. Deze functies gaan gepaard met een maximaal aantal sessies met een hoge terugbetaling, waarbij ook rekening gehouden wordt met de verhoogde tegemoetkoming. Het persoonlijk aandeel wordt meegeteld voor de maximumfactuur. Conventionering kan pas na afsluiten van een verbintenis met een netwerk geestelijke gezondheid (volwassenen of kinderen). Op regionaal niveau is er een beperking op het aantal geconventioneerde uren op basis van een precariteitsindex (nodenanalyse o.b.v. de onzekere, kwetsbare en instabiele economische, sociale, politieke en arbeidsomstandigheden) van de regio. Binnen de conventie zit er een terugbetaling voor individuele en groepssessies, is er sprake van een trajectvergoeding, een gratis eerste sessie bij de ELP en zijn er verschillende nomenclatuurcodes voor outreachend werken, samenwerking voor groepssessies en multidisciplinair overleg. Kosten zijn federaal via de zorgverzekering.

Op het moment van schrijven (januari 2024) zit de conventie in een overgangsfase van drie maanden. Vanaf 1 januari is de conventie 2024-2025 in voege gegaan maar slechts op 1 april 2024 vervangt deze volledig de oude conventie (zie [CGT 2023/378](#) voor meer informatie). Enkele belangrijke wijzigingen zijn (i) de ontwikkeling van een laagdrempelige functie gemeenschapsgerichte interventies op vindplaatsen, gebaseerd op zelfzorg, veerkracht en psycho-educatie via groepssessies, (ii) een verdere versterking van vindplaatsgericht werken, (iii) een verdere uitbouw van kwaliteitsvolle groepssessies, (iv) het afschaffen van het persoonlijke aandeel voor personen jonger dan 24, (v) verdere uitwerking multidisciplinair overleg, en (vi) een verdere uitwerking zorgbudget netwerken.

Een meer gedetailleerd overzicht van de financiering van de zelfstandig gevestigde psychologen en orthopedagogen is terug te vinden in **Appendix 5**. Tabel 5 bevat een overzicht van de gerapporteerde barrières en facilitators door de leden van de SGGG-werkgroep Financiering. Merk op dat deze analyse gebaseerd is op de oude conventie die tot 31 maart 2024 van toepassing is. Het is namelijk nog niet geweten hoe de nieuwe conventie ervaren zal worden door het werkveld.

Tabel 5 Zelfstandig gevestigde psycholoog en orthopedagoog: Barrières en facilitators volgens financieringsprincipe voor een kwaliteitsvolle GGZ

	Barrières	Facilitators
Doelmatig	<ul style="list-style-type: none"> - Conventie, mutualiteiten: gelimiteerd aantal terugbetaalde sessies - Conventie: budget lijkt niet in verhouding te staan tot de noden in de maatschappij qua milde tot matige problematiek - Niet-conventie: afwezig 	<ul style="list-style-type: none"> - Conventie: hoge (terug)betaling per prestatie - Conventie: afbakening ELP en GP functie faciliteert afstemmen zorg op noden, hoewel afbakening niet altijd duidelijk is - Conventie: trajectvergoeding - Conventie: duidelijke link met gezondheidsdoelstellingen
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - Niet-conventie: geen incentives - Conventie: multidisciplinair overleg is onbekend - Conventie: netwerken GG kregen weinig tijd om zich te organiseren 	<ul style="list-style-type: none"> - Conventie via aansluiten bij netwerk GG - Conventie: functioneel bilan (ev. i.s.m. huisarts) bij GP functie - Conventie: multidisciplinair overleg mogelijk - Conventie: andere opdrachten naast therapeutische sessies - Conventie: terugbetaling voor groepsessies bij samenwerking zorgactoren - Conventie: outreachend werken
Populatiebreed	<ul style="list-style-type: none"> - Conventie: niet voor de relatief kleine groep met ernstige psychiatrische aandoeningen - Conventie: richt zich op milde tot matige problematiek - Conventie: budget lijkt niet alle noden te dekken 	<ul style="list-style-type: none"> - Conventie: onderscheid ELP en GP functie - Conventie: berekend volgens een precariteitsindex - Conventie, mutualiteiten: K&J wordt meer terugbetaald. - Conventie, mutualiteiten: overlapping leeftijdscategorieën K&J en volwassenen
Laagdrempelig en toegankelijk	<ul style="list-style-type: none"> - Algemeen geldend: wachtlijsten, des te groter voor geconventioneerde sessies - Niet-conventie: grote prijsverschillen met bijna altijd hoog persoonlijk aandeel - Conventie: lage begripbaarheid 	<ul style="list-style-type: none"> - Conventie: zorgt voor een groter bereik - Conventie: geen doorverwijzing nodig voor ELP - Conventie: outreachende groepsessies - Conventie: geen persoonlijk aandeel eerste ELP sessie - Conventie: outreachend werken naar thuissituatie mogelijk - Conventie: laag persoonlijk aandeel patiënten - Conventie, mutualiteiten: verhoogde tegemoetkoming
Kwaliteitsverhogend	<ul style="list-style-type: none"> - Conventie: vormingsaanbod netwerken niet beschikbaar - Conventie of niet: geen verplichte accreditering - Conventie of niet: geen Pay for Quality 	<ul style="list-style-type: none"> - Conventie: verplichte intervisies en vormingen - Conventie: functioneel bilan bij GP functie - Conventie: kwaliteitssysteem met zelfevaluatie - Mutualiteiten: vaak verplichting dat de zorgactor aangesloten is bij psychologencommissie en/of beroepsvereniging
Innovatiebevorderend	<ul style="list-style-type: none"> - Niet-conventie: afwezig 	<ul style="list-style-type: none"> - Conventie: groepsessies (al dan niet gecombineerd met individuele) - Conventie: vindplaats gericht werken - Conventie: vroegdetectie en -interventie - Conventie: combinatie ELP en GP - Conventie: outreachend werken - Conventie: videoconsultatie eventueel mogelijk - Algemeen geldend: behandelvrijheid - Sommige mutualiteiten: extra terugbetaling voor niet-gesprekstherapeutische sessies

Bilijkheid	<ul style="list-style-type: none"> - Conventie: niet alle zorgverleners kunnen (voor het gewenste aantal uren) aansluiten - Niet-conventie: grote prijsverschillen 	<ul style="list-style-type: none"> - Conventie: tarief berekend op basis van werkelijke kostprijs - Algemeen geldend: hoger dan modaal maatschappelijk inkomen - Conventie: Budgetverdeling o.b.v. precariteitsindex - Conventie: trajectvergoeding en MDO
-------------------	--	--

2.6. Psychiatrische verzorgingstehuizen

Een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) is een collectieve, door een multidisciplinair team van verpleegkundigen, zorgkundigen, maatschappelijk werkers, kinesitherapeuten, logopedisten en andere therapeuten intensief begeleide woonvorm bestemd voor personen met een langdurige en gestabiliseerde psychische stoornis of met een verstandelijke handicap. Er is een coördinerende en behandelende psychiater en iedere bewoner kiest een eigen huisarts. Het houdt ergens het midden tussen een Initiatief Beschut Wonen en een Psychiatrisch Ziekenhuis.

Het Departement Zorg (Vlaams niveau) berekent een opnemingsprijs waarbij er een onderscheid gemaakt wordt tussen zorggebruikers met en zonder een verstandelijke beperking. Met uitzondering van de tussenkomst voor infrastructuur, is de prijs per PVT uniform over alle Vlaamse PVT. Deze opnemingsprijs wordt grosso modo bepaald door personeelskosten van verzorgend en paramedisch (norm)personeel inclusief de geneeskundige verstrekkingen verleend door de coördinerende en behandelende arts, werkingskosten, infrastructuurkosten, korte termijn kredietlasten, een vergoeding voor de registratie van minimale psychiatrische gegevens.

Er is een persoonlijk aandeel van de patiënt op basis van het recht op een verhoogde tegemoetkoming, eventuele personen ten laste en het hebben van een vervangingsinkomen. Daarnaast is er een forfaitair persoonlijk aandeel voor medicatie, onafhankelijk van de nood. De persoonlijke bijdrage kan verminderd worden met een door Vlaanderen betaalde forfaitaire tegemoetkoming, op basis van het sociale profiel van de zorggebruiker. Via de Vlaamse Sociale Bescherming heeft de zorggebruiker ook recht op de tegemoetkoming voor zwaar zorgbehoevenden.

Een meer gedetailleerd overzicht van de financiering van de PVT is terug te vinden in **Appendix 6**. Tabel 6 bevat een overzicht van de gerapporteerde barrières en facilitators door de leden van de SGGG-werkgroep Financiering.

Tabel 6 Psychiatrisch verzorgingstehuis: Barrières en facilitators volgens financieringsprincipe voor een kwaliteitsvolle GGZ

	Barrières	Facilitators
Doelmatig	<ul style="list-style-type: none"> - Geen expliciete meso/macro gezondheidsdoelstellingen - Financiering per dag duwt naar minimum bezettingsgraad 	<ul style="list-style-type: none"> - Ruimte op om klinisch niveau te werken aan persoonlijke doelstellingen
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - Geen expliciete financiering voor samenwerking met externe zorgactoren en diensten 	<ul style="list-style-type: none"> - Verplicht met psychiatrisch ziekenhuis
Populatiebreed	<ul style="list-style-type: none"> - Voornamelijk begeleiding naar functioneel herstel 	<ul style="list-style-type: none"> - Aandacht voor verschillende levensdomeinen zorgvrager - Extra financiering voor personen met een verstandelijke beperking
Laagdrempelig en toegankelijk	<ul style="list-style-type: none"> - Beperkt aantal vestigingen, ongelijk gespreid - Beperkte capaciteit - Woonkost ten laste van de zorgvrager - Enkel <i>haalzorg</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Persoonlijk aandeel i.f.v. inkomen - Gesolidariseerd forfait medicatie - Gesolidariseerde woonkost
Kwaliteitsverhogend	<ul style="list-style-type: none"> - Geen Pay for Quality 	
Innovatiebevorderend	<ul style="list-style-type: none"> - Beperkt werkingsbudget, covert niet alle ondersteunende diensten - Geen specifiek vormings-/bijscholingsbudget 	<ul style="list-style-type: none"> - Behandel/begeleidingsvrijheid
Billijkheid	<ul style="list-style-type: none"> - Beperkt werkingsbudget 	<ul style="list-style-type: none"> - Barema's voor financiering personeel

3. GLOBALE INSCHATTING

In de tabellen 1 tot en met 6 werd voor elke GGZ-actor een overzicht gegeven van de door de werkgroep 'Financiering' gerapporteerde barrières en facilitators per financieringsmechanisme. In tabel 8 wordt, op basis van de informatie in de tabellen 1 – 6, aangegeven in welke mate de huidige financiering al dan niet bijdraagt tot het realiseren van de financieringsprincipes voor een kwaliteitsvolle GGZ. Hiertoe werd onderstaand scoringsstelsel ontwikkeld (Tabel 7). Belangrijk om op te merken is dat dit scoringsstelsel indicatief is en dat de gegeven scores steeds dienen te worden geïnterpreteerd in combinatie met de informatie uit de tabellen 1 tot en met 6.

Tabel 7 Scoringsstelsel mate waarin de huidige financiering bijdraagt tot het realiseren van de financieringsprincipes voor een kwaliteitsvolle GGZ

Score	Omschrijving
++	dit principe wordt waargemaakt door de huidige financiering, geen nood aan verandering
+	dit principe wordt grotendeels waargemaakt maar er zijn enkele verbeterpunten
-	dit principe wordt grotendeels tegengewerkt door de huidige financiering / de huidige financiering stelt hier niets over
--	dit principe wordt ronduit tegengewerkt door de huidige financiering, grote nood aan verandering

3.1. Centra Geestelijke Gezondheidszorg

Voor de CGG geldt dat de financiering enerzijds een multidisciplinair behandelteam mogelijk maakt, maar anderzijds niet aan het bereiken van de doelstelling "aanbieden van gespecialiseerde ambulante zorg" is gekoppeld. Er kunnen dus vragen worden gesteld over de **doelmatigheid** van de financiering. De financiering van de CGG kenmerkt zich door het ontbreken van financiële prikkels tot externe **samenwerking**. Intern gaat het grootste deel van het budget naar de financiering van het multidisciplinair team. Het voorziene aantal sessies voor therapeutisch overleg tussen de kinderpsychiater en de psycholoog/orthopedagoog is ontoereikend voor zeer complexe situaties. De vraag kan worden gesteld of elk overleg tussen twee zorgverleners dient te worden vergoed. Indien ja, welk financieringstype is het meest geschikt: per prestatie of forfaitair? De wijze waarop de CGG worden gefinancierd, beantwoordt niet aan het criterium "**populatiebreed**" gezien ze slechts een beperkt segment van de zorg afdekt. Tien procent van het budget die CGG krijgen kan voor opdrachten zoals herstel, activering of preventie worden gebruikt. De vraag stelt zich of dit percentage voldoende is. Inzake het criterium "**laagdrempelig en toegankelijk**" is een positief element het feit dat de persoonlijke bijdrage beperkt is, wat CGG een (financieel) toegankelijke zorgvorm maakt. Anderzijds laat de gesloten enveloppe weinig groeimarge/capaciteitstoename toe, met wachttijden als gevolg. Daarnaast komt het persoonlijk aandeel dat dient te worden betaald bij een consultatie met een therapeut niet in aanmerking voor de maximumfactuur. De CGG financiering draagt niet bij tot het **verhogen van de kwaliteit**. Er zijn geen financiële prikkels, zoals daarnet al aangegeven is er een dichtslibbende capaciteit met wachttijden een grote druk voor kortdurende therapieën als gevolg. Er is ook geen directe link tussen output, kwaliteit en financiering. De enveloppefinanciering maakt dat een groot deel van het budget naar personeelsomkadering gaat waardoor er weinig ruimte voor vernieuwende projecten is. Anderzijds is er wel enige vrijheid met betrekking tot het inzetten van behandelings- en begeleidingstechnieken en personeel. De vraag stelt zich in welke mate dat CGG personeel inzet voor **innovatieve** doeleinden. Er is ook geen specifiek budget voor vorming en

bijscholing. De financiering van CGG draagt in enige mate bij tot “**billijkheid**”. Zo is er een billijke vergoeding per sessie, er zijn loonbarema's en er is bijzondere aandacht voor personen in kwetsbare situaties.

3.2. Initiatieven Beschut Wonen

Voor de IBW geldt dat de financiering in zekere mate bijdraagt aan het realiseren van het principe “**doelmatigheid**” (bv. flexibele inzet van personeel over de diverse zorgvragers), maar dat deze niet is afgestemd op de zorgnood van de zorggebruikers. Er zijn ook geen expliciete gezondheidsdoelstellingen. Er is enige mate van **samenwerking**, maar er zijn geen financiële prikkels die dit stimuleren. Het exploreren van samenwerkingsopportunities wordt o.a. ingegeven door de onder druk staande budgetten. Er zijn een aantal elementen die bijdragen tot het principe “**populatiebreed**” zoals bijvoorbeeld het feit dat er aandacht is voor veel levensdomeinen van de zorggebruiker en er is de opdracht “activering”. De kosten voor zorg zijn beperkt tot de persoonlijke aandelen voor huisarts, psychiater en medicatie. De stijgende woon- en leefkosten voor zorggebruikers om de budgetdruk aan te kunnen en de beperkte capaciteit (wachtlijden) doet vragen rijzen over het financieringsprincipe “**laagdrempelig en toegankelijk**”. De financiering is niet gericht op **kwaliteitsverhoging**: zo zijn er geen financiële prikkels die gericht zijn op kwaliteitsverhoging. De vergoeding voor zorgvernieuwend initiatieven is tijdelijk (met uitzondering van psychiatrische zorg in de thuissituatie) waardoor **innovatie** dus wordt gefnuikt. De huidige financiering werkt sociaal ondernemerschap niet in de hand. Er is ook geen specifiek vormings- en bijscholingsbudget voorzien. De financiering is in zekere mate billijk gezien de loonbarema's en gezien de dekking van de personeelskost voor begeleiding. De werkingsbudgetten zijn echter zeer beperkt en zoals reeds aangegeven al verschillende jaren niet meer geïndexeerd.

3.3. Psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen

Voor de PZ en PAAZ geldt dat de huidige financiering in grote mate niet aan het principe “**doelmatig**” voldoet. Zo is de financiering niet op de noden van de patiënt afgestemd en zijn er geen expliciete meso- en macrodoelstellingen aan gekoppeld. Het degressief toezichtshonorarium voor psychiaters in functie van de verblijfsduur werkt kortere verblijfsduren in de hand, wat in lijn is met de filosofie van hospitalisaties zo kort mogelijk te houden en mensen zoveel mogelijk te behandelen in de thuissituatie, maar wat een impliciet risico inhoudt voor oneigenlijk ontslag. Er is wel mogelijkheid tot het flexibel schakelen tussen volledige en partiële hospitalisatie, inclusief mobiele en ambulante behandeling, maar meer incentives voor schakelen naar daghospitalisatie worden verwelkomd. **Samenwerking** wordt gestimuleerd door de erkenningscriteria maar een extra financiële prikkel voor extramurale samenwerking zou welgekomen zijn. Psychiaters worden gestimuleerd tot deelname aan teamvergaderingen en informatie-uitwisseling met de huisarts. Er wordt aangegeven dat de zorg primair zou moeten worden verricht door de eerstelijnszorg en dus in de natuurlijke omgeving van de persoon. De financiering is niet **populatiegericht** in die zin dat het gericht is op individuele consumptie. Zorgverlening na ontslag van de patiënt kan gecontinueerd worden via de poliklinieken waarbij enkel financiering voor artsen voorzien is. Er wordt in vraag gesteld of het systeem van poliklinieken wel wenselijk is: is het niet de bedoeling om de opvolging van de patiënt na ontslag zo snel mogelijk terug te laten oppakken door het vast eerstelijnssteam? Het principe “**laagdrempelig en toegankelijk**” kan dus in vraag worden gesteld. Anderzijds zijn er wel beperkte supplementen en een gesolidariseerd forfait voor medicatie. Met betrekking tot “**kwaliteitsverhoging**” voorziet de huidige financiering enerzijds wel in randomkadering om kwaliteitsvolle zorg te bieden. Anderzijds zijn er geen specifieke

financiële prikkels gericht op kwaliteitsverhoging en is er geen directe link tussen output, kwaliteit en financiering. Hoewel er geen financiële prikkels zijn (behalve enkele prestatiegerelateerde vergoedingen en projecten via B4-financiering), geen specifiek budget is voor vorming en projectfinanciering niet structureel verankerd wordt (“eeuwige projectstatus”), kunnen we stellen dat de huidige financiering wel **innovatiebevorderend** is door artikel 107 waardoor vermaatschappelijking van de zorg uitgedragen wordt door omzetten van bedden naar onder andere mobiele teams. Inzake “**billijkheid**” blijkt dat de grote verschillen inzake de impact van ziektebeelden niet gereflecteerd wordt in een gedifferentieerde financiering. De financiering is ook maar in beperkte mate transparant. De financiering van begeleidend personeel op basis van barema’s draagt dan wel weer bij tot het billijkheidsprincipe.

3.4. Zelfstandig gevestigde psychiaters

Voor de zelfstandig gevestigde psychiater geldt dat de financiering absoluut **niet populatiebreed** te noemen is, wat zich symptomatisch uit in het gebrek aan transitiefinanciering naar volwassenenzorg. De financiering is **doelmatig** in die zin dat het gericht is op acute zorg waarbij er een onderscheid gemaakt wordt tussen consultatie en psychotherapie en specifiek binnen de kind- en jeugdpsychiatrie is het bovendien samenwerkingsbevorderend door de expliciete vermelding van verslaggeving onder de nomenclatuurcodes en het MDO/TO. In de praktijk is er echter vaak geen tijd voor verslaggeving en is het MDO/TO beperkt in aantal keer per jaar. Bovendien is er geen vergoeding voor teleconsultverlening aan andere zorgberoepen en is er geen transitiefinanciering waarbij psychiater en kinderpsychiater samen een jongere zien. De financiering is **laagdrempelig** door de hoge tegemoetkoming, hoewel dit nog steeds te duur uitvalt voor velen hun budget. De **toegankelijkheid** is minder door de slechte beschikbaarheid en bereikbaarheid met wachtlijsten als gevolg, vooral bij kind- en jeugdpsychiaters. **Kwaliteit** van zorg wordt verhoogd door accreditering te koppelen aan de financiering maar er is geen relatie met Pay for Quality, het onderscheid op basis van leeftijd is groot waarbij de financiering minder mogelijkheden biedt voor volwassenen, en er is geen basisfinanciering. Hoewel er behandelvrijheid is, zijn er grenzen door de strikte nomenclatuur en is er geen **innovatiebudget**. Ten slotte hebben psychiaters maatschappelijk gezien een hoog inkomen maar bestaat er een spanningsveld rond het inkomen tussen en binnen groepen arts-specialisten. Hoewel de vergoedingen voor psychiaters binnen de ziekenhuiscontext behoorlijk bijgewerkt is de afgelopen jaren, loopt dit achter voor de ambulante praktijk.

3.5. Zelfstandig gevestigde psychologen en orthopedagogen

Voor de zelfstandig gevestigde, **niet-geconventioneerde** psycholoog en orthopedagoog geldt dat er, op uitzondering van de aanvullende verzekering door de mutualiteiten, **geen sprake is van de zeven financieringsprincipes**. De aanvullende verzekering is namelijk ontoereikend voor de bestaande zorgnoden, beperkt in tijd en grootorde. Het is positief dat er rekening wordt gehouden met verhoogde tegemoetkoming en minderjarigheid, maar dit is gelimiteerd en staat niet in verhouding tot de actuele noden.

Voor de zelfstandig gevestigde, geconventioneerde psycholoog en orthopedagoog geldt dat de **conventie** intrinsiek **innovierend** is met onder andere inzet van groepsessies, inzet op vindplaatsen, en verschillende zorgfuncties. Ook wordt de conventie relatief positief geapprecieerd voor diens **doelmatigheid** (gezondheidsdoelstellingen, hoge terugbetaling, verschillende functies voor verschillende noden, trajectvergoeding), **samenwerkinggerichtheid** (bv., met netwerk geestelijke gezondheid, functioneel bilan voor communicatiebevordering, vergoeding multidisciplinair overleg) en **laagdrempeligheid en toegankelijkheid** (bv. laag persoonlijk remgeld, rekening houdende met

verhoogde tegemoetkoming, aparte vergoeding outreachend werken, bereiken van mensen die voorheen niet bereikt werden). De conventie zit echter vrij complex in elkaar wat kan leiden tot een onduidelijke afbakening en tot een suboptimaal gebruik door zowel patiënten als verschillende zorgactoren. Bovendien dekt de omvang van de conventie niet alle actuele noden, wat resulteert in wachtlijsten voor patiënten en discriminatie tussen zorgactoren. Ondanks het brede spectrum aan zorgvragers die getarget worden en de positieve discriminatie van minderjarigen, kan de conventie **populatiebreder worden** door inclusief te zijn voor een belangrijke groep van zorgvragers met ernstige psychiatrische aandoeningen. **Kwaliteit** van zorg binnen de conventie wordt gegarandeerd door zelfevaluatie, verplichte intervisies en vormingen, en de opmaak van een functioneel bilan bij de GP functie, maar kan nog sterk verhoogd worden door beschikbaarheid van het vormingsaanbod van de netwerken, een verplichte accreditering en een Pay for Quality systeem. De conventie is **billijk** voor de zorgverlener in die mate dat het conventietarief berekend is op basis van de werkelijke kostprijs maar niet alle zorgverleners kunnen onder de conventie vallen. Er is ook billijkheid op zorgvragersniveau door de budgetverdeling op basis van de precariteitsindex maar de kloof met de niet-geconventioneerde sessies is groot.

3.6. Psychiatrische verzorgingstehuizen

Voor het PVT geldt dat ondanks er geen expliciete financiering is voor **samenwerking**, er wel een verplichte samenwerking met het psychiatrische ziekenhuis is via de erkenningsnorm. Het PVT richt zich op een bepaalde doelgroep, maar binnen die doelgroep wordt er ingezet op de verschillende levensdomeinen van de zorgvrager en is er extra financiering voor personen met een verstandelijke beperking. **Doelmatigheid** kan bv. verhoogd worden door een koppeling met gezondheidsdoelstellingen. PVT's zijn **laagdrempelig** in de zin dat er ingezet wordt op betaalbaarheid maar niet in de zin van bruikbaarheid wegens de beperkte en suboptimaal gespreide capaciteit. Er zijn geen **kwaliteitsverhogende** incentives. Er kan wel **innovatief** tewerk gegaan worden door de behandel- en begeleidingsvrijheid maar er is geen echt budget voor innovatie. Het beperkte werkingsbudget zorgt voor een ondermaatse **billijkheid**.

Tabel 8. Overzicht van de mate waarin, per GGZ actor, de huidige financiering bijdraagt tot het realiseren van de financieringsprincipes voor een kwaliteitsvolle GGZ

Geestelijke Gezondheidszorgactor	Doelmatig	Samenwerking	Populatiebreed	Laagdrempelig en toegankelijk	Kwaliteitsverhogend	Innovatiebevorderend	Billijkheid
Centra Geestelijke Gezondheid	+	-	+	-	--	-	+
Initiatieven Beschut Wonen	-	-	+	-	-	-	+
Psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ	--	-	-	-	-	+	-
Psychiater voor volwassenen, zelfstandig gevestigd	+	-	--	-	-	-	-
Psychiater voor kinderen en jeugd, zelfstandig gevestigd	+	+	-	-	-	-	--
Psycholoog en orthopedagoog, zelfstandig gevestigd, niet geconventioneerd	--	--	--	-	--	--	--
Psychologen- en orthopedagogenconventie	+	+	-	+	-	++	-
Psychiatrisch Verzorgingstehuis	-	+	+	-	--	-	-

4. VERDERE STAPPEN

In het huidige rapport lag de focus op zes GGZ-actoren. Het is de bedoeling om op termijn de oefening ook voor andere GGZ-actoren zoals de Mobiele Teams, de ambulante en residentiële revalidatie en de activiteiten-, arbeids- en ontmoetingscentra te doen. Om de toetsing niet te beperken tot een beoordeling door de werkgroep 'Financiering' en de gedragenheid van de verzamelde informatie en

conclusies te vergroten, zal deze oefening ook worden uitgevoerd met actoren uit het werkveld. Op basis van de toetsing zullen concrete aanbevelingen geformuleerd worden gericht op een billijke en efficiënte financiering van de GGZ, rekening houdend met de financieringsprincipes (Lowet et al., 2021). Hierbij zullen twee scenario's geëxploreerd worden: één waarbij de oefening budgetneutraal gehouden wordt en één waarbij er niet vastgehouden wordt aan het principe van budgetneutraliteit.

We streven hierbij naar een holistische, geïntegreerde visie waarbij de zorgfinanciering harmonieus samengaat met investeringen in gezondheid. Het financieringskader van de toekomst moet intrinsiek flexibel zijn om te beantwoorden aan continue, epidemiologische verschuivingen. Het moet bovendien beantwoorden aan de quintuple aim waarbij de financiering van morgen de zorg objectief beter maakt en dit ook zo gepercipieerd wordt door de zorggebruiker, waarbij zorgprofessionals de waardering krijgen die ze verdienen, waarbij meer zorg en gezondheid gecreëerd wordt voor elke geïnvesteerde euro, en waar vooral niemand achterblijft.

5. REFERENTIES

Bervoets C, Catthoor C, Van Nuffel R, Van den Broeck K. (2019). NOODPROGRAMMA Eisen geestelijke gezondheidszorg aan politieke partijen en volgende regeringen. Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg 2019. [Noodprogramma-Eisen-geestelijke-gezondheidszorg-SGGGZ-2019-def.pdf \(statengeneraalggz.be\)](https://www.statengeneraalggz.be/noodprogramma-eisen-geestelijke-gezondheidszorg-sgggz-2019-def.pdf)

Gmeinder M, Morgan D, Mueller M. (2017). How much do OECD countries spend on prevention? OECD Health Working Papers, No. 101. OECD Publishing Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/f19e803c-en>

Le LK, Esturas AC, Mihalopoulos C et al. Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. PLoS Med 2021, 18(5): e1003606. [10.1371/journal.pmed.1003606](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003606)

Lowet K, Annemans L, Crommen S et al. (2021). White paper <https://www.statengeneraalggz.be/wp-content/uploads/2021/03/WGFinanciering.pdf>

6. APPENDICES

Appendix 1 Financiering Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

Budget opbouw = berekeningsbasis	
Infrastructuur	Geen financiering van de bouwgrond Gedeeltelijke subsidiëring door Vlaanderen (het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA)) zie ook: https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1019574&param=inhoud
Zorgpersoneel	Aantal VTE (wisselend per centrum) – minimum 70% van de Vlaamse subsidie-enveloppe Psychologen/pedagogen – maatschappelijk werkers – criminologen – seksuologen – specifieke therapeuten
Medische functie	Psychiater coördineert het klinisch-therapeutisch gebeuren (= coördinerende rol) en geeft ook eigen klinische behandelingen (=behandelaar) voor sommige patiënten
Werkingskosten	Onderdeel van de Vlaamse enveloppe
Budgetverdeling = aanrekenenheid	
Systeem	CGG ontvangt 1 globale enveloppe met een globale opdracht (curatief en preventief) waarvan ze minstens 70% moet investeren in personeel (in praktijk >85%)
Prijs per eenheid	Circa 100 euro per sessie (wanneer aantal sessies wordt gebruikt als noemer voor de enveloppe !!! opgelet enveloppe bevat ook andere opdrachten (en dus ook VTE) die niet in sessies worden gepresteerd.
Wie betaalt	Vlaanderen (behalve financiering van het honorarium van de psychiater: RIZIV)
Aandeel patiënt	In functie van het sociaal profiel van de patiënt – vaste bedragen over alle CGG - €11 per sessie - €4 per sessie o.a. voor personen met verhoogde tegemoetkoming - €0 voor uitzonderlijke, individuele behartenswaardige situaties Indien prestaties door de psychiater: - Nomenclatuur voor consultatie €12 en met VT: €3 (nomenclatuurnummer 102690; let op: eigen aandeel eerste consultatie van €7 en met VT: €1 indien doorverwijzing door algemeen geneeskundige) - Nomenclatuur voor psychotherapie €21,70 en met VT €8,68 (nomenclatuurnummer 109631)
Sociale correctie	Remgelden bij de psychiater worden meegeteld in de maximumfactuur. remgelden voor andere sessies niet !
Financiële drivers	Minimaal 70% van de enveloppe naar personeel Vlaanderen hanteert prestatie-indicatoren met streefwaarden 3 soorten opdrachten vanuit Vlaanderen met de enveloppe: curatie, preventie en specifieke projecten min 2/3 van VTE personeel vervult zorgopdrachten naar patiënten en max 10% zit in expliciete preventieve -of projectopdrachten. % van de sessies naar mensen in een financieel kwetsbare positie (RSZ-statuut - recht op verhoogde tegemoetkoming)

Zie ook: <https://zorg-en-gezondheid.be/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg>

Appendix 2 Financiering Initiatieven voor beschut wonen

Budget opbouw = berekeningsbasis	
Infrastructuur	Geen financiering van de bouwgrond Vlaanderen subsidieert het aanloopadres: vast aantal m ² + bijkomende m ² per plaats => hoe meer erkende plaatsen, hoe groter het aanloopadres (50m ² + 2m ² /plaats boven de 25 plaatsen (tot max. 400m ² / aanloopadres). Het aanloopadres omvat minimaal een secretariaat, een lokaal voor de teamvergadering en een lokaal waarin individuele gesprekken kunnen plaatsvinden Geen subsidiëring van de woningen voor bewoners Geen bijkomende subsidiëring voor activiteiten-/arbeids-/ontmoetingscentrum
Zorgpersoneel	1 VTE per 8 zorggebruikers, waarvan 1 coördinator. 80% van het personeel met een passend bachelor of masterdiploma. Overige 20% niet, dus de IBW kunnen hierdoor ook ervaringsdeskundigen inzetten in de begeleidingsequipe. 0,5-3 VTE voor activering
Medische functie	Elke zorggebruiker heeft zijn eigen behandelende psychiater en huisarts Coördinerende psychiater: minimaal 3u. Aantal uren per week in functie van de grootte van het IBW (=supervisie van het team)
Werkingskosten	Dossievorming, werking aanloopadres, transport begeleiders, laptops, gsm voor personeel, facturatie Geen werkingskosten voor activiteiten-/arbeids-/ontmoetingscentrum
Budgetverdeling = aanrekenenheid	
Systeem	Alle kosten in 1 grote pot maar 100% budgetgarantie Grote pot gedeeld door (365 dagen * erkend aantal plaatsen) = gemiddeld bedrag per verblijfdag Per erkend initiatief van beschut wonen berekent Departement Zorg een prijs per verblijfdag per zorggebruiker. 100% budgetgarantie door systeem van 'herziening' waarbij een inhaalbedrag wordt berekend o.b.v. het verschil tussen de vorig jaar aan de verzekeringsinstellingen gefactureerde prijs per verblijfdag en het theoretisch budget van het vorige jaar In die prijs per verblijfdag zijn volgende vergoedingen inbegrepen: - Een vergoeding voor de personeelskosten - Een vergoeding voor de werkingskosten gekoppeld aan de begeleiding - Een vergoeding voor de kosten van het functiecomplement van de coördinator - Een vergoeding voor de functie van de coördinerend psychiater - Een vergoeding voor de registratie van de minimale psychiatrische gegevens - Een eenmalige installatievergoeding ingeval van uitbreiding van de begeleidingscapaciteit - Een vergoeding voor de kosten van de attractiviteitspremie - Een vergoeding voor de erkende zorgvernieuwend initiatieven voor activering - Een vergoeding voor de erkende zorgvernieuwend initiatieven voor psychiatrische zorg in de thuissituatie - Een vergoeding voor ongemakkelijke prestaties Een vergoeding voor woon-werkverkeer - Voor bepaalde IBW, een vergoeding voor de geregulariseerde DAC functies - Voor bepaalde IBW, een vergoeding voor de gesubsidieerde contractuelen
Prijs per eenheid	Circa 40 € per dag 100% budgetgarantie (ook voor afwezigheidsdagen) want alle kosten zijn vaste kosten
Wie betaalt	Vlaanderen. <i>Vanaf 1 januari 2024 kantelen de IBW in de Vlaamse sociale bescherming (VSB). Vanaf die datum moeten zij hun prestaties factureren aan de zorgkassen van hun zorggebruikers.</i>
Aandeel patiënt	€0 op zorg en werking Zorggebruiker betaalt zijn eigen woon- en leefkosten Zorggebruiker betaalt zijn eigen medicatie en betaalt zelf de honoraria voor de behandelende psychiater en huisarts
Sociale correctie	Geen
Financiële drivers	Geen, 100% budgetgarantie want enkel vaste kosten

Zie ook:

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/financiering-en-facturatie-voor-initiatieven-van-beschut-wonen>
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/erkenningnormen-initiatieven-van-beschut-wonen>

Appendix 3 Financiering psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen algemene ziekenhuizen

Budget opbouw = berekeningsbasis	
Infrastructuur	Geen financiering voor de bouwgrond Forfaitaire strategische financiering van de (ver)nieuwbouwkost volgens levenscyclusmodel (40 jaar) mits goedkeuring door Vlaanderen Forfaitaire financiering voor overige investeringen
Zorgpersoneel	Over alle diensten samen (Aantal VTE per dienst volgens de erkenningsnormen * gemiddelde loonlast/VTE) A-Dienst: 17,25 VTE / 30 bedden; A-dag: 11 VTE / 30 plaatsen; A-nacht: 12,25 VTE / 30 bedden T-dienst: 12 VTE / 30 bedden; T-dag: 7,625 VTE / 30 plaatsen; T-nacht: 8,185 VTE / 30 bedden T gezinsverpleging: 14 VTE / 30 bedden in het ziekenhuis; T gezinsverpleging: 4,5 VTE / 30 plaatsen in een gezin K-dienst: 26 VTE / 20 bedden; K-dag: 13 VTE / 20 plaatsen; K- nacht: 13 VTE / 20 plaatsen Sp-Psychogeriatric: 17,16 VTE / 30 bedden IBE : 15 VTE / 8 bedden Pm: de gemiddelde loonlast is vastgelegd op basis van cijfers van 1997 maar wordt wel geïndexeerd
Medische functie	Coördinerende en behandelende psychiater, gefinancierd via nomenclatuur - Toezichtshonorarium per dag aanwezigheid o Verschillend bedrag per dienst A/T/K/Sp-psy/IB (geen onderscheid volledige hospitalisatie dan wel dag- of nachthospitalisatie) o Dalend bedrag in functie van de ligduur: hoe langer de ligduur, hoe lager het toezichtshonorarium o Inbegrepen: Ten aanzien van de patiënt: farmacologische therapie, psychotherapie, gesprekken , indirecte contacten (familie, verwijzers, ...) Ten aanzien van het team: supervisie en ondersteuning - Bijkomende vergoedingen voor o Intake en ontslagonderzoek o Teamvergadering o Alternatief op toezichtshonorarium in geval van kortdurende afwezigheid van patiënt (v.b. weekends) o Eventueel medisch-technische prestaties; vb ElektroConvulsieTherapie - Forfaitaire financiering voor pilootprojecten (beleidsfunctie)
Werkingskosten	All-in voor administratie, onderhoud, EGW, voeding, kwaliteit, informatica, apotheek...: historisch budget op basis van reële cijfers 1979 maar wel geïndexeerd
Budgetverdeling = aanrekenenheid	
Systeem	Per ziekenhuis : berekening van 1 grote pot (Niet gesubsidieerde deel van historische infrastructuur + zorgpersoneel + werkingskosten) - 80% van deze grote pot ontvangt het ziekenhuis forfaitair (elke maand 1/12 van dit bedrag) - Resterende bedrag wordt gedeeld door (aantal erkende bedden * 365 *0,80) => gemiddeld bedrag per dag - Voor elke dag dat een patiënt in het ziekenhuis is opgenomen, wordt 1 gemiddeld bedrag per dag van het ziekenhuis aangerekend (ongeacht de dienst waar de patiënt verblijft)
Prijs per eenheid	Afhankelijk van welke diensten het ziekenhuis heeft (meer of minder VTE / 30 bedden) gemiddeld €250 à 350 /dag
Wie betaalt	Federaal + deelstaten voor infrastructuur vanaf 6de Staatshervorming
Aandeel patiënt	Patiënt betaalt - Vast bedrag per dag in het ziekenhuis (in functie van al dan niet recht op verhoogde tegemoetkoming VT) (<i>bedragen dd 14 sept 2023</i>) o Dag 1: personen zonder VT : €46,69, personen met VT €6,90 o Dag 2 tem dag 90: personen zonder VT €19,42; personen met VT €6,90 o Dag 91 tem 5 jaar: personen zonder VT: €19,42 (of €6,90 indien iemand ten laste); personen met VT: €6,90 o Langer dan 5 jaar: personen zonder VT: €32,36; personen met VT: €6,90 of €19,42 o Niet van toepassing voor patiënten van dagziekenhuis - Vast bedrag in de toezichtshonoraria (in functie van al dan niet recht op verhoogde tegemoetkoming) - Vast bedrag per opname voor klinische biologie - Vast bedrag medicatie €0,80 per dag (onafhankelijk van gebruik)
Sociale correctie	Alle remgelden die patiënt betaalt in PZ, worden meegeteld voor de maximumfactuur
Financiële drivers	Voor het ziekenhuis: behalen van 80% bezetting voor het geheel van het ziekenhuis Voor de artsen: stimulans naar kortere verblijven (en dus meer opnames)

Zie ook: [De kostprijs van een ziekenhuisopname | RIZIV \(fgov.be\)](#)

Appendix 4 Financiering zelfstandig gevestigde psychiaters

Budget opbouw = berekeningsbasis	
Infrastructuur	Geen
Zorgpersoneel	(neuro)psychiater
Medische functie	Behandelende psychiater
Werkingskosten	Onderdeel van nomenclatuurvergoeding
Budgetverdeling = aanrekenenheid	
Systeem	Nomenclatuurprestaties: elke prestatie heeft zijn eigen vergoeding die wordt vastgelegd door het RIZIV Indien de psychiater de nationale conventie ondertekent, mag hij geen hogere bedragen aanrekenen. In ruil betaalt het RIZIV sociale voordelen, o.a. pensioenbijdrage Indien de psychiater de nationale overeenkomst niet ondertekent, mag hij hogere bedragen aanrekenen. Het RIZIV betaalt aan de psychiater geen sociale voordelen.
Prijs per eenheid	Consultatie: circa €61,21 per raadpleging inclusief eventueel schriftelijk verslag aan de behandelende arts (nomenclatuur 102690, 102712) Psychotherapie: €92,44 per 45 min (nomenclatuur 109631) Psychotherapie (K&J): €115,60 per 60min (nomenclatuur 109336) Uitgebreide evaluatie (K&J): €249,47 per 60 min (nomenclatuur 109410) Ook nomenclatuurnummers voor overleg voor minderjarigen tussen psychiater en psycholoog/orthopedagoog (bv. nomenclatuur 109373, 109395) en pluri-disciplinair overleg (109454) Dringende psychiatrische interventie voor minderjarige (590450)
Wie betaalt	Federaal - ziekteverzekering
Aandeel patiënt	Door het RIZIV vastgestelde remgelden indien de psychiater zich houdt aan de nationale overeenkomst Raadpleging: persoon zonder VT: €12 , persoon met VT: €3 (resp. €7 en €1 bij eerste consultatie na doorverwijzing door algemeen geneeskundige) Psychotherapie: persoon zonder VT: €21,70, persoon met VT €8,68 Psychotherapie of uitgebreide evaluatie K&J: zonder VT: €8,68, met VT €4,34 Patiënt betaalt zijn eigen woon- en leefkosten thuis Patiënt betaalt zijn eigen medicatie via lokale apotheker
Sociale correctie	Remgelden worden meegeteld in de maximumfactuur
Financiële drivers	Hoe meer prestaties, hoe hoger het inkomen

Zie ook: <https://webappsa.riziv-inami.fgov.be/Nomen/nl/search>

Appendix 5 Financiering zelfstandig gevestigde psychologen en orthopedagogen

Budget opbouw = berekeningsbasis	
Infrastructuur	Geen voor privaat gevestigden; Onderdeel van tarief onder de conventie
Zorgpersoneel	Psycholoog of orthopedagoog
Medische functie	Geen
Werkingskosten	Onderdeel van het tarief voor de niet-geconventioneerden, Onderdeel van het tarief/praktijkpremie/trajectvergoeding voor de geconventioneerden (gemengde financiering)
Budgetverdeling = aanrekenenheid	
Systeem	Privaat: vrije keuze tarief, tussenkomst vanuit de aanvullende verzekeringen mutualiteiten Conventie: ELP functie via verbintenis met GGZ netwerk, bedragen verdeeld over regio op basis van rekenmodel dat rekening houdt met bevolkingsstructuur en noden
Prijs per eenheid	Privaat: 60 a 130 euro per uur Conventie (wordt herzien vanaf 1/1/2024!) : 81,74 euro voor individuele sessie, 400 euro voor groepsessie begeleid door 2 psychologen. ELP, volwassenen: max 8 individuele sessies of 5 groepsessies of gecombineerd 8+5 of max 8 individuele ELP+12 gespecialiseerde groepsessies Gespecialiseerd, volwassenen: gemiddeld 8 individuele (max 20) of 12 groepsessies of gecombineerd 8+12 of 8 individuele (max 20)+5 ELP groepsessies ELP, kinderen: max 10 individuele sessies of 8 groepsessies of gecombineerd 10+8 of max 10 individuele ELP+15 gespecialiseerde groepsessies Gespecialiseerd, kinderen: gemiddeld 10 individuele (max 20) of 15 groepsessies of gecombineerd 10+25 of 10 individuele (max 20)+8 ELP groepsessies Hiernaast ook nog trajectvergoeding, gratis eerste sessie bij ELP, verschillende nomenclatuurcodes voor outreachend werken en multidisciplinair overleg
Wie betaalt	Privaat: de patiënt Conventie: federaal
Aandeel patiënt	Privaat: afhankelijk van mutualiteit tot mutualiteit, uitstekend overzicht: https://vlaampatientenplatform.be/nl/advies-en-tips/wat-wordt-er-terugbetaald-van-je-bezoek-aan-de-psycholoog Conventie: 11 euro (4 euro bij verhoogde tegemoetkoming individuele sessies, 2,5 euro groepsessies)
Sociale correctie	Privaat: geen, tenzij door de zorgverstreker zelf Remgelden in het kader van de conventie, worden meegeteld voor de maximumfactuur
Financiële drivers	Niet-geconventioneerde: Hoe meer prestaties, hoe hoger het inkomen. Geconventioneerde: Het aantal prestaties in het kader van de conventie wordt bepaald door de capaciteitsfinanciering van het netwerk. Er wordt onder meer gestuurd op basis van een nodenanalyse. De psycholoog krijgt een maximum aantal sessies via contract opgelegd (per week), er is tussenkomst voor multidisciplinair overleg, ondersteuning voor het werken op vindplaatsen.

Zie ook: [Eerstelijns en gespecialiseerde psychologische zorg in een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg | RIZIV \(fgov.be\)](#)

Appendix 6 Financiering psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's)

Budget opbouw= berekeningsbasis	
Infrastructuur	Geen financiering van de bouwgrond Circa 55% van de (ver)nieuwbouwkost wordt door Vlaanderen gesubsidieerd Resterende 45% valt ten laste van de zorggebruiker (gesolidariseerd over alle PVT-bewoners in Vlaanderen maar met sociale correctie)
Zorgpersoneel	13 VTE per 30 bedden (+0,5 VTE per 15 bewoners met verstandelijke beperking) Verpleegkundige, zorgkundigen, maatschappelijk werkers, kinesitherapie, logopedie, therapeuten. De tegemoetkoming voor herstel ondersteunende zorg in PVT's maakt deel uit van de opnemingsprijs en dekt de volgende zorg: - de verzorging verleend door verpleegkundigen; - de kinesitherapieverstrekkingen en de logopedieverstrekkingen verleend door de zorgverstrekkers, die daarvoor bevoegd zijn, met uitzondering van de kinesitherapieverstrekkingen die niet in de psychiatrische behandeling kaderen en die door een behandelende arts, andere dan de coördinerend en behandelend psychiater worden voorgeschreven; - de bijstand in de handelingen van het dagelijks leven en elke handeling tot re-activatie en sociale re-integratie, inclusief de ergotherapie; - de geneeskundige verstrekkingen verleend door de coördinerende en behandelende psychiater.
Medische functie	Coördinerende en behandelende psychiater (€2,11 / dag / bewoner) - onderdeel van financiering van de zorgkost) Iedere bewoner kiest zijn eigen huisarts en betaalt zijn consultaties (remgeld)
Werkingskosten	Kosten voor de ondersteunende diensten worden via onderdeel B1 van de opnemingsprijs ten laste gelegd van de bewoners (op heden wel vaak bron van onderfinanciering voor het PVT). Dit is een vast bedrag over alle PVT's heen, onafhankelijk van de reële werkingskosten.
Budgetverdeling= aanrekenbaarheid	
Systeem	Departement Zorg berekent een opnemingsprijs, onderscheid opnemingsprijs voor zorggebruikers met en zonder een verstandelijke beperking. Per erkend PVT een prijs per opnemingsdag per zorggebruiker. De opnemingsprijs wordt grosso modo bepaald door deze onderdelen: - Afschrijvingslasten en aanloopkosten voor aangelegene leningen, voor bouw- of verbouwingen, uitrusting en apparatuur, grote onderhoudswerken en eerste installatie (onderdeel A1). - Korte termijn kredietlasten (onderdeel A2). - Werkingskosten: de kosten van de gemeenschappelijke of logistieke diensten (onderdeel B1, indexeerbaar). - Personeelskosten: verzorgend en paramedisch (norm)personeel (onderdeel B2, indexeerbaar). - Een vergoeding voor de registratie van minimale psychiatrische gegevens (MPG) (onderdeel B3, indexeerbaar).
Prijs per eenheid	Eenheid = aanwezigheidsdag (+ max 4 betaalde afwezigheidsdagen per maand) Zorgkosten ten laste van Vlaanderen: circa €97 /dag (€105/dag voor personen met een verstandelijke beperking) Infrastructuurkosten: circa €7 per dag Werkingskosten (ondersteunende diensten): circa €43 per dag
Wie betaalt	Medicatieforfait (dekt de remgelden op de terugbetaalde geneesmiddelen + het volledige bedrag van de niet terugbetaalde geneesmiddelen). €1,2 per dag. De rest van de terugbetaalde geneesmiddelen wordt aan de mutualiteiten aangerekend)
Aandeel patiënt	Persoonlijk aandeel: o.b.v. recht op VT, personen ten laste, vervangingsinkomens) variërend tussen €32,44 en €45,85 per dag Forfait voor remgelden medicatie: €1,2 per dag (onafhankelijk hoeveel medicatie een zorggebruiker gekregen heeft)
Sociale correctie	Persoonlijke bijdrage kan verminderd worden met een forfaitaire tegemoetkoming, afhankelijk van het sociale profiel van de zorggebruiker (kortingen liggen tussen €10,83 en €36,72 per dag) => deze kortingen vallen eveneens ten laste van Vlaanderen Medicatieforfait wordt meegeteld in maximumfactuur. Via de Vlaamse sociale bescherming heeft de zorggebruiker in PVT recht op de Vlaamse tegemoetkoming zwaar zorgbehoevenden (€135 per maand)
Financiële drivers	PVT: stimulans naar 100% bezetting want vaste kosten dalen niet door afwezigheidsdagen Artsen: stimulans naar 100% bezetting

Zie ook: [Financiering en facturatie voor psychiatrische \(zorg-en-gezondheid.be\)](http://Financiering%20en%20facturatie%20voor%20psychiatrische%20(zorg-en-gezondheid.be))