

1 Overlegorgaan 107
2 Werkgroep Medische Functie

3
4
5
6
7
8
9 (Voorstel tot) Advies over de invulling en verloning van de medische functie
10 in het perspectief van de netwerken in de geestelijke gezondheidszorg
11 (en in het bijzonder de netwerken voor volwassenen 107)
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21

22 Samenstelling van de werkgroep medische functie die dit advies voorbereidde:

23 Voorzitters: C. Depuydt en G. Dom

24 Secretaris: Y. Wuyts

25 Leden:

26 L. Beelaert, P.A. Bogaerts, N. Clumeck, J. De Grave, M. De Vos, J. Decoster, B. Engelen,
27 W. Keirse, K. Lemaitre, K. Oosterlinck, H. Peuskens, P. Snoeck, W. Spanoghe, G. Van Isterdael,
28 A. Van Mol, E. Vanheusden, W. Vanspringel, A. Berens, G. Bosma, A. Bryssinck, K. Cattoor,
29 K. De Pelsmaeker, M. De Prijcker, G. Deschietere, C. Luxereau, J. Newell, K. Vanderhaegen,
30 S. Wilson.
31

32 Inhoud

33	1	Medische functie in België: huidige situatie	3
34	1.1	Inschatting van de omvang van de medische functie in de GGZ	3
35	1.2	Verscheidenheid in de financiering	4
36	1.2.1	Verscheidenheid naar de aard van de prestaties	4
37	1.2.2	Verscheidenheid naar setting/zorgcontext.....	5
38	1.2.3	Verscheidenheid naar het gehanteerde financieringssysteem	5
39	2	Probleemstelling.....	6
40	3	Wijze van aanpak.....	7
41	4	Leidende hoofdprincipes mbt de medische functie in de GGZ.....	8
42	4.1	Leidende principes voor de taken en functies	8
43	4.1.1	Algemeen: welke clusters van taken en functies worden uitgevoerd.....	8
44	4.1.2	Vanuit het perspectief van 1 psychiater: welke taken en functies neemt een 45 individuele psychiater op	10
46	4.1.3	Vanuit het perspectief van een GGZ-voorziening: welke taken en functies 47 nemen psychiaters voor de voorziening op.....	10
48	4.2	Leidende principes voor de financiering	11
49	4.2.1	Een fair systeem	11
50	4.2.2	Een billijk systeem	11
51	4.2.3	Een eenvoudig systeem.....	11
52	4.2.4	Een transparant systeem.....	12
53	4.2.5	Een efficiënt systeem	12
54	4.2.6	Een financieringssysteem dat continue verbetering stimuleert en kwaliteit en 55 innovatie beloont	12
56	5	Toepassing van deze principes	13
57	6	Voorstel voor toekomstige projecten en verdere werkwijze	14
58			
59			

60 1 Medische functie in België: huidige situatie

61

62 1.1 Inschatting van de omvang van de medische functie in de GGZ

63

64 De medische functie in de geestelijke gezondheidszorg in België wordt grotendeels ingevuld
65 door artsen vanuit de medische discipline (neuro-)psychiatrie. Er wordt hierbij een
66 onderscheid gemaakt tussen volwassen psychiaters en kinder & jeugdpsychiaters.

67 Psychiaters nemen heel diverse taken in de gezondheidszorg in België: klinische taken,
68 ondersteuningstaken, beleidsopdrachten maar ook functies als opleider, expert.

69 En dit binnen een zeer ruimer waaier van zowel settings, contexten en methodieken:

- 70 ○ van ambulante settings, semi-residentieel tot residentiële settings,
- 71 ○ van alleen werkende professional tot teamspeler
- 72 ○ van clinicus tot manager
- 73 ○ van biologisch/farmacologische interventies tot psychotherapie.
- 74 ○ al dan niet gefocust/gespecialiseerd in bepaalde ziektebeelden of
- 75 behandelingsmethodes
- 76 ○ als vrij gevestigde, als werknemer of ambtenaar
- 77 ○ onder een federale dan wel gemeenschapsbevoegdheid

78 en dit in alle mogelijke combinaties.

79 De “standaard” psychiater bestaat niet.

80

81 Er bestaan gegevens over het aantal erkende artsen-specialisten in de (neuro-)psychiatrie en
82 het aantal van deze artsen die effectief prestaties aanrekenen aan de federale
83 ziekteverzekering. Data tonen dat over de periode 2009-2017 het aantal psychiaters quasi
84 stabiel blijft (0.33% jaarlijkse groei versus 1,88% voor alle specialismen samen). In België zijn
85 er 19,7 psychiaters per 100.000 bevolking, waarvan iets meer Franstalige dan
86 Nederlandstalige. Dit ligt rond het Europees gemiddelde ligt, maar is beduidend minder dan
87 de ons omringende landen (Duitsland 27; Frankrijk 23; Nederland 23) (Eurostat, 2006)

88

Medisch specialisme psychiatrie	1/02/2020	
	Aantal actieve artsen	waarvan geaccrediteerd
Psychiaters	2136	1409
Neuropsychiaters	167	30
Totaal	2303	1439

89

90 Bovenstaande cijfers over de psychiaters hebben betrekking op zowel de subspecialisatie
91 kinderpsychiatrie als de subspecialisatie psychiatrie (voor volwassenen).

92

93 Deze lijst van het aantal artsen, geeft evenwel geen zicht op de omvang en de aard van de
94 inzet van artsen-specialisten in de psychiatrie: hoeveel artsen-specialisten op heden hoeveel
95 werken (uitgedrukt in uren VTE) voor welke zorgvorm is onbekend – laat staan welke taken

96 of functies ze in deze zorgvormen opnemen. De erkenningsnormen van de diverse
97 zorgvoorzieningen (PZ, PAAZ, PVT, IBW) of conventies (RIZIV-conventies) kunnen een zeer
98 voorzichtige theoretische benadering van deze inzet van de medische functie weergeven
99 maar reële cijfers ontbreken. Voor voorzieningen zonder expliciete normen voor de
100 medische functie (oa CGG), ontbreken cijfers op Belgisch niveau helemaal.

101

102 *Advies*

103 *Om te komen tot een efficiënte invulling van de medische functie in de GGZ, worden*
104 *de diverse overheden (federaal FOD-RIZIV, gewesten en gemeenschappen)*
105 *opgeroepen om gegevens over de aard en de omvang van de medische functie in de*
106 *GGZ voor alle GGZ-voorzieningen en settings op een uniforme wijze in kaart te*
107 *brenge en te bundelen en ter beschikking te stellen van alle betrokken stakeholders.*

108

109 Naast psychiaters zijn er in GGZ-voorzieningen ook andere medische disciplines actief. We
110 denken hierbij artsen die een deel van de somatische zorg voor hun rekening nemen, vb
111 huisartsen in PZ of PVT, medisch specialisten voor bepaalde medisch-technische handelingen
112 (ECT, Rx,, ...) of tandzorg.

113 Hierover zijn helemaal geen gegevens beschikbaar omdat ze vervat zijn in algemenere
114 gegevens.

115

116 1.2 [Verscheidenheid in de financiering](#)

117

118 Psychiaters nemen in de Belgische gezondheidszorg een waaier van taken en functies op.

119 Deze waaier van taken en functies vertaalt zich in een grote verscheidenheid aan

120 vergoedingen aan psychiaters in de geestelijke gezondheidszorg in België. Deze

121 verscheidenheid wordt mede beïnvloed door de aard van de prestaties, de setting maar ook
122 het gehanteerde financieringssysteem.

123

124 1.2.1 [Verscheidenheid naar de aard van de prestaties](#)

125

126 In het takenpakket van vele somatisch georiënteerde medische specialismen, overweegt het
127 uitvoeren van technische handelingen. Voor andere medische specialismen zoals geriateren,
128 dermatologen maar ook voor psychiaters vormen “intellectuele acten” het hoofdaandeel
129 van de activiteit. Wetende dat in de Belgische gezondheidszorg het uitvoeren van technische
130 handelingen beter vergoed wordt, vertaalt dit zich in een relatief lagere vergoeding voor
131 psychiaters dan andere medische disciplines.

132 Deze verscheidenheid bestaat op heden nog steeds ondanks herhaalde pogingen in het
133 verleden om de nomenclatuur te herijken. Het overlegorgaan 107 is op de hoogte dat er op
134 heden in de schoot van het RIZIV een nieuwe poging tot herijking van de nomenclatuur
135 wordt ondernomen. In de huidige poging probeert men het “intellectueel gedeelte” van

136 ieder prestatie te scheiden van de vergoeding voor kosten die gepaard om prestaties uit te
137 voeren: materiaal, personeel, infrastructuur.
138 Het overlegorgaan schaart zich achter dit lopend onderzoek.

139

140 1.2.2 Verscheidenheid naar setting/zorgcontext

141

142 Naast de duidelijke verschillen met andere medische disciplines, stelt het overlegorgaan vast
143 dat er eveneens grote verschillen bestaan in de vergoeding van de psychiaters in de
144 verschillende types GGZ-voorzieningen. Opvallend hierbij is de vaststelling dat psychiaters
145 die taken en functies uitvoeren in een voorziening onder de bevoegdheid van de
146 gemeenschappen of gewesten lager vergoed worden dan soortgelijke taken in voorzieningen
147 die ressorteren onder een federale bevoegdheid, zelfs voor gelijk(w)aardige taken en
148 functies.

149 Anderzijds bestaan er ook verschillen tussen psychiaters die binnen eenzelfde
150 bevoegdheidsniveau werken (vb A dan wel T-dienst in een PZ) of zelfs binnen eenzelfde
151 dienst (A-dienst in AZ dan wel PZ).

152

153 1.2.3 Verscheidenheid naar het gehanteerde financieringssysteem

154

155 Het overlegorgaan stelt vast dat verschillende financieringssystemen worden gehanteerd
156 voor de vergoeding van de taken en functies die door psychiaters worden uitgevoerd.
157 En zelfs verschillende financieringssystemen voor dezelfde taken en functies maar
158 uitgevoerd in een andere setting of context.

159 In residentiële zorgvoorzieningen, waarin een team van zorgverleners onder leiding van de
160 psychiater de zorg opneemt voor een groep van patiënten, wordt veelal een all-in
161 financiering gehanteerd. Deze all-in-financiering dekt zowel de directe patiëntencontacten
162 (en de hiermee verbonden indirecte taken: verslagen, dossiervorming, attesten, ..) als het
163 klinische management van de afdeling/dienst als de organisatie van deze afdeling of dienst
164 en de 24-uurs continuïteit (wachtdiensten).

165 In sommige van deze residentiële settings dekt deze all-in-financiering bovendien ook de
166 organisatie van het beleid van de hele voorziening of dienst (oa PVT en residentiële
167 revalidatie), in andere niet.

168 In de ene residentiële setting, oa PZ en PAAZ, wordt deze all-in-financiering bovendien
169 gemoduleerd in functie van de turn-over van patiënten, waar in andere residentiële setting
170 geen dergelijke modulatie wordt gehanteerd (PVT of residentiële revalidatie).

171 In semi-residentiële of ambulante settings wordt veelal een financiering per prestatie
172 toegepast, eventueel aangevuld met een forfaitaire vergoeding of een vergoeding per capita
173 voor de beleidstaken voor de voorziening of dienst, vb IBW. In de ambulante GGZ-
174 revalidatieconventies daarentegen wordt een niet-gemoduleerde all-in-financiering
175 toegepast.

176 In sommige settings is er sprake van een vastgelegd pakket aan beleidstaken en dito
177 vastgelegde vergoeding (oa IBW) terwijl in andere settings de veronderstelde inzet voor
178 beleidstaken minder strikt is afgelijnd.
179 In tegenstelling tot de meeste andere (somatische) disciplines en ambulante settings in de
180 GGZ, bestaat er in de ziekenhuizen een vergoeding voor een aantal administratieve taken die
181 verbonden zijn aan directe patiënten contacten (zoals intake- en ontslagverslag) bovenop de
182 all-invergoeding van het toezichtshonorarium. Er bestaat een bijkomende vergoeding voor
183 overleg met contextfiguren rond de patiënt voor kinderpsychiaters maar niet voor
184 volwassen- en ouderpsychiaters, zelfs in een zelfde setting. Er bestaat een afzonderlijke
185 vergoeding voor teamvergaderingen in de PZ en PAAZ boven op de all-in-vergoeding van een
186 toezichtshonorarium maar niet in andere residentiële settings in de GGZ noch voor de
187 somatisch georiënteerde medische disciplines.
188 De andere medische disciplines in de GGZ-voorzieningen die een deel van de somatische
189 zorg voor hun rekening nemen, worden veelal vergoed op basis van een
190 prestatiefinanciering.
191
192 Kortom, de financiering van de taken en functies van de medische functie in de GGZ is een
193 kluwen van vergoedingen en systemen en de honorering houdt in onvoldoende mate
194 rekening met de reële activiteit.

195

196 2 Probleemstelling

197

198 Het overlegorgaan stelt vast dat de medische functie in de GGZ bestaat uit een veelheid van
199 taken en functies. De vergoeding die hier tegenoverstaat bestaat grotendeels uit de
200 “intellectuele actes”, maar wordt in concreto vertaald via een kluwen van vergoedingen en
201 financieringssystemen in de diverse setting in de geestelijke gezondheidszorg in België.

202 Het overlegorgaan stelt vast dat deze verscheidenheid heeft geleid tot

- 203 a) Een gemiddeld laag inkomen vergeleken met andere medisch-specialismen.
- 204 b) Onderling ongelijke vergoedingssystemen voor gelijke taken en functies in de diverse
205 settings binnen de GGZ
- 206 c) Een (te) groot spanningsveld in vergoeding tussen psychiaters die werkzaam zijn in
207 verschillende settings binnen de GGZ.

208

209 Deze verschillen in vergoeding staan in schril contrast met de maatschappelijke tendens naar
210 samenwerking, onder meer via netwerking, waarbij diverse voorzieningen en organisaties
211 samen de verantwoordelijkheid opnemen om een aantal maatschappelijke uitdagingen aan
212 te pakken.

213 Zo ook de netwerken 107, waarin GGZ-voorzieningen binnen eenzelfde werkingsgebied op
214 zoek gaan naar het beantwoorden van de zorgnoden van de inwoners van het
215 werkingsgebied en hun aanbod hierop in onderling overleg afstemmen.

216 Om tot een daadwerkelijke samenwerking en afstemming van het zorgaanbod te komen, is
217 een vergelijkbare verloning van de psychiater voor dezelfde taken en functies onafhankelijk
218 van de zorgvorm waarin de psychiater zijn prestaties levert, een absolute voorwaarde: CGG,
219 IBW, PAAZ, PVT, PZ, en revalidatieconventies: “gelijke vergoeding voor gelijk werk”. Idealiter
220 worden dit principe ook doorgetrokken naar de inzet van vrijgevestigde psychiaters.
221 Een organisatie- en financieringsmodel dat gebaseerd is op dit principe, zal een vlottere
222 mobiliteit van de medische functie over de diverse GGZ-voorzieningen toelaten.
223 En bijgevolg geen rem meer zijn voor een psychiater om ene of gene functie in een GGZ-
224 voorziening op te nemen dan wel te weigeren enkel om financiële redenen.
225 Bij de uitwerking van een aangepast financieringssysteem staat de sector van de geestelijke
226 gezondheidszorg in België voor de uitdaging om

- 227 1) Op termijn het vergoedingsonevenwicht tussen de verschillende
228 psychiaterverloningen (dat op dit moment grotendeels gedreven wordt door
229 verschillen in contexten) beduidend te verminderen.
- 230 2) de professionele mobiliteit te ondersteunen, d.w.z. faciliteren dat psychiaters
231 gemakkelijker in en doorheen verschillende settings en contexten binnen de
232 GGZ kunnen werken.
- 233 3) Concordant te blijven met de ontwikkelingen in de financiering van de andere
234 medische specialismen
- 235 4) Samenwerking te bevorderen tussen alle actoren die rond eenzelfde patiënt
236 actief zijn
- 237 5) De kwaliteit van de zorg blijvend te stimuleren.

238

239 3 Wijze van aanpak

240

241 Op vraag van het overlegorgaan 107 (FOD) werd een werkgroep, “Werkgroep Medische
242 Functie” (WGMF) opgericht. De werkgroep kreeg als opdracht om een advies voor te bereiden
243 over de inhoud en de financiering van de medische-psychiatrische functie in alle GGZ-
244 zorgvormen, onder de bevoegdheid van welke overheid dan ook. Gelet op de adviesfunctie
245 van het overlegorgaan 107, dekt dit advies in de eerste plaats de psychiatrische functie voor
246 de doelgroepen volwassenen en ouderen. Dit neemt evenwel niet weg dat dit advies een
247 inspiratiebron kan zijn voor een gelijkaardige oefening in de netwerken kinderen en jongeren.

248

249 De werkgroep vergaderde op 1 maart 2019, 19 april 2019, 10 mei 2019, 7 juni 2019, 6
250 december 2019, 19 juni 2020.

251 De eerste vergaderingen werden gewijd aan het ontdekken van het terrein: waar werken
252 psychiaters, welke taken en functies nemen zij op, hoe zit hun vergoedingssysteem in elkaar.
253 En dit in de diverse type GGZ-voorzieningen. De uitwisseling werd aangevuld met
254 buitenlandse modellen (Nederland, UK), gegevens vanuit RIZIV (financiële volumes &
255 aantallen van verschillende prestaties) en Vlaamse overheid (o.m. CGG, IBW, PVT). Gegevens
256 van Waalse en Duitstalige voorzieningen konden niet verzameld worden. Daarnaast werden

257 ook de bevindingen binnen het kader van de opvolging van de overeenkomst tussen de
258 netwerken 107, een vertegenwoordigend ziekenhuis per netwerk (2018-2020) die werd
259 afgesloten betreffende de vergoeding van de huisbezoeken door de psychiater binnen de
260 mobiele teams als ook de bewegingen IN-OUT meegenomen.

261

262 Na bespreking keurde het overlegorgaan 107 het advies goed op XX/XX/202X.

263

264 4 Leidende hoofdprincipes mbt de medische functie in de GGZ

265

266 4.1 Leidende principes voor de taken en functies

267

268 4.1.1 Algemeen: welke clusters van taken en functies worden uitgevoerd

269

270 In een poging om enige structuur in de taken en functies van psychiaters in de GGZ-
271 voorzieningen aan te brengen, hanteert het overlegorgaan onderstaande clusters van taken
272 en functies.

273

274 4.1.1.1 *Directpatient contacten (DPC)*

275

276 Dit slaat zowel op de prestaties ten aanzien van de patiënt zelf alsook diens familie en
277 netwerk van patiënt. Gezien de sterke evoluties van o.m. de digitalisering moet ook de vorm
278 waarin dit gebeurt (real life, digitaal, elektronisch, etc.) ruim genomen worden. Dit omvat
279 zowel

- 280 - de consultaties voor de start van een zorgperiode als tijdens de zorgperiode;
- 281 - het contact met de familie en de naasten van de patiënt in aanwezigheid van de patiënt;
- 282 - de diagnostische en medicamenteuze oppuntstelling evenals de opvolging van deze
283 behandeling;
- 284 - Bezoek aan huis of in de thuiscontext van de patiënt.

285 Ook de (vak) inhoud van de DPC dient ruim genomen te worden; farmacologisch,
286 psychotherapeutisch, consultatief, medisch technisch (ECT, neuromodulatie).

287 Ook de direct gebonden patiënten administratie maakt onderdeel uit van DPC pakket, t.t.z.
288 bij voorbeeld de opname- en ontslagverslagen en de opmaak/opvolging van allerlei
289 administratieve documenten (medische attesten, voorschriften, verwijfsbrieven, andere
290 communicatie, ...).

291

292 4.1.1.2 *Klinisch management (KM)*

293

294 alle activiteiten die niet DPC maar gericht zijn op het aansturen en coördineren van de
295 behandeling van een patiënt. Hieronder vallen bijvoorbeeld de leiding en supervisie van
296 teamvergaderingen, theoretische en klinische bijeenkomsten, de coördinatie en supervisie

297 van teamleden, het multidisciplinair overleg met het netwerk rond de patiënt, het contact
298 met naasten van de patiënt zonder diens aanwezigheid.

299

300 *4.1.1.3 Organisatie en beleid (OB)*

301

302 Alle activiteiten gericht op het medisch-psychiatrisch behandelbeleid binnen een organisatie,
303 die het niveau van de individuele patiënt behandeling overstijgen (b.v. uitbouwen
304 behandelklimaat en visie, suïcidepreventiestrategieën,...), zowel op niveau van een afdeling /
305 vestiging / zorgvoorziening als netwerk. Het betreft de betrokkenheid en deelname aan
306 strategische en operationele bijeenkomsten in de schoot van de voorziening of met de
307 leidinggevende van de dienst maar ook het versterken van de samenwerking met andere
308 teams, voorzieningen of ervaringsdeskundigen in de schoot van het netwerk 107 en
309 eventueel ondersteuning van de organisatie van de zorg op macro politiek niveau.

310

311 *4.1.1.4 Kwaliteitsbevordering*

312

313 De psychiater engageert zich gedurende zijn hele professionele carrière om deel te nemen
314 aan kwaliteitsinitiatieven, aan het ontwikkelen en actualiseren van de vorming van zijn team
315 ifv het optimaliseren van het zorgproces en zichzelf permanent te vormen (accreditatie,
316 portfolio, ...).

317

318 *4.1.1.5 Medisch Psychiatrische Permanentie (MPP)*

319

320 Alle activiteiten in het kader van 24-uur zorg continuïteit voor de behandeling van
321 individuele patiënten, hetzij residentieel hetzij ambulant en dit bij middel van een
322 permanentie in de voorziening, hetzij op afroep.

323

324 *4.1.1.6 Expertise*

325

326 De psychiater kan gevraagd worden om zijn expert advies te geven die een wettelijke
327 waarde krijgt in heel wat domeinen, zoals het omstandig medisch verslag (vb ikv beheer van
328 goederen of gedwongen opnames), expertises tav verzekeringen, de link met justitie (vb
329 gedwongen opname of internering), of juridische expertises en de psychiatrische expertises
330 (transgenders, euthanasie, medisch geassisteerde voortplanning)...

331

332 *4.1.1.7 Expliciete preventie*

333

334 Preventie wordt toegepast in verschillende domeinen zoals diverse initiatieven in het kader
335 van destigmatisering, vroegdetectie, samenwerking in de zorg of nog opleiding en
336 begeleiding van eerstelijnsactoren buiten de GGZ.

337

338 4.1.1.8 *Onderwijs en vorming*

339

340 Dit onderwijs en vorming vindt plaats binnen de geestelijke gezondheidszorg (opleiding van
341 psychiaters, psychologen, verpleegkundigen,...) maar ook in de eerstelijnszorg (oa huisarts,
342 gezinsplanning, en zelfs buiten de gezondheidszorg (onderwijs, huisvesting), alsook voor
343 ervaringsdeskundigen (patiënt) en familie-ervaringswerkers).

344

345 Een schematisch overzicht van deze clusters vindt men in bijlage 1.

346

347 4.1.2 Vanuit het perspectief van 1 psychiater: welke taken en functies neemt een
348 individuele psychiater op

349

350 Het overlegorgaan gaat ervan uit dat het totale pakket van taken en functies die een
351 individuele psychiater opneemt, in een privépraktijk en/of in één of meer GGZ-voorzieningen
352 samengesteld is uit één of meer van bovenstaande clusters. Het aantal clusters en de
353 onderlinge verhouding tussen deze clusters zal evenwel verschillen van psychiater tot
354 psychiater.

355 Sommige psychiaters doen enkel directpatiëntcontacten, andere combineren dit met de
356 klinische aansturing van een team van hulpverleners (klinisch management) veelal in
357 samenspel met kwaliteitsbevordering.

358 Nog andere nemen al dan niet in combinatie met ander clusters ook beleidstaken op.

359 Sommige psychiaters nemen verantwoordelijkheid op in een medisch-psychiatrische
360 permanentie, andere verkiezen dit niet te doen.

361 Sommige psychiaters nemen expliciete onderwijstaken op, vb lesopdracht in de opleiding
362 bachelor verpleegkunde of stagemeesterschap voor artsen-specialisten in opleiding. Andere
363 psychiaters nemen deze taken niet op.

364 Sommige psychiaters nemen ook nog taken en functies op in niet-GGZ-voorzieningen (VAPH-
365 sector, ..).

366

367 4.1.3 Vanuit het perspectief van een GGZ-voorziening: welke taken en functies nemen
368 psychiaters voor de voorziening op

369

370 In elke GGZ-voorziening nemen psychiaters minstens volgende clusters van taken en functies
371 op: directpatiëntcontacten, klinisch management, organisatie en beleid en
372 kwaliteitsbevordering. Bij afgeleide kunnen (een deel van) deze taken en clusters ook door
373 de psychiater uitgevoerd worden namens het netwerk waar de voorziening deel van
374 uitmaakt.

375

376 In (semi-)residentiële settings wordt dit aangevuld met de medisch-psychiatrische
377 permanentie. Ook psychiaters werkzaam in een ambulante setting kunnen deelnemen aan
378 deze permanentie (oa mobiele teams of vrije keuze).

379 Volgende clusters kunnen optioneel door psychiaters in GGZ-voorzieningen worden
380 opgenomen: medische expertise, onderwijs-stagemeesterschap, expliciete preventie.

381

382 4.2 Leidende principes voor de financiering

383

384 4.2.1 Een fair systeem

385

386 Een financieringssysteem moet fair zijn. Het hanteren van het principe van “gelijk loon voor
387 gelijk werk” leidt tot een faire vergoeding. Bijgevolg moet de vergoeding voor eenzelfde taak
388 of functie “setting-onafhankelijk” worden en bijgevolg identiek zijn in elke GGZ-voorziening,
389 ongeacht het bevoegdheidsniveau.

390 Een fair systeem houdt ook in dat er een hogere vergoeding wordt voorzien als er ook een
391 meer uren worden gepresteerd. In een fair systeem vermijdt men financiële incentives die
392 leiden tot cherry picking.

393

394 Een fair systeem houdt ook in dat patiënten die de zorg nodig hebben, ten allen tijde beroep
395 kunnen doen op deze zorg. Persoonlijke aandelen (remgelden) moeten dan ook in
396 verhouding staan tot de financiële mogelijkheden van patiënten, ook voor financieel
397 kwetsbare patiënten of voor patiënten die veel zorg nodig hebben.

398

399 4.2.2 Een billijk systeem

400

401 Een financieringssysteem moet billijk zijn en de inspanningen vergoeden die geleverd
402 worden, rekening houdende met de nodige kennis, expertise en ervaring om de taken of
403 functies kwalitatief te kunnen uitvoeren.

404 Voor een billijke vergoeding voor de psychiaterfunctie in een GGZ, wordt mutatis mutandis
405 verwezen naar het gemiddeld inkomen van een arts-specialist.

406 Een billijk systeem vergoedt ook bijzondere omstandigheden waarin prestaties worden
407 uitgevoerd. Bijvoorbeeld: conform ook de sociale voordelen in andere bedrijfstakken,
408 worden prestaties tijdens de nacht, weekend of feestdagen hoger vergoed dan prestaties op
409 weekdagen.

410

411 4.2.3 Een eenvoudig systeem

412

413 Een financieringssysteem moet eenvoudig zijn.

414 Rekening houdende met het principe van “fairness”, is “fee for time” een eenvoudig
415 systeem: de psychiater wordt vergoed voor de uren die hij presteert, en dit setting-
416 onafhankelijk. Hierbij is ieder uur “prestatie” in gelijke omstandigheden evenveel waard.

417 Het hanteren van een eenvoudig systeem betekent evenzeer dat dit systeem overal op
418 dezelfde wijze wordt toegepast. Een eenvoudig systeem impliceert zo weinig mogelijk het
419 gebruik van uitzonderingen en “speciale gevallen”

420 Een eenvoudig financieringssysteem voorziet slechts 1 vergoeding voor prestaties die
421 sowieso samengaan. We denken hierbij bijvoorbeeld aan administratietijd die sowieso
422 samenhangt met directe patiëntcontacten: dossiervorming, attesten schrijven,
423 verwijsbrieven, medicatievoorschriften, registratie. De gemiddelde tijd die nodig is om deze
424 administratie te verrichten dient eveneens te worden vervat in de prestatiefinanciering als
425 dusdanig. Bijvoorbeeld: als men er van uitgaat dat iedere consultatie gepaard gaat met
426 gemiddeld 5 minuten administratietijd, dient deze 5 minuten administratietijd meegeteld te
427 worden in de eenheidsvergoeding voor de consultatie.

428

429 Een eenvoudig financieringssysteem betekent evenzeer dat er slechts een beperkt aantal
430 mechanismen worden gehanteerd of gecombineerd zodat het systeem overzichtelijk blijft.

431

432 4.2.4 Een transparant systeem

433

434 Een financieringssysteem moet transparant zijn zodat duidelijk is en blijft welke vergoeding
435 welke prestatie dekt. Enkel op deze wijze is een verantwoording van de aangewende
436 overheidsmiddelen mogelijk.

437 Met een transparant systeem kan men eenvoudig de “fairness” en de billijkheid van een
438 vergoeding (of het gebrek hieraan) aantonen.

439

440 4.2.5 Een efficiënt systeem

441

442 Een financieringssysteem moet efficiënt zijn. Dit impliceert dat een financieringssysteem het
443 bereiken van de beoogde resultaten moet stimuleren zonder als systeem zelf veel kosten te
444 veroorzaken.

445 Een efficiënt systeem moet bijgevolg de noodzakelijke drivers bevatten die die prestaties
446 belonen die leiden naar de beoogde resultaten. Tegelijk moet een efficiënt systeem
447 maximaal verhinderen dat “onbedoelde effecten” worden gefinancierd.

448 Een efficiënt systeem gaat gepaard met zo weinig mogelijk administratie (lean
449 management).

450

451 4.2.6 Een financieringssysteem dat continue verbetering stimuleert en kwaliteit en 452 innovatie beloont

453

454 Een financieringssysteem moet niet enkel doelgericht zijn maar bovendien stimuli bevatten
455 om de beoogde resultaten op een meer effectieve, efficiënte en kwalitatieve wijze te
456 bereiken. Een goed financieringssysteem bevat dus triggers naar continue verbetering.

457

458

459

460 5 Toepassing van deze principes

461

462 Gelet op de vele taken en functie van de medische functie in de GGZ, kan de toepassing van
463 slechts één financieringssysteem niet tegelijk fair, billijk, eenvoudig, transparant, efficiënt en
464 gericht zijn op continue verbetering. Het gebruik van een combinatie van
465 financieringssystemen is een mogelijke optie. Anderzijds moet - gelet op het principe van
466 eenvoud en efficiëntie (oa registratie) - het aantal gehanteerde financieringssystemen
467 beperkt gehouden worden.

468

469 *advies*

470 *Het overlegorgaan adviseert de overheden om de hierboven geformuleerde principes*
471 *inzake taken en financiering van de medische functie in de GGZ systematisch toe te*
472 *passen bij iedere wijziging in het GGZ-landschap, waarbij de taakomschrijving of de*
473 *financiering van de medische functie in de GGZ geïmpacteerd wordt.*

474

475 Gelet op de nood aan een eenduidig systeem van vergoedingen over de diverse
476 bevoegdheidsniveaus heen, is het voor het overlegorgaan 107 primordiaal om minstens de
477 besluitvorming over de beschrijving van de prestaties en de vergoedingen samen met de
478 remgelden voor de directe patiëntcontacten en het klinisch management van een zorgteam
479 vanuit 1 plek centraal/gemeenschappelijk uniform/gelijk(w-)aardig te regelen en die dit voor
480 alle settings: privaat, onder federale of gemeenschaps- / gewest-bevoegdheden. Enkel op
481 deze wijze kan men komen tot eenzelfde vergoeding en remgelden voor eenzelfde prestatie:
482 met andere woorden: een psychiater zou dan evenveel vergoed worden of hij nu een uur
483 klinisch management uitvoert in een ziekenhuis dan wel in een mobiel team, psychiatrisch
484 verzorgingstehuis, CGG, initiatief beschut wonen of revalidatiecentrum/conventie. Evenzo
485 zou een patiënt een gelijk remgeld betalen voor eenzelfde prestaties, onafhankelijk van de
486 setting waarin de zorg verleend wordt.

487 Binnen deze eenheid van besluitvorming behoudt ieder bevoegdheidsniveau zijn eigen
488 financiële verantwoordelijkheid: iedere overheid betaalt voor de diensten/voorzieningen
489 waar zij verantwoordelijk voor is maar wel uniforme tarieven voor dezelfde opdrachten. Het
490 overlegorgaan is geen vragende partij voor afgeleide financiële stromen tussen bevoegde
491 overheden.

492

493 Om daadwerkelijk tot een eenvoudig(er) financieringssysteem te komen is het bovendien
494 aangewezen om niet enkel de besluitvorming te centraliseren (zoals hierboven geadviseerd)
495 maar ook de financiering, en dit hetzij op het federale niveau =(veronderstelt een zekere
496 herfederalisering), hetzij op het niveau van de gemeenschappen en gewesten

497 (=veronderstelt een verdere regionalisering).¹ De keuze voor deze of gene
498 bevoegdheidsniveau overstijgt de bevoegdheid van het overlegorgaan.

499

500 *Advies*

501 *Het overlegorgaan 107 adviseert de verschillende overheden in dit land om zich zo te*
502 *organiseren dat ze in onderling overleg gezamenlijk gelijklopende beslissingen nemen*
503 *over de taken en de financiering van de medische functie in de diverse GGZ-*
504 *zorgvormen, en indien mogelijk ook vanuit 1 financieringsbron.*

505

506 Gelet op hun bevoegdheid kunnen de gemeenschappen en gewesten wel beslissen hoe veel
507 zij psychiaters willen betrekken in de organisatie en het beleid van de voorzieningen die
508 onder hun bevoegdheid vallen. Hierdoor kunnen de gemeenschappen en gewesten zelf
509 bepalen voor hoeveel uur “beleid en organisatie” zij de medische functie in de GGZ-
510 voorzieningen financieren, zij het wel aan een ‘uniform” tarief per uur in de diverse GGZ-
511 voorzieningen (conform de fairness- en billijkheidsprincipes).

512

513 6 Voorstel voor toekomstige projecten en verdere werkwijze

514

515 Het overlegorgaan is er zich van bewust dat een uniforme toepassing van bovenstaande
516 principes in alle GGZ-zorgvormen over alle bevoegdheidsniveaus niet te realiseren is binnen
517 het huidig budgettair kader en slechts stapsgewijze zal kunnen geïmplementeerd worden.

518

519 Om de toepassing van bovenstaande principes uit te rollen en oefeningen te maken in de
520 gemeenschappelijke besluitvorming op politiek niveau, adviseert het overlegorgaan om op
521 beperkte schaal te starten met enkele concrete projecten.

522 Bij wijze van voorbeeld suggereert het overlegorgaan volgende domeinen:

- 523 - Aanpassing van de financiering voor de medische functie in de mobiele teams 2a en
524 2b, waarbij de financieringswijze voor het klinisch management wordt aangepast
525 (voortbouwend op de werkzaamheden van de begeleidingscommissie bij de mobiele
526 teams) ;
- 527 - De organisatie en financiering van de continuïteit van psychiatrische zorg
528 (permanentieregeling)
- 529 - De organisatie en de financiering van crisiszorg voor psychiatrische problematieken
530 in samenhang met andere (niet-GGZ)disciplines en -actoren.

531

532 **Eventuele andere projectvoorstellen vanuit:**

- 533 - **Leden van de werkgroep medische functie ?**

¹ Bijvoorbeeld: alle directe patiëntcontacten en activiteiten van klinisch management zouden kunnen georganiseerd en gefinancierd worden vanuit het RIZIV en dit zowel voor alle directe patiëntcontacten als klinisch management in alle GGZ-voorzieningen, zowel deze die vallen onder de federale bevoegdheid als diegene die vallen onder de gemeenschaps- of gewestbevoegdheden.

534 - Het overlegorgaan 107 ?

535

536

537 *Advies*

538 *Het overlegorgaan 107 adviseert de diverse overheden om samen één of meer*
539 *concrete projecten op te starten om, met het vooruitzicht op bijkomend budget,*
540 *aanvullende GGZ-noden in te vullen, waarbij men een meer uniforme*
541 *taakomschrijving en geïntegreerde financiering van de medische functie over diverse*
542 *GGZ-zorgvormen heen nastreeft.*

543

544 Als bijdrage aan de uitwerking van deze toekomstige projecten, engageert het overlegorgaan
545 107 zich om, éénmaal het projectonderwerp vastgelegd is, de overheden een nieuw advies
546 aan te reiken over de taken en financiering van de medische functie in deze
547 nieuwe/aangepast zorgvorm. Hiertoe zal het overlegorgaan een subwerkgroep
548 samenstellen met specialisten in het specifiek gekozen thema om dit advies voor te
549 bereiden.

550

551 **Bijlage 1: Functies en taken van een psychiater**

552

553

554 1- Face to face contacten met de patiënt

555 2- Klinische aansturing zonder direct patiëntencontact

556 3- Beleid en organisatie

557 4- Kwaliteit

558 5- Permanentie en continuïteit van de zorg

559 6- Expertises en gerechtelijke activiteiten

560 7- Preventie

561 8- Onderwijs en vorming

562

563 1- Face to face contacten met de patiënt (direct patiëntcontact)

564

- 565 • Voor de opname: beslissingen over het verblijf / inclusie / ten laste neming
- 566 • Consultaties / psychiatrische gesprekken tijdens de zorgperiode
- 567 • Lange gesprekken zonder psychotherapie
- 568 • Consultaties / psychotherapeutische gesprekken
- 569 • Consultaties ivm einde van de zorg
- 570 • Huisbezoeken
- 571 • Bezoeken in de leefomgeving van de patiënt
- 572 • Forensische zorg gedurende de behandeling: diagnostiek/behandeling/ evaluatie/
- 573 opvolging/ bijkomende onderzoeken/ voorschrijven van medicatie
- 574 • Opmaak van crisisplannen die worden toegepast in geval van crisis
- 575 • Consultaties met de familie/omgeving van de patiënt in diens aanwezigheid
- 576 • Consultaties met netwerkpartners in aanwezigheid van de patiënt
- 577 • E mental health : teleconsultaties, telefonisch gesprek met de patiënt en zijn familie /
- 578 videogesprekken (beeldbellen) / elektronisch versturen van voorschriften of attesten
- 579 • Uitvoeren van technische handelingen (vb elektroconvulsie therapie,
- 580 neuromodulatie,...)
- 581 • Up to date houden van het medisch dossier en de registratie van medische gegevens
- 582 van de patiënt
- 583 • Intakeverslag van de patiënt
- 584 • Ontslagverslag van de patiënt
- 585 • Opvolging van administratieve documenten (medische attesten, post, verwijsbrieven,
- 586 pre-inclusieverslag
- 587 • Dossierstudie

588

589

590 2- Klinische aansturing zonder direct patiëntcontact

591

- 592 • Begeleiden en superviseren van teamvergaderingen
- 593 • Klinische vergaderingen die niet draaien rond 1 patiënt maar wel rond algemene
- 594 klinische thema's
- 595 • Supervisie en coaching van teamleden (telefonisch, individueel, in kleine groepen)
- 596 • Overleg met de behandelende arts en andere gezondheidswerkers (telefonisch, face to
- 597 face)

- 598 • Multidisciplinair overleg met netwerkpartners en verwijzers van de patiënt
- 599 (telefonisch, beeldbellen, face to face)
- 600 • Overleg tussen psychiaters van verschillende voorzieningen rond eenzelfde patiënt.
- 601 • Contact met de familie of naasten zonder dat de patiënt zelf aanwezig is (telefonisch,
- 602 beeldbellen, face to face)
- 603 • Advies, raadgevingen en supervisie van andere zorgverleners of
- 604 ervaringsdeskundigen.
- 605 • Seminaries rond klinische thema's met teams : ethische vraagstukken, theoretisch
- 606 werk
- 607

608 3- Beleid en Organisatie

- 609
- 610 • Strategisch en operationeel beleid met de coördinator van het team/de dienst (vb
- 611 sturingscomité)
- 612 • Afstemming en coördinatie met de directie van de voorziening
- 613 • Strategische en operationele vergaderingen binnen de voorziening
- 614 • Deelname aan het activiteiten voor het aanwerven van personeel
- 615 • Netwerkvergaderingen in de schoot van het netwerk 107
- 616 • Promotie en preventie van de geestelijke gezondheid
- 617 • Bevorderen / onderhouden / afstemmen van de samenwerking met andere teams,
- 618 voorzieningen en ervaringswerkers
- 619 • Bijdragen aan het jaarlijks activiteitenverslag van de voorziening
- 620 • Samenwerking in de zorg
- 621 • Ondersteuning van organisatie van de zorg op macro, politiek niveau
- 622 • Rol van hoofdarts
- 623 • Uitbouw van zorgtrajecten
- 624

625 4- Kwaliteit

- 626
- 627 • Deelname aan studies
- 628 • Deelname aan kwaliteitsinitiatieven
- 629 • Ontwikkelen en onderhouden van de vorming van het team om zorgprocessen te
- 630 ondersteunen
- 631 • Permanente vorming van de psychiater
- 632 • Vorming van experts in andere domeinen dan de geestelijke gezondheidszorg
- 633 • Intervisie
- 634 • Accreditatie
- 635 • Bijhouden van de eigen portfolio
- 636

637 5- Permanentie en continuïteit van de zorg

- 638
- 639 • Wachtdiensten in de voorziening gedurende de avond en de nacht
- 640 • Oproepbare wachtdiensten gedurende de avond en de nacht
- 641 • Wachtdiensten in de voorziening gedurende het weekend
- 642 • Oproepbare wachtdiensten gedurende het weekend
- 643 • Ambulante permanentie

- 644 • Permanentie gedurende de dag in PZ of een netwerk 107
- 645 • Gedwongen opnames

646

647 6- Expertises en Gerechtelijke activiteiten

648

- 649 • Omstandig medisch verslag (beheer van goederen, gedwongen opname)
- 650 • Attesten voor verzekeringsmaatschappijen
- 651 • Gerechtelijke expertises
- 652 • Linken met justitie (internering, gedwongen opnames)
- 653 • Psychiatrische expertises (transgenders, euthanasie, medisch ondersteunde
- 654 voortplanting)

655

656 7- Preventie

657

- 658 • Initiatieven tegen stigma
- 659 • Vroegdetectie
- 660 • Samenwerking in de zorg
- 661 • Vorming/ begeleiding in de eerstelijns niet GGZ

662

663 8- Vorming en onderwijs

664

- 665 • Binnen de geestelijke gezondheidszorg (psychiaters, psychologen,
- 666 verpleegkundigen,...)
- 667 • In de eerstelijns (huisartsen, gezinsplanning)
- 668 • Buiten de gezondheidszorg (onderwijs, huisvesting)
- 669 • Voor ervaringsdeskundigen (zowel patiënten als familie)