

Visienota "Eén gemeenschappelijk overheidskader voor CAR en CGG"

Inhoud

1	Finaliteit van het traject	3
2	Situering van de conceptnota in het traject	7
2.1	Inhoud van de conceptnota.....	7
2.2	Totstandkomingsprocedure	8
3	Inhoud	9
3.1	Doelgroep	9
3.1.1	Algemene doelgroepomschrijving.....	9
3.1.2	Andere elementen voor doelgroep bepaling	10
3.1.3	Bijzondere doelgroepen	12
3.2	Aanbod	12
3.2.1	Functies en zorgniveaus	13
3.2.2	Behandelplan.....	13
3.3	Financiering	14
3.3.1	Uitgangspunten	15
3.3.2	Richtinggevende principes vanuit het decreet GG en VSB	15
3.3.3	Gemengde financiering enveloppe en prestatie	15
3.4	Programmatie	17
3.4.1	Concrete stappen voor CAR-CGG	19
4	Het verdere traject	20
5	Bijlagen	22
5.1	Toelichting functies en zorgniveaus.....	22
5.1.1	Functie D: gespecialiseerde diagnostiek.....	23
5.1.2	Functie E: gespecialiseerde behandeling.....	26
5.1.3	Functie G: uitwisselen en samen inzetten van expertise.....	27
5.1.4	(Toekomstige) programma's individugericht aanbod	29
5.1.5	Zorgtraject	30
5.2	Toelichting berekeningswijze financiering.....	32
5.2.1	Maandelijkse betalingen	33
5.2.2	Organisatiegebonden en zorggebonden kost.....	34
5.2.3	Functie G-activiteiten	34
5.2.4	Evolutie financiering per voorziening	35

5.3 Toelichting mee te nemen elementen..... 36

1 Finaliteit van het traject

De Vlaamse zorgsector in transitie

De brede zorgsector maakt een systemische transitie door naar meer vraaggestuurde en geïntegreerde zorg met de regie van die zorg maximaal bij de gebruiker zelf. Het gehele aanbod moet ook nauwer kunnen aansluiten bij de altijd evoluerende noden van de populatie. Zo wordt die zorg beter voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood én beter voor een hele populatie. Dat brengt grote uitdagingen met zich mee: De zorgnoden stijgen en worden complexer. Vacatures voor zorgpersoneel geraken steeds moeilijker ingevuld. Middelen zijn nooit onbepaald. De beschikbare 'resources' moeten dus, ook in de zorg, zo efficiënt mogelijk worden ingezet om die belofte van kwaliteitsvolle zorg voor de persoon en voor de populatie waar te maken.

In Vlaanderen wordt die systemische transitie beschreven en vormgegeven in een reeks van conceptnota's en (kader)decreten, zoals het decreet Vlaamse Sociale Bescherming (VSB), het decreet over de organisatie van eerstelijnszorg, het woonzorgdecreet, decreet lokaal sociaal beleid, inspiratienota zorgzame buurt, conceptnota Vlaamse revalidatie en het decreet 'betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod' (hierna genoemd het decreet GG), en trajecten zoals 'Vroeg en Nabij'.

Decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod

Het decreet GG gaat specifiek in op de organisatorische uitdagingen voor het landschap van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het toekomstige landschap is georganiseerd in **netwerken geestelijke gezondheid** waarin de netwerkpartners functies uitvoeren. Die **functies** omschrijven de kernopdrachten die binnen een netwerk geestelijke gezondheid moeten uitgevoerd worden zowel op vlak van individugerichte zorg als op vlak van populatiegerichte acties en het onderling uitwisselen en samen inzetten van expertise. Er worden in het decreet ook **zorgniveaus** omschreven gaande van zelfzorg tot gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg op supraregionaal niveau.

Dit decreet is een kaderdecreet en vormt aldus het globale kader van waar we naartoe willen met de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen als het gaat over de organisatie van het gehele landschap en de ondersteuning in dit domein. In de geestelijke gezondheidszorg zijn er **specifieke uitdagingen en problemen te benoemen die de toegankelijkheid, zorg op maat en continuïteit van zorg in het gedrang brengen**. Dat noopt ons tot een gezamenlijke kritische reflectie op de organisatie van zorg op vandaag en vraagt onze collectieve inzet om in de organisatie van zorg te durven innoveren en te zoeken naar kansen om die organisatie te verbeteren.

De financiering voor het uitvoeren van functies zit hoofdzakelijk vervat in de Vlaamse Sociale Bescherming. Alle Vlaamse ggz-sectoren kantelen stapsgewijs in die Vlaamse Sociale Bescherming.

De opdracht uit het Vlaams Regeerakkoord m.b.t. de integratie van de Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) en centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) willen we voluit in de **geest van dit decreet** vormgeven. Het is een **eerste stap** in de uitvoering van het decreet, in de hertekening van de geestelijke gezondheidszorg die op heden een veelheid van sectoren en betrokken partners omvat.

Een eerste stap, want dit decreet heeft zoals gezegd de intentie om de organisatie van het totale aanbod op vlak van geestelijke gezondheid te herzien en tot een beter functionerend geheel te brengen waarin de uitdagingen die benoemd zijn, adequaat kunnen aangepakt worden.

Omdat het over een globale en grootse oefening gaat, is een stapsgewijze aanpak noodzakelijk. De uitvoering van het kaderdecreet is een beweging die over meerdere jaren heen steeds concreter zal worden.

Voorzelingen of sectoren, andere dan CAR en CGG, kunnen kennisnemen van de stappen die in het traject CAR-CGG ondernomen worden, om af te toetsen aan hun eigen realiteit. Hoe CAR en CGG evolueren naar één gemeenschappelijk overheidskader, in de geest van het decreet, is richtinggevend en inspirerend voor andere sectoren die in volgende fases eenzelfde oefening zullen maken.

Eén gemeenschappelijk overheidskader voor CAR en CGG

In dit traject schrijven we het aanbod van de CAR en de CGG in de logica van **functies en zorgniveaus** zoals beschreven in het decreet GG.

Deze oefening heeft als scope het volledige aanbod van beide sectoren. **We gaan daarbij uit van de gemeenschappelijkheden** die er tussen beide sectoren te identificeren vallen, in de geest van het decreet GG. Het gaat om 2 sectoren die op ambulante wijze, gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aanbieden en daarbij vnl. de functies gespecialiseerde diagnostiek en gespecialiseerde behandeling uitvoeren. Zowel CAR als CGG werken met verschillende expertises samen in multidisciplinaire teams. Op die manier kunnen ze een kwaliteitsvol zorgaanbod mogelijk maken voor een divers scala aan problematieken (stoornissen), voor mensen van alle leeftijden. Het aanbod is verspreid in Vlaanderen aanwezig en zo vormen die 2 sectoren samen – ook al kunnen we die spreiding verre van perfect noemen – een belangrijke en reeds goed uitgebouwde cluster van ambulante gespecialiseerde zorg in Vlaanderen.

Het traject heeft als doel om tot eenzelfde overheidskader te komen voor wat nu 2 aparte sectoren zijn en vertrekkende vanuit de gemeenschappelijkheden en de vormgeving uit het decreet GG en rekening houdend met het VSB-decreet, zoals hierboven beschreven staat.

Dit gemeenschappelijk overheidskader voor CAR en CGG:

- Bepaalt de doelgroep in scope van het overheidskader;
- Regelt de erkenning en de financiering voor het uitvoeren van functies D, E en G voor de doelgroep;
- Dit overheidskader is de vertrekbasis om de kwaliteit van de zorg op permanente wijze te verbeteren en om het aanbod eveneens op permanente wijze zo goed als mogelijk te doen aansluiten bij de evoluerende noden van de populatie.

Deze transitie staat niet op zichzelf, maar moet kunnen inpassen in andere lopende initiatieven binnen de Vlaamse zorg- en welzijnssector zoals het versterken van het kwaliteitsbeleid en het verder uitbouwen van de rol van de netwerken geestelijke gezondheid.

Scope

Met de **functies D, E en G** focussen we op de **kernopdrachten** van CAR en CGG.

Een functie is in het decreet van 2019 immers bepaald als: “een kernopdracht die binnen het geestelijke gezondheidsnetwerk wordt uitgevoerd door netwerkpartners, en die een gepast antwoord geeft op individuele of collectieve psychische zorgnoden van gebruikers en hun context, op

individuele of collectieve geestelijke gezondheidsbehoeften of op de nood aan uitwisseling en het samen inzetten van expertise van netwerkpartners”.

Een kernopdracht zoals bijvoorbeeld de functie behandeling kan elementen bevatten die positief inwerken op doelstellingen van andere functies, bijvoorbeeld destigmatisering. Dit betekent echter niet dat een organisatie als kernopdracht specifieke initiatieven neemt om uitvoering te geven aan de functie rond destigmatisering. Het structureren van het geestelijke gezondheidsaanbod in kernopdrachten is een essentieel uitgangspunt in het decreet van 2019 dat de organisatie van het geestelijk gezondheidsaanbod wil verbeteren en inzichtelijker maken.

Dat neemt niet weg dat een CAR of een CGG ook specifieke, individugerichte of populatiegerichte initiatieven kan nemen die passen binnen de andere functies beschreven in het decreet van 2019. Echter, dit is op dit moment niet het voorwerp van deze visienota. Zoals geschetst gaan we **stapsgewijs te werk** om uitvoering te geven aan dit kaderdecreet. Dat geldt zowel 1) voor het opstellen van regelgevende bepalingen ter uitvoering van alle functies, als 2) voor het positioneren van de opdrachten van alle soorten voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg binnen de opbouw van dit decreet in functies en zorgniveaus.

- 1) Telkens een functie concrete uitvoering krijgt in een besluit van de Vlaamse Regering en op die manier een stukje van de grote puzzel concreet vorm krijgt, zullen op dat moment de relevante actoren ter uitvoering van die functie betrokken worden in het beleidstraject. Aangezien sommige CAR en CGG reeds actief zijn op deze andere vlakken, zullen zij in elk geval betrokken worden in deze toekomstige trajecten. Het gaat dan niet om activiteiten die passen binnen het kwaliteitsvol uitvoeren van functie D, E of G maar effectief om specifieke activiteiten ter uitvoering van functies A, B, C of F.
- 2) Voor de verdere concretisering van de functies D, E en G zal in een latere fase ook een gelijkaardige oefening gebeuren voor andere soorten voorzieningen die deze functies eveneens als kernopdrachten hebben. Op basis van dergelijke oefening kan het vanuit de CAR en CGG opgestarte traject worden bijgestuurd.

Het is een bewuste en afgebakende keuze om in deze eerste stap te starten met CAR en CGG en met hun bijdrage aan de uitvoering van individugerichte activiteiten in de functies D, E en G.

Wat een gemeenschappelijk overheidskader wél en niet is

Een gemeenschappelijk overheidskader van CAR en CCG doet niks af aan de specifieke expertise van de CAR en de CGG.

Door op een gelijke wijze erkend te worden om functies uit te oefenen voor afgeleide doelgroepen, hiervoor gefinancierd te worden, activiteiten te gaan registreren ... zal het eenvoudiger worden voor de CAR en CGG om hun aanbod permanent te laten evolueren in functie van de noden van een populatie in een bepaalde regio en uiteraard ook de expertise meer flexibel samen te kunnen inzetten in functie van individuele zorgtrajecten. Want versnippering in organisatie en complexiteit in regelgeving/aansturing bemoeilijken de integratie van de zorg rond de persoon, bemoeilijken het afstemmen van het aanbod op de noden op individueel en op populatieniveau en bemoeilijken de continue en noodzakelijke innovatie.

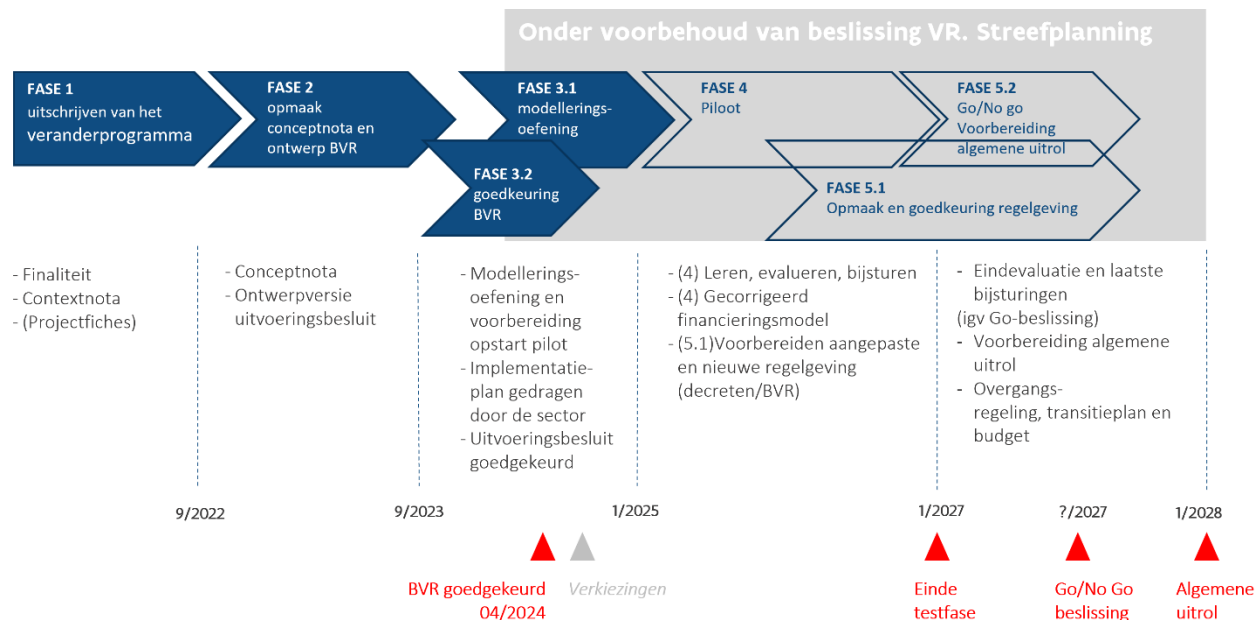
Om aan elke gebruiker de nodige zorg te kunnen geven, op maat van individuele noden en context en in staat om te evolueren met die noden en context doorheen de tijd, is het daarom noodzakelijk om ook op systemisch niveau ingrepen te doen. Het gaat hier over structurele veranderingen in

overheidskader die het mogelijk maken om de organisatie van zorg te verbeteren en hulpverleners in staat te stellen om hun opdrachten op een kwalitatieve wijze vorm te geven. Dit traject is hiertoe een bouwsteen en ingegeven vanuit een langetermijnvisie op het creëren van de best mogelijke omstandigheden om kwaliteitsvolle zorg aan te bieden aan elke burger.

De doelstelling van dit traject is niet om tot verplichte fusies te komen. Het zal wel eenvoudiger worden voor CAR en CGG die niet alleen op zorginhoudelijk, maar ook organisatorisch (personeelsbeleid, strategisch management, kwaliteitsbeleid, juridisch ...) vlak toenadering willen zoeken, om dat ook te doen.

2 Situering van de visienota in het traject

Het traject “Eén nieuw overheidskader voor CAR en CGG” loopt over verschillende fases. De faseplanning en aanpak werd doorheen het traject aangepast en bijgestuurd op basis van voortschrijdend inzicht. Deze visienota is samen met de ontwerptekst van het BVR m.b.t. dit traject het resultaat van de fase 2.



2.1 Inhoud van de visienota

De visienota beschrijft

- De beoogde **doelgroep** en de vertaling van het aanbod in **functies** uitgevoerd op zorgniveau 2 volgens de definities en logica van het decreet GG.
- De krijtlijnen voor het **nieuwe financieringsmodel**. Deze krijtlijnen zijn de basis voor de concretisering van dit model aan de hand van een modelleringsoefening (fase 3) gevolgd door een piloot (fase 4).

De vastgelegde principes in deze nota dienen als basis voor de verdere uitwerking en concretisering doorheen de volgende fasen en na afronding van het traject:

- De nota beschrijft de basiselementen van een **conceptueel kwaliteitskader**. Hierbij vertrekken we niet enkel van het decreet GG maar ook van het recent kwaliteitsdecreet¹.
- We beschrijven de krijtlijnen voor **toekomstige programmatie** als instrument om te evolueren naar een vraag-gestuurd aanbod afgestemd op de evoluerende noden van de doelgroep.

De bepalingen rond doelgroep en aanbod, de krijtlijnen voor de toekomstige financiering alsook de modaliteiten voor de piloot worden verankerd in de bijhorende uitvoeringbesluiten.

¹ Decreet voor de kwaliteit van zorg in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2023

2.2 Totstandkomingsprocedure

De voorbije maanden werd een participatief proces gelopen met vertegenwoordigers van beide sectoren en het Agentschap Zorg en Gezondheid (sinds 1 juni het Departement Zorg). Er werd gewerkt in 3 themagroepen rond de thema's "doelgroepen en aanbod", "kwaliteit" en "financiering, programmering en normering". Elke themagroep bestond uit vertegenwoordigers van beide sectoren en de betrokken administratie. De visienota die nu voorligt steunt op het werk dat verricht werd in de themagroepen.

De stuurgroep CAR-CGG was samengesteld uit vertegenwoordigers van de sectoren, de betrokken administratie en het kabinet. De stuurgroep stond in voor de opvolging en bewaakte de samenhang. De besluitvorming lag op het politieke niveau. De vertegenwoordigers van de sectoren die hierin participeerden waren de ambassadeurs van het traject en zorgden voor de doorstroom van informatie en het breed capteren van feedback vanuit de voorzieningen. De stuurgroep gaf feedback op de tussentijdse nota's. De inhoud uit de verschillende thema-nota's werd samengebracht in deze visienota en kregen, waar relevant hun vertaling naar de ontwerptekst van het BVR. Visienota en ontwerp BVR werden op hun beurt besproken op de stuurgroep vooraleer deze gefinaliseerd werden. De eindverantwoordelijkheid over de uiteindelijke beslissingen en de finale teksten lag op het politieke niveau.

De consultants van WhoCares? stonden in voor de begeleiding en ondersteuning van het traject in opdracht van het Agentschap Zorg en Gezondheid.

3 Inhoud

3.1 Doelgroep

3.1.1 Algemene doelgroepomschrijving

De eenduidige en verduidelijkende doelgroepomschrijving is gebaseerd op het decreet GG, op beschikbare prevalentie gegevens en afgestemd op de ontwikkelingen in het bredere zorg- en welzijnslandschap. Hierdoor kan het aanbod binnen het nieuwe overheidskader beter afgestemd worden op zowel individuele zorgvragen als op populatienoden. Daarnaast maakt deze eenduidige doelgroepomschrijving het eenvoudiger om met de verschillende verstrekkers van multidisciplinaire, ambulante, gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, na te gaan welke doelgroepen afdoende worden bediend en welke niet.

De doelgroep binnen het nieuwe (gemeenschappelijke) overheidskader betreft personen die vanuit hun gedrag of die vanuit hun functioneren **een ernstig risico op het vermoeden van of een vastgestelde ernstige psychische zorgnood hebben**. Dit wil zeggen dat het in eerste instantie gaat om een psychische zorgnood, gedefinieerd in het decreet GG als *een nood aan zorg op het gebied van cognitieve vaardigheden, emotieregulatie of het gedrag van een persoon, die een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychisch functioneren*². Tot de psychische zorgnoden behoren ook zorgnoden die betrekking hebben op verslaving aan psychoactieve middelen, gokken, gaming of andersoortige middelen of activiteiten. Een psychische zorgnood wordt als ernstig beschouwd *indien deze gevolgen heeft voor meerdere domeinen van het functioneren van de gebruiker zoals opleiding/onderwijs volgen, werken, wonen, vrijetijdsbesteding, relationeel leven en fysieke gezondheid* (omschrijving decreet GG). Het gevolg van de ernstige psychische zorgnood en de impact op meerdere domeinen maakt dat de persoon in kwestie ernstig belemmerd wordt in zijn ontwikkeling en participatie. De doelgroepomschrijving omvat ook personen 'met een risico op of een vermoeden van 'een ernstige psychische zorgnood omwille van het grote belang van tijdige detectie van vroege signalen bij een vertraagde of verstoorde ontwikkeling.

Om deze psychische zorgnood te beschrijven, te begrijpen en te behandelen, vertrekken we van het biopsychosociaal model van het menselijk functioneren, waarin niet alleen aandacht is voor biomedische aspecten, maar ook voor psychologische en sociale factoren die meebepalend zijn voor de ontwikkeling en het herstelproces.

Binnen de beoogde doelgroepen onderscheiden we twee deelpopulaties: kinderen en jongeren (0 tot en met 23 jaar) en volwassenen en ouderen (+ 60 jaar). Daarnaast blijft het mogelijk om binnen deze indeling specifieke onderverdelingen te maken in functie van inzetten van de nodige expertise in het aanbod.

De beoogde doelgroep 'personen met het risico op , het vermoeden van of een vastgestelde ernstige psychische zorgnood' wordt omschreven aan de hand van twee classificatiesystemen: enerzijds de **DSM 5 TR** in functie van een categorale classificatie en anderzijds de **ICF**-classificatie (International Classification of Functions) als een operationalisering van het biopsychosociaal model in functie van het holistisch kijken naar psychische zorgnoden en het aantonen van de ernst van de zorgnood vanuit de impact op meerdere domeinen.

De visienota beperkt zich tot die opdrachten die hun plaats vinden in de uitvoering van het decreet GG en georganiseerd kunnen worden in de functies beschreven in het decreet. Voor de sector van de

² Decreet GG-hoofdstuk 1 Algemene Bepalingen, artikel 2 32° psychische zorgnood

CGG betekent dit concreet dat de preventie opdrachten die georganiseerd worden in uitvoering van het decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid niet binnen de scope vallen van het overheidskader beschreven in deze nota.

De Universitaire CAR (UCAR) maken geen deel uit van het traject daar hun doelgroep slechts in zeer beperkte mate te omschrijven is als een doelgroep uit het decreet GG.

Voor niet-Universitaire CAR valt de doelgroep neurologische & zintuiglijke aandoeningen niet onder het decreet GG. Deze doelgroep betreft personen met een niet-aangeboren-hersenaandoening (NAH), cerebrale parese (CP) of gehoorstoornis. Om te vermijden dat binnen de CAR een opgesplitste werking gecreëerd wordt en onduidelijkheid ontstaat over het overheidskader waaronder deze doelgroep ressorteert, voorziet het nieuwe overheidskader in een tijdelijke uitzondering voor deze doelgroep. Dit betekent dat zolang de uitzondering van kracht is, deze doelgroep geïncludeerd kan worden zonder risico op, vermoeden van of vastgestelde DSM 5 diagnose. Het criterium “een impact op meerdere domeinen zoals beschreven in een ICF-classificatie” blijft wel van kracht voor deze doelgroep. Aanvullend op de ICF-classificatie wordt voor deze doelgroep de ICD-10 (of 11 in de toekomst) classificatie gebruikt.

De tijdelijke uitzondering is een pragmatische oplossing om op dit moment de continuïteit van aanbod voor deze doelgroep te verzekeren en tegelijkertijd de administratieve en organisatorische impact op organisaties die dit aanbod aanbieden maximaal te beperken. De uitzondering heeft een tijdelijk karakter en zal opgeheven worden zodra het aanbod een inhoudelijk correcte plek kan krijgen binnen het te ontwikkelen kader voor fysieke revalidatie.

Het decreet betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (hierna genoemd het overnamedecreet) biedt de nodige decretale basis voor het overheidskader voor deze doelgroep daar het decreet GG hierop niet van toepassing is.

3.1.2 Andere elementen voor doelgroep bepaling

Een aantal bijkomende criteria kan door de voorziening worden gebruikt om te prioriteren binnen de doelgroep. Deze criteria omvatten (1) de **complexiteit**, bepaald door aanwezigheid van andere aandoeningen (co-morbiditeit) en/of contextuele problemen, (2) de nood aan **gespecialiseerde multidisciplinaire en/of interdisciplinaire zorg**, (3) de mogelijkheid om dit in een ambulante context te kunnen realiseren en (4) de beschikbare prevalentiegegevens. Wat betreft **co-morbiditeit** kan het gaan om een combinatie van psychische aandoeningen bijvoorbeeld neurobiologische ontwikkelingsstoornissen naast andere psychische aandoeningen zoals stemmings- en angstproblemen, middelengebruik. Bij volwassenen kan het onder andere gaan om veel voorkomende co-morbiditeit tussen depressie en verslaving, angst en verslaving.

Wat betreft de aanwezigheid van **contextuele problemen** kan het gaan om personen in een financieel en sociaal kwetsbare situatie, personen die vanuit hun voorgeschiedenis (early childhood adversities)/transgenerationeel extra kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van ernstige psychische aandoeningen, transgenerationele problematieken.

De **nood aan multidisciplinaire en interdisciplinaire zorg** vloeit voort uit het feit dat het een psychische aandoening betreft die zorg vanuit meerdere perspectieven nodig heeft of niet door één discipline adequaat kan behandeld worden. De ernst van de problematiek of individuele situatie vereist dat die verschillende disciplines geïntegreerd samenwerken binnen de contouren van een

gedeeld behandelplan (zie sectie 2.2.4) om tot een afgestemde en effectieve behandeling te kunnen komen.

Bij 'multidisciplinair' werken worden verschillende aspecten van de zorg voor een gebruiker onafhankelijk van elkaar aangepakt. De disciplines weten van elkaar dat ze voor eenzelfde gebruiker zorg bieden, maar ieder is voor zijn 'disciplinair' deel verantwoordelijk.

Bij 'interdisciplinair' werken gaat het om gemeenschappelijke doelstellingen en verantwoordelijkheid voor de zorg van een gebruiker. De hulpverlening komt vanuit verschillende disciplines, gecoördineerd en afgestemd op de noden van de gebruiker.

Interdisciplinariteit overstijgt multidisciplinariteit in die zin dat de kennis en het perspectief van verschillende disciplines niet enkel naast elkaar worden geplaatst, maar dat er ook een interactie, synthese en integratie tussen de verschillende disciplines plaatsvindt. Binnen een interdisciplinair team opereren de teamleden niet louter als onafhankelijke experts, maar komt het team samen om het perspectief en de onderzoeksresultaten van elke discipline te bespreken en te komen tot nieuwe inzichten en een gemeenschappelijk gedragen besluit^{3,4}. Deze samenwerking tussen verschillende disciplines heeft verschillende voordelen. Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat een interdisciplinaire benadering de resultaten van een gebruiker positief beïnvloedt, onder andere op het niveau van gerapporteerde kwaliteit van zorg, vastgestelde symptomen en testcores^{3,5}. Ook is het samenwerken met collega's van verschillende disciplines essentieel om de biopsychosociale visie op functioneren zoals hierboven geschetst ten volle te implementeren binnen het diagnostisch proces.

De interdisciplinaire zorg wordt aangeboden vanuit het nieuwe overheidskader maar kan ook gerealiseerd worden in samenwerking met andere actoren. Ook in deze situaties is geïntegreerd samenwerken binnen de contouren van een gedeeld behandelplan (zie sectie 2.2.4) vereist. Hier liggen een aantal opportuniteiten in het bundelen van de expertise van CAR en CGG zowel voor een nu al gedeelde doelgroep als voor innovatief zorgaanbod voor specifieke doelgroepen en of problematieken. Een ambulante interdisciplinaire zorgprogramma voor eetstoornissen is hiervan een voorbeeld.

Voor interdisciplinaire zorg kan het ook aangewezen zijn om samen te werken met actoren die niet onder het decreet GG ressorteren. Het kan dan gaan over specifiek zorg- en hulpaanbod binnen VAPH, Opgroeien, CAW....

In elk zorgtraject zal de keuze gemaakt worden voor multidisciplinaire dan wel interdisciplinaire zorg op basis van de zorgnood, de zorgvraag en de behandel doelstellingen zoals die in dialoog met de gebruiker en zijn context en tijdens de interdisciplinaire teambespreking in het gedeeld behandelplan (zie sectie 2.2.4) vastgelegd worden.

³ Choi, B.C. and Pak, A.W. (2006) Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical & Investigative Medicine*, 29, 351-364.

⁴ Vyt, A. (2017). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn*. Vierde, herziene en uitgebreide druk Antwerpen: Garant.

⁵ Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8;(3):CD000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.

Beschikbare **prevalentiegegevens** kunnen doelgroepen met specifieke problematieken naar voor schuiven zodat een dynamisch afstemmen van aanbod, in afstemming met andere zorgactoren binnen het netwerk, op de zorgnoden steeds mogelijk blijft.

3.1.3 Bijzondere doelgroepen

Specifieke aandacht en zorgaanbod moet besteed worden aan de doelgroep die zich aanmeldt met **suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag**. *Suicide affects people and their families from all countries and contexts, and at all ages. Globally, there may be 20 suicide attempts to every one death, and yet suicide accounts for more than one in every 100 deaths. It is a major cause of death among young people* (cf. WHO World Mental Health Report 2022⁶). Ook de Vlaamse suïcide cijfers wijzen op het belang van deze doelgroep. Naast suïcide zal er gezien de prevalentiegegevens ook altijd een bijzondere aandacht nodig zijn voor verslavingsproblematiek in het gespecialiseerd geestelijk gezondheidsaanbod.

Daarnaast maken **personen die symptomen hebben van een stoornis** maar nog niet beantwoorden aan de diagnostische criteria maar **waarvoor 'indicated prevention'** door de gespecialiseerde GGZ geïndiceerd is, ook deel uit van de beoogde doelgroep van het nieuwe overheidskader. Voor deze doelgroep wordt ingezet op vroegdetectie en interventie, een afgestemd zorgaanbod en ondersteuning van professionele dienstverleners⁷. Afstemming hiervoor tussen de actoren die vroegdetectie en vroeginterventie aanbieden vanuit de gespecialiseerde GGZ enerzijds en de eerstelijns GGZ anderzijds is aangewezen.

3.2 Aanbod

Individuele zorg is gericht op kwaliteitsvolle geïntegreerde zorg en ondersteuning voor de geestelijke gezondheid⁸ van individuele gebruikers en hun context doorheen hun hele levensloop.

Het vertrekpunt is "**zorg op maat**", een zorgaanbod dat is afgestemd op de zorgvraag en de zorgnood. Deze zorg is eveneens **toegankelijk**. Dit wil zeggen dat de zorg bruikbaar, beschikbaar, betaalbaar, bereikbaar, bekend, begrijpbaar en betrouwbaar is. Deze zorg is **herstel- en/of ontwikkelingsgericht en vertrekt vanuit een krachtgerichte benadering van de persoon**.

Herstelgericht

Met 'herstel' wordt het individueel, uniek en actief ontwikkelingsproces bedoeld dat mensen met psychische kwetsbaarheden zelf vormgeven, samen met mensen die voor hen belangrijk zijn. Het herstelproces houdt rekening met de gevolgen van een aandoening en is gericht op de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en nieuwe doelen in het leven, in lijn met de eigen persoonlijke waarden, zodat een hoopvol en voldoening gevend leven mogelijk blijft of wordt. Dit betekent een holistisch perspectief waarin het geestelijk gezondheidszorgaanbod voor de persoon met een ernstige

⁶ WHO, 2022. World mental health report: Transforming mental health for all. Executive summary.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

⁷ Met dit begrip wordt een breed veld bedoeld van actoren die op een of andere wijze een professioneel aanbod verlenen ten behoeve van personen die vallen onder de doelgroep omschreven in deze nota. Het kan onder meer gaan over zorgverleners maar ook CLB medewerkers, zorgleerkrachten, CAW of OCMW medewerkers, medewerkers van VAPH-voorzieningen, woonzorgvoorzieningen, een coach van een kind met autisme en faalangst, een kinderverzorgster van een kind met een gedragsstoornis, een werkgever van een man met autisme, justitie-assistenten, detentiecentra, of ziekenhuizen. Zie ook verder voor verduidelijking context m.b.t. behandeling."

⁸ Geestelijke gezondheid wordt gedefinieerd – zoals de WGO doet (2014;

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/) - als een toestand van welzijn waarin elke persoon zijn eigen potentieel realiseert, waarin hij kan omgaan met de druk van het dagelijkse leven, en waarin hij een bijdrage kan leveren tot de gemeenschap waartoe hij behoort. Geestelijke gezondheid maakt inherent deel uit van de gezondheid.

psychische zorgnood vanuit een biopsychosociaal kader aangeboden wordt. Toegankelijkheid, zorgcontinuïteit, het afstemmen van het zorgaanbod, de zorgmodaliteit en de intensiteit binnen een veilige werkrelatie tussen gebruiker en zorgverlener waar de autonomie van de gebruiker gerespecteerd wordt en dwang vermeden wordt, zijn hierin sturende principes.

De term herstel impliceert (de interactie tussen) klinisch herstel, functioneel herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel^{9,10}

- Klinisch/symptomatisch herstel: verminderen van symptomen, genezing;
- Functioneel herstel: ontwikkelen en/of herstellen van psychische functies zoals zelfbeheersing, planning, zichzelf kunnen motiveren;
- Maatschappelijk herstel: ontwikkelen en/of herstellen van dagelijkse routines, van rollen in de maatschappij. (Her)opbouwen van een maatschappelijke identiteit, ook als er nog symptomen – mogelijks blijvend – aanwezig zijn;
- Persoonlijk herstel: ontwikkeling en/of herstel van persoonlijke identiteit, zelfgevoel en zingeving.

Ontwikkelingsgericht

Ontwikkelingsgerichte hulpverlening heeft als doel optimale ontwikkelingskansen te creëren voor personen met psychische zorgnoden via een samengaan van medische, paramedische en psychosociale interventies ter stimulatie van tal van functies, activiteiten en participatie, met aandacht voor externe en persoonlijke factoren die een goede evolutie kunnen bevorderen of in de weg staan.

Evidence- & practice-based

Bestaande richtlijnen en aanbevelingen zoals de intersectorale richtlijn diagnostiek, multidisciplinaire richtlijn suïcidepreventie, richtlijnen voor kwaliteitsvolle zorg vanuit Eetexpert, werkgroep Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen (VAD), de familiereflex, kind reflex, en andere worden gehanteerd in functie van kwaliteitsvol werken.

3.2.1 Functies en zorgniveaus

Het nieuwe overheidskader 'gespecialiseerd ambulantly geestelijk gezondheidsaanbod' betreft de functies gespecialiseerde diagnostiek (D), gespecialiseerde behandeling (E) en uitwisselen en samen inzetten van expertise binnen en buiten de gezondheidszorg (G). Toelichting over deze functies is te vinden in bijlage (sectie 5.1).

3.2.2 Behandelplan

Het behandelplan is **een instrument** dat

- Gebruikt wordt voor de operationalisering van het zorgtraject.
- In samenspraak met de gebruiker en diens context wordt opgemaakt, aangepast, verfijnd en geëvalueerd doorheen het zorgtraject.
- De inter/multidisciplinaire samenwerking faciliteert.

⁹ Droës, J., & Vreeswijk, K. (2012). Toolkit: Ondersteuning van maatschappelijk herstel met de individuele rehabilitatie benadering (IRB). Utrecht: Mens en Maatschappij.

¹⁰ Van Leeuwen, Harrie. (2016). Van der Stel, J.C. (2015). Psychische gezondheidszorg op maat. Op weg naar een precieze en persoonlijke psychiatrie. Kind & Adolescent. 37. 10.1007/s12453-016-0109-4.

- Het systematisch kwaliteitsvol werken op niveau van de individugerichte zorg faciliteert (Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus).
- Toegankelijk is voor de gebruiker.

Het behandelplan is een interactief klinisch werkinstrument om doelgericht en procesmatig te werken doorheen de behandeling (functie E) en geeft het behandelbeleid weer. Het is een dynamisch document dat actief gebruikt wordt doorheen de behandeling en waarvan de inhoud in samenspraak met de gebruiker en (indien toegestaan) diens context wordt opgemaakt, verfijnd en geëvalueerd. Er wordt hierbij steeds vertrokken van de vraag “hoe kan deze persoon het beste geholpen worden om vanuit een dialoog de (behandel)doelen te bereiken?”. Dit betekent concreet dat de zorg zo veel als mogelijk plaatsvindt vanuit de dialoog gebruiker en de zorgverlener(s). De gebruiker, diens context en de zorgverlener(s) zijn evenwaardige partners in de zorg die elk vanuit hun ervaringsdeskundigheid en expertise participeren. Het behandelplan dient als basis voor de multi/interdisciplinaire teambesprekingen. Het is toegankelijk voor de gebruiker.

Het behandelplan bevat **minimaal de volgende elementen**:

- De probleemformulering (een zo volledig mogelijk beeld van onder andere de klachten, krachten, hulpvraag en hulpverwachtingen)
- De doelstellingen van de behandeling
- De acties en interventies
- De evaluaties

Na een periode van behandeling wordt het behandelplan **geëvalueerd** samen met de gebruiker en indien aangewezen/wenselijk met de context en in samenspraak met het multidisciplinair team. Hierbij komen de doelstellingen, het verloop van de behandeling en de opportuniteit van verdere behandeling/begeleiding aan bod evenals de modaliteiten van de zorg zoals de intensiteit, de duur en de frequentie. Relevante externe actoren worden indien opportuun betrokken. Dit kan resulteren in het doorgaan met de behandeling, het opnieuw doorlopen van (een deel van) de diagnostische cyclus, het onderbreken of het afronden van de behandeling.

3.3 Financiering

Het hieronder voorgestelde financieringsmodel betreft de financiering van de functies D, E, en G binnen het nieuwe overheidskader. In concreto gaat het dus over financiering voor het realiseren van het aanbod voor de doelgroep hierboven beschreven. Voor andere activiteiten die nu ook worden opgenomen door CGG of CAR maar die buiten de scope van dit nieuwe overheidskader vallen, wordt in het verdere traject nog een oplossing gezocht.

De preventie opdrachten van de CGG vallen onder het preventiedecreet, en niet onder het decreet GG (2019). Bijgevolg worden deze opdrachten niet meegenomen in het nieuwe overheidskader CAR-CGG ter uitvoering van het decreet GG. De financiering van deze opdrachten zit nu vervat in de enveloppefinanciering. Bij het uitwerken van het nieuwe financieringskader zal moeten onderzocht worden welk budget momenteel naar de preventie opdrachten gaat, zodat deze middelen in de toekomst op een andere manier blijvend kunnen ingezet worden in de preventiewerking.

Voor de CAR wordt ook de diagnose en behandeling van de doelgroepen neurologische & zintuiglijke aandoeningen (NAH, CP of gehoorstoornis) tijdelijk meegenomen in het overheidskader en bijgevolg ook het financieringsmodel.

3.3.1 Uitgangspunten

Het nieuw financieringsmodel voor het overheidskader CAR-CGG moet direct of indirect kunnen bijdragen tot volgende doelstellingen:

- Het verhogen van de gezondheid van een individu of populatie: de zorg is gericht op ontwikkeling, herstel, levenskwaliteit en participatie van alle gebruikers in een samenleving en vrij van stigma en discriminatie
- Meer vraaggestuurde en geïntegreerde zorg realiseren: zorg op maat kunnen realiseren
- Optimaal gebruik van de beschikbare middelen
- Innovatie mogelijk maken
- Het faciliteren en stimuleren van de samenwerking binnen en buiten de organisatie.

Het nieuw financieringsmodel moet beantwoorden aan volgende voorwaarden:

1. Rechtszekerheid voor de verschillende partijen: gebruikers, personeel en voorziening
2. Transparantie en eenvoud (met het oog op controleerbaarheid en administratieve haalbaarheid)
3. Duurzaamheid: de financiering moet aanpassing van de zorg aan toekomstige noden en innovatie mogelijk maken
4. Het nieuwe financieringsmodel zorgt ervoor dat elke voorziening een financiering ontvangt op basis van een door de overheid berekende personeels- en werkingskost voor die specifieke voorziening. Vertrekpunt zijn minimaal de huidige budgetten per voorziening.
5. Toegankelijkheid garanderen voor de gebruiker: financiële toegankelijkheid (cf. eigen bijdrage) en vermijden van uitsluiting van gebruikers terwijl tegelijkertijd de werkdruk voor de individuele zorgprofessionals draagbaar blijft.

Het nieuwe financieringsmodel moet uitbreidbaar zijn naar andere zorgsectoren binnen GG-decreet. Gezien de andere sectoren momenteel niet betrokken zijn, zal daarbij ruimte moeten zijn voor aanpassingen in functie van de specificiteit van noden in de betrokken sectoren.

3.3.2 Richtinggevende principes vanuit het decreet GG en VSB

De nieuwe financiering geeft uitvoering aan het decreet GG enerzijds en houdt rekening met de richtinggevende principes van de Vlaamse sociale bescherming anderzijds.

Rekening houdend met dit laatste wordt een gemengde financiering voorgesteld met een organisatiegebonden kost enerzijds en een zorggebonden kost anderzijds. De zorggebonden kost is deels gebaseerd op het aantal gepresteerde diagnose – of behandelingstijdseenheden en wordt geregistreerd in het VSB-platform. De financiering van de voorzieningen verloopt via de zorgkassen.

3.3.3 Gemengde financiering enveloppe en prestatie

Om te evolueren naar een eenvormige financiering CAR/CGG, rekening houdend met het kader van het GG-decreet en het VSB-decreet enerzijds en met de uitgangspunten anderzijds, wordt volgend voorstel geformuleerd:

1. Het nieuwe financieringsmodel zorgt ervoor dat elke voorziening een financiering ontvangt op basis van een door de overheid berekende personeels- en werkingskost voor die specifieke voorziening.
2. De financiering bestaat uit een vast en een variabel deel gekoppeld aan contacten met gebruikers en/of hun context.

Voor de nieuwe financiering zullen de kosten, zijnde de personeelskost en de andere werkingskosten van de voorziening, de basis vormen van zowel het vaste als het variabele gedeelte. Bij de start van de financiering zal de huidige gekende kost, in zover als mogelijk, in rekening gebracht worden.

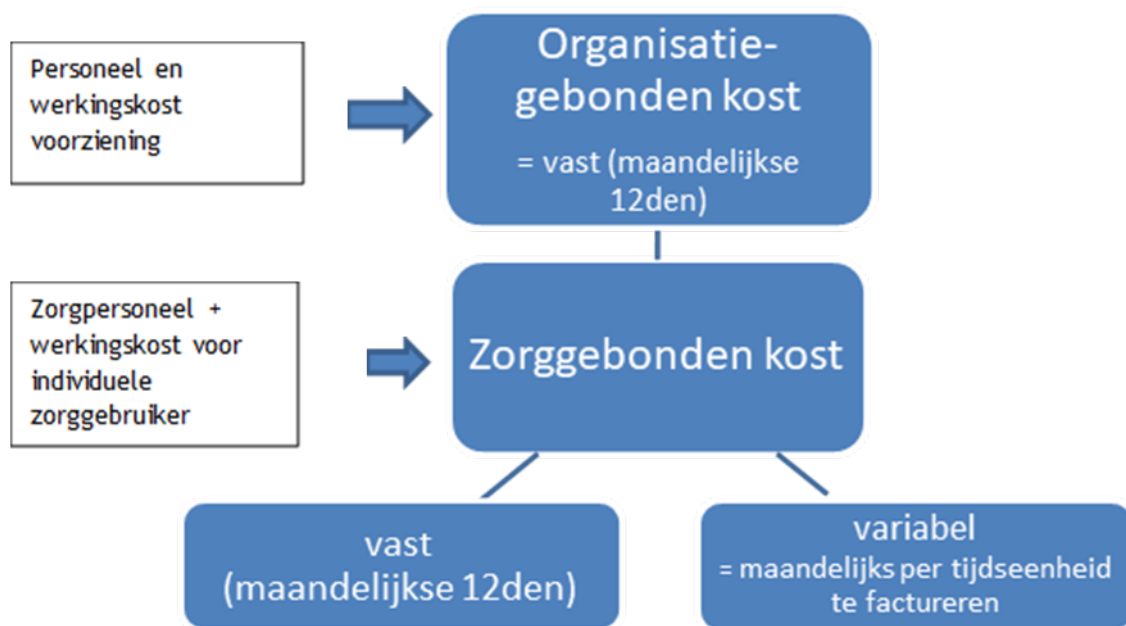
Voor het bepalen van het vaste en variabele deel kan een onderscheid gemaakt worden tussen organisatiegebonden kosten en zorggebonden kosten.

De organisatiegebonden kost komt in het vast gedeelte. Het gaat om vaste kosten die de voorziening moet dragen ongeacht het aantal behandelde gebruikers.

De voorziening biedt volledige inzage in haar kostenstructuur om de berekening toe te laten.

De zorggebonden kost wordt deels gesubsidieerd door een vast gedeelte en deels door een variabel deel. Het vast deel is niet gekoppeld aan het volume van geleverde prestaties. Het variabel deel wordt bepaald op basis van het reële aantal eenheden diagnose- en behandelingstijd voor de individuele gebruiker en zijn context.

De verhouding tussen het vast en variabel gedeelte van de zorggebonden kosten moet verder onderzocht worden.



Toelichting over de berekeningswijze is terug te vinden in bijlage (sectie 5.2).

3.3.3.1 Eigen bijdrage

Bij de opmaak van een gezamenlijk overheidskader voor CAR en CGG is het belangrijk om ook te gaan naar eenzelfde regeling voor de eigen bijdrage van gebruikers. Op dit moment zijn er grote verschillen in eigen bijdrage tussen CAR en CGG.

De gebruikers in een CGG betalen 11 euro, 4 euro verhoogde tegemoetkoming (VT) of 0 euro (gedetineerden, asielzoekers, illegaal verblijf, urgentiezorg, behartenswaardige situatie). Deze eigen bijdrage wordt ook gehanteerd binnen de RIZIV conventie psychologische hulp eerste lijn Momenteel is de eigen bijdrage voor een sessie bij een CAR 2.15 euro of 0 euro (VT).

Bovendien is de wijze waarop de eigen bijdrage al dan niet verrekend wordt in de financiering van de voorzieningen verschillend tussen CAR, waar de eigen bijdrage wordt afgetrokken van het aangerekende forfait, en de CGG die de geïnde eigen bijdrage behouden. Er zal in eerste instantie een keuze moeten gemaakt worden of de eigen bijdrage in de financiering zit van voorzieningen of niet.

Bij het uitwerken van een eenvormig kader is het belangrijk om uit te gaan van volgend uitgangspunt: de financiële bijdrage mag geen drempel vormen voor het vragen van zorg bij de uitvoering van het behandelplan bij alle doelgroepen.

Anderzijds is de eigen bijdrage een tastbaar gegeven om de verantwoordelijkheid van de gebruiker in zijn eigen zorgtraject zichtbaar te maken, gezien ook een context van schaarste van dit zorgaanbod.

Gezien het verschil in intensiteit van de trajecten tussen CAR en CGG kunnen de bijdragen niet zomaar gelijkgesteld worden.

Tot een eenvormige eigen bijdrage komen is een complexe oefening die onderbouwd moet worden op vlak van visie en met simulaties. Met het oog hierop, werd op verschillende sessies van de werkgroep financiering uitvoerig stilgestaan bij dit thema. Dit leverde waardevolle input op. Dit wordt verder gesimuleerd tijdens de modelleringsfase.

Naast eigen bijdrage werden verschillende **elementen** geïdentificeerd die **mee in rekening** genomen dienen te worden bij de verdere uitwerking van het overheidskader. Toelichting bij deze elementen is terug te vinden in bijlage (sectie 5.3).

3.4 Programmatie

De programmatie heeft tot **doel** te evolueren naar een vraag-gestuurd aanbod dat afgestemd is op de noden van de doelgroep. Het maakt het mogelijk om in te spelen op maatschappelijke tendensen en evoluties binnen de sectoren. Programmatie houdt enerzijds rekening met de vraag en anderzijds met het overheidsbudget en de desbetreffende beleidskeuzes^{11,12}.

In uitvoering van het **decreet GG** betreft het de programmatie van de uitvoering van de functies op basis van de geestelijke gezondheidsbehoeften van de populatie of de nood aan uitwisseling en samen inzetten van expertise van netwerkpartners.

Programmatie is **een instrument** dat gebruikt wordt om ervoor te zorgen dat het beschikbare budget optimaal ingezet wordt om een aanbod te voorzien dat afgestemd is op de geestelijke gezondheidsnoden van de doelgroep en dit aan de hand van objectieve gegevens.

Vertrekkende vanuit deze omschrijving gebeurt programmatie zowel op macro-, meso-, als microniveau.

Macroniveau: Programmatie is het instrument voor het vastleggen van het aantal, de spreiding en/of de zorgcapaciteit van een bepaald GGZ-aanbod binnen een regio door de overheid¹².

Mesoniveau: Programmatie door het netwerk aan GGZ-actoren binnen de vrijheidsgraden geboden door het macroniveau om het aanbod voor de afgebakende regio af te stemmen op de noden van de doelgroep binnen dit werkingsgebied.

¹¹ SWVG, Het overheidsinstrumentarium in de zorgsector, november 2011, <https://lirias.kuleuven.be/retrieve/183120>

¹² SWVG, Blauwdruk voor geharmoniseerde begrippen en procedures in de zorg, 2011 <https://www.law.kuleuven.be/isr/blauwdrukbegrrippen>

Microniveau: Programmatie door een voorziening binnen de vrijheidsgraden geboden door het macroniveau en in overleg met de andere aanbieders van geestelijke gezondheidszorg binnen het werkingsgebied (mesoniveau) om de beschikbare capaciteit zo in te zetten dat men maximaal tegemoetkomt aan de noden van de doelgroep.

Bepalingen m.b.t. het werkingsgebied en de rol van netwerken geestelijke gezondheid is out of scope van het gelopen traject en maakt geen deel uit van deze visienota.

Data-ondersteunde¹³ programmatie

Programmatie gebeurt mede op basis van objectieve cijfers. Dit betekent dat men door uniforme registratie en transparante verwerking van gegevens in combinatie met de resultaten van epidemiologisch onderzoek streeft naar het objectiveren van de noden van de populatie, het zorggebruik per doelgroep en het bestaande aanbod door deze zo veel mogelijk te vatten in kwaliteitsvolle data. Daarnaast kunnen wetenschappelijke inzichten en praktijkkennis de programmatie mee sturen.

Idealiter zijn er enerzijds kwalitatieve epidemiologische data beschikbaar die de nood objectiveren en is er anderzijds een duidelijk zicht op (evoluties van) de geboden zorg op het terrein (aanbod per werkingsgebied, zorggebruik door de populatie). In praktijk betekent dit een gefaseerde aanpak waarin eerst geïnvesteerd wordt in het verzamelen en interpreteren van data die reeds beschikbaar zijn (o.a. zorgatlas, data van voorzieningen, data bij universitaire partners). Daarnaast kan gebruik gemaakt worden van wetenschappelijke inzichten die linken leggen tussen geestelijke gezondheidsnoden en andere gezondheidsdeterminanten (o.a. sociaaleconomische parameters) waarvan wel reeds data beschikbaar is voor de populatie. In een volgende fase kan gekeken worden welke additionele data verzameld dient te worden.

Randvoorwaarden voor een data-ondersteunde programmatie zijn:

- Het op uniforme wijze registreren van data. Hierbij wordt gestreefd naar het “only once” principe.
- Heldere en eenduidige definiëring van wat concreet onder een te registreren gegeven moet begrepen worden zodat de afgeleide conclusievorming gestaafd is op een objectief gemeten parameter
- Het ter beschikking stellen van data aan de overheid.
- Transparante verwerking van data.
- Data dient objectief, actueel en betrouwbaar te zijn
- Ter beschikking stellen van wetenschappelijke inzichten en beschikbare epidemiologische data door de overheid.
- Inzetten van praktijkervaring en lokale terreinkennis in combinatie met interpretatie van de data voor beleidsvorming.
- Dashboard ter beschikking gesteld door de overheid als authentieke bron voor data.

¹³ Met de term data-ondersteund wordt aangegeven dat beslissingen niet louter gebaseerd kunnen worden op cijfermateriaal. Hiervoor zijn momenteel onvoldoende objectieve en actuele data voorhanden. Naast cijfergegevens worden beslissingen ook gevoed door wetenschappelijke inzichten, praktijkkennis en lokale terreinkennis over de populatie en het aanwezige aanbod.

Werkingsgebied

De actoren binnen het netwerk geestelijke gezondheid zijn verantwoordelijk voor de afstemming van het aanbod van de verschillende partners op de noden binnen een afgebakend werkingsgebied. Dit werkingsgebied kan verschillen per zorgniveau (2a of 2b).

Evaluatie en bijsturing

De overheid voorziet in duidelijk gedefinieerde doelstellingen en een transparant proces van evaluatie en bijsturing. Dit proces verloopt in overleg met de betrokken actoren en op basis van data. Ook het uitbreidingsbeleid maakt hier deel van uit.

3.4.1 Concrete stappen voor CAR-CGG

Zoals hierboven beschreven zal de evolutie naar een data-ondersteunde programmatie, waarin zowel de overheid als de sector binnen het netwerk geestelijke gezondheid de verantwoordelijkheid opnemen voor die programmatie over een afgebakend werkingsgebied, **stapsgewijs** verlopen. In deze sectie kijken we naar de eerste stappen in dit proces voor de actoren binnen het nieuwe overheidskader CAR-CGG.

Deze eerste stappen worden gezet rekening houdende met de realiteit van vandaag. Dit betekent **op basis van data die nu reeds beschikbaar¹⁴ is en binnen het huidige budget** voor de sector.

Programmatie betekent in deze dat elke voorziening, in overleg met andere actoren binnen het afgebakend gebied, op basis van de nu reeds beschikbare data, wetenschappelijke inzichten en praktijkkennis evalueert hoe men de ter beschikking zijnde capaciteit momenteel inzet, hoe het aanbod kan evolueren om maximaal tegemoet te komen aan de noden van de doelgroep en hoe dit kan evolueren in de toekomst.

Er kunnen al eerste stappen gezet worden richting data-ondersteunde programmatie door aan de slag te gaan met de data die voorzieningen momenteel ter beschikking hebben. Daarnaast is er nood aan het inzetten op onderzoek om de noden in kaart te brengen en kwalitatieve registratie en verwerking van data om een meer gedetailleerd beeld te krijgen van het huidige aanbod en gebruik van aanbod door de doelgroep. Dit vraagt om een heldere en eenduidige definiëring van de te registreren/ te meten parameters die het mogelijk maakt om objectieve conclusies te trekken. Het ontsluiten van relevante en betrouwbare resultaten van reeds bestaande wetenschappelijke studies kan helpend zijn voor de voorzieningen.

De sector is geen vragende partij om in de programmatie te bepalen hoeveel procent van de tijd/budget besteed wordt aan respectievelijk functie D en functie E, noch opsplitsing tussen verschillende leeftijdsdoelgroepen of categorale doelgroepen.

Om een dergelijke programmatie te kunnen verwezenlijken vraagt de sector voldoende beleidsruimte om de nodige beslissingen te kunnen nemen en te implementeren. Op die manier is het een waardevol instrument om keuzes te maken over hoe en voor welke doelgroep men het aanbod optimaal kan inzetten. Naast beleidsruimte vraagt de sector dat hiervoor voldoende middelen worden vrijgemaakt om de programmatie in te vullen.

¹⁴ Bijvoorbeeld data uit de zorgatlas, data die voorzieningen en sectoren reeds zelf verzameld hebben, data uit wetenschappelijke studies (bv. Studie(s) Bruffaert et al.)

Samenspraak en afstemming met andere actoren is cruciaal. Dergelijk overleg maakt deel uit van functie G.

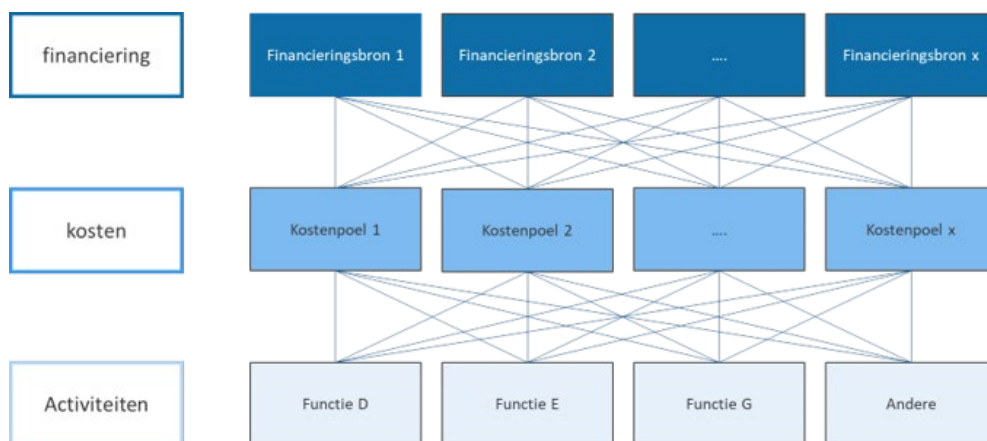
4 Het verdere traject

De **primaire doelstelling** van de modelleringsoefening is de operationalisering van het financieringsmodel hierboven beschreven. De modellering dient uit te monden in de keuze van idealiter één scenario maar het valt niet uit te sluiten dat er meerdere potentieel realistische scenario's uitkomen. In een dergelijk scenario zal een keuze moeten worden gemaakt wat betreft de 4 grote drijvers van het model, zijnde de totaal gefinancierde kost, de verhouding zorggebonden versus organisatiegebonden kost, de verhouding variabel en vast deel van de zorggebonden kost en de activiteitsgraad.

De basis voor de modellering is een **objectieve en onderbouwde kostenanalyse** van de voorzieningen. Het analyseren van de kosten, activiteiten en financieringsbronnen van een beperkt, maar zo representatief mogelijk aantal voorzieningen resulteert in een **kostenmodel**.

De analyse gebeurt enerzijds aan de hand van boekhoudkundige documenten en anderzijds op basis van overleg met de betrokken voorzieningen voor de interpretatie van financiële data en het definiëren van activiteiten. Samen met de voorzieningen en met experts wordt betekenis gegeven aan de cijfers en worden de verschillende stromen en afhankelijkheden in kaart gebracht. Het opmaken van het kostenmodel vraagt ook om een duidelijke en éénduidige definiëring van kostenposten en activiteiten.

Het kostenmodel kan in een tweede fase toegepast worden op een ruimer aantal voorzieningen. Dit laat toe om de variatie tussen verschillende voorzieningen en de drijvende parameters achter deze variaties in kaart te brengen. Afbakening van het aantal voorzieningen die geïncludeerd worden in de kostenmodellering wordt tijdens de voorbereiding verder bepaald.



Op basis van het kostenmodel kan een **impactanalyse** uitgevoerd worden van diverse beleidskeuzes. Hier wordt zowel gekeken naar de impact voor de overheid, de impact voor de voorziening als de impact voor de gebruiker. Een sensitiviteitsanalyse van het kostenmodel t.o.v. deze verschillende keuzes (en combinaties van die keuzes) laat toe om de impact in kaart te brengen. De resultaten voeden de inhoudelijke debatten welke op hun beurt weer richting geven aan de te onderzoeken parameters in de impactanalyse.

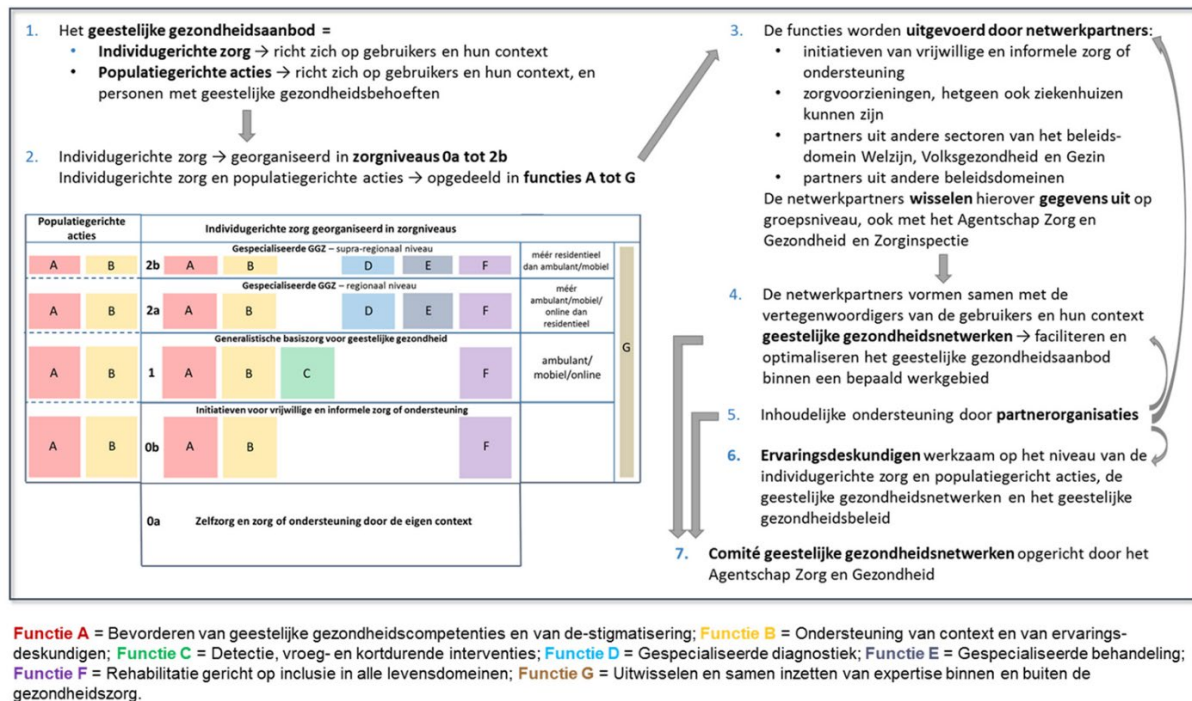
Op basis van de verzamelde informatie uit de kostenanalyse van de voorzieningen en de impactanalyse wordt een keuze gemaakt voor één (of indien nodig meerdere) **scenario('s)** voor het financieringsmodel conform de uitgangspunten beschreven in sectie 3.3.1.

Na de modelleringsfase wordt het financieringsmodel uitgetest tijdens een **piloot** door een nog nader te bepalen aantal voorzieningen. Dit om het effect van implementatie van deze financiering in de praktijk te kunnen ervaren en evalueren.

5 Bijlagen

5.1 Toelichting functies en zorgniveaus

Gebaseerd op de prevalentiecijfers, de noden van de doelgroepen en de nodige specialisatiegraad die nodig is om het aanbod te realiseren, zal het aanbod zich op zorgniveau 2a (regionaal) dan wel op zorgniveau 2b (supra-regionaal) situeren.



Figuur 1: Schematische voorstelling van de principes uit het decreet GG - zorgniveau's en functies

Erkenning en financiering van de functies A, B, C en F maakt geen deel uit van het nieuwe overheidskader.

Uiteraard zal in de kwaliteitsvolle uitvoering van de functies D, E en G waar nodig en wenselijk aandacht besteed worden aan

- Het verhogen van de nodige geestelijke gezondheidscompetenties van de gebruikers en hun context in functie van herstel, verdere ontwikkeling, vermijden van hervat, behouden van remissie.
- Het ondersteunen van de context in het individuegericht aanbod in de triade gebruiker, zorgverlener en de context.
- Inclusie op alle levensdomeinen.

Dit sluit niet uit dat organisaties erkend en gefinancierd voor de functies van dit overheidskader daarnaast een bijkomend aanbod ontwikkelen met middelen buiten dit overheidskader.

De uitvoering van functie G binnen het overheidskader laat uiteraard wel toe dat de uitgebreide opgebouwde expertise in gespecialiseerd ambuland geestelijk gezondheid ingezet wordt voor ondersteuning van andere actoren die functies A, B, C, en F uitvoeren.

De uitvoering van functie C is in het decreet GG beperkt tot zorgniveau 1 en dus niet in scope voor de gespecialiseerde ambulante geestelijke gezondheidszorg gesitueerd op zorgniveaus 2a en 2b. Er is op

deze niveaus echter wel een nood aan **gespecialiseerde vroegdetectie en -interventie** op het niveau van de individuele gebruiker, die ofwel behoort tot een kwetsbare subpopulatie, ofwel symptomen vertoont of signalen van een mentale problematiek of van specifieke problematieken. In het nieuwe overheidskader wordt een programma¹⁵ toegevoegd binnen functie D en E dat zich specifiek richt op vroegdetectie en -interventie vanuit de gespecialiseerde ambulante GGZ. Dit programma zal zich focussen op specifieke kwetsbare doelgroepen vanuit gespecialiseerde geestelijke gezondheidsexpertise. Het aanbod binnen dit programma richt zich op mensen die signalen geven of symptomen vertonen die een voorloper betekenen voor het ontwikkelen van (ernstige) psychische aandoeningen en die door gespecialiseerde en geïndiceerde vroegdetectie en -interventie kunnen voorkomen worden. Deze gespecialiseerde vroegdetectie en -interventie onderscheidt zich van de meer generalistische vormen door het aanwenden van gespecialiseerde, (multidisciplinaire) expertise over de etiologie en het verloop van dergelijke aandoeningen.

5.1.1 Functie D: gespecialiseerde diagnostiek

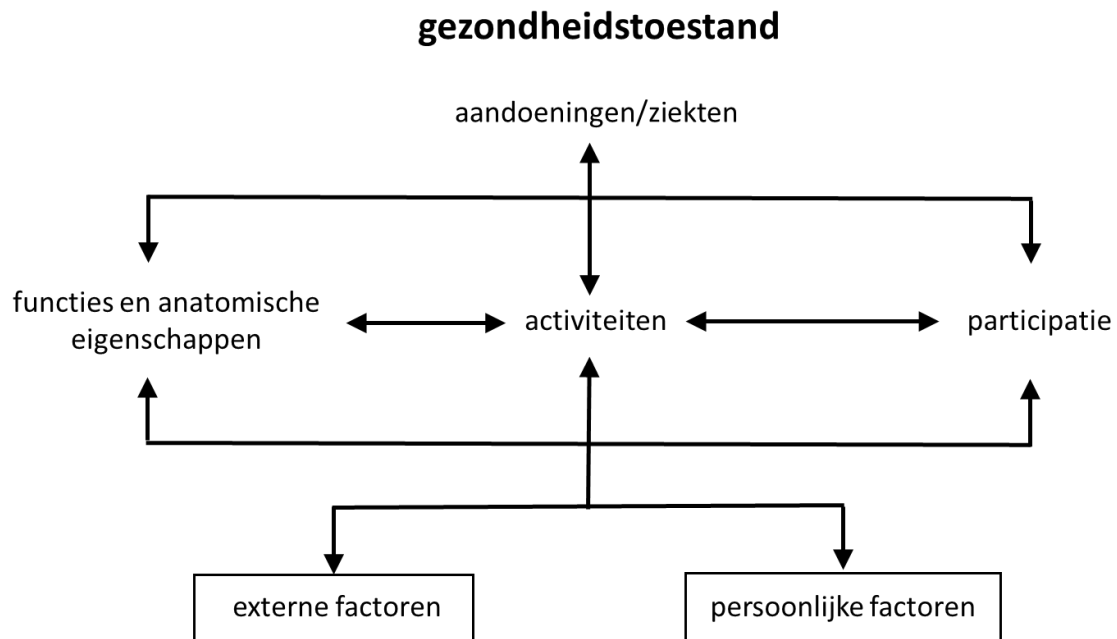
Deze functie omvat gespecialiseerde interventies gericht op het holistisch exploreren van het functioneren van de individuele gebruiker op basis van het biopsychosociaal model, zodat, als het mogelijk en aangewezen is, de oorzaken ervan, de ontstaansgeschiedenis, de kenmerken, de impact op het dagelijks functioneren en het mogelijke verdere verloop ervan worden verduidelijkt. Het resultaat van de gespecialiseerde diagnostiek levert een bijdrage aan de besluitvorming over de gespecialiseerde behandeling en rehabilitatie¹⁶

Deze functie wordt ingezet in dialoog met de gebruiker en vertrekt steeds vanuit een zorgvraag en (het vermoeden van) een ernstige psychische zorgnood. De gespecialiseerde diagnostiek is zowel categoriaal (classificerend) als handelingsgericht en is erop gericht diagnostiek en behandeling te verknopen. Daartoe focust men binnen deze benadering niet enkel op pathologische symptomen en stoornissen, maar wordt een holistisch onderzoek model gehanteerd. Elke casus wordt hierbij bestudeerd vanuit een zowel biologisch, psychologisch als sociaal perspectief. Het biopsychosociaal model is hiervan een typevoorbeeld. De International Classification of Functions (ICF) is hiervan een operationalisering. De handelingsgerichte diagnostiek sluit nauw aan bij een idiografisch benadering van diagnostische besluitvorming waarbij elke casus wordt gezien als uniek. Deze benadering gaat ervan uit dat de (medische, psychische ...) conditie en realiteit van een individu wordt beïnvloed door

¹⁵ Een programma is de operationalisering van functies in een concreet individugericht zorgaanbod voor een doelgroep (zie decreet GG)

¹⁶ Decreet GG-hoofdstuk 4 Afdeling 3, artikel 13

onder andere de individuele beleving en perceptie van de gebruiker, de sociale omgeving, en de interactie tussen het individu en de diagnosticus of onderzoeker.”



Figuur 2: ICF model (WHO 2018)¹⁷

Het geestelijk gezondheidsaanbod vertrekt vanuit een ontwikkelings-, herstel- en krachtenbenadering die focust op een goede levenskwaliteit van de gebruikers en hun context. Deze benadering vertrekt vanuit de sterktes en eigen kracht van de persoon met een vermoeden van een psychische zorgnood en combineert de diagnostiek van de zorgnoden met de diagnostiek van de sterktes en vaardigheden van de gebruiker en diens context.

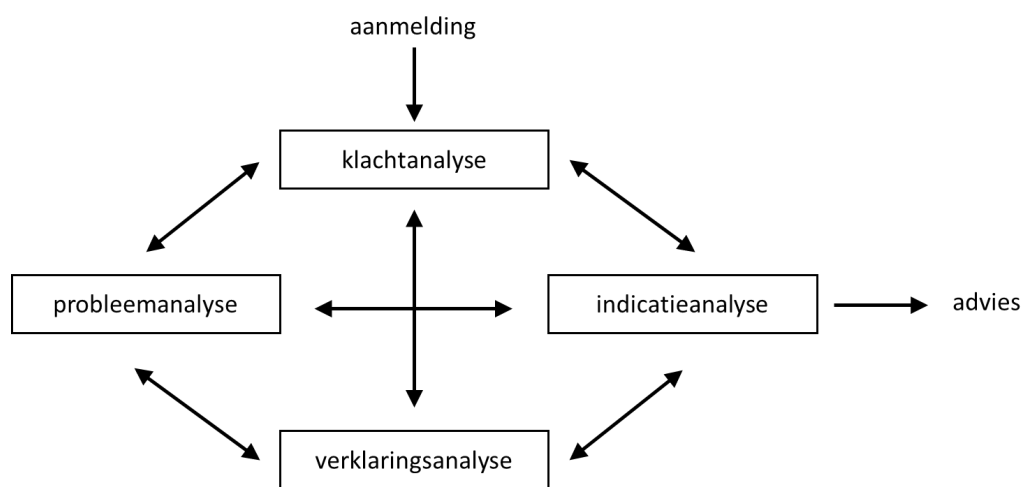
De gespecialiseerde diagnostiek in het nieuwe overheidskader gebeurt aan de hand van de diagnostische cyclus zoals deze is beschreven in de Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek (AIRD) en in geval van specifieke pathologie volgens de bestaande geldende richtlijnen zoals bijvoorbeeld deze voor ASS, ADHD.

Kwaliteitsvolle diagnostiek (1) is ingebed in een biopsychosociale visie op het menselijk functioneren, (2) kenmerkt zich door haar idiografisch karakter, (3) leidt tot het vormen van een integratief beeld over een gebruiker, (4) stelt participatie van een gebruiker in zijn/haar context voorop, (5) is gebaseerd op het gebruik van kwaliteitsvolle methodieken en instrumenten, (6) wordt gekenmerkt door reflexiviteit van de diagnosticus en het diagnostisch team en (7) heeft aandacht voor interdisciplinaire samenwerking. Verder onderschrijven we het uitgangspunt, de werkprincipes en methodiek van handelingsgerichte diagnostiek, zoals geformuleerd door Pameijer en van Beukering

¹⁷ Figuur op basis van ICF basisinformatieset WHO 2018, <https://www.whofic.nl/familie-van-internationale-classificaties/referentie-classificaties/icf>

(2015)¹⁸. Het primaire doel van kwaliteitsvolle diagnostiek is steeds het geven van advies op maat van de gebruiker over welke zorg het meest geschikt is.

De gespecialiseerde handelingsgerichte diagnostiek verloopt altijd multidisciplinair of interdisciplinair¹⁹ en kan zowel ingezet worden in functie van de start van een zorgtraject (boarding) als doorheen de behandeling (cyclisch proces). Diagnostiek en behandeling worden dan door eenzelfde actor aangeboden en op basis van de prevalentie voor bepaalde doelgroepen op zorgniveau 2a. Het behoort ook tot de mogelijkheid dat een bepaalde actor gespecialiseerde diagnostiek aanbiedt op vraag van een andere actor en in dialoog met de gebruiker (en zijn context) waarbij een andere actor dan de behandeling opneemt. Voor meer gespecialiseerde diagnostiek voor specifieke doelgroepen is samenwerking tussen actoren/netwerkpartners mogelijk en gewenst. Dit aanbod situeert zich dan mogelijk op zorgniveau 2b. Om geïntegreerde zorg en continue zorg te garanderen is het uitwisselen van informatie en het delen van gegevens noodzakelijk, bij voorkeur via een digitale omgeving.



Figuur 3: diagnostisch cyclus (Ruijsenaars en De Bruyn, 2015, p. 21)²⁰

De verschillende componenten uit de diagnostische cyclus van Ruijsenaars en De Bruyn (2015)²⁰ zijn de klachtanalyse, probleemanalyse, verklaringsanalyse en indicatieanalyse. De klachtanalyse wordt ook de fase van de verhelderende diagnostiek genoemd. In deze fase worden de klachten van de gebruiker verduidelijkt en de hulpvraag geëxpliciteerd. De probleemanalyse is de fase van de onderkende diagnostiek. Negatieve en positieve gedragingen (handelingen, gedachten, gevoelens) worden geïnventariseerd, beschreven en benoemd. De ernst van probleemgedrag wordt getaxeerd. De verklaringsanalyse, ook wel fase van verklarende diagnostiek, betreft het formuleren en opstellen van alternatieve verklaringen voor het probleemgedrag en het vormen van een integratief beeld. Binnen de indicatieanalyse of fase van indicerende diagnostiek wordt nagegaan wat de best passende aanpak is. Interventiedoelen worden geformuleerd en geprioriteerd en de

¹⁸ Pameijer, N. & Beukering, T. (2015) Handelingsgerichte diagnostiek: een praktijkmodel voor diagnostiek en onderwijsadvisering bij leerproblemen. Leuven: Acco.

¹⁹ Onderscheid multi- en interdisciplinair zie sectie 2.1.2

²⁰ Ruijsenaars, A., & De Bruyn, E. (2015). De Diagnostische Cyclus in de praktijk. Casuïstiek, achtergronden, beschouwingen en context. . Uitgeverij Acco.

inzetbaarheid van een bepaalde interventie wordt beoordeeld. Diagnostiek kan gezien worden als het geheel van al deze deelprocessen van de diagnostische cyclus.

Essentieel in de diagnostische cyclus is dat dit gebeurt in overeenstemming met de algemene doelstelling van het decreet GG van persoonsgerichte zorg waarin respect voor de autonomie, een gelijkwaardige werkrelatie, het afstemmen van zorgnood en zorgaanbod door het gezamenlijk bepalen van de doelstellingen en verloop van geestelijk gezondheidsaanbod waardoor maximale regie bij de gebruiker gegarandeerd wordt.

5.1.2 Functie E: gespecialiseerde behandeling

Deze functie omvat gespecialiseerde interventies die ingrijpen op het psychisch, sociaal of somatisch functioneren van de individuele gebruiker en zijn context²¹. Doel is het mogelijk maken, behouden, versterken of herstellen van het niveau van functioneren, het verminderen van de lijdensdruk en het bevorderen van herstel en/of ontwikkeling, waar mogelijk.¹⁶ Gespecialiseerde behandeling omvat ook revalidatie.

Het nieuwe overheidskader biedt garantie op een multidisciplinair en interdisciplinair²², gespecialiseerd en ambulant aanbod in een zorgtraject dat voldoende intensief verloopt en waarbij de duur (zo kort als mogelijk maar zo lang als nodig) in functie van de zorgnood en de zorgvraag van de gebruiker en zijn context.

Kenmerkend voor de gespecialiseerde behandeling is dat het in een flexibel multidisciplinair teamverband gerealiseerd wordt waardoor zowel tegelijkertijd en parallel, serieel en sequentieel vanuit verschillende expertises/professionals geïntegreerde en continue zorg geboden wordt. In elk zorgtraject kunnen op basis van de zorgnood en de zorgvraag verschillende disciplines ingezet worden en/of vanuit een multidisciplinaire teambespreking wordt een behandelbeleid gemaakt dat in een behandelplan (zie sectie 2.2.4) verankerd wordt en uitgevoerd door één of meerdere zorgverstrekkers. Multidisciplinariteit in dit overheidskader betekent

- Medisch, psychologische, orthopedagogische, agogische, sociale, logopedische, audiologische, ergotherapeutische, kinesitherapeutische benadering. Dit is geen exhaustieve opsomming. In functie van verdere ontwikkeling van zorgprogramma's kunnen de nodige disciplines toegevoegd worden.
- Sterke interne samenwerking gericht op geïntegreerde en continue zorgprocessen
- Gebruik van een multidisciplinair behandelplan en systematische multidisciplinaire teambespreking.

In elk zorgtraject zal de keuze gemaakt worden voor multidisciplinaire dan wel interdisciplinaire zorg op basis van de zorgnood, de zorgvraag en de behandel doelstellingen zoals die in dialoog met de gebruiker en zijn context en tijdens de multidisciplinaire teambespreking in het gedeeld behandelplan vastgelegd worden.

De modaliteiten van de zorg zoals intensiteit, duur, frequentie en netwerkgericht samenwerken met ander zorgactoren zullen bepaald en regelmatig geëvalueerd worden door de afgesproken **behandel- en revalidatiedoelstellingen van het zorgtraject**. Gespecialiseerde zorg kan kort en

²¹ Dit omvat zowel interventies t.a.v van onmiddellijke leefomgeving van de gebruiker (naasten, ouders, partners, kinderen, familieleden en zorgdragers) als t.a.v. relevante betrokken niet-zorg-actoren zoals leerkrachten, werkgevers, jeugdhulp, jeugdbeweging, sportclub, arbeidsbegeleiders, leerlingbegeleiders, jobcoaches, kinderverzorgsters enz,... indien dit bijdraagt tot de realisatie van de individuele doelstellingen van de behandeling van de gebruiker.

²² Onderscheid multi- en interdisciplinair zie sectie 2.1.2

intensief/laagfrequent of lang en intensief/laagfrequent zijn afhankelijk van de zorgvraag en zorgnood en kan variëren doorheen het zorgtraject. Gespecialiseerde zorg in het nieuwe overheidskader is multi- (of inter)disciplinair, vertrekt niet vanuit een vooraf opgelegd en strikt regelgevend kader en zal steeds vanuit een zorg-op-maat principe gerealiseerd worden. Multidisciplinariteit is in elk behandelings- en revalidatieaanbod het uitgangspunt. De actoren die dit aanbod operationaliseren worden erkend vanuit hun expertise en gevaloriseerd om hier autonome beslissingen in te nemen. De kwaliteitsopvolging zal gebeuren op basis van doelstellingen en indicatoren.

Samenwerking met ander netwerkpartners en (terug)schakelen naar andere vormen van (geestelijk gezondheids-) aanbod is steeds mogelijk. Intensieve en/of langdurige zorg staan niet op zich maar kunnen wel criteria betekenen die naast de nood aan multidisciplinaire zorg richtinggevend zijn in het afbakenen van de doelgroep voor het nieuwe overheidskader ten aanzien van bijvoorbeeld de doelgroepen die terecht kunnen in de conventie eerstelijns psychologische zorg. Behandeling kan individueel, in groep; kan fysiek, digitaal of blended aangeboden worden. Gespecialiseerde behandeling wordt aangeboden vanuit een diversiteit van verschillende therapeutische kaders en vanuit verschillende evidence en practice based praktijken.

In het behandelaanbod zal men zich richten op aanbevelingen vanuit behandelrichtlijnen, public mental health onderzoek, wetenschappelijke evoluties, ontwikkelingen in het zorglandschap. Andere relevante aanbevelingen waaruit evidentie blijkt voor het belang van gespecialiseerde, multidisciplinaire zorg (diagnostiek, behandeling, revalidatie) worden eveneens gevolgd zoals relevante adviezen van de Hoge Gezondheidsraad en rapporten van het KCE of andere onderzoeksinstellingen.

In een netwerk GG organiseren de voorzieningen en organisaties voor gebruikers met ernstige en langdurige psychische zorgnoden – waar nodig – zorgcoördinatie en casemanagement. Die samenwerkingsafspraken die binnen de netwerken op organisatieniveau worden gemaakt, zijn nodig om een betere integrale zorg en ondersteuning op het niveau van de gebruiker te realiseren. De doelstelling is om op deze manier een hogere kwaliteit en een grotere toegankelijkheid en continuïteit van de hulpverlening te bereiken.

5.1.3 Functie G: uitwisselen en samen inzetten van expertise

Functie G betreft de uitwisseling en het samen inzetten van expertise tussen de netwerkpartners binnen de netwerken geestelijke gezondheid, en de samenwerking tussen die netwerkpartners enerzijds, en partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) en uit andere beleidsdomeinen die niet behoren tot geestelijke gezondheidsnetwerken anderzijds.²³

Functie G is een opdracht voor alle betrokken actoren in het netwerk geestelijke gezondheid en heeft als doel bij te dragen tot vroege detectie, vroege indicatiestelling, deskundigheidsbevordering, zorgcontinuïteit, kosteneffectiviteit, aanvaardbare zorg.

- Informatie-uitwisseling
- Ontwikkelen van zorgpaden in samenwerking met andere partners
- Dynamisch aanbod realiseren via flexibel schakelen tussen expertise en aanbod

²³ Definitie volgende decreet GG

In het decreet GG wordt gesteld dat dit aanbod **zowel individu-, als populatiegericht** is en de opdracht heeft om de toegankelijkheid, aanvaardbaarheid, zorgcontinuïteit, kosteneffectiviteit, indicatiestelling en deskundigheidsbevordering van zorg te faciliteren en om andere zorgverleners en betrokkenen te ondersteunen hierin. Op deze manier worden de principes van het decreet GG rond ontwikkeling van geestelijke gezondheid en herstel enerzijds en geïntegreerde zorg anderzijds vormgegeven. Door in te zetten op samenwerking en inzetten van expertise (functie G) over alle zorgniveaus heen, kunnen de andere functies en bijhorende opdrachten op integrale wijze gerealiseerd worden. Andere opdrachten kunnen lokaal (zorgniveau 1), regionaal (2a) en supra-regionaal (2B) worden ingezet.

In het nieuwe overheidskader wordt de expertise vanuit de gespecialiseerde ambulante geestelijke gezondheidszorg aangeboden en toegevoegd aan actoren actief op de verschillende zorgniveaus, ook buiten het netwerk wanneer dit aangewezen is. Deze inzet van expertise gebeurt steeds gestructureerd en methodisch, wordt subsidiair ingezet, wordt op een afgelijnde manier ingezet op het hele zorgcontinuüm van preventie t.e.m. laagfrequente chronische behandeling met het oog op zorgcontinuïteit en professionaliteit van zorg²⁴. Deze inzet van expertise kan zowel tijdelijk worden ingezet voor personen (al dan niet met een langdurige en ernstige psychische zorgnood) en als voor voorzieningen. Concreet gaat het hier over liaison en consult.

Liaison betreft het kortdurend inzetten van expertise a.h.v. ad hoc individugerichte zorg op casusniveau ten behoeve van een individueel zorgplan van een gebruiker die in zorg of begeleiding is bij een andere zorg- en /of welzijnspartner.

Het gaat over bijvoorbeeld een woonzorgcentrum waar men nood heeft aan een inschatting van een individuele bewoner vanuit gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in functie van het verder begeleiden van deze bewoner in het WZC. De bewoner zelf heeft dan een liaison contact met een zorgverlener uit de gespecialiseerde ggz.

Consult betreft expertise inzetten ten aanzien van professionele dienstverleners ^{Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd} op casusniveau.

Dit kan bijvoorbeeld gaan over één persoon die in zorg of begeleiding is en waarvoor men nood heeft aan gespecialiseerde geestelijke gezondheidsexpertise in functie van het kunnen verderzetten van de begeleiding van deze persoon, bijvoorbeeld een jongere in een leefgroep met psychische zorgnoden waarvoor het begeleidend team van de leefgroep nood heeft aan extra gespecialiseerde geestelijke gezondheidsexpertise.

Daarnaast kan consult ook gegeven worden voor een groep van personen. Hier kan het dan bijvoorbeeld een of meerdere consult(en) betreffen aan een team/organisatie/voorziening uit een andere sector die personen begeleiden waarbij er sprake is van psychische zorgnoden, bijvoorbeeld een team uit pleegzorg.

Verder **kunnen** de actoren in de gespecialiseerde ambulante ggz hun expertise inzetten **ter bevordering van geestelijke gezondheid**

- Via het bekend maken en delen van de consequente gemonitorde data en informatie in het netwerk zodat het aanbod in het netwerk en bij andere zorg- en welzijnspartners rekening houdt met de evoluerende psychische zorgnoden en geestelijke gezondheidsbehoeften van de gebruiker, bv. toename suïciderisico.

²⁴ Decreet GG, memorie van toelichting p 70.

- Participeren aan overlegtafels en pleiten opdat geestelijke gezondheid dezelfde waarde en prioriteit krijgt als fysieke gezondheid, armoede en andere thema's en opdat men kan inspelen op nieuwe tendensen.
- Hun expertise inzetten om het geestelijk gezondheidsaanbod regionaal mee te helpen coördineren.
- Hun expertise inzetten in het mee uitwerken en vormgeven van de toegang tot geestelijk gezondheidsaanbod_in het netwerk, in allerlei vormen van kruispunten, PET, Overkop huizen;
- Hun expertise in te zetten ter bevordering van de brede kennis rond GG.

Het geestelijk gezondheidsnetwerk is verantwoordelijk voor de zorg rond bepaalde deelpopulaties(s) en faciliteert en optimaliseert dit GG-aanbod.

In de concrete operationalisering van de verschillende vormen van functie G in het nieuwe overheidskader worden **duidelijke criteria bepaald om deze opdrachten af te bakenen zodat het enerzijds voorspelbaar en duidelijk is wie en waarvoor beroep kan doen op inzet van de gespecialiseerde ambulante geestelijke gezondheidsexpertise**. Daarnaast moet er voldoende flexibiliteit zijn zodat er vlot ingespeeld kan worden op de noden zowel individugericht als populatiegericht zodat de belangrijke principes van het decreet GG van geïntegreerde persoonsgerichte zorg op maat voor elke burger met een zorgnood of vraag gewaarborgd zijn. Binnen het nieuwe overheidskader ambulante gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zijn de criteria voor de inzet van functie G dezelfde als voor de andere twee functies D en E: het gaat om de doelgroep personen met een vermoeden van, risico op of een vastgestelde ernstige psychische zorgnood met impact op meerdere levensdomeinen en de professionele dienstverleners

Het netwerk en de actoren hierin actief hebben een belangrijke rol in de afstemming en opvolging van wat al aanwezig is en waar hiaten opgevuld moeten worden.

5.1.4 (Toekomstige) programma's individugericht aanbod

In het decreet GG verwijst men naar de opportuniteit dat voor specifieke doelgroepen (groepen met specifieke psychische en andere zorgnoden) de functies kunnen vertaald worden in een specifiek geestelijk gezondheidsaanbod. Hierbij worden (deel)functies op een specifieke manier geschakeld en wordt het aanbod ervan vastgelegd in residentiële, ambulante, mobiele, digitale of woonzorg, of een combinatie daarvan. Dit worden programma's genoemd. De Vlaamse Regering bepaalt deze programma's na overleg met de vertegenwoordigers van de netwerken geestelijke gezondheid. Zowel de CAR als de CGG hebben voor bepaalde van deze doelgroepen expertise opgebouwd en ook vanuit het nieuwe overheidskader zullen zij deze inzetten in het tot stand komen dan wel continueren van deze programma's.

Het nieuwe overheidskader biedt de opportuniteit om vanuit nieuwe samenwerkingen bepaalde zorgprogramma's te ontwikkelen vanuit het bundelen van hun beider expertise. Het betreft dan

bijvoorbeeld een programma voor de transitieleeftijd en volwassenen met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, of programma's rond infant mental health...

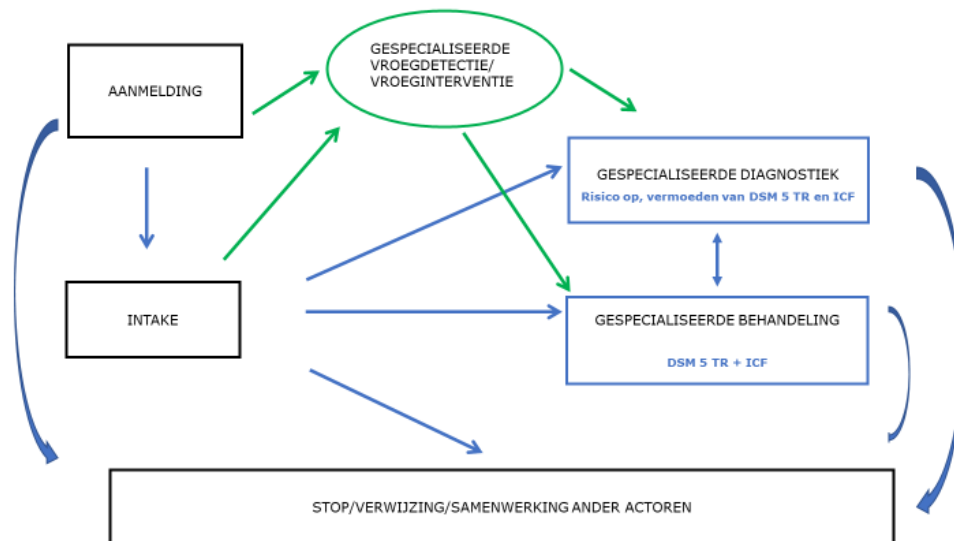
5.1.5 Zorgtraject

In de afbakening van de doelgroep wordt een onderscheid gemaakt op het moment van instroom enerzijds en het vervolgtraject anderzijds. Op deze manier vermijden we dat de instroom te strak gereguleerd wordt en beperkt blijft door een strakke etikettering enerzijds en anderzijds dat geïndiceerde doelgroepen niet geïnccludeerd worden. Dit betekent dat instroom gebeurt op verwijzing van een professionele dienstverlener en bij een risico op, vermoeden van of vastgestelde ernstige psychische zorgnood (diagnose DSM 5) en een impact op meerdere levensdomeinen. De huisarts, indien gekend, wordt altijd, mits goedkeuring van de gebruiker, geïnformeerd en betrokken bij het zorgtraject.

Doorstroom naar een vervolgaanbod in het nieuwe overheidskader zal afhankelijk zijn van het soort aanbod dat nodig is en dat gevraagd/gewenst wordt door de zorgvrager.

Dit wordt verder beschreven in de verschillende vormen van individugericht aanbod.

In onderstaande figuur wordt een schematische voorstelling gemaakt van het zorgtraject waarin de verschillende functies beschreven worden.



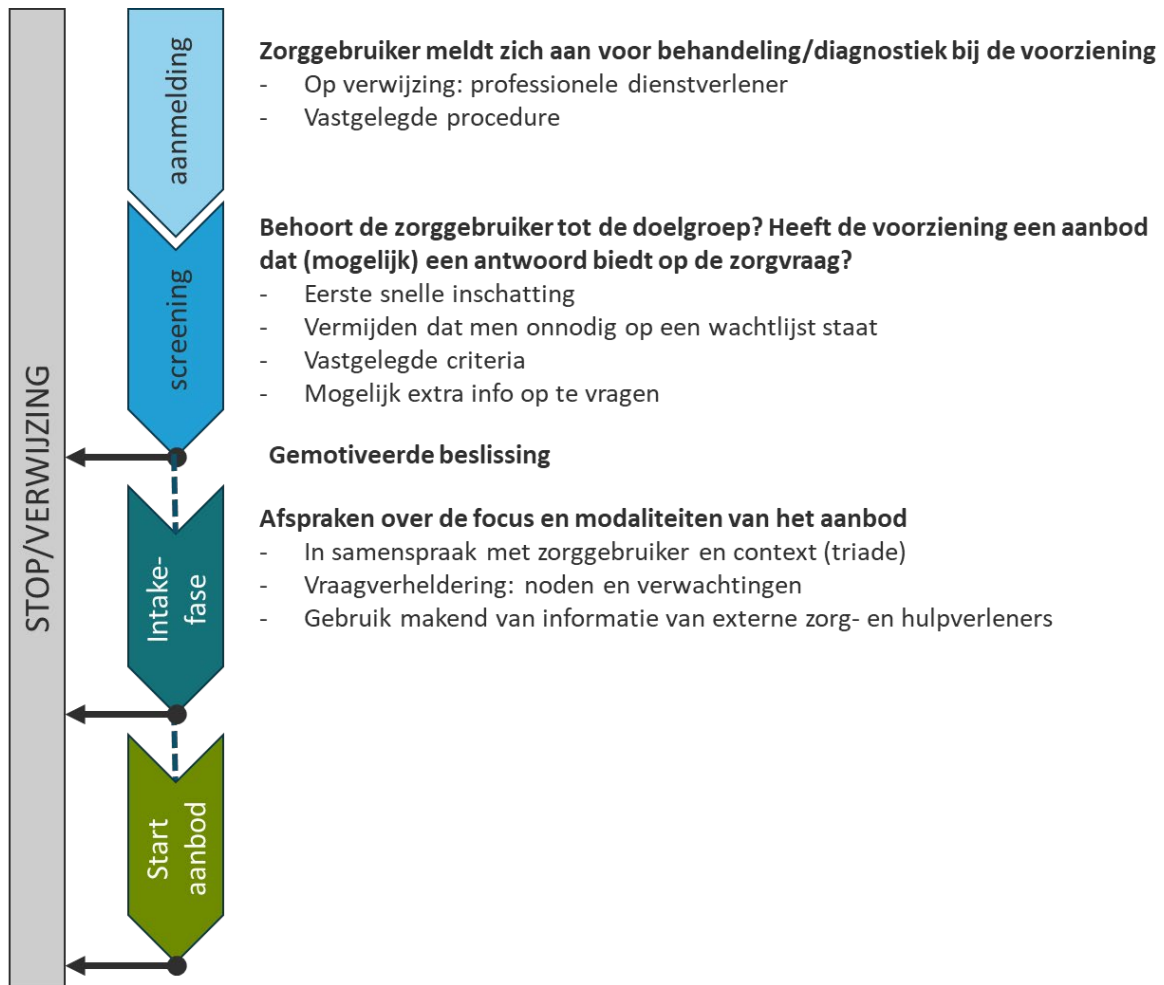
Figuur 4: schematische voorstelling zorgtraject

Bij de aanmelding moet zo snel als mogelijk duidelijk worden of de persoon die beroep doet op het aanbod (vermoedelijk) behoort tot de doelgroep (personen met een risico op, vermoeden van of een vastgestelde ernstige psychische zorgnood die nood heeft aan ambulante, gespecialiseerde, multidisciplinaire diagnostiek of behandeling). Een eerste screening biedt een antwoord op deze vragen. Een verwijzing door een professionele dienstverlener is een eerste criterium om de doelgroep af te bakenen. Een ander criterium kan de uitgevoerde diagnostiek en of indicatiestelling bij een partner zijn waaruit de nood aan een ambulante, multidisciplinaire en gespecialiseerde behandeling blijkt. Hierin is het concept van 'niet-vrijblijvende diagnostiek' een essentieel element om

zorgcontinuïteit en geïntegreerde zorg te waarborgen. Deze diagnostiek moet dan beantwoorden aan het kwaliteitslabel van de algemene intersectorale richtlijn diagnostiek (AIRD) zoals beschreven in sectie 2.2.1.1.

Tijdens de intakefase (vraagverheldering en indicatiestelling) ligt de focus op het verhelderen van de specifieke hulpvraag, de ernst van de zorgnood en het bepalen van de vorm van het gespecialiseerde, multidisciplinaire aanbod. Dit aanbod kan de functie D betreffen, gespecialiseerde interdisciplinaire diagnostiek, dan wel functie E, gespecialiseerde interdisciplinaire behandeling. Het intakeproces moet aan de gebruiker helderheid geven over de hulp die geboden kan worden en waar en wanneer de gebruiker terecht kan. Dit kan een ambulante, gespecialiseerd en multidisciplinaire aanbod (diagnostiek en/of behandeling) zijn zoals dit voorzien is in het nieuwe overheidskader dat hier ontwikkeld wordt of het kan gaan om een aanbod dat door een andere netwerkpartner georganiseerd wordt. In het WHO-rapport wordt het belang benadrukt van krachtgerichte interventies bijvoorbeeld door in te zetten op ondersteuning in de verschillende levensdomeinen waarin gebruikers vastlopen of waarin de ontwikkeling van de gebruiker moeilijk verloopt. Hiervan wordt in overleg met de gebruiker verslaglegging gedaan in het individueel behandelplan dat de focus en de modaliteiten (intensiteit, frequentie, duur) van de behandeling beschrijft.

Een effectieve en zo efficiënt mogelijke afhandeling van de aanmeldings- en indicatiestellingsfase met een vlotte doorstroom naar diagnostiek of behandeling (indien geïndiceerd) is wenselijk in functie van maximale zorgcontinuïteit. Hiervoor is voldoende capaciteit nodig. Wanneer er wachttijden ontstaan is het wenselijk/nodig om in overleg met verwijzers en andere actoren in het netwerk geestelijke gezondheid en andere netwerken en/of sectoren te onderzoeken hoe deze wachttijd in te vullen dan wel te overbruggen. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid van zowel de actoren in het netwerk geestelijke gezondheid als andere actoren binnen het domein WVG en het blijft nodig om gebruikers niet los te laten tijdens de wachttijd of bij doorverwijzing/overbrugging naar een andere zorgverstrekker. In overleg met de betrokken partners en de gebruiker en zijn context worden afspraken gemaakt over de mogelijkheden en onmogelijkheden tijdens een overbruggingsperiode. In onderstaande figuur wordt een schematische voorstelling gegeven van het proces van aanmelding en intake.



Figuur 5: schematische voorstelling van het proces van aanmelding en intake

Organisaties kunnen zich voor het zorgvuldig uitwerken en uitvoeren van zorgtrajecten baseren op bepaalde modellen zoals bijvoorbeeld²⁵ het CAPA-model (Choice And Partnership Approach) en het dialoogmodel (Westermann en Maurer).

5.2 Toelichting berekeningswijze financiering

Vast deel

- Het vast deel wordt samengesteld uit de totale organisatiegebonden kosten en een deel van de zorggebonden kosten. Voor een voorlopig overzicht van de organisatiegebonden kosten: zie verder.

Variabel deel

- Het variabel deel dekt het saldo van de zorggebonden kosten in de mate dat daar ook de prestaties voor geleverd worden. Het variabele gedeelte kan de totale zorggebonden personeels- en werkingskost overstijgen als de geleverde prestaties het minimum verwachte aantal overstijgen.

²⁵ Niet exhaustieve lijst

- De basis is de totale potentiële diagnose- en behandelingscapaciteit van de voorziening (A). De capaciteitsberekening is gebaseerd op de arbeidstijd van het bestaande personeel (dus ook rekening houdend met bijvoorbeeld vervangingen VAP). Personeel Sociale Maribel en VIA 6 kwaliteit worden momenteel en in het nieuwe financieringsmodel niet meegeteld om de capaciteit te berekenen. Het gaat dan over het totaal aantal beschikbare uren om te besteden aan diagnose en behandeling in contact met gebruiker en/of zijn context²⁶ op jaarbasis. De capaciteit wordt berekend op basis van de personeelsequipe van zorgpersoneel.
- We houden rekening met de tijd nodig voor voorbereiding en naverwerking. Om deze te berekenen wordt uitgegaan van een te bepalen verhouding voor elke tijdseenheid diagnose- en behandeling, wordt ook een bepaalde tijd toegevoegd voor voorbereiding en naverwerking²⁷. Om rekening te houden met het aandeel voorbereiding en nabehandeling, kan zo de potentiële capaciteit aan behandelingsuren gedeeld worden door 100 minuten om vervolgens de kost te berekenen per uur (waarin dan automatisch de 40 minuten voorbereiding en nabehandeling mee zijn opgenomen). In de modelleringsoefening zal deze verhouding verder bekeken worden en zal nagegaan worden of hier een onderscheid moet gemaakt worden tussen soorten activiteiten om deze verhouding te bepalen. Dit mag echter niet leiden tot een grote complexiteit.
- Er wordt uitgegaan van een bepaalde activiteitsgraad (bijv. 90%) van de totale behandelcapaciteit (A'). Het is immers nooit mogelijk om volledige activiteit te bereiken, gezien we moeten rekening houden met ziekte personeel, uitval, schommeling in zorgvraag, vervanging, opleiding, enz. De voorziening die deze activiteitsgraad bereikt, zou dus in dat jaar zijn volledige zorggebonden kost gefinancierd moeten krijgen. We houden in de financiering rekening met 'no show'. Dit kan door een verlaging van de activiteitsgraad of door een specifieke vergoeding voor no show. In de modelleringsoefening ter voorbereiding van de piloot wordt een gedetailleerde regeling uitgewerkt die vervolgens in de piloot zal worden getest.
- Het variabel gedeelte is afhankelijk van de werkelijk gepresteerde tijdseenheden van diagnose- en behandeling (+ verwerking en voorbereiding). Deze kunnen de vooropgestelde activiteitsgraad (bijv. 90%) overschrijden. Vanaf een bepaald bereikt urencontingent (bijv 100%) valt de financiering per extra diagnose- en behandelingstijd weg.
- Het variabele gedeelte zal gefactureerd worden via het VSB-platform na registratie van geleverde prestaties aan de gebruiker.

5.2.1 Maandelijks betalingen

Het vast gedeelte wordt maandelijks in 12en uitbetaald door de zorgkassen.

Aangezien de prestaties realtime kunnen worden geregistreerd, kan het variabel gedeelte ook maandelijks²⁸ worden gefactureerd en uitbetaald op basis van reëel gepresteerde tijdseenheden (bijv. uren) en het tarief per tijdseenheid van de organisatie.

Onder realtime wordt verstaan dat de gegevens die gefactureerd worden, ook meteen worden geregistreerd in een platform. In afwachting van een inkanteling in VSB, zal voor de CGG een ad hoc oplossing worden gezocht voor het registreren van de gegevens. Hierbij moet rekening gehouden worden met het only once principe (koppeling EPD).

²⁶ Hierin wordt meegenomen: het zorgpersoneel en de werkingskost dat kan gelinkt worden aan een individuele gebruiker. Bijv gesprekken met CLB, ouders, school mbt een individuele gebruiker. Er is een grijze zone tussen dergelijke contextgesprekken die al dan niet gelinkt kunnen worden aan één specifieke gebruiker of eerder voor de hele doelgroep zijn. Dit kan nog verder worden gepreciseerd in verdere sessies.

²⁷ Bij de CAR is dit momenteel 40 minuten per uur behandeling.

²⁸ Kosten kunnen elke maand worden gefactureerd. Dit betekent niet dat het gaat om de kosten in de desbetreffende maand. Het gaat enkel om een facturerings- en betaalritme.

Het tarief per tijdseenheid van de organisatie wordt berekend door de totale zorggebonden personeels- en werkingskost (B) te delen door de totale potentiële diagnose- en behandelingscapaciteit. => $B/A' = C$ (bijv een uurtarief).

Merk op dat elke organisatie een eigen tarief per tijdseenheid zal hebben.

Organisaties kunnen niet vergoed worden voor gepresteerde tijdseenheden die boven een vastgelegd maximum contingent uitkomen.

5.2.2 Organisatiegebonden en zorggebonden kost

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen

- De totale zorggebonden kost voor de voorziening: d.w.z. de directe en indirecte personeels- en andere werkingskosten die gelinkt kunnen worden aan de diagnose en behandeling van een individuele gebruiker en zijn context.
Bijv. personeel dat instaat voor de diagnose- en behandeling, diagnostisch en therapeutisch materiaal dat gebruikt wordt voor een bepaalde behandelde gebruiker
- De totale organisatiegebonden kost voor de voorziening: d.w.z. de personeels- en andere werkingskosten die nodig zijn voor de voorziening als geheel.
Bijv het gebouw wordt verwarmd, gepoetst, onderhouden, ... voor alle behandelde gebruikers en personeelsleden, de boekhouder moet betaald worden ongeacht het aantal behandelde gebruikers, de diagnostische en therapie-materialen die aanwezig zijn ongeacht of er behandelingen zijn, ...

Opmerking: de ratio organisatiegebonden/zorggebonden kosten wordt beïnvloed door tal van factoren zoals de grootte van de organisatie, het aantal vestigingen, het delen van middelen binnen een netwerk. Daarnaast is de organisatiegebonden kost niet helemaal los te zien van het volume aan geleverde zorggebonden prestaties. Meer zorggebonden activiteiten zullen op een bepaald moment ook meer organisatiegebonden kosten opleveren, bv. omdat meer ruimte nodig is, of omdat langere openingsuren ook meer energieverbruik zal generen. Bij opstart wordt uitgegaan van de bestaande kosten en spelen deze factoren niet. Met oog op het doen evolueren van de werkingsmiddelen zal met deze realiteiten wel rekening moeten gehouden worden.

We moeten in de organisatiegebonden kost ook rekening houden met de noodzakelijke investeringen die momenteel slechts voor 50% zijn gedekt door de VIPA-subsidie en waarvoor het dus mogelijk moet zijn om binnen de financiering een buffer aan te leggen om deze niet gedekte kosten te financieren.

NB: groepsessies zijn ook te linken aan één deelnemende individuele gebruiker. Dit geldt momenteel reeds voor de CAR. In de conventie wordt dit per deelnemer en per groepstherapeut verrekend. Vanaf 2 aanwezige deelnemers kan een groepsessie gefactureerd worden. We onderzoeken verder tijdens de modellering op welke manier we die groepsessies best opnemen in het financieringsmodel.

5.2.3 Functie G-activiteiten

Inpassen van de Functie G in het financieringsmodel

Functie G-activiteiten kunnen gepresteerd worden door zorgpersoneel, maar in principe ook door directie of staffuncties. Functie G-activiteiten die gepresteerd worden door niet-zorgpersoneel worden niet als Functie G-activiteiten geregistreerd en dragen dus ook niet bij tot het variabel

gedeelte van de financiering. De personeelskost gelieerd aan deze activiteiten worden gefinancierd via de organisatiegebonden kosten.

Functie G-activiteiten die door zorgpersoneel worden gepresteerd, worden in een eerste scenario als prestaties geregistreerd en dragen dus wel bij tot het variabel gedeelte.

In principe wordt geen onderscheid gemaakt tussen individu-gerichte functie G-activiteiten (vb. liaison opdrachten of casusgerichte consult-activiteiten) of niet individugerichte opdrachten (vb. vorming van een team van zorg of welzijnsmedewerkers).

De modelleringsoefening dient om te bepalen welke verhouding gehanteerd dient te worden om het juiste aandeel voorbereiding en nazorg mee te nemen.

In een alternatief scenario worden enkel individugerichte Functie G-activiteiten als prestaties geregistreerd. Dit sluit meer aan bij de principes van de VSB. In dit geval moet het volume aan functie G-activiteiten 'gecompenseerd worden' door ofwel de minimum activiteitsgraad te verlagen ofwel door de totale zorgcapaciteit te verlagen. Het één en ander impliceert dus dat vooraf een bepaald volume aan functie G-activiteiten dient te worden 'gereserveerd' voor deze functie G-activiteiten en dus ook gepresteerd. De nood aan opvolging is ook groter, omdat de voorziening die 'onderpresteert op functie G' en het gereserveerd personeel inzet voor bijkomende prestaties D en E hiervoor financieel wordt beloofd.

Het juiste volume aan functie G activiteiten bepalen

De CAR hebben gezien de bestaande financieringsregeling nauwelijks of geen ruimte om functie G-activiteiten aan te bieden. Het is niet de bedoeling om de middelen voor functie D of E te verminderen om functie G te kunnen aanbieden. Als de CAR verwacht worden om functie G-activiteiten te ontwikkelen - en dat is gezien het belang van de functie G zeker de bedoeling - dienen hiervoor bijkomende middelen vrijgemaakt te worden.

Omgekeerd verwachten we niet van elke CAR of CGG om allemaal een gelijk aandeel Functie G-aanbod te hebben. Functie G zal zich stelselmatig verder ontwikkelen naargelang de noden die zich manifesteren, het beschikbare budget en het ritme waarmee voorzieningen dit aanbod kunnen ontwikkelen. Op termijn zal met de partners in de netwerken geestelijke gezondheid moeten afgestemd worden welke functie G-activiteiten dienen aangeboden te worden en door wie binnen het netwerk geestelijke gezondheid.

5.2.4 Evolutie financiering per voorziening

Om tot rechtszekerheid en een financiering te komen per voorziening, gaan we initieel uit van de actuele personeelskost en opgebouwde werkingskosten²⁹. Dit doet geen afbreuk aan verdere evolutie in de toekomst. Hiervoor moeten de regels uitgewerkt worden volgens dewelke de personeelskosten en de werkingskosten kunnen evolueren.

²⁹ Of desgevallend reeds afgesproken aanpassingen aan de personele of andere werkingsmiddelen. Bij de financiering zal de analyse gebeuren van de integrale patronale personeelskost. Voor sociale akkoorden/eindeloopbaan wordt dit opgenomen in een aparte analyse. Werkingskosten worden transparant meegenomen in de financiering. Dit wordt mee opgenomen in de voorbereiding van de piloot"

5.3 Toelichting mee te nemen elementen

Financiering federale ziekteverzekering

In het nieuwe beleidskader moet worden rekening gehouden met de tenlasteneming van nomenclatuurprestaties door de federale ziekteverzekering.

Vooreerst is een **cumulverbod tussen nomenclatuurprestaties** en een behandeling via een revalidatie-overeenkomst. Een dergelijk cumulverbod is niet voorzien voor de CGG. Wanneer beide organisaties onder een gezamenlijk overheidskader ressorteren roept dit vragen op over een gelijk wettelijk kader.

De opheffing van het **cumulverbod voor paramedische prestaties** biedt opportuniteiten om meer op maat van elke gebruiker te kunnen werken en in de gevallen waar dit wenselijk en zinvol is, de behandeling in de CAR te combineren met een monodisciplinaire behandeling door logo en kiné. Zo kan er soms nood zijn aan een zeer specifieke expertise voor een deel van de problematiek, waarvoor de expertise niet aanwezig is binnen de CAR en een samenwerking met een externe paramedicus aangewezen is.

Wat het cumulverbod met **nomenclatuurprestaties voor artsen** betreft, is de beoordeling van de mogelijke toekomstscenario's genuanceerder. Twee scenario's zijn mogelijk, die verder moeten worden onderzocht.

1. Een integratie van de artsenprestaties binnen de financiering van zowel CAR als CGG, maar hier zijn belangrijke kanttekeningen bij te maken.
 - Dit mag niet leiden tot vermindering van de productiviteit en dus langere wachttijden
 - Dit moet budgetneutraal zijn voor de CGG en kan dus enkel indien die kost ook door de Vlaamse financiering kan worden gecompenseerd
2. Financiering van artsenprestaties via nomenclatuur. Net zoals nu het geval is in de CGG zouden artsen in de CAR dan nomenclatuurprestaties kunnen aanrekenen.

Nadat de nodige berekeningen zijn gemaakt, dienen hierover gesprekken te worden opgestart met het federale niveau, gezien de impact op het budget van de ziekteverzekering.

Indexering en anciënniteit

Bij de CAR wordt de indexering van de loonkost 1 maand na overschrijding verrekend. Bij de CGG is dit twee maand na indexoverschrijding.

In de enveloppe CGG wordt rekening gehouden met de gemiddelde anciënniteit van het personeel. De CAR kennen een specifiek systeem waarbij na een verhoging van de anciënniteit met 1% een CAR een aanpassing kan vragen van haar forfaitberekening. Het gaat enkel om stijgende anciënniteit, er zijn geen aanpassingen bij dalende anciënniteit. De CGG kennen op vlak van anciënniteit een verschillende uitgangssituatie vanuit het verleden.

De evolutie van de financiering moet in lijn moet zijn met de evolutie van de kosten bv. door de indexatie en de anciënniteitsdrift.

Onderhoudstoelage VAPH

Extramurale revalidatiecentra of diensten, zoals de CAR, kunnen een onderhoudstoelage ontvangen via het VAPH. Dit is een toelage voor apparatuur en uitrusting bijv. een uitgeruste zaal voor kinésithérapie. Deze toelage wordt integraal afgetrokken van hun financiering, waardoor dit een nul-operatie is. Het VAPH subsidieert voor deze centra of diensten ook het loon van personen die tewerkgesteld zijn in een DAC-project³⁰.

Het is de bedoeling in het kader van dit traject om de subsidielijnen vanuit het VAPH niet langer te laten bestaan en op de één of andere manier mee te nemen in het nieuwe overheidskader. Er zijn al eerste verkennende gesprekken geweest tussen het departement Zorg en het VAPH en deze zullen worden verdergezet zodat deze transitie goed kan worden voorbereid.

Sociale akkoorden

CGG vallen onder paritair comité 331.02 terwijl de CAR onder 330.01.41 vallen.

De regelingen waaronder CAR en CGG vallen zijn dus niet gelijk. Dit resulteert momenteel in o.a. verschillende loon- en arbeidsvoorwaarden voor de medewerkers in CAR en CGG.

Dit wordt verder in kaart gebracht in het kader van de modelleringsoefening met het oog op een transitieplan.

We erkennen het belang van het gelijktrekken van de sociale akkoorden in een gezamenlijk overheidskader o.a. met oog op een evenwaardige werkgeversaantrekkelijkheid.

Hieronder een niet limitatieve lijst van maatregelen in het kader van sociale akkoorden, waarmee zal moeten rekening gehouden worden in het uitwerken van een nieuwe financiering.

Sociale Maribel

Het Sociale Maribel systeem kan als volgt worden samengevat: per werknemer die minimaal halftijds werkt, geniet de sector van een forfaitaire bijdragevermindering van de werkgeversbijdragen in de sociale zekerheid. De globale opbrengst van deze vermindering is de Sociale Maribel dotatie, die wordt doorgestort aan het betreffende Maribel Fonds. De middelen uit dat Fonds kunnen worden aangewend voor bijkomende tewerkstelling en dus om de kostprijs per VTE te voorzien.

De financiering vertrekt, zoals op dit moment, van de kostprijs inclusief de RSZ-middelen die worden doorgestort aan het fonds Maribel. De werknemers die gefinancierd worden vanuit Maribel kunnen (zoals op dit moment) niet gesubsidieerd worden via de structurele financiering van de voorziening vanuit de VSB. Zij zijn wel werkdruk verlagend voor de voorziening.

Eindeloopbaan

Eindeloopbaanmaatregelen zijn onderdeel van een sociaal akkoord zodat oudere werknemers langer aan de slag kunnen blijven in de sector (de zogenaamde rimpeldagen). De overheid komt tussen in de loonkost van de vervangers die aangeworven worden om de personeelsleden met vrijstelling van

³⁰ 2022_BO_Beleids-en-begrotingstoelichting_Welzijn-Volksgezondheid-Gezin-en-Armoedebestrijding.pdf, 136

arbeidsprestaties (VAP) te compenseren, of in de kostprijs van de premie. Deze eindeloopbaanmaatregelen zijn van toepassing voor: verpleegkundigen, zorgkundigen, maatschappelijk werkers, kinesisten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, psychologen, orthopedagogen, pedagogen binnen het zorgteam, anderen werknemers in de voorziening: 'gelijkgestelden', indien zij minstens 200 uur onregelmatige prestaties gepresteerd hebben gedurende een referentieperiode van 24 maanden.

De voltijdse personeelsleden hebben recht op vrijstelling van arbeidsprestaties op basis van leeftijd van 2 uur per week tot 6 uur per week. De financiering eindeloopbaan verloopt op dit moment verschillend voor CGG/CAR.

Voor de CGG zit eindeloopbaan vervat in de enveloppefinanciering. De sector geeft aan dat deze financiering momenteel niet kostendekkend is. Voor de CAR is dit een financiering via de RAAS-applicatie en binnenkort eCalcura.

Eindejaarspremie, ... andere elementen eerdere sociale akkoorden

Er zijn historische verschillen in kost per VTE door de afgesloten sociale akkoorden (traject oude VIA-sectoren (CGG), oude federale sectoren (CAR), bijvoorbeeld op vlak van eindejaarspremie.

VIPA-financiering

Er zijn verschillende VIPA-sectorbesluiten van toepassing op CAR en CGG. Voor de CAR en CGG worden de infrastructuurkosten momenteel slechts gedeeltelijk vergoed (50%). De overige kosten moeten gefinancierd worden via de reguliere financiering van de voorzieningen.

Het volstaat niet om enkel te kijken naar reguliere kosten of kosten in een standaardjaar. Het financieringsmodel moet ook rekening houden met minder reguliere kosten zoals infrastructuur- en andere investeringen en alle hieraan verbonden kosten.

Uiteraard dienen ook de bestaande subsidiesystemen, zoals VIPA, met alle geldende modaliteiten mee in de modelleringsoefening worden opgenomen

Reservevorming CAR/CGG

Beide voorzieningen vallen onder de algemene regelgeving inzake reservevorming.

Artikel 72 van het Besluit Vlaamse Codex Overheidsfinanciën van 17 mei 2019 bepaalt dat maximaal 20% van het op jaarbasis toegewezen subsidiebedrag kan worden aangewend voor de aanleg van reserves.

De totale gecumuleerde reserves kunnen maximaal 50% van het subsidiebedrag van de laatst gesubsidieerde werkingsperiode bedragen.

Een sociaal passief aanleggen ten laste van de subsidie kan alleen als er daarvoor in een rechtsgrond is voorzien in een decreet of reglementaire bepaling.

Voor de CGG-sector berekent de Vlaamse overheid momenteel de jaarlijkse reserve en de gecumuleerde reserve. Dit is niet het geval voor de CAR-sector.

