

DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

NOTA AAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: - voorontwerp besluit van de Vlaamse Regering tot de uitvoering van het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en de ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod wat betreft de Centra voor Ambulante Revalidatie en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg
- Tweede principiële goedkeuring

Samenvatting

Voorliggend voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering geeft uitvoering aan het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod en laat het decreet gedeeltelijk in werking treden voor de Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG).

Het voorontwerp van besluit kadert in de opdracht van het Vlaams Regeerakkoord 2019-2024 met betrekking tot de integratie van de CAR en de CGG. Het voorziet in een uniform kader voor CAR en CGG om een erkenning aan te vragen voor het uitvoeren van functies en bepaalt de voorwaarden hiervoor evenals de omschrijving van de doelgroepen, in uitvoering van het decreet.

In het voorontwerp van besluit is tevens de basis opgenomen voor een pilootproject met het oog op het uittesten van een nieuwe financiering voor de voorzieningen erkend voor het uitvoeren van de functies gespecialiseerde diagnostiek en behandeling en expertise-uitwisseling (functie D, E en G), zoals omschreven in het voorontwerp van besluit.

In bijlage bij dit ontwerpbesluit wordt de visienota "Eén gemeenschappelijk overheidskader voor CAR en CGG" toegevoegd, dat de basis vormt voor de verdere uitwerking van het nieuwe overheidskader, inclusief een nieuw financieringsmodel, dat nog verder zal worden geconcretiseerd in de volgende fase van modellering.

1. SITUERING

A. BELEIDSVELD/BELEIDSDOELSTELLING

Het beleidsveld van deze nota en het Besluit van de Vlaamse Regering betreft gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Voorliggend voorontwerp van besluit geeft uitvoering aan de doelstelling uit het Vlaams Regeerakkoord met betrekking tot de integratie van de Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Het beoogt tot eenzelfde overheidskader te komen voor wat nu 2 aparte sectoren zijn, vertrekkende vanuit de filosofie van het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod (decreet GG), met name hervorming van het aanbod naar functies en niet vanuit sectoren. Het is een eerste stap in de uitvoering van het decreet. Dit decreet heeft een grote impact op de organisatie van het aanbod op vlak van geestelijke gezondheid. Het wijzigen van een sectorieel georganiseerd (historisch bepaald) aanbod naar een aanbod georganiseerd in functies, heeft heel wat implicaties. Bijv. op vlak van kwaliteit, normen, doelgroepen, diagnostiek, enz. Ook de financiering dient aangepast als we naar een 'level playing field' willen evolueren. Bij de hervorming van de sectoren CGG-CAR naar functies, gaat het om twee sectoren bij uitstek met verschillende financieringsmethodieken (enveloppe versus prestatie). Deze hervormen naar een gelijke methodologie is noodzakelijk, maar hiervoor dient een uitgebreide en diepgaande financiële analyse van de sectoren te worden gemaakt.

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 zal worden uitgerold en waarin ook andere voorzieningen met een aanbod op vlak van geestelijke gezondheid stapsgewijs zullen worden gevat.

De principes van deze hervorming voor de CAR en CGG worden uitvoerig toegelicht in de visienota in bijlage bij het voorontwerp van besluit. Het voorontwerp van besluit omvat een eerste stap door de erkenning mogelijk te maken voor het uitvoeren van functies.

B. VORIGE BESLISSINGEN EN ADVIEZEN

- Het advies van de inspectie van Financiën werd bekomen op 20 november 2023.

De inspectie van Financiën verleent een gunstig advies, maar merkt op dat de keuze voor een pilootproject van 2+2 jaar nergens concreet wordt gemotiveerd en op het eerste zicht te lang lijkt. De Inspectie Financiën wijst erop dat alle voorzieningen ondertussen zijn erkend volgens het nieuwe kader, maar - buiten de deelnemers aan het pilootproject - nog de oude financieringswijze volgen. De deelnemers aan het pilootproject krijgen een budgetgarantie (en de impliciete mogelijkheid om meer middelen te krijgen). De andere

voorzieningen krijgen dit niet. De Inspectie van Financiën wijst op het risico van schending van het gelijkheidsbeginsel als die periode te lang duurt.

Het BVR vermeldt dat het pilootproject start op 1 januari 2026 en gedurende maximaal een jaar loopt, eenmaal verlengbaar met maximaal twee jaar.

De bedoeling is om in elk geval het nieuwe financieringsmodel uit te testen en, rekening houdend met de bevindingen hieruit, dat vooropgestelde model eventueel bij te kunnen sturen.

De resultaten van het pilootproject worden zichtbaar in de loop van het jaar nadat de piloot werd gestart. De financiële resultaten en de realisatie van het aanbod en van de functies van het werkjaar waarin het financieringsmodel wordt uitgetest, zullen immers pas bekend zijn in de loop van het jaar X + 1. Een jaar is ook te kort om de verschuivingen in de werking als gevolg van het nieuwe overheidskader te kunnen evalueren. In het jaar X+1 wordt, na eventuele bijsturing van het uitgeteste model, een regelgevend traject opgestart om het nieuwe financieringsmodel juridisch te verankeren. Gezien er niet enkel een BVR maar ook een decreetsaanpassing noodzakelijk zal zijn om de huidige financiering van CGG en CAR te wijzigen, evenals een IT-traject om dit nieuw financieringsmodel op grotere schaal uit te voeren (o.a. de inkanteling van de CGG-sector in de Vlaamse Sociale Bescherming), is na de definitieve beslissing van het in te voeren model, een periode van mogelijks twee jaar nodig, om het nieuw in te voeren financieringsmodel te verankeren. Op die manier zal het nieuwe financieringsmodel ten vroegste kunnen worden ingevoerd twee jaar na de finale beslissing over het model. In die tijd is het niet de bedoeling dat de deelnemende voorzieningen terug zouden moeten keren naar het oude financieringsmodel. Zij moeten dus de kans krijgen op een verlenging van de pilootfase in afwachting van een definitieve uitrol.

Het voorzien van bijkomend budget in de pilootfase is nodig om ervoor te zorgen dat de 'gewone operationele' werking verder kan verlopen, maar dat men tegelijk de mogelijkheden, die het nieuw financieringsmodel biedt, kan uittesten. Daartoe is een budgetgarantie noodzakelijk.

- Het bijgaande voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering werd aangepast aan het wetgevingstechnisch en taalkundig advies nr. 2023/470 van 24 november 2023.
- De Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, kamer gezondheid, gaf advies op 18 januari 2024 over het voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering.

De Raad uit zijn twijfels bij de dubbele finaliteit van het traject waarbij vooral de doelstelling om een eerste uitvoering te geven aan het decreet GG in twijfel wordt getrokken. De Raad betreurt daarbij dat niet alle spelers in de geestelijke gezondheidszorg in ogenschouw worden genomen, inclusief ook het aanbod dat gevat is door 'Vroeg en nabij', waardoor er onvoldoende evolutie kan zijn naar vraaggerichte zorg. De Raad vraagt om beperktere ambities in dit traject. Dit is volgens de Raad het mogelijk maken van een financieringsoefening dat een toekomstperspectief biedt aan de CAR en de administratief-technische integratie van de CGG in de Vlaamse Sociale Bescherming. De Raad uit verder zijn tevredenheid over het uitwerken van een minder

stringente financiering voor de CAR en merkt op dat ook de andere vanuit het RIZIV overgekomen revalidatieconventies GGZ dringend een perspectief op verandering moeten krijgen.

De Raad betreurt tevens dat het nieuwe overheidskader voor de CAR en CGG beperkt is tot de functies D, E en G, en de functies C en F en preventie buiten scope zijn. De Raad is tevreden dat de functie G wordt meegenomen, maar vindt deze onvoldoende helder uitgewerkt.

De Raad vraagt verder duidelijkheid over welke actoren zullen meegenomen worden in de verdere uitvoering van het decreet en vraagt dat er ook afstemming zou komen met de federale overheid in functie van de bevoegdheden ggz die op federaal niveau liggen. De Raad mist een redenering vanuit populatienoden en ziet te weinig kansen tot innovatie in deze hervorming omdat niet duidelijk is hoe men hiermee kan inspelen op nieuwe beleidsontwikkelingen (zoals de uitbouw van basis-psychologische zorg in de eerste lijn), op wijzigingen in de populatienoden, op initiatieven vanuit andere (netwerk)partners.

Wat de voornaamste kritieken van de Raad betreft, is het correct dat dit uitvoeringsbesluit nog maar een eerste stap is in een veel bredere oefening, waarbij een heel divers aanbod moet in ogenschouw worden genomen. Het BVR vertrekt weldegelijk van het begrippenkader en de visie van het decreet GG en de Vlaamse sociale bescherming (VSB), die goedgekeurd zijn door het parlement in de vorige legislatuur na uitgebreid overleg met alle actoren. In de visienota worden de concepten van het decreet GG concreet toegepast op de twee voorliggende sectoren. Hierover is uitgebreid overleg gepleegd met de CAR en de CGG. Een essentieel onderdeel hiervan is het vertrekken van functies en behoeftegericht werken, eerder dan van een aanbodgerichte benadering.

Net zoals dit bij de inkanteling in de VSB het geval is, is deze omvorming van het zorglandschap op basis van de principes van het decreet GG onmogelijk in één beweging te realiseren. Het ligt in de lijn van de verdere uitvoering van het decreet GG dat ook de andere vanuit het RIZIV overgekomen revalidatieconventies GGZ, en andere GGZ sectoren in de toekomst ook moeten worden herbekeken en ingepast in deze nieuwe benadering. Hiertoe zal met de verschillende actoren in de GGZ sector overleg gepleegd worden. De opmaak van uitvoeringsbesluiten voor deze andere sectoren is een opdracht voor de volgende legislatuur. Dit belet niet dat een eerste uitvoering van het decreet GG reeds kan worden aangevat voor CAR en CGG en doet geen afbreuk aan de waarde van deze eerste stap die met het BVR en de voorbereiding van een nieuwe financiering wordt gezet.

Wat de beperking betreft tot de functies D, E en G, vloeit deze keuze voort uit de aard van het zorgaanbod dat momenteel wordt meegenomen in dit BVR. De CAR en CGG zijn beide sectoren die nu al expertise hebben in ambulante, gespecialiseerde en interdisciplinaire geestelijk gezondheidszorg. Het is vanuit hun overeenkomsten ook hun kernopdracht. Zoals de visienota stelt: *“Het gaat om 2 sectoren die op ambulante wijze, gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aanbieden en daarbij voornamelijk 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.” In het voorliggende overheidskader worden de functies A, B, C en F niet meegenomen omdat zij ook op vandaag geen kernopdrachten voor beide centra zijn.

Preventie opdrachten maken geen deel uit van dit BVR, gezien de juridische basis voor de preventieopdrachten van CGG terug te vinden is in het preventiedecreet en niet in het decreet GG.

Wat de incentives voor innovatie betreft, biedt de erkenning van functies binnen de omschrijving hiervan brede beleidsruimte voor de voorzieningen om in te spelen op nieuwe beleidsontwikkelingen en wijzigingen in de populatienoden. Zeker voor de CAR opent deze evolutie deuren naar een meer dynamisch inspelen op de noden van de populatie. De latere registratie van de activiteiten binnen VSB zal tevens toelaten om beter op te volgen op welke manier die beleidsruimte wordt ingevuld. In een volgend stadium kunnen ook kwaliteitsindicatoren en programmatie als instrumenten worden ingezet om innovatie en het inspelen op de noden toe te laten en te stimuleren, binnen een welomschreven kader en monitoring, zoals dat in de visienota wordt omschreven.

De functie G werd omschreven in het BVR en nog nader toegelicht in de visienota. Deze functie wordt wat het onderdeel consult en liaison betreft concreet omschreven en gedefinieerd. Ook de populatiegerichte activiteiten worden omschreven in het BVR. Het BVR biedt, tevens, de mogelijkheid aan de minister om, waar nodig, dit nog verder te verduidelijken. Binnen de omschrijving is het immers de bedoeling om voldoende innovatie toe te laten.

- De Raad formuleert verder enkele meer punctuele aanbevelingen bij het voorontwerp van besluit.
 - *Doelgroep.* De Raad vraagt rekening te houden met ieders eigenheid en stelt dat het goed is dat voor de doelgroep van mensen met neurologische en zintuiglijke aandoeningen een tijdelijke overgangsmaatregel gevonden is. De Raad vraagt om ook in de toekomst zorggarantie voor deze doelgroep te bieden en een oplossing te zoeken die aansluit bij het geestelijk gezondheidsaanbod in Vlaanderen. Deze doelgroep zal op korte termijn niet uitgesloten worden van het gemeenschappelijk overheidskader CAR-CGG. In de toekomst is het echter de bedoeling dat de doelgroep neurologische en zintuiglijke aandoeningen een plaats krijgen in een nieuw overheidskader m.b.t. de fysieke revalidatie. Vanzelfsprekend zal rekening worden gehouden met de mogelijke impact van de toepassing van twee overheidskaders want administratieve overlast of onduidelijkheid voor de betrokken voorzieningen willen we vermijden.
 - *Wachttijd.* De Raad vraagt te concretiseren hoe in deze periode moet samengewerkt worden om de persoon met psychische zorgnoden niet los te laten. Dit wordt toegelicht in de visienota (bijlage): *“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.”

- *Toeleiding.* De Raad meent dat het BVR een rem zet op de directe toeleiding doordat het directe toeleiding onmogelijk maakt, met uitzondering van de cliënten die de voorbije 5 jaar reeds in een centrum in behandeling waren. De Raad aanvaardt dat de focus ligt op de doorverwijzing vanuit professionele dienstverleners, wat logisch is vanuit het perspectief van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg maar de huidige afbakening tot 5 jaar voor directe toeleiding is arbitrair gekozen en ook de omschrijving van het concept “doorverwijzing door een professionele dienstverlener” laat volgens de Raad te veel ruimte voor interpretatie en doet afbreuk aan een vraaggerichte logica. De Raad vraagt om dit beter te onderbouwen.

Een vraaggerichte logica sluit niet uit dat criteria kunnen worden bepaald m.b.t. de toegang tot een gespecialiseerd zorgaanbod. Een geïndiceerde behandeling moet over-met care (d.w.z. zorggebruikers zonder psychische stoornis die toch behandeling krijgen) zoveel mogelijk beperken. De zorg is vraaggestuurd vanuit het perspectief van de zorggebruiker. Maar een geïndiceerde behandeling is een manier om de zorg te organiseren.

In die zin wordt in het BVR een doorverwijzing vereist, behoudens in geval de gebruiker in de vijf voorafgaande jaren reeds gebruik gemaakt heeft van het aanbod. De vijf jaar is niet arbitrair, maar een inschatting van een redelijke termijn waarbinnen men nog kan stellen dat de problematiek waarvoor destijds werd doorverwezen nog relevant blijft.

De doorverwijzing door een professionele dienstverlener wordt uitvoerig toegelicht in de toelichting bij de artikelen (zie toelichting bij de definitie in artikel 1). De Raad staft niet waarom er ruimte zou zijn voor interpretatie. Het is evenmin duidelijk of de Raad hier pleit om doorverwijzing en toeleiding rechtstreeks door vrijwilligers te laten gebeuren, wat effectief is uitgesloten. Het lijkt niet wenselijk om een effectieve verwijzing door vrijwilligers te laten gebeuren. Niets belet echter dat de professionelen binnen de organisatie waar de vrijwilligers actief zijn, deze rol opnemen. Daarom werd de definitie van “professionele dienstverlener” zeer breed geformuleerd. De doorverwijzing door professionelen moet ook de garantie bieden dat de rol van de CAR/CGG zich wel degelijk op zorgniveau 2 situeert, met name “gespecialiseerde zorg”.

- *Financiering.* De Raad stelt dat het nodig zal zijn om extra middelen te voorzien indien naar één uniform forfait wordt geëvolueerd. De Raad vraagt om meerdere financieringsmodellen uit te werken en om ook de pilootfase voldoende te vergoeden voor bijkomende kosten, evenals het laten evolueren van de

budgetgarantie aan evoluties door indexering, toename anciënniteit of sociale akkoorden. De Raad wijst erop dat wanneer de Vlaamse Regering een nieuw financieringsmodel wil installeren om beide vormen te harmoniseren, er overleg nodig zal zijn met de sociale partners en ook nieuwe akkoorden zullen moeten afgesloten worden met het RIZIV. De Raad vraagt ook dat de zorgkassencommissie een rol zou kunnen spelen in doelgroep-bewaking en dat hierover overleg zou worden gestart met de zorgkassen. De Raad vraagt verder uitdrukkelijk om geen bijkomende financiële drempels te voorzien voor de gebruikers.

Het financieringsmodel zal in nauw overleg met de sector verder worden uitgewerkt en daarbij is het niet de intentie om bijkomende financiële drempels te voorzien voor de gebruikers, noch om de continuïteit bij de betrokken voorzieningen in gevaar te brengen. Om tegemoet te komen aan de bezorgdheden van de Raad met betrekking tot de timing van de uitwerking van het financieringsmodel, zal de startdatum van de pilootprojecten worden verschoven naar 1 januari 2026 in plaats van 1 januari 2025, zodat er voldoende tijd is voor overleg en de oefening ten gronde kan gemaakt worden. We voorzien dus meer tijd dan oorspronkelijk gepland om een nieuw model uit te werken en te toetsen op basis van reële data. De in de visienota reeds vastgelegde krijtlijnen voor de financiering met een organisatiegebonden kost enerzijds en een zorggebonden kost anderzijds, met een prestatiegebonden component, laten nog heel wat marge om in co-creatie het financieringsmodel met de betrokken actoren verder uit te werken.

- *Dataregistratie programmatie:* Het verzamelen van deze data mag niet leiden tot administratieve overlast en/of extra kosten met zich brengen. Mocht dit toch het geval zijn, dan moet dit gecompenseerd worden bij de financiering. Dit aandachtspunt zal meegenomen worden in de verdere uitwerking van het financieringsmodel. De data-verzameling zal zoveel mogelijk gekoppeld worden aan de bestaande registratie, onder meer in het kader van de VSB en het elektronisch patiëntendossier.

2. INHOUD

A. ALGEMENE TOELICHTING

Dit voorontwerp van besluit regelt de erkenning voor het uitvoeren van de functies gespecialiseerde diagnostiek (functie D) en gespecialiseerde behandeling (functie E) en de uitwisseling en het samen inzetten van expertise (functie G) voor de CAR en CGG, zoals omschreven in artikel 13 van het decreet GG. Deze functies situeren zich op regionaal niveau (zorgniveau 2A en 2B), zoals omschreven in artikel 8 van hetzelfde decreet.

Het uitgangspunt is dat CAR en CGG kunnen worden erkend om functies uit te oefenen voor afgelijnde doelgroepen. Het opdelen in functies is een eerste stap (naast de integratie in de Vlaamse Sociale Bescherming) om te evolueren naar vraaggestuurde zorg. Daarnaast dient het te zorgen voor meer continuïteit in zorg omdat het op langere termijn de 'schotten' tussen de sectoren/voorzieningen kan doen verdwijnen. Tot slot kan de gelijke erkenningsbasis, normering en financiering zorgen voor een gelijk spelveld en een eenduidiger aanbod voor de zorggebruiker. Ook een uniforme bijdrage van de overheid en patiënt zal hiertoe bijdragen. Het kan er ook voor zorgen dat CAR en CGG (in deze eerste fase) hun aanbod permanent kunnen 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 (samenwerking wordt nu bemoeilijkt door de verschillende financiering). Versnippering in organisatie en regelgeving en financiering is nu een rem op de integratie van de zorg rond de persoon, het afstemmen van het aanbod op de noden op individueel en op populatieniveau en de continue en noodzakelijke innovatie.

Zoals reeds eerder gesteld (cf. supra), is een gelijke financieringsmethodologie belangrijk. Het voorontwerp van besluit creëert de basis voor het opzetten van een pilootproject met het oog op het uittesten van een nieuwe financiering voor het uitvoeren van deze functies, met name voor het uitvoeren van de functies D, E en G. Het nieuw financieringsmodel gaat uit van de principes van de Vlaamse sociale bescherming, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen de zorggebonden kost en de organisatiegebonden kost. De voorwaarden voor het pilootproject zullen verder geregeld worden in een overeenkomst. Een deels forfaitaire en prestatiegerichte financiering wordt ontwikkeld. Gelet op het feit dat beide type voorzieningen momenteel op een andere manier gefinancierd worden, er diverse kostenstructuren zijn en de financiering niet steeds dezelfde kosten omvat, is verdere diepgaande analyse van de financiële gegevens van de voorzieningen noodzakelijk. Na de analyse kan de theoretische modellering gestart worden om deze daarna in de praktijk te testen en om na gaan of deze aangepaste financiering het doel bereikt. De nieuwe financiering zal in een latere fase worden opgenomen in de Vlaamse sociale bescherming. Hiertoe zullen ook de decreten betreffende de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg van 18 mei 1999 en het decreet Vlaamse sociale bescherming moeten worden aangepast.

Voorliggend voorontwerp van besluit voorziet eveneens in een erkenning voor de uitvoering van revalidatie voor neurologische en zintuiglijke aandoeningen voor de CAR.

B. TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

ARTIKEL 1

Dit artikel bevat een overzicht van de definities.

Zo wordt bepaald wat onder een Centrum voor Ambulante Revalidatie moet worden verstaan in het kader van dit voorontwerp van besluit, waarbij wordt verduidelijkt dat de universitaire Centra voor Ambulante Revalidatie hiermee niet worden beoogd.

In de definities wordt ook een omschrijving opgenomen van de “professionele dienstverlener”, zoals dit begrip wordt gehanteerd in dit voorontwerp van besluit. Hiermee wordt een breed veld voorzien van actoren die op een of andere wijze een professioneel aanbod verlenen ten behoeve van personen die vallen onder de doelgroep omschreven in dit besluit. Deze definitie is van belang om duidelijk te maken met welke actoren expertisedeling kan worden gedaan enerzijds en welke actoren kunnen doorverwijzen naar het aanbod van CAR en CGG anderzijds. Het kan onder meer gaan over scholen, 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, huisartsen of ziekenhuizen. Actoren die op een niet professionele wijze betrokken zijn bij de doelgroep zoals mantelzorgers, sportverenigingen of jeugdbewegingen of professionele actoren die geen aanbod verlenen aan de doelgroep zoals verzekeringsmaatschappijen, vallen hier niet onder.

ARTIKEL 2

Deze bepaling omvat het toepassingsgebied van het besluit en moet worden gelezen in samenhang met de definities hiervan in artikel 1, met verwijzing naar respectievelijk de decreten die de organisaties CAR en CGG omschrijven.

ARTIKEL 3 TOT EN MET 9

Deze artikelen regelen de procedure voor erkenning voor het uitvoeren van de functies D, E en G.

ARTIKEL 10

Dit artikel regelt de procedure voor het indienen van bezwaar tegen een negatieve beslissing met betrekking tot de erkenning bij de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

ARTIKEL 11

Dit artikel benoemt de voorwaarden voor erkenning en behoud van erkenning voor de functies D, E en G.

ARTIKEL 12 TOT EN MET 14

Deze artikelen regelen de aanmaning, schorsing en intrekking van de erkenning van functies.

ARTIKEL 15

Dit artikel bepaalt dat de functies zich situeren op het zorgniveau 2a en 2b, met name het regionaal en supraregionaal niveau. Het gaat immers om gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Deze functies situeren zich niet op het lokale niveau, zoals de generalistische basiszorg.

ARTIKEL 16 TOT EN MET 22

Deze artikelen omvatten een nadere omschrijving van de functies in uitvoering van het decreet geestelijke gezondheid van 5 april 2019. Dit geldt voorlopig enkel wat de CGG en CAR betreft.

De CAR en CGG moeten deze opdrachten zoals omschreven in dit besluit vervullen voor de gehele of een gedeelte van de doelgroep om erkend te kunnen worden of blijven voor het uitvoeren van functies. Zij kunnen een erkenning vragen voor een of meerdere functies.

Zo wordt onder meer verduidelijkt dat de functie G verschillende componenten omvat die deels individugericht en deels populatiegericht zijn, met name liaison en consult (individugericht) en expertisedeling (populatiegericht).

Liaison betreft het kortdurend inzetten van expertise door ad hoc individugerichte zorg op casusniveau ten behoeve van een individueel zorgplan van een zorggebruiker die in zorg of begeleiding is bij een andere zorg- of welzijnspartner of andere actor. 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 geestelijke gezondheidszorg.

Consult betreft het inzetten van expertise ten aanzien van een professionele dienstverlener op casusniveau. Consult richt zich tot de professionele dienstverlener. 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 of voorziening uit een andere sector die personen begeleiden waarbij er sprake is van psychische zorgnoden, bijvoorbeeld een team uit de pleegzorg, een school of een team CLB-medewerkers.

Populatiegericht kunnen de CAR en CGG hun expertise onder meer inzetten via het bekend maken en delen van de consequent gemonitorde data en het geven van 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. Zo kunnen de voorzieningen bijv. knowhow en data delen m.b.t. de evolutie van het suïciderisico. Zij kunnen hun expertise inzetten om het geestelijk gezondheidsaanbod regionaal mee te helpen coördineren en de toegang tot het netwerk mee vorm te geven in bijvoorbeeld kruispunten, Psychiatrisch Expertiseteams, Overkophuizen. Expertisedeling is ook gericht op de bevordering van de brede kennis rond geestelijke gezondheidszorg.

ARTIKEL 23

Dit artikel bepaalt dat functie G niet de personen betreft die in de eigen voorziening worden behandeld. Ook daarvoor kan expertisedeling noodzakelijk zijn, zoals bijvoorbeeld met de school of de omgeving van de persoon, die in behandeling is. Deze activiteit wordt gevat onder contextbegeleiding die deel uitmaakt van de functie gespecialiseerde behandeling (functie E).

ARTIKEL 24

Dit artikel omschrijft de doelgroep waartoe de voorzieningen zich kunnen richten en de wijze waarop dit moet worden aangetoond. Het gaat om personen met vermoeden van, risico op of

een vastgestelde ernstige psychische zorgnood. Dit wil zeggen dat het in eerste instantie gaat om een psychische zorgnood, gedefinieerd in het decreet geestelijke gezondheid van 5 april 2019 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. Tot de psychische zorgnooden behoren ook zorgnooden 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, zoals omschreven in het decreet van 5 april 2019. 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, wordt vertrokken 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.

De doelgroep omvat tevens personen met een neurologische en zintuiglijke aandoening, die niet gevat zijn door het decreet geestelijk gezondheid (zie ook toelichting bij artikel 26 en 27). 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 zonder risico op, vermoeden van of vastgestelde DSM 5 diagnose geïnccludeerd kan worden.

Binnen de beoogde doelgroepen onderscheiden we twee deelpopulaties: de deelpopulatie kinderen en jongeren, die de leeftijdsgroep omvat tot en met 23 jaar of de deelpopulatie volwassenen of ouderen. De deelpopulatie volwassenen omvat de leeftijdsgroep vanaf minimaal 16 jaar. De deelpopulatie ouderen omvat de leeftijdsgroep boven de 60 jaar.

ARTIKEL 25

Dit artikel omvat drie nadere vereisten om in aanmerking te komen voor een erkenning om functie D en E te mogen uitvoeren. Het moet gaan om een zorgnood van de gebruiker die een gespecialiseerde multidisciplinaire of interdisciplinaire aanpak vereist, die mogelijk is in een ambulante context en waarvoor een doorverwijzing werd gedaan door een professionele dienstverlener. Het kan bijvoorbeeld gaan om een zorgaanbieder of zorgverlener, een school of een andere professionele actor die deze nood heeft gedetecteerd. Het gaat dus om een zeer ruime omschrijving van mogelijke doorverwijzers. Een uitzondering op de vereiste van doorverwijzing wordt gemaakt voor de situaties waarin de persoon reeds eerder in behandeling was bij dezelfde voorziening (binnen een termijn van vijf jaar).

ARTIKEL 26, 27 en 28

Deze artikelen regelen de erkenning voor het uitvoeren van behandelingen van personen met neurologische en zintuiglijke aandoeningen. Bedoeling is dat deze doelgroep in het gezamenlijke overheidskader CAR en CGG wordt meegenomen, in afwachting van een specifiek kader voor de revalidatie van personen met deze problematiek. Dit geldt enkel voor de CAR die reeds in een dergelijk aanbod voorzagen op 1 januari 2023. Een meer precieze omschrijving van de betrokken doelgroep wordt uitgewerkt in een overeenkomst.

Aangezien deze doelgroep van neurologische en zintuiglijke aandoeningen niet gevat is door het decreet geestelijke gezondheid van 5 april 2019, maar dit ontwerp van besluit streeft naar een geïntegreerde aanpak, wordt naar analogie met voornoemd decreet geestelijke gezondheid, een gelijkaardige regeling getroffen met betrekking tot de erkenning voor het behandelen van deze doelgroep. Deze is gebaseerd op het artikel 74 van het Overnamedecreet, dat toelaat de voorwaarden te regelen met betrekking tot de doelgroep en het revalidatieprogramma. Bedoeling is dus dat de voorziening die beide doelgroepen behandelt, slechts moet rekening houden met één normenkader dat een gelijke logica volgt op vlak van voorwaarden en administratieve uitwerking. Hiermee vermijden we dat de betrokken doelgroep en de desbetreffende voorzieningen in een vacuüm terecht zouden komen of gehinderd zouden worden door een complex overheidskader dat voor een gelijkaardige behandeling aan verschillende normen zou moeten beantwoorden, zowel op vlak van inhoudelijke voorwaarden als op vlak van administratieve afhandeling.

ARTIKEL 29

Dit artikel bepaalt dat de nadere modaliteiten betreffende het uitvoeren van functies kunnen omschreven worden in overeenkomsten. Zowel het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, als het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheid, bepalen dat een overeenkomst moet worden gesloten tussen de Vlaamse Regering en de voorzieningen met een nadere specificering van verbintenissen in het kader van hun opdracht. De mogelijkheid wordt hiermee voorzien om, waar nodig, de overeenkomsten af te stemmen op dit voorontwerp van besluit.

ARTIKEL 30 TOT 34

Deze artikelen regelen de doelstelling voor het opzetten van een pilootproject met tijdelijk en vernieuwend karakter, meer bepaald om een financiering op basis van functies, met inbegrip van de financiering voor de neurologische zintuiglijke revalidatie, uit te testen. Het betreft immers een belangrijke wijziging in de financiering van de voorzieningen, namelijk een financiering op basis van functies in plaats van een enveloppefinanciering of prestatiefinanciering (los van functie). Dit is een complexe oefening, waarbij zorgvuldig moet worden nagegaan wat de effecten zijn van een nieuw financieringsmodel, alvorens dit op grote schaal uit te rollen.

Voor deelname aan de piloot is een erkenning vereist op basis van de bepalingen van dit ontwerpbesluit.

De nadere modaliteiten van het pilootproject met inbegrip van de modaliteiten inzake financiering die worden uitgetest, worden omschreven in een overeenkomst gesloten tussen het departement en de betrokken voorzieningen.

Voorafgaand aan het pilootproject wordt een modelleringsfase voorzien, waarin simulaties zullen worden gemaakt van een of meerdere varianten van het financieringsmodel zoals conceptueel uitgewerkt in de visienota m.b.t. één gemeenschappelijk overheidskader voor CAR en CGG. Na de modellering zal duidelijker kunnen worden bepaald aan welke criteria de voorzieningen, die deelnemen aan de piloot, zullen moeten beantwoorden. Indien we bijvoorbeeld tijdens de modellering vaststellen dat de grootte van de voorziening een belangrijke impact heeft, zal het belangrijk zijn om daarmee rekening te houden. Om die reden wordt ook gekozen om deze criteria en voorwaarden vast te leggen in de overeenkomsten met de betrokken voorzieningen.

Het pilootproject start op 1 januari 2026 en loopt gedurende maximaal twee jaar, eenmaal verlengbaar met maximaal twee jaar.

Voor het uittesten van de nieuwe financiering is er nood aan een regelluw kader. De deelnemende voorzieningen kunnen afwijken van de voorwaarden inzake doelgroep en financiering zoals bepaald in de overeenkomsten, die momenteel op hen van toepassing zijn op grond van het VSB-decreet en het decreet betreffende de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Een budgetgarantie wordt voorzien voor de voorzieningen die instappen in de piloot. De CGG zullen minimaal de financiering ontvangen, waarop zij recht hebben in 2024 op basis van artikel 24 van het decreet van 18 mei 1999 betreffende de centra geestelijke gezondheidszorg en de geldende overeenkomsten in uitvoering hiervan. De CAR zullen minimaal de financiering ontvangen, waarop zij recht hebben in 2024 op basis van artikel 154/10 van het Decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse Sociale Bescherming, het BVR en de geldende overeenkomsten in uitvoering hiervan.

ARTIKEL 35

Dit artikel regelt de inwerkingtreding van enkele bepalingen van het decreet geestelijke gezondheid van 5 april 2019. Zo worden enkele definities in werking gesteld, evenals de artikelen op basis waarvan dit besluit de erkenning regelt voor het uitvoeren van functies, waaronder het artikel 5 dat de erkenning van functies betreft en artikel 6, §1 en 2 die de onder meer erkenningsaanvraag, het basisdossier, de vereiste van een bedrijfsrevisor omschrijven. Daarnaast worden ook het artikel 8 met betrekking tot de zorgniveaus, de artikelen 13, 14 en 16 over de functies, artikel 17 dat subsidies mogelijk maakt voor de uitvoering van functies en het artikel 23 dat toelaat projecten met tijdelijk en vernieuwend karakter te subsidiëren en de artikelen 26, eerste lid, 28 en 29 met betrekking tot toezicht, schorsing en intrekking van de erkenning in werking gesteld en artikel 27 m.b.t. de mogelijkheid van terugvordering van subsidies. Dat geldt telkens enkel voor CAR en CGG.

Dit artikel regelt eveneens de inwerkingtreding van verschillende wijzigingsbepalingen van het decreet geestelijke gezondheid van 5 april 2019. Meer bepaald treden wijzigingen in werking aan het decreet van 18 mei 1999 betreffende de centra voor geestelijke gezondheidszorg en aan de

decreten van 21 juni 2013 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en van 15 juli 2016 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

ARTIKEL 36

Dit artikel verduidelijkt dat de geldende overeenkomsten, na inwerkingtreding van dit besluit, van toepassing blijven voor de voorzieningen die niet deelnemen aan het pilootproject. Voor de voorzieningen die deelnemen aan het pilootproject, worden de overeenkomsten buiten werking gesteld.

ARTIKEL 37

Dit artikel bepaalt dat de de Vlaamse minister bevoegd voor de gezondheids- en woonzorg, en de Vlaamse minister, bevoegd voor de sociale bescherming, ieder wat hem of haar betreft, belast zijn met de uitvoering van dit besluit.

3. BESTUURLIJKE IMPACT

A. BUDGETTAIRE IMPACT VOOR DE VLAAMSE OVERHEID

De inwerkingtreding van dit BVR heeft geen budgettaire impact, voor zover het gaat om de erkenning van voorzieningen voor het uitvoeren van functies in het kader van het Decreet geestelijke gezondheid. De mogelijk budgettaire impact van het uittesten van een nieuw financieringsmodel in een pilootfase zal tijdens de modellering verder worden ingeschat. Dit zal via een apart subsidiebesluit binnen de beschikbare kredieten worden gefinancierd.

B. ESR-TOETS

Niet van toepassing.

C. IMPACT OP HET PERSONEEL VAN DE VLAAMSE OVERHEID

Voorliggend voorontwerp van besluit heeft geen impact op het personeel van de Vlaamse overheid.

D. IMPACT OP DE LOKALE EN PROVINCIALE BESTUREN

Voorliggend voorontwerp van besluit heeft geen impact op de lokale en provinciale besturen.

4. VERDER TRAJECT

Na de tweede principiële goedkeuring van dit voorontwerp van besluit, zal het ter advies overgemaakt worden aan de Raad van State.

5. VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering beslist:

- 1° haar principiële goedkeuring te geven aan het bijgaande voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering tot de uitvoering van het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en de ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod wat betreft de Centra voor Ambulante Revalidatie en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg;
- 2° de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin te gelasten over voornoemd voorontwerp van besluit het advies in te winnen van de Raad van State, met het verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van dertig dagen, met toepassing van artikel 84, §1, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State.

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Hilde Crevits