RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE - EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
Galileelaan 5/01 - 1210 Brussel

Dienst Geneeskundige Verzorging

VERZEKERINGSCOMITE

Nota CGV 2021/239 Brussel, 26 juli 2021

Onderwerp : Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en elk netwerk geestelijke gezondheid betreffende de financiering van de psychologische functies in de eerstelijn via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.

INHOUD :

In deze nota wordt voorgesteld om de overeenkomst in bijlage 1 te sluiten met de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen en kinderen en adolescenten, als onderdeel van een verdere implementatie van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Het gaat in totaal om 32 netwerken, elk met zijn eigen werkgebied (kaarten in bijlage 2). Samen bestrijken de netwerken het hele land. Deze opdracht van de netwerken kadert binnen een context van transitie naar de gestructureerde inbedding, tijdens de looptijd van deze overeenkomst, van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijngezondheidszorg en binnen de bredere context van 4AIM.

MOTIVATIE:

Op 2 december 2020 werd tussen de federale regering en de gewesten en gemeenschappen een protocolakkoord gesloten over de gecoördineerde aanpak van de versterking van het aanbod van geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder voor de kwetsbare doelgroepen die het zwaarst getroffen zijn door de COVID-19-pandemie.

Daartoe werd, in het kader van het begrotingsobjectief van de verplichte ziekteverzekering, het reeds beschikbare budget van 39,3 miljoen euro vanaf 2021 verhoogd met 112,5 miljoen euro om de functie van eerstelijnspsychologische zorg en gespecialiseerde ambulante geestelijke gezondheidszorg verder te ontwikkelen in samenwerking en complementariteit met het bestaande aanbod, en in directe samenhang met de hervormingen van de geestelijke gezondheidszorg.

Deze overeenkomst bouwt voort op de eerste overeenkomst over de eerstelijnspsychologische zorg (nota CGV nr. 2018/406) en houdt rekening met tal van de aandachtspunten en aanbevelingen die zijn geformuleerd tijdens verschillende bijeenkomsten van de Transversale overeenkomstencommissie voor de geestelijke gezondheid (zie bijlage 3 "Organisatie en financiering van eerstelijns ambulante psychologische zorg vanuit het perspectief van “public mental health”).

De onderhavige overeenkomst is een verdere stap in het aanbod van de psychologische zorg aan de bevolking en in de verdere ontwikkeling van eerstelijns- en gespecialiseerde psychologische zorg in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Dit vormt een belangrijke aanvulling op het reeds bestaande aanbod.

De eerstelijnspsychologische zorg betreft interventies die tot doel hebben de autonomie of de zelfzorg te versterken, via vraagverheldering een evaluatie van de hulpvraag, begeleide zelfhulp, psycho-educatie, empowerment en opbouw van veerkracht en door ondersteuning van eerstelijnsactoren en doorverwijzing indien nodig.

Het doel is ervoor te zorgen dat de behoeften van de patiënt zo vroeg mogelijk worden opgespoord (vroegdetectie) en op passende wijze worden behandeld ("matched care"). De overeenkomst regelt de financiering van twee psychologische functies in de eerstelijnszorg: de functie eerstelijnspsychologische zorg en de functie gespecialiseerde psychologische zorg.

Afhankelijk van de hulpvraag kan de interventie preventief gericht zijn op het ondersteunen van zelfzorg en veerkracht als onderdeel van de functie eerstelijnspsychologische zorg. Indien uit het functioneel bilan blijkt dat behandeling van de onderliggende psychische stoornis noodzakelijk is, wordt op binnen het netwerk beroep gedaan op de functie gespecialiseerde psychologische zorg.

Deze psychologische zorg in de eerstelijn is belangrijk om de behandelkloof ("unmet needs") te verminderen bij de bevolking die psychische problemen heeft (of dreigt te krijgen) en die, bij gebrek aan adequate zorg en zelf geen hulp zoekt te laat beroep doet op geestelijke gezondheidszorg (gemiddeld 10 jaar of langer). Hetzelfde kan worden gezegd van zorg die aangeboden wordt maar onvoldoende afgestemd is op de zorgnood en andere hulpvragen die eerder van somatische of sociale aard zijn.

De bijgevoegde overeenkomst is het resultaat van maandenlang overleg binnen de "Transversale overeenkomstencommissie geestelijke gezondheid". Aangezien dit voorstel een aanvulling is op hetgeen reeds bestaat op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, is dit akkoord ook afgestemd met de deelentiteiten (interkabinettenwerkgroep GGZ van de Interministeriële conferentie over de volksgezondheid).

TOELICHTING BIJ DE OVEREENKOMST

a) onderwerp van de overeenkomst

De overeenkomst wordt gesloten tussen het Verzekeringscomité en de 32 netwerken voor geestelijke gezondheidszorg.

Het bepaalt

1. de voorwaarden voor de aanwending door het netwerk van de financiële middelen die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden ter beschikking gesteld, in het bijzonder voor de financiering van de ambulante eerstelijnszorg voor de twee zorgfuncties.
2. hoe financiële middelen beschikbaar worden gesteld aan het netwerk via het ziekenhuis als vertegenwoordiger van het netwerk en hoe de uitgaven worden opgevolgd en geregulariseerd.
3. de persoonlijk aandeel van de rechthebbende bij de directe patiëntenzorg.

b) Psychische zorgfuncties

Deze overeenkomst beschrijft twee zorgfuncties die op een geïntegreerde manier worden georganiseerd: de functie van eerstelijns psychologische zorg en de functie van gespecialiseerde psychologische zorg. Het uitgangspunt is om de behoeften van de patiënt zo snel mogelijk te detecteren.

De functie eerstelijnspsychologische zorg biedt psychologische interventies van korte duur en/of lage intensiteit. Deze zorg stelt rechthebbenden in staat om een gezonde levensstijl en een bevredigende levenskwaliteit te behouden of, indien nodig, te herstellen. Sessies kunnen individueel worden uitgevoerd, zorg op afstand (telegeneeskunde) of als een specifieke groepsinterventie. Een individuele sessie wordt uitgevoerd door een klinisch psycholoog/klinische orthopedagoog. Een groepsinterventie wordt onder toezicht van zorg- of hulpverleners of ervaren deskundigen, van wie ten minste één klinisch psycholoog/ orthopedagoog is.

De functie van gespecialiseerde psychologische zorg is gericht op mensen die gespecialiseerde zorg nodig hebben vanwege hun onderliggende psychische aandoening. Deze psychologische verstrekkingen zijn gericht op psycho-diagnose en behandeling. Ze kunnen individueel, op afstand (telegeneeskunde) of als specifieke groepsinterventie worden uitgevoerd.

Dit betekent dat de interventie specialistisch is waarvoor specifieke technieken worden gebruikt. Deze behandeling wordt uitgevoerd door klinisch psychologen/orthopedagogen met specifieke vaardigheden, die kunnen worden aangetoond via het portfolio van de zorgverlener.

c) Specifieke bepalingen voor behandelingssessies

1. Als onderdeel van de eerstelijnsfunctie hebben volwassenen (+ 15 jaar) recht op maximaal 8 individuele sessies of 5 groepssessies per periode van 12 maanden. Kinderen en adolescenten (-23 jaar) hebben recht op maximaal 10 individuele sessies of 8 groepssessies per periode van 12 maanden.

   In uitzonderlijke gevallen kan een extra sessie nodig zijn om een behandelingsprogramma van respectievelijk 8 of 10 individuele sessies af te ronden. Het aantal uitzonderlijke gevallen mag niet meer bedragen dan 5 % van het totale aantal begunstigden.

2. Binnen de functie gespecialiseerde zorg hebben volwassenen (+ 15) recht op gemiddeld 8 individuele sessies (maximaal 20) of maximaal 12 groepssessies per periode van 12 maanden. Kinderen en adolescenten hebben recht op gemiddeld 10 individuele sessies (maximaal 20) of maximaal 15 groepssessies.
   a. De gespecialiseerde functie kan alleen worden vergoed na een aanvraag aan het netwerk van de ambulante gespecialiseerde GGZ, op basis van een functioneel bilan opgemaakt door een klinisch psycholoog/orthopedagoog en een arts conform de daarbij behorende netwerkafspraken, ondermeer op vlak van oriëntatie van de zorg.
   b. Tijdens de individuele reeks van gespecialiseerde psychologische zorg wordt een tussentijdse evaluatie uitgevoerd door middel van een functioneel bilan of een multidisciplinair overleg.
3. Gedurende een periode van 12 maand doet een rechthebbende ofwel beroep op het netwerk van kinderen en adolescenten ofwel op het netwerk voor volwassenen.
4. In het geval van individuele sessies met kinderen en adolescenten is het mogelijk dat een sessie wordt gevolgd alleen met ouders, voogden of familieleden.
5. Het doel is om de eerste individuele sessie uit te voeren binnen een week tot één maand vanaf het moment dat de rechthebbende of zijn/haar entourage hulp heeft aangevraagd bij de klinische psycholoog/orthopedagoog in de eerstelijn.
6. De verstrekker en de rechthebbende zijn fysiek aanwezig op een plaats die geschikt is voor de situatie van de betrokkene. Als de rechthebbende vooraf toestemming geeft en de drempel om zich te verplaatsen te hoog is, kunnen de sessies plaatsvinden in de eigen leefomgeving van de rechthebbende. Evenzo kunnen zij, indien aan de voorwaarden van artikel 3, lid 3 en artikel 5, § 2 is voldaan, ook via videoconferentie worden uitgevoerd.

d) Proces m.b.t. verwijzing van de rechthebbende, overleg en rapportering

1. Het verzoek kan worden ingediend op initiatief van de rechthebbende zelf, zijn/haar entourage of na oriëntatie door een zorg- of hulpverlener.
2. Klinische psychologen/orthopedagogen voeren tezamen met een lokale actor uit de eerste lijn een functionele bilan uit bij het eerste contact. Deze beoordeling is een communicatiemiddel voor andere netwerkpartners en dient ook als indicatie voor gespecialiseerde zorg.
3. Op elk moment van het traject kan een sessie worden gebruikt om de persoon naar meer gecoördineerde zorg (om) te leiden.
4. Indien, na een tussentijdse evaluatie binnen de reeks van individuele gespecialiseerde psychologische zorg, er vanwege de complexiteit behoefte is aan extra deskundigheid, kan multidisciplinair overleg worden voorzien. Indien tijdens dit overleg ten minste drie zorgverleners aanwezig zijn (bv. een psychiater, een huisarts, een gespecialiseerde psychologische zorgverlener), kan per rechthebbende tot één keer per periode van 12 maanden een terugbetaling worden gevraagd van maximum 225 euro voor de vergoeding van de betrokkenen bij dit overleg.

5. Indien een eerstelijnspsychologische interventie plaatsvindt, wordt onderbroken of gericht wordt naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, moet er, in het belang van de rechthebbende en afhankelijk van zijn of haar toestemming of die van de ouders of wettelijke voogd, tijdens de loop van/aan het einde van de interventie of na de verwijzing een mededeling plaatsvinden aan de GMD-houdende arts (of aan de GMD-houdende huisartsenpraktijk) om hem in kennis te stellen van de ondersteuning/oriëntatie en/of om het vervolg en/of de passende vervolgzorg te bespreken.
6. Informatie over de patiëntenrechten en contactgegevens van ombudspersonen, patiënten- en familieverenigingen worden ter beschikking gesteld aan rechthebbende en/of zijn context.

e) Cumulregels

1. Per dag per rechthebbende is slechts 1 psychologische sessie of groepsinterventie vergoedbaar, met uitzondering van een sessie met de ouders, voogd of familielid.
2. De vergoeding van multidisciplinair overleg kan niet worden gecombineerd met andere vergoedingen voor overleg.

f) Opdrachten van klinische psychologen/orthopedagogen

1. Een overeenkomst met het netwerk aan te gaan en zich engageert in de netwerken volwassenen/ouderen en/of kinderen en jongeren samen voor minstens 8u/week;
2. Moet in het bezit te zijn van een visum en erkenning als klinisch psycholoog/orthopedagoog, onder die voorwaarden een Riziv-nummer hebben, en relevante ervaring aantonen via zijn portfolio. De statuten van zelfstandigen en werknemers worden beide aanvaard, maar het is niet toegestaan om voor de duur en de opdracht een andere vergoeding te ontvangen;
3. Ethische en evidence-based werkwijze toepassen;
4. Opleiding krijgen over de werking van het netwerk en deelnemen aan de door het netwerk georganiseerde intervisies/supervisies;
5. Psychologische sessies en andere opdrachten uitvoeren in het werkterrein van het netwerk waarmee hij een overeenkomst heeft gesloten (bij voorkeur in de woonomgeving van de rechthebbenden);
6. Voor elke rechthebbende een individueel dossier bijhouden;
7. De rechthebbende in kennis stellen van het traject die hij volgt en het aantal sessies dat (nog) mogelijk is (op basis van informatie die door het netwerk of door de rechthebbende in het kader van de anamnese wordt verstrekt);
8. Het persoonlijke aandeel van de rechthebbende innen.

g) Ontwikkeling van een kwaliteitscultuur

Het netwerk GGZ engageert zich om actief mee te werken aan de verdere uitbouw en ontwikkeling van een kwaliteitscultuur die aansluit bij initiatieven van de federale overheid en de deelstaten. De ontwikkeling van een kwaliteitscultuur binnen het netwerk GGZ houdt gedeelde overtuigingen, waarden, houdingen, instellingen en gedragspatronen in die gericht zijn op een continue kwaliteitsverbetering van de zorgverlening: voor veilige, effectieve, efficiënte, gelijke en tijdige zorg waarbij de patiënt centraal staat. Patiëntgerichtheid is een belangrijk kwaliteitselement.

Om een mentaliteitsverandering te stimuleren, moet de kwaliteitscultuur deel uitmaken van elke opdracht van het netwerk en van elke actor die betrokken is bij de zorg.

h) Opdrachten van de netwerken

De netwerken zijn verdeeld over enerzijds die welke geestelijke gezondheidszorg aanbieden voor volwassenen (+ 15 jaar) en anderzijds over deze voor kinderen en adolescenten (-23

jaar). Elk netwerk wordt vertegenwoordigd door een ziekenhuis dat de overeenkomst ondertekent.

De netwerken zullen samenwerkingsovereenkomsten sluiten met lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden (partnerschappen) om te streven naar een alomvattende integratie van de geestelijke gezondheidszorg (macro, meso, micro).

De netwerken zullen multidisciplinaire samenwerking stimuleren door middel van een tweeledige aanpak:

1. aan de ene kant de ontwikkeling van functionele relaties met lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden op buurt- of wijkniveau met de actoren uit de eerste lijn.
2. aan de andere kant, met de verstrekking van de ambulante gespecialiseerde geestelijke gezondheid.

Netwerken moeten de volgende taken uitvoeren:

1. De vertaling te maken van een populatiemanagement van het netwerk GGZ naar de lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en de patiëntenstromen
2. De administratieve organisatie op zich te nemen van federaal ondersteunde vormingsprogramma's binnen het netwerk GGZ en van de intervisie/supervisie van de psychologische zorg via de lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden
3. Daar waar een "project geïntegreerde zorg" is waarmee het Verzekeringscomité een overeenkomst heeft gesloten, doet het netwerk GGZ hierop een beroep.
4. De netwerken kinderen/jongeren en volwassenen/ouderen sluiten tegen 31 december 2021 gezamenlijk en op provinciaal niveau een overeenkomst met lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden (zie artikel 11, lid 5).
5. Binnen het netwerk een lokale coördinator aan te wijzen om de psychologische functie en de taken van het netwerk in het kader van deze overeenkomst uit te voeren en te ontwikkelen.
6. Via het ziekenhuis - in het kader van de elektronische facturatie aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende of de VZW IM - de informatie meedelen van de persoonlijke aandelen die geïnd worden in toepassing van deze overeenkomst.
7. Voor het realiseren van de 2 functies zal het netwerk GGZ een beroep doen op zorg- of hulpverleners door zelfstandigen en erkende organisaties waarmee het netwerk GGZ een aannemings- of een samenwerkingsovereenkomst sluit (zie artikel 11, lid 8).
8. Initiatieven ontwikkelen om een kwaliteitscultuur aan te moedigen.
9. Geen vergoedingen uit te keren voor opdrachten die al via een andere regelgeving gefinancierd zijn.
10. De opleiding over de werking van het netwerk GGZ en de coördinatie van de intervisie/supervisie.
11. Verslagen op te stellen voor het Riziv waaruit enerzijds de duurzaamheid van het beheer van het netwerk blijkt en anderzijds de evaluatie mogelijk maakt van de uitvoering van de opdrachten waarop deze overeenkomst betrekking heeft.
12. Meewerken aan een evaluatieonderzoek die in het kader van deze overeenkomst wordt uitgevoerd.

Elk netwerk heeft een maximumbudget. Dit budget wordt specifiek per netwerk bepaald volgens een wetenschappelijke methode die rekening houdt met het aantal inwoners, de leeftijd en de prevalentie van stoornissen en de sociaaleconomische status per netwerk.

i) Verwachtingen t.a.v. het lokale multidisciplinaire samenwerkingsverband

De organisatie van de eerstelijn, zowel voor de geestelijke als voor de somatische gezondheidszorg is een opdracht van de deelentiteiten. Van het netwerk GGZ wordt verwacht dat het in overleg gaat met de reeds bestaande structuren ("lokaal multidisciplinair samenwerkingsverband") en met de overheden (Gemeenschap/Regio/plaatselijk) om gezamenlijk de psychologische zorg te integreren in de eerste lijn. Essentieel is dat het lokaal multidisciplinair samenwerkingsverband betrekking heeft op de volledige bevolking van een omschreven territorium en erkend of aangewezen is door de bevoegde entiteit.

Dit partnerschap moet de belanghebbenden in de regio een visie geven die in overeenstemming is met het bovengenoemde protocol van 2 december 2020.

De netwerken geestelijke gezondheidszorg monitoren de inzet van de middelen in functie van populatiemanagement en stratificatie (behoeften aan psychologische zorg in kaart brengen) in samenwerking met de lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.

j) Begroting van de financiële middelen per netwerk (art. 13)

Voor de uitvoering van de opdrachten beschikken het netwerk en het ziekenhuis over een totale jaarlijkse begroting die wordt berekend op basis van de bevolking van het netwerk en de behoeften ervan (populatiefinanciering).

Betaling van dit bedrag gebeurt centraal voor alle verzekeringsinstellingen via de VZW IM.

1. 90 % van de jaarlijkse begroting zal worden gebruikt voor de financiering van rechtstreekse zorg aan de rechthebbenden (sessies, multidisciplinair overleg, inclusieforfait) en 1/12 van dit bedrag zal maandelijks worden voorgeschoten.
2. 10 % zal worden gebruikt voor de financiering van de werkingskosten en voor de uitvoering van de verschillende opdrachten door het netwerk. 50 % van dit bedrag wordt betaald bij de ondertekening van de overeenkomst (september 2021), gevolgd door 25 % tegen 30 juni 2022 en tegen 31 januari 2023.

Deze voorschotten worden geregulariseerd op basis van elektronische facturen die het netwerk centraal bij de verzekeringsinstellingen indient via de VZW IM. Het netwerk zal alle mogelijke bewijsstukken van de aangerekende kosten ter beschikking houden: facturen, loonstaten, rapporteringen van acties, verslagen van vergaderingen, vergoeding sessies, enz.

Ten laatste met ingang van 1 maart 2022 wordt het proces van betaling en facturatie zoals geregeld in dit artikel vervangen door een elektronisch systeem dat, na advies van de overeenkomstencommissie ziekenhuizen-VI's en goedgekeurd door het Verzekeringscomité, ter beschikking zal gesteld worden door de verzekeringsinstellingen waarin de gegevens omtrent de zorgverlening en het geïnde persoonlijk aandeel in een beveiligde omgeving kunnen worden meegedeeld, en op basis waarvan ondermeer:

1. De betalingen aan het netwerk op een centrale wijze kunnen worden geregeld;
2. De klinisch psycholoog/orthopedagoog kan kennis nemen van de verzekerbaarheidsgegevens;
3. De rechthebbende een bewijsstuk kan krijgen;
4. Het netwerk geïnformeerd wordt omtrent de gerealiseerde zorgverlening en over een set van individuele en geaggregeerde gegevens die de evaluatie van het netwerk moet ondersteunen; dit binnen een termijn van 3 maanden na de maand waarin de gegevens werden overgemaakt.
5. De GMD-houdende huisarts of GMD-houdende huisartsenpraktijk kan geïnformeerd worden omtrent de psychische zorg die aan zijn patiënt in het kader van deze overeenkomst wordt verleend.
6. De FOD en het RIZIV geïnformeerd worden omtrent de gerealiseerde zorgverlening en over een set van geaggregeerde gegevens die de evaluatie van de overeenkomst met het netwerk ondersteunt; dit binnen een termijn van uiterlijk 3 maanden na de maand waarin de gegevens werden overgemaakt.

k) Specifieke regels in verband met het aanrekenen van opdrachten vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (art. 14)

De hieronder vermelde bedragen omvatten, indien van toepassing, persoonlijke aandelen.

1. Voor elke nieuwe rechthebbende met wie een traject is overeengekomen, kan de klinische psycholoog/orthopedagoog 60 euro per periode van 12 maanden in rekening brengen voor administratieve taken, multidisciplinaire samenwerking, enz.

2. De vergoeding van klinisch psychologen en orthopedagogen bedraagt 75 euro per individuele sessie (60 minuten, waarvan ten minste 45 minuten contact met de patiënt).
3. Voor een groepsinterventie kan 400 euro in rekening worden gebracht als het wordt aangeboden door twee klinische psychologen/orthopedagogen of 326 euro als het wordt uitgevoerd door een klinisch psycholoog/orthopedagoog en een andere zorg- of hulpverlener of ervaringsdeskundige.
4. Voor alle deelnemers aan het multidisciplinair overleg kan maximaal 225 euro in rekening worden gebracht.

l) Indexering

Alle bedragen, met uitzondering van het persoonlijk aandeel, worden jaarlijks geïndexeerd.

m) Persoonlijk aandeel van de rechthebbende

Het persoonlijk aandeel is 4 euro (voorkeursregeling) of 11 euro per individuele sessie, of 2,5 euro voor groepssessies. Deze bijdrage wordt geïnd door de klinisch psycholoog/orthopedagoog, die daarvoor een bewijsstuk aflevert.

Voor de eerste individuele sessie eerstelijnspsychologische zorg kan geen persoonlijke bijdrage aan de rechthebbende worden aangerekend. In geval van ondersteuning aan een eerstelijnsactor, in de context van een rechthebbende, wordt ook geen persoonlijk aandeel aangerekend.

Afgezien van de persoonlijk aandeel, mag aan de rechthebbende geen toeslag in rekening worden gebracht.

n) Doelgroepen kinderen/adolescenten en volwassenen/ouderen

Naast de twee functies wordt een onderscheid in de zorg ook gemaakt op basis van twee overlappende leeftijdscategorieën:

1. jonger dan 23 jaar (netwerken van kinderen en adolescenten)
2. ouder dan 15 jaar (volwassenennetwerken).

Overlapping zorgt voor een aanbod aangepast aan de overgangsleeftijd (15-23 jaar). Voor personen in deze leeftijdsgroep wordt het zorgnetwerk (jonge of volwassene) aangegeven op basis van de aard van hun behoeften.

o) Follow-up – begeleidingscomité

Er wordt een begeleidingscomité opgericht om de uitvoering van deze overeenkomst te waarborgen, waarvan de samenstelling en de taken nader zijn omschreven in artikel 18.

De evaluatie zal ook gebeuren door middel van een wetenschappelijke studie.

p) Overgangsbepalingen van de huidige overeenkomst

Voor de bepaling van het aantal sessies wordt geen rekening gehouden met het aantal sessies in uitvoering van de vorige overeenkomst (“overeenkomst ELP”).

Het netwerk en het ziekenhuis delen aan het Riziv het overzicht mee van de aanwending van de bedragen die zijn gestort in uitvoering van artikel 16 van “overeenkomst ELP”. De op 1 september 2021 nog niet aangewende bedragen kunnen mits akkoord van het Riziv worden aangewend voor de vergoeding van de opstartkosten binnen deze overeenkomst.

q) Geldigheid van de overeenkomst

1. Deze overeenkomst treedt in werking op de eerste dag van de maand volgende op de ondertekening van de overeenkomst en niet eerder dan 1 september 2021. Ze vervangt

de vorige overeenkomst. De overeenkomst wordt ondertekend door het netwerk en door het ziekenhuis dat het netwerk vertegenwoordigt.

2. De overeenkomst is geldig tot en met 31/12/2023.

r) Specifieke verbintenis

Door de ondertekening van deze overeenkomst bevestigt de algemeen directeur van het ziekenhuis, die tekent in naam van het netwerk GGZ, dat deze overeenkomst op voorhand is besproken en goedgekeurd door het netwerk GGZ, en in het bijzonder door de vertegenwoordigers binnen het netwerk GGZ van de eerstelijnspsychologische zorg.

BUDGETAIRE WEERSLAG

Voor de uitvoering van de opdrachten in het kader van deze overeenkomst beschikken het netwerk en het ziekenhuis over een totale jaarlijkse begroting, bestaande uit de ontvangen persoonlijke aandelen en de tegemoetkoming van het Riziv.

De ZIV-tegemoetkoming die aan elk netwerk en vertegenwoordigd ziekenhuis wordt toegewezen, is gebaseerd op de bevolking die onder dit netwerk valt (populatiefinanciering):

- 10 % van de begroting blijft beschikbaar voor het Riziv = 15.180.600 euro
- 90 % van het budget is beschikbaar voor netwerken: 136.625.400 euro
  Maximaal 10 % van dit budget kan worden gebruikt voor de vergoeding van de werkingskosten en de uitvoering van opdrachten (ondersteuning en implementatie van lokale partnerschappen en multidisciplinaire teams, governance, organisatie, beheer van de overeenkomst met zorgverleners, kwaliteitscultuur, evaluaties, opleiding, intervisies/supervisies, lokale coördinator,... zie art. 10 en 11) = 13.662.540 EUR
  Van minstens 90 % van de jaarlijkse begroting wordt ten minste 45 % gebruikt voor de functie van eerstelijnspsychologische zorg en maximaal 45 % voor de functie van gespecialiseerde psychologische zorg (in de zin van artikel 5, met inbegrip van de kosten van multidisciplinair overleg in de zin van artikel 6, onder b) = 122.962.860 euro.
- Totale begroting Riziv : 151.806.000 euro.

De volgende tabel toont de budgetten per regio, gewogen naar behoefte, met bijzondere aandacht voor de risicopopulaties die zijn vastgesteld in het protocolakkoord van 2 december 2020 en de overgangsleeftijd van 16-23 jaar.

Netwerk	deelentiteit	Budget
Netwerk volwassenen/ouderen		
Bruxelles-Brussel	Brussel	11.482.861 €
Noord West Vlaanderen	VL	4.387.880 €
Zuid West Vlaanderen	VL	2.532.464 €
Midden West Vlaanderen	VL	3.064.660 €
PAKT	VL	7.219.181 €
GG ADS	VL	4.873.184 €
GG KEMPEN	VL	3.750.249 €
SARA	VL	7.904.036 €
EMERGO	VL	2.892.160 €
RELING	VL	4.223.256 €
NOOLIM	VL	2.942.899 €
DILETTI	VL	4.670.245 €
SAVHA	VL	4.140.902 €

BRABANT WALLON	W	2.819.145 €
RÉG CENTRE	W	4.950.694 €
SANTE MENTALE HAINAUT	W	4.400.617 €
NAMUR	W	3.506.742 €
LIÈGE	W	5.775.810 €
RESME	W	1.994.030 €
107 LUX	W	1.925.270 €
Netwerk kinderen/adoles-centen		
Antwerpen	VL	7.357.282 €
Limburg	VL	3.300.463 €
Oost Vlaanderen	VL	5.982.089 €
West Vlaanderen	VL	4.400.617 €
Vlaams Brabant	VL	4.331.858 €
Hainaut	W	5.088.214 €
Liège	W	4.263.098 €
Luxembourg	W	1.168.914 €
Namur	W	1.787.751 €
Brabant Wallon	W	1.512.712 €
Bruxelles-Brussel	Brussel	6.944.724 €
Netwerk DG		
Com Germ.	DG	1.031.395 €
TOTAL		**136.625.400 €**

Onderstaande tabel toont de begrotingsdoelstelling en de kosten. Het omvat betalingen die jaarlijks door het Riziv zullen worden uitgevoerd aan VZW IM, die deze zal herverdelen naar de netwerken. Zij zullen vervolgens worden geregulariseerd (zie artikel 13 van de overeenkomst).

In euro – waarde 2021	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
1. Huidige overeenkomst ELP (rubriek 40)	**39.306.000**	**39.306.000**	**39.306.000**	**39.306.000**
2. Bijkomende structurele financiering (rubriek 40)	**112.500.000**	**112.500.000**	**112.500.000**	**112.500.000**
Totaal 1 + 2	**151.806.000**	**151.806.000**	**151.806.000**	**151.806.000**
3. Raming kost huidige ELP-overeenkomst : januari-augustus 2021	*-9.672.000*			
4. Maatregel studenten, jongeren en ouderen *	*-25.619.000*			
5. Versterking mobiele equipes *	*-707.000*			
6. Maatregel ondersteuning zelfstandigen – sessies - UPDI *	*-46.245.210*			
7. 10% van totaal budget gereserveerd voor INAMI/SPF SP	*-15.180.600*	*-15.180.600*	*-15.180.600*	
8. Stortingen aan VZW IM • **Voorschotten sessies****	*-30.740.715*	*-122.962.860*	*-122.962.860*	*-10.246.905*
• **Voorschotten werkingskost en opdrachten (50% 09/2021 + 25% 06/2022 + 25% 01/2023**	*-15.939.630*	*-7.969.815*	*-7.969.815*	
Totaal – marge	**7.701.845**	**5.692.725**	**5.692.725**	

*In 2021 werd de begroting van 112,5 miljoen EUR gebruikt voor de maatregelen 4., 5 en 6 die vanaf 2022 werden overgeheveld naar rubriek 45. Voor maatregel 6, waarvan de geldigheidsduur in februari 2022 verstrijkt, bedraagt het bedrag 9249.000 EUR.

**In 2021 komt het voor vergaderingen betaalde bedrag overeen met drie maanden aan voorschotten. In 2022: Maanden. In 2023: Maanden. In 2024: 1 maand (totaal: 28 maanden).

Met betrekking tot indexering: persoonlijke aandelen worden niet geïndexeerd. Hiermee zal rekening moeten worden gehouden bij de technische ramingen/begrotingen 2022-2023-2024.

Uiterlijk op 1 maart 2022 zal het betalings- en factureringsproces worden vervangen door een systeem dat door de verzekeraars ter beschikking wordt gesteld en zal worden gebaseerd op een webapplicatie.

ADMINISTRATIEVE WEERSLAG:

Deze conventie is slechts een stap in de diepere herstructurering van de geestelijke gezondheidszorg in op public mental health gebaseerde principes.

Er moeten nog veel stappen worden gezet met het oog op de uitvoering van deze overeenkomst:

1° Communicatie met de partners en de bevolking (communicatieplan, met deelname van de Gemeenschappen en de regio's)
2° De overeenkomst ter ondertekening voorleggen aan netwerken en ziekenhuizen
3° Communicatie naar netwerken (team FOD Volksgezondheid)
4° Communicatie van elk netwerk met netwerkpartners: via een lokale coördinator die zal worden aangeworven via het netwerk (team FOD Volksgezondheid)
    - Sensibilisering van het hele netwerk
    - Beroep doen op klinische psychologen/orthopedagogen en andere zorg- en hulpverleners, waaronder ervaringsdeskundigen
5° Voor het ziekenhuis
    - Begrotingsbeheer en facturering
6° Voor het netwerk (via het ziekenhuis):
    - Sluit overeenkomsten af met zorgverleners en/of zorginstellingen.
    - In overleg met de deelentiteiten overeenkomsten sluiten over lokale partnerschappen + het opzetten van „teams van klinische psychologen/orthopedagogen" in de eerste en tweede functie
    - Alle opdrachten uit artikel 11
7° Voor klinisch psychologen/orthopedagogen: bijhouden van patiëntendossier, innen en afleveren van een bewijsstuk voor de persoonlijke aandelen, mededeling van gegevens aan het netwerk
8° Voor MyCareNet: de consultatie van de verzekerbaarheid faciliteren
9° Voor de verzekeringsinstellingen en de VZW IM:
    - Verwerking van voorschotten, facturen en regularisaties
    - Het proces uitwerken van gegevensuitwisseling dat nodig is voor het beheer van financiële/administratieve stromen en voor informatie-uitwisseling (zie artikel 13, § 6).
10° Voor het Riziv/FOD Volksgezondheid (desgevallend met het begeleidingscomité):
    - Administratieve behandeling van de toetreding tot de overeenkomst
    - Informaticacommissie en TBSC
        - Bepalen van pseudo-codes
        - Instructies voor facturering bij de VZW IM
        - Procedure voor de betaling van voorschotten (Cfr art. 202 ZIV-wet)
        - Afsluiting van de rekeningen – regularisatie van voorschotten
        - Mededeling van gegevens: in Doc N of een ander circuit?
        - Effect op de permanente steekproef
        - ...
    - Overeenkomst met de VZW IM
    - Toekenning van een Riziv-nummer aan klinische psychologen/orthopedagogen op basis van de info van de FOD Volksgezondheid
    - Website/Portaal
    - Organisatie van een wetenschappelijke evaluatie – lastenboek

- Een voorstel ontwikkelen voor de registratie van gegevens met het oog op de evaluatie van de netwerken en van de bepalingen van de overeenkomst – naast gegevens die via de verzekeringsinstellingen beschikbaar zijn;
- Oprichting van een begeleidingscomité en opvolging van zijn opdrachten (zie artikel 18),
- Organisatie van de overgang van de oude overeenkomst
- Ondersteuning van netwerken en partnerschappen (Team bij de FOD Volksgezondheid):
  - Coaching op het terrein
  - Faciliteren van intervisie/supervisie
  - Opleidingsmodules
  - Ondersteuning voor een kwaliteitscultuur,
  - Het beschikbaar stellen van algemene best practices
  - Het beschikbaar stellen van best practices voor e/m-gezondheid,
  - Verstrekking van een gemeenschappelijk multidisciplinair patiëntendossier overeenkomstig de roadmap eGezondheid (punt 4.2)
  - Opzetten en beschikbaar stellen van instrumenten/tools voor netwerken en zorgverleners
  - Herziening van het beheer van netwerken in het kader van artikel 63, § 2 van de wet op de ziekenhuizen (FOD VG) – onder meer een grotere deelname van patiënten- en familieorganisaties.

Voor de betrokken federale administraties zal een externe projectleider worden aangesteld voor de begeleiding van al deze processen.

PROCEDURE:

Artikel 22, 6°bis van de ZIV-wet.

OPDRACHT VAN HET VERZEKERINGSCOMITE:

Het Verzekeringscomité wordt verzocht om de overeenkomst goed te keuren en deze te sluiten met de 32 netwerken GGZ.

* *

*

Bijlage 1.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Galileelaan 5/11
1210 Brussel

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en het netwerk geestelijke gezondheid XXX betreffende de financiering van de psychologische functies in de eerstelijn via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 6°bis;

op voorstel van de Overeenkomstencommissie tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen, in overleg met vertegenwoordigers van artsen, klinisch psychologen/orthopedagogen, patiënten- en familieorganisaties en de netwerken geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

wordt overeengekomen tussen,

enerzijds,
het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, vertegenwoordigd door de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV,
hierna in de tekst “het Verzekeringscomité” genoemd

en anderzijds,

- het netwerk geestelijke gezondheid volwassenen XXX, hierna in de tekst “het netwerk” genoemd,
  hier vertegenwoordigd door het ziekenhuis XXX met RIZIV-nummer XXX en KBO-nummer XXX, dat met de minister van Volksgezondheid een overeenkomst heeft gesloten “betreffende de deelname aan het project artikel 107 voor de financiering van een netwerkcoördinator en een zorgnetwerk GGZ binnen een specifiek werkingsgebied” in uitvoering van artikel 63, § 2, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen,

  hier vertegenwoordigd door de algemeen directeur (naam en voornaam)

  of

het netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren XXX, hierna in de tekst “het netwerk” genoemd,
hier vertegenwoordigd door het ziekenhuis XXX met RIZIV-nummer XXX en KBO-nummer XXX, dat met de minister van Volksgezondheid een overeenkomst heeft gesloten “betreffende de implementatie van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren” in uitvoering van artikel 63, § 2, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen,
hier vertegenwoordigd door de algemeen directeur (naam en voornaam)
of
het netwerk geestelijke gezondheidszorg van de Duitstalige gemeenschap hierna in de tekst “het netwerk” genoemd,
hier vertegenwoordigd door het ziekenhuis XXX met RIZIV-nummer XXX en KBO-nummer XXX, dat met de Minister van Volksgezondheid een overeenkomst heeft gesloten “XXX” in uitvoering van artikel 63, § 2, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen,
hier vertegenwoordigd door de algemeen directeur (naam en voornaam)

- het ziekenhuis XXX met RIZIV-nummer XXX en KBO-nummer XXX, vertegenwoordigd door de algemeen directeur van het ziekenhuis, …… (naam en voornaam),

  hierna in de tekst “het ziekenhuis” genoemd.

Inleiding

Op 2 december 2020 werd een Protocolakkoord gesloten tussen de federale regering en de Gewesten en Gemeenschappen over een gecoördineerde aanpak voor de versterking van het psychisch zorgaanbod, in het bijzonder voor kwetsbare doelgroepen die het zwaarst zijn getroffen door de COVID-19-pandemie.

Dit protocol kadert ook in de afspraken in het federaal regeerakkoord waarin onder meer staat dat “*de geestelijke gezondheidszorg op een gelijkwaardige manier benaderd wordt inzake toegankelijkheid, kwaliteit, nabijheid en betaalbaarheid als de somatische gezondheidszorg, en er hiertoe wordt ingezet op heel laagdrempelige, ambulante en gemeenschapsgerichte zorg waarbij tot bij de zorgbehoevende zelf wordt gegaan*. *Daarbij is de terugbetaling van psychologische zorgen door klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen een eerste prioriteit*.”

Zoals voorzien in het federaal regeerakkoord is het doel van deze overeenkomst het toegankelijker maken van geestelijke gezondheidszorg, dicht bij de leefomgeving van de burger te brengen, in samenwerking met de actoren in de eerste lijn.

Binnen de begrotingsdoelstelling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werd hiervoor het reeds beschikbaar budget van 39,3 mio euro vanaf 2021 verhoogd met 112,5 mio euro.

Deze overeenkomst bouwt verder op de eerste overeenkomst “eerstelijnspsychologische zorg” waarbij rekening wordt gehouden met tal van bekommernissen en aanbevelingen. Deze overeenkomst is een volgende stap in de ontsluiting van psychologische zorg voor de bevolking en maakt de verdere uitbouw mogelijk van de eerstelijnspsychologische functie en van de gespecialiseerde psychologische zorg in het kader van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Dit is aanvullend op het bestaande aanbod, en houdt rechtstreeks verband met de hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg. Deze investering moet geïntegreerd worden in het

ruime reeds bestaande federale en regionale psychosociaal aanbod, waarvoor op 2 december 2020 een akkoord binnen de IMC werd afgesloten. In dit akkoord werd overeengekomen dat de investeringen van de federale overheid en de gemeenschappen en de gewesten complementair aan elkaar zijn : *"De deelentiteiten engageren zich om hun bijkomende recurrente investeringen niet af te bouwen en de tijdelijke projecten tijdens de COVID-crisis aan te houden. Om dubbelfinanciering te vermijden worden obv de quota per netwerk controlemechanismen voorzien. Deze worden bilateraal tussen de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten afgesproken.".*

De 32 netwerken geestelijke gezondheidszorg krijgen een coördinerende rol om initiatieven te nemen om dit psychisch zorgaanbod in de eerstelijn, binnen de visie uit het protocolakkoord, te organiseren in een ruimer getrapt organisatiemodel, waarbij:

- de zorg is afgestemd op de persoonlijke situatie en mogelijkheden van de patiënt en zijn omgeving (matched care)
- de zorg deel uitmaakt van de bredere eerstelijnszorg in het kader van een geïntegreerde multidisciplinaire eerstelijnszorg
- de zorg tevens deel uitmaakt van de ruimere geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg binnen de netwerken GGZ.
- uitgegaan wordt van een visie van "public mental health".

De nadruk ligt op opdrachten gedefinieerd in het protocolakkoord: preventie (met inbegrip van symptoomreductie en voorkomen van herval), vraagverheldering, vroegtijdige en kortdurende veerkracht ondersteunende interventies, diagnostiek, behandeling, rehabilitatie/herstel alsook kennis- en expertisedeling. Met uitzondering van universele preventie (dat tot de bevoegdheid van de deelstaten behoort) en acute en complexe zorgvragen, wordt het beoogde organisatiemodel in deze conventie verder uitgewerkt in de vorm van twee functies: **de functie eerstelijnspsychologische zorg en de functie gespecialiseerde psychologische zorg**. Het onderscheid tussen deze twee functies is belangrijk voor de organisatie van de zorg binnen de conventie, maar naar de rechthebbende toe dient een geïntegreerd aanbod aan psychologische en andere zorg- en hulpverlening gepresenteerd te worden aangezien integrale en "matched" care het leidinggevende principe dient te zijn.

Deze opdracht van de netwerken kadert binnen een context van transitie naar de gestructureerde inbedding, tijdens de looptijd van deze overeenkomst, van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijngezondheidszorg. Lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden brengen alle actoren in de 1e lijn, die werkzaam zijn voor een omschreven territorium bij elkaar, in een grootteorde vanaf ongeveer 75.000 inwoners tot 250.000 inwoners. Zij zijn daartoe erkend of worden aangewezen door de bevoegde deelentiteiten. Deze lokale multidisciplinaire lokale samenwerkingsverbanden worden ter informatie meegedeeld aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid [1].

Gedurende deze transitiefase zullen actoren actief in de "*eerste functie activiteiten inzake preventie, promotie van de ggz, vroegdetectie, screening en diagnosestelling*" binnen de netwerken volwassenen of in "*het activiteitenprogramma 1: vroegtijdige opsporing en interventie*" in de netwerken kinderen en jongeren, met het lokale multidisciplinaire samenwerkingsverband afspraken maken over hoe multidisciplinair en geïntegreerd werken kan gerealiseerd worden vertrekkende vanuit "patient centered and goal oriented care".

Vanuit een inschatting van de noden van een regio en een populatiemanagement zullen de netwerken in deze transitiefase multidisciplinaire samenwerking via een dubbele aanpak stimuleren:

[1] In Vlaanderen zijn dit de zorgraden binnen de eerstelijnszones.

1° enerzijds wordt een werkwijze van multidisciplinaire teams gestimuleerd op buurt- of wijkniveau met eerstelijnsactoren (microniveau, met integratie van de eerstelijnspsychologische functie)

2° anderzijds wordt op het niveau van het lokaal multidisciplinair samenwerkingsverband een werkwijze uitgerold binnen een netwerk van gespecialiseerde ambulante GGZ met gespecialiseerde actoren (mesoniveau, met integratie van de gespecialiseerde functie).

Verwacht wordt dat alle relevante actoren die binnen het netwerk GGZ betrokken zijn bij de uitvoering van de twee functies samen werken om deze te integreren in het totale zorg- en welzijnslandschap zowel op macro (overheden), meso (netwerken GGZ en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden) als op microniveau (multidisciplinaire organisatiemodel in de buurt/wijk).

Deze conventie heeft daarbij een 4-voudige doelstelling (4AIM) voor ogen

- ten eerste, de verbetering van de gezondheid door betere mentale gezondheidsuitkomsten, bevordering van gezondheidsvaardigheden, versterking van de veerkracht, betere en snellere detectie van psychische problemen, toeleiding naar en beschikbaarheid en toegankelijkheid van gepaste zorg.

- ten tweede, de verhoging van de kwaliteitservaring van de zorg via resultaatgerichte monitoring en meting. Zowel van de ervaren kwaliteit van de zorg door de patiënt en zijn omgeving alsook door toepassing van evidence, practice en experience based richtlijnen.

- ten derde, het inzetten op betere werkomstandigheden voor mensen in de zorgsector inclusief ondersteuning en vorming voor zorgverleners.

- ten vierde wordt het budget efficiënt ingezet door middelen in te zetten die meerwaarde creëren onder meer door het aanbieden van verschillende zorgmodaliteiten en inzet van andere hulpverleners voor opdrachten eerstelijnspsychologische zorg en gespecialiseerde psychologische zorg. Er wordt uitgegaan van een risicostratificatie om ervoor te zorgen dat de inzet van de middelen afgestemd is op de intensiteit van de psychische nood/behoefte binnen het werkingsgebied van het netwerk.

Er wordt ingezet op communicatie, sensibilisering en er worden samenwerkingsafspraken opgesteld tussen de actoren en structuren in zorg en welzijn. Het netwerk zal de mate waarin deze doelstellingen worden gerealiseerd monitoren en auto-evalueren.

De middelen die hiertoe in de begrotingsdoelstelling van het Riziv zijn voorzien, worden toegewezen via een populatiefinanciering aan de netwerken GGZ. Daarbij wordt rekening gehouden met het inwonersaantal, de aanvangsleeftijd en prevalentie van psychische problematieken alsook de socio-economische situatie binnen het werkingsgebied. Het beschikbare budget werd daartoe op een wetenschappelijke wijze verdeeld over de 32 netwerken GGZ.

In lijn met het public mental health perspectief en de beperkte middelen wordt vanuit onder meer wetenschappelijke inzichten, de praktische haalbaarheid en zorgindicatie van de rechthebbende en zijn context, ingezet op het verder ontwikkelen van een groepsaanbod en een aanbod van vroeginterventie en vroegdetectie.

De inzet van de middelen wordt besproken binnen het netwerk (binnen de hiervoor genoemde eerste functie of het activiteitenprogramma 1). Daarbij vertrekken we vanuit de veranderende

noden van elke burger over de levensfasen heen. Van bij (of zelfs voor) de geboorte, de ontwikkeling van het kind, transitie naar volwassenheid, en van volwassenen naar ouderen. Het zorgaanbod moet breed toegankelijk zijn met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen.

De rechthebbende zal afgestemde zorg op maat krijgen op basis van een geïntegreerd en multidisciplinair zorgaanbod. De hulpvraag wordt in een eerste contact/aanmelding (zonder aanrekening van remgeld) verhelderd en (indien nodig) georiënteerd naar de juiste zorg. De opdrachten gegroepeerd onder de functie eerstelijnspsychologische zorg worden laagdrempelig georganiseerd op de vindplaatsen van de persoon. Indien meer gespecialiseerde zorg aangewezen is, wordt de rechthebbende, aangemeld bij het netwerk van gespecialiseerde psychologische zorg. Ook patiënten met een gestabiliseerde chronische psychiatrische problematiek kunnen voor vervolgzorg worden aangemeld (geïntegreerd circulair zorgmodel). De processen van aanmelding, overleg en informatie-uitwisseling worden ondersteund door een functioneel bilan[2] en/of een zorg- en ondersteuningsplan.

Om de opdrachten van die netwerken GGZ en de gemaakte afspraken met de lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden te ondersteunen, engageert de federale overheid zich om een aanbod te voorzien complementair aan het aanbod van de deelstaten. Dat doet ze in de vorm van coaching, faciliteren van intervisie/supervisiemomenten, vormingsmodules, het beschikbaar maken van evidence, practice en experienced based richtlijnen, richtlijnen tot e/m-health (een portaalsite met tools ter ondersteuning van zelfzorg en zorgaanbod) en een gedeeld multidisciplinair patiëntendossier zoals voorzien in de roadmap eGezondheid. Hiervoor wordt 10% van het totale beschikbare budget gereserveerd. De besteding zal het voorwerp uitmaken van specifieke beslissingen door het Verzekeringscomité, na advies of op voorstel van het begeleidingscomité. Binnen dit gereserveerd budget zal onder meer een praktijkpremie voorzien worden voor vrij gevestigde praktijken van klinisch psychologen/orthopedagogen, volgens nader te bepalen modaliteiten. De premie faciliteert de communicatie via het gebruik van informatica, hard- of software.

Daarnaast wordt in samenwerking met de VZW IM het proces van betaling en facturatie vervangen door een elektronisch systeem dat ter beschikking zal gesteld worden door de verzekeringsinstellingen waarin de gegevens omtrent de zorgverlening en het geïnde persoonlijk aandeel in een beveiligde omgeving kunnen worden meegedeeld en, mits eConsent van de rechthebbende kunnen gedeeld worden met de GMD-houdende huisarts of GMD-houdende huisartsenpraktijk. Deze toepassing moet het netwerk GGZ ook toelaten om de zorgverleners te vergoeden voor zorg die ze geleverd hebben.

Er zal ook aandacht zijn voor de governance van deze hervorming. De bevoegde overheden maken afspraken over de sturing die aan de GGZ netwerken en de lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden worden toegewezen voor de organisatie van psychologische zorg binnen een bredere multidisciplinaire benadering. In dat verband wordt het governancemodel zoals voorzien in de overeenkomsten met de netwerken en gefinancierd via artikel 63, § 2 van het budget financiële middelen, herbekeken en aangevuld zodat de actoren in de eerste lijn, klinisch psychologen en orthopedagogen alsook patiënt- en familie-organisaties een gelijkwaardige rol kunnen opnemen. In dat verband, en als onderdeel van het gereserveerd budgetaandeel, wordt een ondersteuning voorzien van de deelname van de betrokken organisaties.

[2] Functioneel bilan wordt volgens het KCE gezien als een instrument dat de functionele status beschrijft van de rechthebbende en zijn context, inclusief het probleem en de capaciteiten van de persoon en zijn context (medisch, psychologisch, sociaal, lopende behandeling, antecedenten, enz.). Op basis van het functioneel bilan kan je inschatten welke zorg of ondersteuning nodig is (met inbegrip van de reeds gevolgde interventies), een zorg- of behandelingsplan opmaken, en een schatting maken van de duur van de nodige interventie.

De uitvoering van deze overeenkomst zal verlopen in meerdere fases. De prioriteit gaat naar de uitbouw van de ambulante psychische zorg en naar de lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Ondermeer de uitwerking van een kwaliteitscultuur en de evaluatie ervan zullen progressief worden uitgevoerd.

Deze overeenkomst regelt de rechten en plichten van enerzijds het netwerk GGZ en het ziekenhuis en anderzijds van het Riziv. Om de 2 functies te kunnen vervullen, zal het netwerk GGZ een beroep doen op lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, individuele zorgverstrekkers en zorgorganisaties waarmee een overeenkomst wordt afgesloten. Op plaatsen waar een "project geïntegreerde zorg" is, wordt hiermee samengewerkt.

Onderwerp van de overeenkomst

Artikel 1

De overeenkomst bepaalt de voorwaarden voor het netwerk GGZ om financiële middelen aan te wenden vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, meer bepaald de financiering van de ambulante psychische zorg in de eerste lijn voor de 2 functies zoals bedoeld in artikel 2.

Deze overeenkomst bepaalt de wijze waarop de financiële middelen, via het ziekenhuis als vertegenwoordiger van het netwerk GGZ, ter beschikking worden gesteld aan het netwerk GGZ en de wijze waarop de uitgaven worden opgevolgd en worden geregulariseerd met het Riziv.

Deze overeenkomst stelt eveneens het persoonlijk aandeel vast van de rechthebbende in het kader van directe patiëntenzorg.

Functies psychische zorg

Artikel 2.

Binnen deze overeenkomst worden twee zorgfuncties omschreven die geïntegreerd aangeboden worden: de functie eerstelijnspsychologische zorg en de functie gespecialiseerde psychologische zorg. Deze worden uitgevoerd door psychologische hulpverleners die beschikken over de nodige vaardigheden en competenties. Het uitgangspunt is de nood van de patiënt zo snel mogelijk te detecteren. Afhankelijk van zijn hulpvraag kan de interventie preventief gericht zijn op ondersteuning van zelfzorg en veerkracht binnen de eerstelijnspsychologische functie. Indien uit het functioneel bilan blijkt dat een behandeling van de onderliggende psychische aandoening nodig is wordt, na aanmelding binnen het netwerk gespecialiseerde ambulante GGZ, beroep gedaan op de functie gespecialiseerde psychologische zorg.

Functie eerstelijnspsychologische zorg

Artikel 3 – Opdracht

§ 1. Binnen deze functie worden de volgende opdrachten voorzien :

1° Ondersteuning van personen met psychische klachten via groepsgewijze interventies die de mentale gezondheid versterken en psychische problemen voorkomen, de mogelijkheden tot zelfzorg versterken en/of de mantelzorg ondersteunen. Dit gebeurt door klinisch psychologen/orthopedagogen, bij voorkeur in samenwerking met en ondersteuning door andere zorg- en hulpverleners en ervaringsdeskundigen. Voor deze laat-

ste groepen geldt dat de tussenkomst enkel onder toezicht van een geestelijke gezondheidszorgbeoefenaar kan plaatsvinden, en dat binnen het kader van hun expertise (bijvoorbeeld inschatting van aanwezige problemen en vraagverheldering). Deze functie wordt uitgevoerd op de plaats waar de persoon zich bevindt, in een dienst, vestiging of plaats in de lokale samenleving (outreachend naar de personen in de samenleving).

2° Ondersteuning voor individuele rechthebbenden die geholpen kunnen worden door een beperkt aantal interventies eerstelijns psychologische zorg. Deze zorg stelt deze rechthebbenden in staat om waar nodig een gezonde levensstijl en een bevredigende levenskwaliteit te behouden of terug te vinden.

Deze zorg wordt gegeven tijdens individuele sessies (inclusief zorg op afstand - telegeneeskunde).

Deze psychologische interventies van korte duur en/of lage intensiteit richten zich op onderstaande opdrachten:

a. Inschatting van de aanwezige problemen en vraagverheldering

b. Begeleide zelfhulp, psycho-educatie

c. Bevorderen van de zelfredzaamheid en veerkracht van de rechthebbende of van zijn familiale context

d. Ondersteuning van de eerstelijnsactoren rond de rechthebbende

e. Doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg en/of doorverwijzing naar andere zorg- en ondersteuningsorganisaties en/of patiënten- en familieverenigingen.

§ 2. De groepsinterventies zoals bedoeld in § 1, 1° gebeuren tijdens sessies van 120 minuten, waarvan minstens 90 minuten met rechtstreeks patiëntencontact. Een groepsinterventie kan worden voorafgegaan door een individuele sessie waarbij de klinisch psycholoog/orthopedagoog nagaat of een groepsinterventie aangewezen is voor de rechthebbende. Deze interventie kan ook afgesloten worden met een individuele sessie. Een groepsinterventie bestaat uit minimum 4 en maximum 15 deelnemers. Een groepstraining vindt bij voorkeur plaats onder begeleiding van 2 zorg- of hulpverleners of ervaringsdeskundige, onder wie minstens 1 klinisch psycholoog/orthopedagoog.

§ 3. De individuele sessies zoals bedoeld in § 1, 2° gebeuren tijdens sessies van 60 minuten (waarvan minstens 45 minuten patiëntencontact). De klinisch psycholoog/orthopedagoog en de rechthebbende zijn samen fysiek aanwezig op een locatie aangepast aan de situatie van de rechthebbende (mogelijkheid tot outreaching).

In geval van individuele sessies met kinderen en jongeren is het mogelijk dat een sessie enkel met de ouders, voogd of familielid plaatsvindt.

De doelstelling is om de eerste individuele sessie te realiseren binnen een periode van 1 week tot maximum 1 maand vanaf het moment dat de rechthebbende of zijn context een hulpvraag heeft gesteld aan de klinisch psycholoog/orthopedagoog die de functie eerstelijnspsychologische zorg vervult.

Als de rechthebbende voorafgaand toestemming geeft en de drempel om zich te verplaatsen te groot is, kunnen de sessies plaatsvinden in de eigen leefomgeving van de rechthebbende (outreaching).

Als de volgende voorwaarden vervuld worden, kunnen deze sessies ook worden georganiseerd via zorg op afstand:

- Voor de eerste sessie zijn de klinisch psycholoog/orthopedagoog en de rechthebbende samen fysiek aanwezig
- De rechthebbende moet voorafgaand zijn toestemming hebben gegeven voor zorg op afstand;
- De klinisch psycholoog/orthopedagoog moet nagaan of de rechthebbende fysiek en mentaal in staat is om die zorg op afstand te krijgen;
- De klinisch psycholoog/orthopedagoog gebruikt communicatiemiddelen voor zorg op afstand die de minimale voorwaarden en gebruiksregels voor veilige communicatie waarborgen, zoals vermeld op de website van het eHealthplatform : https://www.ehealth.fgov.be/nl/egezondheid/task-force-data-technology-against-corona/goede-praktijken-inzake-platformen-voor-zorg-op-afstand-geformuleerd-door-het-informatieveiligheidscomite;
- De klinisch psycholoog/orthopedagoog moet deze videoconsultaties en de duur in het patiëntendossier noteren.

Artikel 4 – Specifieke bepalingen met betrekking tot de behandelsessies

Voor de financiering van de opdracht zoals bedoeld in artikel 3, § 1, gelden de volgende beperkingen:

1° Voor elke rechthebbende van de doelgroep 'volwassenen/ouderen' zijn per periode van 12 maanden maximaal 8 individuele sessies vergoedbaar of maximaal 5 groepsinterventies.

2° Voor elke rechthebbende van de doelgroep 'kinderen en jongeren' zijn per periode van 12 maanden maximaal 10 individuele sessies vergoedbaar of maximaal 8 groepsinterventies. In dit aantal zijn de sessies voorzien waarbij enkel de ouders voogd of familielid aanwezig zijn.

3° In uitzonderlijke gevallen kan een extra sessie noodzakelijk zijn om een behandeltraject van respectievelijk 8 of 10 individuele sessies af te ronden. Het aantal uitzonderlijke gevallen mag niet hoger zijn dan bij 5 % van het aantal rechthebbenden.

Het in dit artikel vastgesteld maximaal aantal psychologische sessies per reeks, vormt geen opeisbaar recht in hoofde van de rechthebbende.

Functie gespecialiseerde psychologische zorg

Artikel 5 - Opdracht

§ 1. Deze functie is gericht op personen die naar aanleiding van hun onderliggende psychische aandoening gespecialiseerde zorg nodig hebben. Deze psychologische interventies zijn gericht op psychodiagnostiek en behandeling.

Deze gespecialiseerde functie kan op verschillende manieren ingevuld worden: individuele interventie, zorg op afstand (telegeneeskunde) of specifieke groepsinterventie. Dat wil zeggen dat de interventie aangepast is aan de onderliggende aandoening en waarvoor specifieke technieken worden gebruikt (bijv. groepsinterventie voor mensen met ADHD of interventie voor ouders, voogd of familielid met angstige kinderen). Deze behandeling wordt uitgevoerd door klinisch psychologen/ orthopedagogen met specifieke competenties, aantoonbaar via het portfolio van de zorgverlener.

§ 2. De individuele psychologische sessies zoals bedoeld in § 1 gebeuren in sessies van 60 minuten (waarvan minstens 45 minuten patiëntencontact). De klinisch psycholoog/orthopedagoog en de rechthebbende zijn samen fysiek aanwezig op een locatie aangepast aan de situatie van de rechthebbende (mogelijkheid tot outreaching).

In geval van individuele sessies met kinderen en jongeren is het mogelijk dat een sessie enkel met de ouders, voogd of familielid plaatsvindt.

De doelstelling is om de eerste individuele sessie te realiseren binnen een periode van 1 week tot maximum 1 maand vanaf het moment dat de rechthebbende of zijn context een hulpvraag heeft gesteld aan de klinisch psycholoog/orthopedagoog.

Als de rechthebbende voorafgaand toestemming geeft en de drempel om zich te verplaatsen te groot is, kunnen de sessies plaatsvinden in de eigen leefomgeving van de rechthebbende. De sessie duurt 60 minuten (waarvan minstens 45 minuten patiëntencontact).

Als de volgende voorwaarden worden vervuld, kunnen deze sessies worden georganiseerd via zorg op afstand :

- Voor de eerste sessie zijn de klinisch psycholoog/orthopedagoog en de rechthebbende samen fysiek aanwezig
- De rechthebbende moet voorafgaand zijn toestemming hebben gegeven voor zorg op afstand
- De psycholoog/orthopedagoog moet nagaan of de rechthebbende fysiek en mentaal in staat is om die zorg op afstand te krijgen ;
- De psycholoog/orthopedagoog moet communicatiemiddelen voor zorg op afstand gebruiken die de minimale voorwaarden en gebruiksregels voor veilige communicatie waarborgen, zoals vermeld op de website van het eHealthplatform : https://www.ehealth.fgov.be/nl/egezondheid/task-force-data-technology-against-corona/goede-praktijken-inzake-platformen-voor-zorg-op-afstand-geformuleerd-door-het-informatieveiligheidscomite;
- De psycholoog/orthopedagoog moet deze videoconsultaties en de duur ervan in het patiëntendossier noteren.

§ 3. De groepsinterventies zoals bedoeld in § 1 gebeuren tijdens sessies van gemiddeld 120 minuten (waarvan minstens 90 minuten patiëntencontact).

Een groepsinterventie kan worden voorafgegaan door een individuele sessie, waarbij de klinisch psycholoog/orthopedagoog nagaat of de rechthebbende in aanmerking komt voor groepsinterventies. Een interventie kan ook afgesloten worden met een individuele sessie. Een groepsinterventie bestaat uit minimum 4 en maximum 15 deelnemers. Een groepstraining vindt bij voorkeur plaats onder begeleiding van 2 zorg- of hulpverleners of ervaringsdeskundige, waarvan minstens 1 klinisch psycholoog/orthopedagoog.

Artikel 6 – Specifieke bepalingen met betrekking tot de behandelsessies

Voor de financiering van de opdracht zoals bedoeld in artikel 5, § 1 gelden de volgende bepalingen:

1° Voor elke rechthebbende van de doelgroep ‘volwassenen/ouderen’ zijn per periode van 12 maanden gemiddeld 8 individuele sessies vergoedbaar, met een maximum van 20 vergoedbare sessies of maximum 12 groepssessies.

2° Voor elke rechthebbende van de doelgroep ‘kinderen en jongeren’ zijn per periode van 12 maanden gemiddeld 10 individuele vergoedbaar, met een maximum van 20 vergoedbare sessies of maximum 15 groepssessies. In dit aantal zijn de sessies waarbij enkel de ouders, voogd of familielid aanwezig zijn.

3° De gespecialiseerde psychologische functie is enkel vergoedbaar na een aanmelding bij het netwerk van de gespecialiseerde ambulante GGZ op basis van een functioneel bilan opgesteld door een klinisch orthopedagoog/psycholoog en een arts volgens de netwerkafspraken inzake aanmelding en zorgtoeleiding.

4° In de loop van de individuele reeks gespecialiseerde psychologische zorg wordt een tussentijdse evaluatie gemaakt via het functioneel bilan, zoals opgemaakt tijdens de verwijzing, of via het multidisciplinair overleg.

Het in dit artikel vastgesteld maximum aantal psychologische sessies per reeks, vormt geen opeisbaar recht in hoofde van de rechthebbende.

Indien de klinisch psycholoog/orthopedagoog inschat dat de zorgvraag van de patiënt niet beantwoord kan worden binnen het bestek van dit aantal sessies of ingeval van crisiszorg, verwijst de klinisch psycholoog/orthopedagoog door naar meer intensieve gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in het netwerk.

Proces m.b.t. verwijzing, overleg en rapportering

Artikel 7

Bij de organisatie van de psychologische zorg onder deze 2 functies gelden de volgende processen:

1° De aanmelding kan gebeuren n.a.v. een initiatief van de rechthebbende zelf, zijn context of na doorverwijzing van een zorg of hulpverlener.

2° De psychologische hulpverleners in de eerstelijnspsychologische zorg zijn rechtstreeks en laagdrempelig toegankelijk op de lokale vindplaatsen. Zij stellen van bij de aanvang samen met een actor van de eerste lijn een functioneel bilan op en via een maximaal aantal interventies werken zij ondersteunend naar zelfzorg en veerkracht. Een functioneel bilan kan ook worden opgesteld door een arts en een klinisch psycholoog/orthopedagoog die gespecialiseerde zorg biedt, met het oog op aanmelding bij het netwerk conform art 6, 3°.

   Dit bilan is een communicatie-instrument tussen partners in het netwerk en geldt ook als indicatie voor gespecialiseerde zorg en aanmelding bij het netwerk ambulante gespecialiseerde GGZ.

3° Op elk moment in het traject kan een sessie gebruikt worden om de rechthebbende te (her)oriënteren of te begeleiden naar meer afgestemde zorg zoals een andere eerstelijnsactor of naar gespecialiseerde psychologische zorg of van gespecialiseerde zorg naar de eerstelijnspsychologische zorg. Dit kan gebeuren via een gemeenschappelijke sessie met de rechthebbende en zijn context en een andere zorg- of hulpverlener of professional.

4° Indien er een psychologische interventie plaatsvindt, deze wordt onderbroken/beëindigd of er wordt doorverwezen naar het netwerk van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg dient er, in het belang van de rechthebbende en op voorwaarde van toestemming van de rechthebbende en/of zijn ouder(s) of wettelijke voogd, in de loop

van de interventie/beëindiging of na de verwijzing, een communicatie te zijn met de GMD-houdende arts of met de GMD-houdende huisartsenpraktijk om deze op de hoogte te brengen van de ondersteuning/begeleiding en/of om de opvolging te bespreken en/of om gepaste vervolgzorg te voorzien.

5° Indien uit het functioneel bilan blijkt dat een behandeling binnen de gespecialiseerde zorg geïndiceerd is, wordt de persoon aangemeld bij het netwerk van gespecialiseerde ambulante GGZ die de rechthebbende toeleidt naar de voor hem gepaste gespecialiseerde psychologische zorg.

6° In de loop van de individuele reeks gespecialiseerde psychologische zorg wordt een tussentijdse evaluatie gemaakt via het functionele bilan, zoals opgemaakt tijdens de aanmelding en (her)oriëntering.

Indien uit de tussentijdse evaluatie blijkt dat opschaling van de gespecialiseerde zorg nodig is, kan een overleg (online of face-to-face) voorzien worden voor de rechthebbende. Dit multidisciplinair overleg coördineert verschillende klinische interventies rond en in samenwerking met de rechthebbende en zijn context, en waarbij minimum 3 zorgverleners aanwezig zijn (bijvoorbeeld psychiater, huisarts, gespecialiseerde psychologische zorg). Dit overleg kan enkel plaatsvinden na toestemming van de rechthebbende, zijn ouder(s) of wettelijke voogd. Deze vergoeding kan maximum 1 keer per periode van 12 maand per rechthebbende worden aangerekend.

Dit overleg is complementair aan het multidisciplinair overleg dat door de deelentiteiten wordt gefaciliteerd in het kader van de opmaak van het zorg- en ondersteuningsplan dat verschillende klinische interventies coördineert rond en in samenwerking met de rechthebbende en zijn context.

7° Informatie over de patiëntenrechten en contactgegevens van ombudspersonen, patienten- en familieverenigingen worden ter beschikking gesteld aan rechthebbende en/of zijn context.

Cumulregels

Artikel 8.

Per dag per rechthebbende is slechts 1 psychologische sessie of groepsinterventie vergoedbaar, met uitzondering van een sessie met de ouders, voogd of familielid.

De vergoeding van het multidisciplinair overleg zoals voorzien in artikel 7, 8° is niet cumuleerbaar met andere vergoedingen voor overleg.

Opdrachten klinisch psycholoog/orthopedagoog

Artikel 9.

De tegemoetkomingen uit deze overeenkomst voor opdrachten van klinisch psychologen/orthopedagogen kunnen enkel aangewend worden voor de klinisch psycholoog/orthopedagoog die :

1° met het netwerk GGZ een overeenkomst heeft gesloten,

2° houder is van een visum en een erkenning heeft als klinisch psycholoog/orthopedagoog en die onder die voorwaarden beschikt over een RIZIV-nummer;

3° klinische ervaring heeft binnen de eerstelijnspsychologische of gespecialiseerde psychologische zorg, aantoonbaar via zijn portfolio;

4° in functie van de noden van de rechthebbende en van de sessies/groepsinterventies dat deze al heeft gevolgd binnen het netwerk GGZ, deze te informeren over het traject en het aantal sessies die (nog) tot de mogelijkheid behoren. De klinisch psycholoog/orthopedagoog baseert zich daarvoor op de informatie van het netwerk GGZ of op basis van de informatie van de rechthebbende in het kader van de anamnese;

5° de door het netwerk GGZ lokaal georganiseerde opleiding over de werking van het netwerk GGZ volgt;

6° deelneemt aan de intervisie/supervisie met de andere klinische psychologen/orthopedagogen of andere professionals van het netwerk GGZ. Deze intervisie wordt lokaal georganiseerd en door het netwerk GGZ gecoördineerd;

7° de psychologische sessies en andere opdrachten uitvoert binnen het werkingsgebied van het netwerk GGZ waarmee hij/zij een overeenkomst heeft afgesloten. Bij voorkeur gebeurt dit in de leefomgeving van de rechthebbenden. Deze opdrachten kunnen ook outreachend plaatsvinden (onder meer bij de rechthebbende thuis, in een school, een bedrijf);

8° die zowel loontrekkende als zelfstandige kan zijn en die voor de duur en opdracht zoals bepaald in deze overeenkomst geen andere vergoeding kan ontvangen;

9° per rechthebbende een individueel patiëntendossier bijhoudt. Dit dossier is in overeenstemming met de algemene bepalingen van het patiëntendossier opgenomen in de wet patiëntenrechten;

10° in het kader van de elektronische facturatie aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende of de VZW IM - de informatie meedelen van de persoonlijke aandelen die geïnd worden in toepassing van deze overeenkomst en het ter beschikking stellen van een bewijsstuk aan de rechthebbende;

11° een ethische werkwijze toepast gebaseerd op “evidence, practice en experienced based” richtlijnen van eerstelijnspsychologische of gespecialiseerde psychologische zorg.

12° zich engageert in de netwerken volwassenen/ouderen en kinderen en jongeren samen voor minstens 8u/week.

Ontwikkeling van een kwaliteitscultuur

Artikel 10.

Het netwerk GGZ engageert zich om actief mee te werken aan de verdere uitbouw en ontwikkeling van een kwaliteitscultuur die aansluit bij initiatieven van de federale overheid en de deelstaten. De ontwikkeling van een kwaliteitscultuur binnen het netwerk GGZ houdt gedeelde overtuigingen, waarden, houdingen, instellingen en gedragspatronen in die gericht zijn op een continue kwaliteitsverbetering van de zorgverlening: voor veilige, effectieve, efficiënte, gelijke en tijdige zorg waarbij de patiënt centraal staat. Patiëntgerichtheid is een belangrijk kwaliteitselement: concreet dient er rekening gehouden te worden met het stimuleren van shared decision making, herstelgericht werken, empowerment, inclusieve werking, …

Om een mentaliteitswijziging te stimuleren, dient de kwaliteitscultuur deel te zijn van elke opdracht van het netwerk GGZ, in de opdrachten van elk multidisciplinair samenwerkingsverband

of van elke zorgverlener/zorginstelling of van elke organisatie die betrokken is bij de zorg, alsook van patiënten en mantelzorgers.

Een kwaliteitscultuur wordt ontwikkeld door:

1° Het netwerk GGZ met al zijn partners te voorzien van een kwaliteitssysteem met zelfevaluatie op regelmatige tijdstippen aan de hand van indicatoren, meetbare doelen en opvolgings- en evaluatieprocessen.

2° Alle actoren actief te betrekken, zorgverleners te ondersteunen en te coachen op gebied van kwaliteitsverbetering en door het belang van meten en evalueren te duiden in een verbeteringsproces. Dit begint bij het definiëren van een gemeenschappelijk doel bij de start van elk nieuwe opdracht om op die manier draagvlak te creëren.

3° Doelgericht te werken bij elke opdracht, een opvolging- en evaluatieproces te voorzien en in te grijpen wanneer veranderingen niet succesvol zijn.

4° Een kwaliteitscultuur als veranderinstrument door zichzelf in vraag te stellen, kritisch stil te staan bij de geleverde kwaliteit en de focus te leggen op continue verbetering. Het organiseren en deelnemen aan intervisies/supervisies zal hiertoe bijdragen.

5° Het meten en opvolgen van patiënten/familietevredenheid en –ervaringen, alsook bij zorgverleners.

6° Het transparant communiceren en bespreken van de resultaten van evaluaties onder de partners binnen het netwerk GGZ.

Opdrachten van het netwerk GGZ binnen de looptijd van deze overeenkomst

Artikel 11

Het netwerk GGZ verbindt er zich toe :

1° Via het ziekenhuis, de elektronische facturatie te realiseren zoals bedoeld in artikel 13.

2° De vertaling te maken van een populatiemanagement van het netwerk GGZ naar de lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en de patiëntenstromen.

3° De administratieve organisatie op zich te nemen van federaal ondersteunde vormingsprogramma's binnen het netwerk GGZ en van de intervisie/supervisie van de psychologische zorg via de lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.

4° Daar waar een "project geïntegreerde zorg" is waarmee het Verzekeringscomité een overeenkomst heeft gesloten, doet het netwerk GGZ hierop een beroep.

5° De netwerken kinderen/jongeren en volwassenen/ouderen sluiten tegen 31 december 2021 gezamenlijk en op provinciaal niveau een overeenkomst met lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden waarin onder meer volgende afspraken worden gemaakt:

   a. Afspraken rond de governance en samenwerking met het lokaal multidisciplinaire samenwerkingsverband – de opvolging kadert in de overeenkomst met het netwerk GGZ in uitvoering van artikel 63, § 2, van het koninklijk besluit van 25 april 2002

b. Afspraken rond de ondersteuning vanuit het netwerk GGZ voor de invoering en integratie van de 2 functies: via multidisciplinaire teams op buurt- of wijkniveau met eerstelijnsactoren (microniveau, met integratie van de functie eerstelijnspsychologische zorg) én werkwijze binnen een netwerk van gespecialiseerde ambulante GGZ (mesoniveau, met integratie van de gespecialiseerde functies)
c. Afspraken rond de integratie van de zelfstandige klinisch psychologen/orthopedagogen (vb. rol van de lokale psychologenkring) in de governance van en de samenwerking in het netwerk GGZ.
d. Afspraken omtrent het proces van aanmelding van een patiënt en indicatiestelling voor psychologische zorg (aanmelding, verwijzing, terugverwijzing, outreaching, …) en vindplaatsgericht werken.
e. Een groeipad voor te stellen inzake aanbod van groepsinterventies binnen de in artikel 13 voorgestelde percentages van inzet van middelen in de functies eerstelijnspsychologische en gespecialiseerde zorg.
f. Afspraken rond (wetenschappelijke) begeleiding, vorming, innovatie in de praktijkvoering, zelfevaluatie, kwaliteitscultuur en populatiemanagement
g. Afspraken rond de verdeling van de beschikbare middelen op basis van risicostratificatie van de bevolking. Om zo te komen tot een evenwichtige spreiding van de beschikbare capaciteit aan eerstelijns- en gespecialiseerde psychologische zorg over het werkingsgebied van het netwerk GGZ
h. Afspraken rond registratie (parameters) om de resultaten inzake de 4AIM te beoordelen en de uitvoering van de opdrachten van het netwerk GGZ te beoordelen.
i. In voorkomend geval, afspraken rond de financiële opvolging.
j. Afspraken rond visie op en inzet van ervaringsdeskundigen.

6° Tot het voorstellen binnen het netwerk van een lokale coördinator om de invoering en de ontwikkeling van de psychologische functie en de opdrachten van het netwerk GGZ binnen deze overeenkomst te verwezenlijken. De specifieke rol, de competenties waarover deze persoon moet kunnen beschikken en de wegingsfactor die het VTE bepaalt, zal door de FOD Volksgezondheid worden meegedeeld aan de netwerkcoördinator. Informatie over de selectieprocedure zal aan de netwerkcoördinator worden bezorgd.

7° Via het ziekenhuis - in het kader van de elektronische facturatie aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende of de VZW IM - de informatie meedelen van de persoonlijke aandelen die geïnd worden in toepassing van deze overeenkomst.

8° Voor het realiseren van de 2 functies zal het netwerk GGZ een beroep doen op zorg- of hulpverleners door zelfstandigen en erkende organisaties waarmee het netwerk GGZ een aannemings- of een samenwerkingsovereenkomst sluit. Daarin worden onder meer afspraken gemaakt over:
a. omschrijving van de twee functies, hun doelgroep en verstrekkingen;
b. functie waarvoor de klinisch psycholoog/orthopedagoog sessies verricht (1,2 of beide);
c. onderschrijven door de klinisch psycholoog/orthopedagoog van het proces van verwijzing, overleg en rapportering;
d. onderschrijven door de klinisch psycholoog/orthopedagoog van de visie op lokale multidisciplinaire samenwerking;
e. modaliteiten omtrent de communicatie van het aantal individuele sessies en groepsinterventies per rechthebbende, en dit via een beveiligde omgeving (eHealthbox), met het oog op facturatie aan en betaling door het netwerk GGZ;
f. de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 9 van deze overeenkomst;
g. communicatie aan de patiënt over de facturatie van het persoonlijk aandeel;

h. de aspecten waarvoor de klinisch psychologen/orthopedagogen een beroep kunnen doen op het netwerk/ het lokaal multidisciplinair samenwerkingsverband;
i. deelname aan de evaluatie van de zorg voorzien in deze overeenkomst en ook patiënten aansporen deel te nemen aan het evaluatieonderzoek.

9° Initiatieven om de kwaliteitscultuur te ontwikkelen zoals bedoeld in artikel 10.

10° Geen vergoedingen uit te keren voor opdrachten die al via een andere regelgeving gefinancierd zijn.

11° De opleiding over de werking van het netwerk GGZ en de coördinatie van de intervisie/supervisie.

12° Tot het opstellen en overmaken van rapportering aan de overheid waaruit enerzijds de duurzaamheid van de governance van het netwerk GGZ blijkt en anderzijds de concretisering van de opdrachten zoals bedoeld in deze overeenkomst blijken en geëvalueerd worden. De wijze van rapportering (inhoudelijk - template en frequentie) zal nog worden uitgewerkt in overleg met de vertegenwoordigers in het begeleidingscomité (waaronder een vertegenwoordiging van de netwerken GGZ) en in afstemming met andere initiatieven bij de FOD Volksgezondheid op vlak van rapportering ("only once"); dit zal het voorwerp uitmaken van een wijzigingsclausule bij deze overeenkomst.

13° Tot het meewerken aan een evaluatieonderzoek dat in het kader van deze overeenkomst wordt uitgevoerd. Het onderzoeksprotocol wordt uitgewerkt op basis van een opdracht, op voorstel van het begeleidingscomité.

Verwachtingen t.a.v. het lokale multidisciplinaire samenwerkingsverband

Artikel 12

De organisatie van de eerstelijn, zowel voor de geestelijke als voor de somatische gezondheidszorg is een opdracht van de deelentiteiten. Van het netwerk GGZ wordt verwacht dat het in overleg gaat met de reeds bestaande structuren ("lokaal multidisciplinair samenwerkingsverband") en met de overheden (Gemeenschap/Regio/plaatselijk) om gezamenlijk de psychologische zorg te integreren in de eerste lijn. Essentieel is dat het lokaal multidisciplinair samenwerkingsverband betrekking heeft op de volledige bevolking van een omschreven territorium en erkend of aangewezen is door de bevoegde entiteit.

Van dit samenwerkingsverband wordt verwacht dat het een visie uitdraagt naar de actoren in zijn regio die in overeenstemming is met het hiervoor genoemde protocol van 2 december 2020

De netwerken geestelijke gezondheidszorg monitoren de inzet van de middelen in functie van populatiemanagement en stratificatie (behoeften aan psychologische zorg in kaart brengen) in samenwerking met de lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.

Globaal budget van financiële middelen per netwerk

Artikel 13

§ 1. Voor de uitvoering van de opdrachten binnen deze overeenkomst kan het netwerk op jaarbasis beschikken over een globaal budget dat bestaat uit de persoonlijke aandelen die het netwerk int zoals bedoeld in artikel 16 en uit de tegemoetkoming vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van

1° maximum xxxxxxxxxxx euro in 2021, hetzij xxxxxxxxxxxxx op jaarbasis

2° maximum xxxxxxxxxxx euro in 2022
3° maximum xxxxxxxxxxx euro in 2023
4° hetzij een totaal voor de ganse looptijd van de overeenkomst van xxxxxxxx euro.

§ 2. Maximum 10 % van deze middelen, hetgeen voor de ganse duur van de overeenkomst overeenstemt met maximum xxxxxxxx euro kan aangewend worden voor de vergoeding van de kost voor:

1° de ondersteuning vanuit het netwerk bij de invoering van de 2 functies;
2° de governance van deze overeenkomst, de organisatie m.b.t. de uitvoering van de opdrachten, de contacten met de zorg- en hulpverleners;
3° de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur zoals bedoeld in artikel 10;
4° de initiatieven m.b.t. registratie van activiteit, onder meer voor de rapportering naar de overheid (zie artikel 11, 12°);
5° de participatie aan evaluatieonderzoek;
6° de lokale coördinator;
7° de organisatie van opleiding met betrekking tot de werking van het netwerk
8° het beheer van de overeenkomst met de klinisch psychologen/orthopedagogen of met de andere actoren die opdrachten krijgen in deze overeenkomst en van het ganse proces van facturatie en betaling. Deze kost bedraagt 30.000 euro verhoogd met maximum 0.70 euro per gefactureerde sessie.

Daartoe zullen pseudocodes toegewezen worden aan de volgende kostenplaatsen:

1° kost van het ziekenhuis voor de administratieve last (artikel 13, §2, 8°)
2° kost van vergaderingen, verplaatsingskosten
3° kost personen die ingezet worden om opdrachten te vervullen (andere dan de individuele sessies en groepsinterventies), kost
4° kost van de soft- en hardware die noodzakelijk is op niveau van het netwerk om de uitvoering van de opdrachten te ondersteunen (met uitzondering van deze die gebruikt wordt door de zorgverleners),
5° kost voor communicatie naar de actoren/patiënten,
6° kost voor de organisatie van de groepsinterventies,
7° Eventueel andere kostenplaatsen die door het Riziv aan deze lijst kunnen toegevoegd worden.

De storting van dit bedrag wordt op een centrale wijze voor alle verzekeringsinstellingen door toedoen van de VZW IM, onder de volgende voorwaarden en als volgt uitgevoerd:

1° storting van een voorschot van 50 % van dat bedrag binnen de maand na ondertekening of aanvang van de overeenkomst.
2° Storting van een voorschot van 25 % van dat bedrag tegen 30 juni 2022.
3° Storting van een voorschot van 25 % van dat bedrag op jaarbasis tegen 31 januari 2023.
4° Met het oog op het regulariseren van deze voorschotten voegt het ziekenhuis voor het netwerk deze kosten (met vermelding van pseudocode) toe in de centrale elektronische factuur waarin ook de zorg wordt gefactureerd zoals bedoeld in § 3. Een eerste tussentijdse facturatie hiervan moet uiterlijk toegevoegd worden in de facturatie van de maand mei 2023. Kosten die nadien nog zijn gemaakt of kosten uit het verleden waarvoor in de facturatie van mei 2023 de informatie niet gekend was, kunnen nadien toegevoegd worden in de daarop volgende facturen.
Deze kosten worden vergoed tot het maximum bedrag zoals bepaald in het eerste lid.
5° Het netwerk houdt alle mogelijke bewijsstukken van de aangerekende kosten ter beschikking : facturen, loonstaten, rapporteringen van acties, verslagen van vergaderingen, vergoeding sessies, ...
6° Worden hieronder niet vergoed : kosten voor investeringen waarvan de normale afschrijvingsduur 4 jaar of meer bedraagt.

§ 3. Minimum 90 % van het budget zoals bepaald in § 1 wordt als volgt ingezet:

1° minimum 45% wordt ingezet voor de vergoeding van de zorg binnen de functie eerstelijnspsychologische zorg zoals bedoeld in artikel 3.
2° maximum 45% wordt ingezet voor de vergoeding van de zorg binnen de functie gespecialiseerde psychologische zorg zoals bedoeld in artikel 5, met inbegrip van de kost voor het multidisciplinair overleg zoals bedoeld in artikel 7, 6°).

Deze percentages kaderen binnen een groeipad voor de realisatie van de vierde doelstelling van 4AIM.

Deze middelen zullen op een centrale wijze voor alle verzekeringsinstellingen door toedoen van de VZW IM, aan het netwerk worden gestort onder de vorm van maandelijkse voorschotten, waarvan het bedrag overeenstemt met 1/12 van 90 % van het budget op jaarbasis dat bedoeld is onder § 1. Deze stortingen gebeuren ten laatste de 5de werkdag van de maand die volgt op de maand waarop ze betrekking hebben.

Deze voorschotten worden per maand geregulariseerd op basis van een factuur dat het ziekenhuis voor het netwerk centraal indient bij de verzekeringsinstellingen (via de VZW IM) volgens de instructies voor facturatie via elektronische drager. Daarbij gelden de volgende modaliteiten:

1° De factuur wordt ingediend uiterlijk de 20ste van de maand volgend op de maand waarop de prestaties betrekking heeft.
2° Deze factuur noteert het aantal uren per maand waarvoor het netwerk een vergoeding heeft uitgekeerd en het daarmee overeenstemmende bedrag. Daarbij wordt op basis van pseudocodes een onderscheid gemaakt tussen :
    a. Kost groepsinterventies – art. 3, § 2
    b. Kost individuele sessie bij aanvang of einde van groepsinterventie - art. 3, § 2
    c. Kost individuele sessies – art. 3, § 3
    d. Kost van de uitzonderlijke extra sessie – art. 4, 3°
    e. Kost individuele sessies – art. 5, § 2
    f. Kost groepsinterventies – art. 5, § 3
    g. Kost individuele sessie bij aanvang of einde van groepsinterventie - art. 5, § 3

    Deze factuur noteert eveneens:

    a. de kost van het multidisciplinair overleg – art. 7, 6°
    b. de kost van de inclusies – art. 14, § 2, 1°
    c. kosten verbonden aan andere activiteiten in het kader van de twee functies die multidisciplinaire samenwerking ondersteunen en die door het Riziv zijn goedgekeurd op voorstel van het begeleidingscomité; voor de vergoeding wordt uitgegaan van equivalente verstrekkingen binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.
    d. per rechthebbende het persoonlijk aandeel die per sessie is betaald geweest met vermelding van het Riziv-nummer van de klinisch psycholoog/ergotherapeut en de pseudocode van de verstrekking.
    e. Het bedrag van het voorschot dat voor die maand werd gestort.

Bij de verwerking van deze factuur wordt het voorschot geregulariseerd. Indien daaruit blijkt dat teveel voorschotten zijn gestort, wordt dit teveel afgehouden van de volgende te storten 12de. In het geval dat onvoldoende voorschotten werden gestort, wordt het verschil gestort aan het netwerk.

De individuele zorg- en hulpverleners bewaren in hun dossier alle bewijsstukken voor de aangerekende zorg.

§ 4. Op geen enkel ogenblik kan het totaal van de gestorte bedragen hoger zijn dan het budget dat is voorzien in § 1, eerste lid, 4°.

§ 5. De stortingen zoals bedoeld in §§ 2 en 3 worden gedaan

- op het rekeningnummer ……...
- op naam van ……..

§ 6. Ten laatste met ingang van 1 maart 2022 wordt het proces van betaling en facturatie zoals geregeld in dit artikel vervangen door een elektronisch systeem dat, na advies van de overeenkomstencommissie ziekenhuizen-VI's en goedgekeurd door het Verzekeringscomité, ter beschikking zal gesteld worden door de verzekeringsinstellingen waarin de gegevens omtrent de zorgverlening en het geïnde persoonlijk aandeel in een beveiligde omgeving kunnen worden meegedeeld, en op basis waarvan ondermeer:

1° De betalingen aan het netwerk op een centrale wijze kunnen worden geregeld;
2° De klinisch psycholoog/orthopedagoog kan kennis nemen van de verzekerbaarheidsgegevens;
3° De rechthebbende een bewijsstuk kan krijgen;
4° Het netwerk geïnformeerd wordt omtrent de gerealiseerde zorgverlening en over een set van individuele en geaggregeerde gegevens die de evaluatie van het netwerk moet ondersteunen; dit binnen een termijn van 3 maanden na de maand waarin de gegevens werden overgemaakt.
5° De GMD-houdende huisarts of GMD-houdende artsenpraktijk kan geïnformeerd worden omtrent de psychische zorg die aan zijn patiënt in het kader van deze overeenkomst wordt verleend.
6° De FOD Volksgezondheid en het RIZIV geïnformeerd worden omtrent de gerealiseerde zorgverlening en over een set van geaggregeerde gegevens die de evaluatie van de overeenkomst met het netwerk ondersteunt; dit binnen een termijn van uiterlijk 3 maanden na de maand waarin de gegevens werden overgemaakt.

Specifieke regels in verband met het aanrekenen van opdrachten vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Artikel 14

§ 1. Onderstaande bedragen zijn inclusief het persoonlijk aandeel zoals die is voorzien in artikel 16.

§ 2. Voor onderstaande bedragen, met uitzondering van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, dat in rekening worden gebracht voor de aanwending van het budget bedoeld in artikel 13, gelden volgende voorwaarden:

1° Voor elke nieuwe rechthebbende waarvoor de klinisch psycholoog/orthopedagoog na verloop van de eerste sessie met de rechthebbende een traject heeft afgesproken, mag één keer per periode van 12 maanden, 60 euro worden aangerekend voor de opmaak en het bijhouden van het (elektronisch) patiëntendossier, voor de contactname met andere zorg- en hulpverleners, voor de verslaggeving aan de huisarts en de psychiater, voor de facturatie en registratie van gegevens zoals gevraagd door het netwerk GGZ.

2° Voor een "psychologische sessie van 60 minuten" zoals bedoeld in artikel 3, § 3 of in artikel 5, § 2 mag 75 euro (inclusief persoonlijk aandeel rechthebbende) in rekening worden gebracht.

3° Voor een “groepsinterventie van 120 minuten” zoals bedoeld in artikel 3, § 2 of in artikel 5, § 3, mag 400 euro worden in rekening gebracht als deze wordt aangeboden door 2 klinisch psychologen/orthopedagogen of 326 euro als deze wordt aangeboden door een klinisch psycholoog/orthopedagoog en een andere zorg- en hulpverlener/ervaringsdeskundige. Beide bedragen zijn inclusief het persoonlijk aandeel van 2,5 euro van elke rechthebbende.

4° Voor de vergoeding van de deelname aan het multidisciplinair overleg zoals bedoeld in artikel 7, 6° (betrokkenheid van bijvoorbeeld de klinische psycholoog/orthopedagoog, huisarts en (kinder)psychiater) mag een bedrag in rekening gebracht worden van maximaal €225.

Indexering

Artikel 15

De in artikel 13 en 14 vermelde bedragen, met uitzondering van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, worden elk jaar geïndexeerd. De indexering gebeurt op 1 januari op basis van de evolutie tussen 30 juni van het voorlaatste jaar en 30 juni van het vorige jaar, en dat op basis van de waarde van de gezondheidsindex in artikel 1 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 *tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging,* op voorwaarde dat de Algemene Raad de financiële marge voor de indexering heeft voorzien.

Persoonlijk aandeel rechthebbende

Artikel 16

§ 1. Het persoonlijk aandeel per individuele psychologische sessie bedraagt 4 euro voor de rechthebbende die recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming [3] en 11 euro voor de rechthebbende waarvoor dit recht op verhoogde tegemoetkoming niet geldt. Het persoonlijk aandeel voor de groepsinterventies bedraagt per groepsinterventie of -zitting voor de rechthebbende 2,5 euro.

Voor de eerste individuele sessie eerstelijnspsychologische zorg kan geen persoonlijk aandeel aan de rechthebbende worden aangerekend. In geval van ondersteuning aan een eerstelijnsactor, in de context van een rechthebbende, wordt ook geen persoonlijk aandeel aangerekend.

§ 2. Het persoonlijk aandeel wordt geïnd door de zorgverlener, die aan de rechthebbende een bewijsstuk aflevert in overeenstemming met artikel 53 van de wet van 14 juli 1994.

§ 3. Behalve het persoonlijk aandeel wordt er noch door de klinisch psycholoog/orthopedagoog, noch door het netwerk GGZ of het ziekenhuis, een supplement aangerekend aan de rechthebbende.

Doelgroepen Kinderen/jongeren en volwassenen/ouderen

Artikel 17

Voor de toepassing van deze overeenkomst wordt onder kinderen/jongeren en volwassenen/ouderen bedoeld :

[3] De verhoogde tegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

1° Een rechthebbende kan tot de categorie kinderen/jongeren behoren tot de leeftijd van maximum 23 jaar.

2° Een rechthebbende kan tot de categorie volwassenen/ouderen behoren van zodra deze 15 jaar of ouder is.

3° Voor de personen tussen 15 en 23 jaar hangt de toewijzing tot de categorie kinderen/jongeren of tot de categorie volwassenen/ouderen af van de specifieke context beoordeeld door de betrokken klinisch psycholoog/orthopedagoog.

4° Per 12 maanden kan een rechthebbende maar tot 1 categorie behoren.

Naasten zoals ouder(s), leerkrachten, familieleden of partners van de rechthebbenden mogen ook aanwezig zijn tijdens de sessie, met toestemming van de rechthebbende. Elke sessie met naasten telt als 1 sessie.

Opvolging - Begeleidingscomité

Artikel 18

§ 1. Binnen de schoot van het Verzekeringscomité wordt een begeleidingscomité opgericht dat als volgt is samengesteld:

- 6 vertegenwoordigers van de representatieve beroepsverenigingen van de klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen waaronder evenveel Nederlandstaligen als Franstaligen;
- 2 vertegenwoordigers van de familieorganisaties, waarvan 1 Nederlandstalige en 1 Franstalige.
- 2 vertegenwoordigers van de patiëntenorganisaties, waarvan 1 Nederlandstalige en 1 Franstalige .
- 6 leden van de overeenkomstencommissie tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen waaronder evenveel vertegenwoordigers van de verpleeginrichtingen als van de verzekeringsinstellingen en waaronder evenveel Nederlandstaligen als Franstaligen;
- 3 huisartsen voorgedragen door de organisaties die de artsen vertegenwoordigen in het Verzekeringscomité, waarvan minstens 1 Nederlandstalige en minstens 1 Franstalige;
- 2 psychiaters voorgedragen door de organisaties die de artsen vertegenwoordigen in het Verzekeringscomité, waarvan 1 Nederlandstalige en 1 Franstalige;
- 2 experten van de FOD Volksgezondheid die de netwerken GGZ en ziekenhuizen ondersteunen bij de uitvoering van deze overeenkomst;
- de administratie van het RIZIV;
- een adviseur van de Minister van Sociale Zaken en een adviseur van de Minister van Volksgezondheid;
- een vertegenwoordiger van de administratie van de betrokken deelentiteiten.

§ 2. De opdrachten van het begeleidingscomité hebben betrekking op:

1° een voorstel van rapportering en gegevensregistratie formuleren onder de vorm van een wijzigingsclausule bij deze overeenkomst;

2° de globale opvolging van de in deze overeenkomst geregelde opdrachten voor de netwerken en van de vergoeding voor de twee functies;

3° de analyse van de rapportering die netwerken GGZ overmaken;

4° een advies formuleren met betrekking tot een ontwerp van protocol voor de evaluatie van de opdrachten binnen de overeenkomst, met een evaluatie van de kwaliteit;

5° oplossingen voorleggen voor problemen tijdens de looptijd van deze overeenkomst met betrekking tot de uitvoering van onderhavige overeenkomst;

6° evaluatie van de in deze overeenkomst opgenomen bedragen

7° formuleren van adviezen en aanbevelingen met het oog op de structurele verankering na afloop van de overeenkomst.

Overgangsbepalingen huidige overeenkomst

Artikel 19

Voor de bepaling van het aantal sessies zoals bedoeld in de artikelen 4 en 6 wordt geen rekening gehouden met het aantal sessies in uitvoering van de overeenkomst gesloten tussen het Verzekeringscomité, het netwerk GGZ en het ziekenhuis in het kader van de eerstelijnspsychologische zorg ("overeenkomst ELP").

Het netwerk en het ziekenhuis delen aan het Riziv het overzicht mee van de aanwending van de bedragen die zijn gestort in uitvoering van artikel 16 van de hiervoor bedoelde "overeenkomst ELP". De op 1 september 2021 nog niet aangewende bedragen kunnen mits akkoord van het Riziv worden aangewend voor de vergoeding van de opstartkosten binnen deze overeenkomst.

Beroepsaansprakelijkheidsverzekering

Artikel 20

Voor de opdrachten en verstrekkingen in het kader van deze overeenkomst heeft het netwerk GGZ de verantwoordelijkheid om de betrokken actoren te informeren dat zij een beroepsaansprakelijkheidsverzekering moeten afsluiten.

Controle

Artikel 21

Het netwerk GGZ en het ziekenhuis verbinden zich ertoe de artsen-inspecteurs, of hun gemandateerden van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, te machtigen om bezoeken af te leggen die zij noodzakelijk vinden voor de uitvoering van hun opdrachten.

Bevoegde rechtbanken

Artikel 22

Voor elk geschil tussen de partijen betreffende deze overeenkomst zijn alleen de rechtbanken van Brussel bevoegd.

Geldigheidstermijn van de overeenkomst

Artikel 23

§ 1. Deze overeenkomst treedt in werking op de eerste van de maand volgend op de ondertekening van de overeenkomst en ten vroegste op 1 september 2021. Zij vervangt vanaf die

datum de overeenkomst die werd gesloten tussen het Verzekeringscomité, het netwerk GGZ en het ziekenhuis in het kader van de eerstelijnspsychologische zorg.

§ 2. Deze overeenkomst geldt tot en met 31 december 2023 en wordt niet stilzwijgend verlengd.

§ 3. Het niet ondertekenen van een door het Verzekeringscomité voorgestelde wijzigingsclausule betekent het van rechtswege opzeggen van de overeenkomst met ingang vanaf de eerste dag van de derde maand volgend op de verzending van de wijzigingsclausule.

§ 4. Deze overeenkomst kan op elk moment worden opgezegd door een van de partijen. Deze opzegging geldt vanaf de eerste dag van de derde maand volgend op de opzegging. In elk van die gevallen moet gewaakt worden over de continuïteit van zorg voor de rechthebbenden in een zorgtraject.

Specifiek engagement

Artikel 24

Door de ondertekening van deze overeenkomst bevestigt de algemeen directeur van het ziekenhuis, die tekent in naam van het netwerk GGZ, dat deze overeenkomst op voorhand is besproken en goedgekeurd door het netwerk GGZ, en in het bijzonder door de vertegenwoordigers binnen het netwerk GGZ van de eerste functie: “activiteiten inzake preventie, promotie van de ggz, vroegdetectie, screening en diagnosestelling” binnen de netwerken volwassenen of van het activiteitenprogramma 1: “vroegtijdige opsporing en interventie” in de netwerken kinderen en jongeren, zoals deze zijn omschreven in de “Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen” of in de “Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren”.

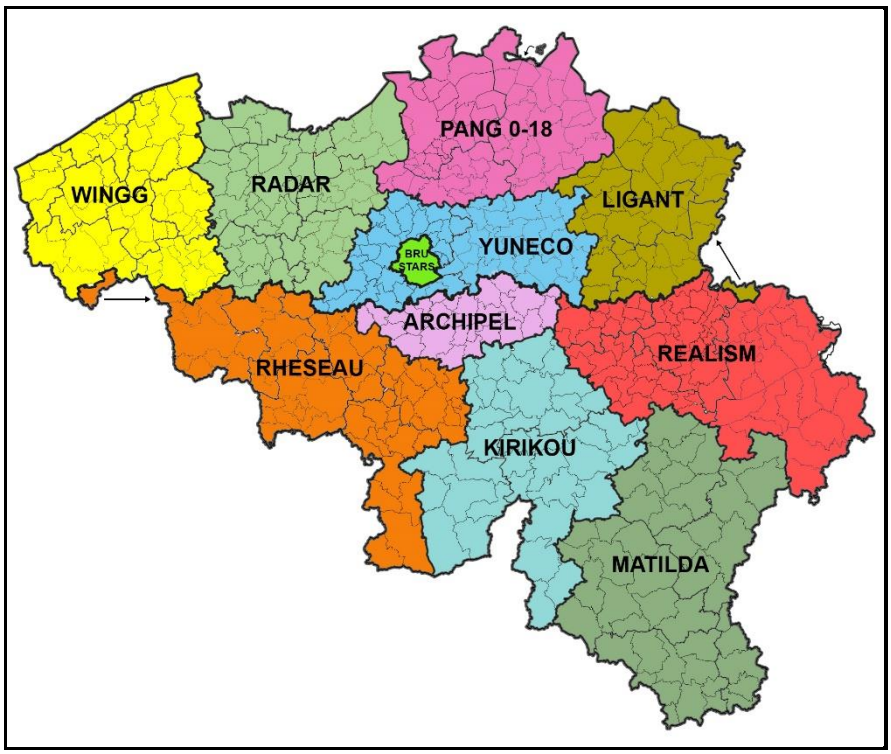
Brussel,

Voor het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging: De Leidend ambtenaar,	Voor het netwerk geestelijke gezondheid XXX, (*naam en voornaam van de algemeen directeur van het ziekenhuis waarmee de FOD een B4 overeenkomst heeft afgesloten)* Handtekening: Voor het ziekenhuis *(naam en voornaam van de algemeen directeur van het ziekenhuis dat de facturatie-opdracht uitvoert):* Handtekening:

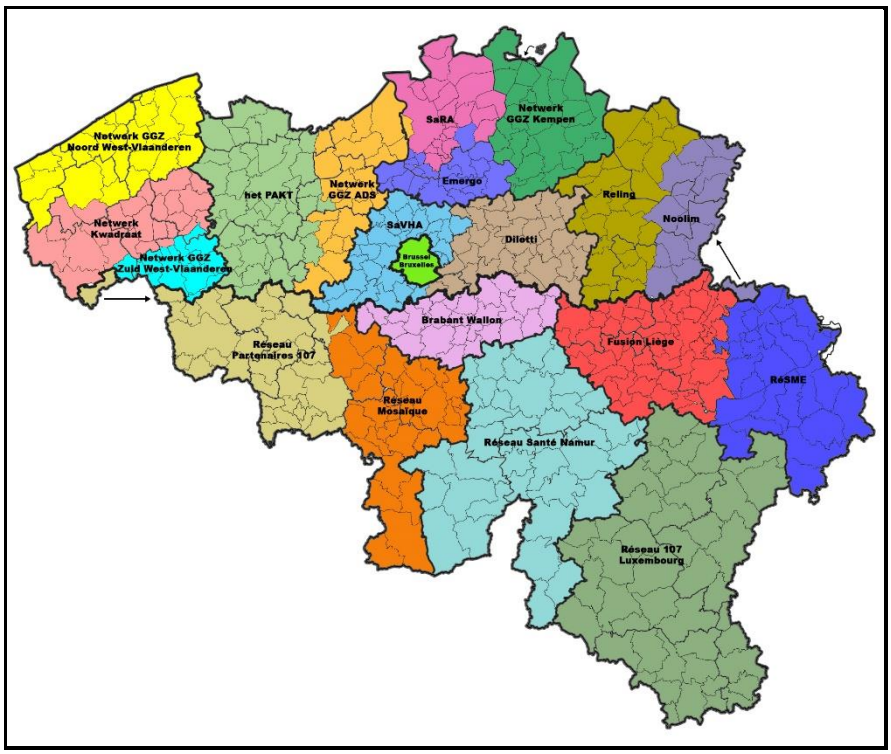
Bijlage 2

Kaart van de netwerken

Netwerken kinderen/adolescenten



Netwerken volwassenen/ouderen



<u>Opmerking</u> : een bijkomend afzonderlijk netwerk wordt voorzien voor de Duitstalige Gemeenschap dat zowel een netwerk voor kinderen als voor volwassenen zal zijn.

Bijlage 3

"Organisatie en financiering van ambulante psychologische zorg in de eerste lijn vanuit een public mental health perspectief"

1. De opdracht

Op 02 december 2020 werd er een protocolakkoord gesloten tussen de federale regering en de gemeenschappen en de gewesten betreffende de gecoördineerde aanpak voor de versterking van het psychisch zorgaanbod in het bijzonder voor de kwetsbare doelgroepen die het meest geraakt werden door de COVID-19 pandemie.

Dit protocolakkoord bouwt verder op het akkoord van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 28 oktober en de federale Ministerraad van 30 oktober 2020 om het psychisch zorgaanbod te versterken in de eerste lijn[1]. Dit door middel van de inzet van een equivalent van 1.986 VTE psychologische hulpverleners voor de verdere uitbouw van de eerstelijnpsychologische zorg én gespecialiseerde ambulante geestelijke gezondheidszorg in samenwerking en in complementariteit met het reeds bestaande aanbod.

Deze akkoorden passen binnen de globale en geïntegreerde visie van de hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg gericht op gemeenschapsgerichte zorg. Ze maken deel uit van de volgende stap in de hervormingen in de GGZ waarbij vertrokken wordt van een public health perspectief.

De opdracht voor het RIZIV en de partners die deel zullen uitmaken van de nog op te richten transversale overeenkomstencommissie geestelijke gezondheid is een conventie uit te werken die, vertrekkende vanuit de inzichten van public health, tegemoetkomt aan de bovenvermelde akkoorden. Hierbij worden de doelstellingen van quintuple aim nagestreefd : (i) de levenskwaliteit van de bevolking verbeteren (en ondersteuners), (ii) de kwaliteit van zorg verbeteren (door te focussen op levensdoelen van personen), (iii) gebruik van hulpbronnen verbeteren, (iv) levenskwaliteit van professioneln verbetren en (v) sociale rechtvaardigheid garanderen.

2. Bredere situering en richtinggevende principes

Het protocolakkoord beoogt de verdere uitbouw van het **geestelijke zorgaanbod dicht bij de leefomgeving van de burger en in samenwerking met de actoren in de eerste lijn**. Deze beweging kadert in de bredere benadering van de (geestelijke) gezondheidszorg vanuit een **public health** en **populatieperspectief** en beoogt ook belangrijke stappen in het **integreren** in de eerste lijn **van de klinisch psychologische en orthopedagogische zorg**, zoals bepaald door de Wet op de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoep (WUG), binnen het geheel van een bio-psycho-sociale benadering. Een aantal richtinggevende principes vloeit hieruit voort. In dit deel verduidelijken we wat we verstaan onder de begrippen public (mental) health en gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg.

Een public health benadering vertrekt vanuit een bredere kijk op de volledige populatie naast een kijk op het individu. Deze verschillen in benadering hebben een impact op de keuze van interventies, de wijze waarop en voor welke doelgroep ze georganiseerd worden. We verwijzen hiervoor naar de volgende richtinggevende principes zoals weergegeven door Thornicroft en Tansella (2009).

Public Health Approach	Individual Health Approach
(1) Whole population view	(1) Partial population view
(2) Patients seen in socio-economic context	(2) Tends to exclude contextual factors
(3) Interested in primary prevention	(3) Focus on treatment rather than prevention
(4) Individual as well as population-based interventions	(4) Individual level interventions only
(5) Service components seen in context of whole system	(5) Service components seen in isolation
(6) Favours open access to services on the basis of need	(6) Access to services on the basis of eligibility, e.g. by age, diagnosis or insurance cover
(7) Teamwork preferred	(7) Individual therapist preferred
(8) Long-term / life-course perspective	(8) Short-term and episodic perspective
(9) Cost-effectiveness seen in population terms	(9) Cost-effectiveness seen in individual terms

Tabel 1: Verschillen tussen de 2 perspectieven “public health” versus “individual health” van Thornicroft en Tansella (2009).

2.1. De (geestelijke) gezondheidszorg vanuit public (mental) health perspectief

Een public health perspectief vertrekt vanuit een populatieperspectief en streeft naar verbetering en bescherming van de gezondheid voor alle leden van deze populatie. De geestelijke gezondheid maakt integraal deel uit van deze gezondheid waardoor public mental health essentieel is in het realiseren van een betere gezondheid voor haar burgers. Haar focus ligt dus niet alleen op de organisatie van de zorg voor bestaande gezondheidsproblemen, maar ook op onderzoek naar de gezondheidsdeterminanten, de promotie van een gezonde levensstijl, het voorkomen en opsporen van risicofactoren, de preventie en vroegdetectie van en vroeginterventie bij gezondheidsproblemen. Haar succes wordt niet zozeer afgemeten aan de optimale kwaliteit van zorg op individueel niveau, maar aan de globale gezondheidstoestand van de totale bevolking.

Aanvullend op het public health perspectief, is ook het perspectief van de zorggebruiker erg belangrijk, dit wil zeggen, het idee dat interventie proportioneel, effectief moet zijn, participatief en satisfactie -genererend (value-based healthcare (Porter en Teisberg, 2006) en aansluitend bij de voorkeuren en noden van de patiënt.

In het tweede deel gaan we hier verder op in maar in het volgende deel omschrijven we public (mental) health als de studie van (1) de epidemiologie (prevalentie en sociodemografische determinanten), (2) het volledige spectrum van het gezondheids- en zorgaanbod, het gebruik van zorg en uitstel van behandelingen (3) gezondheidseconomie en effectmonitoring (Saraceno e.a., 2009; Keyes & al., 2016).

2.1.1. Voorkomen van psychische klachten in de bevolking

De nationale gezondheidsenquête schat ervaren levenskwaliteit in op basis van vijf dimensies, waarvan zelfgerapporteerde gevoelens van angst/depressies er één is. De meest zelfgerapporteerde klachten bij de bevolking van 15 jaar en ouder zijn deze verbonden met de dimensies pijn/ongemak (56,2%) en angst/depressie (31,5%)[2].

2.1.2. Epidemiologie van psychische aandoeningen in de bevolking

Deze paragraaf is gebaseerd op de huidige beschikbare nationale en internationale epidemiologische gegevens waarbij cijfers van bepaalde populaties onvolledig kunnen zijn.

Stoornissen	0-17 jarigen	18-64 jarigen	64+ jarigen
Prevalentie angststoornis	6%	7%	8%
Prevalentie depressie	2%	6%	5%
Prevalentie alcoholstoornis	2%	3%	0.6%
Prevalentie externaliserende stoornis	13%	5%	--
Prevalentie gedragsstoornis	8%		--
Prevalentie EPA	1%	1.7%	1.7%
Totaal pathologie	19%	15%	15%
Prevalentie suïcide-ideatie	--	3%	2%

Tabel 2: epidemiologie van de prevalentie van verschillende psychische aandoeningen naar leeftijdsgroep en naar algemene aandoeningen (=pathologie). (Bruffaerts, 2021)

12maanden prevalentie psychische aandoeningen:

We hanteren een 12-maanden perspectief voor wat betreft de prevalentie van aandoeningen, gedefinieerd als de proportie van de populatie die in een periode van 12 maanden voldoet aan de criteria van een psychische aandoening. Daarbij maken we een onderscheid tussen *vaak voorkomende aandoeningen* [4] *(=common mental disorders)* en *"ernstige psychische aandoeningen" (EPA).* Zoals blijkt uit de tabel is bij minderjarigen bij één op vijf sprake van een psychische aandoening, bij meerderjarigen gaat het om één op zeven. Recent onderzoek toont aan dat psychische aandoeningen vaak samen voorkomen (wat aanleiding geeft tot hoge 'comorbiditeit') en de kans op recidive en chroniciteit groot zijn. Bovendien blijkt er een overkoepelende psychopathologie factor te zijn. Zowel in onderzoek als in de klinische praktijk is er dus nood aan een transdiagnostische visie[5] op kwetsbaarheid voor psychische aandoeningen.

---

[2] angststoornissen (specifieke fobie, sociale fobie, generaliseerde angststoornis, paniekstoornis en agorafobie), stemmingsstoornissen (majeur depressieve episode en dysthymie), alcoholgebonden stoornissen (zowel misbruik als afhankelijkheid) en externaliserende stoornissen (ADHD, antisociale gedragsstoornis, oppositioneel-opstandige stoornis)

[3] Een transdiagnostische visie is gebaseerd op de vaststelling in onderzoek dat verschillende types van aandoeningen die op beschrijvend niveau kunnen onderscheiden worden (zoals depressie, angst, externaliserende aandoeningen) grotendeels veroorzaakt worden door dezelfde onderliggende psychologische en/of biologische processen. Dat verklaart ook waarom psychologische aandoeningen in de regel samen voorkomen. Een belangrijk gevolg daarvan is dat voor vele aandoeningen transdiagnostische behandelingen aangewezen zijn, eerder dan behandelingen die zich richten op een specifieke aandoening, aangezien zij focussen op deze onderliggende gemeenschappelijke processen in plaats van op de verschillende

Suïcide. Tussen 2000 en 2016 is de sterfte door suïcide in België globaal gedaald door suïcide van 21.6 naar 17 gevallen per 100 000 inwoners. Het sterftecijfer door zelfdoding bij mannen is nog steeds meer dan 2.5 keer dan bij vrouwen. Suïcide is de belangrijkste doodsoorzaak in leeftijdsgroep 25-44 jaar. In 2019-2020, de leeftijdsgroep 15-24 jaar is het meest vertegenwoordigd in consultaties voor suïcidale ideaties of -pogingen, dit wil zeggen 26% van de consultaties[6].

Ontstaansleeftijden van psychische aandoeningen. De respectievelijke gemiddelde en mediane ontstaansleeftijd van psychische stoornissen in België is tussen 19 en 21 jaar (Bruffaerts et al., 2011). Dat betekent dat de helft van de stoornissen ontstaan vóór 19jaar en de helft later. Externaliserende aandoeningen vangen gemiddeld aan op de leeftijd van 7 jaar, angstaandoeningen gemiddeld op de leeftijd van 14 jaar, alcoholaandoeningen gemiddeld op de leeftijd van 23 jaar en stemmingsaandoeningen gemiddeld op 38-jarige leeftijd. Eén vierde van alle aandoeningen in de Vlaamse algemene bevolking ontstaat vóór de leeftijd van 14 jaar. De mediaan (i.e. de leeftijd waarop in reeds 50% van de gevallen de kwetsbaarheid tot uiting is gekomen) voor angst- en impulscontroleaandoeningen is 11 jaar, voor middelenmisbruik 20 jaar, voor recidiverende psychoses 28 jaar en voor depressie 30 jaar (Kessler ea. 2005, De Girolamo ea. 2012). De aanvangsleeftijd van ontwikkelingsaandoeningen is per definitie quasi volledig tijdens de kinderleeftijd.

Cohorteffecten Meer recente geboortejaren hebben hogere kans op psychische aandoeningen én ontwikkelen deze sneller. Een twintigjarige in 2020 heeft een hogere kans op psychische aandoeningen dan een twintigjarige in 2010 die een hogere kans heeft op psychische aandoeningen dan een twintigjarige in 2000. Psychische aandoeningen komen vaker voor bij de jongere cohorten én hebben een sneller klinisch verloop. Het gaat dan vooral over de zogenaamde externaliserende aandoeningen die te maken hebben met impulscontroleregulatie zoals aandacht en concentratie, agressie, binge drinking en eetaandoeningen) (Bruffaerts, 2021).

Socio-economische determinanten. Socio-economische status bepaalt psychische gezondheid (Kivimäki et al., 2020). Bepaalde bevolkingsgroepen hebben een verhoogde kwetsbaarheid (Lund, C et al., 2018): 18-24jarigen, alleenstaanden met of zonder kinderen en begunstigden van sociale uitkeringen hebben het moeilijker om hun geestelijke gezondheid te handhaven. Laagopgeleiden lijden vaker dan hoogopgeleiden aan psychische aandoeningen zoals bijvoorbeeld depressie. De EQ-5D score (een score voor kwaliteit van leven waarin angst/depressie is meegenomen als 1 van de 5 domeinen) stijgt significant met het opleidingsniveau: ze bedraagt 0,65 voor mensen zonder diploma of een diploma lager onderwijs, 0,74 voor diegenen met een diploma lager middelbaar onderwijs, 0,78 voor diegenen met een diploma hoger middelbaar onderwijs en 0,83 voor diegenen met een diploma hoger onderwijs. De gemiddelde EQ-5D score is 0,79 voor de bevolking van 15 jaar en ouder in België (Nationale Gezondheidsenquête, HIS 2018, Lydia Gisle et al). Ook Heckman verwijst naar socio-economische determinanten als factor voor psychopathologische kwetsbaarheid.

---

uitingen daarvan. Transdiagnostische behandelingen zijn met andere woorden meer gericht op de hele persoon dan op een bepaalde specifieke aandoening (Dalgleish, 2020).

[4] bron: Un Pass dans l'impasse (add doc)

Negatieve levenservaringen op kinderleeftijd zoals gedefinieerd volgens de ACE – schaal (Adverse Childhood Experiences), waarin vooral ervaringen als kindermishandeling, vroegkinderlijk trauma, verwaarlozing en disfunctioneel ouderschap zijn opgenomen, hebben een significante brede impact op de ontwikkeling van mentale en somatische aandoeningen en aandoeningen (Petruccelli ea. 2019).

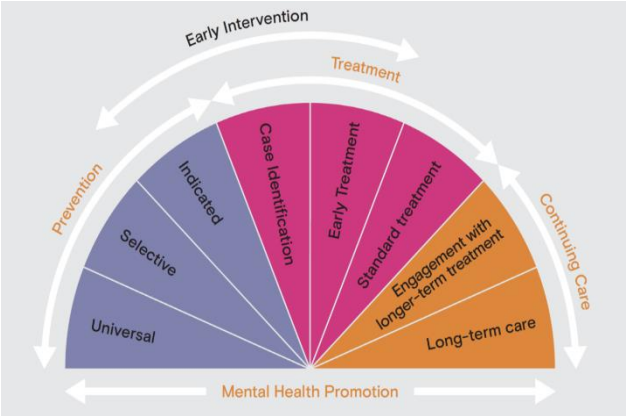
Langdurige arbeidsongeschiktheid en schooluitval ten gevolge van psychische aandoeningen. Tussen 2005 en 2019 steeg het aandeel werknemers (in de particuliere sector) met een langdurige arbeidsongeschiktheid (van meer dan een jaar) van 6,5% naar 11,1%. Psychische aandoeningen vormen de belangrijkste oorzaak. In 2019 is meer dan één op drie (35,8%) van de langdurige arbeidsongeschiktheid te wijten aan psychische aandoeningen en gedragsaandoeningen (Ferderaal Planbureau 2021)[7].
Studenten met een psychische aandoening hebben een 1,3-15,2 keer grotere kans om te stoppen met hun schoolse loopbaan dan diegenen zonder psychische aandoening (Kessler e.a. 1995; Bruffaerts et al., 2018). Tot 14% van de drop-out in de middelbare school en 5% van die in hogeschoolopleidingen zou te wijten zijn aan het bestaan van één of meer psychische aandoeningen (Bruffaerts et al., 2010).

Terugbetaalde psychotrope geneesmiddelen. Het aantal doseringen per 1000 personen/dag van alle psychotrope geneesmiddelen is gestegen van 79,5 in 2008 tot 97,3 in 2018. Die stijging met 22,4% wordt praktisch uitsluitend bepaald door antidepressiva en stemmingsstabilisatoren (Devos, 2019)[4].

Zorgvraag en zorggebruik. Anno 2020 wordt het 12-maanden zorggebruik voor psychische aandoeningen (i.c. de proportie personen met een psychische aandoening die in dezelfde tijdsperiode in professionele behandeling komt) geschat op 43% voor volwassenen en 31% van de 0-18-jarigen. Voor stemmingsaandoeningen (zoals depressie) en angstaandoeningen wordt het vaakst hulp gezocht; het minst (lager dan één op vijf) voor alcoholgebonden en externaliserende aandoeningen. Het is evenwel belangrijk te weten dat het merendeel van de personen (9/10) met een psychische aandoening ooit wél in behandeling komt; de uitstelter-mijnen tot behandeling zijn dus erg lang (gemiddeld 10-15 jaar) en zorgen ongetwijfeld voor een hogere kans op een progressief verloop van de aandoening, waarbij de ontwikkeling van psychiatrische comorbiditeit reëel is en een impact genereert op relationeel en werkgerelateerd vlak.

De laatste twee decennia is de zorgvraag voor psychische problemen wel gestegen; in België wordt de stijging van de vraag geschat op 0.75 à 1% per jaar bij een persoon met een psychische aandoening. Het is opvallend dat deze stijging zich niét zozeer afspeelt in de gespecialiseerde zorg maar veeleer in niet-gespecialiseerde en laagdrempelige settings: de huisarts (94% van de Belgen heeft een huisarts en meer dan 75% van de professionele ggz-behandelingen starten bij de huisarts), de spoedgevallendiensten en internetbehandelingen (Bruffaerts, 2004) [8].

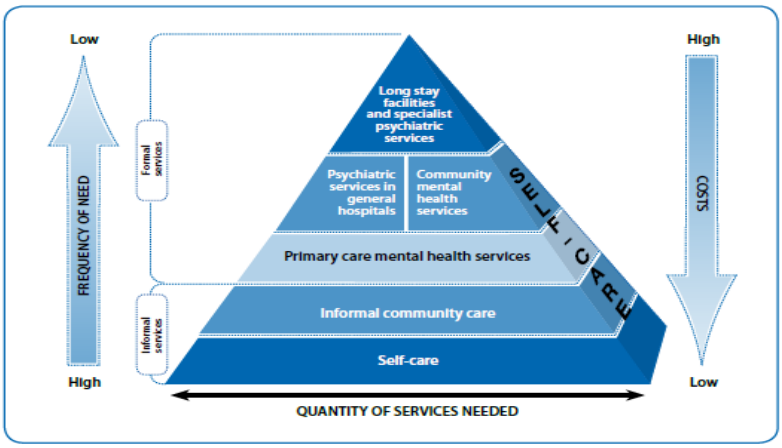
2.1.3. Spectrum van welzijns- gezondheids- en zorgaanbod



Vanuit public health perspectief wordt een welzijns- en gezondheidssysteem beoogd dat voor een gedefinieerde populatie alle nodige facetten van aanbod toegankelijk stelt. Het omvat dus het hele spectrum, zoals geschetst door Mrazek & Haggerty (1994) (zie figuur 1)[5].

Figuur 1: Spectrum van Mazrek & Haggarty (1994)

Inspanningen die geleverd moeten worden binnen dit spectrum focussen op een ander deel van de bevolking. Van links naar rechts in bovenstaande voorstelling zullen steeds kleinere groepen nood hebben aan de op dat niveau gangbare interventies. Zo kan dit spectrum dan ook gekanteld worden in een piramide van aanbod. Meerdere versies van die piramide leggen elk accentverschillen, maar beogen eenzelfde doel (zie figuur 2, WHO 2009).



Figuur 2: WHO service organization pyramid for optimal mix of services for mental health (WHO, 2009)

De verschillende zorgniveaus worden door de WHO als volgt omschreven:

- **Zelfzorg (Self – care)** = de meeste mensen hanteren zelf hun psychische problemen of met de steun van familie en vrienden. Zelf – zorg is het meest effectief wanneer deze ondersteund wordt door professionele gezondheidszorg […]. Zelf – zorg dient gefaciliteerd te worden door alle zorgverstrekkers en in alle lagen van de zorgorganisatie
- **Informele gemeenschapszorg (Informal community care) =** diensten die aangeboden worden in de gemeenschap die geen deel uitmaken van het formele gezondheids – en welzijnssysteem. Voorbeelden zijn professionals in andere sectoren zoals leerkrachten of politie, diensten verleend door NGO's (vb. Straathoekwerk), ervaringsdeskundigen en mantelzorgers, leken, … . Dit niveau van zorg kan terugval helpen voorkomen van mensen die ontslagen zijn

uit ziekenhuizen. Informele zorg is toegankelijk en aanvaard omdat ze een integraal deel uitmaken van de gemeenschap. Toch zou informele gemeenschapszorg niet de kern mogen uitmaken van geestelijke gezondheidszorg en kan men niet enkel afhangen van deze diensten.

- **Eerstelijnszorg voor geestelijke gezondheid (Primary care services for mental health)** = Geestelijke gezondheidszorg verstrekt binnen algemene eerstelijnszorg is de eerste laag van zorg binnen het professionele gezondheidssysteem. Essentiële diensten op dit niveau omvatten de vroege identificatie en behandeling van psychische aandoeningen, het beheren van stabiele psychiatrische patiënten, begeleiding van de meest voorkomende psychische aandoeningen 'common mental health', verwijzing naar andere lagen wanneer aangewezen, promotie van geestelijke gezondheid en preventie. Deze geestelijke gezondheidszorg kan verstrekt worden door klinisch psychologen en orthopedagogen, huisartsen, verpleging en andere gezondheidsprofessionals op de eerste lijn. Deze diensten zijn het meest toegankelijk, betaalbaar en aanvaardbaar voor de gemeenschappen. Waar geestelijke gezondheid een geïntegreerd onderdeel is van deze diensten, waar toegankelijkheid verbeterd is, zien we dat psychische aandoeningen sneller geïdentificeerd en behandeld worden, zien we dat comorbiditeit tussen fysieke en psychische aandoeningen naadloos beheerd kunnen worden.
- **GGZ diensten van de gemeenschap (Community mental health services) =** formele GGZ – diensten zoals dagcentra, rehabilitatie – centra, programma's ter voorkoming van hospitalisatie, mobiele crisisteams, gesuperviseerde therapeutische en residentiële zorg (out – reachend in residenties), opvanghuizen, thuiszorg, familiehulp en andere ondersteunende diensten. Hoewel er wellicht slechts enkele GGZ – centra van de gemeenschap in staat zullen zijn om het geheel van deze diensten aan te bieden, is een combinatie van op zijn minst enkele daarvan essentieel voor een succesvolle geestelijke gezondheidszorg. Sterke GGZ – centra van de gemeenschap zijn essentieel als onderdeel van programma's voor vermaatschappelijking van de zorg en het vermijden van onnodige hospitalisaties.
- **Psychiatrische afdelingen (psychiatric services in general hospitals) =** de ontwikkeling van geestelijke gezondheidszorg in algemene ziekenhuissettings wordt als een essentieel onderdeel beschouwd in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Gezien de aard van bepaalde psychische aandoeningen is hospitsalisatie gedurende acute fases soms noodzakelijk. Lokale algemene ziekenhuizen bieden een toegankelijke en aanvaardbare locatie voor 24/24u bereikbare medische zorg en supervisie van mensen met een acute decompensatie van psychische aandoeningen op dezelfde manier zoals deze acute problemen in de somatische zorg aanpakken.
- **Residentiële long-stay en gespecialiseerde diensten (long-stay facilities and specialist services) =** Voor een kleine minderheid van mensen met een psychische aandoening is specialistische zorg vereist die verder gaat dan wat kan aangeboden worden in een algemeen ziekenhuis. Bv. mensen die niet goed reageren op behandeling of met complexe ziektebeelden dienen soms verwezen te worden naar gespecialiseerde centra voor verder testonderzoek en behandeling. Anderen hebben vaak permanente zorg nodig in residentiële faciliteiten als gevolg van hun ernstige psychische aandoeningen of intellectuele beperkingen en gebrek aan familiale ondersteuning. Forensische psychiatrie is een ander type van gespecialiseerde dienstverlening dat in deze categorie valt. De

nood aan verwijzing naar gespecialiseerde en langverblijf dienstverlening kan verminderd worden wanneer algemene ziekenhuizen kunnen beschikken over hoog – gespecialiseerde gezondheidswerkers zoals psychiaters en klinisch psychologen/orthopedagogen.

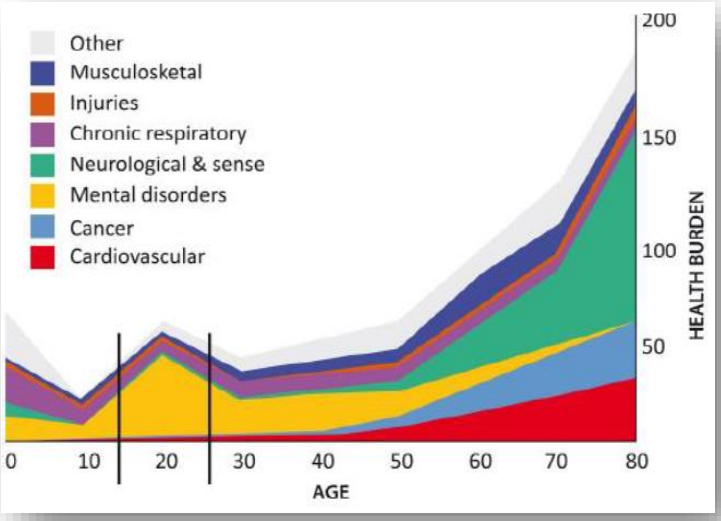
2.1.4. Gezondheidseconomisch perspectief

Vanuit gezondheidseconomisch perspectief is het vooreerst belangrijk dat de juiste doelgroep het juiste aanbod krijgt. Aanbod kan in capaciteit tekort schieten voor de beoogde doelgroep en/of ontoegankelijk zijn ("unmet need"), maar het kan evengoed onefficiënt ingezet worden t.a.v. een doelgroep die het niet nodig heeft (= "overmet need") (Thornicroft & Tansella, 2008; P. Nicaise, 2020; G. Dimitri, 2018; Bruffaerts et al., 2015).

Met en unmet need. *Met need* wordt gedefinieerd als een persoon die beantwoordt aan de criteria van een psychische aandoening in de voorafgaande 12 maanden én deze persoon toegang heeft (gevonden) tot de professionele gezondheidszorg. Deze WHO-definitie impliceert dus dat een patiënt met een psychische aandoeningen die zich heeft aangemeld bij de GGZ maar daar op een wachtlijst staat wordt geclassificeerd als 'met need'. Een tweede implicatie van deze definitie is het voldoende lijkt dat zorgvragers in zorg zijn ongeacht de match tussen zorgnood en zorgprofessional; er wordt in de definitie dus geen onderscheid gemaakt in de mate van specialisatie van de zorg.
Een derde implicatie van deze definitie is dat deze geen rekening houdt met de kwaliteit van de zorg of de lengte ervan.
Daarentegen wordt *unmet need* (zoals door de WHO gedefinieerd in Demyttenaere et al., 2004; Wang et al., 2007; Rens et al., 2019) als een persoon beantwoordt aan de criteria van een psychische aandoening in de voorafgaande 12 maanden en deze persoon géén toegang heeft (gevonden) tot de professionele gezondheidszorg. Met deze definities in het achterhoofd kunnen we zeggen dat de unmet need voor psychische aandoeningen wordt geschat op 60-69% van de jongeren met psychische aandoeningen en 57% van de volwassenen en ouderen met een psychische aandoeningen. Vanuit een public health visie is het voor een maatschappij imperatief een hoogwaardige zorg te bieden aan de individuele patiënt maar tegelijk te zorgen voor een reductie van de unmet need op populatieniveau die geschat is op ongeveer 61% van alle personen met een psychische aandoening.

Het concept "Met Need" is erg belangrijk maar daarbinnen is even belangrijk het concept "Minimally Adequate Treatment (MAT)". Het is inderdaad belangrijk, maar onvoldoende dat er een contact is met de hulpverlening (de definitie van Met Need). Ook de inhoud van dat contact moet beantwoorden aan een minimale graad van aansluiten bij de hulpvraag of zorgnood van de persoon die in behandeling komt (matched care) (Wang et al., 2007). De toegepaste interventies dienen ook te voldoen aan een minimale graad wetenschappelijk onderbouwd effectiviteit (practice based evidence). Evidence – based interventies begrijpen we zoals gedefinieerd door het KCE (2017) : Voor een zorgverlener, ongeacht zijn activiteit, vormt EBP de combinatie van drie elementen: 1) de eigen klinische expertise, 2) wetenschappelijk bewijs ('evidence' in het Engels), meestal in de vorm van richtlijnen, en 3) de voorkeur en waarden van elke individuele patiënt. Vandaag worden de toekomstige zorgverleners opgeleid in het zoeken van het delicate evenwicht tussen deze factoren.

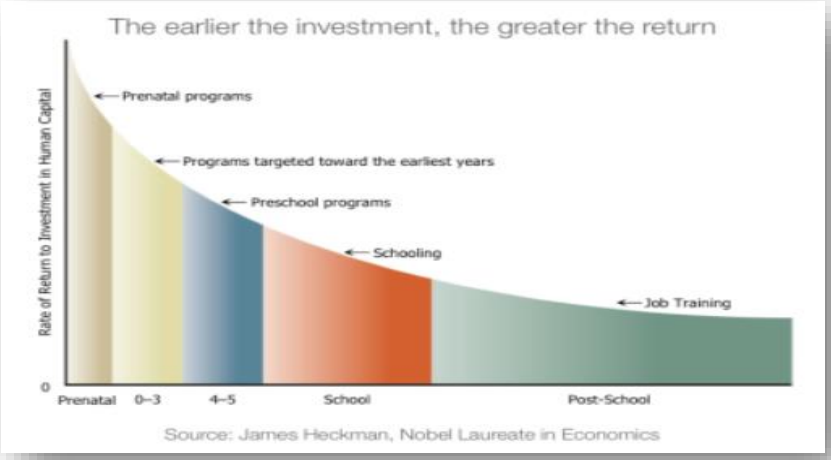
Daarnaast is het belangrijk om te weten waar zich de grootste gezondheidsimpact toont.
Die kan uitgedrukt worden in Disability – Adjusted Life Years (DALY's), een maat voor het aantal levensjaren dat gederfd wordt door voortijdig overlijden plus het aantal jaren leven met disfunctie, gecorrigeerd voor de ernst van die disfunctie (Wittchen et al., 2011) (. De gezondheidsimpact van mentale gezondheidsproblemen in DALY's is het grootst in de leeftijdsgroep tussen 14 en 24 jaar (zie figuur 3).



Figuur 3: "health burden" per leeftijdscategorie: in de categorie 15-25 zijn psychiatrische stoornissen voor de meerderheid van de health burden

Nobelprijswinnaar James Heckman beschrijft in zijn economisch gezondheidsmodel dat het logisch is dat vroege interventies een grotere economische, sociale en gezondheidswinst genereren, gezien vaardigheden op een vroegere leeftijd vaardigheden op een latere leeftijd vergroten en omgekeerd negatieve levensomstandigheden zich verankeren in de hersenontwikkeling en het stressverwerkingssysteem. Hij bestudeerde hierbij vooral de impact van geïntegreerde vroeginterventieprogramma's met levenslange effecten op gezondheid, cognitie en mentale en gedragskenmerken. De grootste effecten resulteerden uit de reductie van externaliserende gedragsproblemen. Ook stelt hij dat hoe langer er gewacht wordt om te interveniëren bij kinderen in precaire ontwikkelingssituaties, hoe meer de remediëring zal kosten. Hoewel hij programma's tussen 0 en 5 jaar bestudeerde, stelt hij dat interventie na 3-4 jaar al te laat is omdat transactionele effecten dan al ver gevorderd zijn[18].

Als bedenking op de achtergrond: Heckman bestudeert geen letterlijke psychologische interventies, maar wel vroegstimuleringsprogramma's in combinatie met interventies t.a.v. de ouders. Zijn "equation" echter wordt geponeerd als een algemeen inzicht dat brede onderzoekslijnen integreert die de transactionaliteit van genetische en omgevingsfactoren aantonen over de levensloop, met de grootste impact tussen 0-3 jaar.



Figuur 4: de “return on investment” van programma’s per leeftijd

2.2. Geestelijke gezondheidszorg in de gemeenschap

De hier te ontwikkelen opdracht situeert zich in de gemeenschap. D.w.z. dat ze lokaal georganiseerd moet worden **dicht bij de verblijfplaats** van degenen die er gebruik van maken. Andere elementen van de zorg bevinden zich meer op afstand omdat ze een zekere concentratie van middelen en specialistische expertise vereisen. Tot op het lokale niveau moet niet elke specialistische expertise beschikbaar zijn. De organisatie van het aanbod wordt op populatieniveau voorzien volgens een getrapt zorgmodel (stepped care). Op individueel niveau wordt steeds gestreefd om de meest passende hulp aan te bieden (matched care). We streven ernaar de meest passende hulp, vlot en toegankelijk aan te bieden aan de persoon met een zorgnood in afstemming en in samenwerking met de betrokken actoren en context van het (in)formele netwerk.

In de holistische visie op gezondheid zijn mentaal welzijn, geestelijke gezondheid, sociale gezondheid en lichamelijke gezondheid onafscheidelijk verbonden en elkaars voorwaarde. Deze hebben impact op elkaar en psychologische en sociale interventies kunnen evenzeer ingezet worden om de fysieke gezondheid te verbeteren. Een holistisch gezondheidsmodel kijkt ook naar de biologische, psychische en sociale aspecten van gezondheid. Dit vereist de inclusie van alle hulp- en zorgpartners en van de persoon zelf tijdens de inschatting/beoordeling van de situatie en de interventie. Een geïntegreerd gezondheidsmodel vereist daarom dat een interventie rekening houdt met deze 3 aspecten en gearticuleerd wordt rond een multidisciplinaire samenwerking.

Thornicroft en Tansella (2008) stellen dat een moderne geestelijke gezondheidszorg zich moet enten op een bepaalde regio en daarbinnen een goed gebalanceerd aanbod van gemeenschapsgericht en gespecialiseerd aanbod moet voorzien. Zeker op lokaal niveau is het belangrijk om alle elementen van zorg en welzijn zo geïntegreerd mogelijk aan te bieden. “Integratie” kan op vele manieren begrepen worden. Onder integratie kan begrepen worden dat alle zorgvormen op 1 plaats worden aangeboden. Het kan ook begrepen worden als: “alle zorg georganiseerd rond de persoon en zijn/haar context in onderlinge samenwerking en communicatie via een gezamenlijk handelingsplan”. Beide percepties zijn valabel en gangbaar in onze huidige welzijn- en gezondheidszorg.

3. Toepassing van de richtinggevende principes: scope van de RIZIV-conventie.

Vanuit het public health en populatieperspectief, streven we ernaar om 80% van de psychische hulpvragen te beantwoorden via gepaste zorg binnen een geïntegreerd lokaal aanbod (community based), dat in hoofdzaak ondersteund wordt door de eerstelijnszorg voor geestelijke gezondheid. Hiervoor kan de eerstelijnszorg uiteraard beroep doen op de gespecialiseerde GGZ (en vice versa). Samenwerking, doorverwijzing en continuïteit van zorgprocessen in beide richtingen (ifv de noden van de persoon) dienen als leidend principes gehanteerd te worden.

3.1. GGZ-Zorgen

Op basis van de WHO – piramide worden volgende zorgniveau's in scope opgenomen: (i) ondersteunen van zelfzorg en informele gemeenschapsgerichte zorg, (ii) eerstelijnszorg voor geestelijke gezondheid, (ii) een gedeelte van de geestelijke gezondheidszorg in de gemeenschap.

Het protocolakkoord definieert de versterking van het psychologische zorgaanbod op het niveau van een eerstelijnspsychologische functie en ambulante gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Deze versterkingen worden georganiseerd in een getrapt zorgaanbod met volgende functies: preventie (met inbegrip van herval en symptoomreductie) detectie, vraagverheldering, vroegtijdige en kortdurende interventies, diagnostiek, behandeling en rehabilitatie/herstel alsook kennis- en expertisedeling.

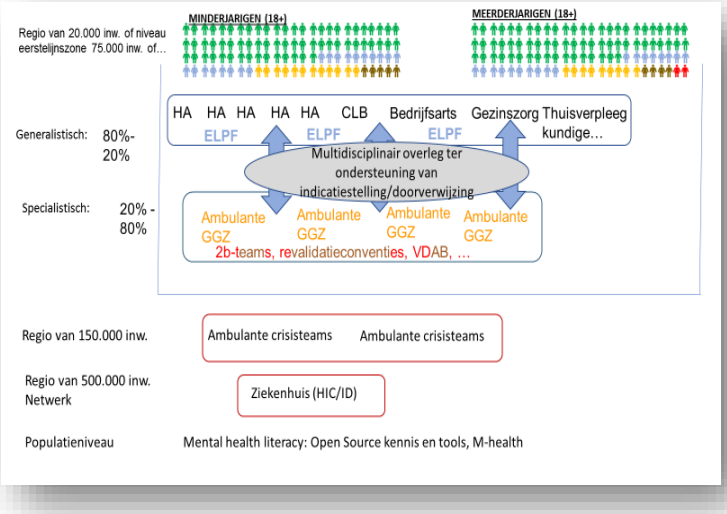
Het verschil tussen beide zorgvormen situeert zich op een aantal dimensies: problematiek (aard & verloop zoals ernst en complexiteit), karakteristieken van het individu (veerkracht, persoonlijkheid,…) en aard van de hulpverleningsrelatie en -proces en het type zorg dat wordt geboden (kortdurend, langdurig,…). De indicatie voor een specifieke zorgvorm en de daaraan gekoppelde kwalificatie van de zorgverstrekker is afhankelijk van deze dimensies (zie advies FRGGZB). Multidisciplinaire samenwerking, verankerd in een zorgnetwerk of samenwerkingsverband[9], garandeert de kwaliteit van zorg en continuïteit van zorg, en dat zowel voor de eerstelijnszorg als de specialistische zorg.

[9] Over lokaal en intersectoraal georganiseerde, geïntegreerde zorg en ondersteuning voor personen met psychische en psychosociale problemen, ontwerp inspiratietekst netwerkcoördinatoren.

Uiteraard is er nergens sprake van strikte scheidingslijnen tussen de opeenvolgende zorgstadia die hier benoemd worden. Hoewel een integraal gezondheidsbeleid een optimale mix (van interventies en kwalificaties) zal moeten realiseren over het hele spectrum van Mrazek en Haggerty en het hervormingsbeleid daar ook gestadig naartoe werkt, wordt in **deze fase van uitvoering** via het protocolakkoord in hoofdzaak gefocust op de segmenten die zich tussen de twee pijlen in het schema bevinden. In het protocolakkoord werd besloten dat de herstelfunctie en langdurige zorg niet gefinancierd zal worden binnen de inzet van de 1986 VTE GGZ-professionals (WUG) maar worden wel in het organisatiemodel meegenomen.

3.2. Articulatie van specifieke doelgroepen

De doelgroepen komen overeen met die in het epidemiologisch schema van de overheid : zie figuur hieronder. Selectieve preventie (bij verhoogde risicofactoren) en geindiceerde preventie (bij beginnende klachten) richten zich naar kwetsbare doelgroepen (op de overgang van de groene en de blauwe figuurtjes). Vroegdetectie en vroeginterventie richten zich tot de beginnende milde (blauwe figuurtjes) en matige (gele figuurtjes) geestelijke gezondheidsproblemen. In het laatste geval is het bijkomende doelstelling om tijdig gericht te kunnen doorverwijzen. Gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming kunnen toegepast worden op de hele populatie maar worden in de scope van deze conventie niet meegenomen.

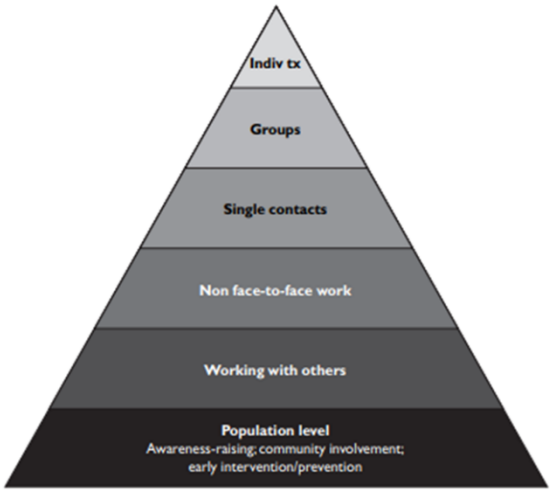


Figuur 5:

(A) prevalentie van psychische problemen in de populatie met mensen zonder problemen (groen), mensen met een licht tot matig probleem (blauw), mensen met een matig tot ernstig probleem / aandoening (geel), mensen met een chronische complexe aandoening (bruin) en mensen met een ernstige psychische aandoening / ziekte (rood).
(B) met een generalistische en gespecialiseerde ambulante zorgregeling.
En (C) een weergave op schaal van de organisatie van de zorg.

3.3. Modaliteiten van behandeling

De modaliteiten van aanbod moeten divers zijn, want hoe groter de doelgroep, des te minder realistisch is de mogelijkheid om alleen dit in een klassieke 1 op 1 consultatie te benaderen.



- Universele methodieken ter bevordering van veerkracht binnen school-, werk- en vrijetijdsomgevingen (Johansson et al., 2020)
- Gerichte groepsbenaderingen op scholen, in vrijetijds- en werkomgevingen (selectief en/of geïndiceerd), oa skills-training programma's (Waddell et al., 2018)
- Online zelfhulpprogramma's (e-health en M-health) al of niet met persoonlijke ondersteuning
- Participatief aanbod (samenwerking met ervaringsdeskundigen)
- transdiagnostisch laagdrempelig groepsaanbod
- Psycho-educatief groepsaanbod voor personen met een psychische kwetsbaarheid en/of hun context
- Individuele psychologische interventies.

Al deze modaliteiten moeten beschikbaar zijn om zo efficiënt en gericht mogelijk de interventie af te stemmen op de doelstellingen en het maximaal bereiken van de populatie binnen een bio-psycho-sociale filosofie.

Sommige van deze modaliteiten zouden kunnen worden overwogen onder de vorm van individuele en collectieve co-interventies met eerstelijnsactoren. Het aanbod kan zowel outreachend zijn, als dichtbij bij de actoren in de 1e lijn of ook in de praktijkruimte van 1e lijnprofessionals, of GGZ-professionals (WUG), uiteraard steeds met respect voor de werkingsprincipes en modaliteiten van de public health benadering. De locatie zal echter mede bepaald worden door de hierboven aangehaalde elementen zoals de te bereiken doelgroep, de opdracht/functie en de modaliteiten van het aanbod.

Referenties

- Adriaenssens J, Eyssen M, Mertens R, Benahmed N, Paulus D, Ameye F, Bossens M, Cauwenberg C, Cools A, Doms K, Everaert E, Gheysen M, Haelterman M, Laloup M, Malonne H, Meeus P, Penninckx W, Roisin T, Walraevens M. Naar een geïntegreerd evidence-based practice plan in België – deel 1: Bestuursplan – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 291As. D/2017/10.273/54.
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., . . . Saxena, S. (2018) ; Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic

review of reviews. The Lancet Psychiatry, 5, 357-369. doi: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9

- R. Bruffaerts, De mythes voorbij Het public health perspectief als leidraad bij hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg, Zorgnet-Icuro, Brussel, 2021.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., . . . Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science, 2*, 119-137. doi: 10.1177/2167702613497473.
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *American Journal of Psychiatry, 175*, 831-844. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17121383.
- P. Nicaise, D. Giacco, B. Soltmann, A. Pfennig, E. Miglietta, A. Lasalvia, M. Welbel, J. Wciorka, V.J. Bird, S.Priebe, V. Lorant, Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European contries, Health Policy 124(1) (2020) 25-36.
- P. Nicaise, A Grard, M. Leys, C. Van Audenhove, V. Lorant, Key dimensions of collaboration quality in mental health service networks, J Interprof Care° (2020) 1-9.
- G. Dimitri, D. Giacco, M. Bauer, V.J. Bird, L. Greenberg, A. Lasalvia, V. Lorant, J. Moskalewicz, P. Nicaise, A. Pfennig, M. Ruggeri, M. Welbel, S. Priebe, Predictors of length of stay in psychiatric inpatient units: Does their effect vary across countries?, Eur Psychiatry 48 (2018) 6-12.
- Keyes KM, Galea S. Setting the Agenda for a New Discipline: Population Health Science. Am J Public Health. 2016 Apr;106(4):633-4. doi: 10.2105/AJPH.2016.303101. PMID: 26959265; PMCID: PMC4804350.
- Kivimäki M, Batty GD, Pentti J, et al. Lancet Public Health. 2020 Mar;5(3):e140-e149. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30248-8. Epub 2020 Jan 31. PMID: 32007134.
- Bruffaerts RP, Bonnewyn A, Demyttenaere K. [Associations between early-onset mental disorders and educational attainment in Belgium; a population study]. Tijdschr Psychiatr. 2010;52(3):133-42. Dutch. PMID: 20205077.
- Bruffaerts R, Posada-Villa J, Al-Hamzawi AO, et al. Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide. Br J Psychiatry. 2015 Feb;206(2):101-9. doi: 10.1192/bjp.bp.113.141424. Epub 2014 Nov 13. PMID: 25395690; PMCID: PMC4312965.
- R. Bruffaerts, A. Bonnewyn, H. Van Oyen, S. Demarest, K. Demyttenaere, Zorggebruik voor mentale stoornissen in België, Tijdschrift voor Geneeskunde 60 (2004) 790-799.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 2004 Jun 2;291(21):2581-90.
- Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet. 2007 Sep 8;370(9590):841-50.
- Rens, E., Dom, G., Remmen, R. et al. Unmet mental health needs in the general population: perspectives of Belgian health and social care professionals. Int J Equity Health 19, 169 (2020). https://doi.org/10.1186/s12939-020-01287-0Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655-79.
- Waddell C, Schwartz C, Andres C, Barican JL, Yung D. Fifty years of preventing and treating childhood behaviour disorders: a systematic review to inform policy and practice. Evid Based Ment Health. 2018 May;21(2):45-52. Johansson M, Biglan A, Embry D. The PAX Good Behavior Game: One Model for Evolving a More Nurturing Society. Clin Child Fam Psychol Rev. 2020 Dec;23(4):462-482. doi: 10.1007/s10567-020-00323-3. PMID: 32839866; PMCID: PMC7585564.
- (Conti G & Heckman J, 2013, The developmental approach to child and adult heatlh. Pediatrics, 131, S133-141)
- C.Devos, A. Cordon, M. lefèvre, C. Obyn, F. Renard, N. Bouckaert, S. Gerkens, C. Maertens de Noordhout, B. De Vleesschauwer, M. Haelterman, C. Léonard, P. Meeus, Performance of the Belgian health system – Report 2019. Report 313, in: K. Federaal Kenniscentrum Gezondheidzorg (Ed.) Health Services Research, Brussel, 2019.
- Federaal Planbureau Januari 2021 artikel nr. 7 Duurzame ontwikkeling, Geestelijke gezondheid in België: de verborgen kosten van COVID-19