

**MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU.**

BRUSSEL, 10 juli 2002

Bestuur van de Gezondheidszorgen

Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

O/Ref. : NRZV/D/PSY/209-2 (*)

**ADVIES IN HET KADER VAN HET NIEUW CONCEPT GGZ ;
SYNTHESE-ADVIES EN OPERATIONALISERING IN EEN
VIJFJARENPLAN**

DE VOORZITTER,

getekend

Prof. Dr. J. PEERS

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciaal Bureauvergadering dd. 10 juli 2002

Situering

Op 15 mei 1997 formuleerde de permanente werkgroep psychiatrie zijn zogenaamd tweede deeladvies met daarin een voorstel voor een nieuwe inhoud en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Sindsdien werden ter concretisering en ter uitvoering van dit nieuwe concept tientallen bijkomende adviezen geformuleerd over deelaspecten van de geestelijke gezondheidszorg.

Op 15 januari 2002 vroegen de ministers Aelvoet en Vandenbroucke aan de NRZV om in het verlengde van deze vele adviezen een synthese advies te formuleren dat richtinggevend diende te zijn voor de verdere operationalisering van dit nieuwe concept in de komende jaren. In die zin werd gevraagd om “ dit *synthese advies* aan te vullen met een voorstel van concrete *operationalisering in een gefaseerd vijfjarenplan* op basis van een realistische inschatting van de beschikbare financiële middelen”

Dit synthese-advies en voorstel van vijfjarenplan werd door de permanente werkgroep psychiatrie op 21 juni 2002 goedgekeurd en bevat drie onderdelen.

Een eerste deel met een kernachtige samenvatting van de **basisprincipes** die in het tweede deeladvies zijn geformuleerd en die in daaropvolgende deel adviezen werden geconcretiseerd hetzij in het kader van de beschrijving van zorg opdrachten zoals liaison, dringende psychiatrische hulpverlening, psychiatrische zorg in de thuissituatie, activering hetzij in de beschrijving van problematieken zoals forensische zorg, toxicomanie, hetzij in de beschrijving van de zorgprogramma's voor doelgroepen zoals kinderen en jongeren, hetzij in de beschrijving van de hervorming van de financiering.

Een tweede deel met een kernachtige formulering van de **beleidsdomeinen** waarop in het kader van het **overheidsbeleid** werk dient verzet te worden.

Een derde deel met een formulering van maatregelen die ter operationalisering van deze beleidsdomeinen in de komende vijf jaren moeten voorzien worden (planning)

In bijlage tenslotte wordt **een overzicht opgenomen van de reeds uitgebrachte adviezen** evenals een kernachtige formulering van de daarin geformuleerde aanbevelingen

DEEL 1: Kernprincipes nieuw organisatieconcept voor geestelijke gezondheidszorg

1.1. Krachtlijnen van het toekomstig beleidskader voor de geestelijke gezondheidszorg:

De krachtlijnen van het nieuwe concept voor de GGZ werden voor het eerst geformuleerd in het 2^e deeladvies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Dit advies kwam op 15 mei 1997 tot stand in de Permanente Werkgroep Psychiatrie. In voorbereiding van dit advies over het nieuwe GGZ concept werd informatie ingewonnen over de uitgangspunten en de resultaten van hervormingen van de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in andere Europese landen (o.a. Italië, Frankrijk, Zwitserland, Ierland, Verenigd Koninkrijk, Nederland,...)

De hieruit verkregen beleidsinformatie werd samen met de inzichten en de verwachtingen van de leden van de permanente werkgroep psychiatrie op een creatieve wijze benut in het formuleren van een eigen nieuw beleidsconcept voor de GGZ. Daarbij werd rekening houdend met de specificiteit van de Belgische realiteit inzake bevoegdheidsverdeling, organisatie van de sociale zekerheid en de ziekteverzekering, de kenmerken van het huidige zorgaanbod...

Reeds tijdens de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 29 juni 1998 werd dit nieuwe concept door zowel de federale overheid als Gemeenschapsoverheden onderschreven in het kader van een ‘Algemene Consensusnota met 11-puntenprogramma betreffende de door te voeren hervorming in de sector geestelijke gezondheidszorg’.

Op 6 maart 2001, publiceerde minister M. Aelvoet, in samenwerking met minister F. Vandenbroucke, de federale beleidsnota voor de geestelijke gezondheidszorg “ *De psyche: mij een zorg ?!* “

In 2001 bepleitte ook de Wereldgezondheidsorganisatie in haar *World Health Report 2001* de uitbouw van een specifiek gezondheidsbeleid inzake de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Deze aanbevelingen werden op 17 januari 2002 opgenomen in een resolutie van de Executive Board of the WHO en goedgekeurd door de ministers van volksgezondheid van de lidstaten van de Europese Gemeenschap.

Tijdens de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 24 juni 2002 keurden de ministers bevoegd in de Gemeenschappen, de Gewesten en de Federale overheid inzake de geestelijke gezondheidszorg een “*Gemeenschappelijke Verklaring goed inzake het toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg*”.

De Permanente Werkgroep Psychiatrie van de NRZV formuleerde in de afgelopen jaren een reeks adviezen. In elk van deze adviezen, gericht op deelaspecten van de beoogde zorgvernieuwing, werden de basisprincipes van het nieuwe GGZ concept verder geëxpliciteerd en geconcretiseerd.

Op algemene en kernachtige wijze geformuleerd staan in het nieuwe concept voor de GGZ volgende uitgangspunten en doestellingen voorop:

- Niet de voorzieningen maar wel de patiënt als uitgangspunt nemen voor de reorganisatie van de zorg.
- Kenmerken van de psychisch zieke patiënt: bio-psycho-sociale probleemcomponenten, naastbestaanden als partners in de zorg, wisselende fasen van acuut ziek zijn, stabilisatie, rehabilitatie.
- Deze kenmerken bepalen dat een beleid inzake geestelijke gezondheidszorg een eigen format behoeft.
- De kwaliteit van de zorg is onlosmakelijk verbonden met continuïteit van zorg en zorg op maat en moet zoveel als mogelijk gesitueerd worden in de meest haalbare natuurlijke leefomgeving van de patiënt (o.a. aangepaste samenwerkingsmodaliteiten dienen ontwikkeld i.c. met de huisarts die een centrale functie opneemt én betreffende de medische aspecten van de zorg én als zorginhoudelijk coördinator bij psychiatrische hulpverlening in de thuissituatie).
- Continuïteit van zorg en zorg op maat realiseren door het op voorzieningen georiënteerd zorgaanbod om te bouwen naar zorgcircuits per doelgroep.
- Binnen een zorgcircuit een voorzieningsoverstijgend zorgprogramma uitbouwen
- Voorzieningen dienen in het kader van een functioneel samenwerkingsverband gezamenlijk in te staan voor de uitbouw en goede werking van het zorgcircuit
- Dit organisatienetwerk mag geen aantasting inhouden van de eigen identiteit en autonomie van de partners in die samenwerking (concept van functionele samenwerking in het kader van netwerkovereenkomsten en associatie i.p.v. bestuurlijke samensmelting via fusie of overname).
- Een macro- en microbudgetgarantie: een budgettair noodzakelijke, realistische en beheersbare jaarlijkse groei van middelen op macroniveau (groeinorm) en budgetgarantie voor de voorzieningen indien de middelen verantwoord worden gebruikt (beantwoordend aan vernieuwde programmatie- en erkenningsnormen)
- Zorgvernieuwing realiseren door gebruik te maken van substitutiemogelijkheden van bestaande zorginhouden en zorgvormen, aangevuld met middelen vanuit groeinorm en reconversie.
- Subsidiariteitsprincipe: de overheid omschrijft voor elk type van zorgcircuit de minimaal op te nemen zorgbehoeften, de zorgverleners en voorzieningen hebben de verantwoordelijkheid over de praktische aanwending van mensen en middelen en de uitwerking van de zorgverlening ('van over-regulatie via de-regulatie naar re-regulatie').
- Een coherent prospectief en programma georiënteerd financieringsconcept met het oog op het behouden van de bestaande financieringsbevoegdheid van de diverse federale en gemeenschapsoverheden, een eenvormige kostprijsbepaling of soortgelijke inzet van middelen voor een soortgelijke zorgopdracht en een globale opdrachtgerichte financiering en een daaraan aangepaste financiering van de medische activiteit.-.
- Via monitoring verantwoording afleggen aan de bevoegde overheden van de door netwerken opgenomen verantwoordelijkheden m.b.t. de realisatie van de in de programmatie en erkenning van netwerken en zorgcircuits globaal geformuleerde opdrachten inzake zorginhouden en zorgorganisatie.

Vertrekkende vanuit deze krachtlijnen is het zondermeer duidelijk dat het nieuwe concept inzake de inhoudelijke en organisatorische vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg een ingrijpende transformatie beoogt van de zorginhouden en de zorgvormen. Anderzijds moet gesteld worden dat de voorzieningen uit de GGZ ter realisatie van de hierboven vooropgestelde doelstellingen in de afgelopen jaren reeds heel wat initiatieven tot zorgvernieuwing en zorgontwikkeling hebben genomen. Deze initiatieven tot zorgontwikkeling botsen in de praktijk snel tegen de grenzen van de voorzieningsgerichte regelgeving en de huidige bevoegdheidsverdeling. Hierdoor kan aan de creativiteit van de GGZ tot op heden niet het gewenste gevolg gegeven worden. Nochtans is een meer ingrijpende transformatie nodig om op een kwalitatieve wijze te kunnen beantwoorden aan toenemende vraag naar geestelijke gezondheidszorg in de verschillende gemeenschappen.

Een vernieuwd en kwalitatief hoogstaand aanbod van geestelijke gezondheidszorg moet tot doel hebben een zorg waar de patiënt centraal staat. Daartoe moeten aan patiënten rechten worden toegekend met betrekking tot informatie over en medezeggenschap in het zorgproces. De concrete behoeften van patiënten en familieleden zijn het uitgangspunt om te komen tot een zorg op maat. Deze zorg op maat moet minstens voldoen aan de volgende principes: toegankelijkheid en betaalbaarheid van de hulpverlening en het verzekeren van de zorgcontinuïteit.

Uitgaan van de verschillende en geïndividualiseerde behoeften van de patiënten, de verantwoordelijkheden van professionele zorgverleners en voorzieningen valoriseren en als overheden instaan voor een maatschappelijk verantwoorde inhoud en organisatie van zorg voor de geestelijke gezondheid kan gelijktijdig gerealiseerd worden als het te voeren overheidsbeleid aangestuurd wordt vanuit een aantal duidelijk omschreven beleidsdoelgroepen gekoppeld aan een levensfase met name jeugd, volwassenen en ouderen.

In de opeenvolgende adviezen werd deze benadering telkenmale herbevestigd en aangevuld met de stelling dat ook de zorg voor zogenaamde subdoelgroepen, die verwijzen naar meer specifieke problematieken zoals forensische zorg, verslavingszorg, en zorg voor mentaal gehandicapten met psychiatrische stoornissen op een geïntegreerde wijze dienen gerealiseerd te worden als specifieke zorgtrajecten binnen het globale zorgprogramma van elke leeftijdsdoelgroep.

De vaak complexe zorgvraag van de patiënt geformuleerd binnen de geestelijke gezondheidszorg, is moeilijk te beantwoorden vanuit één voorzieningensoort en door één zorgactiviteit. Daarom is een benadering van de geestelijke gezondheidszorg vanuit voorzieningoverschrijdende zorgprogramma's met een globale organisatie op de onderscheidene niveaus - micro(zorg voor de individuele patiënt), meso (niveau van het netwerk) en macro (overheidsbeleid) - geboden.

Het is zonder meer duidelijk dat de realisatie van de opdrachten van de GGZ een actieve inbreng en betrokkenheid vereisen van vooreerst partners uit de somatische gezondheidszorg en de ouderenzorg, van de huisartsen en de andere zorgverleners uit de eerste lijn, maar eveneens van de partners uit de domeinen van de welzijnszorg, justitie, onderwijs, arbeid, huisvesting, cultuur... Met de partners uit de zogenaamde belendende werkvelden moeten functionele co-producties kunnen opgezet worden.

Van de bevoegde overheden mag dan ook verwacht worden dat zij elk voor zich en in samenspraak in het kader van een coherent globaal beleid de hun toebedeelde maatschappelijke verantwoordelijkheden opnemen. Daartoe dienen zij op een beleidsmatige duidelijke maar globale wijze ten behoeve van de voorzieningen in netwerken aan te geven welke zorginhouden er in elk geval in alle zorgprogramma's dienen gerealiseerd te worden (top-town). Tegelijk moeten de voorzieningen in netwerken de verantwoordelijkheid op nemen om de mensen en middelen die hun ter beschikking worden gesteld dermate te benutten dat zoveel als mogelijk aan de individuele zorgvragen van de patiënt beantwoord wordt (bottom-up)

1.2. Wettelijk kader (federaal)

Ter realisatie van dit nieuwe concept van de geestelijke gezondheidszorg, werd een federaal wettelijk kader gecreëerd in artikel 9ter van de ziekenhuiswet, waarin de begrippen “netwerk van zorgvoorzieningen” en “zorgcircuit” werden gedefinieerd.

Hierbij wordt verstaan onder netwerk van zorgvoorzieningen: een geheel van zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten, die, wat de organieke wetgeving betreft, ressorteert onder de bevoegdheid van de Federale overheid, en die samen voor een nader te omschrijven doelgroep van patiënten en binnen een te motiveren gebiedsomschrijving, één of meerdere zorgcircuits aanbieden, in het kader van een instellingsoverschrijdend juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst.

Een zorgcircuit vormt het geheel van zorgprogramma's en andere zorgvoorzieningen die wat de organieke wetgeving betreft eveneens ressorteert onder de bevoegdheid van de Federale overheid en die worden georganiseerd door middel van een netwerk van zorgvoorzieningen, die een doelgroep of subdoelgroep achtereenvolgens kan doorlopen.

Alhoewel het op federaal niveau gecreëerde wettelijk kader een noodzakelijk instrument vormt voor de uitbouw van netwerken en zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg, moet opgemerkt worden dat artikel 9ter van de ziekenhuiswet slechts een partiële realisatie mogelijk maakt van de in het tweede deeladvies beoogde zorgvernieuwing omdat de onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen ressorterende GGZ-voorzieningen er niet door gevat worden.

De implementatie van het nieuwe GGZ-concept vereist dat de voor de gezondheidsbeleid verantwoordelijke federale en Gemeenschapsoverheden hun beleid op elkaar afstemmen en gezamenlijk een coherent en geïntegreerd GGZ-aanbod tot stand brengen.

De bedoeling is dat voor iedere doelgroep:

- een zorgcircuit wordt uitgetekend waarin de diverse behandelingsnoden en daarbij aansluitende behandelingsmodules in het kader van een geïntegreerd en integraal zorgprogramma aan bod kunnen komen.
- het netwerk bestaat uit juridisch onafhankelijke zorgaanbieders die in het kader van en met het oog op de geestelijke gezondheidszorg voor een bepaalde doelgroep in een bepaald werkingsgebied een programma opbouwen en dit vastleggen in een functioneel samenwerkingsverband
- de opname in de programmatie en de erkenning als netwerk impliceert dat de voorzieningen die deel uitmaken van dit netwerk zich ten aanzien van de overheden

gezamenlijk verantwoordelijk weten voor het aanbieden van een zo aangepast mogelijk zorgaanbod voor alle hulpvragen die uitgaan van personen die tot de doelgroep behoren en die in het voor dit netwerk vastgestelde werkingsgebied wonen.

- Door de doelgerichte zorgcircuits en netwerken als uitgangspunt te nemen van het nieuwe GGZ-concept wordt hierdoor ook meteen het referentiekader vastgesteld van het door de bevoegde overheden te voeren plannings-, erkennings- en financieringsbeleid.

1.3. Uitwerking van voorlopige krachtlijnen waaraan het concept moet voldoen

Met het oog op de realisatie van het nieuwe organisatieconcept dienen de hierboven geformuleerde krachtlijnen en daaraan gekoppelde beleidsdomeinen verder uitgewerkt en geëvalueerd in het kader van proefopstellingen voor zorgcircuits en netwerken. Bij het opzetten van deze proefopstellingen zal men moeten uitgaan van door de overheden in het kader van een overeenkomst vooraf globaal omschreven opdrachten en randvoorwaarden. De aan de proefopstelling participerende voorzieningen moeten mogelijkheden krijgen om op een creatieve, flexibele en procesmatige wijze werk te maken van de zorgontwikkelingen die nodig zijn op de vooropgestelde doelen te bereiken. Deze benadering in het kader van een zogenaamd organisch groeimodel vereist een tijdsperiode van ten minste 5 jaar, additionele middelen voor zowel de financiering van de innovatie-, coördinatie- en evaluatiekosten als voor de financiering van manifeste lacunes in het huidige zorgaanbod, een deskundige externe begeleiding en evaluatie, en een krachtdadige, ondersteunende en coherente beleidsaansturing vanuit de diverse bevoegde overheden.

In volgende twee hoofdstukken wordt toegelicht hoe de hierboven beschreven krachtlijnen in een experimentele fase (proefopstellingen) in de onderscheiden beleidsdomeinen moeten gerealiseerd worden.

DEEL 2. Beleidsdomeinen

Preambule: Sturing en ondersteuning vanuit een coherent beleid.

Deze preambule betreft de niet-homogene bevoegdheden van de voor het GGZ-beleid bevoegde overheden (zoals op het vlak van programmatie, financiering en erkenning), bij de interactie tussen de onderscheiden maatschappelijke opdrachten van de overheden (op het vlak van gezondheidszorg, justitie, welzijn, onderwijs e.a.), en bij het stroomlijnen van zowel de betrokkenheid van de voor GGZ bevoegde overheden als de diverse geledingen bij de verdere uitwerking van de vermelde krachtlijnen.

Coherent beleid inzake gezondheidszorg

Het is noodzakelijk dat de voor het GGZ-beleid bevoegde overheden gezamenlijk een globaal beleidskader creëren en de strategische keuze maken om in afstemming met elkaar de lange termijn doelstelling van zorgcircuits en netwerken waar te maken, waarbij de geestelijke gezondheidszorg, complementair vanuit de eigen bevoegdheden, in haar geheel wordt benaderd.

Het objectief is een effectief en kwaliteitsvolle gezondheidszorg die op de meest efficiënte wijze wordt georganiseerd (zorg op maat, zorgcontinuïteit) in de vorm van een coherent en geïntegreerd GGZ-aanbod van zorgaanbieders die zowel onder de bevoegdheid ressorteren van de federale overheid als van de gemeenschappen. De niet-homogene bevoegdheden op het vlak van GGZ-beleid mogen de realisatie van het concept niet verhinderen.

Via deze beleidscoherentie en een daaraan verbonden meerjarenplan moet aan de GGZ-voorzieningen de waarborg gegeven worden dat zij dit ingrijpend transformatieproces opstarten in het kader van een transparant, duurzaam, en betrouwbaar overheidsbeleid.

Een coherent beleid inzake andere bevoegdheidsdomeinen.

Het aansturen van een GGZ-overheidsbeleid vanuit een aantal duidelijk omschreven beleidsdoelgroepen (jeugd, volwassenen, ouderen) wordt onder meer gemotiveerd vanuit de behoefte op het terrein tot het concrete samenwerkingsmodaliteiten met hulpverleners en veldwerkers uit belendende sectoren.

Met het oog op interactie tussen de onderscheiden maatschappelijke opdrachten van de federale en Gemeenschapsoverheden, wordt dan ook een coherent en gecoördineerd doelgroepenbeleid (op basis van interactie tussen (geestelijke) gezondheidszorg, justitie, onderwijs en vorming, welzijn, arbeid en tewerkstelling, maatschappelijke integratie,...) als doel gesteld.

Sturing / Ondersteuning in het samenspel overheid – zorgaanbieders

De hervorming in de geestelijke gezondheidszorg verhoogt haar slaagkansen indien kan gerekend worden op de nodige sturing en procesbegeleiding: het aanbrengen van voldoende differentiatie naar fase en concretiseringsniveau binnen het perspectief van lange termijn doelstellingen (continuering binnen de krijtlijnen van een globaal beleidskader).

Daartoe kan een taskforce worden samengesteld: een stuurgroep op politiek-administratief niveau met specifieke taken binnen de experimentele fase in de vorm van het creëren van een voorlopig beleidskader, het uitwerken van een methodologie, het begeleiden van het proces),

én met langere termijn opdrachten zoals het creëren van een werkbaar - inhoudelijk en organisatorisch - beleidskader, en blijvende mogelijkheden tot evaluatie en bijsturing. Deze taskforce stuurt meerdere groepen van experts aan, zoals experts op inhoudelijk vlak, veranderingsdeskundigen, experts op financieel-budgettair vlak, enz. Bovendien kan een groep van deskundigen de task force en expertisegroepen ondersteunen op het vlak van procesbegeleiding gedurende de experimentele fase. Voldoende gedifferentieerde en complementaire deskundigheden, voldoende garantie op overleg met de sector, transparantie bij de besluitvorming staan voorop

2.1. De patiënt centraal

Het vernieuwde concept voor de geestelijke gezondheidszorg biedt ten aanzien van patiënten (en hun familie) de mogelijkheid tot herpositionering: een rol en daarbij horende verantwoordelijkheden.

Dit beleidsdomein omvat doelstellingen op niveau van de voor GGZ-bevoegde overheden (zoals het verbeteren van de rechtspositie van de patiënt), op niveau van het zorgcircuit en individuele hulpverlening (continuïteit van de zorgverlening verzekeren in overleg met patiënt, betrokkenheid en participatie verhogen (ook in de vormgeving van de hulpverlening), daartoe de nodige procedures te ontwikkelen). Bijzondere aandacht moet gaan naar kwetsbare groepen.

Het is één van de opdrachten van de Overlegplatforms voor Geestelijke Gezondheidszorg een participatiecultuur te ontwikkelen (informatie, communicatie, empowerment, engagement).

2.2. Zorginhoud en zorgvorm

De voor GGZ-bevoegde overheden schetsen de klijtlijnen van een minimaal te realiseren globaal zorgprogramma.

Een globaal zorgprogramma levert een overzicht van modules en trajecten die dienen gerealiseerd te worden in elk werkingsgebied of voor meerdere werkingsgebieden tegelijk. Bovendien moet een beleidsprogramma indicaties geven omtrent het volume van de zorg (aantal modules), en de noodzakelijke kenmerken en vereisten van kwaliteitsvolle zorgmodules (lastenboek van opdrachten, met o.a. minimale activiteitsniveaus, vereiste infrastructuur, noodzakelijke personeelsomkadering en deskundigheid, vereiste bedrijfseconomische criteria, geografische toegankelijkheidscriteria, kwaliteitsindicatoren). Elementair in het kader van de omschrijving van een globaal zorgprogramma is het vinden van een juiste balans: enerzijds dienen de overheden vanuit hun maatschappelijk verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid welbepaalde opdrachten af te lijnen, anderzijds dient het werkveld zo goed als mogelijk de zorgvragen van cliënten te kunnen beantwoorden. De voor GGZ-bevoegde overheden dienen de zorgvraag van de patiënt als uitgangspunt te nemen bij het heroriënteren van de zorginhouden en de zorgvormen. Een van de opdrachten van de Overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg is dat ze, vanuit hun functie van ontmoetingsplaats voor de bij de geestelijke gezondheidszorg diverse betrokken partijen, mogelijke leemtes en overlappingsen op het vlak van zorginhoud en zorgvorm inventariseren.

2.3. Samenspel van zorgaanbieders in netwerken

Een netwerk van actoren (juridisch onafhankelijke zorgaanbieders) is verantwoordelijk voor de uitbouw en de goede werking van een zorgcircuit binnen hun werkingsgebied. Zij realiseren dit binnen het kader van een juridisch geformaliseerd samenwerkingsverband waarbij zij de voor hun werkingsgebied meest geschikte concrete vormgeving van een zorgprogramma uitwerken met klemtoon op inhoudelijke en organisatorische (soepele overgangen op niveau modaliteiten) samenhang.

Structurele aspecten (o.a. samenstelling, juridische en sociaal rechtelijke context, overlegorganen, m.a.w. een structureel kader voor een netwerkoevereenkomst), processen (o.a. op het vlak van inhoudelijk en organisatorisch management, optimale samenwerking met partners) en instrumenten (o.a. netwerkoevereenkomst, registratie, monitoring) dienen dit samenspel zorgaanbieders in netwerken in goede banen te leiden.

De overlegplatforms spelen een faciliterende rol bij de organisatie van dit samenspel zonder echter de organisatie of bestuur van het netwerk op zich te nemen. Zij positioneren zich als voedingsbodemp voor overleg, samenspraak en/of procesbegeleiding, en dit zowel bij de voorbereiding (o.a. instap in experimenteel netwerk, verzamelen baselinegegevens werkingsgebied) en het verdere verloop van de experimentele fase.

2.4. Financiering

Geestelijke gezondheidszorg dient betaalbaarheid te blijven (beheersbaarheid op niveau van de overheid, financiële toegankelijkheid op niveau van de patiënt). In de eerste plaats is daartoe is een overzicht van de beschikbare middelen (federale middelen, gemeenschapsmiddelen) en diverse financieringsstromen (bijv. vanuit Steden- en Gemeentefonds, binnenlandse zaken...) noodzakelijk.

In de tweede plaats is er nood aan een financieringstechniek die aansluit bij de algemene uitgangspunten van het vernieuwde concept.

In de derde plaats dienen de noodzakelijke voorwaarden en garanties op budgettair vlak gecreëerd.

Met betrekking tot de experimentele fase dient voor de experimentele werkingsgebieden de financiële baselinegegevens omschreven (o.a. overzicht de beschikbare middelen, historische tekorten), flexibele financieringsmodaliteiten gecreëerd, de nodige incentives voorzien (in de vorm van budgetgarantie, uitbetalingsmodaliteiten, additionele middelen onder welbepaalde condities) en richtlijnen uitgewerkt (inzake optimale allocatie van de financiële middelen) uitgewerkt.

2.7. Monitoring

Bij het heroriënteren van de zorg dient de kwaliteit van de zorgverlening gegarandeerd en bewaakt. Van de zorgaanbieders wordt verwacht dat ze op een globale wijze verantwoording afleggen voor de gemaakte keuzes.

Inhoudelijk dient gestreefd naar integratie van de registratie van patiëntkenmerken op een zeer globaal niveau (minimale dataset voor GGZ, somatische zorg, hulpverlening buiten de gezondheidszorg), een vergelijkbare globale registratie (van patiëntkenmerken, zorgvraag, zorginhoud en zorgorganisatie) binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ-zorgaanbieders ressorterend zowel onder federale als onder gemeenschapsbevoegdheid), met klemtoon op een beperkte stam (beleidsdoelgroep overstijgend), aangevuld met zogenaamde 'modules' (een aan de beleidsdoelgroep of -module aangepaste monitoring).

In de experimentele fase kan, met de noodzakelijk wetenschappelijke ondersteuning, een monitoringinstrument worden uitgewerkt dat kwaliteit en beleidsmatige relevantie (i.c. de opdrachtbeschrijving van een zorgcircuit) van de geregistreerde gegevens garandeert op macro-, meso- en microniveau en dit binnen privacygebonden mogelijkheden.

Deel 3: vijfjarenplanning

Met dit vijfjarenplan wordt een aanzet geformuleerd van een draaiboek dat zowel voor de overheid als voor de zorgaanbieders een transparant stappenplan aanreikt en het vooropgestelde nieuwe GGZ-beleidskader als een dynamisch groeimodel alle ontplooiingskansen geeft. Er dient rekening gehouden met een voorbereidende fase, met een experimentele fase en een fase van evaluatie vooraleer het nieuwe beleidskader (in de veronderstelling van een positieve evaluatie) op een veralgemeende basis wettelijk kan opgelegd worden.

Het is de bedoeling dat voorzieningen die aan de proefopstelling participeren, vanuit hun instapsituatie (en daarbijhorende baselinegegevens) de noodzakelijk geachte zorgontwikkelingen kunnen opstarten in het perspectief van de beoogde doelstellingen in elk van de beleidsdomeinen zoals beschreven in deel 2. Voor het werkingsgebied waarvoor zij samen met andere zorgaanbieders verantwoordelijkheden opnemen, dienen volgende vragen beantwoord te worden: wat is er nodig, wat is er reeds voorhanden, wat is er tekort en / of waar liggen de knelpunten, waar willen we naar toe, hoe gaan we dat doen, enz.

De overheid zal ter realisatie van deze proefopstellingen een beleidskader moeten uitwerken die een procesmatige benadering moet mogelijk maken. In een voorbereidende fase zal de overheid met het oog op de proefopstelling een aantal basiselementen moeten vastleggen: de actoren die worden aangeschreven om te participeren, de minimale en maximale grootte van de experimentele werkingsgebieden, een bestek van de globaal omschreven zorgopdrachten, de spelregels inzake het samenspel tussen actoren, kwaliteitsgaranties en het noodzakelijke 'startkapitaal' (het minimum aan mensen en middelen dat binnen een experimenteel werkingsgebied dient aanwezig te zijn). Gedurende de experimentele fase zal de overheid de nodige sturing en procesbegeleiding moeten voorzien zodat de vooropgestelde krachtlijnen op een betrouwbare en valide wijze worden geoperationaliseerd en geëvalueerd. Een belangrijke kritische succesfactor voor het welslagen van de proefopstellingen is zonder twijfel de coherentie van een GGZ-beleid.

Sturing en ondersteuning vanuit een coherent beleid.

Coherent GGZ-beleid

In de eerste plaats dient een coherent GGZ-beleid geoperationaliseerd op niveau van de Interministeriële Conferentie Gezondheidszorg. Concreet omvat dit het uitschrijven van een consensusnota, het ondertekenen van een globaal protocolakkoord inzake het te voeren toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg, in de begrotingen van zowel de federale staat als de gemeenschappen de vereiste additionele middelen voor de komende vijf jaar programmeren. In de schoot van de Interministeriële Conferentie Gezondheidszorg dienen initiatieven genomen worden tot het oprichten van een centrale (politieke) Task Force, waarin naast vertegenwoordigers van de betrokken ministers ook een vertegenwoordiging is

voorzien voor de administraties die op federaal- en gemeenschapsniveau bevoegd zijn voor geestelijke gezondheidszorg .

Deze Task Force werkt het kader en de methodologie voor de experimentele fase uit. De Task Force voorziet in de ondersteuning van de zorgaanbieders door een groep van deskundigen die de taak tot procesbegeleiding gedurende de experimentele fase (in hoofdte van de Task Force) waar maken, De Task Force stuurt eveneens groepen van experts aan o.a. op het niveau van de zorginhoud voor een beleidsdoelgroep, op het vlak van veranderingsprocessen (veranderingsdeskundigen), op het vlak van financieel-budgettaire materies, enz.

De opdrachten van de Task Force beperken zich echter niet tot voorbereiding en begeleiding van proefopstellingen. Ze dient tevens borg te staan voor continuïteit op beleidsniveau en blijvende mogelijkheden tot evaluatie en bijsturing. Voor de realisatie van de opdrachten van de Task Force, de groep deskundigen en het deskundige advies dient een specifiek budget voorzien te worden. In de tweede plaats dienen op het vlak van wet- en regelgeving de nodige uitvoeringsbesluiten genomen te worden om de uitbouw van zorgcircuits en netwerken op experimentele basis te kunnen mogelijk maken. Op federaal niveau betekent dit:

- het uitwerken van uitvoeringsbesluiten ' voor de experimentele fase inzake de specifieke erkenning en programmering voor de zorginhouden en –vormen en het voorzien in regelgeving die voorziet in specifieke afwijkende financiering van de voorzieningen tijdens de experimentele fase,

het uitwerken van uitvoeringsbesluiten en RIZIV overeenkomsten ter uitvoering van de bepalingen in de ZIV wetgeving (art. 56 m.b.t. zorgvernieuwingsprojecten) teneinde alle door RIZIV erkende en / of gefinancierde voorzieningen en verstrekkers ,inclusief de geneesheren psychiaters, volwaardig te kunnen laten participeren aan de experimenten.

Een coherent beleid inzake andere bevoegdheidsdomeinen buiten de Geestelijke gezondheidszorg.

Een coherent en gecoördineerd doelgroepenbeleid betekent dat de verschillende maatschappelijke opdrachten van de overheden (federale departementen Volksgezondheid, Sociale Zaken, Justitie, Binnenlandse Zaken, Maatschappelijke integratie; Gemeenschapsdepartementen: Welzijn, Volksgezondheid en gelijke kansen, ...) op elkaar worden afgestemd. Noodzakelijke operationalisering en zijn het vastleggen van samenwerkingsprotocollen b.v. tussen justitie en volksgezondheid, tussen (jeugd)welzijn en gezondheid..., maar ook het (o.a. financieel) ondersteunen van overleg en informatie-uitwisseling, het wederzijds aanmoedigen en valoriseren van concrete co-producties en brugfuncties op het terrein,

Sturing / Ondersteuning in het samenspel overheid – zorgaanbieders

Het samenspel tussen overheid en zorgaanbieders kan best in een getrapte sturing vorm krijgen.

Naast het invullen van de opdracht, de samenstelling, de mankracht, en de financiering van de Task force, en daarbij horende de deskundige groep moet voorzien worden dat aan de voorzieningen die participeren aan de proefopstelling advies kan verleend worden m.b.t. inhoudelijke, juridische, financiële, organisatorische, ... aspecten van het veranderingsproces dat zal doorlopen worden.

Daartoe zullen de voorzieningen, (bovenop de ondersteuning die zal uitgaan van de groep van deskundigen, verbonden aan de Task Force, en die vooral moet instaan voor de globale

externe procesbegeleiding en evaluatie), moeten kunnen beroep doen op externe deskundige uit universitaire middelen of expertise centra die ad hoc advies kunnen geven voor gespecialiseerde aspecten van het veranderingsproces.

Communicatie en overleg, externe procesbegeleiding en evaluatie dient zo opgebouwd te worden dat een transparante besluitvorming m.b.t. de resultaten van de proefopstellingen gewaarborgd wordt.

In deze context moet eveneens de rol van de permanente werkgroep psychiatrie van de NRZV gepreciseerd en gevaloriseerd te worden. Ten aanzien van het uittekenen van het nieuwe GGZ concept heeft de permanente werkgroep psychiatrie van de NRZV tot op heden de functie vervuld van centrale denktank, van centraal adviesorgaan. Het is dan ook aangewezen om met betrekking tot de evolutie en effecten van de zorgontwikkelingen in de proefopstellingen, aan de permanente werkgroep psychiatrie minstens jaarlijks een gedetailleerd voortgangsrapport over te maken.

Op geregelde tijdstippen zal daarenboven ook overleg moeten ingebouwd worden met vertegenwoordigers van artsen en andere hulpverleners, mutualiteiten, patiënten- en familievertegenwoordiging... Deze communicatie en overlegmomenten dienen daarbij voldoende afgestemd te zijn op de concrete processen die zich in een experimenteel werkingsgebied voltrekken.

2.1. De patiënt centraal

Vanuit het vernieuwde GGZ-concept dient een communicatie- en organisatieconcept uitgewerkt waarbij overheden, zorgaanbieders, patiënten en –families, mutualiteiten vanuit hun rechtmatige verwachtingen hun verantwoordelijkheden kunnen opnemen. Ook ten aanzien van patiënten en hun familie, maar ook ten aanzien van de mutualiteiten als medebehartiger van de belangen van patiënten, biedt het vernieuwde concept een mogelijkheid tot herpositionering.

1. De overheid (*macro-niveau*) dient hier een voorwaardenscheppend kader te creëren. In de eerste plaats dient met betrekking tot de experimentele fase het recht op de vrije keuze van zorgverstrekker op een formele wijze (bijvoorbeeld in een overeenkomst met de participerende voorzieningen) gewaarborgd. Eveneens voorafgaand aan de feitelijke proefopstellingen dienen spelregels omschreven omtrent de uitwisseling van gegevens tussen voorzieningen.

Een degelijk voorwaardenscheppend kader dient tevens aandacht te hebben voor het stimuleren van de organisatie van patiënt- en familievertegenwoordiging.

Om voor elk van de zorgopdrachten de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de voor elke patiënt vereiste zorg te kunnen waarborgen zal overleg tussen overheden, zorgaanbieders en mutualiteiten nodig zijn omtrent een algemeen geldende en prijsbepaling van de zorg (vereist overleg en complementariteit tussen opdrachten van bv. RIZIV en fed. min.volksgezondheid). In de loop van de experimentele fase kan voorbereidend werk geleverd worden met het oog op het creëren van een juridisch kader voor het verbeteren van de rechtspositie van de patiënt en de familie (in de definitieve fase: een wetgevend kader) en een juridisch kader inzake gegevensuitwisseling (in overeenstemming met privacywetgeving).

Het is ook de taak van de overheid in het globaal bestek van te realiseren zorgopdrachten de minimaal vereiste zorg voor kwetsbare groepen te omschrijven, zoals sans papiers, kinderen van armen, allochtonen.

2. De operationalisering van dit beleidsdomein zal zich bovendien in een informatie-, communicatie- en participatiebeleid moeten voltrekken op niveau van het netwerk (*meso-niveau*) en / of werkingsgebied.

Mogelijke beleidsindicatoren op dit niveau zijn een systematisch overleg met patiënt en familie (vertegenwoordiging), overleg tussen mutualiteiten en zorgaanbieders op niveau van het werkingsgebied, gecoördineerde aanmeldingsprocedures (met als doel het objectiveren van het wachtlijstprobleem in een werkingsgebied, het uitwerken van aanspeelpunten in werkingsgebied, het objectiveren van hulpvraag, toeleiding) en het uitwerken van modaliteiten inzake gegevensuitwisseling (bijvoorbeeld een netwerkgebruikersdossier). In het kader van de proefopstelling op dit niveau een rol weggelegd voor de overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg. Het informeren van patiënten en familie, het opvangen en inventariseren van klachten, het bemiddelen met het oog op oplossingen, het ondersteunen van patiënten en familie bij het situeren van de knelpunten in het aanbod (lacunes, gebrek aan continuïteit, matchen van hulpvraag en aanbod), het faciliteren van participatie aan netwerkoverleg (o.a. met betrekking tot de uitbouw van zorgprogramma's), het organiseren van bevragingen van patiënten en familie.

3. Tenslotte moet het centraal stellen van de zorgvraag van de patiënten in de proefopstellingen gerealiseerd worden (en meetbaar gesteld in beleidsindicatoren) in de vorm van procedures op niveau van de individuele hulpverlening (*micro-niveau*). Bijvoorbeeld werkzame modellen van informatie aan cliënten en families inzake de voorgestelde aanpak van de problematiek. Gezondheidsvoorlichting of patiëntenbegeleiding in de eerste plaats door de hulpverleners, maar ook door mutualiteiten neemt hier een bijzondere plaats in. Andere mogelijke procedures betreffen inspraak (bijv. patiëntraden), het informed-consent-principe, betrokkenheid in het vaststellen van behandelingsdoelen en realisatie ervan, klachtenopvang, klachtenbemiddeling, enz. Ook trajectbegeleiding bij complexe multiprobleem situaties (case-management, ontslagmanagement) dient hier als potentiële indicator vermeld.

2.2. Zorginhoud en zorgvorm

De experimentele fase heeft precies als doel het vinden van een juiste balans tussen de door de overheid globaal omschreven zorgopdrachten enerzijds en het uitwerken van de noodzakelijke zorgontwikkelingen door het werkveld om zo goed als mogelijk de hulpvragen binnen een werkingsgebied te kunnen beantwoorden.

1. Voorafgaand aan de proefopstellingen zullen de overheden (*macro-niveau*) op een globale wijze de opdrachten omschrijven die in de experimentele zorgcircuits dienen gerealiseerd. En dit in een inhoudelijk beleidsprogramma (beleidszorgprogramma) waarbij voor de beleidsdoelgroepen de minimaal opgelegde zorginhouden en -vormen van een globaal voorzieningsoverstijgend zorgprogramma worden vastgelegd. En dit in een taal die nauwer aansluit bij de hulpvragen van de patiënt dan bij het bestaande klassiek omschreven zorgaanbod (in termen van opdrachten van voorzieningen).

Voor elke beleidsdoelgroep dienen zogenaamde beleidszorgtrajecten (als klusters van zorgmodules) omschreven voor de combinatie van psychisch ziek zijn en een verslavingsproblematiek, een forensische problematiek en een mentale handicap: de wijze waarop in de proefopstellingen met een verzameling van reguliere en specifieke modules tegemoet kan worden gekomen aan zorg op maat en zorgcontinuïteit voor deze specifieke problematieken.

In de voorbereidende fase wordt dus een bestek opgemaakt: globaal omschreven opdrachten voor een globaal omschreven doelgroep

Het is eveneens van belang dat de overheden bij het uittekenen van het kader voor de experimentele fase volgende lijnen uitzetten. In de loop van de experimenteerperiode dienen zorgbehoefte, zorgvraag, zorggebruik en zorgaanbod in hun samenhang bestudeerd, om vervolgens indicatoren af te bakenen die de noodzakelijke capaciteit of volume van de globaal omschreven opdrachten (planning) kunnen inschatten. Gedurende de experimentele fase dienen eveneens de noodzakelijke kenmerken en vereisten van de zorgopdrachten omschreven, en dit met de bedoeling een lastenboek van deze opdrachten op te maken, met o.a. specificaties naar minimale activiteitsniveaus, vereiste infrastructuur, noodzakelijke personeelsomkadering en deskundigheid, vereiste bedrijfseconomische criteria, geografische toegankelijkheidscriteria, kwaliteitsindicatoren. Verder is het noodzakelijk dat de overheden een zorginhoudelijk management impliceren met betrekking tot de experimentele zorgcircuits. Eveneens dient voorzien dat additionele middelen worden vrij gemaakt om duidelijke inhoudelijke lacunes in de experimenteergebieden op het ogenblik van de instap in de proefopstelling op te vullen.

Voorafgaand aan de proefopstelling wordt op een tentatieve en pragmatische wijze de grootte van de experimenteergebieden bepaald. Het is pas in de loop van de experimentele fase dat richtlijnen en criteria voor het bepalen van de grootte van de werkingsgebieden voor zorgcircuits verder worden geëxpliciteerd.

2. De aan de proefopstelling participerende voorzieningen (*meso-niveau*) moeten in de mogelijkheid worden gesteld om een experimenteel zorgcircuit evenwichtig en gediversifieerd te kunnen uitbouwen, rekening houdend met specifieke kenmerken (sociaal geografisch, therapeutisch, economisch en epidemiologisch) van het werkingsgebied.

Voor inhouden en/of modaliteiten die niet worden opgenomen (te specifiek voor het werkingsgebied omwille van verscheidene redenen: geografisch, therapeutisch, economisch en epidemiologisch) dienen indicatoren aangereikt met het oog op de inbreng van intern netwerk modules, en dient met betrekking tot deze zgn. supra netwerk modules de opdrachten op het vlak van toelevering, doorstroming en vervolgzorg te worden bepaald.

Een experimenteel zorgcircuit dient vergezeld van een zorginhoudelijk management op netwerkniveau, met als kerntaak een optimale inhoudelijk organisatie om zo goed als mogelijk alle hulpvragen in het experimenteel werkingsgebied te kunnen beantwoorden.

Zeker bij de voorbereiding van de proefopstelling en tevens gedurende de experimentele fase kunnen de overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg binnen het kader van hun huidige wettelijke opdrachten een aantal taken op zich nemen. Ten aanzien van het experimenteel werkingsgebied dat aansluit bij het overlegplatform kunnen leemtes en overlappings in het aanbod worden gesignaleerd (dit veronderstelt dan wel dat het aanbod in kaart wordt gebracht), kan de betrokkenheid van patiënten bij de uitbouw van het zorgcircuit of lokaal zorgprogramma worden gestimuleerd, kan transparantie inzake de nieuwe

ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg ten overstaan van betrokken groepen (patiënten en familie of hun vertegenwoordigers, belendende sectoren) worden verzekerd. Binnen de overlegplatforms kunnen daartoe werkgroepen rond zorginhoud per beleidsdoelgroep worden opgestart.

3. De principes van zorg op maat en zorgcontinuïteit worden op niveau van de individuele hulpverlening (*micro-niveau*) geoperationaliseerd in de vorm van geïndividualiseerde zorgprogramma's en zorgtrajecten: zorginhoudelijke samenhang en soepele overgangen op het vlak van zorgvormen of modaliteiten in hoofde van de patiënt.

De zorgaanbieders blijven verantwoordelijk voor een kwaliteitsvolle uitbouw van de individuele hulpverlening: evidence-based werken, klinisch wetenschappelijk onderbouwen van de individuele opdrachten, het ontwikkelen van verder geconcretiseerde programma's voor klinische doelgroepen.

Op dit micro-niveau moet een transparantie worden gegarandeerd ten overstaan van patiënt, familie, verwijzer in de wijze waarop individuele zorgactiviteiten samenhangen, in de wijze waarop directe en indirecte zorgactiviteiten bij elkaar aansluiten, in de wijze waarop naar individuele doelstelling toe wordt gewerkt. Op dit niveau dienen informatie en communicatie inzake het beoogde resultaat van de hulpverlening verder geconcretiseerd, o.a. in het aanwenden van evaluatie-instrumenten en bevragingen van patiënt, familie en verwijzers.

2.3. Samenspel van zorgaanbieders in netwerken

Netwerken van voorzieningen dienen in het kader van een functioneel samenwerkingsverband de verantwoordelijkheid op te nemen voor het beantwoorden van alle hulpvragen binnen een werkingsgebied. Het samenspel van zorgaanbieders dient georiënteerd naar beleidsdoelgroepen (jeugd, volwassenen, ouderen) binnen werkingsgebieden.

1. Essentieel aan de voorbereiding van de experimentele fase is het creëren van een kader waarin een netwerkoevereenkomst gestalte krijgt en de functionele samenwerking op een juridische wijze kan geformaliseerd worden.

De overheden (*macro-niveau*) dienen bij het ontwikkelen van dit kader in te spelen op zowel structurele en procesmatige aspecten als resultaatsgegevens. Op structureel vlak dienen de minimaal vereiste actoren en partners te worden omschreven. Het is essentieel dat een experimenteel netwerk daarbij zo mogelijk essentiële actoren kan groeperen die onder de bevoegdheid van de onderscheiden overheden ressorteren.

Verder dienen de modaliteiten voor de participatie in een experimenteel netwerk te worden vastgelegd: de beheersvrijheid, de juridische en de financiële onafhankelijkheid van de aan de proefopstelling participerende zorgvoorziening, in- en uitstapregeling, voorwaarden op sociaal-rechtelijk vlak, een managementstructuur op niveau van het netwerk.

Ook de werking van het netwerkmanagement, i.c. het beheer over zorginhoud en zorgorganisatorische werking, dient ingevuld. Het betreft hier de wijze waarop een netwerk de opdrachten zal opnemen (evenwichtige verdeling van de opdrachten, opvullen van lacunes), het kanaliseren van de communicatie tussen de actoren en partners, het realiseren van de afstemming op de werking van belendende sectoren, enz.

Gedurende de experimentele fase moet zowel de uitbouw van de experimentele netwerken en de mate waarin deze netwerken hun opdrachten realiseren kunnen worden geëvalueerd en

bijgestuurd. Registratie- en monitoring van inhoudelijke en organisatorische aspecten dient hier de nodige transparantie te garanderen.

Ter ondersteuning van dit samenspel, monitoring, rapportering en evaluatie dient de overheid extra financiële middelen (zogenaamde frictie-, begeleidings- en coördinatiekosten) te voorzien.

De evaluatie van experimentele netwerken moet uitmaken of netwerken als referentie kunnen worden genomen voor de toekomstige ontwikkeling en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Biedt de ervaring met de experimentele netwerken m.a.w. het perspectief om de erkenning van individuele zorgaanbieders te koppelen aan de inschakeling van deze zorgaanbieders in een netwerk (een 'hogere graad van erkenning').

2. Binnen de krijtlijnen geschetst door de overheden zal op niveau van het experimentele netwerk (*meso-niveau*) de netwerkovereenkomst moeten omgezet in een concrete verbintenis tussen participerende zorgaanbieders. Bovendien kunnen in afzonderlijke overeenkomsten afspraken worden gemaakt van juridische, financiële en sociaal-rechtelijke aard met betrekking tot het beheer en de exploitatie van intermediaire modules.

De bevoegdheden van de experimentele netwerkcomités worden concreet ingevuld: netwerkbeleid, (zorg)strategische doelstellingen, opvolgen en uitvoeren van gemaakte afspraken, experimentele begroting, goedkeuring rekeningen en kostenverdeling, voorgestelde oplossingen voor betwistingen betreffende interpretatie of uitvoeringsmodaliteiten van de experimentele overeenkomst, een gemeenschappelijke deontologische code.

Minimale vereisten om de werking van experimentele netwerken te evalueren zijn een gestandaardiseerde in-, door- en uitstroomregistratie, een methodiek om de efficiënte inzet van mensen en middelen te peilen (o.a. intermediaire modules, co-producties met partners, detachering), en een zorgvraagregistratie die niet beperkt wordt tot de zorgvragen die door de participerende voorziening worden opgenomen: er dient op z'n minst een onderscheid gemaakt tussen niet-beantwoorde hulpvragen ('doorspelen'), hulpvragen die in eerste instantie worden beantwoord ('aanspelen'), hulpvragen die worden opgenomen binnen de context van zorgcontinuïteit en doorstroming ('samenspelen').

3. Belangrijke beleidsindicatoren betreffende dit samenspel kunnen ook op niveau van de individuele hulpverlening (*micro-niveau*) worden geformuleerd: de zogenaamde brugfuncties of stappen-over tussen de modules van het zorgcircuit. Deze stappen-over kunnen op niveau van de individuele patiënt de vorm aannemen van case-management, ontslagmanagement of andere invullingen van zorgcoördinatie.

2.4. Financiering

Naar het financieringsbeleid biedt het nieuwe GGZ-concept het perspectief van een financieringssysteem waarbij, binnen de krijtlijnen van enerzijds een vooraf vastgesteld en gewaarborgd macrobudget en anderzijds de gewaarborgde micro budgetten van elk van de deelnemende voorzieningen, de budgetten en inkomsten van zorgaanbieders en zorgverstrekkers zo optimaal als mogelijk en gericht op de zorgvraag worden aangewend. Het behoud van de huidige basis middelen en een vooraf geprogrammeerde en gecontroleerde groeimarge van het macro budget zijn daarbij essentiële uitgangsprincipes; een aangepaste

financieringstechniek en bijkomende impulsen in het kader van de experimentele uitwerking van zorgcircuits en netwerken zijn noodzakelijke voorwaarden.

1. In de eerste plaats dienen de overheden (*macro-niveau*) de beschikbare budgetten en diverse financieringsstromen die kunnen of dienen aangewend worden in kaart te brengen. Het betreft hier zowel federale middelen vanuit de federale departementen Volksgezondheid (financiering van van voorzieningen), RIZIV-Sociale zaken (financiering van voorzieningen, medische activiteit, conventies), Gemeenschappen (financiering Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg), doch ook de financieringsstromen die vanuit andere departementen dan Volksgezondheid (bv justitie, opvangbeleid, jeugdzorg...) naar de GGZ-hulpverlening doorstromen. Het is zeker niet de bedoeling een zogenaamd integraal budget samen te stellen; wel kan worden nagegaan in welke mate deze te onderscheiden financiële middelen kunnen aangewend worden in de context van een programma-georiënteerde financiering.

Zeker gedurende de experimentele fase dienen de overheden voldoende flexibele financieringsmodaliteiten te creëren die aansluiten bij de beoogde zorgontwikkelingen. Het wettelijk en decretaal kader daartoe is op federaal niveau (zief wetgeving en ziekenhuiswetgeving) reeds voorzien, maar moet ook op gemeenschapsniveau voorzien worden. Op federaal niveau kunnen de bepalingen m.b.t. financiering van experimentele vormen van zorgvernieuwing aangewend worden om via specifieke RIZIV-conventies garant te staan voor een samenhangende en globale opdrachtfinanciering.

Ook voor de geneesheren psychiaters die met hun activiteit in de participerende voorzieningen (honorering daarvan via toezichthonoraria) mee werken aan de realisatie van de proefopstellingen dienen via deze specifieke RIZIV overeenkomsten de waarborg te krijgen van hun financiering.

Flexibiliteit dient eveneens gewaarborgd in zowel de toekenning (door de overheden) als de besteding (door de netwerkactoren) van additionele middelen die naar aanleiding van de proefopstellingen worden vrijgemaakt. Met flexibiliteit wordt hier bedoeld: jaarlijkse bijsturing is mogelijk, een zekere verantwoordelijkheid voor de actoren over de precieze wijze waarop deze middelen worden aangewend binnen de grenzen van de door de overheden geschetste klijtlijnen (de overheden conditioneren, de actoren hebben een soort trekkingsrecht of gebruiksrecht gedurende de experimentele fase).

Jaarlijks zullen in relatie tot de vooropgestelde groeionorm van het macro budget de nodige additionele middelen moeten voorzien worden en dit zowel op de begrotingen van de federale overheden als op de begrotingen van de gemeenschapsoverheden.

Deze additionele middelen bestemd voor zorginhoudelijke lacunes dienen bekeken en aangewend in combinatie met mogelijkheden voor vrijwillige her-allocatie van reeds voorziene middelen (op niveau van het experimentele netwerk).

In het kader van de beoogde budgetgarantie voor zorgaanbieders en zorgverstrekkers (i.c. de uitbetalingsmodaliteiten), doch tevens in hoofde van de patiënt (i.c. remgeld) is het uitwerken van een 'experimenteel statuut' voor de patiënt onontbeerlijk. Zowel de uitbetaling of vereffening als de financiële bijdrage van de patiënt dient te kunnen worden bepaald in situaties waarbij meerdere actoren gezamenlijk opdrachten realiseren. Dit geldt trouwens ook voor de verloning van werknemers die zich inschakelen in een voorzieningsoverstijgend functioneel samenwerkingsverband.

Tenslotte dient de overheid een budget te voorzien dat specifiek bestemd is voor de financiering van de algemene organisatie van een experimenteel netwerk.

2. Op niveau van het experimenteel netwerk (*meso-niveau*) dienen de actuele microbudgetten en –inkomsten als uitgangspunt genomen. De financiële onafhankelijkheid van de participerende zorgaanbieders dient gewaarborgd, zonder dat dit moet beletten dat deze middelen kunnen gepoold worden bv. in het kader de realisatie van nieuwe opdrachten en van intermediaire opdrachten). Een financieel plan (met een overzicht van in te zetten personeel en middelen) en een boekhoudkundige status zijn vereisten.

Gedurende de experimentele fase dienen de elementen omschreven die de kostprijs van de realisatie van de opdrachten (inclusief de extra kosten van het samenwerken) bepalen, dit met het oog op het mogelijks bepalen van een referentiële prijs voor welbepaalde opdrachten.

3. Gedurende de experimentele fase dient elke participerende voorziening (*micro-niveau*) op elk moment een onderscheid te kunnen maken tussen de middelen die in elke voorziening verder in de klassieke zorgorganisatie zullen besteed worden en de financiële middelen die gedurende de experimentele fase in de zorgopdrachten van de proefopstelling zullen gebruikt worden. Het resultaat op het vlak van verschuiving en substitutie van middelen, alsook de inbreng in intermediaire opdrachten, de besteding van additionele middelen bovenop het gegarandeerde microbudget, dient voldoende transparant te zijn.

Het detachingsbeleid van elke zorgaanbieder mag geen negatieve financiële consequenties hebben voor de individuele werknemer ...

2.5. Monitoring

Operationalisering op micro-niveau:

- Zorginhoudelijke en zorgorganisatorische monitoring op operationeel niveau (gegevens over een module, een zorgeenheid): hoeveel hulpvragen, welke patiëntkenmerken (ontwikkelingsniveau, problematiek), aard van de zorgactiviteiten (directe en indirecte zorgactiviteiten), prioriteiten die daarbij worden gesteld, de modus waarin de activiteiten worden, interactie-effecten tussen modules binnen eenzelfde leefeenheid;
- De afstemming tussen rapportage- en registratiegegevens (o.a. het onderscheiden van klinisch relevante tijden).

Operationalisering op meso-niveau

- Zorginhoudelijke en zorgorganisatorische monitoring op niveau van het netwerk/circuit: o.a. instroom van patiënten in een zorgcircuit, informatie over zorgvraag- en zorgverwachting, geglobaliseerde gegevens over de trajecten van patiënten over modules en zorgeenheden heen als indicator voor de continuïteit van de zorg, enz.
- Registratie van hulpvragen: conform aan de vereisten inzake een programmatiebeleid, is registratie in de experimentele fase zowel binnen als buiten de participerende voorzieningen noodzakelijk. Monitoring van de zorgconsumptie is onvoldoende;

Operationalisering op macro-niveau:

- Het omschrijven van een minimale dataset;
- Overleg met de Gemeenschappen met het oog op een betere afstemming van de registratie;
- Specifieke registratie-opdrachten in de experimentele fase op niveau van de patiëntkenmerken, de zorgvraag, de zorginhoud als de zorgorganisatie in het licht van

- de te ontwikkelen zorgcircuits en netwerken (aansluiten bij de opdrachtbeschrijving in lastenboeken);
- Daartoe een wetenschappelijke equipe een ontwikkelings- en begeleidingsopdracht geven (bijv. na twee jaar komen tot een inhoudelijk voorstel; derde en vierde jaar hiermee experimenteren; evaluatie vijfde jaar); tevens evalueren van revisievoorstellen (revisiegroepen mpg);
 - Globale registratie als uitgangspunt: 'brede categorieën' (beantwoordend aan privacywetgeving);
 - Monitoring dient indicaties op te leveren voor de programmatie, de erkenning en de financiering van de opdrachten (echter geen rechtstreekse koppeling tussen monitoring enerzijds en programmatie en financiering anderzijds).
-