

c) De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging telt onder zijn leden vertegenwoordigers van zorgverleners en/of hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg.

d) Het overleg wordt georganiseerd voor elke psychiatrisch patiënt die in het raam van het therapeutische project ten laste wordt genomen, ongeacht of hij onder de zorgzone van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging valt.

e) Het overleg wordt georganiseerd volgens de bepalingen die zijn vastgesteld door alle partners van het therapeutische project in het samenwerkingsakkoord dat hen bindt, krachtens de bepalingen van het voornoemde koninklijk besluit van 22 oktober 2006.

f) Een plan van tenlasteneming van de psychiatrische patiënt in het raam van het therapeutische project wordt door alle partners van het therapeutische project uitgewerkt volgens de bepalingen die door hen zijn vastgesteld in het samenwerkingsakkoord dat hen bindt krachtens de bepalingen van het voornoemde koninklijk besluit van 22 oktober 2006. Het zorgplan maakt deel uit van het behandelingsplan.

#### 2° Registratie

De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging verleent zijn medewerking aan de evaluatie van het therapeutische project en aan de registratie van de activiteiten van het therapeutische project volgens de bepalingen die zijn vastgesteld door alle partners van het therapeutische project in het samenwerkingsakkoord dat hen bindt krachtens de bepalingen van het voornoemde koninklijk besluit van 22 oktober 2006. Hij neemt op dezelfde wijze deel aan het proces van transversaal overleg als het therapeutische project daarbij wordt betrokken.»

**Art. 3.** Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 22 oktober 2006.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
R. DEMOTTE

c) Le service intégré de soins à domicile compte parmi ses membres des représentants de prestataires de soins et/ou de dispensateurs d'aide en santé mentale.

d) La concertation est organisée pour tout patient psychiatrique pris en charge dans le cadre du projet thérapeutique, qu'il relève ou non de la zone de soins du service intégré de soins à domicile.

e) La concertation est organisée selon les dispositions prévues par l'ensemble des partenaires du projet thérapeutique dans l'accord de collaboration qui les lie en vertu des dispositions de l'arrêté royal précité du 22 octobre 2006.

f) Un plan de prise en charge du patient psychiatrique dans le cadre du projet thérapeutique est élaboré avec l'ensemble des partenaires du projet thérapeutique selon les dispositions prévues par eux dans l'accord de collaboration qui les lie en vertu des dispositions de l'arrêté royal précité du 22 octobre 2006. Le plan de soins fait parti du plan de prise en charge.

#### 2° Enregistrement

Le service intégré de soins à domicile participe à l'évaluation du projet thérapeutique et à l'enregistrement des activités du projet thérapeutique selon les dispositions prévues par l'ensemble des partenaires du projet thérapeutique dans l'accord de collaboration qui les lie en vertu des dispositions de l'arrêté royal précité du 22 octobre 2006. Il participe de la même manière au processus de concertation transversale si le projet thérapeutique y est engagé. »

**Art. 3.** Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 22 octobre 2006.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
R. DEMOTTE

### FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

N. 2006 — 4402

[C — 2006/23128]

**22 OKTOBER 2006.** — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van de therapeutische projecten inzake geestelijke gezondheidszorg

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 56, § 2, eerste lid, 3°;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 27 maart 2006;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 5 mei 2006;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting, gegeven op 27 juli 2006;

Gelet op het advies nr. 41.174/1 van de Raad van State, gegeven op 21 september 2006 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1° van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK I. — *Algemene bepalingen*

**Artikel 1.** Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder :

1° « De wet » : de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

2° « Het Verzekeringscomité » : het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 2, e), van de wet.

### SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

F. 2006 — 4402

[C — 2006/23128]

**22 OCTOBRE 2006.** — Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement des projets thérapeutiques en matière de soins de santé mentale

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup> 3°;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 27 mars 2006;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 5 mai 2006;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 27 juillet 2006;

Vu l'avis n° 41.174/1 du Conseil d'Etat, donné le 21 septembre 2006 en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — *Dispositions générales*

**Article 1<sup>er</sup>.** Pour l'application du présent arrêté on entend par :

1° « La loi » : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

2° « Le Comité de l'assurance » : le comité de l'assurance soins de santé visé à l'article 2, e), de la loi.

3° « Psychiatrische problematiek » : de groepen van pathologieën uit de « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) », de « International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) » of de « International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM) », met uitzondering van de groepen die uitsluitend betrekking hebben op of samengesteld zijn uit een exclusieve combinatie van de volgende pathologieën :

- a) Dementie;
- b) Andere cognitieve stoornissen van medische, vasculaire of traumatische oorsprong;
- c) Epilepsie;
- d) Mentale retardatie;
- e) Neurologische stoornis.

4° « Complexe psychiatrische problematiek » : een psychiatrische problematiek met een multidimensioneel karakter die een grote impact heeft op de verschillende levenssferen en waarvan de therapeutische tenlasteneming het optreden vereist van verschillende soorten van partners.

5° « Chronische psychiatrische problematiek » : een psychiatrische problematiek die een langdurige therapeutische tenlasteneming vereist welke bestaat uit opeenvolgende fasen waarin diverse verzorging wordt aangevraagd, die een verzorging op maat en een continuïteit van de verzorging vereisen.

6° « Leeftijdsgroep » : een van de drie volgende categorieën :

- a) kinderen en adolescenten : 0 tot 21 jaar;
- b) volwassenen : 19 tot 65 jaar;
- c) bejaarden. meer dan 60 jaar.

7° « Patiënt » : een persoon met een complexe chronische psychiatrische problematiek, ongeacht het feit of hij al dan niet rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is in de zin van artikel 2, j), van de wet.

8° « Werkingsgebied » : geografisch uitgestrekte zone waarbinnen de partners hun therapeutisch project ontwikkelen.

9° « Partner » : dienst, groepering of instelling voor verzorging, hulp- of dienstverlening, die bij de tenlasteneming van de patiënt betrokken is.

10° « Overlegplatform voor de geestelijke gezondheidszorg » : samenwerkingsverband tussen psychiatrische instellingen en diensten als overlegplatform zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten.

**Art. 2.** Onder de voorwaarden die in dit besluit zijn vastgesteld, kunnen overeenkomsten worden gesloten tussen het Verzekeringscomité en de partners van een therapeutisch project met het oog op de financiering van de coördinatie tussen partners en het overleg rond de patiënt die in het kader van het therapeutische project wordt ten laste genomen.

**Art. 3.** Om de verzekeringstegemoetkoming die in dit besluit is vastgesteld te kunnen genieten, moeten de partners van het therapeutische project :

- 1) een project indienen bij het Verzekeringscomité dat een doelgroep beoogt van patiënten die duidelijk worden geïdentificeerd op basis van hun leeftijdsgroep en die een complexe en chronische psychiatrische problematiek vertonen.
- 2) hun werkingsgebied definiëren en indicaties geven over de prevalentie van die psychiatrische problematiek binnen die zone.
- 3) hun project organiseren opdat de best mogelijke behandeling van de patiënten die tot die doelgroep behoren, verzekerd wordt door hun zorgcontinuïteit en verzorging op maat aan te bieden, rekening houdende met hun psychiatrische problematiek en hun leefomgeving.

3° « Problématiques psychiatriques » : les groupes de pathologies issues du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), de l'International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) ou de l'International Classification of Diseases, 10th Revision Clinical Modification (ICD-10-CM) à l'exclusion des groupes qui portent exclusivement ou constituent une combinaison exclusive des pathologies suivantes :

- a) Démences;
- b) Autres troubles cognitifs d'origine médicale, vasculaire ou traumatique;
- c) Epilepsie;
- d) Retard mental;
- e) Trouble neurologique.

4° « Problématique psychiatrique complexe » : une problématique psychiatrique présentant un caractère multidimensionnel qui a un grand impact sur différentes sphères de la vie et dont la prise en charge thérapeutique exige l'intervention de différents types de partenaires.

5° « Problématique psychiatrique chronique » : une problématique psychiatrique exigeant une prise en charge thérapeutique de longue durée comportant des phases successives de demandes de soins variables qui requièrent des soins sur mesure et une continuité des soins.

6° « Groupe d'âge » : une des trois catégories suivantes :

- a) enfants et adolescents : 0 à 21 ans;
- b) adultes : 19 à 65 ans;
- c) personnes âgées : plus de 60 ans.

7° « Patient » : une personne présentant une problématique psychiatrique complexe chronique qu'elle soit ou non bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé au sens de l'article 2, j), de la loi.

8° « Zone d'activité » : étendue géographique au sein de laquelle les partenaires mettent en place leur projet thérapeutique.

9° « Partenaire » : service, groupement ou institution de soins, d'aide ou de services concerné par la prise en charge du patient.

10° « Plate-forme de concertation en soins de santé mentale » : association d'institutions et de services psychiatriques comme plate-forme de concertation visé dans l'arrêté royal de 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques.

**Art. 2.** Dans les conditions prévues par le présent arrêté, des conventions peuvent être conclues entre le Comité de l'Assurance et les partenaires d'un projet thérapeutique en vue du financement de la coordination entre partenaires et de la concertation autour du patient pris en charge dans le cadre du projet thérapeutique.

**Art. 3.** Pour bénéficier de l'intervention de l'assurance prévue par le présent arrêté, les partenaires du projet thérapeutique doivent :

- 1) introduire un projet auprès le Comité de l'assurance qui vise un groupe cible de patients clairement identifiés en fonction d'un groupe d'âge et présentant une problématique psychiatrique à caractère complexe et chronique.
- 2) définir leur zone d'activité et donner des indications sur la prévalence de cette problématique psychiatrique au sein de cette zone.
- 3) organiser leur projet en vue d'assurer la meilleure prise en charge possible des patients relevant de ce groupe cible en leur offrant une continuité dans les soins et des soins sur mesure compte tenu de la problématique psychiatrique qu'ils présentent et de l'environnement dans lequel ils évoluent.

HOOFDSTUK II. — *Verzekeringstegemoetkoming*

**Art. 4. § 1.** Binnen de grenzen van het daartoe uitgetrokken budget is voorzien in een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging die dient om de kosten van de coördinatie tussen partners en van het overleg rond de patiënt te dekken.

Die tegemoetkoming wordt toegekend in de vorm van een jaarlijks forfaitair bedrag van 24.000 euro dat dient om de vaste kosten te dekken, en een variabel bedrag van maximaal 22.500 euro per jaar afhankelijk van het aantal patiënten dat in het kader van het desbetreffende therapeutisch project worden ten laste genomen.

In het raam van de in het vorige lid bedoelde bedragen zal in elk therapeutisch project voor elke ten laste genomen patiënt minstens één overleg per trimester in de loop van het eerste behandelingsjaar van de patiënt en ten minste drie overlegvergaderingen per jaar in de loop van de daaropvolgende periode worden georganiseerd. Alle partners van het project zullen bij dat overleg worden betrokken.

Voor elk overleg is voorzien in een tegemoetkoming van 125 euro op voorwaarde dat er minstens drie partners aanwezig zijn. Dat overleg mag maximaal vier keer per patiënt in de loop van het eerste jaar, maximaal drie keer per jaar in de loop van de volgende periode en niet meer dan eenmaal per trimester worden aangerekend.

De ten laste genomen patiënt, zoals bedoeld in de vorige leden, is de patiënt voor wie een eerste overleg met alle partners van het project heeft plaatsgevonden, dat het mogelijk heeft gemaakt :

1) te bevestigen dat hij tot de doelgroep van het project behoort

2) een potentiële meerwaarde voor de patiënt te ontdekken door hem in aanmerking te laten komen voor een netwerk dat zorgcontinuïteit en verzorging op maat aanbiedt

3) een eerste plan van tenlasteneming op te stellen waarin de specifieke rol van de verschillende partners wordt bepaald

De financiering van 125 euro per overleg, zoals bedoeld in het derde en het vierde lid, wordt echter niet toegekend voor een bepaalde patiënt :

1) indien een geïntegreerde dienst voor thuisverzorging als partner bij het therapeutische project is betrokken;

2) en indien een op zijn minst gelijkwaardige behandeling voor die patiënt en voor die activiteit kan worden aangerekend overeenkomstig het koninklijk besluit van 14 mei 2003 tot vaststelling van de verstrekkingen omschreven in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De in dit artikel vastgestelde bedragen worden op 1 januari van elk jaar aangepast op grond van de evolutie, tussen 30 juni van het voorlaatste jaar en 30 juni van het vorige jaar, van de waarde van de gezondheidsindex, bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexerings van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

§ 2. Voor elk therapeutisch project mogen die bedragen worden aangerekend aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering door een van de partners die door het project wordt aangeduid, die een zorgverlener is in de betekenis van artikel 2, n) van de wet. De regels voor die facturering worden in de overeenkomst bedoeld in artikel 2 gedefinieerd.

HOOFDSTUK III. — *De partners van de therapeutische projecten*

**Art. 5.** Om een minimale representativiteit te garanderen, moet bij elk project principieel worden betrokken :

1) minstens een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis;

2) minstens een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Als geen enkel centrum voor geestelijke gezondheidszorg binnen hetzelfde werkingsgebied naar voren is getreden als kandidaat-partner, moet minstens een pilootproject « psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie » of « outreaching », dat afhangt van de FOD Volksgezondheid, deel uitmaken van de partners;

3) minstens een dienst in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg: vereniging van huisartsen, vereniging van thuisverpleging of -zorg of de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT's).

De projecten die beantwoorden aan de eisen, bedoeld in het vorige lid, zullen voorrang krijgen bij de selectie van de projecten.

Voor de projecten die niet aan die eisen beantwoorden, moet een verantwoording worden gegeven en moeten de inspanningen worden toegelicht die geleverd zijn om aan die eisen tegemoet te komen.

CHAPITRE II. — *Intervention de l'assurance*

**Art. 4. § 1<sup>er</sup>.** Dans les limites du budget prévu à cet effet, une intervention de l'assurance soins de santé destinée à couvrir les frais de coordination entre partenaires et de concertation autour du patient est prévue.

Cette intervention est octroyée sous la forme d'un montant forfaitaire annuel de 24.000 euros destiné à couvrir les frais fixes et d'un montant variable de 22.500 euros maximum par an en fonction du nombre de patients pris en charge dans le cadre du projet thérapeutique concerné.

Dans le cadre des montants visés à l'alinéa précédent, chaque projet thérapeutique organisera pour chaque patient pris en charge, au moins une concertation par trimestre au cours de la première année de prise en charge du patient et au moins trois concertations par an au cours de la période suivante. Tous les partenaires du projet seront associés à cette concertation.

Pour chaque concertation, une intervention de 125 euros est prévue pour autant qu'au moins trois partenaires soient présents. Cette concertation peut être portée en compte maximum quatre fois par patient au cours de la première année, maximum trois fois par année au cours de la période suivante, et pas plus d'une fois par trimestre.

Le patient pris en charge tel que visé aux alinéas précédents est le patient pour lequel une première concertation associant l'ensemble des partenaires du projet a eu lieu et a permis :

1) de confirmer son appartenance au groupe cible concerné par le projet

2) d'identifier une plus-value potentielle pour le patient du fait de lui faire bénéficier du travail en réseau offrant une continuité des soins et des soins sur mesure

3) d'établir un premier plan de prise en charge identifiant le rôle spécifique des différents partenaires.

Le financement de 125 euros par concertation visé aux alinéas 3 et 4 n'est toutefois pas accordé pour un patient donné :

1) si un service intégré de soins à domicile est associé comme partenaire au projet thérapeutique;

2) et si une intervention, au moins équivalente peut être portée en compte pour ce patient et pour cette activité conformément à l'arrêté royal du 14 mai 2003 déterminant les prestations visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Les montants prévus au présent article sont adaptés au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en vertu de l'évolution, entre le 30 juin de l'avant-dernière année et le 30 juin de l'année précédente, de la valeur de l'index santé, prévu à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

§ 2. Ces montants peuvent être portés en compte au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité par chaque projet thérapeutique par l'intermédiaire d'un des partenaires désigné par le projet et qui est un dispensateur de soins au sens de l'article 2, n) de la loi. Les modalités de cette facturation sont définies dans la convention visée à l'article 2.

CHAPITRE III. — *Les partenaires des projets thérapeutiques*

**Art. 5.** Afin d'assurer une représentativité minimale, chaque projet doit en principe associer :

1) au moins un hôpital psychiatrique ou service de psychiatrie d'un hôpital général;

2) au moins un centre de santé mentale. Si, au sein de la même zone d'activité, aucun centre de santé mentale ne s'est manifesté comme candidat partenaire, au moins un projet-pilote « soins psychiatriques pour patients à domicile » ou « outreaching » dépendant du SPF Santé publique doit faire partie des partenaires;

3) au moins un service dans le cadre des soins de santé de première ligne : groupement de généralistes, groupement de soins à domicile ou services intégrés de soins à domicile (SISD).

Les projets qui satisfont aux exigences visées à l'alinéa précédent bénéficieront de la priorité lors de la sélection des projets.

Les projets qui ne satisfont pas à ces exigences, doivent y apporter une justification et expliciter les efforts réalisés pour tenter de rencontrer ces exigences.

Elk project moet door ten minste drie partners worden ingediend.

**Art. 6.** De pilootprojecten van de FOD Volksgezondheid betreffende de « psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie » of de « outreaching », de instellingen voor revalidatie of herscholing die een psychosociaal karakter hebben en die een overeenkomst, zoals bedoeld in artikel 22, 6°, van de wet, hebben gesloten en de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT's) die in hetzelfde werkingsgebied liggen, moeten door de initiatiefnemers van de therapeutische projecten worden uitgenodigd om zich aan te sluiten bij de therapeutische projecten wanneer die therapeutische projecten betrekking hebben op eenzelfde doelgroep als deze bedoeld in de proefprojecten en de instellingen.

Hun deelname kan niet worden geweigerd wanneer ze zich kandidaat hebben gesteld en zij dezelfde doelstellingen van het project nastreven.

#### HOOFDSTUK IV. — *De samenwerkingsakkoorden tussen partners*

**Art. 7.** Er wordt, volgens het model dat het Verzekeringscomité heeft vastgesteld, een samenwerkingsakkoord gesloten tussen de verschillende partners van het therapeutische project waarin de modaliteiten voor de coördinatie van het project worden gepreciseerd, inzonderheid de modaliteiten voor de organisatie, de gegevensinzameling, het bijhouden van de dossiers van de patiënten, de frequentie van de overlegvergaderingen, de waarneming van het secretariaat en de relevante liaisonfuncties.

In het samenwerkingsakkoord worden eveneens de modaliteiten voor de toewijzing van de in artikel 4 bedoelde financiering onder de verschillende partners van het project gepreciseerd en wordt bij de partners van het project een administratieve coördinator aangeduid die belast wordt met de administratieve en financiële relaties met het Verzekeringscomité.

#### HOOFDSTUK V. — *De overeenkomst tussen het Verzekeringscomité en de partners van een therapeutisch project*

**Art. 8.** In de in artikel 2 bedoelde overeenkomst zullen de volgende elementen worden gepreciseerd :

- 1) de geldigheidsduur van de overeenkomst en de voorwaarden voor de opzegging ervan door een van de partijen;
- 2) de identiteit van de partners van het therapeutisch project;
- 3) de kenmerken van de in het therapeutisch project beoogde doelgroep;
- 4) de regels voor de facturering en de betaling van de in artikel 4 bedoelde tegemoetkoming;
- 5) het vereiste minimale activiteitspeil om de in artikel 4 bedoelde tegemoetkoming te genieten;
- 6) de informatie die jaarlijks aan het Verzekeringscomité moet worden meegedeeld en de termijnen waarbinnen die gegevens moeten worden meegedeeld;
- 7) de regels voor de follow-up van de uitvoering van de overeenkomst door het Verzekeringscomité.

#### HOOFDSTUK VI. — *Procedure*

**Art. 9.** De partners van een therapeutisch project die kandidaat zijn voor de ondertekening van een overeenkomst met het Verzekeringscomité onder de voorwaarden die in dit besluit zijn vastgesteld, moeten hun project bij het Verzekeringscomité indienen binnen de maand die volgt op de inwerkingtreding van dit besluit.

**Art. 10.** Elke kandidaat voor de indiening van een project moet zich vooraf bekendmaken bij het overlegplatform voor de geestelijke gezondheidszorg waarvan hij afhangt en/of bij de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging in zijn werkingsgebied om zijn ideeën en voorstellen mee te delen.

Als blijkt dat verscheidene projecten die eenzelfde doelgroep van patiënten beogen, binnen eenzelfde werkingsgebied worden overwogen, wordt van die projecten verwacht dat zij hun complementair karakter preciseren.

Alvorens een dossier van kandidaatstelling officieel aan het Verzekeringscomité voor te leggen, moet het project ter informatie worden meegedeeld aan het overlegplatform voor de geestelijke gezondheidszorg waarvan de partners afhangen. Als blijkt dat de partners van verschillende overlegplatforms afhangen, zal eenzelfde project aan verscheidene overlegplatforms worden meegedeeld.

Tout projet doit être introduit par minimum trois partenaires.

**Art. 6.** Les projets-pilotes service public fédéral Santé publique « soins psychiatriques pour patients à domicile » ou « outreaching », les établissements de rééducation fonctionnelle ou de réadaptation professionnelle à caractère psychosocial ayant conclu une convention visée à l'article 22, 6°, de la loi et les services intégrés de soins à domicile situés dans la même zone d'activité doivent être invités à s'associer aux projets thérapeutiques par les initiateurs des projets thérapeutiques lorsque ces projets thérapeutiques peuvent concerner un même public cible que celui visé par les projets-pilotes et établissements.

Leur participation ne peut être refusée s'ils se sont portés candidats et s'ils partagent les objectifs poursuivis par le projet.

#### CHAPITRE IV. — *Les accords de collaboration entre partenaires*

**Art. 7.** Un accord de collaboration est conclu, selon le modèle fixé par le Comité de l'assurance, entre les différents partenaires du projet thérapeutique précisant les modalités de coordination du projet dans le domaine notamment, de l'organisation, de la collecte de données, de la tenue des dossiers des patients, de la fréquence de leurs concertations, de la prise en charge des tâches de secrétariat, des fonctions de liaisons pertinentes.

L'accord de collaboration précise également les modalités d'affectation du financement visé à l'article 4 entre les différents partenaires du projet et désigne, parmi les partenaires du projet, un coordinateur administratif chargé des relations administratives et financières avec le Comité de l'assurance.

#### CHAPITRE V. — *La convention entre le Comité de l'Assurance et les partenaires d'un projet thérapeutique*

**Art. 8.** La convention visée à l'article 2 précisera notamment :

- 1) sa durée de validité et les conditions de sa dénonciation par une des parties;
- 2) l'identité des partenaires du projet thérapeutique;
- 3) les caractéristiques du groupe cible visé par le projet thérapeutique;
- 4) les modalités de facturation et de paiement de l'intervention visée à l'article 4;
- 5) le niveau d'activité minimum requis pour bénéficier de l'intervention visée à l'article 4;
- 6) les informations à communiquer annuellement au Comité de l'assurance et les délais dans lesquels ces données doivent être communiquées;
- 7) les modalités de suivi de l'exécution de la convention par le Comité de l'assurance

#### CHAPITRE VI. — *Procédure*

**Art. 9.** Les partenaires d'un projet thérapeutique candidats à la signature d'une convention avec le Comité de l'assurance dans les conditions prévues par le présent arrêté doivent introduire leur projet auprès du Comité de l'assurance dans le mois qui suit l'entrée en vigueur du présent arrêté.

**Art. 10.** Tout candidat à l'introduction d'un projet doit se faire connaître préalablement au sein de la plate-forme de concertation en santé mentale dont il dépend et/ou auprès du service intégré de soins à domicile présent dans sa zone d'activité afin de communiquer ses idées et propositions.

S'il apparaît que plusieurs projets visant un même groupe cible de patients au sein d'une même zone d'activité sont envisagés, il est attendu de ces projets qu'ils apportent des précisions quant à leur complémentarité.

Avant de soumettre officiellement un dossier de candidature au Comité de l'assurance, le projet doit être communiqué pour information à la plate-forme de concertation en soins de santé mentale dont dépendent les partenaires. Le cas échéant, s'il s'avère que les partenaires dépendent de différentes plates-formes de concertation, un même projet sera communiqué à plusieurs plates-formes de concertation.

**Art. 11.** Het Verzekeringscomité stelt de voorwaarden vast voor de indiening van de kandidaturen. Het kan eveneens een standaard-schema vaststellen dat door de initiatiefnemers van een therapeutisch project moet worden ingevuld bij de indiening van elke kandidatuur.

**Art. 12.** Rekening houdende met de algemene doelstellingen die in artikel 3 zijn gedefinieerd, zullen de therapeutische projecten die door het Verzekeringscomité in aanmerking zullen worden genomen, op drie niveaus een meerwaarde moeten hebben :

1) het verzekeren van een betere tenlasteneming van de patiënten, die gekenmerkt wordt door een verzorging op maat en een continuïteit van de verzorging van de patiënt;

2) het vermijden van overtollige verzorging en het aanvullen van het behandelingsproces daar waar het zorgaanbod lacunes vertoont;

3) het uittesten van een innoverende benadering van de tenlasteneming van de patiënten door het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden en de complementariteit tussen de partners van het project.

De in aanmerking genomen therapeutische projecten moeten bovendien evenwichtig worden verdeeld in termen van geografische spreiding, uitsplitsing volgens leeftijdsgroep en soorten van psychiatrische problematiek, alsook in termen van soorten partners die bij de projecten worden betrokken. De geografische spreiding van de projecten wordt beoordeeld afhankelijk van de populatie van elk Gewest, zoals bedoeld in artikel 3 van de Grondwet.

**Art. 13.** Om tegemoet te komen aan de doelstellingen die beschreven zijn in artikel 12, zullen de projecten die voldoen aan de voorwaarden die zijn vastgesteld in de artikelen 3, 5, 6, 9 en 10 van dit besluit, per Gewest worden geëvalueerd op basis van acht criteria die volgens vier niveaus van belangrijkheid worden gerangschikt :

1) Essentiële criteria : 40 punten

a) Continuïteit en verzorging op maat;

b) Vernieuwend karakter van het project.

2) Belangrijke criteria : 30 punten

a) Kenmerken van de doelgroep;

b) Verbintenissen van de partners.

3) Bijkomende criteria : 20 punten

a) Potentiële prevalentie in het werkingsgebied;

b) Zelfevaluatie.

4) Aanvullende criteria : 10 punten

a) Betrokkenheid van de patiënt en de omgeving;

b) Ondersteuning van het project door de wetenschappelijke literatuur.

Het Verzekeringscomité stelt op basis van het daartoe uitgetrokken budget het maximumaantal projecten vast waarmee een overeenkomst, zoals bedoeld in artikel 2, kan worden gesloten. Het stelt eveneens de regels vast voor de selectie van de projecten op basis van de voormelde acht criteria en rekening houdende met de doelstelling van een evenwichtige spreiding, zoals bedoeld in artikel 12, met dien verstande dat elk project minstens 60 punten moet tellen voor alle acht criteria, alsook minstens 24 punten voor de essentiële criteria en minstens 18 punten voor de belangrijke criteria.

De projecten die reeds een financiering krijgen via de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het dekken van de kosten van de coördinatie tussen partners en van het overleg rond de patiënt zoals die in dit besluit worden omschreven, kunnen voor een overeenkomst met het Verzekeringscomité niet in aanmerking komen.

**Art. 14.** Onze Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 22 oktober 2006.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
R. DEMOTTE

**Art. 11.** Le Comité de l'Assurance fixe les modalités d'introduction des candidatures. Il peut également prévoir un schéma standard qui doit être complété par les initiateurs d'un projet thérapeutique lors de l'introduction de toute candidature.

**Art. 12.** Compte tenu des objectifs généraux définis à l'article 3, les projets thérapeutiques qui seront retenus par le Comité de l'Assurance devront présenter une plus-value sur trois niveaux :

1) assurer une meilleure prise en charge des patients caractérisée par des soins sur mesure et une continuité dans la prise en charge du patient;

2) éviter des soins redondants et compléter le processus de prise en charge là où l'offre de soins présente des lacunes;

3) tester une approche novatrice de prise en charge des patients par le développement de collaborations et de complémentarités entre les partenaires du projet.

Les projets thérapeutiques retenus devront en outre présenter une répartition équilibrée en termes de répartition géographique, de répartition selon les groupes d'âge et les types de problématiques psychiatriques concernées, ainsi qu'en termes de types de partenaires impliqués. La répartition géographique des projets est appréciée en regard de la population de chaque Région telle que visée à l'article 3 de la Constitution.

**Art. 13.** Afin de rencontrer les objectifs décrits à l'article 12, les projets qui répondent aux conditions prévues aux articles 3, 5, 6, 9 et 10 du présent arrêté seront évalués, par Région, sur la base de huit critères classés selon quatre niveaux d'importance :

1) Critères essentiels : 40 points

a) Continuité et soins sur mesure;

b) Caractère novateur du projet.

2) Critères importants : 30 points

a) Caractéristiques du groupe cible;

b) Engagements des partenaires.

3) Critères supplémentaires : 20 points

a) Prévalence potentielle dans la zone d'activité;

b) Auto-évaluation.

4) Critères complémentaires : 10 points.

a) Implication du patient et de l'entourage;

b) Soutien du projet par la littérature scientifique.

Le Comité de l'assurance, en fonction du budget prévu à cet effet, fixe le nombre maximum de projets avec qui une convention telle que visée à l'article 2 peut être conclue. Il fixe également les modalités de sélection des projets sur la base des huit critères susmentionnés et tenant compte de l'objectif de répartition équilibrée tel que visé à l'article 12, étant entendu que tout projet doit réunir au moins 60 points pour l'ensemble des huit critères ainsi qu'au moins 24 points pour les critères essentiels et au moins 18 points pour les critères importants.

Ne pourront cependant bénéficier d'une convention avec le Comité de l'Assurance, les projets qui bénéficient d'un autre financement par l'assurance obligatoire des soins de santé pour couvrir les missions de coordination entre partenaires et de concertation autour du patient telles que cet arrêté les décrit.

**Art. 14.** Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 22 octobre 2006.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
R. DEMOTTE