



OVER HET BESLUIT TOT UITVOERING VAN HET
DECREET GG VAN 5 APRIL 2019, WAT BETREFT
DE CAR EN DE CGG



Vlaamse Raad WVG
Welzijn • Volksgezondheid • Gezin

Advies van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Wetstraat 34-36, 1040 Brussel
W www.vlaamseraadwvg.be – T +32 2 209 01 11 – E info@vlaamseraadwvg.be

Adviesvraag	Voorontwerp besluit van de Vlaamse Regering tot de uitvoering van het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en de ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod wat betreft de Centra voor Ambulante Revalidatie en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg	
Adviesvrager	Hilde Crevits - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	
Ontvangst adviesvraag	12 december 2023	
Decretale opdracht	adviesfunctie	
Goedkeuring	Sectorale kamer Gezondheid op 18 januari 2024, bij consensus.	
Contactpersoon	Barbara Krekels	bkrekels@serv.be

Inhoud

Advies	4
Situering	4
1. Algemene appreciatie	4
1.1 De finaliteit van dit BVR	4
1.2 Met gemengde gevoelens naar een pragmatische aanpak	6
2. Bemerkingen bij het BVR met ruime finaliteit: het schiet tekort als eerste stap in de uitvoering van het decreet GG	7
2.1 De evolutie naar meer zorgcontinuïteit en ontschotting wordt niet voldoende gefaciliteerd	7
2.2 De gewenste evolutie naar vraaggerichte zorg wordt niet versterkt	9
2.3 Geen redenering vanuit populatienoden en te weinig kansen tot innovatie	10
3. Aanbevelingen voor uitwerking van het BVR met beperkte finaliteit	11
3.1 Doelgroepen	11
3.2 Verantwoordelijkheid tijdens wachttijd	11
3.3 Financiering	11
3.4 Data-ondersteunende programmatie	14
3.5 Mee te nemen elementen	14
4. Hoe nu verdergaan? Een participatief traject op twee sporen	15

Advies

Situering

De Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (hierna: de raad) ontving op 12 december 2023 een adviesvraag over het voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering tot de uitvoering van het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en de ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod wat betreft de Centra voor Ambulante Revalidatie en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Er werd een verlenging van 15 dagen toegestaan op de formele adviestermin van 30 dagen.

De adviesvraag is binnen de raad behandeld door de kamer Gezondheid die via een ad hoc werkgroep ook op de expertise in de andere kamers van de raad beroep deed. De kamer Gezondheid keurde het voorliggend advies bij consensus goed op 18 januari 2024.

De Vlaamse Regering wil met voorliggend voorontwerp van besluit een gemeenschappelijk overheidskader creëren voor de Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Het voorontwerp van besluit wordt ook naar voor geschoven als een eerste stap in het uitvoeren van het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijk gezondheidsaanbod (hierna: decreet GG). Het decreet GG zal hierdoor gedeeltelijk in werking treden voor wat betreft de CAR en de CGG. Dat decreet opende perspectieven voor de hele sector van de geestelijke gezondheidszorg om meer geïntegreerd en behoeftegericht te werken. Helaas is er door de moeizame regeringsvorming bij het begin van deze legislatuur en de daaropvolgende COVID-pandemie nog eens vier jaar verstreken tot deze eerste aanzet om het decreet GG uit te voeren.

1. Algemene appreciatie

1.1 De finaliteit van dit BVR

Het is voor de raad niet duidelijk welke finaliteit dit voorontwerp van besluit exact beoogt. In de visienota leest de raad dat men de opdracht uit het Vlaams Regeerakkoord m.b.t. de integratie van de CAR en de CGG voluit in de geest van het decreet GG wil vormgeven. Men beschrijft daarmee dus twee opdrachten: een integratie van CAR en CGG (beperkte finaliteit van het BVR) alsook een eerste stap in de uitvoering van het decreet GG (brede finaliteit van het BVR). Echter deze dubbele finaliteit schept verwarring en roept bij de raad heel wat bedenkingen op.

1.1.1 Uitvoering van het decreet GG van 2019? (brede finaliteit)

De raad begrijpt dat er omwille van de haalbaarheid gekozen wordt om het decreet GG in fases uit te voeren, maar meent toch dat dit voorontwerp van besluit de doelstellingen van het decreet GG (artikel 2¹) niet dichterbij brengt.

Binnen het brede landschap van de geestelijke gezondheidszorg wordt nu een nieuw model vooropgesteld voor slechts een deel van de werking van slechts twee types voorzieningen (CAR en CGG). Daarbij wordt enkel naar de financiering gekeken en nog niet naar kwaliteit, programmatie, en zo meer. Preventie en toeleiding, de functies vóór de diagnose en ook de functie revalidatie worden niet meegenomen, alle niet-professionele dienstverleners (jeugdwerk e.d.) worden al bij voorbaat uitgesloten,

De raad vreest dat deze benadering eerder zal versterken wat men bij andere integratiebewegingen tracht weg te werken, namelijk de schotten tussen de lijnen en sectoren. Dergelijke aanpak gaat bijvoorbeeld lijnrecht in tegen het idee van bijschakelen dat één van de kernideeën is van het geïntegreerd gezins- en jeugdhulpbeleid (Vroeg & Nabij). Aangezien de doelgroep in de CAR ook hoofdzakelijk kinderen en jongeren betreft, vraagt de raad zich af op welke manier beide trajecten zich zullen verhouden tot elkaar.

Voor twee subsectoren en voor een deel van het aanbod wil men dus een financieel en regelgevend kader uitwerken. Dat zal ongetwijfeld ook een impact hebben op actoren die zich in latere fase kunnen laten erkennen voor deze (en andere) functies. Het is daarom zeer vreemd dat die actoren en hun huidig regelgevend en financieel kader nu op geen enkele manier worden meegenomen in dit voorontwerp van besluit en de daaropvolgende oefeningen. Op die manier kan de voorziene modelleringsoefening geen goede basis vormen om later te verbreden naar andere functies en andere GGZ-actoren. De raad meent dat men bij het opmaken van spelregels het gehele speelveld en alle spelers in ogenschouw moet nemen.

- **Indien uitvoering geven aan het decreet GG als finaliteit voorop staat, dan vindt de raad dit voorontwerp van besluit te beperkt en niet de juiste benadering.**

De raad motiveert deze stellingname verder in hoofdstuk 2.

1.1.2 Naar een nieuw financieringskader toewerken voor de CAR en de CGG? (beperkte finaliteit)

Met de 6^{de} staatshervorming werden de CAR in 2014 naar Vlaanderen overgeheveld. Daardoor ontstond een opportuniteit om de financiering van deze centra op te nemen in de Vlaamse Sociale Bescherming en om hun werking te integreren in het bestaande aanbod aan geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Maar, ook al is de inkanteling in de Vlaamse Sociale Bescherming

¹ Artikel 2 van het decreet GG vermeldt als doelstellingen: geestelijke gezondheid waarderen, beschermen en versterken; en kwaliteitsvolle zorg zijnde toegankelijk, geïntegreerd, onderbouwd en gericht op herstel, levenskwaliteit, participatie.

sinds 1 oktober 2023 een feit, is er voor de CAR nog niets gewijzigd aan het verouderde louter prestatiegerichte, stringente financieringskader. Er is dringend nood aan een meer flexibel kader om opdrachten meer behoeftegericht te kunnen invullen en om de werkdruk naar een haalbaar niveau te brengen door de invulling van opdrachten te herbekijken.

Dit voorontwerp van besluit regelt nu wel de voorwaarden om pilootprojecten op te zetten die een nieuwe financiering voor CAR en CGG uittesten. Voor de CAR is deze oefening een kans om de huidige, strikte, archaïsche en louter op prestatie gerichte regelgeving om te vormen tot een nieuw hedendaags overheidskader waarin toegankelijkheid, kwaliteit van de zorg, zorg op maat en innovatie meer centraal staan. Het perspectief op verandering voor de CAR nog langer uitstellen is geen optie. Vanuit die hoogdringendheid wil de raad het BVR aangrijpen en (rekening houdend met dit advies) verdere uitvoering geven.

De raad merkt nog op dat ook de andere vanuit het RIZIV overgekomen revalidatieconventies GGZ nog een stringent financieringskader kennen en benadrukt dat er ook voor deze actoren dringend een perspectief op verandering moet komen.

- **Indien het creëren van een nieuw financieringskader voor twee soorten organisaties (CAR en CGG) en de administratief-technische integratie van de CGG in de Vlaamse Sociale Bescherming als finaliteit voorop staat, dan wordt dit best zo benoemd zonder voorafnames op de verdere uitvoering van het decreet GG.**

De raad doet aanbevelingen over het verdere traject voor het voorontwerpbesluit met beperkte finaliteit in hoofdstuk 3.

1.2 Met gemengde gevoelens naar een pragmatische aanpak

Het is dus duidelijk dat de raad met gemengde gevoelens kijkt naar ‘de eerste stappen’ die nu worden gezet.

- Is dit voorontwerp van besluit een goede eerste stap naar een kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg die vanuit een integrale benadering aan de maatschappelijke vraag naar geestelijke gezondheidszorg tegemoet komt? Dat is heel onzeker.
- Is het dringend nodig om een eerste stap te zetten die de CAR uit een al te stringent financieringskader haalt? Absoluut wel.

Vanuit deze gemengde gevoelens stelt de raad de volgende **pragmatische aanpak** voor:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Werk dit voorontwerp van besluit verder uit (modellering en piloten) middels een participatief traject maar met duidelijk afgebakende en beperkte ambities.<ul style="list-style-type: none">• Neem daarbij de aanbevelingen mee die de raad in hoofdstuk 3 over het BVR maakt. |
|---|

2. Herwerk de **visienota**.

- Maak de beperkte(re) ambities helder: het gaat om een BVR dat het moet mogelijk maken om een financieringsoefening te starten die een toekomstperspectief biedt aan de CAR en de administratief-technische integratie van de CGG in de Vlaamse Sociale Bescherming beoogt.
- Doe in de visienota géén voorafnames die de illusie wekken dat dit een eerste stap is in de uitvoering van het decreet GG, die de toekomstige koers zal bepalen.

3. Start snel - parallel met de modelleringsoefening – overleg op over **het bredere kader en de verdere uitvoering van het decreet GG** (2-sporen-participatie, zie hoofdstuk 4).

- Neem de bedenkingen van de raad uit hoofdstuk 2 mee.
- Vertrek daarbij van de realiteit van vandaag en neem de evoluties sedert 2019 mee, met preventie, behoeftegericht ontwikkelen van aanbod, geïntegreerd werken en het maken van verbinding met andere sectoren als krijtlijnen.
- Zo nodig, kan deze oefening ook tot het bijsturen/aanpassen van het decreet GG leiden of tot het uitwerken van een nieuw decretaal kader.

2. Bemerkingen bij het BVR met ruime finaliteit: het schiet tekort als eerste stap in de uitvoering van het decreet GG

In dit hoofdstuk motiveert de raad verder waarom het voorliggende voorontwerp van besluit te kort schiet om als een eerste stap in de uitvoering van het decreet GG te worden benoemd. We vragen deze bedenkingen mee te nemen in het overleg over de uitvoering van het decreet GG (zie verder, hoofdstuk 4).

2.1 De evolutie naar meer zorgcontinuïteit en ontschotting wordt niet voldoende gefaciliteerd

De regelgever kiest voor het erkennen van drie van de zeven functies voor twee actoren binnen het aanbod voor geestelijke gezondheidzorg, terwijl deze betrokken centra vandaag in hun reguliere werking ook één of meerdere kernactiviteiten uitvoeren in andere functies uit het decreet GG:

- De functie C (vroeg-detectie, vroeg- en kortdurende interventie) wordt buiten de scope van het voorontwerp van besluit gehouden en vaag omschreven in de conceptnota. Uit wetenschappelijk onderzoek weten we echter dat uitstel tot zorg voor ernstige psychische problematiek vaak 10 jaar en meer bedraagt. Het voorontwerp

van besluit bevat geen incentives om de betrokken CAR en CGG een centrale rol te laten opnemen in de meer vroegtijdige detectie en gepaste zorgtoeleiding en dus toegankelijkheid van zorg, terwijl de centra rond deze functie vandaag al heel wat activiteit ontplooiën. De keuze om functie C niet te operationaliseren is des te opvallender in het licht van het traject Vroeg & Nabij. Daar waar actoren in het kader van Vroeg & Nabij hun aanbod naar voor dienen te organiseren, zoveel mogelijk moeten toewerken naar vroegtijdige diagnostiek, nabijheid en bijschakelen van expertise creëert het voorontwerp van besluit net een schot tussen jeugdhulp, thuisvervangende context, eerste lijn en gespecialiseerde GGZ door enkel gespecialiseerde diagnostiek (functie D) en gespecialiseerde behandeling (functie E) mee te nemen.

- De functie F (rehabilitatie) wordt evenmin in uitvoering gebracht via dit voorontwerp van besluit. Het rehabiliteren via ondersteunings- en ontwikkelingsinterventies, dat inclusie in alle levensdomeinen en maximale participatie in de samenleving tot doel heeft, is nochtans voor zorggebruikers van de in het voorontwerp van besluit gevatte doelgroepen cruciaal. De raad begrijpt niet waarom deze huidige kernopdrachten niet worden meegenomen.
- Het is goed dat Functie G (expertise uitwisselen en samen inzetten binnen en buiten de gezondheidszorg om samenwerkingsverbanden over de zorgniveaus en sectoren heen te ondersteunen) in het voorliggende voorontwerp van besluit wel wordt meegenomen maar de uitwerking is vaag, conceptueel en allesomvattend waardoor het niet makkelijk wordt dit te operationaliseren.

Scheiding tussen preventie en behandeling

Preventie valt buiten de scope van de visienota en wordt apart geregeld. Voor wat betreft preventie-opdrachten blijft het aparte decretale kader (preventiedecreet) gelden. Vanuit een brede visie op public health vindt de raad het logischer om de linken tussen preventie en zorg net te versterken en door een integratiebeweging veel meer belang aan preventie te besteden. De raad vindt het geen goede zaak dat preventie en behandeling in dit voorontwerp van besluit verder van elkaar worden gescheiden. Zo wordt de indruk gewekt dat er van de CAR en CGG niet wordt verwacht dat ze zich ook verder (blijven) inzetten op vlak van preventie.

Ook de huidige preventie-opdrachten van de CGG (activiteiten in het kader van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en in het kader van de preventie van middelengerelateerde problematiek) blijven daarmee volledig buiten beeld van het voorontwerp van besluit. Nochtans vermeldt de conceptnota wel dat het volledig aanbod van beide sectoren binnen de scope van de oefening ligt. Gegeven de prevalentie van zowel suïcidaliteit als middelenmisbruik en het belang van het continuüm preventie-vroeginterventie-curatie-herstel is dit een gemiste kans, waardoor minstens tot 2028 hier een vermijdbaar vacuüm in de zorgcontinuïteit dreigt te ontstaan. Deze aanpak zal ook de afstemming nadien sterk bemoeilijken.

Een rem op de directe toeleiding

Het voorontwerp van besluit maakt directe toeleiding onmogelijk, met uitzondering van de cliënten die de voorbije 5 jaar reeds in een centrum in behandeling waren. Dat de focus ligt op de doorverwijzing vanuit professionele dienstverleners is logisch vanuit het perspectief van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg maar de huidige afbakening tot 5 jaar voor directe toeleiding is arbitrair gekozen en ook de omschrijving van het concept “doorverwijzing door een professionele dienstverlener” laat te veel ruimte voor interpretatie. De raad vraagt om dit beter te onderbouwen.

Bovendien wordt het snel bijschakelen vanuit de eerste lijn naar meer gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg vanuit een vraaggerichte logica met dit voorontwerpbesluit afgeremd. Niet professionele dienstverleners (bijvoorbeeld jeugdwerkers in een OverKop-huis, vrijwilligers van de zelfmoordlijn, partners in Huizen van het Kind, een vrijwillige medewerker van het consultatiebureau) spelen een sleutelrol op de eerste lijn maar zullen een aantal prioritaire doelgroepen (bijvoorbeeld cliënten met verhoogd suïciderisico, jonge kinderen met een problematische opvoedingssituatie gedetecteerd in een consultatiebureau van Kind en Gezin) dus niet meer direct kunnen toeleiden.

2.2 De gewenste evolutie naar vraaggerichte zorg wordt niet versterkt

Naast het feit dat er slechts drie van de zeven functies worden uitgewerkt in dit voorontwerp van besluit, worden niet alle actoren die deze functies uitoefenen in de mogelijkheid gesteld om erkenning voor deze functies aan te vragen.

- De bredere doelgroep van de revalidatievoorzieningen (psychosociaal, verslaving...) voor volwassenen sluit veel nauwer aan bij de doelgroep van de CGG. Het zou in het functiedenken logischer zijn dat deze actoren ook worden meegenomen ten bate van de doelgroep (jong)volwassenen.
- Ook andere relevante actoren die voor de doelgroep kinderen en jongeren kernopdrachten uitvoeren binnen de in het voorliggend voorontwerpbesluit erkende functies worden op geen enkele manier benoemd. Voor bijvoorbeeld de functie gespecialiseerde diagnostiek (D) spelen de Centra voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) en de Referentiecentra Autisme (RCA) een sleutelrol.
- Ook voor de andere functies zijn verschillende voorbeelden op te sommen. In het kader van vraaggestuurde en afgestemde zorg is het een gemiste kans dat deze actoren niet in beeld komen, zeker gezien de recente initiatieven vanuit de Vlaamse overheid om psychodiagnostische expertise voor kinderen in beeld te brengen (recente onderzoeksopdracht vanuit Vlaamse Overheid) en om in de nabije toekomst pilootprojecten op te zetten rond in basisvoorzieningen geïntegreerde psychodiagnostiek.

Het blijft verder nog onduidelijk welke actoren in de volgende fases ook in dit decreet GG zullen worden meegenomen. Gaat het om de revalidatieconventies, de initiatieven beschut wonen (IBW), de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), actoren binnen forensische zorg of zullen ook psychiatrische ziekenhuizen worden meegenomen in de erkenning op basis van functies?

Daarnaast vraagt de raad zich af of er naar analogie met het interfederaal plan geïntegreerde zorg in de toekomst geen nood is aan afstemming met het federale beleidsniveau om de doelstellingen van het decreet te kunnen realiseren? Ook op het federale niveau worden immers functies omschreven. Deze zijn verschillend omdat men het aanbod waarvoor de federale overheid bevoegd is voor ogen had². Dit blijft dus aanbodgericht werken en dit zal voor verwarring zorgen op het terrein. De raad vraagt daarom dat er het komende jaar overleg zou worden opgestart tussen het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het Departement Zorg om, met respect voor ieders bevoegdheden en waar nodig asymmetrie, overeenstemming te bereiken over de uitwerking van een meer vraaggestuurde zorg en de rol van de verschillende actoren hierin. Ook digitale afstemming is nodig (o.a. e-health, Overlegcomité Vitalink).

2.3 Geen redenering vanuit populatienoden en te weinig kansen tot innovatie

Het toekomstige financieringskader dient in de modellering nog verder te worden gedetailleerd. In welke mate die toekomstige financiering incentives zal bevatten voor actoren om in te spelen op nieuwe beleidsontwikkelingen (zoals de uitbouw van basis-psychologische zorg in de eerste lijn), op wijzigingen in de populatienoden, op initiatieven vanuit andere (netwerk)partners en beleidsniveaus blijft in dit voorontwerpbesluit onduidelijk.

Het voorontwerpbesluit doet ook geen uitspraak over de geografische dekkingsgraad. Het blijft onduidelijk of de actoren die onder het nieuwe gemeenschappelijke overheidskader vallen zich zullen moeten richten tot één eerstelijnszone, een cluster van eerstelijnszones, een werkingsgebied "1 Gezin 1 Plan", de huidige werkingsgebieden van de CGG (conform het decreet GG), de provinciale netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren, de regionale netwerken geestelijke gezondheid voor volwassenen of de in deze legislatuur opgestarte referentiezones. Hoe in de toekomst aan programmatie zal gewerkt worden en of de historische verschillen in spreiding tussen de centra en in capaciteit in verhouding tot de bevolking zullen worden weggevoerd, wordt niet uitgeklaard.

² Federale functies: Functie 1: GGZ-promotie, preventie, vroegdetectie en vroeginterventie Functie 2: Mobiele behandelingssteams voor (a) acute en (b) chronische problematiek Functie 3: Rehabilitatieteams die werken aan herstel en sociale inclusie Functie 4: Intensieve residentiële behandelingsunits Functie 5: Specifieke woonvormen en verblijfsformules

3. Aanbevelingen voor uitwerking van het BVR met beperkte finaliteit

De raad doet in dit hoofdstuk een aantal aanbevelingen om mee te nemen in de modelleringsoefening, de pilootprojecten en de evaluatie ervan.

3.1 Doelgroepen

De CAR en de CGG zijn twee actoren binnen het landschap van de geestelijke gezondheidszorg. Naast de gemeenschappelijkheden (ambulant, functies en zorgniveaus, ...) die aanleiding geven tot de integratie in één overheidskader, moet de overheid bij het uitwerken van een nieuw regelgevend kader ook waken over het respect voor de eigenheid, de complementariteit én de verschillen (doelgroep, methodiek, zorgtraject, ...) in het zorgaanbod van de CAR en CGG. Zo vormen kinderen en jongeren in de CAR 90% van de doelgroep tegenover slechts 25% bij de CGG en zijn de multi- en interdisciplinaire zorgtrajecten vaak veel intensiever dan deze in een CGG.

Het is goed dat voor de doelgroep van mensen met neurologische en zintuiglijke aandoeningen een tijdelijke overgangsmaatregel gevonden is. De raad vraagt om ook in de toekomst zorggarantie voor deze doelgroep te bieden en een oplossing te zoeken die aansluit bij het geestelijk gezondheidsaanbod in Vlaanderen. De opdeling fysieke en GGZ-revalidatie is voor deze groepen immers artificieel. Cliënten met neurologische en zintuiglijke aandoeningen hebben in de meeste gevallen ook psychologische ondersteuning nodig.

3.2 Verantwoordelijkheid tijdens wachttijd

Het is belangrijk dat de actoren in het netwerk geestelijke gezondheid, zoals andere actoren binnen het domein WVG, vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid inspanningen leveren om hun zorgaanbod zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen en hierbij ook naar eventuele overbruggingsmogelijkheden zoeken in geval van wachttijden.

De visienota stelt ook dat het nodig blijft om gebruikers 'niet los te laten' tijdens de wachttijd of bij doorverwijzing/overbrugging naar een andere zorgverstrekker. Er wordt echter niet aangegeven wat dit op vlak van verantwoordelijkheid en engagement van de actoren betekent en met welke middelen zij geacht worden deze interventies tijdens wachttijden uit te voeren.

3.3 Financiering

Budgetgarantie tijdens de pilootfase

De visienota stelt dat er budgetgarantie wordt voorzien voor de centra (CAR-CGG) die instappen in de piloot, maar het is nog niet uitgewerkt hoe de structurele impact van de pilootfase op de budgetten van de centra zal opgevangen worden. Tijdens de modelleringsoefening wordt het

belangrijk om alle kosten in kaart te brengen. Het kan immers niet de bedoeling zijn dat de centra door deze oefening financieel uit balans geraken en hierdoor onvoldoende antwoord kunnen bieden op de zorgvragen van hun cliënten of moeten inboeten op de kwaliteit van hun aanbod. Het is essentieel dat de centra minstens kunnen rekenen op de gegarandeerde budgetten op het moment van instap. Deze budgetgarantie houdt ook in dat er rekening gehouden wordt met financiële evoluties ten gevolge van indexering en anciënniteit, en dat de betrokken centra alle rechten op bijkomende middelen blijven openen zoals de centra die niet zijn ingestapt in de piloot, bijvoorbeeld bij nieuw uitbreidingsbeleid, VIA-akkoord,

Een billijke en kostendekkende vergoeding voor de participatie aan het erg intensieve modelleringstraject en/of de piloot, moet bij aanvang transparant gecommuniceerd worden aan de potentiële deelnemers. Een structurele bijkomende budgettaire injectie is nodig om de transitiekosten, zowel voor de participatie aan modellering en/of piloot als bij de uitrol op latere termijn, volledig kostendekkend te financieren. Zo niet, is dit geen budgetneutrale oefening in hoofde van de centra.

Eén uniform forfait in de toekomst vraagt extra middelen

Het is nog niet duidelijk of het de intentie is om op termijn tot één uniform forfait te komen voor de zorggebonden kost en een uniforme bepaling van de organisatiegebonden kost ongeacht de historisch gegroeide verschillen tussen de centra onderling, of dat er eerder aan gedacht wordt om de financiering te blijven berekenen op basis van de reële personeelsequipes zoals ze per centrum historisch zijn gegroeid. Als er voor één uniform forfait wordt gekozen dan zal dit vereisen dat extra budgetten worden voorzien van bij de start, omdat de huidige kostenstructuur van de twee types centra nu heel erg verschillend is. Enkele voorbeelden:

- De financiering van artsen in de CAR ligt een heel stuk hoger dan in de CGG. Het gelijktrekken, een noodzakelijk gegeven om met dezelfde middelen aan de start te staan, vertegenwoordigt een budgettaire vraag van 4 miljoen euro. De psychiater wordt bij de CGG vanuit de federale ZIV gefinancierd maar bij de CAR zit die in het forfait. Hoe ziet men de rol van de arts-specialist in dit toekomstig kader?
- De financiering van psychologen en vaak ook van psychologisch assistenten in de CGG ligt hoger dan in de CAR³.
- De CAR hebben momenteel geen aparte financiering van de onthaalfunctie. In een CGG bestaat dat wel. Er wordt in de visienota ook terecht een bijzonder belang gehecht aan de aanmelding, intake, screening en gemotiveerde beslissing, maar er wordt geen financiering voorzien. Deze opdrachten vormen echter een essentieel onderdeel van het zorgtraject en vereisen de nodige middelen.
- Het is een goede zaak dat de functie G wordt meegenomen in deze oefening. De huidige regelgeving van de CAR maakt het zo goed als onmogelijk voor de CAR om

³ meer bepaald resp. IFIC cat. 16bis vs. cat. 16 en cat. 15 vs. cat. 14).

deze expertise in te zetten. Het uitvoeren van de functie G kan echter niet ten koste gaan van het aanbod binnen de functies D en E. De nodige bijkomende middelen moeten worden voorzien om de expertise van de Centra daarin te honoreren.

Een nieuw financieringsmodel houdt ook een risico in voor de zorgcontinuïteit, zeker gezien financiering een effect heeft op de manier waarop centra hun aanbod organiseren. Het moet dus zeker voldoende bewaakt worden dat er binnen het bestaand aanbod van behandelingen geen grote verschuivingen plaatsvinden die louter ingegeven zijn door het nieuwe model en niet gesteund zijn op medische of kwaliteitsincentives.

Een nieuw financieringsmodel heeft uiteraard impact op de continuïteit van de werking van de organisaties zelf. Stabiele arbeidsovereenkomsten, werkbare jobs en een gunstig sociaal klimaat vereisen immers een stabiele en voorspelbare financiering. De uitgesproken voorafname in de visienota op de uit te testen toekomstige financieringstechniek, met een uitdrukkelijke keuze voor een aandeel prestatiegebonden financiering staan voor de raad haaks op een correcte testfase. De raad pleit dan ook voor het uittesten van verschillende financieringsmodellen, waarbij alle ongewenste neveneffecten voor de zorgvrager, organisaties én werknemers in beeld gebracht worden en herhaalt zijn vraag om de visienota zodanig te herwerken dat hierover nog geen voorafnames worden gedaan (zie ook punt 1.2).

De raad merkt ook op dat prestatiefinanciering van artsen een federale materie betreft waarvoor het RIZIV instaat. Wanneer de Vlaamse Regering een nieuw financieringsmodel wil installeren om beide vormen te harmoniseren, zullen er ook nieuwe akkoorden moeten afgesloten worden met het RIZIV.

Er wordt in de visienota nog niet gesproken over de medisch-inhoudelijke controle op de financiering via functies. In het verleden is er altijd gewerkt met een a priori controle bij aanvragen van de CAR. Deze rol werd opgenomen door de zorgkassencommissie. Wordt deze rol in het nieuwe systeem ook opgenomen door de zorgkassencommissie? De raad pleit er ervoor om de Zorgkassencommissie in te zetten in opdracht van het Agentschap om te bewaken dat de doelgroep van gespecialiseerde diagnose en behandeling waarvoor multidisciplinair werken noodzakelijk is, wordt gerespecteerd. Dit is immers essentieel in het kader van het decreet GG. De raad vraagt dat dit verder zou worden uitgewerkt in overleg met de relevante actoren en de zorgkassencommissie. Dit traject zal ook tijdig moeten opgestart worden om er bij de uitrol meteen mee te kunnen starten.

Geen bijkomende financiële drempel voor de gebruiker

Terecht wordt in de visienota gepleit voor een toegankelijk aanbod. Daarom kunnen er ook geen bijkomende financiële drempels voor gebruikers worden gecreëerd. Bij de discussie over de eigen bijdrage van de zorggebruiker, dient men rekening te houden enerzijds met kwetsbare doelgroepen en anderzijds de frequentie, duur en intensiteit van het diagnostisch en behandelings-traject.

De intensiteit van zorg tussen CGG en CAR kan sterk verschillen (van 1 contact per week tot meerdere sessies per dag). De CAR richten zich bovendien in hoofdzaak op kinderen en jongeren. In de vanuit het RIZIV gefinancierde eerstelijnspsychologische zorg wordt de eigen bijdrage voor kinderen en jongeren intussen geschrapt vanaf 1 februari 2024. De raad vraagt met aandring dat de financiële toegankelijkheid van de CAR- en CGG-behandelingen niet zou achteruitgaan. De eigen bijdrage vraagt een coherent beleid over sectoren en lijnen heen om de financiële toegankelijkheid te garanderen.

De raad dringt erop aan dat elke andere wijziging met een impact op de financiële bijdrage die leidt tot minderinkomsten voor de centra in vergelijking met de huidige situatie, volledig gecompenseerd wordt door een structurele financiering van de overheid. Enkel op die manier kan de capaciteit en de kwaliteitsvolle werking, die hiermee op vandaag is uitgebouwd, in de toekomst gegarandeerd blijven.

De raad dringt ook aan op een ruimere evaluatie van de modellering en de pilootprojecten zodat de impact van deze oefening op de kwaliteit van de zorg en ondersteuning en de betaalbaarheid voor de gebruiker kan worden ingeschat.

3.4 Data-ondersteunende programmatie

De raad meent dat het belangrijk is dat kwalitatieve data, naast wetenschappelijke inzichten en praktijkkennis, mee de richting van de programmatie kunnen bepalen. De raad wijst er wel op dat data over zorggebruik alleen geen voldoende zicht geven op de evoluerende psychische zorg-noden en geestelijke gezondheidsbehoeften in een werkingsgebied.

Het verzamelen van deze data mag niet leiden tot administratieve overlast en/of extra kosten met zich brengen. Mocht dit toch het geval zijn, dan moet dit gecompenseerd worden bij de financiering.

De raad wijst op de diversiteit aan registratie die op vandaag al op regelmatige wijze vanuit de centra wordt bezorgd aan de Vlaamse overheid. Hierdoor is reeds heel wat bruikbare informatie met cijfergegevens beschikbaar waarmee de nodige analyses kunnen gebeuren. De raad wijst er op dat deze oefening ook de aanleiding kan zijn om een rationalisatie door te voeren in de bestaande registratieverplichtingen vanuit de centra, zodat enkel nog die rapporteringen opgevraagd worden die een reële meerwaarde bieden.

3.5 Mee te nemen elementen

De aandacht voor de niet-exhaustieve lijst 'mee te nemen elementen' die belangrijke knelpunten vormen bij een één te maken overheidskader is positief. Het correct en snel aanpakken van deze knelpunten zal een voorwaarde vormen om tot een gelijk speelveld tussen de betrokken sectoren te komen en de integratie in één overheidskader te doen slagen.

Het oplijsten en meenemen is echter niet voldoende. Het is van groot belang om voor elk van deze elementen van bij de start van het traject een perspectief te bieden waarbij een 'level

playing field' op vlak van sociale akkoorden, indexering en investeringsmogelijkheden (bv. VIPA, werkmiddelen) wordt gecreëerd. De politieke bereidheid om de bijhorende budgettaire engagementen te honoreren, moet geëxpliciteerd worden van bij aanvang. De raad wijst op het belang van het sociaal overleg om deze zaken verder uit te klaren.

4. Hoe nu verdergaan? Een participatief traject op twee sporen

Omwille van de onduidelijke scope van het voorontwerpbesluit vraagt de raad om - parallel met het verdere traject van dit voorontwerpbesluit: de modelleringsoefening, de piloten, de evaluaties en conclusies – op een tweede spoor ook overleg op te starten over het bredere kader en de verdere uitvoering van het decreet GG. Zo lopen we een participatief traject op twee sporen waarbij het huidige voorontwerpbesluit de mogelijkheid creëert om ervaringen op te doen inzake financieren en anderzijds het bredere plaatje niet uit het oog wordt verloren. Beide sporen kunnen elkaar inspireren en vanuit de twee sporen kan worden bijgestuurd.

Spoor 1 – het verdere traject van dit voorontwerpbesluit (met beperkte finaliteit)

Om tot dit voorontwerp van besluit te komen, is al een traject gelopen met de betrokken sectoren. De betrokkenen vragen om constructief verder te kunnen werken in het verdere traject. De raad vraagt om daarbij de bedenkingen die in hoofdstuk 3 worden gemaakt, mee te nemen.

Tot nog toe werden echter niet alle stakeholders betrokken.

- De omschakeling naar het nieuwe financieringsmodel zal een grote stap zijn voor de betrokken actoren. De nodige begeleiding en ondersteuning hiervoor zal moeten voorzien worden. In de toekomst gaan de zorgkassen deze rol opnemen ten aanzien van de actoren. Om de brede uitrol in de toekomst vlot te laten verlopen, is het nodig dat zij in een vroeg stadium mee zijn in het verhaal en ook daar de nodige kennisopbouw en voorbereiding kan gebeuren.
- Een nieuw financieringsmodel en de beoogde harmonisering zal ook impact hebben op het personeel. Daarom moeten ook de werknemersorganisaties in de volgende fases betrokken zijn.

Het verdere traject omhelst de modellering, het pilootproject en de daaruit volgende evaluaties en conclusies. De raad vraagt voldoende tijd en ruimte te voorzien voor de modelleringsoefening. De pilootfase kan pas starten wanneer de operationalisering van de financieringsoefening helemaal helder is en in voldoende mate is uitgewerkt. De raad vraagt ook om erover te waken dat de steekproef van voorzieningen die aan de pilootfase deelnemen voldoende ruim en evenwichtig is. Dat betekent dat er een evenwicht is tussen CAR en CGG maar ook dat er rekening wordt gehouden met de diversiteit van de voorzieningen, met een voldoende geografische spreiding, met de verschillen in schaalgrootte, met de verschillen in organisatiestructuur en werking (eigendom

of huur, uitbesteding of niet, ...) en dat er ook voldoende deelname is van centra (CAR respectievelijk CGG) die zich samen in eenzelfde werkingsgebied situeren. De wetenschappelijke validiteit van de resultaten uit de analyse van de centra die deelnemen aan de modellering/piloot is een essentieel gegeven om de latere veralgemeende uitrol naar alle centra te kunnen verantwoorden.

Spoor 2 – veranderingsprogramma voor de integrale uitvoering van het decreet GG (brede finaliteit)

De raad beveelt aan om parallel met de uitwerking van modelleringsoefening en de pilootprojecten CAR-CGG te starten met de uitwerking van een concreet veranderingsprogramma dat alle 7 functies omvat en alle actoren in de geestelijke gezondheidszorg, maar ook aanpalende sectoren betreft. Dat gebeurt van meet af aan best met alle stakeholders. In dit programma kunnen de evoluties sedert 2019 worden meegenomen (Vroeg & Nabij, uitrol eerstelijnspsychologen,...) met preventie, behoeftegericht ontwikkelen van aanbod, geïntegreerd werken en het maken van verbinding met andere sectoren als krijtlijnen. Ook afstemming met de federale overheid is een vereiste om tot een echt vraaggestuurde en een populatiegerichte benadering te komen op termijn.

Zo nodig kan deze oefening ook tot het bijsturen/aanpassen van het decreet GG leiden, of tot het uitwerken van een nieuw decretaal kader.