

Symposium “Minder versnippering, meer zorg”

De nood aan een heldere en werkbare bevoegdheidsverdeling voor de gezondheidszorg

Enkele toepassingsproblemen en voorstellen van mogelijke oplossingen in de sector geestelijke gezondheidszorg

Raf De Rycke

INITIATIEFNEMER


ZORGNET-ICURO

DATUM

29 APRIL 2019

LOCATIE

KVS - ARDUINKAAI 9 - 1000 BRUSSEL

- 
1. Inleidende beschouwingen
 2. Voorbeelden van toepassingsproblemen
 3. Voorstellen van mogelijke oplossingen


1. INLEIDENDE BESCHOUWINGEN

- ▶ Versnipperd GGZ-landschap
- ▶ Zes regeringen, zes parlementen en negen verantwoordelijke ministers
- ▶ Verhoogde complexiteit na de 6^{de} staatshervorming
- ▶ Versnipperde bevoegdheid over het drieluik programmatie, financiering en erkenning
- ▶ Complexe staatsstructuur zorgt voor onnodige kosten voor de sector én voor de overheid

2. VOORBEELDEN VAN TOEPASSINGSPROBLEMEN

De casussen van kafkaëske voorbeelden zijn legio:

- ▶ Programmatie en financiering zijn federale materie en erkenning valt onder de deelstaten
 - Moeilijke procedure voor de deelstaten om de erkenningsnormen te bepalen: aftoetsing door het Rekenhof
 - Geen concretisering van de basiskenmerken van de ziekenhuizen die vallen onder de organieke wetgeving
 - De toekomstige programmatie en erkenning van zorgprogramma's en modules: complex en tijdrovend verhaal


- 
- ▶ De federale overheid en de deelstaten voeren elk apart een eigen kwaliteits- en veiligheidsbeleid
 - Deelstaten: specifieke decreten
 - Federale overheid: meerjarige programma's rond bepaalde thema's (bv. vrijheidsbeperkende maatregelen)
 - Koppeling tussen een aantal kwaliteits- en veiligheidsindicatoren en financiële stimuli (P4Q)?





▶ Geen consistent preventiebeleid


- Besparingen voor de federale overheid en kosten voor de deelstaten
- Belang van preventie en vroegdetectie niet onderschatten

Elke euro geïnvesteerd in preventie levert een grote return on investment op (cf. dia gepresenteerd op het GGZ Congres “Open Minds” van Zorgnet-Icuro in 2016
“Economic pay-offs per £ 1 invested in each intervention” van David Mc Daid, PSSRU, LSE Health & Social Care London School of Economics and Political Science)

- 
- ▶ Financiering BFM is een federale bevoegdheid, behalve voor onderdeel A1
Infrastructuur beïnvloedt de uitbating die federaal wordt gefinancierd (algemene kosten, onderhoud, nutsvoorzieningen, ...)
 - ▶ Integrale jeugdhulp (IJH): K/k-diensten geen formele actor (6 sectoren betrokken: VAPH, Kind en Gezin, Jongerenwelzijn, Algemeen Welzijnswerk, CGG en CLB)
Nochtans zijn de K/k-diensten een belangrijke actor. Afremming intersectorale samenwerking
 - ▶ Uitgavenstromen inzake GGZ zijn moeilijk in kaart te brengen

- 
- ▶ Het ontbreken van een coherent GGZ-beleid belemmert de verdere vermaatschappelijking
 - Reconversies van residentiële bedden naar PVT en IBW zijn theoretisch uitgesloten
 - Verschillende financieringssystemen en bezoldigingssystemen hypothekeren samenwerking en netwerkvorming
 - Grote vergoedingskloof voor de medische activiteit al naargelang de zorgvorm (PZ, PVT, IBW, CGG, centra met revalidatieconventies, ...)
 - Psychiater als knelpuntberoep wordt hierdoor nog versterkt in de zorgvormen met een lage vergoeding (PVT, IBW en CGG) in vergelijking met de vergoeding in de PZ
 - Geïntegreerde werking van mobiele teams met PVT of IBW (langdurige zorg) is niet evident: Vlaamse middelen tellen niet mee voor de medische functie, afzonderlijke verantwoording voor de ingezette middelen + gescheiden activiteitenverslagen + gescheiden behandelingsplannen al naargelang de zorgvorm waar eenzelfde patiënt de zorg krijgt

- 
- Complexe realiteit voor functie 3 “Psychosociale rehabilitatie” (cf. Gids naar een betere GGZ voor volwassenen – 2010)
 - ❖ Op individueel niveau: elke hulpverlener
 - ❖ Op organisatieniveau: vooral de IBW en de psychosociale revalidatiecentra (werk, vrije tijd, activering, wonen, opleiding, ...)
 - ❖ Ook bepaalde afdelingen van PZ of AZ leunen aan bij functie 3
 - ❖ Voorts ondersteunen in sommige regio’s ook de CGG deze patiënten
 - ❖ Het zwaartepunt ligt nu bij de Vlaamse overheid
 - Onder wiens bevoegdheid zullen de mobiele teams vallen ingeval van structuralisering van de projecten art. 107 voor de doelgroep volwassenen?

- 
- ▶ Dataverzameling verloopt volgens verschillende instrumenten (MPG, Belrai, ...)
 - ▶ Koppeling van de organisatie van de ELPF aan een federale structuur, terwijl de ELPF aansluit bij de 60 eerstelijnszones (ELZ) en de CGG
 - ▶ Inflatie aan netwerken zonder afstemming:
 - Federaal niveau: netwerken projecten voor de doelgroepen volwassenen en ouderen, netwerken kinderen en jongeren, forensische netwerken, loco-regionale klinische netwerken, ...
 - Niveau deelstaten: 60 ELZ en 14 Regionale Zorgzones (RZZ)
Aanzet naar afstemming tussen de RZZ en de netwerken projecten voor de doelgroepen volwassenen en ouderen



- ▶ Forensische psychiatrie

- Onder wiens bevoegdheid vallen de forensische PVT en IBW?

Deelstaten staan in voor basisfinanciering en upgrade wordt door federale overheid gefinancierd

- FPC's vallen onder federale bevoegdheid


Vlaamse overheid beschikt niet over een passend referentiekader voor de evaluatie van de werking

- ▶ Nieuw jeugddelinquentierecht: mogelijkheid van opgelegde psychiatrische hulpverlening. Gevolgen voor gedwongen opnames en geen afstemming met herziening van de WPG


- ▶ ...


3. VOORSTELLEN VAN MOGELIJKE OPLOSSINGEN: KAN HET ANDERS? KAN HET BETER?


- ▶ Theoretisch optimale oplossing: één bevoegde overheid
- ▶ Volledig coherente bevoegdheidspakketten nog niet voor morgen
- ▶ Verder regionaliseren of (gedeeltelijk) herfederaliseren?
 - Enerzijds redenen om verder te regionaliseren:
 - ❖ Regionalisering is al vrij ver gevorderd
 - ❖ Regionalisering heeft een intrinsieke meerwaarde om het beleid af te stemmen op de cultuurverschillen tussen deelstaten
 - ❖ Veel maatschappelijke elementen met een belangrijke impact op gezondheidszorg vallen reeds onder bevoegdheid van de deelstaten

- 
- Anderzijds angst voor splitsing sociale zekerheid ingeval van een volledige regionalisering
 - Quid toepassingsprobleem in Brussel?
 - Partiële herfederalisering voor bepaalde gebieden: niet a priori uitsluiten

De zorg zit gekneld tussen de vrees om te herfederaliseren én de schrik om verder te regionaliseren

- 
- ▶ Wat kan dan wel om te komen tot een meer geïntegreerde GGZ-werking?
 - Status quo vermijden
 - Vermijden dat een volgende staatshervorming het kluwen vergroot
 - IMC's en protocolakkoorden continueren
 - De federale bevoegdheid “Basiskenmerken van de ziekenhuizen” concretiseren
 - Geen verdere opsplitsing van bevoegdheden (bv. opsplitsen van welzijn en gezondheid)
 - Aandacht voor meer geïntegreerde werking tussen de geestelijke en somatische zorg
 - Redesign van overheidsadministraties (bv. samenvoegen van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV)
 - Stimuli voor sectoroverstijgende en kruisbestuivende projecten

- 
- Budgetten verschuiven of meer flexibel inzetten doorheen beleidsniveaus (bv. gericht federale budgetten inzetten voor de functies 1 en 5, mandateren van interadministratief overleg)
 - Afsluiten van asymmetrische samenwerkingsakkoorden op basis van de bijzondere financieringswet
 - Reconversies tussen zorgvormen opnieuw mogelijk maken (bv. reconversie van residentiële bedden naar PVT en IBW)
 - Netwerkvorming verder uitbouwen
 - Uniform registratiesysteem over de verschillende zorgvormen (cf. advies van de NRZV)
 - Afstemmen van het begrippenkader via een lexicon tussen de verschillende bevoegde overheden
 - ...



Rode draad doorheen deze suggesties: samenwerking optimaliseren tussen de verschillende niveaus, zorgvormen, sectoren, ... en dat in combinatie met een loyale opstelling tussen de verantwoordelijke overheden.

De hoop is altijd opnieuw dat finaal een duurzame oplossing uit de bus komt.

Dank voor uw aandacht!