

MEMORANDUM ORGANE DE CONCERTATION ADULTES (Y COMPRIS PERSONNES AGEES)

CONTEXTE

Dans le cadre de l'engagement de la Conférence interministérielle sur la santé publique (CIM) de réaliser des circuits et réseaux de soins pour les différents groupes d'âge, en consultation avec le monde professionnel et les organisations faitières, la CIM a décidé de créer un "Organe de concertation 107" (IMC dd 19/10/2015). Par ailleurs, le 02/07/2019, la CIM a décidé de créer un " Groupe de travail technique pour les personnes âgées et les soins de santé mentale " chargé d'élaborer la déclaration conjointe approuvée pour la réalisation d'une nouvelle politique de soins de santé mentale pour les personnes âgées dans le cadre des réseaux 107.

Au sein de l'Organe de concertation 107 et du groupe de travail technique sur les personnes âgées et les soins de santé mentale, un certain nombre de groupes de travail se penchent sur les thèmes suivants : Soins résidentiels intensifs, traitement à temps partiel flexible, expertise de l'expérience, soins de longue durée, fonction médicale et 4 sous-groupes de travail pour les personnes âgées et le groupe cible des soins de santé mentale.

Ces groupes de travail constituent un levier important pour la poursuite de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques dans les réseaux. En coopération avec tous les ministres de la santé concernés, ce travail devrait se poursuivre au cours du prochain mandat du gouvernement.

Dans le cadre des programmes gouvernementaux qui seront développés après les élections du 26 mai 2019, l'Organe de concertation 107 fournit les fers de lance suivants, qui sont essentiels pour le développement d'une politique ambitieuse en matière de soins de santé mentale pour adultes et personnes âgées. Un programme analogue a été élaboré par le COMSMEA et le réseau des internés. En outre, la CFEH développe également

MEMORANDUM OVERLEGORGAAN VOLWASSENEN (INCL. OUDEREN)

ACHTERGROND

In het kader van het engagement van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC) om, in overleg met het werkveld en de koepels, zorgcircuits en -netwerken voor de verschillende leeftijdsgroepen te realiseren, besliste de IMC in de oprichting van een "Overlegorgaan 107" (IMC dd 19/10/2015). Daarnaast besliste de IMC op 02/07/2019 in de oprichting van een "Technische werkgroep ouderen en GGZ" met als opdracht de goedgekeurde gemeenschappelijke verklaring voor de realisatie van een nieuwe GGZ-beleid voor ouderen uit te werken in het kader van de netwerken 107.

In de schoot van het Overlegorgaan 107 en de technische werkgroep ouderen en ggz zijn een aantal werkgroepen lopende rond volgende thema's : Intensifiëren van de residentiële zorg, Flexibiliseren van de deeltijdse behandeling, Ervaringsdeskundigheid, Langdurige zorg, medische functie en 4 subwerkgroepen voor de doelgroep ouderen en GGZ.

Deze werkgroepen zijn een belangrijke hefboom voor de verdere beleidsontwikkeling en implementatie in de netwerken. In samenwerking met alle betrokken ministers bevoegd voor volksgezondheid moeten deze werkzaamheden in de volgende regeringsperiode verder gezet worden.

In het kader van de uit te werken regeerprogramma's na de verkiezingen van 26 mei 2019, reikt het Overlegorgaan 107 de volgende speerpunten aan die essentieel zijn bij het uitwerken van een ambitieus GGZ-beleid voor volwassenen en ouderen. Er werd een analoog speerpuntenprogramma opgesteld door de COMGGKJ en het netwerk geïnterneerden. Daarnaast werkt de FRZV ook een speerpuntenprogramma uit specifiek voor de psychiatrische en algemene ziekenhuizen.

un programme pilote spécifiquement destiné aux hôpitaux psychiatriques et généraux.

RECOMMANDATIONS

1. Des investissements supplémentaires dans les soins de santé mentale sont indispensables : au moins 10% du budget de la santé doit aller aux soins de santé mentale.

Une augmentation directe du budget des soins de santé mentale devrait renforcer l'offre de prévention, de dépistage et de traitement précoce. Elle devrait également abaisser le seuil de l'accès aux soins et faciliter le financement de nouvelles formes de soins telles que les soins mixtes. De plus, un investissement permanent doit être prévu pour les personnes les plus vulnérables. Les personnes ayant de graves problèmes psychiatriques ont besoin d'un soutien à vie dans de nombreux domaines de la vie. En particulier, il convient de poursuivre les travaux dans ce domaine afin de concevoir un logement approprié pour ce groupe cible, dans le but d'atteindre le niveau le plus élevé possible d'intégration dans la société. Renforcez la force portante des proches dans la santé mentale par les soins de répit. Les proches sont de plus en plus coacteurs des soins de santé. Il convient donc de prêter attention à leurs besoins, notamment par le développement structurel d'initiatives de soins de répit.

Dans des situations exceptionnelles, les structures d'accueil et d'hébergement nécessaires doivent être organisées dans un environnement sûr et/ou sécurisé. L'ensemble de ces mesures répondent à la vision d'une société inclusive et portée sur l'humain.

Argumentation :

Les soins de santé mentale doivent être pris au sérieux. Sérieux à cause de l'impact sur la vie en société. Un citoyen sur quatre (certains disent même un sur trois) souffre de vulnérabilité psychologique au cours de sa vie, dont seulement un sur trois reçoit des soins appropriés.

Les chiffres les plus récents sur l'invalidité (415 200 personnes, chiffres de juin 2018) montrent à nouveau une forte augmentation, les problèmes de santé mentale étant le sous-groupe le plus important (un sur trois). Les seules prestations

AANBEVELINGEN

1. Bijkomende investeringen in GGZ zijn een must: minstens 10% van het gezondheidsbudget moet naar GGZ gaan.

Een directe toename in het budget voor geestelijke gezondheidszorg moet het aanbod versterken in preventie, detectie en vroegbehandeling. Het moet ook de drempel tot de zorg verlagen en de financiering van nieuwe zorgvormen zoals blended hulpverlening faciliteren. Bovendien moet er een blijvende investering gebeuren voor de meest zwakken. De personen met een ernstige psychiatrische problematiek hebben nood aan een levenslange ondersteuning op vele levensdomeinen. In het bijzonder moet hier verder werk gemaakt worden van een aangepaste woonst voor deze doelgroep waarbij een zo hoog mogelijke integratie in de maatschappij nagestreefd wordt. Versterk de draagkracht van de mantelzorgers in de GGZ door respijtzorg. Mantelzorgers zijn meer en meer mede-actoren in de zorg. Men dient dan ook aandacht te hebben voor hun noden, o.a. door structurele uitbouw van initiatieven voor respijtzorg. Voor uitzonderlijke situaties moeten de nodige opvang- en huisvestingsmogelijkheden in een veilige en/of beveiligde omgeving georganiseerd worden. Dit alles wordt gerealiseerd vanuit het concept van een inclusieve maatschappij en mensvisie.

Argumentatie:

De geestelijke gezondheidszorg moet ernstig genomen worden. Ernstig door de impact op de samenleving. Een op vier burgers (sommigen stellen zelfs één op drie) kampt tijdens zijn leven met een psychische kwetsbaarheid waarvan slechts één op drie de gepaste zorg ontvangt.

De meest recente cijfers van invaliditeit (415.200 personen, cijfers juni 2018) tonen opnieuw een sterke stijging, met psychische problemen als belangrijkste subgroep (één op drie). Alleen al de invaliditeitsuitkeringen

d'invalidité pour des raisons psychologiques coûtent à l'Etat belge près de 2 milliards d'euros en 2017.

Les effets de retour attendus (diminution des prestations d'invalidité, augmentation/maintien de la participation au marché du travail, soins somatiques plus efficaces pour les patients présentant une vulnérabilité mentale, meilleure observance thérapeutique, également pour les problèmes somatiques, possibilité pour les soignants informels d'utiliser leur énergie différemment pour la société, etc.) sont importants, selon les recherches étrangères (voir "Economic pay-offs per £ 1 invested in each intervention" par David Mc Daid, PSSRU, Health & Social Care London School of Economics and Political Science, LSE).

Cette argumentation économique de la santé est renforcée par deux développements internationaux :

- depuis 2018, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont inclus **les troubles mentaux dans la liste des maladies dites non transmissibles**. D'ici 2020, les troubles mentaux tels que la dépression, les troubles anxieux, la toxicomanie, etc. seront d'avantage responsables de handicaps, de maladies, de handicaps et de décès prématurés dans l'UE que les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Les budgets prévus pour les soins de santé devront suivre cette évolution à court terme ;

- l'OCDE recommande donc qu'**au moins 10% du budget de la santé soit consacré aux soins de santé mentale**, au lieu des 6% actuels, et cet objectif a été approuvé par notre pays.

Investir davantage dans les soins de santé mentale sous toutes ses facettes est un investissement rentable qui ne représente certainement pas un coût irresponsable (ex. accès au logement, lutte contre la pauvreté, bien-être au travail, soutien à la parentalité, investissement dans l'éducation et dans la culture, etc.)

wegens psychische redenen kosten de Belgische staat in 2017 bijna 2 miljard euro.

De verwachte terugverdieneffecten (dalende invaliditeitsuitkeringen, stijgende/blijvende participatie aan de arbeidsmarkt, efficiëntere somatische zorg bij patiënten met psychische kwetsbaarheid, grotere therapietrouw ook bij somatische problematieken, mogelijkheden dat mantelzorgers hun energie anders inzetten voor de maatschappij,...) zijn groot, zo leert buitenlands onderzoek (cf. "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).

Deze gezondheidseconomische argumentatie wordt versterkt door twee internationale ontwikkelingen:

- sinds 2018 worden **psychische aandoeningen** door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) **meegenomen in de lijst van zogenaamde niet-overdraagbare ziekten**. Tegen 2020 zullen psychische aandoeningen zoals depressie, angststoornissen, verslaving, ... in de EU meer verantwoordelijk zijn voor handicaps, ziekte, arbeidsongeschiktheid en vroegtijdig overlijden dan cardiovasculaire aandoeningen, kanker, chronische ademhalingsstoornissen en diabetes. De voorziene zorgbudgetten zullen deze evolutie op korte termijn moeten volgen;

- de OESO beveelt daarom aan om **minstens 10 % van het gezondheidsbudget aan geestelijke gezondheidszorg te besteden** in plaats van de huidige 6%, en deze doelstelling werd door ons land onderschreven.

Meer investeren in de geestelijke gezondheidszorg in alle facetten zijn investeringen die zichzelf terugverdienen, en zijn zeker geen onverantwoorde kost (b.v. toegang tot een woning, strijd tegen armoede, welzijn op het werk, ondersteuning van het ouderschap, investeren in de opvoeding en in de cultuur,...).

2. Mental Health in all policies : investir également dans les domaines autres que la santé mentale.

Il s'agit de ressources globales parce que " la santé mentale est dans tout " ; tous les départements de tous les gouvernements y participent. Le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté doit être brisé bien au-delà des seuls soins de santé mentale.

Les lieux de traitement et de suivi doivent être repensés avec pour leitmotif " les bons soins, au bon endroit ", comportant une implication claire tant du patient que de ses proches, et qui réponde aux préoccupations locales. Pour déterminer les besoins et répondre aux questions, il faut tenir compte non seulement de la taille de la population, mais aussi d'autres indicateurs tels que les chiffres de la pauvreté, les mouvements de population (migration, navettage, tourisme côtier,...), les obligations historiques, ...

Les politiques et le financement devraient encourager et renforcer le travail **en réseaux à l'échelle de la société.**

Argumentation :

La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (y compris les psychiques), ratifiée par la Belgique en 2009, clarifie leurs droits à participer à la vie sociale, économique, politique et culturelle de la société. La force contraignante de ce traité est équivalente au droit international et oblige les gouvernements nationaux à garantir ces droits, tels que le droit aux soins, le droit à un logement abordable, le droit au travail,... et à exclure la discrimination.

3. Renforcer la réforme engagée au cours de la période politique précédente.

Le mouvement pour la socialisation des soins de santé mentale doit être poursuivi.

Au départ du gel des lits d'hôpitaux psychiatriques et de la réaffectation des ressources ainsi libérées, les premières étapes de la socialisation ont été franchies, notamment par la création d'équipes mobiles de traitement. Parallèlement, des mesures sont prises en vue du

2. Mental Health in all policies: investeer ook in niet GGZ-domeinen.

Het gaat om globale middelen want "mental health is in all"; ieder departement van iedere regering is betrokken. Breder dan geestelijke gezondheidszorg moet de vicieuze cirkel van ziekte en armoede doorbroken worden.

Plaatsen voor behandeling en begeleiding moeten herzien worden onder het motto " de juiste zorg, op de juiste plaats" waarbij er een duidelijke inbreng is van zowel de patiënt, als zijn naastbestaanden, en beantwoordend aan de lokale vragen. Bij het bepalen van de noden, als antwoord op de vragen, moet niet alleen rekening gehouden worden met de grootte van de populatie, maar ook met andere indicatoren zoals armoedecijfers, populatiebewegingen (migratie, forenzen, kusttoerisme,...), historische verplichtingen, ...

Het beleid en de financiering moeten het werken in **maatschappij-brede netwerken** stimuleren en versterken.

Argumentatie:

Het VN-verdrag met betrekking tot de rechten voor mensen met een beperking (inclusief psychisch), door België geratificeerd in 2009, verduidelijkt hun rechten om te kunnen participeren aan het sociaal, economische, politieke en culturele leven in de samenleving. De binding van dit verdrag staat gelijk met internationale wetgeving en verplicht de nationale overheden om deze rechten zoals het recht op zorg, het recht op betaalbaar wonen, recht op werk,... te garanderen en discriminatie uit te sluiten.

3. Versterk de in de vorige beleidsperiode ingezette hervorming.

De beweging van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg moet verdergezet worden.

Vanuit de bevrozing van psychiatrische ziekenhuisbedden en de herallocatie van de hierdoor vrijgemaakte middelen werden de eerste stappen in de vermaatschappelijking gezet vooral door de creatie van mobiele behandelteams. Parallel worden momenteel

démarrage expérimental de services résidentiels intensifiés pour les soins non planifiés (cf. projets Soins intensifs et soins intensifs (HIC) et Services intensifs (ID)). Dans ce contexte, des liens seront également établis avec la nouvelle loi qui sera élaborée sur l'hospitalisation contrainte et le développement des réseaux cliniques. La note finale du groupe de travail sur l'urgence de la CIM indiquait clairement que *"l'offre et la réglementation actuelles des soins de santé mentale pour la prise en charge des pathologies psychiatriques aiguës sont de loin insuffisantes et doivent être améliorées et planifiées d'urgence"*. D'autres formes innovantes de soins, sur le campus de l'hôpital ou non, sont à l'étude, notamment des services intensifs pour le groupe cible de jeunes adultes (par exemple, les maisons Soteria) et un traitement intensif et flexible à temps partiel. En conséquence, une gamme de soins plus différenciée et adaptée devient progressivement disponible pour les personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale.

Cependant, la capacité des lits d'hôpitaux par rapport aux besoins des patients varie considérablement d'une région à l'autre, ce qui risque d'entraîner des inégalités considérables dans l'offre de soins sur lesquels les citoyens peuvent compter. Par exemple, le nombre de réseaux qui peuvent utiliser des lits supplémentaires pour la fonction 2 et pour une première étape de l'intensification des soins est limité dans la phase expérimentale. Des ressources supplémentaires seront nécessaires pour permettre un déploiement rendu accessible à l'ensemble de la population.

Afin d'assurer une bonne diffusion de l'offre de soins de santé mentale, il faut travailler sur un cadre innovant avec des programmes, des normes et un financement appropriés. Ce cadre doit offrir une flexibilité suffisante en fonction des besoins de la population de la région.

Cependant, il existe encore un besoin d'unités de traitement résidentielles spécialisées, avec une offre régionale qui s'étend à des groupes cibles spécifiques (par exemple, psychiatrie légale, double diagnostic de handicap mental, etc.) Il est vraiment temps que les projets pilotes, en cours

ook stappen gezet naar de experimentele opstart van geïntensifieerde residentiële diensten voor niet geplande zorg (cf. projecten High en Intensive Care (HIC) en de Intensieve Diensten (ID)). In dit kader worden tevens linken gelegd naar de nieuw te ontwikkelen wet op gedwongen opname en de ontwikkeling van de klinische netwerken. De eindnota van de werkgroep spoed van de IMC stelde duidelijk dat *"Het huidige aanbod en de huidige regelgeving van de geestelijke gezondheidszorg voor de opvang van acute psychiatrische pathologieën is ruimschoots onvoldoende en moet dringend opgewaardeerd en gepland worden."* Andere innovatieve zorgvormen, al dan niet op de campus van het ziekenhuis, worden onderzocht waaronder intensieve diensten voor de doelgroep jongvolwassenen (vb Soteria huizen) en intensieve en flexibele deeltijdse behandeling. Door dit alles komt stilaan een meer gedifferentieerd en aangepast zorgaanbod ter beschikking van personen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen.

De capaciteit aan ziekenhuisbedden ten opzichte van de noden van de patiënten verschilt echter sterk van regio tot regio waardoor er een sterke ongelijkheid dreigt te ontstaan qua zorgaanbod waarop de burgers kunnen rekenen. Zo is het aantal netwerken dat extra bedden kan inzetten voor de functie 2 en voor een eerste stap in de intensifiëring van de zorg, in de experimentele fase beperkt. Er zullen bijkomende middelen nodig zijn om een uitrol voor de volledige populatie mogelijk te maken.

Om een goede spreiding van het GG-zorgaanbod te realiseren moet er werk gemaakt worden van een vernieuwend kader met een passende programmatie, normering en financiering. Dit kader moet in functie van de populatienoden in de regio voldoende flexibiliteit bieden.

Er blijft evenwel ook nood aan gespecialiseerde residentiële behandel eenheden met een regio-overstijgend aanbod voor bijzondere doelgroepen (vb. forensische psychiatrie, dubbeldiagnose verstandelijke beperking, ...). Het wordt echt tijd dat de reeds jaren lopende

depuis des années, soient structurellement intégrés dans les soins de santé.

De cette manière, on peut trouver une solution au problème du nombre inacceptable de patients souffrant de troubles mentaux qui ne reçoivent pas ou reçoivent tardivement ou de manière inappropriée un traitement et un accompagnement.

Il faut chercher des alternatives aux soins hospitaliers afin que les lits restés disponibles puissent bénéficier à ceux d'entre les patients qui en ont le plus besoin.

Pour être en mesure de fournir des soins adaptés à la demande, les prestataires de soins de santé doivent pouvoir travailler dans un environnement clair, flexible et sûr, avec des ressources suffisantes.

4. La prise en charge des salariés : de meilleures conditions de travail et de rémunération.

Argumentation :

L'inégalité actuelle des conditions de travail et de rémunération des travailleurs dans les différentes organisations concernées nuit à la réalisation d'un système dans lequel la coopération est importante. En particulier, il est intenable de financer les tâches du psychiatre d'une manière différente selon le type d'organisation dans laquelle il travaille ; il en va de même pour les infirmières des équipes mobiles. D'autres systèmes de rémunération devraient être étudiés.

De bons soins de santé mentale dépendent encore de la disponibilité d'un nombre suffisant de personnes qualifiées et non de machines. Grâce à leur dévouement, leur motivation, leurs connaissances et leurs compétences, ces personnes restent les pierres angulaires de la prestation des meilleurs soins intégrés possibles en réponse aux divers besoins de soins. Il y a aussi une place ici pour les experts de l'expérience du patient et de la famille qui sont des partenaires à part entière dans le domaine des soins de santé mentale, mais qui attendent une reconnaissance et une réglementation claires, valorisée par un financement digne de ce nom.

proefprojecten op een structurele wijze in de zorg ingebed worden.

Zo kan een oplossing gevonden worden voor het probleem dat een onaanvaardbaar aantal patiënten met psychische problemen hetzij geen, hetzij laattijdige of niet passende behandeling en begeleiding krijgt.

Er moeten alternatieven zijn voor de zorg in de ziekenhuizen teneinde de resterende beschikbare bedden te voorzien voor die patiënten die het meest nodig hebben.

Om een aan de zorgvraag passende zorg te kunnen bieden moeten de zorgaanbieders kunnen werken binnen een duidelijke, soepele en veilige context waarbij voldoende middelen voorzien worden.

4. Zorg voor medewerkers: betere arbeids- en loonvoorwaarden.

Argumentatie:

De huidige ongelijke arbeids- en loonvoorwaarden voor medewerkers in de diverse betrokken organisaties is nefast om te komen tot een systeem waarbij samenwerking belangrijk is. In het bijzonder is het onhoudbaar om de opdrachten van de psychiater op een andere wijze te financieren naargelang de soort organisatie waarin hij werkt ; idem voor de verpleegkundigen van de mobiele teams. Er moeten alternatieve systemen van verloning onderzocht worden.

Goede geestelijke gezondheidszorg is nog altijd afhankelijk van de beschikbaarheid van voldoende en gekwalificeerde mensen en niet van machines. Die mensen zijn de bouwstenen om met hun inzet, motivatie, kennis en kunde een zo goed mogelijke integrale zorg te bieden als antwoord op de diverse zorgvragen. Hier is ook een plaats voor de patiënt- en familie-ervaringsdeskundigen die een volwaardige partner zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg maar wachten op een duidelijke erkenning en normering gevaloriseerd door een waarderende financiering.

5. Moins de fragmentation dans la répartition des compétences.

Argumentation :

La structure actuelle de l'État, avec une politique à différents niveaux, avec des visions et des rythmes de mise en œuvre différents, est un réel écueil pour les prestataires de soins de santé et, par extension, également pour les utilisateurs, qui crée **de la confusion, de l'incertitude et une réticence à prendre des initiatives sur le long terme**. Cette situation est exacerbée par des projets sans fin, qui non seulement créent une incertitude juridique et financière, mais qui peuvent aussi perpétuer les inégalités entre les citoyens.

6. Préoccupations concrètes (Non exhaustifs).

Investir au moins 10 % du budget de la santé dans les soins de santé mentale.

Pour le gouvernement fédéral :

- a) Investissement structurel dans le remboursement des soins psychologiques de la première ligne aux adultes et aux personnes âgées (146 millions d'euros) ;
- b) Investissement supplémentaire en personnel (y compris les experts d'expérience) pour le traitement résidentiel et ambulatoire de la population TPG (troubles Psychiques Graves) (y compris pour les patients à double diagnostic (handicap + maladie mentale) (205,1 millions d'euros). Les normes de programmation des services partiels et résidentiels A, T et K seront réexaminées à la lumière des nouvelles formes de soins et des nouveaux besoins de soins afin d'éliminer les inégalités de répartition ;
- c) Davantage de ressources pour la numérisation des soins en vue de : (74,3 millions €)
 - I. Introduction d'EPD
 - II. Partage efficace des données
 - III. Plus de garanties pour la sécurité de l'information et la protection de la vie privée ;

5. Minder versnippering in de bevoegdheidsverdeling.

Argumentatie:

De **huidige staatsstructuur**, met een beleid op verschillende niveaus, met verschillende accenten in de visies en snelheden van uitvoering, is voor de zorgaanbieders, en in het verlengde ervan eveneens voor de zorgvragers, een kluwen dat zorgt voor **onduidelijkheid, onzekerheid en terughoudendheid om op lange termijn initiatieven te nemen**. Deze situatie wordt nog verscherpt door eindeloos durende projecten, die niet alleen voor juridische en financiële onzekerheid zorgen, maar ook ongelijkheid tussen burgers kan bestendigen.

6. Concrete (budget)speerpunten (Niet limitatief).

Minstens 10% van het gezondheidsbudget investeren in GGZ.

Voor de federale overheid:

- a) Structurele investering in terugbetaling psychologische zorg in de eerste lijn voor volwassenen en ouderen (146 mio€);
- b) Extra personele investering (incl ervaringsdeskundigen) voor de residentiële en ambulante behandeling van EPA-populatie (inclusief voor patiënten met een dubbele diagnose (handicap + geestesziekte) (205,1 mio€). De programmatienormen van zowel partiële als residentiële diensten A, T en K worden herbekeken ifv nieuwe zorgvormen en -noden ten einde ongelijke spreiding weg te werken;
- c) Meer middelen voor de zorgdigitalisering met oog op: (74,3 mio€)
 - I. Verdere EPD-invoering
 - II. Efficiënte gegevensdeling
 - III. Meer garanties voor informatieveiligheid en privacy;

- d) Poursuite du déploiement de l'IFIC fédéral (305 mio€ pour le secteur privé). d) Verdere uitrol van de federale IFIC (305 mio€ voor de privé-sector).

Pour les communautés et les régions :

Vlaanderen:

- e) Investissements structurels dans l'amélioration des soins ambulatoires (120,3 millions d'euros); e) Structurele investering in meer ambulante zorg (120,3 mio€);
- f) Investissements dans les infrastructures de la santé mentale, calendrier de construction et cadre réglementaire adapté pour les centres psychosociale de revalidation. (211,7 millions d'euros); f) Investering in infrastructuur in de GGZ, bouwkalender en aangepast regelgevend voor de centra voor psychosociale revalidatie (211,7 mio€);
- g) Sous-financement des MSP (9,1 millions d'euros); g) Onderfinanciering PVT (9,1 mio€);
- h) Renforcement et différenciation des formes d'habitat adapté et des formes d'accompagnement du logement, de l'accompagnement des activités et de l'expérience de loisirs pour la population des personnes avec un TPG (41,7 millions d'euros); h) Versterking en differentiatie in aangepaste woonvormen en woonondersteuningvormen, activiteitsondersteuning en vrijetijdsbeleving voor EPA-populatie (41,7 mio€);
- i) Poursuite du déploiement de l'IFIC flamand (120,8 millions d'euros); i) Verdere uitrol van de Vlaamse IFIC (120,8 mio€);
- j) Augmentation de la capacité dans les centres psychosociale de revalidation (11,4 millions d'euros). j) Uitbreiding van de capaciteit in de centra voor psychosociale revalidatie (11,4 mio€).

Bruxelles :

- k) Renforcer le personnel de 20 lits MSP pour les patients à double diagnostic (handicap + maladie mentale) (338.000 €); k) Het personeel van 20 PVT-bedden upgraden voor patiënten met een dubbele diagnose (handicap + geestesziekte) (338.000 €);
- l) Centre résidentiel et centre de jour pour les personnes à double diagnostic : 20 places chacun + financement des travaux + renforcement de l'encadrement; l) Verblijfcentrum en dagcentrum voor dubbele diagnose : voor elk 20 plaatsen + werken financieren + omkadering versterken;
- m) 500 lits MSP supplémentaires (8,5 millions d'euros € + calendrier de construction); m) 500 bijkomende PVT-bedden (8,5 Mio€ + bouwkalender);
- n) Financement des frais de personnel pour les IHP (1,88 million d'euros + calendrier de construction); n) Personeelskosten IBW's financieren (1,88 mio€ + bouwkalender);
- o) Révision du financement des conventions de revalidation psychosociale + calendrier de construction. o) Herziening financiering overeenkomsten psychosociale revalidatie + bouwkalender.

Wallonie :

- p) Sous financement des MSP (3,5 millions d'euros); p) Onderfinanciering van de PVT's (3,5 miljoen euro);
- q) Création de nouvelles places IHP et MSP en tenant compte des zones de faible programmation réalisée (actuellement, la q) De oprichting van nieuwe IBW- en PVT-plaatsen, waarbij rekening wordt gehouden met de gebieden met een lage

programmation réalisée est de 44% pour les IHP et 38% pour les MSP en RW) ;

- r) Adaptation du décret relatif aux services de santé mentale et leur refinancement (dont l'adaptation au minimum des frais de fonctionnement réels et des obligations des employeurs ainsi que la revalorisation de la fonction médicale) ;
- s) Maintien des financements et des mécanismes financiers des conventions de rééducation et revalidation fonctionnelle + calendrier de construction ;
- t) Création de nouvelles places dans les conventions de revalidation fonctionnelle 7.72 liées à la réforme 107 afin de répondre à la demande des bénéficiaires (objectif : diminuer les listes d'attentes) ;
- u) Financement de la fonction de coordination hors des normes d'encadrement en IHP (0,7 millions d'euro) ;
- v) et, au préalable à la mise en œuvre du décret wallon du 29 mars 2018 « insérant dans le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé des dispositions relatives à l'hébergement collectif de personnes en difficultés prolongées », on demande une évaluation de la pertinence et des implications qui découleront de l'application de ce décret.

Pour le gouvernement fédéral et les communautés et régions ensemble :

Stabilisation et consolidation des réseaux adultes (y compris les personnes âgées) :

- a) Éliminer le sous-financement structurel des projets pilotes en les transformant en une structuration efficace (prise en compte de l'évolution des coûts salariaux, indexation) ;
- b) Financement additionnel basé sur une révision des critères de pondération provinciaux, en fonction de l'offre existante, de la population, du flux de patients, de la taille du territoire et du rapport entre les zones urbaines et rurales, ;

programmering (momenteel bedraagt de programmering 44% voor IBW en 38% voor PVT in de Waalse regio);

- r) Aanpassing van het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg en de herfinanciering daarvan (met inbegrip van de aanpassing aan ten minste de werkelijke exploitatiekosten en de verplichtingen van de werkgevers, alsmede de verbetering van de medische functie);
- s) Handhaving van de financiering en financiële mechanismen voor rehabilitatie- en functionele revalidatieovereenkomsten en een tijdschema voor de bouw;
- t) het creëren van nieuwe plaatsen in de overeenkomsten voor functionele revalidatie 7.72 gekoppeld aan de hervorming 107, om aan de vraag van de begunstigden te voldoen (doelstelling: de wachtlijsten verkorten);
- u) Financiering van de coördinatiefunctie buiten de IBW-kadernormen om (0,7 miljoen euro);
- v) en, voorafgaand aan de uitvoering van het Waalse decreet van 29 maart 2018 "tot invoeging van bepalingen betreffende de collectieve huisvesting van personen in langdurige moeilijkheden in het Waalse wetboek van sociale actie en gezondheid", wordt een evaluatie gevraagd van de relevantie en de gevolgen van de toepassing van dit decreet.

Voor de federale overheid en gemeenschappen en gewesten samen:

Stabilisatie en consolidering van de netwerken volwassenen (incl ouderen) door:

- a) Wegwerken van de structurele onderfinanciering van piloot- projecten via omzetten in een effectieve structuralisering (rekening houdend met evolutie loonkost, indexatie);
- b) Bijkomende financiering op basis van een herziening van de provinciale wegingscriteria, in relatie tot het bestaande aanbod, de populatie, de stroom van de patiënten, de grootte van het grondgebied en verhouding stedelijk/ruraal, ...;

- | | |
|---|--|
| <p>c) Ajustement garanti de l'indice et adaptation du financement à l'augmentation de l'ancienneté ;</p> <p>d) Une politique intégrée (fédérale et régionale) (coordination et adaptation de la réglementation) ;</p> <p>e) Clarification avec les réseaux enfants et jeunes sur les soins de transition pour les 18-23 ans ;</p> <p>f) Clarification des réseaux de liaison adultes (y compris personnes âgées) et réseaux cliniques et plus particulièrement pour la Flandre les zones de première ligne et les zones de soins régionales avec leurs organes consultatifs (grades de soins et plateformes de soins régionales).</p> | <p>c) Gegarandeerde indexaanpassing en aanpassing van de financiering aan de anciënniteitsverhoging;</p> <p>d) Een geïntegreerd beleid (federaal en gewestelijk) (coördinatie en aanpassing van regelgeving);</p> <p>e) Verduidelijking met de netwerken kinderen en jongeren over de transitiezorg voor 18-23-jarigen;</p> <p>f) Verduidelijking van de link netwerken volwassenen (incl ouderen) en klinische netwerken en specifiek voor Vlaanderen de eerstelijnszones en de regionale zorgzones met hun adviesorganen (zorgraden en regionaal zorgplatforms).</p> |
|---|--|

Ce mémorandum a été rédigé par l'Organe de concertation adultes.

Les textes qui soutiennent ce texte proviennent de divers domaines et organisations

- GIBBIS: Mettre nos soins en valeur / Meer waarde in de zorg
- Unessa: Priorités du secteur de la santé mentale
- Zorgnet / Icuuro: Meer handen voor de zorg voor geestelijke gezondheidszorg
- Santhea
- Similes, Uilenspiegel,.....: pleidooi voor de ggz in België
- Staten Generaal van de geestelijke gezondheidszorg: Noodprogramma: eisen geestelijke gezondheidszorg aan politieke partijen en volgende regeringen.

Dit memorandum werd opgemaakt vanuit het Overlegorgaan volwassenen.

Teksten die deze tekst ondersteunen komen vanuit diverse domeinen en organisaties

- GIBBIS: Mettre nos soins en valeur / Meer waarde in de zorg
- Unessa: Priorités du secteur de la santé mentale
- Zorgnet / Icuuro: Meer handen voor de zorg voor geestelijke gezondheidszorg
- Santhea
- Similes, Uilenspiegel,.....: pleidooi voor de ggz in België
- Staten Generaal van de geestelijke gezondheidszorg: Noodprogramma: eisen geestelijke gezondheidszorg aan politieke partijen en volgende regeringen.