

C303 – WEL21

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 2005-2006

4 juli 2006

HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

INHOUD

| | |
|---|----|
| Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over technologie in de thuiszorg | 1 |
| Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het preventiebeleid inzake gokken via internet | 3 |
| Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de alarmerende stijging van het aantal personen dat met een geslachtszieke besmet is | 5 |
| Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de zorgvernieuwing voor personen met een handicap | 9 |
| Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en tot de heer Bert Anciaux, Vlaams minister van Cultuur, Jeugd, Sport en Brussel, over de ongelijke behandeling van Brussel wat betreft de zorgverzekering | 14 |
| Vraag om uitleg van mevrouw Greet Van Linter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de tussenkomsten van de zorgverzekering wat mantelzorg betreft | |
| Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het uitblijven van het gewijzigde zorgregiodecreet en de gevolgen hiervan op de uitvoering van de decreten op de preventieve gezondheidszorg en de organisatie van de eerstelijnszorg | 16 |
| Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het uitbreidingsbeleid kinderopvang en de band met het Beter Bestuurlijk Beleid (BBB) | 20 |
| Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borgh tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de gehanteerde criteria voor het uitbreidingsbeleid van gesubsidieerde kinderopvang en de rol hierin van het raadgevend comité van het IVA Kind en Gezin | |
| Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over on line hulpverlening | 24 |
| Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de aanwending en toekenning van de middelen van het federaal Fonds tot bestrijding van het tabaksgebruik en de opheffing en vervanging van dit fonds door een nieuw federaal fonds tot bestrijding van de verslavingen | 26 |
| Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over federale bevoegdheidsinbreuken in de Vlaamse gezondheidszorg | |
| Vraag om uitleg van mevrouw Greet Van Linter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het interministeriële overleg betreffende het 'Nationaal Voedingsplan' en de gemeenten | |

Waarnemend voorzitter: de heer Felix Strackx

Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over technologie in de thuiszorg

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, de technologische evolutie dringt meer en meer de welzijnssector binnen. Vaak creëert dat veel toepassingsmogelijkheden. Volgens specialisten zal de technologie de volgende jaren veel aspecten in een stroomversnelling brengen of kunnen brengen. In de media verschenen al herhaaldelijk berichten dat de technologie de thuiszorg radicaal gaat veranderen. De technologische evolutie kan ervoor zorgen dat de opvolging van patiënten efficiënt en vooral veel goedkoper gebeurt, bijvoorbeeld met de hulp van sensoren, de biometrie, webcams, afstandsbeveiliging, enzovoort.

In het technologiecentrum Sophia Antipolis wordt onder meer gewerkt aan biometrische sensoren waarmee men hartslag, bloeddruk en suikerspiegel kan monitoren. Internetverbindingen via breedband – kabel en ADSL – maken monitoring op afstand goedkoop. Zelfs de wijze waarop patiënten bewegen en zich door hun huis verplaatsen, kan in een centrale op een computerscherm worden gevolgd. Een val kan automatisch een alarm doen afgaan. Geneesmiddelen kunnen op die manier vanop afstand worden gedoseerd en toegediend.

Die ontwikkelingen geven hoop dat experimenten met elektronische communicatie en met de monitoring van bejaarde en chronische patiënten duurzame successen zullen opleveren. Die experimenten lopen in Vlaanderen al een tijdje, maar kenden tot nu toe geen echte doorbraak. In het verleden investeerden sommige gemeenten al in proefprojecten. Ze deden dat samen met andere partners zoals Telenet en Belgacom, die in toenemende mate geïnteresseerd zijn. Het onderzoeksinstituut HIVA van de KUL verrichtte al verkennend onderzoek over de toepassing van die technologie in de thuiszorg in Vlaanderen. Het viWTA ook. Beide zien er vele mogelijkheden in.

Gezien de talrijke mogelijkheden is het dan ook belangrijk dat er ook in Vlaanderen initiatieven worden genomen, want zo kunnen we patiënten doeltreffend en goedkoper opvolgen. Volgens de woordvoerder van de minister is de toepassing van nieuwe technologieën ook

een aandachtspunt van haar beleid, en wordt dat verankerd in de langetermijnbegroting. Het is mogelijk, zo zei de woordvoerder, dat vrij snel een aantal proefprojecten in de bejaardenzorg worden gestart. Dat vind ik een positieve evolutie.

Tot slot een persoonlijke bedenking. Ook ik ben de mening toegedaan dat deze evolutie veel mogelijkheden inhoudt. Ik geef enkele voorbeelden: het op afstand bewaken van de medicatie van een patiënt en het onmiddellijk kunnen ingrijpen wanneer een bejaarde is gevallen en dus voorkomen dat die uren op de grond moet liggen alvorens hulp te krijgen. Vandaag gebeurt dat laatste helaas nog al te vaak. Dit zijn dus allemaal positieve mogelijkheden.

Alleen wil ik ervoor waarschuwen dat dit doordacht moet gebeuren. We moeten erover waken dat de technologie in de thuiszorg een positief hulpmiddel is maar niet leidt tot de vervanging van de hulpverleners. Dat laatste zou immers de vereenzaming van bejaarden nog doen toenemen. Dat mag zeker niet de bedoeling zijn.

Graag wil ik de minister hierover volgende vragen stellen. Welke initiatieven heeft ze genomen om de toepassing van nieuwe technologieën in de sector van de thuiszorg te stimuleren? Heeft de minister reeds onderzoek laten verrichten naar de mogelijkheden van de nieuwe technologieën, vooral in de sector van de thuiszorg? Zijn er andere welzijnssectoren waarvoor initiatieven zijn genomen om de aanwending van nieuwe technologieën te stimuleren?

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Ik wil hier even herinneren aan mijn schriftelijke vraag over dit onderwerp. In het antwoord daarop is toen gemeld dat zeven projecten, goed voor een bedrag van 370.000 euro, zijn geselecteerd. Ik neem aan dat het gaat over proefprojecten die op het juiste moment zullen worden geëvalueerd. Ik sluit me dus aan bij de vraag van mevrouw Dillen, en had graag vernomen welke mogelijkheden er zijn om die proefprojecten te veralgemenen als de evaluatie positief uitvalt.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Mijnheer de voorzitter, collega's, in mijn beleidsnota 2004-2009 staat al vermeld dat de technologische hulpmiddelen een aanvullende maar belangrijke rol kunnen vervullen. Het is nooit de bedoeling geweest dat de technologie de plaats inneemt

van mensen. We weten evenwel dat heel wat personen continue bijstand nodig hebben. Ik denk dan bijvoorbeeld aan demente personen. Zij moeten dag en nacht, zeven dagen op zeven, worden gevolgd. We proberen voor hen een zo veilig mogelijke en stabiele omgeving te creëren. Dat betekent dat een waaier van acties wordt ondernomen, van het inschakelen van vrijwilligers en familieleden over de inzet van professionele hulpverleners tot het gebruik van technologische hulpmiddelen. Technologische hulpmiddelen kunnen op veel manieren worden aangewend. Voor ons is het essentieel dat hun aanwending zorgt voor een kwalitatieve meerwaarde van de zorgverlening.

Wat de thuiszorg betreft, verwijst ik in de eerste plaats naar de studie van het Hoger Instituut voor de Arbeid 'Videotelefonie en personenalarmering: een verkennend onderzoek naar de uitbouw van een telecare-aanbod in Vlaanderen'. We hebben de studie als inspiratiebron gebruikt, ook bij de evaluatie van onze projecten. Er werd hierover trouwens een motie neergelegd. Ik zal er zeker op voortwerken.

In deze optiek werd het thema 'Technologie in de thuiszorg: het uitstellen of vermijden van een residentiële opname van personen met (beginnende) dementie, via aanwending van technologische hulpmiddelen in de thuiszorg' vastgelegd als onderwerp voor de projecten Thuiszorg 2005. Voor dit thema werden 19 projectaanvragen ingediend. Na screening en advies werden zeven projecten geselecteerd en gesubsidieerd. Ik zal ze hier even overlopen.

Het eerste initiatief is van Solidariteit voor het Gezin en heet 'Technologische hulpmiddelen in de thuiszorg voor de dementerende oudere: haalbaar en efficiënt?'. De subsidie hiervoor bedraagt 57.172 euro. Vervolgens is er het Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen met 'Zorgdomotica voor dementerenden, behoefteanalyse als leidraad voor een technologisch antwoord op de hulpvraag van senioren en hun mantelzorgers'. Het project wordt gesubsidieerd met een bedrag van 54.271 euro. De vzw Christelijk Algemeen Ziekenhuis Midden-Limburg-Sint Franciscusziekenhuis met 'Kan het introduceren van een tablet-pc tegemoetkomen aan de individuele noden van de demente bejaarden, hun levenskwaliteit verhogen en een compensatie bieden voor hun cognitieve beperkingen?' kreeg een subsidie van 59.540 euro. De vzw INHAM met 'Ondersteunende technologie in de thuisomgeving van personen met geheugenstoornissen: een onderzoek naar de matching tussen de noden en het aanbod' kreeg 19.015 euro. De vzw Tandem-Expertisecentrum voor Dementie met 'E-Tandem - Ontwikkelen van een zorgdraaiboek voor professionelen en mantelzorgers, dat toelaat om in te schatten welke hulpmiddelen ondersteunend kunnen zijn bij dementie' kreeg 61.143 euro. De vzw WZC Heilig Hart-Expertisecentrum voor Dementie Sophia met 'Lokalise-

ren van dementerende personen met weglooptgedrag' kreeg 58.000 euro. De vzw Thuiszorg met 'Ondersteuning van de mantelzorg bij personen met dementie in de thuiszorg door middel van mobiele technologie' kreeg 61.435 euro. Het totaal aan subsidies bedraagt aldus 370.576 euro.

De keuze voor deze projecten moet niet alleen gezocht worden in de deskundigheid ervan maar ook in het feit dat ze verschillende domeinen bestrijken en niet alleen focussen op bijvoorbeeld de mantelzorger. Zo komt ook het weglooptgedrag of een zorgdraaiboek in aanmerking.

De werkingsperiode van deze zeven projecten loopt nog tot oktober 2006. De eindverslagen worden verwacht tegen uiterlijk 15 november 2006. Uit deze eindverslagen zal pas duidelijk blijken welke de effecten ervan zijn en in hoeverre de technologische hulpmiddelen uit de projecten effectief ingezet kunnen worden om personen met dementie te handhaven in hun thuissituatie. Dat was immers de opzet van de proefprojecten, namelijk nagaan hoe de residentiële opname van personen met dementie kan worden uitgesteld of vermeden. Ook de randvoorwaarden die nodig zijn om een bepaald project op grotere schaal te kunnen toepassen, zullen hier aan bod komen.

Op 10 november is er een Open Projectendag die wij in samenwerking met de Expertisecentra Dementie Vlaanderen organiseren. Daar worden de resultaten van de projecten aan de sector en aan alle geïnteresseerden voorgesteld. Het thema wordt ook opgenomen in de schoot van de Vlaamse Regering naar aanleiding van onze visie op socio-economische planning voor Vlaanderen.

Binnen de welzijnssector is de gehandicaptensector het meest vertrouwd met de toepassing van nieuwe technologieën. Daar is een hele procedure van toepassing die de technische evoluties van zeer nabij opvolgt en bijstuurt. De laatste instrumenten die op de markt komen, als hulpmiddel kunnen fungeren en een meerwaarde kunnen betekenen ten aanzien van bestaande hulpmiddelen, worden om de zes maanden geëvalueerd en al dan niet mee opgenomen in de lijst. Zeker voor personen met een handicap is er een traditie opgebouwd die bijdraagt tot het verhogen van de levenskwaliteit van personen met een handicap.

Er zijn dus initiatieven, er zijn projecten en er is een uitgewerkt beleid ten aanzien van personen met een handicap. Voorts is het een element dat zal worden opgenomen in de schoot van de Vlaamse Regering. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan het domein Innovatie van minister Moerman. Er zijn nog heel wat mogelijkheden die geëxploreerd kunnen worden. Heel wat tech-

nologische evoluties kunnen bovendien winst opleveren voor het Riziv.

Daarom is dit ook een belangrijk punt van discussie met de federale overheid. Er wordt in Vlaanderen wel wat geïnvesteerd, en we willen ook verder investeren in innovatie in bijvoorbeeld de gezondheidssector. Daarvan is er duidelijk een return te zien in de Riziv-prestaties. We moeten daar ook de nodige dossierkennis over opbouwen.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitvoerige antwoord. Voor de proefprojecten hebt u inderdaad het juiste thema gekozen. Ik ben erg benieuwd naar uw evaluatie in november. Het zou nuttig kunnen zijn de commissie de gelegenheid te geven op 10 november de Open Projectendag te volgen. We zouden daar zelf de resultaten en de evaluatie kunnen vernemen, en eventueel ook nieuwe ideeën kunnen opdoen.

De voorzitter: Mevrouw Merckx heeft het woord.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey: Mijnheer de voorzitter, ik zou enkele aanvullingen willen doen, niet om iets af te doen van het antwoord van de minister, maar om enkele bijkomende zorgen te formuleren.

Uiteraard is het goed dat er via de projecten prioriteiten zijn gesteld. Het zo lang mogelijk uitstellen van een residentiële opname van dementerenden is inderdaad een grote prioriteit. Het is ook goed dat er in het project van de Vlaamse Regering aandacht zal zijn voor de plaats van technologie in zorg en welzijn, maar ook in de gezondheidszorg.

Mevrouw Dillen heeft verwezen naar de studie van het viWTA, het instituut van het Vlaams Parlement. Daarin zijn heel wat zorgen genoteerd, niet alleen op basis van de expertise van wetenschappers, maar ook van de ervaringen van heel wat ouderen die aan het project participeren. Daarbij viel op dat het, buiten het steunen van projecten, ook goed is te sensibiliseren. ICT gaat zijn eigen weg, maar hebben we nog voldoende zekerheid dat ze ten dienste van de ouderen zal staan? Verplichten we de sector nog genoeg om moeite te doen en in te spelen op de echte noden?

In de ouderenzorg is er een groeiende mentale weerstand tegen die vertechnisering van de gezondheids- en welzinssector. Daarom is het belangrijk dat de mensen ermee kunnen kennismaken in een vertrouwde omgeving, en niet als ze al volledig afhankelijk zijn.

Ten slotte is het ook goed dat de technologie niet wordt gezien als iets apart. Ze moet samen worden aangepakt

met de maatschappelijke en de ethische componenten ervan, zoals bijvoorbeeld privacy en keuzevrijheid. Mevrouw de minister, ik hoop dat er met die dingen nog tijdens deze regeerperiode kan worden begonnen. De overheid kan het goede voorbeeld geven, en ik hoop die ook in uw beleidsdomein nog te zien.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Mevrouw Dillen, de leden van de commissie voor Welzijn zullen zeker worden uitgenodigd voor de Open Projectendag, zodat u er ook kennis van kunt nemen.

Mevrouw Merckx, uw opmerking omtrent ICT is zeker terecht, en we zullen daar nog aandacht aan besteden. We moeten steeds goed afwegen wat de meerwaarde ervan is. Er mogen zoveel initiatieven komen als maar mogelijk is, maar als er ondersteuning is van het departement Welzijn en Volksgezondheid, dan moet die meerwaarde er zijn. ICT heeft zeer veel toepassingen. We zullen daar in deze regeerperiode nog aanzetten toe geven.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

– *Mevrouw Trees Merckx-Van Goey treedt als waarnemend voorzitter op.*

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het preventiebeleid inzake gokken via internet

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, het is intussen wel bekend dat 100.000 Belgen via het internet gokken voor een groot bedrag per jaar. Dat aantal neemt haast dagelijks nog toe. De reclamespotjes doen hun werk. Ze laten blijken dat gokken via internet doodnormaal en hip is, om maar te zwijgen van de goksites zelf. Het loont de moeite ze eens te bezoeken, want daar wordt met trots de vermenigvuldiging van de omzet en van het aantal bezoekers gemeld.

Van die gokkers zou 20 percent verslaafd zijn. Bovendien lopen jongeren tussen 12 en 18 jaar het grootste risico om gokverslaafd te worden. Uit de leerlingenenquête van de VAD blijkt dat bijna de helft van de bevraagde jongeren al ooit voor geld heeft gewed, dat 35 percent van hen al ooit op speelautomaten heeft gespeeld en dat 23 percent al voor geld heeft gespeeld.

Het internetgebruik is overal sterk ingeburgerd, zeker bij de jongeren tussen 12 en 18 jaar. Internetverslaving bevordert ook het gokken via internet. De mensen van de Rodin Stichting hebben daar duidelijk voor gewaarschuwd. Gokkers die gokken via het internet, kunnen sneller verslaafd geraken dan traditionele gokkers.

Op het internet kan 24 uur op 24 worden gegokt op duizenden sites. Dat is heel anoniem. Er is ook nauwelijks sociale controle.

Er bestaan hulpverleningsprogramma's voor gokverslaafden. In welke mate komt het bestaande aanbod tegemoet aan de specifieke problematiek van het gokken via internet? Op welke manier en op welk ogenblik zullen we het internet inschakelen om het hulpverleningsaanbod bekend te maken?

Mevrouw De Wachter heeft dit thema al eerder aan bod laten komen in deze commissie. Mevrouw de minister, u hebt het toen gehad over de raakvlakken met Justitie en het voornemen geuit om samen met de federale minister van Volksgezondheid een standpunt te ontwikkelen. U zou vervolgens met dat standpunt naar Justitie gaan. Wat is de stand van zaken in dit verband?

De voorzitter: Mevrouw De Wachter heeft het woord.

Mevrouw Else De Wachter: Mevrouw de minister, ik wil me aansluiten bij de vraag van mevrouw Jans. Ik heb inderdaad meer dan een jaar geleden in een vergelijkbare context deze problematiek geschetst en mijn bekommernis geuit. We zijn nu ongeveer een jaar verder en opnieuw komen dezelfde vragen en bekommernissen aan bod. Dat is een teken aan de wand.

Welke evolutie in verband met preventie is er geweest sinds vorig jaar? Welke onderzoeken zijn er ondertussen uitgevoerd over gokken op het internet?

U hebt vorige keer inderdaad verwezen naar uw overleg met de federale minister van Volksgezondheid, met als bedoeling het innemen van een gemeenschappelijk standpunt en het voorleggen van dat standpunt aan de minister van Justitie. Wat is er in dat verband al gebeurd?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Mevrouw de minister, onze fractie deelt de bekommernissen van mevrouw Jans en mevrouw De Wachter. Ik stond werkelijk versted toen ik de laatste cijfers in verband met gokverslaving zag, en zeker toen ik de cijfers in verband met de 12- tot 18-jarigen zag. Die zijn werkelijk verontrustend. Het is natuurlijk logisch dat jongeren die veel op het internet surfen, gemakkelijker verslaafd kunnen worden aan

gokken via het internet dan jongeren die niet voortdurend achter de computer zitten.

Ik wens u heel veel succes met alle inspanningen die u wilt leveren op het vlak van preventie en het uitwerken van hulpverleningsprogramma's voor deze doelgroep. Ik vrees echter dat dit een heel moeilijk dossier is. Het zal moeilijk zijn om op een degelijke manier aan preventie te doen, want in tegenstelling tot veel andere domeinen binnen uw preventiebevoegdheid, gaat het hier over een internationaal gebeuren.

In ons land zijn er geen regels voor het internet in het algemeen, laat staan voor gokken via het internet. Zolang men wereldwijd niet op dezelfde golflengte zit, zal preventie en hulpverlening zeer moeilijk zijn.

Ik ben heel pessimistisch, maar ik vind wel dat het de moeite waard blijft om aandacht te besteden aan de problematiek.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Collega's, er is weinig wetenschappelijk onderzoek over gokken via het internet. Op basis van klinische ervaringen en gezond verstand kunnen we zeggen dat het inderdaad om een tamelijk riskant fenomeen gaat.

Op het internet is er 7 dagen op 7 en 24 uur op 24 gelegenheid tot gokken. Er is een grote anonimiteit en een gebrek aan sociale controle, wat drempelverlagend werkt. Internetgokken houdt dus grote risico's in.

In Nederland is er al onderzoek gedaan naar het fenomeen. Daaruit blijkt dat 3,5 percent van de groep van de mensen die surfen op het internet, tijdens het jaar dat aan het onderzoek voorafging al eens via het internet heeft gegokt. Dat is een significante daling in vergelijking met de cijfers van 2004. Dat wijst erop dat de populariteit van internetgokken afneemt.

Internetgokken blijft, zo stelt het onderzoek, vooral populair bij jonge mannen, vooral dan die met een laag inkomen. Dat is ook het profiel van spelers van riskante kansspelen. Over de nationaliteit werd niet gesproken. Internetgokkers spelen veeleer wekelijks of maandelijks dan dagelijks, en vaak niet langer dan een half uur. Dat is een belangrijk element dat blijkt uit de studie. Blijkbaar zou internetgokken op zich niet boeiend of aantrekkelijk genoeg zijn om het meer en langer te doen. Uit de cijfers blijkt ook dat het verloop groot is. De hardnekkige spelers vormen dus een heel beperkte groep.

In vergelijking met de voorgaande jaren is het percentage potentiële probleemspelers in Nederland significant gedaald, van 32 percent in 2003 naar 25 percent in

2004 en 14 percent in 2005. Ook het bedrag dat die groep uitgeeft aan internetgokken, ligt beduidend lager dan bij alle andere vormen van gokken, namelijk gemiddeld ongeveer 1000 euro per jaar.

De onderzoekers geven aan dat ze heel moeilijk het effect van het aanbieden van legale mogelijkheden inzake internetgokken kunnen inschatten. Net als bij ons hebben in Nederland de officiële casino's recentelijk een vergunning gekregen om hun diensten online aan te bieden, wat zou kunnen betekenen dat er een nieuw potentieel aan spelers kan worden aangeboord. Doordat er vergunningen worden verstrekt, zijn er anderzijds meer garanties dat probleemsituaties kunnen worden voorkomen. Zo is er bijvoorbeeld het registreren, waardoor het onmogelijk wordt voor probleemgebruikers om te gokken op deze sites.

Zoals u weet, is de hulpverlening ter zake een taak van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG's). Het zijn die centra die zich in Vlaanderen profileren inzake gokproblemen, dus ook wat internetgokken betreft. Heel specifiek is er het CGG Matt Talbot in Antwerpen, dat sinds 1987 gespecialiseerd is in de behandeling van gokverslaafden. Er worden ook praatgroepen georganiseerd, onder leiding van professionele hulpverleners, zowel voor gokkers als voor hun familieleden. Ook is er het Centrum voor Alcohol- en andere Drugproblemen in Limburg, dat zowel individuele als groeps therapieën aanbiedt. Er zijn ook begeleide praatgroepen. Tevens werd er een cursus 'Stoppen met gokken' georganiseerd. Voorlopig bestaan er geen aanwijzingen dat er bij internetgokken andere verslavingsmechanismen werkzaam zouden zijn dan bij de klassiekere vormen van probleemgokken. De behandeling en de begeleiding vragen hetzelfde soort deskundigheid en expertise. Daarom zijn het diezelfde mensen die ook deze taak op zich nemen.

Uit registratiecijfers blijkt dat zich bij het geheel van de Vlaamse CGG's in 2004 en 2005 respectievelijk 205 en 207 personen aanmeldden met een klacht op het gebied van gokken. Bij die cijfers was er geen opsplitsing naar gelang de verschillende vormen van gokken. We kunnen dus niet uit de cijfers afleiden hoeveel internetgokkers er waren bij die groep. We zouden uit de cijfers kunnen besluiten dat het misschien toch nog belangrijk is dat we voldoende sensibiliserend materiaal ter beschikking stellen voor de toeleiding naar de CGG's die ter zake expertise hebben opgebouwd, of naar het Centrum voor Alcohol- en andere Drugproblemen.

Naar analogie met de Anonieme Alcoholisten is er ook sprake van zelfhulpgroepen voor mensen met gokproblemen. Die groepen organiseren hulp door contacten met lotgenoten. Ze doen meestal geen beroep op professionele hulpverleners. Vlaanderen telt drie organisaties die zelfhulp aanbieden voor gokkers en hun familieleden:

Anonieme Gokkers vzw, de Werkgroep tegen gokverslaving en de Vereniging voor Hulp aan Gokverslaafden en hun Omgeving.

Wie hulp zoekt in verband met gokken, kan ook terecht, telefonisch of via e-mail, bij de DrugLijn. De website van het Centrum voor Alcohol- en andere Drugproblemen heeft ook een elektronische doorverwijsgids, met een overzicht van alle professionele voorzieningen in Vlaanderen met een specifiek aanbod op het gebied van gokverslaving.

Er was nog een bijkomende vraag over het overleg met de federale overheid. Dit onderwerp staat op de agenda en wordt besproken binnen de cel Gezondheid en Drugs, maar tot op heden valt ter zake nog geen nieuws te melden.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de alarmerende stijging van het aantal personen dat met een geslachtszieke besmet is

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, geachte leden, uit recente, begin juni gepubliceerde cijfers blijkt dat het aantal mensen in ons land die werden besmet met een seksueel overdraagbare aandoening, het vorige jaar aanzienlijk is gestegen.

Zo is het aantal nieuwe gevallen van syfilis met 25 percent gestegen tegenover het jaar voordien. In 2005 waren er bijna dubbel zoveel gevallen van gonorrhoe als in 1999. Ook hepatitis B en C nemen op een onrustbarende wijze toe. Ook lag het aantal HIV-infecties nooit hoger dan vorig jaar.

Ook Sensoa heeft ongeveer tegelijkertijd een aantal cijfers bekendgemaakt. Daaruit blijkt dat het aantal nieuwe HIV-besmettingen in 2004 opnieuw is gestegen met 6,6 percent. Ook het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid noteerde vorig jaar een stijging, namelijk 1066 gevallen, tegenover 984 gevallen het jaar ervoor.

Sensoa heeft een aantal interessante cijfers gegeven. De laatste jaren, zo stellen ze, schommelt het aantal nieuwe diagnoses bij Belgen tussen 200 en 270 gevallen per jaar. Dit zijn cijfers van 2005, en ze vertonen

een toename tegenover 2004. Bij niet-Belgen noteren we jaarlijks rond de 500 nieuwe diagnoses.

Wat volgens Sensoa het meeste opvalt, is dat bij Belgen de overdracht grotendeels gebeurt via homoseksueel gedrag. Dat blijft zelfs nog toenemen, in 2005 tot meer dan 73 percent. De tweede oorzaak zijn heteroseksuele contacten, met 24,8 percent. Bij niet-Belgen werd meer dan de helft van de nieuwe diagnoses gesteld bij vrouwen. Ze werden haast allemaal besmet via heteroseksuele overdracht. Homo- en biseksuele contacten zijn bij niet-Belgen goed voor 33 percent. Onrustwekkend is dat het aandeel van transfusie 5,4 percent is.

Mevrouw de minister, experts waarschuwen tegelijkertijd meer en meer voor zogenaamde aids-moeheid. Dat is al herhaaldelijk ter sprake gekomen, ook in de vorige regeerperiode. De ziekte wordt meer en meer als behandelbaar beschouwd. Velen hebben het gevoel dat ze zich na al die jaren van campagnes voor veilig vrijen, weer veel meer kunnen permitteren. In elk geval spreken de deskundigen terecht over een alarmerende stijging, in een van de verklaringen zelfs van ‘grijselijk hoge cijfers’.

Daarnaast is er ook sprake van preventiemoeheid. Volgens deskundigen hebben grote slogans daardoor geen impact meer, en moet er worden gezocht naar nieuwe methodes in het preventiebeleid. Dat wordt een zeer moeilijke opdracht, want als grote slogans in de preventie niet meer helpen, hoe moeten we het op het terrein dan aanpakken? We kunnen moeilijk alle mogelijke risicogroepen bij het handje nemen om hen te waarschuwen. De mensen individueel benaderen is een onmogelijke opdracht. Nieuwe methodes vinden wordt bijzonder moeilijk.

Mevrouw de minister, hoe denkt u vanuit uw bevoegdheid voor preventie deze ernstige problematiek te kunnen aanpakken? Hoe zult u werk maken van een duurzaam preventiebeleid teneinde het cijfer van besmettingen met seksueel overdraagbare aandoeningen weer te doen dalen? Ze volledig voorkomen zal trouwens wel een onmogelijke opdracht zijn. Welke instrumenten gaat u inzetten?

De experts stellen terecht dat het onveilig seksueel gedrag onrustwekkend begint te worden. Welke initiatieven plant u of hebt u reeds genomen specifiek voor risicogroepen in probleemgebieden om deze problematiek het hoofd te bieden? Wat is, gezien de vaststelling van preventiemoeheid en van het feit dat grote slogans geen impact meer hebben, uw visie op een degelijk onderbouwde sensibilisatie?

In het vakblad De Huisarts wordt een nieuw en nuttig initiatief aangekondigd. De deskundigen pleiten voor een meer persoonlijke aanpak, vooral ten aanzien van de

huisartsen, bijvoorbeeld door meer opleiding voor het geven van persoonlijk preventieadvies. Ze hebben het Soa-overleg Vlaanderen opgericht, dat de expertise sneller bij de gewone huisarts moet brengen. Blijkbaar zijn vele huisartsen ofwel niet alert genoeg ofwel niet voldoende opgeleid ter zake om persoonlijk preventieadvies te kunnen geven. Hebt u initiatieven genomen om dit, naar mijn aanvoelen positief initiatief te steunen?

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Mevrouw de voorzitter, ik sluit me aan bij de vraag van mevrouw Dillen, met name over het belang van preventie. Echter, daarnaast moet er ook blijvend aandacht zijn voor personen die reeds met een seksueel overdraagbare aandoening besmet zijn. Sensoa heeft enkele jaren geleden een onderzoek gedaan naar de toegankelijkheid van wat ze noemen ‘residentiële levenssferen’ voor HIV-besmette personen. Uit dat, weliswaar niet zo recente onderzoek bleek dat niet alle diensten even open stonden voor mensen met een HIV-besmetting.

Het is dan ook bijzonder belangrijk om naast preventie ook aandacht te blijven geven aan intermediairs die met die mensen in contact komen. Dat gebeurt trouwens al. De vzw Sensoa geeft vorming, bijvoorbeeld in gevangenissen, in asielcentra, in tehuizen waar jongeren worden geplaatst, aan verpleegkundigen en in de thuiszorg. Dat is een heel belangrijk onderdeel van het beleid ten aanzien van seksueel overdraagbare aandoeningen.

Mevrouw Dillen heeft al gewezen op de stijging van seksueel overdraagbare aandoeningen. In de gegevens waarover ik beschik, is een bijzonder opmerkelijke stijging te zien tussen 1996 en 2004. Ik vraag me dan ook af – genuanceerd geformuleerd – of Sensoa op basis van die gegevens zijn strategieën ook heeft bijgesteld. Hebt u daar een idee van?

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Er zijn heel wat vragen gesteld over inventarisatie en dergelijke. Ik zal proberen daar een helder antwoord op te geven.

Vooreerst zal ik ingaan op Domus Medica. We blijven inderdaad zoeken naar nieuwe methodieken en naar efficiëntie en kostenefficiëntie. Dat heb ik ook expliciet opgenomen in mijn beleidsnota en in de conventants met onze partnerorganisaties.

Het is moeilijk te weten welke preventiestrategieën effectief zijn en welke niet. Ik heb dat laten nagaan in een studie, waaruit een aantal interessante conclusies zijn getrokken. Blijkbaar kunnen we vandaag moeilijk

zeggen welke preventiestrategieën een goed resultaat garanderen, maar kunnen we wel bepalen aan welke voorwaarden een goede preventiestrategie moet voldoen. We moeten dan ook de bestaande projecten en initiatieven toetsen aan die voorwaarden. Dan is de kans op slagen groot. Althans, dat is de evaluatie die we kunnen maken op basis van het onderzoek dat we vorig jaar hebben uitbesteed.

Een van de elementen is inderdaad, zoals ook in het huisartsenblad naar voren werd geschoven, het belang van individueel contact. In het nieuwe convenant met Domus Medica hebben we daar dan ook extra de nadruk op gelegd. De huisartsen spelen een belangrijke rol, zowel bij de vroege detectie als bij de secundaire preventie, vooral omdat ze laagdrempelige vertrouwenspersonen zijn. Voorts stellen we vast dat ze veel in aanraking komen met de specifieke doelgroep van jongeren, die immers ook met andere ziektebeelden bij de huisarts terecht komen.

In het convenant met Domus Medica hebben we bijgevolg heel duidelijk opgenomen dat ze naast het systematisch werken aan het ontwikkelen, valideren en implementeren van aanbevelingen, tegelijkertijd ook werken aan werkmodellen voor huisartsen met betrekking tot seksuele gezondheid. Zo is in het convenant opgenomen dat we voor de huisarts een specifieke taak weggelegd zien inzake seksuele gezondheid. Domus Medica verbindt zich ertoe samen met ons te werken aan werkmodellen om dit in de praktijk mogelijk te maken via aanbevelingen aan de huisartsen.

In het preventiebeleid zijn er verschillende pijlers, zodat we enerzijds algemeen gezondheidsbevorderend werken, en anderzijds gericht werken met specifieke doelgroepen. In het Instituut voor Tropische Geneeskunde bijvoorbeeld worden constant vernieuwende methodieken gebruikt.

De Subsaharaanse Afrikaanse gemeenschap is in deze een belangrijke speler in ons preventiebeleid. De preventiemethodes en -strategieën die we hanteren voor bijvoorbeeld jongeren of holebi's, werken niet voor deze doelgroep. We hebben daar dan ook andere methodes voor ontwikkeld. Sensoa heeft duidelijk te kennen gegeven die expertise niet in huis te hebben, zodat die taak beter door iemand anders kan worden opgenomen: daarom het convenant met het Instituut voor Tropische Geneeskunde, dat werkt via community leaders en peer education.

We hebben ook convenants met de vzw Pasop en Gh@pro, specifiek gericht op de doelgroep van sekswerkers, maar ook op jongvolwassenen. Daarbij wordt ook expliciet aandacht besteed aan hepatitis B. Deze partners moeten zorgen voor een opvolgingsbeleid. De hepatitis B-vaccinatie wordt bij elk van de sekswerkers

uitgevoerd en verder opgevolgd. Zij spelen dus een heel belangrijke rol. We hebben ook het project voor spuitenruil voor de doelgroep van de intraveneuze druggebruikers. Omdat bijkomende steun noodzakelijk was, hebben we de middelen daarvoor verhoogd.

Voor de algemene gezondheidspromotie met betrekking tot seksuele gezondheid is Sensoa natuurlijk onze eerste partner. Ik ga nu niet dieper in op wat Sensoa zoal doet; dat is genoegzaam bekend. De belangrijkste vraag daarover was of ze scholen heroriënteren en volgen. Ze doen dat wel degelijk, en dat is ook een van de redenen waarom ze hebben gezegd dat ze te weinig expertise in huis hebben met betrekking tot de Subsaharaanse Afrikaanse gemeenschap.

Anderzijds ontwikkelen ze wel voortdurend nieuwe methodieken. In het convenant hebben we dat opnieuw versterkt. Zo hebben we gevraagd ook de effectenmonitoring systematisch te volgen. In onze gesprekken gaf Sensoa aan weliswaar bereid te zijn om dit te doen, maar niet in staat te zijn tot groots wetenschappelijk onderzoek. Testen en wetenschappelijk longitudinaal onderzoek naar de effecten zoals dat in Amerika gebeurt, kan een organisatie als Sensoa niet doen, maar ze kunnen wel aan effectenmeting en opvolging doen. Ze hebben er zich dan ook toe geëngageerd dat te verfijnen. Ze doen niet alleen aan bevraging, zoals 'Hebt u de campagne gezien?', maar werken met meerdere parameters en met wederzijdse ondersteuning door de inbreng van de expertise van partners.

Ik ga niet opnieuw in op de belangrijke rol die de scholen hierin spelen, al hechten we daar veel belang aan. In de afspraken omtrent de intentieverklaring die we samen hebben ondertekend, en in de protocollen over gezondheidsbevordering en gezondheidsbeleid in de scholen, komt duidelijk naar voren dat het vanuit het oogpunt van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin niet alleen gaat om gezonde voeding, obesitas en dergelijke maar ook om seksuele gezondheid en geestelijke gezondheid. Al die pijlers zijn belangrijk bij het ontwikkelen van een schoolbeleid. We moeten het niet alleen hebben over drankautomaten, maar ook over depressies, zelfdodingen, seksuele vorming enzovoort.

Behalve de reeds genoemde doelgroepen, hebben we ook nog apart materiaal voor andere specifieke groepen, zoals holebi's, die we beter bereiken op een andere manier. Sensoa ontwikkelt daarvoor voortdurend nieuwe vormen van communicatie, bijvoorbeeld met de recente initiatieven met betrekking tot de website.

Ook allochtonen zijn zo'n doelgroep. Het is niet onbelangrijk dat te vermelden. Bij allochtonen is er in onze ogen nog veel taboevorming in verband met seksualiteit. We ontwikkelen voor hen dan ook specifieke pro-

gramma's. De expertise daarvoor komt eveneens van Sensoa.

In het convenant is opnieuw opgenomen dat we verdere ondersteuning zullen bieden aan mensen met een HIV-besmetting. Er is het intake- en supportstelsel. Lotgenoten worden met elkaar in contact gebracht. Bovendien is er een folder verspreid over leven met HIV. Het oplossen van alle initiatieven zou ons te ver leiden.

Campagnes zijn nuttig en hebben een functie. Ze moeten echter altijd worden ingebed in een bredere strategie. Een losstaande campagne zou haar doel wel eens kunnen missen. Uit onderzoek is gebleken dat preventiecampagnes die niet aan de juiste voorwaarden voldoen, een negatief effect kunnen hebben. We moeten dus voldoende omzichtig omspringen met initiatieven die we nemen.

Het grootste probleem situeert zich bij de gedragsverandering. We kunnen mensen informeren en bewustmaken, maar de vraag is of hun gedrag daardoor zal wijzigen. Ik denk dat preventiewerkers steeds meer bezig zijn met niet alleen te focussen op deskundigheidsbevordering en bewustmaking via informatie, maar ook met het zoeken naar methodes om gedrag te veranderen.

Er is dan ook een evolutie aan de gang waarin de meer individuele aanpak de bovenhand krijgt. Het versterken van een aantal elementen bij een individu is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat een individu een bepaald gedrag niet stelt of een bepaald gedrag verandert.

Het aangaan van sociale contacten is een van de parameters van een efficiënt preventiebeleid. Jongeren moeten sociale vaardigheden leren. Ze moeten leren assertief te zijn en grenzen te stellen. Dat is belangrijk voor preventie en voor gedragsverandering.

In verband met drugs zijn er de studies van de VAD. Daaruit blijkt dat het kunnen stellen van grenzen, assertief zijn en goed kunnen communiceren cruciale factoren zijn in het al dan niet overwegen om bijvoorbeeld drugs te gebruiken. Hetzelfde geldt in verband met veilig vrijen.

We onderschrijven natuurlijk de nood aan een persoonlijke aanpak. De huisartsen en onze preventiewerkers zijn daarbij belangrijke partners.

Om efficiënt te kunnen werken, moeten we kiezen voor een meersporenbeleid. Dat betekent dat het essentieel en relevant is om de verschillende sporen coherent te maken en op elkaar af te stemmen. Ik ben daarom geen voorstander van geïsoleerde initiatieven die niet in een opvolging worden ingebed, omdat dergelijke initiatieven niet leiden tot de beste resultaten.

We moeten voorzichtig zijn wanneer we cijfers interpre-

teren. In de context van HIV heeft veel immers te maken met immigratie. We mogen dus niet concluderen dat preventie niet werkt wanneer de cijfers niet dalen. We moeten voorzichtig zijn.

Ik heb de laatste cijfers niet. Ze zijn nog niet helemaal klaar. We verwachten de definitieve cijfers van de federale overheid in november. Dan zullen we kunnen nagaan in welke doelgroepen de stijgingen het grootst zijn, of onze preventiestrategieën al dan niet moeten worden bijgestuurd en of we voor bijkomende gedragsveranderende maatregelen moeten zorgen.

We zullen de doelgroepen natuurlijk specifiek blijven benaderen. We zullen ook algemene campagnes blijven voeren om mensen te sensibiliseren.

Uit enquêtes bij de halebibeweging blijkt heel duidelijk dat het niet gaat om een gebrek aan informatie, maar dat er bepaalde weerstanden zijn om hun gedrag te wijzigen. We zullen dus moeten nagaan welke extra inspanningen al dan niet kunnen worden geleverd op preventief vlak.

Op een bepaald ogenblik moeten we natuurlijk beseffen dat er grenzen zijn aan preventie. Mensen hebben ook een individuele verantwoordelijkheid voor hun gedrag, zeker wanneer ze voldoende werden geïnformeerd.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. U zegt volgens mij terecht dat de scholen belangrijke preventiepartners zijn. U moet er bij de minister van Onderwijs op aandringen dat vooral de middelbare scholen een tandje bij steken.

Ik probeer jongeren regelmatig te vragen op welke manier deze thematiek aan bod komt in de scholen. In heel veel scholen wordt daar blijkbaar zelden of nooit aandacht aan besteed. Aan zaken als gezonde voeding, zelfmoordpreventie en depressies wordt ook relatief weinig aandacht besteed.

Ik weet natuurlijk dat op de eerste plaats de ouders een belangrijke verantwoordelijkheid hebben, maar de verantwoordelijkheid van de scholen is toch ook zeer groot. De scholen zouden dan ook meer inspanningen mogen leveren.

Ik heb een aantal cijfers vermeld. Die kwamen inderdaad niet uit een definitief jaarrapport, maar uit een tussentijds rapport naar aanleiding van de Aids Memorial Day. De definitieve cijfers worden verwacht in september of oktober. Misschien kunnen we het rapport dan eens bespreken in deze commissie, samen met Sensoa. Dat lijkt me nuttig in het licht van het eventu-

eel bijsturen van de preventiecampagnes en in het licht van de stijgende cijfers.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de zorgvernieuwing voor personen met een handicap

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Mevrouw de minister, er is te weinig zorg op maat, er zijn te veel regels en er is geen transparantie. Dat is de analyse die we al een aantal jaren maken. Het is vijf na twaalf in de gehandicaptenzorg. De sector is dan ook dringend aan vernieuwing toe.

Het Vlaams Parlement keurde tijdens de vorige legislatuur het PGB-decreet goed. Dat was de start voor een grootschalig en grondig vernieuwingsproces.

Vandaag zijn zowel de gebruikers als de voorzieningen het eens over het feit dat het gehandicaptenbeleid op nieuwe sporen moet worden gezet. Dat er daarvoor een groot draagvlak is, wordt onder andere bewezen door de toch wel zeer loyale medewerking van alle voorzieningen naar aanleiding van de vraag van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap om alle personen met een handicap die in een instelling verblijven, opnieuw in te schalen volgens het zorggradatieproject.

Tegen eind januari was de inschaling binnen van 17.200 personen. Dat had onder andere te maken met het feit dat de koepels de voorzieningen hadden opgeroepen om loyaal mee te werken. Ik denk dat nagenoeg 100 percent van de personen met een handicap die in voorzieningen verblijven, opnieuw werden ingeschaald.

Dat schept natuurlijk enorme verwachtingen aan het adres van de voorzieningen. Er is altijd gezegd dat het een win-winsituatie zou worden. Er zou zorgvernieuwing komen en ook de voorzieningen zouden daar beter van worden.

Er werd de voorzieningen een wortel voorgehouden. Ze zouden nog voor de zomervakantie een verslag krijgen van de inschaling, waarbij ze het profiel van hun inschaling zouden kunnen vergelijken met het gemiddelde van alle inschalingen in Vlaanderen. Zo zouden ze beter weten wat hun profiel is. Dat is eigenlijk een zeer primaire vorm van benchmarking.

De voorzieningen zouden een eerste rapport ontvangen

tegen de zomer. Als er één ding is dat niemand kan ontkennen, is het het feit dat het vandaag zomer is. De voorzieningen hebben echter nog geen rapport ontvangen.

Minister Inge Vervotte: Mevrouw Vogels, ik houd geen wortels voor. Ik weet dus niet waarover u het hebt.

Mevrouw Mieke Vogels: Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap heeft dat gedaan. U bent daar verantwoordelijk voor. U bent als minister immers verantwoordelijk voor alles wat uw administratie doet.

Minister Inge Vervotte: U beweert dingen over het agentschap en dan zegt u dat ik een wortel voorhoud.

Mevrouw Mieke Vogels: Misschien hebt u het moeilijk met het woord 'wortel'. Ik zal het anders formuleren. Er is tegen de voorzieningen gezegd dat ze tegen de zomer een eerste rapport zouden ontvangen. (*Opmerkingen van minister Inge Vervotte*)

Mevrouw de minister, u bent verantwoordelijk voor alles wat het agentschap doet. U bent bijvoorbeeld ook verantwoordelijk voor alles wat Kind en Gezin of Sensoa doet. U wordt daar dus ook over ondervraagd.

Minister Inge Vervotte: Ik ben bereid daarvoor mijn verantwoordelijkheid op te nemen.

Mevrouw Mieke Vogels: Ik zal nog eens proberen om een en ander niet te geladen te formuleren. Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, waarvoor u alle verantwoordelijkheid wilt dragen, had aan de voorzieningen beloofd dat ze in de zomer een eerste rapport zouden krijgen. Het is zomer, en dat rapport is er nog niet. Ik kan niet onder stoelen of banken steken dat de voorzieningen enigszins teleurgesteld zijn, omdat ze van de administratie van het Vlaams Fonds te horen hebben gekregen dat er onvoldoende middelen zijn om over zo'n groot project te communiceren. Wanneer de informatie beschikbaar zal zijn, weet niemand.

Wat belangrijker is, is dat de inschaling op grond van het zorggradatieproject ook en vooral een eerste stap is in de richting van het project zorgvernieuwing. Dat project wordt begeleid door de stuurgroep zorggradatie. In de context van die stuurgroep waren drie expertengroepen actief. Er is zeer hard samengewerkt door de mensen van de administratie, de vertegenwoordigers van de voorzieningen en de vertegenwoordigers van de gebruikers.

Wanneer we die verschillende zorgmodules en inschalingen hebben, hebben we een veel groter zorgpalet en

wordt zorg op maat veel beter gegarandeerd. Er moet dan wel een nieuwe personeelsomkadering worden gecreëerd. Bij een bepaalde zorgmodule hoort bepaald personeel. Over die kwestie heeft een eerste expertengroep zich gebogen.

Een tweede groep heeft zich gebogen over de financiële gevolgen voor de voorzieningen en een derde over de financiële gevolgen voor de cliënten. Overschakelen op een totaal andere manier van werken heeft immers financiële gevolgen.

De expertengroepen hebben hun eerste taak voorlopig afgerond eind vorig jaar. Hun bevindingen staan in een rapport van mevrouw Molleman. U hebt dat in december vorig jaar ontvangen. Uit dat rapport blijkt dat er heel hard en grondig is gewerkt. Men heeft grondig durven nadenken. Het is logisch dat men op een bepaald ogenblik wil horen wat het beleid ervan denkt.

Mijn vraag dateert van 6 juni. Tot een maand geleden had u nog niet geantwoord op de diverse vragen van de stuurgroep zorggradatie. Op 29 juni hebt u dat echter wel gedaan, zodat ik in mijn betoog deels zal kunnen ingaan op uw vrij uitgebreide reactie op die nota. In die reactie gaat u eigenlijk vooral in op de uitgangspunten: een modulair zorgprogramma; deregulering zorggradatie; natuurlijke hulpbronnen als het kan, gespecialiseerde als het moet; ondersteuning op maat; een financieel neutrale ondersteuning en geen financiële bijdrage. U gaat minder in op de concrete vragen die een beetje verderop in de nota staan. Daardoor is het niet altijd even duidelijk welke weg u nu wilt uitgaan.

Daarom zou ik wat verduidelijking willen met betrekking tot vier punten. Het eerste is dat van de nieuwe personeelsnormen. De concrete vraag van de stuurgroep zorggradatie is wat uw mening is over de vrijheidsgraden. Er is sprake van meer zorgmodules, wat betekent dat er meer zorg op maat is, maar dat er ook veel meer personeelsomkaderingsmodellen zijn. De voorzieningen stellen terecht dat ze hun personeelsbeleid niet kunnen afstemmen op de optelling van alle modules die ze op een bepaald ogenblik in een bepaald jaar aanbieden. Dat is niet werkbaar. Met andere woorden, een aantal voorzieningen vragen dat er zou worden nagedacht over een systeem van enveloppenfinanciering.

Mevrouw de minister, zoals u weet, zijn de vakbonden in de gehandicaptensector heel erg behoudsgezind: dat hebben we hier enkele weken geleden gemerkt, naar aanleiding van de PAB-kwestie. Bij Kind en Gezin is men dat minder: een jaar of drie geleden is de enveloppenfinanciering er ingevoerd. Dit is dus wél mogelijk. Er bestaan wél systemen om dat te doen. In de gehandicaptensector blijkt dat veel moeilijker te zijn. De stuurgroep vraagt dus concreet dat u alle partijen – werkgevers, gebruikers en vakbonden – rond de tafel zou bren-

gen om een aantal knopen door te hakken. Als we niet in staat zijn een vorm van enveloppenfinanciering tot stand te brengen, dan gaan we in tegen een van onze grote principes, namelijk het streven naar deregulering. U zegt in uw nota dat er alleszins duidelijke controlemechanismen moeten zijn en dat er mogelijkheden bestaan voor nieuwe manieren van inspectie en auditsystemen, zoals die er bijvoorbeeld ook zijn in ziekenhuizen. Die bestaan inderdaad. Met enveloppenfinanciering en een goed auditsysteem heeft de overheid voldoende controlemiddelen.

Er ontstaat echter onduidelijkheid door wat u zegt in uw reactie. U beaamt dat er een onderscheid moet worden gemaakt tussen het deel van de middelen dat dient voor de ondersteuning en het deel dat dient voor het personeel. Dat lijkt me logisch. U zegt voorstander te zijn van een sokkel voor de algemene kosten. U bent er voorstander van dit niet per module te doen. Dat lijkt me eveneens logisch: anders kan men daar helemaal niet aan uit. Dan zegt u echter dat die forfaitaire som wel gebaseerd moet zijn op de bezettingsfinanciering. Dat lijkt me niet logisch. Dan keert u terug naar het bekijken van dagprijzen en dagtellingen. Zo wordt op een andere wijze het systeem ingevoerd dat nu bestaat en het Vlaams Fonds zo ondoorzichtig maakt. Gaat u opnieuw regeltjes invoeren? Het is me niet heel duidelijk of u nu een voorstander bent van het bewerkstelligen van een soort enveloppenfinanciering, of dat u blijft bij het dagprijssysteem.

Het tweede punt betreft de residuaire opvang. Ik denk dat iedereen het erover eens is dat personen met een handicap op de eerste plaats gebruik moeten maken van alle reguliere voorzieningen en dat pas in laatste instantie het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap een bijdrage moet leveren qua gespecialiseerde zorg. Voor een persoon met een handicap is dat natuurlijk minder evident. U verwijst vaak naar de ziekteverzekering. De nota van de stuurgroep zorggradatie wijst erop dat bijvoorbeeld in Wallonië binnen de gehandicaptensector veel meer dan in Vlaanderen gebruik wordt gemaakt van thuiszorg. Het lijkt me interessant ter zake eens een vergelijkende studie te maken en op basis daarvan duidelijkere regels te bepalen.

De zaken zijn nog minder evident als het gaat over mobiliteit. Het organiseren daarvan is niet de taak van het Vlaams Agentschap, maar van de Vlaamse minister bevoegd voor Mobiliteit. Er is het decreet met betrekking tot de basismobiliteit. We weten allemaal dat personen met een handicap in de praktijk weinig of geen gebruik kunnen maken van het reguliere openbaar vervoer. Heel vaak wordt een persoonlijke assistent ingezet om de mobiliteit van een persoon met een handicap te organiseren. Dat is de enige wijze voor hem om op een geïntegreerde wijze deel te nemen aan onze samenleving. Ik ben het dus eens met dat principe,

maar ook hier zouden de zaken iets meer mogen worden verfijnd.

Het derde, en misschien nog meest essentiële punt is de vraag van de stuurgroep dat u duidelijke uitspraken zou doen over de verdere evolutie naar een persoonsgebonden budget. Ik ben ook niet van mening dat men een persoon met een handicap gewoon geld moet overhandigen. Dat kan ook een virtueel budget zijn. Vaak wordt het wat plastisch voorgesteld om dit in een slecht daglicht te stellen. Maar dit kan dus ook virtueel, zij het dat de persoon met een handicap dit zelf wel kan sturen. In die visie, aldus ook de nota van de stuurgroep, zouden de voorzieningen veeleer evolueren tot dienstverleningscentra.

Uw nota is ook op dat punt niet erg duidelijk. Op bladzijde 4 zegt u iets dat ik echt niet begrijp. Het gaat dan over het principe 'natuurlijke hulpbronnen als het kan, gespecialiseerde als het moet'. U zegt: 'Als een persoon met een handicap gebruik wil maken van de diensten van het Vlaams Agentschap, dan wil ik duidelijk stellen dat de persoon met een handicap of zijn wettelijke vertegenwoordiger eerst een keuze zal moeten maken voor ofwel een PAB ofwel zorg in natura. Pas wanneer die initiële keuze duidelijk is, zal de persoon met een handicap voor de verschillende ondersteuningsvormen aan een aangepaste inschaling worden onderworpen.' Verder, zo stelt u, moet de persoon met een handicap wel steeds achter het stuur zitten. De zorgmarkt is echter onvoldoende doorzichtig om dit alles over te laten aan de persoon met een handicap, aldus nog uw nota.

Die uitspraken doen me wat twijfelen aan uw visie op hoe u nu dit persoonsgebonden budget wilt realiseren. Ik zie niet in waarom iemand die wordt ingeschaald en een virtueel budget krijgt, vóór die inschaling moet kiezen tussen een PAB en zorg in natura. Verder vind ik dat het de taak is van die mensen die momenteel bezig zijn met de begeleiding van personen met een handicap, om te proberen zo veel mogelijk de aangepaste zorg voor die personen te organiseren. Het argument dat de huidige zorgmarkt ondoorzichtig is, zou veeleer moeten leiden tot de conclusie bij u dat u die markt wat doorzichtiger zult maken. In plaats daarvan wordt dit argument ingeroepen om de stelling kracht bij te zetten dat de persoon met een handicap niet in staat is zelf de juiste zorg te kiezen.

Wat dat betreft, wil ik wijzen op een zeer goed project dat tussen 2006 en 2008 wordt gefinancierd door het fonds en waarbij 500 personen met een handicap worden ondersteund om het heft in eigen handen te houden en daartoe een soort ondersteuningsstructuur, een soort vzw-structuur, op te bouwen. Dergelijke systemen zijn niet nieuw: ze bestaan ook in het buitenland, met zeer goede resultaten. Ze maken dat deze personen veel meer

dan nu een netwerk zullen hebben ter ondersteuning van hun zorg.

Ik ben het met u eens als u zegt dat de zorgvernieuwing budgettair neutraal moet zijn. Daar er nog ongelooflijk veel nood is aan zorguitbreiding, kan het niet dat we meer geld gaan uitgeven aan zorgvernieuwing. Er zullen dus winnaars en verliezers zijn. Dat ligt zeer gevoelig. Ik weet ook dat de kans bestaat dat de voorzieningen nu op de kar zullen springen, om te bewijzen dat de werkingskosten te laag zijn. Aan de andere kant bestaat er nu een zeer grote bereidheid, zowel bij de voorzieningen als bij de gebruikers, en hopelijk in de toekomst ook bij de vakbonden, om dit proces van zorgvernieuwing ernstig te nemen. Het zou erg jammer zijn, mochten we die boot nu missen. Als we nu de gecreëerde verwachtingen niet voor een deel kunnen inlossen, zullen we de klok in de hele gehandicaptensector met tien jaar terugdraaien.

Ik kom tot mijn laatste punt. Het zou een belangrijk signaal zijn, mocht u minstens middelen reserveren in de begroting 2007 voor het aanstellen van een veranderingsmanager, die dit zorgvernieuwingbeleid mee moet begeleiden en sturen, en mocht u middelen reserveren om een aantal projecten voort uit te werken en ervoor te zorgen dat de administratie voldoende middelen heeft om minstens de rapporten te maken, zoals werd beloofd aan de voorzieningen.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Mevrouw de voorzitter, ik wil eerst beklemtonen dat het hele zorgvernieuwingproces een uitermate belangrijk proces is. Het is ook een grootscheepse operatie. We hebben ze hier al een aantal malen besproken. De drie stappen zijn ondertussen wel bekend: de gradatie, de zorgregie en de diagnose- en indicatiestelling. Het oorspronkelijke uitgangspunt, zo zegt men me, was inderdaad die verouderde regelgeving. Als ik echter bekijk wat dit zoal kan opleveren voor de sector, kan ik niet anders dan besluiten dat er in die sector sprake zal zijn van meer rechtvaardigheid. Er zal meer rechtvaardigheid zijn voor personen met een handicap. Het zal niet meer afhangen van het toeval of zij dicht bij huis worden opgevangen. Ook voor de voorzieningen zelf zal er meer rechtvaardigheid zijn. De zorggraad zal immers beter worden betaald en verdeeld. Ook voor het personeel zullen de lasten beter worden verdeeld.

Het verheugt me dat voorzieningen uit de gehandicaptensector hier zeer loyaal aan hebben meegewerkt. U beklemtoonde dat al, mevrouw Vogels. Er wordt hier wel eens een ander beeld gegeven van die voorzieningen. Ik ben blij dat nu ook duidelijk is dat zij hun volle medewerking hebben verleend.

Het persoonsgebonden budget is in 2001 goedgekeurd. Mijn fractie heeft dat toen gesteund. Ik stel vast dat er de vorige zittingsperiode niets is gebeurd wat het opstarten daarvan betreft. Ik kan dus niet anders dan besluiten dat dit opstarten moet passen in een volledig proces van zorgvernieuwing.

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: Het is niet mijn taak andere leden te ondervragen, maar de bewering dat de beeldvorming over de voorzieningen in de gehandicaptensector in deze commissie niet altijd zo positief is, verbaast me wat. In het algemeen ben ik het eens met het streven naar zorgvernieuwing. Vele van de vragen van mevrouw Vogels zijn een uiting van een oprechte bekommernis over een vernieuwd systeem van aansturing, van responsabilisering van voorzieningen, van een evenwicht tussen residentiële en semi-residentiële zorg en thuiszorg. Wij allen delen al die principes veelal. We bestrijden die niet echt.

Het is zaak die zorg te vernieuwen en te actualiseren, net als de meetsystemen en subsidiemechanismen, niet met de bedoeling te besparen of minder te moeten subsidiëren, maar om een efficiëntere zorgverstrekking voor meer mensen te organiseren.

Die beeldvorming over residentiële voorzieningen leeft bij mij zeker niet: laat dat duidelijk zijn. Ik deel de bekommernis met betrekking tot de zorgvernieuwing, maar ik wil de minister de kans geven om haar methodes te bewijzen. Er moet nog een lange weg worden afgelegd. Er mag zeker geen vertraging optreden, ook niet wat de inschaling en de financiële aspecten betreft. Als we een dergelijk proces opstarten, mag het geen processie van Echternach worden. Er is heel veel werk voor de boeg.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Ik dank u voor die laatste opmerking. Het is altijd mijn bedoeling geweest om vastberaden voort te gaan met dat proces van zorggradatie, dat ik trouwens zelf heb opgestart. Ik zie dus niet in waarom ik dit zou stoppen als ik er zelf mee ben begonnen. Wel vind ik het noodzakelijk dat met de nodige omzichtigheid te doen. Doen we dat niet op deze wijze, dan zal de kans op slagen van de zorggradatie nihil zijn.

Heel wat partners worden geconfronteerd met belangrijke wijzigingen. Als we dat niet op een goede manier aanpakken, is de kans op slagen nihil. Het resultaat is daar voor mij iets te belangrijk voor.

De timing zoals die vandaag is opgesteld, werd overeengekomen met de sector, om de voorzieningen extra tijd te geven om de inschaling te kunnen doen. De sector heeft heel loyaal meegewerkt, dus vond ik het niet meer

dan normaal om hierop in te gaan. Het ging niet om manoeuvres, maar om de tijd nuttig te gebruiken. De vraag was dus legitiem en we hebben die gehonoreerd.

Mevrouw Vogels, ik ben u dankbaar voor de reflectie die u op mijn reflectienota hebt gemaakt. Ik wil vandaag echter niet onderhandelen met u, maar wel enkele uitgangspunten beklemtonen. De gegevens worden op dit moment nagekeken op kwantitatieve fouten en onvolledigheden. Vooraleer er inhoudelijk kan worden gerapporteerd, wil ik ook de kwaliteit van de gegevens laten checken.

Er zal alleszins een terugkoppeling zijn van de resultaten naar de voorzieningen. Als alle voorzieningen hun verbeteringen tijdig en vlot doorsturen en als de kwaliteit van de gegevens goed wordt bevonden, dan zullen alle voorzieningen individuele feedback krijgen, zoals werd afgesproken met de koepels van de voorzieningen.

De doelstelling die werd vooropgesteld, is om alle personen die wachten op een PAB in te schalen tegen eind februari 2007. De inschaling van de prioritaire groepen zoals vastgelegd voor 2006 wil ik graag afronden tegen half oktober 2006. De druk op de multidisciplinaire teams is hoog omdat we veel van hen vragen. Ze hebben heel wat achterstallige dossiers individuele materiële bijstand weg te werken. We proberen niettemin die timing te halen.

We hebben een goed overzicht van een aantal knelpunten. Het is niet wijs om vandaag te antwoorden op al die problemen, omdat ik overleg wil plegen. Ik heb bewust gekozen voor een sociaal overleg waar we die knelpunten en uitgangspunten zullen uitklaren. Daar zal het ook over de omkadering moeten gaan. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij mij, maar ook bij de sociale partners. Tot vandaag heb ik nog nooit ervaren dat die geen verantwoordelijkheidszin hebben. Ik reken dus op hen om deze onderhandelingen tot een goed einde te brengen.

De nota bevat enkele pertinente vragen over de mate waarin zal worden gestreefd naar deregulering, en hoe dit dan kan worden gekoppeld aan kwaliteitsgaranties. Ik ben een voorstander van deregulering om flexibiliteit mogelijk te maken. Die is noodzakelijk om zorg op maat te kunnen leveren, maar er is ook de kwaliteitsbewaking. We vertrouwen op de responsabilisering. We bouwen procedures in om onze rol als opzichter te kunnen garanderen. We zullen dit ook in het overleg bespreken. De sector heeft hierover een duidelijke en grondige visie. Ze hebben voldoende informatie om die gesprekken op een constructieve manier te voeren.

Een van de belangrijke doelstellingen van de zorggradatie is een betere zorg voor personen met een handi-

cap. Dat is heel belangrijk. Alles wat we daarover beslissen, zullen we toetsen aan die doelstelling. De voorzieningen moeten soepeler kunnen inspelen op concrete vragen. Een ander belangrijk element is dat de personen met een handicap evenwaardig bijdragen in hun woon- en leefkosten, welke handicap ze ook hebben. Vandaag is dat niet het geval. Afhankelijk van het type, wijzigt dit. Een eenvoudigere en transparantere regelgeving is ook een topdoelstelling.

In heel dit proces van zorgvernieuwing mogen we niet de illusie hebben dat we al die uitdagingen en knelpunten in één keer kunnen oplossen. We zullen hierin stapsgewijs te werk moeten gaan. Daarnaast zullen we ook al werken met experimenten, waaruit we kunnen leren. Het is belangrijk voor de sector om te zien dat er vooruitgang is. Het overleg en de experimenten kunnen elkaar aanvullen en versterken.

Het zou getuigen van weinig realiteitszin om alle stappen inzake omkadering, subsidiëringmechanismen en bijdragemechanismen ineens te willen zetten. Dat zou een te bruske wijziging zijn, waardoor de operatie kan mislukken.

De analyse van de inschalingsgegevens van de zorggradatie, zowel kwantitatief als kwalitatief, en op basis daarvan het ontwikkelen van een meer aangepaste personeelsverdeling, moeten we koppelen aan de modules. Uiteraard moeten we de effecten nagaan via simulaties, voor een en ander in effectieve regelgeving wordt omgezet. Bovendien moet ervoor worden gezorgd dat voorzieningen voldoende tijd krijgen om de discrepantie tussen de bestaande situatie en de omkadering op basis van de inschaling weg te werken.

Tijdens dit proces moet werkzekerheid een prioriteit zijn. Voor voorzieningen die te weinig personeel hebben, zal de aanvulling slechts stapsgewijs kunnen gebeuren. We moeten geen valse verwachtingen creëren. Als in het najaar de kwalitatieve analyses ter beschikking zijn, zullen we met al deze elementen rekening houden.

In de loop van 2007 kan een koppeling worden gemaakt tussen de personeelsinzet en de modules. Het ontwikkelen van een nieuwe inschalingsmethodiek voor nieuwe gebruikers is van belang voor de toekomst. We zullen op dat vlak bijkomende inspanningen moeten leveren.

Na deze stappen moeten we ook de erkenningvoorwaarden wijzigen. Dan kunnen we de beschikte personeels- en financieringsstromen omzetten naar meer forfaitaire, op de zorgmodules afgestemde subsidiëringen, op het moment dat ze hun deugdelijkheid hebben bewezen. Dan kunnen we verdergaan met de uitvoering.

Het is belangrijk dat het proces goed wordt geleid en

begeleid. De vraag of daarvoor een change manager noodzakelijk is, laat ik vandaag in het midden. De eerste opdracht die we hebben gegeven, is dat het niet alleen een taak mag zijn van de studiecél van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. We willen dit uitbreiden zodat ook de andere partners daarbij betrokken worden. Dit proces zal uiteraard heel strikt worden opgevolgd, onder andere door mezelf.

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Mevrouw de minister, uiteraard zijn parlementsleden niet verkozen om met u te onderhandelen. Dat moet u met het middenveld doen. Parlementsleden moeten de minister ondervragen. Om dat te kunnen doen, hebben ze informatie nodig. Ik zag u vreemd kijken toen ik citeerde uit uw nota. U zegt dat die intern is.

Minister Inge Vervotte: Mevrouw Vogels, u moet niet zeggen dat ik dat heb gezegd, want dat is niet juist. Ik heb gezegd dat die nota is opgestuurd naar de stuurgroepen.

Mevrouw Mieke Vogels: Mevrouw de minister, overleg is goed en nodig. De expertengroepen hebben goed overlegd. Er waren gebruikers, administratie en voorzieningen bij, die in onderling overleg conclusies hebben getrokken. Maar hoe goed u ook overlegt, soms zijn er tegengestelde belangen. Soms moet het beleid keuzes maken en knopen doorhakken. Ik geef het voorbeeld van de keuze voor enveloppenfinanciering of voor dagprijsberekening. Dit is een erg belangrijke keuze die moet worden gemaakt. U kunt misschien zeggen dat het nog te vroeg is om knopen door te hakken en dat u nog verder overleg wilt. U kunt zich echter ook dood overleggen en dan zinkt alles weg. Het mag niet te snel, maar ook niet te traag gaan in een veranderingsproces. Er is nu heel wat animo om de zorgvernieuwing door te voeren. Ik hoop dat u het niet plat onderhandelt. U zegt dat u stapsgewijs wilt werken. Ik ga daarmee akkoord, maar het moet wel duidelijk zijn in welke richting u stapt. Stapt u in de richting van de voorziening als een dienstverleningscentrum en een PGB-systeem? Of wilt u mensen inschalen als ze hebben gekozen tussen een PAB of iets anders? Voor mij is alles nog niet duidelijk, maar dat zal in de toekomst misschien wel het geval zijn.

Ik wil nog iets zeggen over die veranderingsmanager. Voor mij is die erg belangrijk. Bij het BBB is er bewust voor gekozen om naast de verantwoordelijke van het agentschap een veranderingsmanager te zetten. De reden is dat tijdens een grondige hervorming de winkel toch open moet blijven. De huidige administrateur-generaal moet ervoor zorgen dat de winkel draaiende wordt gehouden, terwijl de veranderingsmanager de verandering kan sturen. Ik dring er dan ook op aan om

toch grondig na te denken over het aanstellen van zo'n change manager en daarvoor middelen vrij te maken in de begroting 2007.

Minister Inge Vervotte: Het proces zal worden begeleid door sterke mensen.

In het verleden is aangetoond dat tegengestelde belangen soms kunnen worden omgebogen in gemeenschappelijke belangen, en vast en zeker in deze sector. Ik verwijs daarvoor graag naar het VIA-akkoord.

Mevrouw Mieke Vogels: Ik hoop dat u gelijk hebt.

De voorzitter: Tijd is soms ook een belangrijke factor in de besluitvorming.

Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en tot de heer Bert Anciaux, Vlaams minister van Cultuur, Jeugd, Sport en Brussel, over de ongelijke behandeling van Brussel wat betreft de zorgverzekering

Vraag om uitleg van mevrouw Greet Van Linter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de tussenkomsten van de zorgverzekering wat mantelzorg betreft

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Mijnheer de voorzitter, ik wil verwijzen naar een persmededeling van de heer Steven Vanackere, die spijtig genoeg niet aanwezig is. Was hij er wel, dan zou ik hem zeggen dat ik hem al beter heb geweten. Hij stelde daarin op 7 december 2005 dat er goed nieuws was voor de Brusselaars: hij had met minister Vervotte een akkoord bereikt over de versoepeling van de mantelzorgpremie voor Brusselaars.

De heer Vanackere klaagt een terechte discriminatie aan: de eis om aan de Brusselaars een bewijs van een door Vlaanderen erkende professionele thuisorganisatie te vragen vooraleer ze een mantelzorgpremie kunnen krijgen. Dat was noodzakelijk in de opstartfase van de zorgverzekering. De zorgverzekering is in Brussel namelijk niet verplicht en er werd gevreesd dat heel veel Brusselaars zouden aansluiten om de dag erna al de mantelzorgpremie te kunnen krijgen. Die vrees was trouwens gegrond, zo bleek uit reclame van bepaalde Franstalige OCMW's.

Op dit moment is die noodzaak weg. In Brussel was er

net als in de rest van Vlaanderen tot eind 2005 de mogelijkheid tot regularisatie. Als mijn cijfers kloppen, hebben 1800 Brusselaars zich nog aangesloten, waarvan de helft jonger dan 44 jaar. Brusselaars die nu recht hebben op de mantelzorgpremie, zouden die dan ook op dezelfde manier moeten kunnen krijgen als de Vlamingen. Brusselaars die zich nu aansluiten en zwaar zorgbehoevend zijn, moeten een lange wachttijd doorlopen. De kans is dus klein dat ze alleen omwille van het profiteren zich nog snel zullen aansluiten bij de Vlaamse zorgverzekering.

Het leek dan ook logisch dat u in december aan de heer Vanackere toezegde dat u de administratieve overlast voor de Brusselaars zou verminderen en het idiote systeem van het minstens één keer per jaar één hemd te moeten laten strijken in een strijkatelier om de mantelzorgpremie te kunnen krijgen, zou afschaffen. De heer Vanackere heeft echter het vel van de beer verkocht vooraleer hij was geschoten. Bij de versoepeling door de Vlaamse Regering viel Brussel opnieuw uit de boot. Dat is des te merkwaardiger omdat er een arrest van de Raad van State is dat duidelijk concludeert dat er sprake is van discriminatie voor de Brusselaars. Uw partij en ambtsgenoot, mevrouw Grouwels, is daarover ondervraagd in de VGC. Ze antwoordde dat het haar ook ten zeerste verraste omdat het voorstel van de heer Vanackere was aanvaard. Ik citeer: 'Ik heb het zelf nog verdedigd bij Vlaams minister Vervotte, maar het is de schuld van minister Van Mechelen, die heeft tegengewerkt en het niet heeft aanvaard. Volgens minister Van Mechelen zou dit een enorme meerkost meebrengen.'

Mevrouw de minister, vertel ons de waarheid. Wie heeft ervoor gezorgd dat de Brusselaars verder worden gediscrimineerd? Is het inderdaad de schuld van minister Van Mechelen? Waarom moet nog een keer per jaar een bewijs van professionele thuiszorg worden afgeleverd? Hoe groot is de groep van hulpbehoevenden in Brussel die plots de mantelzorgpremie zouden aanvragen als het bewijs niet meer zou moeten worden ingediend? Volgens sommigen gaat het om amper 110 personen, volgens anderen om 500. Heeft dit zo'n enorme budgettaire implicaties dat deze discriminatie moet blijven bestaan?

De voorzitter: Mevrouw Van Linter heeft het woord.

Mevrouw Greet Van Linter: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, de laatste weken beweegt er weer een en ander op het vlak van de toepassing van de zorgverzekering in Brussel. Hetgeen naar buiten is gekomen, is belangrijk, maar is tegelijk bijzonder slecht nieuws voor de Brusselse Vlamingen.

Tijdens de debatten over de begroting in de commissie voor Welzijn kwam naar voren dat de Vlaamse Regering de Vlaamse zorgverzekering in Brussel niet ver-

soepelt ondanks eerder gedane beloftes. Deze beloftes verschenen zeer uitgebreid in de pers eind vorig jaar, in tegenstelling tot de berichten nu over de herziening ervan.

Het blijft dus zoals voorheen. We zijn terug naar af: de Brusselse Vlaming krijgt slechts een financiële tegemoetkoming voor de mantelzorg als hij een beroep doet op professionele en door Vlaanderen erkende thuiszorg. Het dossier is genoeg gekend. De Vlaamse Regering neemt deze maatregelen om te buitensporige kosten van de zorgverzekering te vermijden. Wel wordt deze maatregel genomen ten koste van de Brusselse Vlamingen, en dan nog degenen die zich in de meest kwetsbare positie bevinden.

U antwoordde op een eerdere vraag: 'Dit onderwerp is al meermaals aan bod gekomen in dit parlement. Het is ook een van de actiepunten uit mijn beleidsnota. Het is belangrijk om hieraan te werken omdat we weten dat het voor de Brusselaar niet evident is en een enorme overlast met zich meebrengt.' Het initiatief om de factuur één keer per jaar voor te leggen in plaats van één keer per maand, nam u om de administratieve last te verlagen. U stelde nog dat hierover in december 2005 technisch overleg was gepleegd met de zorgkassen. Die hebben hun bedenkingen geformuleerd, en dit ontwerp van besluit kon aan de Vlaamse Regering worden voorgelegd voor een principiële goedkeuring. U rondde af door te zeggen: 'Ik vermoed dat de procedure einde mei of juni zal afgerond zijn.' Dat zei u op 10 januari.

Daaruit begreep ik dat u de situatie van de Brusselse Vlaming die effectief reglementair is aangesloten en trouw – zoals het hoort – zijn premie betaalt, zeer goed kon inschatten en begrijpen. Het argument als zou men met de ongelijke behandeling misbruiken willen tegen gaan, weerlegde u. U stelde dat het al voldoende is aangetoond dat er andere maatregelen zijn genomen om de misbruiken van Franstaligen tegen te gaan. U had het daarbij onder meer over de wachtlijsten.

U pleitte in januari voor een nieuw versoepeld systeem dat u na verloop van tijd zou evalueren en bijsturen. U herhaalde dat er tegen eind mei of juni duidelijkheid zou zijn. Mevrouw de minister, u zult zich herinneren dat ik op dat moment nog altijd niet akkoord ging met u en vond dat één keer per jaar nog steeds een ongelijke behandeling was in vergelijking met Vlaanderen. Ik blijf daar nog steeds bij.

Tijdens de begrotingsbesprekingen kwam naar voren dat de Vlaamse Regering geen maatregelen wil nemen die kunnen leiden tot meer kosten in de Vlaamse zorgverzekering, die nu al financieel onder druk staat, en dat de Vlaamse Regering de door u aangekondigde versoepeling van de mantelzorg niet zag zitten. Terug naar af dus. Ik vind het wraakroepend dat Vlaamse ouderen en

zorgbehoevenden, die steeds hun bijdrage correct hebben betaald, weer het slachtoffer worden van deze dubbelzinnige houding. Ik betreur niet alleen deze wending enorm, ze komt ook onverwacht aangezien zowel in uw beleidsnota als in die van staatssecretaris Grouwels als doelstelling de gelijkstelling van Brussel met Vlaanderen duidelijk gespecificeerd is, zeker wat de mantelzorg betreft. Het wegwerken van deze discriminatie werd door beide ministers duidelijk vooropgesteld.

Hierover ondervraagd in de VGC op 2 juni 2006, verklaarde staatssecretaris Grouwels het standpunt te verdedigen dat alle Vlamingen dezelfde rechten moeten hebben. Uiteraard, zou ik zeggen. De jaarlijkse factuur was al een compromis volgens de staatssecretaris, en ze betreurde dat ze niet is doorgevoerd. Ze stelde dat ze blijft ijveren om de discriminaties weg te werken.

In de VGC reagerden trouwens alle partijen enorm ontstemd op deze zaak, vooral omdat er in Vlaanderen een versoepeling komt. Een zwaar zorgbehoevende zal niet meer elk jaar moeten aantonen dat hij zwaar zorgbehoevend is. Dat is een goede maatregel, maar waarom geldt die niet voor correct ingeschreven en betalende Brusselaars? Vlaanderen moet hier zijn verantwoordelijkheid opnemen en een goed beleid voeren voor Brussel.

De vraag kan blijvend worden gesteld: mag de Vlaamse Regering de Brusselse Vlamingen in dit dossier blijven discrimineren? Een nieuw feit is dat de auditeur van de Raad van State in zijn rapport vermeldt dat de Vlamingen in Brussel effectief ongelijk behandeld werden en worden. Indien de Raad van State de auditeur volgt, wat meestal het geval is, vervalt die aparte regeling voor Brussel. Het blijft onzeker of de mantelzorgers daarmee de premies krijgen die ze in tussentijd derven.

Mevrouw de minister, u verklaarde in de pers dat u de uitspraak van de Raad van State zult afwachten en ondertussen zult nagaan hoe u de mantelzorg toegankelijker kunt maken voor Brusselse Vlamingen. Welke maatregelen zult u treffen om deze ongelijke behandeling weg te werken? Zal de Brusselse zorgbehoevende volledig gelijkgeschakeld worden met de Vlaamse, of opteert u opnieuw voor een versoepeling? Welke verklaring of verantwoording hebt u voor het blijvende verschil? Ziet u andere denksporen of oplossingen voor de gelijkgeschakeling van de Brusselse Vlamingen in dit dossier?

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Ik heb inderdaad het dossier op de Vlaamse Regering gebracht. De reden waarom

het nog niet is goedgekeurd, is enkel en alleen van budgettaire aard. Het werkjaar is echter nog niet om.

Wat betreft de keuzes die we verder willen maken, waren er inhoudelijk geen discussies. We kiezen voor een versoepeling omwille van het feit dat een minimale vorm van bewijsvoering betreffende het gebruik van een Vlaamse erkende of met een erkenning gelijkgestelde voorziening aangewezen blijft.

Wij hebben als Vlaamse Gemeenschap een indicator nodig. Het enige mogelijke instrument waarover wij beschikken, is de factuur, maar dan op jaarbasis. Dat betekent een serieuze versoepeling. Wij zien geen andere mogelijkheid.

Op 30 september 2005 hadden 626 inwoners van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest een dossier voor mantel- en thuiszorg ingediend. De kostprijs voor de versoepeling komt neer op 318.066 euro op jaarbasis. Het dossier ligt op dit ogenblik om budgettaire redenen ter bespreking voor. De principes en de vooruitzichten die werden vooropgesteld, zijn zeker nog niet verlaten.

Mevrouw Mieke Vogels: U zegt dat de Vlaamse Gemeenschap een indicator nodig heeft. Waarom hebben we in Vlaanderen dan geen indicator nodig?

Minister Inge Vervotte: Omdat het om Vlaamse voorzieningen gaat.

Mevrouw Mieke Vogels: Men zou deze 90 euro ook voor de mantelzorger kunnen gebruiken.

Minister Inge Vervotte: Die persoon moet normaliter een Nederlandstalige persoon zijn.

Mevrouw Mieke Vogels: Dat is niet juist. Franstaligen in Brussel kunnen ook gebruik maken van de Vlaamse zorgverzekering.

Minister Inge Vervotte: Een mantelzorger moet geregistreerd zijn.

Mevrouw Mieke Vogels: Dat zou men in Brussel ook als voorwaarde kunnen stellen. Destijds heeft de Raad van State ook duidelijk gesteld dat Brusselaars niet gediscrimineerd mogen worden omdat men van Brusselaars niet weet of ze Nederlandstalig of Franstalig zijn. Iedere Brusselaar die bijdraagt, kan een zorgverzekering aangaan. Ik begrijp de achterliggende reden voor een indicator dan ook niet.

Minister Inge Vervotte: Er wordt geen onderscheid gemaakt of men al dan niet Nederlandstalig is. Een erkende mantelzorgvereniging is niet noodzakelijk Nederlandstalig, dus is er geen garantie van het Nederlandstalig karakter ervan. Ik begrijp uw punt niet.

Mevrouw Mieke Vogels: Er staat nergens in het decreet op de zorgverzekering dat het een instrument is dat dient om het Vlaamse karakter van Brussel te bewaren. Het is een instrument om mensen te verzekeren voor het geval ze zwaar zorgbehoevend zouden worden. Voor de Vlamingen betreft het een verplichte verzekering, Brusselaars kunnen zich daarvoor inschrijven of ze nu Nederlands, Arabisch, Frans of Turks spreken.

Minister Inge Vervotte: Het moet toch om Vlamingen gaan.

Mevrouw Mieke Vogels: Neen, dat is niet nodig.

De voorzitter: Mevrouw Van Linter heeft het woord.

Mevrouw Greet Van Linter: Mevrouw de minister, ik ben tevreden met uw antwoord. Ik wacht met spanning af of het in positieve zin zal evolueren. Uw doelstelling blijft de eenmalige jaarlijkse factuur. Daardoor blijft de ongelijke behandeling bestaan. Ik ben benieuwd naar de uitspraak van de Raad van State en hoe u daarop zult reageren.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het uitblijven van het gewijzigde zorgregiodecreet en de gevolgen hiervan op de uitvoering van de decreten op de preventieve gezondheidszorg en de organisatie van de eerstelijnszorg

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Mevrouw de minister, het is bijna twee jaar geleden dat u uw beleidsnota hier voorstelde. Daarin kwam het woord evaluatie verschillende malen voor, onder meer met betrekking tot het decreet op de zorgregio's. U stelde toen dat u zich in het principe van de zorgregio's perfect kon terugvinden, maar het nog nodig vond om met het middenveld over sommige wijzigingen te praten. Het zou een aantal maanden, maximum een halfjaar tijd vergen. Wij zijn nu twee jaar verder en het gewijzigde zorgregiodecreet is nog altijd niet in het parlement ingediend. Het zal er dus waarschijnlijk niet meer komen voor het einde van het jaar.

Dat is spijtig want samen met de blokkering van het zorgregiodecreet komt ook de uitvoering van twee andere decreten in het gedrang. Het gaat om het decreet op de preventieve gezondheidszorg en het decreet op

de eerstelijnsgezondheidszorg. Toen ik als minister aantrad, werd ik geconfronteerd met twee besluiten van mijn voorgangster, mevrouw Demeester. Zij had een poging ondernomen om het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen te structureren. Zij had dat gedaan door besluiten uit te vaardigen over de LOGO's die het gezondheidsbeleid op het lokale niveau moesten waarmaken, en over de samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg, de SIT's. De besluiten werden goedgekeurd zonder het advies van de Raad van State in te winnen. Ik denk niet dat zo'n manier van werken nu nog mogelijk zou zijn. Na verloop van tijd bleek dan ook dat zowel voor de LOGO's als de SIT's problemen opdoken bij de wijze van financiering.

Zo was iedereen het erover eens dat een SIT niet alleen kan worden gefinancierd op basis van werkplannen. Dan zou er te veel ongelijke financiering zijn. Daarom is ook een sokkelfinanciering nodig. In een vorige legislatuur was het niet mogelijk om deze spelregels te wijzigen omdat daarvoor een advies van de Raad van State nodig is. Toen we om dat advies vroegen, was het antwoord van de Raad van State dat er geen enkele decretale basis voor de besluiten bestond en dat eerst een decreet moest worden goedgekeurd alvorens besluiten uit te vaardigen.

Er is toen hard gewerkt om zowel het eerstelijnsgezondheidszorgdecreet als het decreet op de preventieve gezondheidszorg te bespreken met het middenveld. Daar is toen lang over onderhandeld. Het vorig parlement heeft goed werk verricht en eindelijk een decretale basis gecreëerd voor de preventieve gezondheidszorg. Het geheel bestond uit drie samen horende delen: het decreet preventieve gezondheidszorg, het decreet op de eerste lijn en het decreet over de zorgregio's.

Wat blijkt nu? Vooral ten aanzien van de SIT's werd gesteld dat nog even moest worden gewacht omdat tegen eind 2005 de uitvoeringsbesluiten van het eerstelijnsgezondheidsdecreet klaar zouden zijn. Dan zouden de SIT's veranderen in SEL's of samenwerking eerste lijn, met een andere vorm van financiering. Begin 2005 is echter niet gehaald. Eind 2005 was van uitvoeringsbesluiten nog altijd geen sprake. Nu blijkt dat zelfs eind 2006 niet realistisch is. Dat heeft heel wat gevolgen. De verwarring en de onduidelijkheid op het terrein worden almaar groter.

In Antwerpen is heel veel geïnvesteerd om samen met alle partners, waaronder ziekenfondsen en huisartsenverenigingen, een nieuwe SIT aan de stroom op te richten. We merken dat de administratie niet weet welke richtlijnen er gelden. Er worden dan maar zelf regels opgesteld. Zo wordt gezegd dat lokale dienstencentrumleiders geen zorgplannen mogen tekenen en dat huisartsen altijd aanwezig moeten zijn. De zaken worden er alleen maar strenger op. Dat heeft tot gevolg dat er steeds minder zorgplannen worden goedgekeurd. De

zorgplannen zijn wel de enige vorm van financiering. Dus komen er steeds meer SIT's in de problemen. Zij hebben nu een schrijven tot de minister gericht met de dringende vraag iets aan de huidige situatie die onhoudbaar is geworden, te verhelpen.

Verder heb ik vernomen dat u een voorstel van wijziging van decreet hebt rondgestuurd naar sommige organisaties uit het middenveld. Niet alleen de provinciegrenzen worden gerespecteerd. Dat kan ik nog begrijpen. Blijkbaar is ook voorgesteld om het woord 'samenwerking' te schrappen. Bepaalde sectoren zouden uit de zorgregio's worden uitgesloten. Klopt dit bericht? Zo ja, over welke sectoren gaat het dan? Ik kan me voorstellen dat de minister in dit verband aan de ziekenhuizen denkt. Mij lijkt dit absoluut niet logisch. De zorgregio's vormen net een instrument dat voor overleg tussen de verschillende voorzieningen in een bepaalde regio kan zorgen. Dit heeft niets met de zorgvrager te maken. De zorgvrager kan zich gerust tot een voorziening in een andere zorgregio richten.

Ik begrijp niet goed hoe het decreet evolueert. Ik vind dat het lang duurt. Ik vind het onverantwoord dat de SIT's en de LOGO's in onzekerheid worden gehouden. We verklaren steevast dat we de eerstelijnszorg en de preventieve gezondheidszorg belangrijk vinden. Ik vraag me dan ook af waar het nieuwe zorgregiodecreet blijft.

De voorzitter: De heer Dehaene heeft het woord.

De heer Tom Dehaene: Mevrouw de minister, ik wil een bepaald punt in verband met de zorgregio's nogmaals benadrukken. Ik vind de afbakening op zijn zachtst gezegd veeleer vreemd. Ik ben verheugd dat u een aantal maanden geleden hebt verklaard de provinciegrenzen opnieuw te zullen respecteren. Ik heb begrepen dat het nieuwe voorstel veel reacties heeft losgeweekt. Ik vind dat we het respect voor de provinciegrenzen principieel moeten bevestigen. Zijn hierover eigenlijk vragen gesteld? Kunnen we de provinciegrenzen respecteren?

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Mijnheer de voorzitter, ik wil niet enkel een paar zaken veranderen. Wanneer we het over veranderingen hebben, vind ik het in eerste instantie belangrijk zaken te verbeteren.

De verschillende betrokken sectoren en partners hebben een aantal fundamentele bedenkingen bij het zorgregiodecreet geformuleerd. We hebben al onze partners nodig om een welzijns- en gezondheidsbeleid te voeren. Ik vind het dan ook niet onbelangrijk om gepaste antwoorden op de fundamentele bedenkingen bij een goedbedoeld instrument te zoeken. Een aantal beden-

kingen zijn in alle sectoren immers op dezelfde wijze geformuleerd.

Het duurt allemaal wat langer dan verwacht. Het zorgregiodecreet is op basis van een studie opgesteld. Die studie is uiteraard met geld van de belastingbetaler betaald. Ik wil die studieresultaten dan ook niet zomaar naast me neerleggen. Ik heb professor Van Hecke, die de oorspronkelijke studie heeft uitgevoerd, duidelijk gemaakt dat een aantal fundamentele bedenkingen naar voren zijn gebracht. Ik heb hem de kans gegeven hierop te reageren en eventueel bijkomende elementen aan zijn studie toe te voegen. Hij is hierop ingegaan. Dit heeft evenwel wat tijd gekost.

Ik heb lang gedacht dat de wijziging van het zorgregiodecreet slechts om een paar aanpassingen zou gaan. Aangezien het om fundamentele bedenkingen blijkt te gaan, wil ik de wijzigingen op wetenschappelijke basis doorvoeren. Dit is nog steeds mijn uitgangspunt. Ik heb de studie opnieuw aan professor Van Hecke voorgelegd. Ik wil een wetenschappelijke basis, zonder daarbij de filosofie van het decreet verloren te laten gaan.

Deze werkwijze heeft tot een aantal aanpassingen geleid. Een van die aanpassingen betreft de provinciegrenzen. Hierover zijn geen bedenkingen geuit. Iedereen aanvaardt dit principe. We hebben wel een reeks bedenkingen over andere aspecten van het decreet gekregen. Ik wil hier niet op al deze bedenkingen ingaan. Dit zou ons te ver leiden. De bedenkingen hebben onder meer tot nieuwe kaarten en regio's geleid. We hebben die informatie ruim verspreid. We hebben de betrokkenen de gelegenheid geboden te reageren. We hebben veel reacties ontvangen.

De toepasbaarheid van de zorgregiodefinitie als een instrument voor sectorale programmatie is voor mij het allerbelangrijkste. Ik sluit niet uit dat die programmatie over sectorgrenzen heen kan gebeuren. Ik kom hier straks nog op terug.

Bij het nemen van beslissingen, bijvoorbeeld over het uitbreidingsbeleid voor de kinderopvang, moeten we ons op de regio's baseren. We moeten over een transparant instrument beschikken om de behoeftes te meten. We moeten nagaan of dit met de voorzieningen in een regio overeenkomt. Onze grootste uitdaging bestaat erin na te gaan welke voorzieningen in welke regio nodig zijn. Dit is de manier waarop ik het decreet graag zou invullen. Het is in mijn ogen perfect mogelijk dat een regio, afhankelijk van de beschikbare hulp- en dienstverlening kan wijzigen. Er is daarnet al naar de ziekenhuizen verwezen. Het spreekt voor zich dat we voor het meten van de behoeften aan hooggespecialiseerde technologie en aan kinderopvang niet dezelfde schaal moeten gebruiken.

We willen die discussie met de sectoren voeren. De

sectoren moeten zich duidelijk positioneren. We moeten weten in welke cirkel of op welk niveau ze hun eigen behoeftemeting in verband met een kostenbatenanalyse, met efficiëntie of met spreiding rationeel en verantwoord vinden. Aangezien we die oefening nog moeten maken, wil ik nog niet met een concreet voorstel naar het Vlaams Parlement komen. Ik heb gemerkt dat over de wijziging van dit decreet heel wat verwarring is ontstaan. Ik wil dus eerst de uittekening per sector realiseren vooraleer we een decretale wijziging doorvoeren.

Ik ga akkoord om te stellen dat we niet langer kunnen wachten met de uitvoering van het eerstelijnsgezondheidszorgdecreet en het preventiedecreet. Dat is de reden waarom ik duidelijk heb gesteld dat de kans moet worden gegrepen om behoeftemetingen te verrichten. Dat moet leiden tot een gelijke spreiding van ons aanbod in Vlaanderen, op basis van de juiste informatie. Ik heb de betrokkenen gezegd dat ik er geen problemen mee heb dat er al afspraken over zorgregio's worden gemaakt bij de uitvoering van het eerstelijnsgezondheidszorgdecreet en het preventiedecreet, op voorwaarde dat die afspraken kaderen in de filosofie zoals die is verwoord door professor Van Hecke. Aangezien we toch over de sectoren heen en per sector regio's zullen afbakenen, kan het perfect dat al wordt bepaald wat de zorgregio is voor bijvoorbeeld een cel.

Het is dus niet zo dat alles stil ligt omdat de uitvoering van het eerstelijnsgezondheidszorgdecreet nog niet is gebeurd. Onlangs nog is een nieuwe SIT goedgekeurd. Zo is een blinde vlek weggewerkt, en dat juichen we toe.

Er bereiken mij signalen dat er bij de LOGO's en de SIT's sprake is van een structureel tekort aan middelen om te kunnen voldoen aan alle noden die op het lokale en regionale niveau worden ervaren op het vlak van preventie en coördinatie van de eerste lijn. Op zich heeft dit niet echt iets te maken met het uitblijven van een nieuwe regelgeving. De basisoorzaak moet men zoeken in de maatstaven voor financiering die bij de oprichting van de LOGO's en de SIT's werden afgesproken.

Wel wil ik bij het uitwerken van de nieuwe regelgeving de randvoorwaarden creëren om de LOGO's en de SEL's in staat te stellen hun opdrachten beter aan te kunnen, onder andere door hun opdrachten te expliciteren en beter te positioneren tegenover de terreinactoren.

In deze context wil ik onderzoeken in hoeverre LOGO's en SEL's op een aantal vlakken kunnen samenwerken. Op het vlak van de administratieve ondersteuning en voor een deel van hun netwerking kan dit volgens mij de efficiëntie ten goede komen. Ook door een

goede afstemming met het lokaal-regionale niveau, bijvoorbeeld in het kader van de lokaal-sociale beleidsplannen, kan een versnippering van middelen worden vermeden.

Ik vat samen. We willen de LOGO's en de SIT's versterken. Dat zal gebeuren doorheen een rationaliseringsinspanning die onder meer ertoe moet leiden dat de kosten worden gedrukt. Daarover zal worden overlegd. Parallel daarmee wordt er gediscussieerd over de zorgregio's. We vatten ze op als instrumenten om de behoeften goed in kaart te brengen. Die zorgregio's kunnen zowel in een sector als over sectoren heen worden uitgebouwd. Dat sluit niet uit dat in afwachting al keuzes worden gemaakt inzake zorgafbakening.

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Klopt het dat u zegt dat het zorgregiodecreet alleen zorgt voor behoeftemetingen, en geen betrekking heeft op samenwerking?

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Het zorgregiodecreet is volgens ons niet het goede instrument om de samenwerking te regelen tussen alle sectoren die door het decreet gevat zijn. We denken dat het veel beter is om bijvoorbeeld het probleem van de samenwerking in een uitvoeringsbesluit bij het eerstelijnsgezondheidszorgdecreet aan te pakken. Er zijn te veel sectoren gevat door het zorgregiodecreet om de samenwerking in het decreet aan te pakken. Verder denk ik dat de samenwerking tussen actoren in dezelfde sector mogelijk moet zijn. Ik kan me indenken dat actoren omwille van pedagogisch-ideologische redenen ervoor kiezen om samen een project uit te werken. Denk maar aan de CKO's. Ik heb daar geen problemen mee. Ik vind dat zelfs een meerwaarde.

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Hier snijden we het fundamentele probleem aan waar ook ik mee werd geconfronteerd. Het gaat over de verzuiling. Sta me toe dat ik dat illustreer met een voorbeeld. Destijds wilden de ziekenhuizen onder geen beding dat er wordt bepaald in welke regio ze moesten samenwerken. Minister Vandenbroucke was toen bezig met de erkenning van oncologische zorgprogramma's. Een ziekenhuis kon maar een erkenning krijgen als het een oncologisch – of een cardiologisch – zorgprogramma werd aangeboden. In werkelijkheid groeiden er samenwerkingsverbanden vooraleer die zorgprogramma's erkend waren.

Zo waren er samenwerkingsverbanden tussen Sint-Jan in Brugge en de KUL in Leuven tot stand gebracht. Daar was de patiënt de dupe van, want voor een hooggespecialiseerd onderzoek werd die man uit Brugge naar Leu-

ven gestuurd. Als de patiënt daarvoor echt kiest, heb ik er geen problemen mee. In het kader van een oncologisch zorgprogramma is dat evenwel niet evident. Een patiënt is immers afhankelijk van zijn arts, en als de arts zegt dat hij naar Leuven moet, dan zal hij dat ook doen. En dat is zeker het geval voor zwakke, afhankelijke patiënten. Het kan niet dat zulke mensen elke dag over en weer naar Leuven moeten. De overheid heeft de plicht om in dat verband te waken over de kwaliteit van de zorg.

Daarom moet de overheid de actoren van een regio verplichten om over de zuilen heen samen te werken. Mensen uit het Antwerpse die in het Sint-Augustinusziekenhuis worden opgenomen voor hartproblemen, worden systematisch doorverwezen naar Aalst om daar een hartoperatie te ondergaan, terwijl diezelfde operatie perfect kan worden uitgevoerd om de hoek in het Middelheimziekenhuis, dat vroeger van het OCMW was. Dat zijn natuurlijk fundamentele bedenkingen die ik destijds ook op mijn bord heb gekregen. Ik merk echter dat u, waarschijnlijk onder druk van de verzuiling, daaraan toegeeft, en ik vind dat verschrikkelijk spijtig.

Minister Inge Vervotte: Ik wil hier graag met u fundamenteel op doorgaan. Ik begrijp heel goed dat wat u net zegt, de bekommernis is van een aantal mensen. Voor mij is de keuzevrijheid van de patiënt namelijk primordiaal. Het is dus de patiënt die kiest of hij naar Middelheim gaat, naar Aalst of naar ergens anders. De taak van de overheid is ervoor te zorgen dat er dan programmatie is en dat het aanbod er is, zodat niemand verplicht wordt om 100 kilometer verder te gaan omwille van een samenwerking tussen ziekenhuizen. Dat is de verantwoordelijkheid van de overheid. De verantwoordelijkheid van de overheid is niet om patiëntenstromen te richten, dat behoort tot de vrijheid van de patiënt en dat is voor mij ook een fundamenteel principe.

Mevrouw Mieke Vogels: Mevrouw de minister, dat is larie. Een patiënt gaat waar zijn arts zegt dat hij moet gaan. Probeer maar eens tegen uw arts in te gaan. Ik kan u honderden voorbeelden geven.

De heer Tom Dehaene: Dat gaat u ook niet oplossen met uw zorgregio's, want dan zegt u dat men zegt waar ze naartoe moeten gaan, en dat is juist wat we niet willen.

Mevrouw Mieke Vogels: Mijnheer Dehaene, dat zeggen ze nu ook. Als u in het AZ Brugge in behandeling bent, dan zegt de arts: u moet naar Leuven gaan voor dat onderzoek.

De heer Luc Martens: Mevrouw Vogels, zelfs los daarvan hebt u gelijk dat de patiënt in principe kan

kiezen. Omgekeerd vind ik dat ook de vrijheid bestaat om zelf netwerken te ontwikkelen. Wat u doet, is eigenlijk sturing geven aan die netwerken. Met andere woorden: het is de taak van de verschillende centra zelf om uit te maken in welk competent netwerk ze zich willen inschrijven.

Als het Heilig Hartziekenhuis in Roeselare vindt dat het voor zijn hartchirurgie een betere competentie kan ontwikkelen, gegeven de professionelen die het ter beschikking heeft en de ervaring die ze gedeeld hebben, in samenwerking met Aalst, wie ben ik dan om dat te verbieden?

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: Ik wil een en ander toch nuanceren. Ik ben een absolute voorstander van de keuzevrijheid van de patiënt. We moeten elkaar echter geen blauwe bloempjes wijsmaken, zoals dat in het West-Vlaams wordt gezegd. Het gaat hier over netwerken en het gaat over de positie, over de terreinbezetting, om het woord 'markt' niet te gebruiken, want dat is oneerbiedig als het gaat over zorg. Dat is de realiteit. Laat ons ook eerlijk zijn: efficiëntie haalt het niet altijd als argument op de bescherming van het eigen netwerk. Ik zit in een kartel met partners die ook wel aandacht hebben voor hun zuil, maar ik spreek hier geheel vrijuit. Laat ons echter ook zo eerlijk zijn om het volgende te zeggen: als we de patiënt niet willen verplichten, dan moeten we ook zijn keuzevrijheid maximaliseren. Zijn keuzevrijheid maximaliseren is bijvoorbeeld ervoor zorgen dat familieleden van een patiënt geen 150 kilometer moeten afleggen om hem te bezoeken, als het ook bij wijze van spreken – om de woorden van mevrouw Vogels te citeren – 'om de hoek' kan.

Ik ben een hevige tegenstander van verzuiling, ben dat ook altijd geweest en kom daar ook voor uit, ook tegenover mensen die mijn mening niet delen. Ik durf dan ook te zeggen dat de waarheid is dat de vrijheid van de patiënt ook wordt beperkt door kostenefficiëntie. Als dat de kwaliteit van de zorg niet ten nadele komt, moeten we ook dat durven richten. Beste mensen, het is niet het gespreksonderwerp aan deze tafel, maar wat er nu in het onderwijsmilieu gebeurt, heeft dezelfde kenmerken. *(Opmerking van mevrouw Mieke Vogels)*

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Ik wou graag zeggen dat ik het helemaal eens ben met die kostenefficiëntie. Ik wil daar graag een reëel voorbeeld van geven, namelijk het dossier ZNA, UZA en de christelijke ziekenhuizen. Maandag gaan we een akkoord ondertekenen waarin is afgesproken dat ze gaan samenwerken om kostenefficiënt te werken. Spreek me dus niet over de verzuiling.

Waar ik het volledig mee eens ben, is dat de keuzevrij-

heid zo maximaal mogelijk moet worden gegarandeerd. Die opportuniteit zie ik in het zorgregiodecreet. Wat de keuzevrijheid betreft, weiger ik principieel om een andere richting in te slaan, maar we moeten wel zorgen dat het aanbod er is. Daarom is het een cruciale discussie in welke regio's welk aanbod voorhanden moet zijn. Een patiënt moet vrij kunnen kiezen en niet, omdat het aanbod er niet is, verplicht worden om een andere keuze te maken. Laten we elkaar echter ook wat dit betreft niets wijsmaken: de discussie over de regio-afbakening en het aanbod dat we geprogrammeerd willen zien, zal heel moeilijk worden. Dat is voor mij de uitdaging die we moeten aangaan, want dat is kostenefficiëntie. Dat is ervoor zorgen dat er een gelijke verdeling is en dat mensen, waar ze ook wonen, ongeveer binnen eenzelfde straal de mogelijkheid hebben om hun keuze te maken. Ze mogen wat mij betreft zelf beslissen voor welk initiatief en voor welk samenwerkingsverband ze kiezen, als het maar op een goede manier gebeurt.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het uitbreidingsbeleid kinderopvang en de band met het Beter Bestuurlijk Beleid (BBB)

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borgh tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de gehanteerde criteria voor het uitbreidingsbeleid van gesubsidieerde kinderopvang en de rol hierin van het raadgevend comité van het IVA Kind en Gezin

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: Mijnheer de voorzitter, ik heb gemerkt dat u in een gulle bui bent de laatste tijd, en ik ben daar heel gelukkig om. Er staat namelijk een vraag van mij geagendeerd die ik eigenlijk had moeten herwerken omdat ze door de actuele vraag van mevrouw Van der Borgh 'voorbijgereden' is. Ik had mijn vraag dan omgezet in een schriftelijke vraag. Ik erken ook dat een aantal elementen eigenlijk al beantwoord zijn. Ik merk echter dat u ook graag eens de schuiven leegmaakt.

Ik ben dus blij dat mijn vraag op de agenda is gekomen en ik zal me beperken tot de kern van de zaak. Er is heel veel commotie geweest over de toekenning van de gesubsidieerde plaatsen in de kinderopvang. Mevrouw Van der Borgh heeft daar al een vraag over gesteld

vanuit het standpunt van het gemeenschapsonderwijs. Ze zal daar dadelijk op terugkomen, ik laat haar dat terrein.

Wat is de essentie van mijn vraag? In het verleden besliste de minister na gemotiveerd advies van de raad van bestuur van de voorloper van het agentschap – de VOI in dit geval – die daarover ging, Kind en Gezin. Tot op dossierniveau werd er door Kind en Gezin advies gegeven over een mogelijke uitbreiding. Daaraan gingen discussies vooraf over criteria of de politieke prioriteitstelling door de verantwoordelijke minister. Dat was de werkwijze. Vandaag kennen we een totaal nieuwe situatie met het Beter Bestuurlijk Beleid: agentschappen hebben een zekere graad van zelfstandigheid in hun operationele taken, wat overigens ook nodig is. De raden van bestuur zijn bij IVA's zonder rechtspersoon vervangen door raadgevende comités, die voor een deel ook een andere bevoegdheidsstelling hebben. Dat is misschien wel de kern van deze vraag om uitleg.

Dat is het kader dat ik even wilde schetsen. Ik wil ook zeker de titel vermelden van de reactie die PPJ ons allen heeft bezorgd: 'Uitbreiding dagopvang en buitenschoolse opvang wordt kaakslag voor sector.' Ik vind dat heel straf woordgebruik. Ik ben niet zo gevoelig voor elk woord vanuit een zuil of vanuit het middenveld. Het is echter een heel sterke uitspraak, die me erg opviel. Dat is het tweede element. Ik wil die elementen bij elkaar brengen.

De vragen die ik wil stellen, gaan over de rol van het raadgevend comité of van BBB. De vraag over de criteria is eigenlijk al grotendeels beantwoord in de plenaire vergadering. Klopt het, mevrouw de minister, dat niet meer wordt verwacht van een raadgevend comité, in dit geval van het IVA Kind en Gezin, dat het advies geeft over concrete subsidiedossiers? Ik stel die vraag omdat er in Beter Bestuurlijk Beleid een uitdrukkelijk onderscheid is gemaakt tussen strategisch advies en operationeel advies of werking. Voor strategisch advies zijn specifieke adviesraden opgericht. Ik had altijd begrepen dat het dan gaat over de grote beleidskeuzes, de grote lijnen, de criteriasets en dat soort dingen, en dat de raadgevende comités bedoeld zijn om de uitvoerende macht en de administraties bij te staan bij de operationalisering van de politiek gestelde beleidsdoelstellingen – dat het daarbij dus eigenlijk over de uitvoeringspraktijk ging.

Mijn vraag is de volgende. Is het zo dat van het raadgevend comité van Kind en Gezin niet meer wordt verwacht dat het over het operationele, het uitvoerende niveau van de aanvraagdossiers zelf een concrete uitspraak doet? Zo ja, waarom is er voor die bepaalde richting gekozen? Het is duidelijk dat het middenveld in dezen aanwezig is in die raadgevende comités. Ik ga ervan uit dat dat gebeurt omdat het ook expertise bezit, niet alleen omdat het het middenveld is, maar omdat het ook heel wat kennis kan inbrengen bij de besluitvor-

ming. Waarom wordt het middenveld er dan niet effectief bij betrokken? Ziet u de rol van dat comité persoonlijk anders of wilt u die rol anders invullen?

Is de hele beslissing rond de kinderopvang zoals die nu is genomen, van criteria tot beslissing en uitvoering, eigenlijk een gevolg van de implementatie van Beter Bestuurlijk Beleid? Is dat eventueel mede een verklaring waarom slechts 10 percent van de aanvragen werd gehonoreerd, of heeft dat te maken met het feit dat er veel ondernemers, veel initiatiefnemers zijn, of te weinig middelen om meer aanvragen te subsidiëren? Mijn vraag gaat dus over de besluitvorming, maar dan specifiek over de rol van het raadgevend comité, de taak die u daarvan verwacht en de rol die het te spelen heeft op dat terrein.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borghet heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borghet: Enkele weken geleden heb ik in de plenaire vergadering inderdaad reeds een actuele vraag gesteld over de bijkomende plaatsen die dit en volgend jaar worden gecreëerd in de kinderopvang. Ik stelde toen dat de Vlaamse Gemeenschap onmogelijk zelf een antwoord kan bieden op de noden van de Vlamingen die kinderopvang willen omdat er nu eenmaal slechts 1166 plaatsen komen in de gesubsidieerde kinderopvang, terwijl er tien keer meer aanvragen zijn. Zoals de heer Caron zei, kan het een probleem van middelen zijn, maar blijft het intussen wel een probleem.

Verdere ondersteuning en stimulering van de zelfstandige kinderopvanginitiatieven blijft dan ook noodzakelijk om beter te kunnen verhelpen aan het tekort aan kinderopvang. Mevrouw de minister, u stelde trouwens in uw antwoord dat u inderdaad ook een beroep blijft doen op de zelfstandige kinderopvanginitiatieven om te voorzien in een groot deel van de bijkomende plaatsen in de kinderopvang. Uiteraard blijft de VLD ervoor pleiten dat de zelfstandige kinderopvang de nodige steun krijgt om die verantwoordelijkheid te nemen.

De verdeling van de bijkomende plaatsen in de kinderopvang is blijkbaar niet bij iedereen in goede aarde gevallen. Sommige organisaties zoals PPJ en Solidariteit voor het Gezin, maar ook het Gemeenschapsonderwijs, hebben vragen gesteld bij de verdeling van de bijkomende plaatsen.

In uw antwoord zei u dat de raad van bestuur en het raadgevend comité de door u genomen beslissing unaniem hadden goedgekeurd. Daar voelde ik me niet zo goed bij, want u maakte hen daarmee impliciet het verwijt dat ze niet horen te klagen als ze eerder de beslissing hebben goedgekeurd. Althans, zo heb ik het ervaren.

Volgens mijn informatie stemt wat u toen zei, bovendien niet met de werkelijkheid overeen. De raad van bestuur heeft zich in november gunstig uitgesproken over de algemene criteria voor de verdeling van de bijkomende plaatsen. Het raadgevend comité heeft in april bij de installatievergadering te horen gekregen dat er in geen geval individuele dossiers kunnen worden besproken. Aldus heeft het raadgevend comité enkel de goedkeuring kunnen geven aan het globale plan voor de verdeling van de bijkomende plaatsen die aan de hand van de eerder goedgekeurde criteria werden toegewezen. Daar wringt precies het schoentje.

In mijn reплиek op uw antwoord in de plenaire vergadering vroeg ik dit in de commissie nog eens van nabij te bekijken. De criteria vallen onder het door de raad van bestuur eerder goedgekeurde en te volgen concrete beslissingspad. Nu blijkt dat bij sommige aanvragen wel rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld het advies van het lokaal overleg, terwijl het bij andere gewoon wordt genegeerd. Sommige aanvragen die pas gerealiseerd kunnen worden in het najaar 2007, worden wel goedgekeurd. Andere waarvan eveneens is vermeld dat ze eind 2007 worden gerealiseerd, worden dan weer niet goedgekeurd. Dat zorgt voor wrevel. De vraag is waar de grens ligt en wat er wordt verstaan onder snelle realisatie.

Mevrouw de minister, ik kan hiervan voorbeelden geven uit de lijsten die ik via de VLD-studiedienst mocht ontvangen. Ik hoop dat u begrijpt dat wanneer zo'n situatie zich voordoet, er in sommige middelen vragen worden gesteld bij de werkwijze. Kunt u duidelijkheid verschaffen over de rol van het raadgevend comité in het IVA Kind en Gezin? Is die rol beperkt tot strategische beslissingen of kan het raadgevend comité ook inspraak hebben in de operationele uitvoering van genomen beslissingen? Klopt het dat het raadgevend comité geen rol te spelen heeft bij de lokale en individuele verdeling van de bijkomende plaatsen in de kinderopvang?

Kunt u verklaren hoe het komt dat de criteria voor verdeling van bijkomende opvangplaatsen soms wel en dan weer niet worden toegepast en dat sommige criteria vooraf niet werden vastgelegd? Bestaat het risico niet dat bij gebrek aan controle door het raadgevend comité, arbitraire of zelfs politiek gekleurde beslissingen worden genomen? Met andere woorden, hoe wordt de objectiviteit bij de toepassing van de criteria gegarandeerd in het nieuwe IVA Kind en Gezin?

De voorzitter: De heer Dehaene heeft het woord.

De heer Tom Dehaene: Mijnheer de voorzitter, ik wil even mijn visie hierop toelichten, want ook wij waren betrokken partij. Ik heb wellicht dezelfde documenten gekregen als mevrouw Van der Borght. De uitleg van Kind en Gezin over alle individuele dossiers is volgens

mij zeer goed in verband te brengen met de vooropgestelde criteria. Sommige initiatieven zouden klaar zijn tegen eind 2007 en niet in de prijzen vallen. Voor de twee dossiers die me na aan het hart liggen, was het heel duidelijk dat dat niet zo evident was, terwijl het er wel degelijk in stond. De administratie heeft daarover duidelijk gezegd dat het goede dossiers waren, maar dat de realisatie in 2007 hen heel moeilijk leek. Ik moet ze daar eerlijk gezegd nog gelijk in geven ook.

Het is dan ook wat gemakkelijk te stellen dat, aangezien er initiatieven uit de boot zijn gevallen, er wel iets gebeurd moet zijn. Er was op voorhand bekend hoeveel plaatsen er zouden zijn en hoeveel er naar de afzonderlijke provincies zouden gaan. Uit de documenten die ik heb gezien, blijkt duidelijk dat ze zich hebben gehouden aan de vooraf gestelde voorwaarden. We kunnen ons alleen maar gelukkig prijzen dat er veel aanvragen waren. In die sector zijn er tenminste initiatiefnemers. We kunnen maar met z'n allen proberen meer middelen voor Welzijn te krijgen om zo meer opvangmogelijkheden te creëren.

Mevrouw de minister, er is een groot aanbod en er zijn veel initiatiefnemers. Hebt u al een zicht op een eventuele volgende golf van bijkomende plaatsen? De initiatiefnemers die nu geen uitbreiding krijgen, zouden zich daar al op kunnen voorbereiden.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Collega's, ik kan het niet laten even mijn verbazing uit te spreken. Er wordt gevraagd naar de bevoegdheden van het raadgevend comité. Die bevoegdheden zijn decretaal vastgelegd. Ik ben dus verbaasd, zeker door de vraag van mevrouw Van der Borght. Ze heeft immers gevraagd hoe we zullen controleren of het geen politiek gekleurde besluitvorming betreft.

In de context van het Beter Bestuurlijk Beleid werd de raad van bestuur afgeschaft. Hij werd omgevormd tot een raadgevend comité om onder het primaat van de politiek de controle over te laten aan het parlement en de politiek en niet langer aan een raad van bestuur. Ik ben dus meer dan verbaasd.

De taken van de raad van bestuur waren vroeger zeer duidelijk. De taken van het raadgevend comité zijn dat ook. Het oprichtingsdecreet geeft het raadgevend comité heel duidelijk een adviesbevoegdheid. Het comité geeft advies op vraag van de minister of op eigen initiatief. Daar waar de raad van bestuur vroeger een duidelijke bestuursbevoegdheid had, heeft het raadgevend comité die niet meer. Bovendien heeft het raadgevend comité geen controlerende opdracht. Het heeft alleen nog een adviesverlenende functie.

Het raadgevend comité adviseert over beleidsuitvoering, over uitbreidingsprincipes, over uitbreidingscriteria, over een plan van aanpak in verband met de programma-tie en over de toewijzingscriteria. Verder kan ook elke inhoudelijke beleidsuitvoerende aangelegenheid, elke wijziging van regelgeving en elke principiële stelling-name met betrekking tot het domein waarop Kind en Gezin actief is, het voorwerp uitmaken van een advies dat het raadgevend comité op eigen initiatief kan formu-leren.

De beslissingen in verband met de individuele dossiers zoals erkenning, principieel akkoord, de toekenning van het attest van toezicht, de weigering en de intrekking van attesten van toezicht zijn heel duidelijk ministeriële bevoegdheden. Bij wijze van algemene delegatie wordt deze bevoegdheid door de Vlaamse Regering gedele-geerd aan de leidende ambtenaar van de agentschappen. Het heeft geen zin die bevoegdheden altijd zelf op te nemen.

Ik denk dat ik tijdens de plenaire vergadering al vol-doende heb geantwoord op de vragen over de criteria zelf. Er is gezegd dat ik verkeerde informatie zou heb-ben gegeven. Daarom heb ik het verslag in kwestie meegenomen. Het betreft het advies van het raadgevend comité met het nummer RC/2006/0517/001. Daarin staat hoeveel plaatsen er zijn, om welke percentages het gaat, hoeveel aanvragen er waren en dergelijke. Bovendien staat daarin ook het volgende: 'Het raadgevend comité vreest wel dat veel initiatiefnemers ontgoocheld zullen zijn met deze beslissingen, maar het raadgevend comité geeft positief advies over de voorstellen zoals uitgewerkt en gemotiveerd in deze nota.'

Waarom speelt het advies van het lokaal overleg soms wel mee en soms niet? Het advies van het lokaal overleg wordt altijd meegenomen, maar voor de diensten voor opvanggezinnen is het advies van het lokaal overleg bijvoorbeeld niet verplicht. Voor bepaalde kwesties wordt een advies gevolgd en voor bepaalde kwesties niet, omdat men niet verplicht is het te volgen.

Men gaat dan dus op basis van de criteria, die in het raadgevend comité werden besproken, het dossier als geheel beoordelen. We hebben het advies telkens bestu-deerd, maar niet altijd gevolgd, omdat dat niet altijd verplicht is.

Alles is transparant en gemotiveerd. Dat wil ik heel duidelijk zeggen. Alle initiatiefnemers waren vrij en mochten zonder beperkingen initiatieven indienen. We hebben voor elk initiatief uitgebreid en duidelijk gemo-tiveerd waarom ze al dan niet in aanmerking kwamen voor de uitbreiding.

Hoe komt het dat het dan maar om 10 percent gaat? Dat is heel eenvoudig. We hebben immers geen grenzen

gesteld. Daardoor hebben heel veel initiatiefnemers een aanvraag gedaan. Er zijn ook aanvragen gekomen van reeds bestaande initiatieven, terwijl we altijd heel dui-delijk hebben gezegd dat het om nieuwe initiatieven moest gaan. Ook initiatieven die nu geen subsidies krijgen, hebben aanvragen ingediend om subsidies te kunnen krijgen. We hebben verschillende mogelijkhe-den gecreëerd. Het komt er dus op aan om in verband met die 10 percent geen appels en peren met elkaar te vergelijken.

Misschien moeten we in de toekomst wat rigider zijn om verwarring en teleurstelling te vermijden. Onder-tussen mag men niet vergeten dat we voor een aanzien-lijke uitbreiding zorgen in de kinderopvang. Dat is niet onbelangrijk.

Welke stappen zullen er nog worden gezet? Er komt nog de uitvoering van het plan in verband met de flexi-bele en occasionele kinderopvang. Zo zal er ook nog bijkomende ruimte worden gecreëerd. Ik wil in 2008 opnieuw een uitbreidingsbeleid realiseren voor initia-tieven in de kinderopvang. We zullen de grootste be-hoeften moeten opsporen, maar we willen ook iets doen voor initiatieven waarbij de behoeften kleiner zijn.

Ondertussen hebben we verdere initiatieven genomen om het zelfstandige initiatief verder te stimuleren. Dat levert resultaten op. We merken daar heel duidelijk een positieve golf. Er worden stappen gezet om de kloof tussen vraag en aanbod in deze belangrijke sector te dichten. We nemen het streven om de combinatie van arbeid en gezin te realiseren zeer ernstig. We hebben daar ook geld voor over. De verwezenlijkingen ervan zullen duidelijk zichtbaar worden.

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Laat dit duidelijk zijn: ik ben niet tegen het primaat van de politiek. Dat is inderdaad een van de doelen geweest van het hervormingen van het BBB. Alleen is 'advies over beleidsuitvoering- en ondersteuning' niet verder gedefinieerd. Dit kan zeer breed of zeer beperkt worden geïnterpreteerd. Moet dat advies aanwezig zijn op dossierniveau? Dat is voor interpretatie vatbaar. U hebt dit nu op een bepaalde wijze geïnterpreteerd. Ik kan daar begrip voor opbren-gen. Ik heb daar niets op tegen. Het gaat over criteria die u hebt besproken. Het middenveld, dat nu moord en brand schreeuwt, had dan ook beter moeten opletten. Het middenveld heeft een positief advies gegeven over sets van criteria, maar nu zijn ze boos omdat die wor-den toegepast. Ofwel hebben ze een verkeerd advies gegeven, ofwel zijn er toch fouten gemaakt bij de in-terpretatie van die criteria. Ik laat dat in het midden en wil er verder geen uitspraken over doen.

Wel lijkt het me heel erg duidelijk dat dit raadgevend comité verder de discussie moet voeren over die criteria en ervoor moet zorgen dat die zo transparant en duidelijk mogelijk zijn. Ik vind het niet meer dan normaal dat u de beslissing neemt. U hebt uw verantwoordelijkheid genomen als bevoegd minister en wij kunnen u daarover ondervragen.

We moeten ons ervoor hoeden de startfase van het Beter Bestuurlijk Beleid en de beleidsdoelstellingen inzake kinderopvang, waarmee vooruitgang moet worden geboekt, meteen al te laten besmeuren door een aantal vooronderstellingen en beschuldigingen. Daar zijn we niet erg mee gebaat.

Het is erg ontmoedigend voor iedereen, of het nu een ouder is die kinderopvang zoekt, of de administratie, of Kind en Gezin, of mensen die in het raadgevend comité zetelen, of de Gezinsbond of andere middenveldorganisaties, of wij zelf, om vast te stellen dat slechts op 10 procent van alle aanvragen kan worden ingegaan. We moeten daar iets op vinden. Misschien moet er, zoals de heer Dehaene zei, meer geld naar Welzijn gaan om een antwoord te vinden op die groeiende reële behoefte in onze samenleving. Ik wil dat graag mee ondersteunen

Aan de andere kant moeten we vermijden dat mensen worden ontgoocheld. Misschien, mevrouw de minister, moeten er stappen worden ingebouwd, zodat de mensen op voorhand weten wat de prioriteiten zijn. Dat zal ontgoocheling en nutteloze discussies helpen vermijden. Het lijkt me een ondankbare taak om minister te zijn en op aan negen mensen neen te moeten zeggen en slechts aan één ja. U hebt meer mensen tegen dan voor u. We moeten dat vermijden voor de dossiers worden ingediend. Misschien moet de toegang wat moeilijker worden gemaakt, om mensen niet te ontgoochelen.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Ik sluit me daar volledig bij aan.

Minister Inge Vervotte: Ik vind de hier geopperde suggestie zeer goed. Helaas moeten we vaststellen dat dit gebeurd is, en zelfs toen er een raad van bestuur was. Eind november heeft de raad van bestuur van Kind en Gezin een beslissing genomen over de werkwijze van de toekenning en de toe te passen criteria. Ik heb hier de lijst met de tien criteria, voor wie erin geïnteresseerd is. De toenmalige raad van bestuur heeft dit goedgekeurd.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over on line hulpverlening

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Mijnheer de voorzitter, deze vraag wordt ingegeven door een aantal cijfers. Wie kampt met zelfmoordgedachten en behoefte heeft om daar uiting aan te geven, kan er vanaf september twee avonden per week over chatten met vrijwilligers van de Zelfmoordlijn. Mevrouw de minister, in het kader van de begrotingswijziging kende u eerder al voor 20.000 euro extra subsidies toe aan het Centrum ter Preventie van Zelfmoord.

Heel wat mensen verkiezen immers het chatten als laagdrempelige manier van praten in een hulpverleningskader. Ik kan dat ook wel begrijpen. Het chatprogramma garandeert volledige anonimiteit en veiligheid. Het is voor de hulpverleners of de mensen van het CPZ onmogelijk om het e-mailadres te zien. Het is voor anderen onmogelijk om het gesprek mee te volgen of te onderbreken. Na het gesprek blijft er ook niets achter op de computer van de gebruiker.

Ook de Federatie van Tele-Onthaaldiensten in Vlaanderen biedt sinds 2002 opvang aan via internet. Het voorbije jaar waren er bijna 2000 oproepen, waarvan ongeveer 1500 leidden tot een hulpverlenend gesprek. Opvallend hierbij is dat on line een overduidelijk jonger publiek wordt bereikt dan aan de telefoon. Dat is toch wel belangrijk. Een kwart van de oproepers is minderjarig. De gespreksonderwerpen komen overeen met die van de telefonische hulpvragen. Opvallend is echter het hoge aantal oproepen waarin de slachtofferbeleving centraal staat.

Dit succes doet vermoeden dat deze manier van hulpverlening voor sommige mensen een antwoord biedt op hun behoeften en vragen. Zij zullen niet zo snel een beroep doen op telefonische hulpverlening. Het blijkt dat via het internet kan worden gesproken over ervaringen of gedachten, waar dat niet mogelijk blijkt in een livegesprek aan de telefoon, ook al is dat anoniem.

Mevrouw de minister, on line hulpverlening is een relatief nieuw medium, waarvoor weinig expertise voorhanden is. Welke initiatieven overweegt u om een zicht te krijgen op de mogelijkheden van dit medium? Gebeurt er momenteel wetenschappelijk onderzoek in Vlaanderen? Gezien de laagdrempeligheid en het bereiken van een jong publiek, overweegt u een bredere implementatie van on line hulpverlening? Zijn er hierover gesprekken met hulpverleningsorganisaties? Zijn er binnen het huidige wetgevend kader voldoende zekerheden ingebouwd voor de on line hulpverlening?

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Het is noodzakelijk om duidelijkheid te scheppen over het begrip on line hulpverlening. Deze vorm van hulpverlening kan verschillende ladingen dekken. Zo kunnen we drie verschillende niveaus van on line hulpverlening onderscheiden. Hulpverlening via internet als primaire preventie onder de vorm van gezondheidsbevordering, een vorm van zelfzorg of zelfeducatie. Hulpverlening als crisisopvang en als toeleiding naar verdere zorg, die te vergelijken is met telefonische hulpverlening, maar dan via het internet – de on line zelfmoordlijn. Hulpverlening via internet onder de vorm van therapie, depressiebehandelingen via het internet – de on line behandeling.

Dit medium is nogal nieuw, maar we mogen de mogelijkheden ervan niet onderschatten, zeker niet als we een beleid willen voeren voor de verschillende doelgroepen. Zo kunnen we mensen bereiken die we anders niet bereiken. U hebt terecht verwezen naar het succes bij jongeren. We mogen die mogelijkheid dus zeker niet uitsluiten.

Eind vorig jaar heb ik aan Tele-Onthaal een projectsubsidie van 83.000 euro gegeven om hun klassieke aanbod verder uit te breiden met een on line hulpaanbod en zodoende dit aanbod te versterken. In die zin heb ik gekozen voor een uitbreiding van de on line zelfmoordlijn. Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen de verschillende hulpverleners. Het is niet de bedoeling geweest om therapeutische hulp on line aan te bieden. Ik heb in dat verband ook geen overleg gepleegd met de hulpverleners omdat het te maken heeft met vrijwilligerswerk.

Voorlopig is het on line project met het Centrum ter Preventie van Zelfmoord uitgebreid omwille van de grote behoefte. Zowel de zelfmoordlijn, Tele-Onthaal als de kinder- en jongerentelefoon bieden op dit ogenblik on line hulpverlening aan. Naar de toekomst toe zullen deze chatsessies beter op elkaar moeten worden afgestemd. Ik wil hier echter stapsgewijs in verdergaan en niet rond allerlei thema's tegelijk on line hulpverlening opstarten. Daarom beperk ik me voorlopig tot de lopende projecten. Uit die ervaringen kunnen we leren en dan zien of uitbreiding zinvol is.

Met het wettelijk kader moeten we voorzichtig zijn. Er kunnen risico's zijn in de on line hulpverlening die te maken kan hebben met de privacy, de deskundigheid van de hulpverlener en de bijhorende aansprakelijkheid.

Het programma dat wordt gebruikt voor de on line zelfmoordlijn is een programma dat in het buitenland werd ontwikkeld en speciale aanpassingen heeft ondergaan om privacy en anonimiteit te verzekeren. De vrijwilligers voor on line hulpverlening worden opgeleid in on

line communicatie, met uitleg over het medium en het programma. Ze krijgen ook uitleg over de belangrijkste valkuilen van het medium en over de manieren om deze valkuilen te ondervangen.

Hulpverlening via de telefoon vergt een andere aanpak dan on line, omdat je minder kunt interpreteren en je moet baseren op informatie op het scherm, waardoor de kans op misinterpretatie groter is. Dat vergt dus een specifieke opleiding. Ook de typische jongerentaal en het gebruik van afkortingen en leestekens komt uitgebreid in de training aan bod.

De informatie en crisisopvang die zij aanbieden via het internet, blijft uiteindelijk dezelfde als bij telefonische hulpverlening. Men kan wat het wetgevend kader betreft de on line zelfmoordlijn gelijkstellen met de telefonische hulpverlening.

Op het niveau van de zelfzorg is het belangrijk dat de persoon zo veel mogelijk op zichzelf moet kunnen terugvallen. We moeten wel zorgen voor voldoende professionele hulpverlening. In mijn beleid beperk ik me tot de domeinen zelfeducatie en crisisopvang. Daardoor is er geen echt risico op ethisch-juridische problemen.

Anders zou het zijn indien on line therapeutische hulpverlening zou worden aangeboden. Dit zit in de lift in het buitenland, maar staat bij ons nog in de kinderschoenen. Als het groeit, moeten we dat verder bewaken. Er is ook nog verder onderzoek nodig, vooral naar de wijze van implementatie, de kwaliteitsbewaking en -labeling en de aansprakelijkheid. In de praktijk zal het vaak gaan om de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, wat een federale bevoegdheid is.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Dit medium biedt inderdaad kansen voor belangrijke doelgroepen. Een verdere harmonisering is en blijft van groot belang. De ondersteuning van de vrijwilligers is nodig. Zoals u zegt, is iemand afhankelijk van wat op het scherm te zien is. Dat lijkt me niet altijd gemakkelijk om te doen. Ik ben blij dat uw aandacht voor het thema wordt vertaald in projectsubsidies waardoor het kan groeien en we het kunnen opvolgen.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de aanwending en toekenning van de middelen van het federaal Fonds tot bestrijding van het tabaksgebruik en de opheffing en vervanging van dit fonds door een nieuw federaal fonds tot bestrijding van de verslavingen

Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over federale bevoegdheidsinbreuken in de Vlaamse gezondheidszorg

Vraag om uitleg van mevrouw Greet Van Linter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het interministeriële overleg betreffende het 'Nationaal Voedingsplan' en de gemeenten

De voorzitter: Mevrouw Merckx heeft het woord.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, de bevoegdheidsverdeling geeft soms aanleiding tot heel concrete problemen. Ik wil vooraf stellen dat de gemeenschappen al sinds 1980 bevoegd zijn voor het gezondheidsbeleid. We kunnen dus al terugkijken op een periode van 25 jaar Vlaamse gezondheidszorg. Ik ben ervan overtuigd dat iedereen het met me eens is dat in die tijd al heel wat is gerealiseerd. Zonder er genoegzaam over te doen, mogen we toch stellen dat de Vlaamse gezondheidszorg goed bezig is.

Helaas is er steeds vaker sprake van federale recuperatie, vooral op het domein van de preventieve gezondheidszorg. Federaal minister Demotte ontwikkelde heel wat initiatieven, bijvoorbeeld inzake rookpreventie, zelfdodingpreventie, de strijd tegen ongewenste zwangerschappen bij jongeren en sensibiliseringscampagnes met betrekking tot SOA. Het gaat nog verder met initiatieven inzake prenatale zorg en alcoholpreventie. Er zijn nog twee nieuwe gevallen die ik graag aan u wil voorleggen.

Deze initiatieven breken allemaal binnen in het bevoegdheidsdomein van de gemeenschappen. Zo is er het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan dat in 2005 aan een interministeriële conferentie ter goedkeuring werd voorgelegd. Naar ik verneem, is het er niet goedgekeurd. Minister Demotte doet daar nogal mysterieus over. Of het nu wel of niet werd goedgekeurd, hij geeft er wel uitvoering aan. Daarmee gaat hij in tegen afspraken die zijn vastgelegd in het protocolakkoord van 13 juni 2005.

Mevrouw de minister, het is volgens mij dan ook geen 'nationaal' voedings- en gezondheidplan, maar wel een

'federaal' plan. Nochtans is een betere afstemming met de beleidskeuzes van de verschillende gemeenschappen absoluut noodzakelijk als een plan doeltreffend wil zijn.

De campagne is opgestart met vijf verschillende voedingsgidsen voor het grote publiek, een website en een televisiespot. Op 25 april 2005 gaf minister Demotte in een antwoord op een vraag in de Kamer aan dat het operationele onderdeel van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voorziet in maar liefst zestig verschillende acties, verdeeld over zeven strategische krachtlijnen. Ik bespaar u de opsomming. Hij zei dat de ontwikkeling en de uitvoering van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan gesuperviseerd wordt door een expertenstuurgroep en dat vertegenwoordigers van gemeenschaps- en gewestregeringen hierin actief hebben geparticipeerd. Volgens de minister is het protocolakkoord gepubliceerd en zullen de experts in de toekomst de activiteiten van het plan blijven coördineren. Op deze wijze zal volgens hem de impact van de verschillende acties die worden ondernomen op federaal, gemeenschaps-, gewestelijk en lokaal vlak kunnen worden gemaximaliseerd en leiden tot een succesvolle bewustwording van de bevolking.

Het is een federaal plan en dus kan de minister niet stellen dat het een nationaal plan is. De kers op de taart is dat nu ook de gemeenten erbij worden betrokken. De minister schrijft een prijs uit waarbij hij enkele weken voor de verkiezingen aan de beste projecten van tien Vlaamse, tien Waalse en vijf Brusselse gemeenten 5000 euro wil geven. Ik denk dat hij zich hiermee uitdrukkelijk op het terrein van de preventie, onze Vlaamse bevoegdheid, begeeft.

Volgens de Vlaamse Gezondheidsraad is het heel belangrijk dat in het preventiebeleid de lokale gemeenschap en de lokale overheden een grote rol spelen. Deze lokale overheden moeten nu enerzijds kiezen om mee te doen aan een wedstrijd van een federaal minister voor 5000 euro – wie wil er niet de beste zijn, wie wil er geen prijs halen – en anderzijds voor een inbedding en financiering in een opgezette structuur, die heel lokaal is en duidelijk verbonden aan ons Vlaams netwerk. Dat is heel logisch en wordt in de toekomst in het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad uitdrukkelijk aanbevolen.

Het andere voorbeeld is het Fonds ter bestrijding van het tabaksgebruik, in 2003 opgericht met heffingen en middelen van de federale overheid. Een KB moest de voorwaarden bepalen om de middelen van het fonds aan te wenden. Preventie van tabaksgebruik is de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap. Ik bespaar u de opsomming van wat er in het KB staat. Als we de ministeriële besluiten en de antwoorden op parlementaire vragen over de besteding van de middelen uit dit

fonds bekijken, zien we dat de Franse Gemeenschap zich daar bijzonder goed heeft bediend. Het is misschien ongenueanceerd maar het is de realiteit. Via dit fonds worden heel veel projecten gefinancierd in het kader van het onderwijs. Een heel belangrijk project is een subsidie voor een antibakscampagne voor leerlingen van de eerste graad en een voor een globaal tabakspreventieproject bestemd voor universiteiten en hogescholen. Dit is te lezen in een vraag van 20 januari die is gepubliceerd op 29 mei. Ook hier lezen we een hele lijst van projecten met een betwiste bestemming van deze middelen.

Het is nog niet gedaan. Tijdens de bespreking van de programmawet lag er een nieuwe tekst voor, om dat tabaksfonds af te schaffen en te vervangen door een fonds ter bestrijding van de verslavingen, met ingang van 1 januari 2006. We zijn nu juli 2006. Het tabaksfonds kreeg het eerste jaar 1 miljoen euro, dan 2 miljoen euro. Nu is er een jaarlijks bedrag van 5 miljoen euro dat aangewend zou worden voor de financiering van projecten ter bestrijding van verslavingen, georganiseerd op initiatief van de overheden, ook weer aan te duiden bij KB en onder voorwaarden eveneens vastgesteld bij KB.

Mijnheer de voorzitter, dat zijn twee heel recente voorbeelden. We stellen in het federaal Voedings- en Gezondheidsplan vast dat de federale minister nog niet aan het einde van zijn acties is. Het tabaksfonds is nu omgevormd naar een verslavingsfonds. Daar stellen we vast dat de scope van het fonds wordt vergroot en de middelen worden verhoogd, en dat er de grootste onduidelijkheid bestaat over waaraan de middelen allemaal kunnen worden besteed.

In deze twee gevallen heeft de minister telkens gezegd dat het goed is dat er wordt samengewerkt met de gemeenschappen en dat een akkoord met de gemeenschappen cruciaal is. Mevrouw de minister, in welke mate is er overleg geweest over de acties? Is er sprake van een coördinatie tussen de Vlaamse en federale acties? Wat is uw reactie op die voortdurende bevoegdheidsinbreuken op het vlak van het gezondheidsbeleid? Hoe kan de Vlaamse Regering daar een halt aan toeroepen? Op welke wijze kan men werken naar een consensus?

Hoe kunnen we het Vlaamse deel van de middelen voor het tabaksfonds ter beschikking krijgen? Op welke manier kunnen we gelden van de voorbije jaren recupereren? Zijn die nog wel te recupereren?

Met betrekking tot de discussie over de programmawet had de minister gezegd dat hij nieuwe ideeën heeft over en alternatieven heeft voor een samenwerkingsakkoord met de gemeenschappen. Bent u daarvan op de hoogte? Wat omvatten deze alternatieve voorstellen? Op welke wijze zult u ervoor zorgen dat de bevoegdheidsoverdracht van het gezondheidsbeleid op Vlaamse leest

wordt geschoeid? Ik heb het dan over een beleid dat beantwoordt aan de noden in Vlaanderen.

De voorzitter: Mevrouw Van Linter heeft het woord.

Mevrouw Greet Van Linter: Ik wil het over het voedingsplan hebben en het feit dat minister Demotte de gemeenten daarbij betreft. Hij meldt namelijk dat hij zijn campagne naar de gemeenten uitbreidt. De gemeenten spelen al een rol in de voedingsprogramma's die de Vlaamse overheid opzet. Moeten zij ook nog meedraaien in de programma's van de federale overheid?

Het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België heeft de bedoeling om gezondere voedingsgewoonten en meer lichaambeweging te promoten via het uitwerken van maatregelen in samenspraak met maatschappelijke actoren en vertegenwoordigers van de gemeenschappen en gewesten. Het plan werd gelanceerd op 11 april en hiervoor is een operationeel plan uitgewerkt met 60 concrete acties in de periode 2006-2010.

De bijdrage van de steden en gemeenten moet snel worden geleverd. Een aantal weken voor de verkiezingen zal de minister aan de beste projecten nog een prijs van 5.000 euro geven. Een van de problemen is dat deze preventiecampagne tot de Vlaamse bevoegdheden behoort, niet tot de federale. Minister Demotte overschrijdt hier geregeld zijn bevoegdheden. Bovendien hebben organisaties zoals het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, Kind en Gezin en Nutrition Information Center al aan de federale minister laten weten dat er geen behoefte is aan alweer nieuwe brochures, affiches of tv-spotjes.

Minister Demotte verwezenlijkt echter onverstoord zijn plannen en breekt zodoende in de Vlaamse bevoegdheden in. Hij werd hierover ondervraagd in de commissie Volksgezondheid van de Kamer op dinsdag 27 juni 2006. Hij verklaarde dat er geen probleem is. Ik citeer uit zijn antwoord: 'De activiteiten van het voedingsplan zijn complementair aan de activiteiten van de gemeenschappen en gewesten en hebben tot doel deze te versterken.(...) De acties van het voedingsplan wensen zoveel mogelijk burgers te bereiken en omvatten alle niveaus van de maatschappij, met inbegrip van de steden en gemeenten die het dichtst bij de bevolking staan. Ik wens te onderstrepen dat de samenwerking met de gemeenschappen en gewesten een essentieel onderdeel is voor het welslagen van het nationaal voedingsplan. De ontwikkelingen en werkzaamheden rond het nationaal voedingsplan zijn meermaals het onderwerp van bespreking geweest op de interministeriële conferenties die hebben geleid tot de publicatie van de wetenschappelijke basistekst.'

Samengevat stelt minister Demotte dat er hoegenaamd

geen probleem is, meer zelfs, dat de huidige werkwijze voortvloeit uit regelmatig overleg. Gewesten en gemeenschappen worden uitgenodigd op elke vergadering van deskundigen en van de stuurgroep en op ieder overleg met maatschappelijke actoren. Ik heb de indruk dat dit bij u ongenoegen opwekt. Ik hoop dat u daarover wat duidelijkheid kunt geven.

Mevrouw de minister, wat is uw standpunt over de bevoegdheidsverdeling of bevoegdheidsoverschrijding in deze bijkomende campagne in de gemeenten? Deelt u het standpunt van de organisaties die stellen dat er momenteel geen nood is aan een bijkomende campagne? Kunt u bevestigen dat er op regelmatige tijdstippen interministerieel overleg heeft plaatsgevonden? En dat de huidige bijkomende campagne complementair en versterkend is? Welke afspraken werden over deze campagne gemaakt in het interministerieel overleg?

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Mevrouw Merckx, u vraagt een overzicht van wat er sinds januari 2003 is gebeurd. Ik beperk mij tot de essentie. Op 24 januari 2003 hechtte de toenmalige Vlaamse Regering haar principiële goedkeuring aan een ontwerp van samenwerkingsakkoord tussen de federale staat, de gemeenschappen en gewesten over de bestrijding van het tabaksgebruik. In dit voorstel zou Vlaanderen 818.148 euro krijgen.

In april 2003 stelde de Raad van State in zijn advies dat de formulering van artikel 5 van het akkoord niet aanvaardbaar is wegens een bevoegdheidsoverschrijding. In september 2003, na het samenstellen van de nieuwe federale regering, schreef minister Demotte een nieuw voorstel van samenwerkingsakkoord voor de oprichting van een tabaksfonds.

Einde september 2003 organiseerde minister Demotte een overleg met de gemeenschappen en gewesten over het tabaksfonds op basis van zijn nieuwe voorstel.

Het standpunt van toenmalig Vlaams minister Byttebier was dat er zo weinig mogelijk zou worden veranderd aan het oorspronkelijke voorstel, alleen het nodige om tegemoet te komen aan de bezwaren van de Raad van State.

In oktober 2004 verscheen dan het koninklijk besluit waarin minister Demotte op eigen houtje een federaal tabaksfonds oprichtte, dat verder niets meer te maken had met de voorstellen van het samenwerkingsakkoord die ter tafel lagen. Gemeenschappen en gewesten zijn hier volledig buitenspel gezet en werden niet betrokken bij de oprichting van het federale tabaksfonds.

In juni 2005, nadat ikzelf herhaaldelijk had aangedrongen, ondermeer via de Cel Gezondheidsbeleid Drugs,

nodigde minister Demotte de gemeenschappen en gewesten opnieuw uit voor een overleg. De gemeenschappen en de gewesten zijn van oordeel dat we nog steeds naar een echt tabaksfonds en niet naar een federaal tabaksfonds moeten streven. Dit fonds moet de middelen uit de accijnzen herverdelen, zodat ze binnen de bevoegdheden van het eigen preventiebeleid kunnen worden ingezet. Het gaat er steeds om de doeltreffendheid en de efficiëntie van de preventie-initiatieven te garanderen.

We hebben hierover al eerder een debat gevoerd. Niet alle initiatieven zijn goede initiatieven. Uit onderzoeken blijkt dat sommige initiatieven zelfs schade berokkenen. Dit is een essentieel punt. Het bestaan van een initiatief volstaat voor mij absoluut niet. Initiatieven moeten in preventiestrategieën en in een door de gemeenschappen gevoerd preventiebeleid passen.

We gaan ervan uit dat we over de juridische mogelijkheden beschikken om een echt tabaksfonds op te richten. In juni 2005 heeft een vertegenwoordigster van het kabinet van minister Demotte zich akkoord verklaard om een nieuw voorstel van samenwerkingsakkoord te ontwikkelen. In dit nieuwe akkoord zou met deze vraag rekening worden gehouden. De vertegenwoordigster van het kabinet van minister Demotte heeft toen garanties in verband met de aanwending van de middelen van het tabaksfonds gevraagd. Die middelen moeten naar nieuwe initiatieven gaan. Ze mogen niet worden geheroriënteerd. De Vlaamse Gemeenschap heeft hier geen problemen mee. Dit is steeds ons uitgangspunt geweest.

Minister Demotte heeft verklaard dat zijn tabaksfonds slechts een voorlopige oplossing was en dat ondertussen verder aan een echt tabaksfonds kon worden gewerkt. Dit was tot voor kort zijn officieel standpunt. Op de vergadering van de cel Gezondheidsbeleid Drugs van april 2006 is gemeld dat minister Demotte niet langer van plan is een tabaksfonds op te richten.

De Vlaamse overheid is op geen enkele wijze bij de toekenning van projecten betrokken. We kennen de beoordelingscriteria of de genomen beslissingen niet. We hebben geen zicht op de aanvragers. We hebben een lijst van gesubsidieerde projecten voor 2005 gekregen. Die lijst is onvolledig gebleken. Op die lijst staan trouwens slechts enkele Vlaamse projecten vermeld. Tijdens een vergadering met de cel Gezondheidsbeleid Drugs hebben we dit punt ter sprake gebracht. Er is ons toen verteld dat slechts weinig Vlaamse projecten waren ingediend en dat de voorkeur aan tweetalige projecten werd gegeven. Op basis van de informatie waarover ik beschik, kan ik niet over de wetenschappelijke basis van de selectiecriteria oordelen. Die criteria zijn me immers niet bekend. We heb-

ben er geen zicht op. Blijkbaar was tweetaligheid een selectiecriteria.

Indien we alle feiten in aanmerking nemen, kunnen we op zijn zachtst stellen dat met betrekking tot dit dossier niet veel vooruitgang is geboekt. Overleg met minister Demotte zou niet noodzakelijk tot meer resultaten leiden. Ik zal de Vlaamse Regering vragen de minister-president de opdracht te geven deze aangelegenheid zo spoedig mogelijk op de agenda van het Overlegcomité te plaatsen. Op deze manier kunnen we het verloop van het dossier en de eerder aangegane engagementen bij de federale regering en bij alle gewest- en gemeenschapsregeringen aankaarten. Ik heb in dit verband een nota voor de Vlaamse Regering opgesteld. Die nota bevindt zich nu voor advies bij de minister van Begroting. Dit is de normale procedure.

Het Overlegcomité kan een technische werkgroep oprichten om een ontwerp van bijzondere wet voor te bereiden. In die bijzondere wet kan de financiering en de bestemming van het fonds ter bestrijding van tabaksgebruik definitief worden uitgewerkt en kan een echt tabaksfonds in het leven worden geroepen.

Mevrouw Merckx heeft me daarnet naar de precieze inhoud van de alternatieve voorstellen van minister Demotte inzake de verdeling van de preventiemiddelen gevraagd. Ik weet niet of het zinvol is hierover meer informatie te verstrekken.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey: Mij lijkt dit zinvol. Wij lezen de documenten van de Kamer van Volksvertegenwoordigers. Ik ga ervan uit dat de federale volksvertegenwoordigers onze documenten lezen. Dit geldt alleszins voor de volksvertegenwoordigers van mijn partij.

Minister Inge Vervotte: Volgens het voorstel van minister Demotte zouden de federale overheid en de regionale overheden elk een financiële bijdrage leveren. Op die manier wil hij rekening houden met een bekommernis die daarnet al aan bod is gekomen. Volgens zijn voorstel zou Vlaanderen 1.093.210 euro moeten inbrengen. Dit is 29,4 procent van het totaal.

Het is opmerkelijk dat in het voorstel van minister Demotte wel een verdeelsleutel voor de inkomsten, maar niet voor de uitgaven of voor de herverdeling van de middelen van het fonds is opgenomen. Het staat vast hoeveel iedereen zou moeten storten. Het is niet zo duidelijk wat terug naar de gemeenschappen zou vloeien. We hebben natuurlijk verklaard dat dit denkspoor voor ons onaanvaardbaar is.

Het voorstel van minister Demotte bepaalt tevens dat een comité met vertegenwoordigers van alle betrokken overheden over de bestedingen van het fonds zou beslissen.

Vlaanderen zou echter slechts een beperkt aantal vertegenwoordigers krijgen. Hoewel we voor 29,4 procent van de inkomsten zouden moeten zorgen, zouden we slechts over twee vertegenwoordigers kunnen beschikken. Dit gaat natuurlijk in tegen de basisidee met betrekking tot de maatschappelijke verantwoording van het tabaksfonds.

Omwille van de verdeelsleutel voor de uitgaven en van de vertegenwoordiging in het comité zijn we er niet in geslaagd tot een overeenkomst te komen. Ik ben van mening dat we op basis van wetenschappelijke criteria moeten beslissen. Het is voor ons niet noodzakelijkerwijze een probleem om een bijdrage te leveren. Er moet echter eerst duidelijkheid over de andere elementen van het voorstel zijn.

Uit wat ik hier al heb gezegd, is allicht duidelijk gebleken dat we niet van alle voorstellen op de hoogte zijn gebracht. Het enige wat ik officieel weet, heb ik zelf uit de documenten van de Kamer van Volksvertegenwoordigers moeten halen. In een voorstel van programmawet is sprake van een uitbreiding van het toepassingsgebied van het tabaksfonds tot de bestrijding van alle verslavende middelen.

Ik heb verder moeten vaststellen dat in dat document het bedrag van 2 miljoen euro naar 5 miljoen euro wordt opgetrokken.

Ik lees verder in het verslag van de federale commissie voor Volksgezondheid van 14 juni 2006, waar dit document werd besproken, dat in de vragen van de commissieleden dezelfde bekommernissen aan bod komen als die welke hier al jaren over dit dossier worden gesteld. Die bekommernissen slaan op het feit dat het gaat om een duidelijke bevoegdheid van de gemeenschappen, en ook op het bewustzijn dat er een degelijk samenwerkingsakkoord nodig is.

Ik stel ook vast dat de federale minister in zijn antwoord niet ingaat op de vragen die daarover zijn gesteld. De minister stelt in zijn antwoord aan de commissie dat een beleid ter bestrijding van het tabaksgebruik moet steunen op een aanpak die op de verschillende bevoegde bestuursvlakken wordt gecoördineerd. Verder verschuilt hij zich achter het al vermelde advies van de Raad van State om geen samenwerkingsakkoord met de gemeenschappen en gewesten af te sluiten.

Wat betreft de manier van werken van het nieuwe fonds, citeer ik uit het verslag: "Gelet op de belangrijkheid van de beoogde aangelegenheden mag men zich echter niet door institutionele hinderpalen laten verlammen. De minister voegt eraan toe dat de middelen van het tabaksfonds niet volgens een vooraf bepaalde verdeelsleutel zijn toegewezen. De gevolgde

logica is er immers een van projecten. Thans treedt het tabaksfonds maar op als er aanvragen zijn. Een begeleidingscomité moet evalueren of het opportuun is de voorgelegde projecten ter bestrijding van het tabaksgebruik te financieren en daar advies over uitbrengen. Dat comité bestaat uit twee leden van de beleidscel van de minister, een vertegenwoordiger van het Riziv, twee vertegenwoordigers en de inspecteur van Financiën van de FOD Volksgezondheid en twee deskundigen inzake tabaksgebruik.” U weet dat Vlaanderen een evidence-based beleid voert, en dus andere criteria naar voren schuift.

In citeer verder: “In verband met het toekomstige fonds tot bestrijding van de verslavingen is het nog te vroeg om vooruit te lopen op de werking ervan. Eerst moet het instrument worden gecreëerd, dan pas kunnen de nadere werkingsregels worden uitgestippeld. Men mag echter geredelijk aannemen dat een begeleidingscomité zal worden opgericht met een samenstelling die analoog is aan die van het voornoemde begeleidingscomité.” Er is hier dus geen sprake van het betrekken van de gemeenschappen bij de zaak, of van de invoering van een verdeelsleutel.

Het is voor mij meer dan duidelijk dat mijn federale collega zijn strategie van bevoegdheidsoverschrijding in de strijd tegen tabak wil uitbreiden. Daarom wil ik het probleem hier agenderen, en zo nodig juridische stappen ondernemen.

Inbeslagnames en verbeurdverklaringen behoren niet tot mijn bevoegdheid: op de vraag hierover kan ik dus niet antwoorden.

Er zijn ook vragen gesteld over het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan. Het is juist dat ik dat opvat als een federaal plan van de bevoegde federale minister. Op 13 juni 2005 is er een duidelijk akkoord afgesloten. Het is op 23 november 2005 in het Belgisch Staatsblad verschenen. Daarin staan alle bevoegdheden expliciet vermeld. In artikel 5, paragraaf 1 neemt de federale overheid de verbintenis op zich te werken rond de normering van voedingsproducten, aan veiligheidsmaatregelen voor de voedselketen te werken, het treffen van maatregelen in horecazaken en restaurants en het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek.

In paragraaf 2 verbinden de gemeenschappen en de gewesten er zich toe om de bevolking te sensibiliseren ‘met een specifieke benadering van kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen, het voorzien van vorming naar de algemene bevolking en specifieke doelgroepen, het treffen van maatregelen ter bevordering van de fysieke activiteit en het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek’.

Op de interministeriële conferentie van 12 december

2005 heb ik het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan niet goedgekeurd. Volgens ons moet het plan op inhoudelijk vlak op belangrijke punten worden bijgewerkt. Verder ontbreekt het aan duidelijkheid over de taakverdeling en dus aan respect voor ieders bevoegdheden zoals die zijn afgesproken in het protocol. Mijn federale collega gaf toen uitdrukkelijk te kennen dat de bevoegdheid van elke overheid zeker zou worden gerespecteerd en dat hij daartoe in het plan de nodige duidelijkheid zou creëren.

In het overleg tussen mijn kabinetschef, mijn adjunct-kabinetschef en de kabinetschef van minister Demotte van 10 maart 2006 is het probleem opnieuw besproken. Opnieuw bevestigde de minister dat hij de bevoegdheidsverdeling zou respecteren. Ik stel niettemin vast dat daar tot op heden nog geen enkel gevolg aan is gegeven. Hoewel het nationaal plan nog niet is goedgekeurd door de gemeenschappen, voert minister Demotte het toch al uit.

Naast de niet-goedkeuring van het plan op de interministeriële conferentie van 12 december 2005 heb ik in een brief van 21 februari 2006 aan minister Demotte heel duidelijk mijn ongenoegen verwoord over de gevolgde werkwijze over het federale plan. In die brief heb ik uitdrukkelijk gevraagd om het protocol te respecteren. Tot op heden heb ik geen positieve of constructieve reacties ontvangen.

Herhaaldelijk hebben terreinorganisaties zoals het VIG, Kind en Gezin en het Nutrition Information Center, die in werkgroepen het nationaal plan hebben voorbereid, te kennen gegeven dat er geen nieuwe nood was aan affiches, brochures en tv-spotjes, want ze zijn niet efficiënt om gedragsverandering uit te lokken. Meermaals hebben experts erop gewezen dat er meer nood is aan de versterking van sociale vaardigheden en meer oog voor psychische ondersteuning en omgevingsfactoren. De brochures vormen geen meerwaarde in vergelijking met de Vlaamse informatiebrochures die het VIG, Kind en Gezin en het NICE verspreiden.

Ik vraag de organisaties die onder mijn bevoegdheden vallen dan ook om geen verwarring te creëren en om te werken met al veel eerder uitgewerkt en ook wetenschappelijk onderbouwd materiaal. Een Vlaamse expertise- en overleggroep met daarin vooraanstaande experts, academici en vertegenwoordigers van de uitvoerende organisaties zal, samen met mijn kabinet en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, de Vlaamse Gezondheidsconferentie van 2008 over voeding en beweging op een wetenschappelijke basis voorbereiden. Daartoe zullen ze werken met de kenmerken van de Vlaamse populatie.

Het nationaal actieplan is ons inziens geen initiatief dat uitvoering verdient. Het is een toonbeeld van een niet-

efficiënte besteding van schaarse overheidsmiddelen. Het is een initiatief dat niet complementair is aan onze initiatieven, of onze initiatieven versterkt.

De voorzitter: Mevrouw Merckx heeft het woord.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey: De Vlaamse Regering, de minister-president en uzelf zullen het Tabaksfonds agenderen op het Overlegcomité, en dat zal zeker binnenkort plaatsvinden.

Wat het voedings- en gezondheidsplan betreft, weet ik het niet zo goed, er zijn nog zoveel acties gepland. Hoe gaat u ervoor zorgen dat dit stopt? Daarover communiceren of kibbelen heeft niet zo veel zin. Is er een interministeriële conferentie of een overlegcomité mogelijk?

Uiteraard neem ik aan dat men dit op het federale niveau ook wel zal blijven volgen. Collega de Bethune zal minister Demotte hierover donderdag ondervragen. Hoe kunnen we dit stoppen? Of hoe kunnen we komen tot een leefbare consensus – hoewel de man hardleers is – die rekening houdt met uw uitgangspunten en de uitgangspunten van Vlaanderen?

De voorzitter: Mevrouw Van Linter heeft het woord.

Mevrouw Greet Van Linter: Ik kan me volledig aansluiten bij de woorden van mevrouw Merckx. Zeggen dat minister Demotte hardleers is, is volgens mij eigenlijk nog een understatement, mevrouw de minister. Ik heb met steeds meer verbazing geluisterd naar wat u hier allemaal hebt verteld over minister Demotte. Hij blijft er echt moedwillig zijn voeten aan vegen, om het lelijk te zeggen. Ik denk dat daar maar één oplossing voor is, namelijk een splitsing van de gezondheidszorg. Een eigen beleid is volgens mij de enige manier om tot een goed en gericht beleid te komen. Er zijn namelijk enorm veel verschillen tussen de gewesten.

Wat de voorstellen van mevrouw Merckx betreft, overleg en interministeriële conferenties en gesprekken allerhande: ik wil wel maar ik denk dat minister Demotte niet wil. We hebben al vaak genoeg gezien dat die 'non' van de PS slechts drie lettertjes zijn, maar dat die eigenlijk altijd doorwegen. Misschien moet er eens een sterker signaal komen vanuit de Vlaamse Regering, en dan echt vanuit de totale Vlaamse Regering. Misschien moet u eens duidelijk maken dat het nu genoeg is geweest en dat de zaak nu serieus wordt aangepakt. De Vlaamse Regering zou kunnen zeggen: nu gaan we eens de vinger op de knip houden en bijvoorbeeld in dossiers als het faciliteitenonderwijs ook eens beginnen het been stijf te houden. Ik zou wel eens willen zien hoe daarop wordt gereageerd. Ik waardeer uw pogingen ten zeerste, mevrouw de minister, maar ik vrees dat de Vlaamse Regering toch met zwaarder geschut voor de dag zal moeten komen.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: We hebben de regels van het overleg, zoals het gebruikelijk is in dit land, via de interministeriële conferentie en andere, gerespecteerd. We hebben inderdaad onze wil getoond om tot een overeenkomst te komen. Indien de samenwerking kan leiden tot een meerwaarde voor de bevolking, wie zouden wij zijn om ons daartegen te verzetten?

Ik denk echter dat we een verschil hebben in visie: volgens ons zijn niet alle initiatieven goede initiatieven. Dat is heel belangrijk. We hebben ondertussen toch wel een traditie opgebouwd om inzake preventiebeleid heel strikte criteria te hanteren. Dat doen we niet op basis van een idee, maar op basis van wetenschappelijk onderzoek.

Het is blijkbaar niet gemakkelijk om tot overeenstemming te komen. Na de gebruikelijke pistes te hebben gevolgd, hebben we gemerkt dat dit weinig zin heeft. Daarom gaan we nu over tot de volgende stap, die zit ingebouwd in de procedure bij conflicten tussen de federale en de Vlaamse Regering, en dat is het Overlegcomité. We zullen nagaan welke houding er wordt aangenomen in het Overlegcomité, want dit is natuurlijk ook uitermate belangrijk met betrekking tot de middelen van het Riziv en andere.

Indien ook dat niet leidt tot resultaten, zullen we de gebruikelijke verdere stappen moeten zetten, zoals desnoods juridische procedures. Deze dossiers zijn in elk geval geagendeerd en we zullen het nodige doen.

De voorzitter: Het incident is gesloten.
