

C61 – WEL6

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 2007-2008

13 november 2007

HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

INHOUD

Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin over de uitvoering van het decreet houdende de organisatie van de eerstelijnszorg en het Preventiedecreet	1
Vraag om uitleg van de heer Erik Tack tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de overheveling van de bevoegdheden inzake gezondheidszorg naar de gemeenschappen	5
Vraag om uitleg van de heer Tom Dehaene tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het project rond zwangerschapsdiabetes	6

Voorzitter: de heer Luc Martens

Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin over de uitvoering van het decreet houdende de organisatie van de eerstelijnszorg en het Preventiedecreet

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, Vlaanderen is bevoegd voor de preventieve gezondheidszorg. Tot 1999 bestond daarvoor echter geen decretaal kader, al waren er enkele zeer goede uitvoeringsbesluiten. Zo werd er onder meer gewerkt met de initiatieven inzake het lokaal gezondheidsoverleg (LOGO) om ervoor te zorgen dat de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, onder meer de daling van het aantal rokers en het bevorderen van borstkankerscreening, werden gehaald. De LOGO's werden opgericht via een uitvoeringsbesluit opgericht en hadden dus geen decretaal kader.

Bij de eerstelijnsgezondheidszorg zijn er de samenwerkingsinitiatieven thuiszorg (SIT). De Vlaamse Regering vond namelijk dat er een betere samenwerking moest komen tussen alle actoren die op het terrein bezig zijn met thuiszorg, met het oog op een betere zorg voor de cliënt.

Zowel inzake de LOGO's als inzake de SIT's waren er een aantal vragen in de uitvoeringsbesluiten. Dat is normaal. Pas na verloop van tijd wordt duidelijk wat eventueel moet worden aangepast. De SIT's werden en worden ook vandaag gefinancierd op basis van het aantal zorgplannen voor individuele personen. Als een SIT niet kon rekenen op de samenwerking van bijvoorbeeld de plaatselijke huisarts, dan kwam het in de problemen wegens onvoldoende inkomsten.

De LOGO's zijn van onderuit opgestart. Men had de gemeenten opgeroepen om een gezamenlijk gezondheidsoverleg op te starten, maar er bleven witte vlekken bestaan. De sector riep dan ook op tot een aanpassing van de uitvoeringsbesluiten. Die besluiten zijn aangepast maar moesten voor advies worden voorgelegd aan de Raad van State. De Raad van State antwoordde terecht dat er geen decretaal kader was. Een uitvoeringsbesluit wijzigen zonder decreet en zonder advies van de Raad van State, is natuurlijk om moeilijkheden vragen. Daarom heeft de vorige regering besloten om een decretaal kader vast te leggen, zowel voor de preventieve gezondheidszorg als voor de eerstelijnszorg. Na heel wat overleg

kwamen het Eerstelijnszorgdecreet en het Preventiedecreet tot stand.

Samenwerking vereist het afbakenen van een bepaalde regio. Bij sommige overlegstructuren gaat het om een kleine regio zoals een wijk, bij andere gebeurt de samenwerking op intergemeentelijk vlak. Binnen de welzijns- en gezondheidszorg hebben we er altijd voor gekozen de zaken van onderuit te laten groeien. Dat is goed, maar het betekent ook dat er een chaos van overlegmodellen ontstaat, die allemaal op een andere regio zijn geënt. De sector heeft dan ook aan de alarmbel getrokken en gevraagd naar vereenvoudiging en duidelijkheid over de regio's waarmee moest worden samengewerkt. Daaruit is dan het derde decreet ontstaan, het Zorgregiodecreet.

Deze drie decreten zijn na veel overleg en parlementaire discussie tot stand gekomen. Van een minister verwachten we dat hij de uitvoeringsbesluiten schrijft. Het is nu 2007, de decreten dateren van 2003 en 2004 en er is nog altijd geen uitvoeringsbesluit.

Mijnheer de minister, in haar initiële beleidsnota had uw voorgangster verklaard het Zorgregiodecreet een beetje te willen aanpassen. Dat zou zes tot acht maanden duren. We zijn nu drie jaar verder en de chaos is groter dan ooit. Op het terrein wacht men nog altijd op de aanpassing van de besluiten. De SIT's zouden SEL's (Samenwerkingsinitiatieven Eerste Lijn) moeten worden. Het is de uitdrukkelijke bedoeling om niet alleen de welzijns- maar ook de gezondheidssector samen aan tafel te krijgen in het belang van de cliënt. Toch wacht men nog altijd op de uitvoeringsbesluiten. Hoe langer hoe meer SIT's en LOGO's beginnen zich financieel te behelpen. De instrumenten die goed waren – daar blijf ik bij – en met veel enthousiasme van start gingen, beginnen te haperen. De fut is eruit. Men moet zes, zeven jaar wachten op een aanpassing waarvan iedereen zegt dat ze terecht is. Toch gebeurt het niet.

Begin juli diende ik daarom een vraag om uitleg in, vooral ook naar aanleiding van een nota die het kader zou moeten zijn van die uitvoeringsbesluiten. Ik kwam dat te weten omdat de Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) daarover uit eigen initiatief een advies gegeven heeft. Men zou verwachten dat een minister de VGR zelf om initiatief vraagt over de krijtlijnen van de uitvoeringsbesluiten van zulke belangrijke decreten. Dat is niet gebeurd. Gelukkig kan de VGR volgens het decreet zelf het initiatief nemen om een advies te geven. De raad stelt zich heel wat vragen, onder andere

over het verband tussen de uitvoeringsbesluiten en het Zorgregiodecreet en over de rol van de verschillende actoren.

Hoe moet het nu verder met de decreten, het Zorgregiodecreet, het Preventiedecreet en het Eerstelijnszorgdecreet, die hier in het Vlaams Parlement zijn goedgekeurd? Wat is uw reactie op de kritiek van de VGR? Waarom werd de raad niet officieel om advies gevraagd? Wanneer zal het werkveld eindelijk de uitvoeringsbesluiten mogen lezen in het Staatsblad? De dynamiek van de SEL's, SIT's en LOGO's is goed en mag niet worden gefnuikt.

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: Ik sluit me aan omdat ik een gelijkaardige vraag had ingediend, die ik had ingetrokken. Ik deel de basisbepaling met betrekking tot de eerste lijn. Wie tot de meerderheid behoort, weet soms iets meer. Ik weet dat de minister plannen heeft om daaraan te werken.

Ofwel moeten er uitvoeringsbesluiten komen, ofwel een bijgesteld decretaal kader. We moeten ervoor zorgen dat de eerste lijn goed gecoördineerd en slagkrachtig is. In deze tijden zou ik toch willen wijzen op de verschillen met onze Waalse vrienden. Het gaat om een terrein waar wij vanuit Vlaanderen krachtig kunnen optreden. We hebben aanzetten gegeven die nog krachtiger kunnen worden. We kunnen het gezondheidsoverleg bevorderen. Ik ben benieuwd naar uw antwoord, mijnheer de minister.

De voorzitter: De heer Dehaene heeft het woord.

De heer Tom Dehaene: CD&V is van in het begin vragende partij geweest voor een bijsturing. Bij het afbaken van de zorgregio's zijn volgens ons verkeerde uitgangspunten gehanteerd. Men hield bijvoorbeeld geen rekening met de provinciegrenzen of met de bestaande samenwerkingsverbanden. We vragen dat men daarmee rekening houdt bij een eventuele aanpassing. Mijnheer de minister, kunt u dat bevestigen?

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Ik verwelkom deze vraag. Ik ben tevreden dat ik mensen gerust kan stellen, in het bijzonder u, mevrouw Vogels. Wat u zegt over het lange wachten, wil ik aanvaarden, maar ik heb geen chaos gemerkt, toch zeker niet sinds ik op 28 juni dit dossier op mijn bureau heb aangetroffen en de gaspedaal heb ingeduwd.

Wie met kinderen op reis gaat, merkt dat de vraag 'Is het nog ver?' vooral komt wanneer men er bijna is. U vraagt mij of het nog ver is. Nee, het is niet meer ver. Ik denk

dat u dat weet, mevrouw Vogels, en ik vermoed dat het een van de redenen is waarom u vandaag vraagt naar de timing voor de uitvoeringsbesluiten en voor het nodige overleg. Ik ben de hele zomer bezig geweest met structureel en ander overleg met de actoren die bij deze belangrijke decreten betrokken zijn. Iedereen voelt dat dit nu in een stroomversnelling komt. De teksten beginnen inderdaad een zeer concrete vorm aan te nemen.

Mevrouw Vogels, ik antwoord eerst op uw bijkomende vraag over het Zorgregiodecreet en over de wenselijke aanpassingen. Voor het einde van het jaar ga ik daarmee naar de Vlaamse Regering. Wellicht zal het in het voorjaar besproken worden in het Vlaams Parlement. Mijnheer Dehaene, ik bevestig uw analyse. Ik ben het ermee eens dat men meer rekening zou moeten houden met de provinciale realiteit. De aanpassing van het Zorgregiodecreet zal rekening houden met uw bekommernissen.

Voor de uitvoering van het Preventiedecreet en het decreet Eerstelijnsgezondheidszorg kan ik u aantonen dat wij bijzonder goed opschieten. Dit gebeurt in veel intenser overleg – onder meer met de VGR – dan u in uw inleiding laat uitschijnen. Eerst vermeld ik een paar zaken die reeds zijn uitgevoerd, allebei met betrekking tot het Preventiedecreet. Er is het besluit van de Vlaamse Regering van 11 juni 2004 houdende maatregelen tot bestrijding van de gezondheidsrisico's door verontreiniging van het binnenmilieu. Er is ook het besluit van de Vlaamse Regering van 9 februari 2007 betreffende de preventie van de veteranenziekte op publiek toegankelijke plaatsen.

Wat is er momenteel in voorbereiding? Er is een ontwerpbesluit betreffende Vlaamse werkgroepen waarmee uitvoering wordt gegeven aan de artikelen 15, 16 en 20 van dat Preventiedecreet. Hiermee formaliseer ik de mogelijkheid om werkgroepen op te richten ter ondersteuning van de voorbereiding of uitvoering van het gezondheidsbeleid. Daarbij wordt er een beroep gedaan op een brede waaier van permanente of tijdelijke werkgroepen waarin de vertegenwoordigers van het werkveld en andere deskundigen hun rol kunnen opnemen op wat men in het jargon het 'macroniveau' noemt. Dit ontwerpbesluit wil ik uiterlijk begin 2008 voor principiële goedkeuring agenderen op de Vlaamse Regering. Aan het einde van mijn opsomming zal ik spreken over de commentaren van de VGR en kan ik nog op bepaalde elementen terugkomen.

Er is ook een uitvoeringsbesluit met betrekking tot het bevolkingsonderzoek. Dat is een belangrijke basis voor elk beleid inzake de preventieve gezondheidszorg. Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is hiervan een bekend voorbeeld. Daarover hebben we al vaker gesproken. Door uitvoering te geven aan artikel 31 van

het preventiedecreet, wil ik de Vlaamse bevolking garanderen dat zij alleen benaderd wordt door zinvolle, niet-commerciële en kwaliteitsvolle wetenschappelijk onderbouwde bevolkingsonderzoeken of screenings-initiatieven. Zo wil ik wildgroei vermijden. Ook dit ontwerpbesluit wil ik begin 2008 voor principiële goedkeuring agenderen op de Vlaamse Regering. Ik ben me ervan bewust dat het nu midden november is. Als ik het heb over begin volgend jaar, bedoel ik dus dat ik er zo goed als klaar mee ben en dat ik het onverwijld ga agenderen.

In de loop van 2008 zal ik een ontwerp van besluit voor partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking en individuele zorgaanbieders voorleggen aan de Vlaamse Regering. Dat geeft uitvoering aan de artikelen 21 tot en met 26 van het Preventiedecreet. Dit besluit verankert de duurzame samenwerking met en de financiering van het werkveld via erkenningen en beheersovereenkomsten voor vijf jaar.

Zo krijgen de actoren voldoende zekerheid, kunnen ze een langetermijnbeleid voeren en tevens goed presteren. Ik wil dat doen op een dynamische manier die ruimte laat voor een beperkte marktwerking. Het moet een preventief gezondheidsbeleid mogelijk maken dat snel kan inspelen op wisselende noden. Ik ga waarschijnlijk werken met oproepen en zal de beheersovereenkomsten in overlegde jaarplannen concretiseren. Afstemming tussen de verschillende sectoren in de preventieve gezondheidszorg is daarbij een essentieel uitgangspunt, daarnaar hebt u zelf ook verwezen.

De LOGO's zijn preventienetwerken die het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid locoregionaal faciliteren, ondersteunen en coördineren. Het ontwerpbesluit ter uitvoering van de artikelen 28 tot en met 30 van het Preventiedecreet is voorbereid in 2007 en zal in 2008 worden gerealiseerd. Het is een belangrijk instrument. Heel binnenkort geven we daarvoor een vaste basis op het niveau van de uitvoeringsbesluiten.

Het decreet van 5 april 1995 betreffende de profylaxe van besmettelijke ziekten, het zogenaamde profylaxedecreet, is nog van kracht. Voorbereidende stappen werden gezet om te komen tot een uitvoeringsbesluit binnen het Preventiedecreet. De keuze van de te melden infectieziekten dient aangepast te worden. Daarbij moet rekening worden gehouden met wat op internationaal vlak gevraagd wordt, onder meer met afspraken in het kader van de Europese Unie en in het kader van het Internationaal Gezondheidsreglement van de Wereldgezondheidsorganisatie. Ook de procedure voor een verplichte opname of behandeling wordt herbekeken om een vlotter werkbaar model te vinden, met de beste garanties voor de volksgezondheid. De voorbereiding van een uitvoeringsbesluit is gepland voor 2008. Ik garandeer niet

dat dit voor begin 2008 is. Gelet op de internationale verplichtingen vraagt het immers iets meer tijd.

U merkt dat de meeste de zaken waarover u spreekt en waarvan u zegt dat de mensen er al lang op wachten, sinds de zomer op een concrete manier met de betrokken sector zijn besproken. Er zijn keuzes gemaakt, bijvoorbeeld over het niveau, klein- of grootstedelijk, waarop we het wensen te situeren. Er zijn duidelijke lijnen getrokken. Dat is nu omgezet in teksten. Begin volgend jaar kan het door de Vlaamse Regering worden goedgekeurd.

Voor het Eerstelijnsgezondheidszorgdecreet dien ik, eveneens begin 2008, een ontwerp van uitvoeringsbesluit in. Beide zijn immers sterk met elkaar verbonden. Het ontwerp van uitvoeringsbesluit betreffende de SEL's wordt begin 2008 voorgelegd aan de Vlaamse Regering. Dit besluit zal de werking van de SEL's regelen, waarbij gezocht wordt naar een goede afstemming met de welzijnssector en met het preventieve gezondheidsbeleid op locoregionaal vlak.

Ik zal dit proberen te regelen met respect voor een zekere diversiteit tussen de provincies. Toch streef ik ernaar dat het overlegniveau in de welzijns- en de gezondheidswereld zoveel mogelijk samenvalt. Ik zal daarbij minstens voor een regionaal-stedelijk niveau kiezen: twee of drie per provincie. Ik wens minstens op dat niveau een aanspreekpunt te hebben, zonder al te stringent te zijn voor initiatieven die nog sterker willen decentraliseren. Vanuit het Vlaamse niveau hebben we dan iets minder dan twintig aanspreekpunten. Dat lijkt me werkbaar. Ik wil liever niet de illusie wekken dat ik als politiek verantwoordelijke voor zestig of zeventig aanspreekpunten een rol van betekenis kan hebben. Daarmee beweer ik niet dat er geen plaats kan zijn voor nog fijnmazigere netwerken. Ik ga dat ook aanmoedigen. Voor het aanspreekpunt vanuit het Vlaamse beleid, verkies ik echter de beschreven werkwijze.

Mijnheer Dehaene, het provinciale niveau neemt ook initiatieven en heeft een belangrijke verdienste. Het is namelijk een bestaand niveau waar ook een democratisch gecontroleerd politiek overleg mogelijk is. Daarbij kan men rekening houden met regionale verschillen. Door niet met al te veel afwijkende niveaus te werken, kan men de link tussen welzijn en gezondheid helpen verstevigen.

Mevrouw Vogels, ik denk dat u zult moeten erkennen dat het binnenkort allemaal op tafel ligt. U mag ervan uitgaan dat ik van mijn woord zal zijn.

Over uw opmerkingen bij de kritiek van de VGR, moet ik u tegenspreken. Op 22 juni 2006 ontving mijn voorganger wel degelijk een advies van de VGR over de eerstelijnszorg. Op 15 mei 2007 ontving ze een advies

over de basistekst ‘Uitvoering decreet Eerstelijnsgezondheidszorg en Preventiedecreet’. Dit laatste advies lag mee aan de basis van een tweede tekst, die tot stand gekomen is onder mijn verantwoordelijkheid. Voor de tweede tekst is er overleg geweest en naar aanleiding van een schrijven van de voorzitter van de VGR had ik daarover onlangs een nieuw onderhoud. Ik heb de voorzitter bij mij geroepen om de inhoud van de brief te bespreken en om te laten voelen dat ik een aantal van de opmerkingen ter harte wil nemen. Ik heb ook gezegd hoe ik mijn tekst nog wil bijsturen om maximaal rekening te houden met de opmerkingen.

De VGR heeft er inderdaad voor gekozen om spontaan een advies uit te brengen over de eerste verkennende nota en om geen echte adviesaanvraag af te wachten. Eigenlijk was men van plan om hoe dan ook het advies te vragen. De VGR heeft echter spontaan advies gegeven en dat is zeer goed. Daardoor heb ik twee keer feedback gekregen van de VGR. Misschien was dat wel de beste formule, want zo is er een dynamisch proces tot stand gekomen.

Er is overigens geen wettelijke bepaling die een advies oplegt voor dergelijke verkennende conceptteksten. Mijn voorgangster en ik zijn perfect binnen de normale regels gebleven. Door het initiatief en door de luisterbereidheid aan onze kant zijn we tot een consensus gekomen. Dat heb ik alvast opgemaakt uit de goede vergadering van vorige week met de vertegenwoordigers van de VGR. Nu kan ik snel een definitieve tekst indienen. Ik ben ervan overtuigd dat die aan uw verzuchtingen zal beantwoorden.

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Dit antwoord stelt mij bijna gerust. Mijnheer de minister, ik ben blij dat u, na al die jaren, erkent dat er dringend versneld moest worden en dat u er ook volop mee bezig bent. Als de inhoud van de uitvoeringsbesluiten beter bekend is, kunnen we er zeker nog verder over praten.

In verband met de zorgregio's, wil ik opmerken dat de provincie uiteraard een niveau is dat initiatieven neemt. Dat hebben we ook nooit ontkend. Toch kan men voor het ontwerpen van de zorgregio's op twee manieren werken. Bij de eerste werkwijze vertrekt men van het aanbod. Welke aanbieders zijn er en hoe kan men die het best laten samenwerken? Mijnheer de minister, ik heb ervaren dat men daar niet uit raakt. Elk cluster van aanbieders zegt dat er dringend duidelijkheid moet komen over de regio's, maar tegelijkertijd noemt het zichzelf altijd het beste en vindt het dat iedereen zich op zijn regio zou moeten richten.

Destijds is er gekozen voor een andere formule, namelijk de vraaggestuurde aanpak. Men vraagt zich af waar

iemand uit een welbepaalde gemeente naartoe gaat als hij zorg nodig heeft. Ik heb het dan onder meer over de tandarts, de specialist, het ziekenhuis, de psychiatrische hulp en de geestelijke gezondheidszorg. We stellen vast dat de provinciegrenzen bij die keuze niet onderkend worden, en dat lijkt me ook logisch. Een provinciegrens is een administratieve grens. Zorgregio's kunnen provincieoverschrijdend zijn. De provincies, die heel wat inspanningen leveren, weliswaar op basis van het aanbod, hebben hierop heel wat kritiek geformuleerd. Mijnheer de minister, ik wacht uw voorstel af. Ik hoop dat het een coherent voorstel zal zijn, waarbij de aanpak op basis van de feitelijke situatie niet zal worden vervangen door een aanbodgestuurde aanpak.

In ben blij, mijnheer de minister, dat u voor de uitvoeringsbesluiten rekening wilt houden met de lokale verschillen, vooral dan wanneer het over eerstelijnswerking gaat. Inzake de eerstelijnsamenwerking bestaat er een wereld van verschil tussen het platteland en de stad. Het gaat om een totaal andere realiteit. Ik hoop dat u met dat verschil rekening zal houden bij de opmaak van de uitvoeringsbesluiten en dat uw administratie – en dat is geen kritiek – rekening zal houden met de diversiteit op het terrein.

Ik heb in dat verband nog een vraag. De lokale dienstencentra spelen een steeds belangrijkere rol, vooral in de stedelijke context. Daar is immers minder mantelzorg en minder verenigingsleven. Het is dan ook belangrijk dat die lokale dienstencentra lokale zorgplannen kunnen opmaken, vooral in functie van de evolutie naar woonzorgzones. In een bepaalde wijk moet de zorg gecoördineerd en georganiseerd worden vanuit een lokaal dienstencentrum. Ik weet wel dat dit een gevoelig punt is. Mijnheer de minister, bent u het ermee eens dat de lokale dienstencentra ook zorgplannen moeten kunnen opmaken?

De voorzitter: Mevrouw Claes heeft het woord.

Mevrouw Sonja Claes: Mevrouw Vogels, ik wil even terugkomen op de betekenis van de provinciegrenzen voor het overleg. Toen u minister was, hebben we daar al uitgebreid over gediscussieerd. De provincies waren toen vragende partij om de provinciegrenzen te behouden en ze zijn dat nog steeds. De vraag is niet of mensen naar de tandarts of specialist gaan buiten de eigen provincie, maar wel hoe het overleg moet worden georganiseerd. Daarbij stellen we vast dat het overleg de provinciegrenzen respecteert. Dat was voor mij de reden om te pleiten voor een behoud van de provinciegrenzen.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Mevrouw Vogels, u toont duidelijk aan dat mensen gewoon geen grenzen

respecteren. Het is niet mogelijk om mensen te verplichten binnen een bepaalde regio te blijven. Dat is dan ook geen zinvol debat. De realiteit is dat mensen altijd zullen gaan waar volgens hen de beste zorg voorhanden is. Die zorg is niet per se onderworpen aan geprogrammeerde grenzen. Om dat aanbod op elkaar af te stemmen, moet men wel nagaan wie daarbij kan helpen. Wanneer dat gebeurt op basis van de provinciegrenzen, dan zou men volgens u aanbodgestuurd werken. Ik voel dat niet zo aan. Het provinciale niveau is net zo goed een politiek niveau waar de vraag aandachtig wordt bekeken. Het is een legitiem niveau dat op een democratische wijze wordt gemandateerd door burgers die niet zozeer vragen om het aanbod te bepalen maar vooral om rekening te houden met hun vraag. Als de provinciebesturen geen aandacht zouden schenken aan de zorgbehoeften, dan vraag ik me af welk niveau dat wel zou kunnen organiseren. Wanneer er op een bepaald niveau een legitiem democratisch debat mogelijk is, dan wil ik daar rekening mee houden.

Mevrouw Vogels, u hebt ook een vraag gesteld over de lokale dienstencentra. Ik ben daar inderdaad gevoelig voor en dat zult u merken in de uitvoeringsbesluiten. De vraag is wat in het belang is van de individuele persoon die op zoek is naar de juiste zorg. Voor die persoon moet een zorgplan worden opgemaakt. Iedere Vlaming moet de garantie hebben dat er een zorgplan kan worden opgemaakt waarbij de verschillende disciplines overeenkomen. Als de lokale dienstencentra daarin een rol kunnen spelen, dan zal ik dat niet verhinderen. We willen wel rekening houden met wat op het terrein al bestaat en wat niet.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van de heer Erik Tack tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de overheveling van de bevoegdheden inzake gezondheidszorg naar de gemeenschappen

De voorzitter: De heer Tack heeft het woord.

De heer Erik Tack: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, we hebben al meermaals via de pers vernomen wat het verlanglijstje is van de Vlaamse onderhandelaars bij een overheveling van de bevoegdheden inzake gezondheidszorg naar de gemeenschappen.

Midden augustus werd die lijst, die tot groot ongenoegen van de Vlaamse onderhandelaars bekend was geraakt, gepubliceerd in *Le Soir*. Daarin stond dat de Vlaamse onderhandelaars al tevreden waren met “de vertegenwoordiging van de gemeenschappen in de

organen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), inspraak in de terugbetalingen en een splitsing van de Orde der Geneesheren.”

Een paar weken later lekte de zogenaamde spooknota van de heer Herman Van Rompuy uit. Daarin stond: “inzake gezondheidszorg: vertegenwoordiging van de gemeenschappen en gewesten in het Federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg, in Be-Health, in de Hoge Gezondheidsraad en – als waarnemers – in sommige conventiecommissies met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg en tot het bejaardenbeleid; een herschikking van de bevoegdheden tussen de verschillende beleidsniveaus inzake preventie en prijzenpolitiek van de rusthuizen en ten slotte federale ondersteuning van afhankelijke bejaarden en gehandicapten”. Daarbij wordt niet vermeld in welke richting deze herschikking moet gebeuren. Wat wordt bovendien bedoeld met een federale ondersteuning van afhankelijke bejaarden en personen met een handicap? Gaat het dan over de zorgverzekering?

Het verlanglijstje van de Vlaamse onderhandelaars staat in elk geval in schril contrast tot een aantal zaken die in dit Vlaams Parlement aan de orde zijn geweest. De vierde resolutie van het Vlaams Parlement van 3 mei 1999 zegt: “De normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid betreffende het volledige gezondheids- en gezinsbeleid moet integraal naar de deelstaten worden overgeheveld, dus met inbegrip van onder meer de gezondheidszorgverzekering en de gezinsbijlagen. Daarbij moeten de inwoners van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest de vrije keuze hebben om toe te treden tot het stelsel van de deelstaat Vlaanderen of van de Franstalige deelstaat, dat zowel voor de inkomsten als voor de uitgaven een regeling bevat.” Deze resolutie is met een grote meerderheid aangenomen.

Het lijstje bevat ook heel wat minder eisen dan het regeerakkoord-Leterme. Daarin lezen we op bladzijde 8 onder de titel ‘Meer Vlaanderen’: “Vele uitdagingen en problemen van mensen in Vlaanderen kunnen niet of niet afdoende worden aangepakt omdat Vlaanderen niet of niet volledig over de bevoegdheden of hefboomen beschikt om dat effectief te doen.

Daarom engageren de Vlaamse regeringspartijen er zich uitdrukkelijk toe om alles in het werk te stellen om de bekende resoluties van het Vlaams Parlement van 3 maart 1999, zoals die onlangs werden geactualiseerd, op korte termijn te realiseren. Concreet gaan zij dus voor volledig Vlaamse bevoegdheden voor gezondheidszorg en gezinsbeleid.”

Mijnheer de minister, op 7 oktober werd u in *De Zevende Dag* ondervraagd door Kathleen Cools. Zij vroeg u meermaals of CD&V voor of tegen de splitsing van de gezondheidszorg is. U bleef het antwoord schuldig.

Mijnheer de minister, wat is uw houding in deze? Bent u voorstander van de overheveling naar de gemeenschappen van de volledige bevoegdheid inzake gezondheidszorg? Wat hebt u al ondernomen om deze overheveling te bewerkstelligen?

De voorzitter: Mevrouw Stevens heeft het woord.

Mevrouw Helga Stevens: Ik wil in eerste instantie verwijzen naar het Vlaams regeerakkoord, dat mijns inziens voldoende duidelijk is. Mijnheer de minister, wij verwachten uiteraard van u dat u dat loyaal zult uitvoeren.

Mijnheer Tack, de federale onderhandelingen zijn nog bezig. We moeten het resultaat daarvan afwachten voor we kunnen oordelen. Het is te vroeg om kritiek te geven. Er moet eerst een volledig akkoord zijn.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Als Vlaams minister onderschrijf ik uiteraard het Vlaams regeerakkoord. Ik ga dan ook voor de volledige overheveling van de gezondheidszorg en het gezinsbeleid. U vraagt verder wat ik al heb ondernomen om deze overheveling te bewerkstelligen.

Ik ben nu bijna vijf maanden Vlaams minister en ik heb nog geen contact gehad met een federale collega, om de redenen die u kent. Namens mijn partij behoor ik niet tot de onderhandelaars over een federaal regeerakkoord. Op uw vraag wat ik als Vlaams minister al heb ondernomen om deze overheveling te bewerkstelligen, moet ik in eer en geweten antwoorden: “Niets!”.

De voorzitter: De heer Tack heeft het woord.

De heer Erik Tack: Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Denkt u niet dat u als Vlaams minister een duidelijkere stelling zou kunnen innemen met betrekking tot deze materie, waarbij u zegt te verwachten dat deze overheveling wordt besproken? Vindt u niet dat dit moet worden geëist door de Vlaamse onderhandelaars?

Uw partij neemt deel aan de onderhandelingen. Uit de elementen die ons tot nu toe hebben bereikt, blijkt niet dat de volledige overheveling van de bevoegdheden aan de orde is geweest.

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: Mijnheer de minister, ik ben blij met uw antwoord. Ik vroeg me af of u al bent uitgenodigd om mee te onderhandelen. De Vlaamse Gemeenschap is hiervoor vragende partij en heeft de expertise in huis. Ik vind dan ook dat we mee aan tafel zouden mogen zitten om daarover te discussiëren. Staat dit al op uw

agenda? Verwacht u dat u zult worden uitgenodigd om hierover te praten?

Minister Steven Vanackere: Mijnheer Caron, overal waar ik beleefd wordt geïnviteerd, probeer ik te komen.

Mijnheer Tack, u vraagt of ik niet wat duidelijker kan zijn. Datgene wat u in De Zevende Dag hebt geïnterpreteerd als het antwoord schuldig blijven, is allicht een antwoord dat u niet voor honderd percent beviel. De journalist vroeg me wat onze doelstelling was. Ik heb meteen gewezen op de noodzaak van meer responsabilisering. Ik heb de gewoonte om – Gaston Geens indachtig – niet alleen te ijveren voor meer bevoegdheden, maar ook om mezelf de opdracht te geven dat we, wat we zelf doen, beter moeten doen. Dat is eigenlijk wat de heer Geens telkens zei. Hij zei niet zelfgenoegzaam: “Wat we zelf doen, doen we beter”. Hij heeft bijna in elke toespraak gezegd dat we, wat we zelf doen, beter moeten doen. Om duidelijk te maken dat de overheveling van bevoegdheden voor ons een zaak is van meer responsabilisering, ben ik meteen beginnen uitleggen waarom we dat willen. Als u dat beschouwt als een gebrek aan duidelijkheid, tot daar aan toe. Ik zie dat niet als een gebrek aan duidelijkheid maar als een manier om te zeggen waarom we iets willen.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van de heer Tom Dehaene tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het project rond zwangerschapsdiabetes

De voorzitter: De heer Dehaene heeft het woord.

De heer Tom Dehaene: Mijnheer de voorzitter, dames en heren, ik moet de commissieleden niet overtuigen van het belang van de preventie van diabetes. De cijfers spreken voor zich en we kennen ze allemaal. Vandaag heeft naar schatting een Belg op twaalf diabetes. Er wordt voorspeld dat dit zal evolueren naar een op tien in 2025. Vandaag komt dit overeen met 600.000 Belgen. De helft van de betrokkenen weten niet eens dat ze de ziekte hebben omdat het erg lang duurt vooraleer de eerste tekenen ervan zichtbaar worden. Preventie is dus erg belangrijk, vooral voor type II omdat dit type kan worden voorkomen door een gezonde levensstijl. Ik denk dan aan een gezonde voeding en wat weer beweging.

De preventie moet zo goed mogelijk worden gericht op diegenen die dat het meeste nodig hebben. Het is dan

ook steeds zoeken naar een duidelijk aflijnbare groep. Dat is gebeurd voor zwangerschapsdiabetes waarbij vrouwen tijdens de zwangerschap een glucosesprong maken. Meestal verdwijnt die vorm van diabetes na de bevalling. Bij de helft van de personen waarbij zwangerschapsdiabetes is vastgesteld, blijkt echter dat ze na verloop van vijf tot tien jaar effectief diabetes ontwikkelen. Het is belangrijk om die vrouwen op de hoogte te brengen van het risico dat ze lopen, hen zoveel mogelijk te sensibiliseren en hen aan te zetten tot een gezonde levenswijze.

Vorig jaar heeft uw voorgangster beslist om in samenwerking met de Vlaamse Diabetesvereniging een project op te starten om te onderzoeken of er een systeem kon worden opgezet om de vrouwen bij wie zwangerschapsdiabetes werd vastgesteld verder op te volgen, te sensibiliseren en hen ertoe aan te zetten om bepaalde controles te laten uitvoeren door de huisarts. Dit project liep af eind oktober. Op het forum 'Kwaliteitsvolle diabeteszorg' georganiseerd door het Centrum Wetenschappelijke Ontwikkeling voor Apothekers (CWOA) werden de eerste bevindingen toegelicht door de Vlaamse Diabetesvereniging. Daaruit bleek dat zowel de huisartsen als de apothekers en de diabetesvereniging tot de conclusie kwamen dat dit een zeer waardevol project is dat zou kunnen worden veralgemeend. Mijnheer de minister, hebt u kennis genomen van deze resultaten en komt u ook tot de conclusie dat een dergelijk project moet worden uitgebreid? Dat kan nuttig zijn in de strijd tegen diabetes.

Een aantal weken geleden hebt u de preventiebonus aangekondigd. U wilt huisartsen aanmoedigen om aandacht te besteden aan een aantal elementen. Kunt u die preventiebonus ook inschakelen voor diabetespreventie en in het bijzonder voor zwangerschapsdiabetes? Kunnen de apothekers hierbij worden betrokken?

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Dehaene, het project waar u naar verwijst, liep van 1 december 2006 tot 31 oktober 2007. Tegen 30 november verwacht ik een eindrapport. Het Agentschap Zorg en Gezondheid overlegde reeds een paar maal met de projecthouders. Uit de informatie die ik van hen kreeg, blijkt dat het project gunstig evolueert. Op het laatste overleg zijn een aantal afspraken gemaakt. Zo is het de bedoeling om voor vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben gehad, een opvolgingssysteem te ontwikkelen, te testen en voor implementatie klaar te maken. Het project beperkt zich dus duidelijk niet tot het sensibiliseren van de drie betrokken groepen, meer bepaald vrouwen, huisartsen en gynaecologen. Het wil er ook voor zorgen dat de vrouwen voor wie dit aangegeven is, ook daadwerkelijk de stap zetten naar een verdere opvolging.

Ik verwacht het eindverslag dus eind november. Het is niet gebruikelijk om al plannen bekend te maken vooraleer het eindverslag gekend is. Ik wil de evaluatie afwachten. Op uw vraag of ik een meerwaarde zie in dit soort preventie, antwoord ik volmondig ja. Op de vraag of dit project een adequaat antwoord biedt op een aantal vragen, heb ik een gunstig vooroordeel, laat ik het zo formuleren. Om correct te zijn, moet ik namelijk het eindverslag afwachten. Uit de manier waarop ik antwoord en uit de wijze waarop dit eindverslag wordt voorbereid in overleg met mijn administratie, kunt u afleiden dat dit onder een relatief goed gesternte is vertrokken. De kans is bijzonder groot dat we uit dit project de nodige lessen zullen trekken en dat we ervoor zullen zorgen dat een en ander wordt geïmplementeerd.

U vraagt of ik bereid ben om de huisartsen en de apothekers te ondersteunen in hun preventieve taak rond zwangerschapsdiabetes. In het jaarplan dat voor 2008 is afgesproken binnen het convenant met Domus Medica, is opgenomen dat Domus Medica zijn aanbeveling rond het werken met het cardiovasculair risicoprofiel verder zal promoten bij de huisartsen. Het grote voordeel van dit model is dat het zich toespitst op de diverse risicofactoren voor hart- en vaatziekten, zoals overgewicht, hoge bloeddruk en diabetes. Dit maakt een geïntegreerde benadering mogelijk. Het is aangevoeld dat het verbeteren van leefstijlfactoren zoals niet roken, gezond eten en voldoende bewegen niet alleen een preventief, maar ook een curatief effect heeft. Daarbij is de huisarts het best geplaatst om de nodige follow-up te doen en om, al dan niet in overleg met specialisten, een eventuele medicamenteuze behandeling op zich te nemen. Ik pleit dus voor een geïntegreerde aanpak vanuit de eerste lijn, met een essentiële rol voor de huisarts. De apotheker heeft een aanvullende en versterkende taak, vooral bij het informeren van patiënten of hun familieleden over de noodzaak van een brede en niet louter medicamenteuze aanpak. Deze functies behoren tot de normale taken van huisartsen, apothekers en andere hulpverleners.

Vanuit mijn bevoegdheden wil ik ondersteunend werken, bijvoorbeeld door het subsidiëren van Domus Medica. Ook het ondersteunen van het zwangerschapsdiabetesproject en de eventuele verdere implementatie ervan vind ik heel belangrijk. Voortgaande op de ervaringen met deze acties zal ik stapsgewijs nieuwe initiatieven ondersteunen. Ik wil hierbij maximaal rekening houden met de initiatieven die reeds via het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) worden ondersteund.

U had ook een vraag over de preventiebonus. Die zijn we aan het opmaken. We zijn momenteel op zoek naar de key-performance-indicatoren om in het proefproject met betrekking tot de preventiebonus uit te zoeken wat

we kunnen beschouwen als goed meewerken aan het preventiebeleid van de Vlaamse Gemeenschap en hoe we dat zullen kwantificeren. Uw suggestie om daarbij ook rekening te houden met de resultaten inzake het voorkomen van zwangerschapsdiabetes, beschouw ik als bijzonder interessant.

De voorzitter: De heer Dehaene heeft het woord.

De heer Tom Dehaene: Mijnheer de minister, ik dank u voor uw duidelijke antwoord. Ik ben blij dat u op dezelfde golflengte zit en dat u de huisartsen en apothekers wilt betrekken bij de verdere uitwerking van dit project. Ik ben blij dat u een positief signaal kunt geven, ook al ligt het eindverslag nog niet op uw bureau. In het licht van de werelddiabetesdag van morgen is het belangrijk dat u aangeeft dat dit project wellicht een langer leven is beschoren, dat het meer kan zijn dan alleen een proefproject.

De voorzitter: Het incident is gesloten.
