



Vlaams  
Parlement

vergadering **C168**  
zittingsjaar 2016-2017

Woordelijk Verslag

### **Commissievergadering**

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 14 maart 2017

## INHOUD

|   |    |
|---|----|
| VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de conclusies van de eerstelijnsconferentie<br>– 1324 (2016-2017)  |    |
| VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de eerstelijnszorg<br>– 1406 (2016-2017)   | 3  |
| VRAAG OM UITLEG van Martine Taelman aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de invoering van het persoonsvolgend budget<br>– 1455 (2016-2017)  |    |
| VRAAG OM UITLEG van Tine van der Vloet aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het sluiten van contracten met een zorgaanbieder<br>– 1476 (2016-2017)  |    |
| VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de aanhoudende problemen bij de invoering van de persoonsvolgende financiering (PVF)<br>– 1532 (2016-2017)                           | 21 |
| VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de adoptie van pleegkinderen<br>– 1509 (2016-2017)   | 34 |
| VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de problemen bij het behandelen van de aanvraagdossiers voor een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB)<br>– 1404 (2016-2017) |    |
| VRAAG OM UITLEG van Ortwin Depoortere aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de ICT-problemen bij de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB)<br>– 1416 (2016-2017)  | 35 |
| VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over online medisch advies<br>– 1530 (2016-2017)  | 41 |
| VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over pleegzorg voor niet-begeleide minderjarige vluchtelingen<br>– 1403 (2016-2017)   | 44 |

**VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de conclusies van de eerstelijnsconferentie – 1324 (2016-2017)**

**VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de eerstelijnszorg – 1406 (2016-2017)**

**Voorzitter: de heer Bart Van Malderen**

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

**Elke Van den Brandt (Groen):** Minister, op 16 februari hebben we een eerste lijnsconferentie gehad. Dat is een belangrijke stap in de hervorming en uitbouw van de eerstelijnszorg in Vlaanderen en Brussel. Daar is natuurlijk een traject aan voorafgegaan. Dat is voorbereid door een wetenschappelijke reflectiekamer, die dan ook haar bevindingen en conclusies in teksten heeft gegoten. Dat zijn zeer boeiende en waardevolle teksten, die een aantal elementen bevatten die zeker de moeite zijn om uit te rollen. Een van die zaken is de versterking van de gemeente als regisseur van de eerste lijn. Daar worden ook verregaande voorstellen bij gedaan, zoals de overdracht van personeel van de huidige samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's), de Logo's (Lokaal Gezondheidsoverleg), sociaal werk, mutualiteiten enzovoort naar de gemeente. Dat zijn op zich verregaande hervormingen die daar worden voorgesteld.

Uit die teksten blijkt ook de stelling dat iedereen toegang moet hebben tot de eerste lijn via een inschrijving bij een eerstelijnsnetwerk. Opmerkelijk daarbij was, als je die teksten leest en als je met die mensen praat, dat men zegt dat er eigenlijk geen draagvlak voor was bij de basis. Daarom stelt men voor dat de zorgvrager zelf zijn zorgteam moet samenstellen. Dat is echter niet zonder risico. De kans is dan heel reëel dat de gezondheidskloof tussen arm en rijk groter zal worden en dat het overleg rond de patiënt minder evident is. Ik vind het dus jammer dat daar een afzwakking van is.

Wat ook opvalt in de conclusies, is dat er volgens de reflectiekamer een duidelijk door de overheid gedefinieerd eerstelijnsnetwerk nodig is en dat we daar binnen de Europese context aan de staart bengelen als het gaat over samenwerking op de eerste lijn. En dan kom je natuurlijk bij de eerstelijnszone, een heel belangrijk element van de eerstelijnsconferentie. Daar staat een frappant zinnetje in, dat stelt dat als we dat niet duidelijk gaan definiëren en afzetten, er veel tijd, geld en mankracht verloren gaat in een onsamenhangend lappendeken van samenwerkingen, zowel horizontaal als verticaal.

Er werd heel veel tijd en energie gestoken in het uittekenen hiervan. Verschillende stakeholders hadden ook verwacht dat er op het moment van die eerstelijnsconferentie ook een aantal beslissingen zouden worden genomen, dat dat zou worden afgerond en afgeklopt. Dat is niet het geval. Tegelijk merk je dat er een aantal regio's zijn, bijvoorbeeld Zuid-West-Vlaanderen – ik denk dat de collega's allemaal die brief gekregen hebben –, die zich niet herkennen in de voorgestelde regio's en die het gevoel hebben dat dat hun reële samenwerking zal tegenwerken in plaats van versterken.

In de conferentie werd er gepleit voor het oprichten van een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn. Ook daar staat dat dat uit personeel van de SEL's, de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT's) enzovoort zal bestaan. De vraag is natuurlijk of die op korte termijn voorzien is – want dat lijkt wellicht niet haalbaar – en of dit betekent dat lokale werkingen op dat moment dan zonder

personeel komen te zitten. Er zou per eerstelijnszone een voltijds equivalent van 1,32 overblijven. Dat is op zich al niet veel om dingen te realiseren.

Minister, wat vindt u van de analyse dat er een duidelijk gedefinieerd eerstelijnsnetwerk ontbreekt in Vlaanderen en dat we daar dringend werk van moeten maken? Hoe zult u de gevolgen van de eerstelijnsconferentie vormgeven? Gaat u alle aanbevelingen uitvoeren? Indien niet, waarom niet? Welke wel en welke niet? Welk tijdsplan zet u daar tegenover? Tegen wanneer zouden die conclusies allemaal in uitvoering moeten zijn?

Zult u de versterking van de gemeenten, zoals voorgesteld door de reflectiekamer, uitvoeren? Met welk tijdsplan zal dat zijn? Zult u de werking van de eerstelijnszones invoeren? Met welk tijdsplan en welke personeelsinvulling? Zullen er nog herteekeningen zijn of zullen het de voorgestelde zones zijn die op tafel liggen?

Hoe blijven de entiteiten op regionaal-stedelijk niveau behouden, bijvoorbeeld voor de geestelijke gezondheidszorg? Hoe zal zich dat tot elkaar verhouden?

Zult u effectief een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn oprichten? Welke personeelsinvulling koppelt u daaraan?

**De voorzitter:** De heer Bertels heeft het woord.

**Jan Bertels (sp.a):** Eind februari had de conferentie eerstelijnszorg plaats, waar onder meer de eindrapporten van de verschillende werkgroepen en van de wetenschappelijke reflectiekamer werden voorgesteld en als basis dienden voor die conferentie. Ik trap hiermee een open deur in, maar opvallend is dat ondanks het gegeven dat Vlaanderen een goede gezondheidszorg heeft, er toch ook nog pijnpunten zijn waarop we beter kunnen scoren, terwijl er anderzijds evenzeer enkele serieuze uitdagingen zijn qua zorg die op ons afkomen.

Collega Van den Brandt heeft het voornamelijk gehad over de structurele ingrepen: gemeenten die als regisseur van de eerstelijnszorg zouden moeten kunnen optreden, de noodzakelijke samenwerking eerste lijn, de eerstelijnszones en dergelijke meer. Ik kijk uit naar uw antwoord daarop, maar ik wil voornamelijk focussen op een aantal punctuele vaststellingen, bekommernissen en problemen die onzes inziens een snelle oplossing vragen. De evolutie inzake mantelzorg of in een ruimer kader de vergrijzing kan als voorbeeld dienen van een globaler kader waar die pijnpunten en bekommernissen zich situeren.

De eerste vaststelling of bekommernis, minister, is het opvallende cijfer dat het aantal personen dat een doktersbezoek uitstelt, de laatste jaren toch nog stijgt, en zelfs serieus gestegen is.

Vroeger waren we bij de beste leerlingen van Europa, maar ondertussen begeven we ons richting middenmoot. Er is dus nog ongelijkheid op het vlak van toegang tot de gezondheidszorg. Welke instrumenten inzake preventief gezondheidsbeleid – waar u bevoegd bent – kunnen volgens u hier een rol spelen? We hebben het debat al gevoerd, ziet u een rol voor bijvoorbeeld de wijkgezondheidscentra of huisartsenpraktijken in het algemeen?

De samenwerking tussen de verschillende zorgprofessionals blijkt ondermaats. Daar scoren we het slechtst volgens het rapport van de reflectiekamer. Wat is uw reactie hierop? Welke maatregelen kan Vlaanderen binnen zijn bevoegdheden nemen om die te verbeteren? Het eerstelijnsnetwerk, moeten we dat zien op korte of op lange termijn? Hoe ziet u dat?

Een ander pijnpunt is dat heel wat zorgaanbieders en mantelzorgers overdreven administratieve lasten ervaren en dat het papierwerk soms letterlijk vroegdetectie

of een snelle doorverwijzing in de weg staat. U verwees in uw toespraak naar de mogelijkheden die de digitalisering en technologische evolutie bieden. Maar hoe zal dit concreet gemaakt worden? En vooral, hoe zult u ervoor zorgen dat de innovaties op het gebied van eHealth de meest zorgbehoevenden of 'digitaal ongeletterden' bereiken? Hoe gaan we erop letten dat de manifeste sociale gezondheidskloof niet nog groter wordt?

Een van de specifieke acties die wordt bepleit, is het terugbetalen van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Ik heb het niet over de terugbetaling van de prestaties van psychologen, daar hebben we al dikwijls over gesproken. Die gesprekken met de federale overheid lopen nog. Ik wil het wel specifiek hebben – dat kan u misschien helpen in uw onderhandelingen met de federale overheid – over antidepressiva en antipsychotica in de woonzorgcentra. Onlangs beaamde u in antwoord op een schriftelijke vraag dat het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de woonzorgcentra alarmerend hoog is en blijft – te hoog –, en ook bij de ontvangers van thuiszorg en bij ouderen in het algemeen. Is er onderzocht welke verschuivingen een terugbetaling van eerstelijns geestelijke gezondheidszorg zou teweegbrengen? Wat de impact op het medicatiegebruik zou zijn? Of het kostenbesparend zou werken? Als het kostenbesparend werkt, wat ik geloof, hebt u een argument erbij om de terugbetaling van de prestaties van psychologen in het kader van de geestelijke gezondheidszorg te eisen. Wat is hieromtrent uw standpunt?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Het klopt dat de wetenschappelijke reflectiekamer van mening is dat elke persoon die in Vlaanderen woont toegang moet hebben tot een interprofessioneel eerstelijnsnetwerk en dat dit het best gebeurt door een inschrijving van de persoon in een huisartsenpraktijk binnen dit netwerk. Het eerstelijnsnetwerk vormt, volgens de reflectiekamer, op deze wijze een uitgebreid interprofessioneel vast samenwerkingsverband, waarbinnen de persoon met een zorgnood, in overleg met de actoren in het netwerk een 'zorgteam' kan samenstellen.

Het onderschrijven van een globaal medisch dossier in een huisartsenpraktijk zou kunnen gelden als inschrijving binnen het eerstelijnsnetwerk, waartoe deze huisartsenpraktijk behoort. Dit standpunt werd niet in alle voorbereidende werkgroepen met de actoren vanuit het werkveld gevolgd en ook op de provinciale rondes in september 2016 bleek dat hier geen overeenstemming over was. Op dit moment heeft 70,1 procent van de Vlaamse bevolking een globaal medisch dossier in een huisartsenpraktijk. Een behoorlijk aandeel, maar met een volledige digitale samenwerking en gegevensdeling tussen alle relevante zorgaanbieders als finale doelstelling, betekent dit ook dat we nog een weg af te leggen hebben, niettegenstaande de inspanningen van de zorgaanbieders én de overheden in dit land samen hieromtrent leveren.

Bij een complexe zorgproblematiek waarbij meerdere zorgaanbieders van verschillende disciplines betrokken zijn, komt een zorgteam tot stand. De persoon met een zorgnood en zijn mantelzorger maken hier integraal deel van uit. De samenstelling van het zorgteam gebeurt in eerste instantie door de persoon met een zorgnood, en indien dit niet mogelijk is, door zijn mantelzorger vanuit een volledige keuzevrijheid. Dit zorgteam is dus een team dat door de persoon met een zorgnood op maat wordt samengesteld en over voldoende capaciteit, deskundigheid en onderlinge communicatiemogelijkheden beschikt om adequate zorg- en hulpverlening mogelijk te maken. Binnen zorgteams is vertrouwdschap met elkaars werking via heldere samenwerkingsafspraken en digitale gegevensdeling van belang voor de continuïteit, efficiëntie en kwaliteit van zorg en dit met een minimum aan administratieve last. Uitgaande van de keuzevrijheid om een zorgteam samen te stellen volgens eigen voorkeur van de persoon met een zorgnood wordt van de individuele leden van een zorgteam dus verwacht dat zij alles

in het werk stellen om een kwaliteitsvolle zorg, toegankelijkheid en efficiëntie van samenwerking te kunnen garanderen.

Vanuit de Vlaamse overheid wensen we dan ook te investeren in de digitalisering van de dossiers van huisartsen en andere zorgaanbieders en het multidisciplinair delen van een zorg- en ondersteuningsplan, vanuit de idee dat men zo de kwaliteit van de samenwerking en het zorgteam bevordert.

Als we spreken over een digitalisering van het zorgproces, denken we zeker aan het zorg- en ondersteuningsplan. Samen met het medicatieschema zijn de journal-functie – snelle en beknopte communicatie tussen de leden van het zorgteam – en de agendafunctie – wie doet wat wanneer – twee belangrijke extra bouwstenen in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan. De Vlaamse overheid deelt hierin de ambities van de federale overheid om tegen 2020 de volledige digitalisering van de medische dossiers van de huisarts te realiseren. De Vlaamse overheid wil ook dat tegen 2020 het multidisciplinair delen van een zorg- en ondersteuningsplan een feit is.

Dit sluit aan bij de filosofie van het actieplan eGezondheid om te evolueren naar een multidisciplinair patiëntendossier waarbij relevante gegevens ontsloten worden. U zult dus kunnen lezen dat wij zullen trachten om met een aantal incentives het ontwikkelen van dit soort duurzame samenwerkingsverbanden tussen de verschillende zorgactoren te stimuleren. Dat is ook een stuk het antwoord op de overtuiging dat wanneer je zorgverstrekkers in duurzame afspraken brengt, als je een concreet zorgteam moet samenstellen, je daar ook de vruchten van kunt plukken.

De beleidsvisie van de conferentie schetst de richting voor de eerstelijnszorg in Vlaanderen tussen vandaag en 2025. Na de conferentie van 16 februari wordt nu een natraject opgestart met de opmaak van een actieplan en tijdsplan voor de verschillende pistes die worden geformuleerd in de beleidstekst. Hierbij gaan we uit van een groeiscenario, waarbij steeds meer acties in uitvoering zullen worden gebracht. We wachten uiteraard ook nog op een aantal adviezen die ons moeten bereiken. Ik kan alvast meegeven dat de opstart van de werking van de eerstelijnszones een van de eerste elementen uit de beleidstekst is waaraan uitvoering zal worden gegeven. Er zal worden gewerkt met een oproep naar eerstelijnsactoren en lokale besturen om in consensus een voorstel van eerstelijnszone in te dienen dat beantwoordt aan een aantal criteria.

De eerstelijnszone wordt aangestuurd door een zorgraad. Die raad is pluralistisch en divers samengesteld en bestaat uit zorgaanbieders van verschillende disciplines en uit vertegenwoordigers van de woonzorgcentra, gezinszorg, diensten voor maatschappelijk werk, centra algemeen welzijnswerk (CAW's), lokale besturen, aangevuld met een vertegenwoordiging van de zorggebruikers en de mantelzorgers.

Gisteren werd een oproep gelanceerd voor twee pilootprojecten van eerstelijnszones die zullen worden begeleid door Flanders Synergy. Hun ervaringen zullen het pad uittekenen voor de verdere uitrol en begeleiding van de sector bij de oprichting van de eerstelijnszones. De medewerkers die zijn tewerkgesteld in de SEL's, de GDT en het Lokaal Multidisciplinair Netwerk (LMN) zullen geleidelijk worden ingezet in de ondersteuning en uitbouw van de eerstelijnszones en zorggraden. Het is de bedoeling dat uiteindelijk een enkele ondersteuningsstructuur wordt erkend en gefinancierd per eerstelijnszone.

Ondersteuning inzake palliatie, dementie en geestelijke gezondheidszorg worden gesitueerd op het niveau van een regionale zorgzone die een gebied omschrijft van om en bij de 400.000 inwoners.

Het is de bedoeling dat meerdere eerstelijnszones passen in een regionale zorgzone. Ze zullen in eerste instantie starten met het samenbrengen van de huidige opdrachten rond deze thema's, telkens binnen eenzelfde geografisch afgebakende

regionale zone. Daartoe zullen het bestaande Logo, de palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden, de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve zorgen, de regionale expertisecentra dementie en de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg samenwerkingsafspraken maken zodat er in elke zorgregio een afgestemd aanbod beschikbaar is. Er zal ook een taakuitzuivering gebeuren waarbij een aantal van de huidige opdrachten, zoals de opmaak van vormingspakketten en bepaalde taken inzake sensibilisatie van de bevolking en zorgverleners, zullen verschuiven naar het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn. De samenwerkingsvorm die gestalte moet geven aan de regionale zorgzone zal in de transitiefase geleidelijk aan vorm krijgen, en dat in samenspraak met de betrokken organisaties. De doelstelling is dat er een ondersteuningsstructuur per regionale zorgzone wordt erkend en gefinancierd en dat de huidige overlegstructuren bijgevolg niet langer erkend en gefinancierd zullen worden door de Vlaamse overheid.

De regionale zorgzones vallen idealiter samen met de klinische netwerken van de ziekenhuizen uit de regio, zoals ze worden opgevat door de organieke regels die in voorbereiding zijn bij de federale overheid. Op die manier kan de regionale zorgzone een platform worden waar eerstelijnszorg en specialistische zorg elkaar ontmoeten en samenwerken.

Een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn zal worden opgericht. In een dergelijk instituut kan de nodige kennis en expertise worden samengebracht die de brede eerste lijn kan ondersteunen. We gaan na hoe we de bestaande expertise kunnen bundelen en hoe bestaande Vlaamse initiatieven en structuren eventueel na verloop van tijd kunnen opgaan in het instituut. Het samenwerkingsplatform voor de eerste lijn zal bijvoorbeeld opgaan in de werking van het Vlaams instituut.

Tot eind 2018 zullen de huidige structuren die erkend en gesubsidieerd worden, blijven bestaan. De concrete reorganisatie zal starten vanaf 1 januari 2019. De overgangperiode is nodig voor de opmaak van de nieuwe regelgeving betreffende het reorganisatietraject. Zo zal onder andere het decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders in eerste instantie worden aangepast en zullen er uitvoeringsbesluiten worden opgemaakt.

Vanaf het ogenblik dat de autonome eerstelijnszones erkend worden, krijgen zij definitief de middelen en personeelsleden toegewezen. Net zoals een participatief traject werd uitgestippeld voor het voorbereidingstraject, zal in het natraject voldoende overlegd worden met de betrokken sectoren in de eerste lijn. In de maanden maart en april hebben we al overlegmomenten gepland met alle betrokken structuren in de eerste lijn.

Er wordt onder andere voorzien in een versterking van het lokaal niveau door het lokaal uitbouwen van de noodzakelijke intersectorale samenwerking, onder andere in het kader van het breed onthaal en het lokaal sociaal beleid. Voor het tijdsplan verwijst ik naar het antwoord op de vorige vraag. De organisatie van de eerstelijnszorg kan niet los gezien worden van het lokaal sociaal beleid.

Zoals gezegd, gaan we nu eerst een aantal pilootzones maken met Flanders Synergy, en dan gaan we een oproep doen om te zien welke samenwerkingsverbanden zich aandienen om definitief in die structuur te stappen. Zoals gezegd, zal geleidelijk aan een deel personeel indalen vanuit de bestaande regionale settings, en wellicht op een bepaald moment ook aangevuld en versterkt worden met extra uitbreidingen die moeten gebeuren.

De organisatie van de eerstelijnszorg kan niet los worden gezien van het lokaal sociaal beleid. Dat is trouwens een van de grote statements op de conferentie. Eerstelijnszorg en het inzetten op informele zorg speelt zich per definitie af op het lokale en/of wijkniveau. De regierol van de lokale besturen is daarin onmiskenbaar. Dit zal zijn weerklink vinden in een nieuw decreet Lokaal Sociaal Beleid. Zo zullen de lokale

besturen de opdracht krijgen om inclusieve en integrale lokale sociale beleidsdoelstellingen op te nemen in hun meerjarenplanning. Hiervoor worden de bestaande instrumenten gebruikt, zodat dit geen extra planlast betekent voor de lokale besturen. Daarnaast zien we ook een belangrijke regierol weggelegd die zich onder andere vertaalt naar een maximale afstemming op het aanbod op de lokale noden.

Meer concreet op het operationele niveau realiseert het lokaal bestuur, eventueel in samenwerking met andere besturen – dat zal in de eerstelijnszone belangrijk zijn –, het geïntegreerd breed herkenbaar onthaal. De lokale besturen zijn ook partners bij uitstek om een regierol op te nemen in het kader van de vermaatschappelijking van zorg. We verwijzen hier onder meer naar de ontwikkeling van initiatieven op vlak van buurtgerichte zorg.

Het is eveneens belangrijk dat de op te richten eerstelijnszones zo veel mogelijk samenvallen met de intergemeentelijke samenwerkingsverbanden die zich organisch hebben gevormd of die in ontwikkeling zijn. Op die manier groeit de kans dat de actoren hun werking onderling zullen afstemmen en de krachten gaan bundelen. Het is ook belangrijk dat er een lokale invulling komt van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen door het gebruik van gevalideerde methodieken en van andere objectieven van het preventiebeleid. Zowel de aanpak door lokale besturen, via onder meer de methodiek 'Gezonde Gemeente', als door de actoren die een rol vervullen in de eerstelijnszone, is van belang. Dat werd trouwens geëxpliciteerd op de laatste conferentie.

De autonomie van de lokale besturen en de erkenning van hun regierol in de eerste lijn vergt goede afspraken tussen het Vlaamse overheidsniveau en de vertegenwoordigers van de lokale besturen, de Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten (VVSG). Wij denken dat daar zeker nog beter kan worden samengewerkt.

Met andere woorden: in de eerste lijn is een structurele dialoog tussen de verschillende overheden en de actoren belangrijk. Daarom zullen zij in het toekomstige Instituut voor de Eerste Lijn een plaats krijgen.

Hoe zullen die zones worden ingevoerd? In de eerstelijnszone komt het zwaartepunt te liggen van de ondersteuning van de praktijk of de dienstverlening en van de intersectorale samenwerking tussen lokale besturen, welzijns- en gezondheidsactoren. De eerstelijnszone is de geografische omschrijving van het gebied waarin de lokale besturen en de zorgaanbieders die er hun zorg- en dienstverlening ontwikkelen, inclusief de partners van het geïntegreerd breed onthaal, proberen hun samenwerking vorm te geven en hun verantwoordelijkheid op te nemen voor de populatie van die eerstelijnszone. De huidige SEL's, GDT's en LMN's zullen, naarmate de zones zich ontwikkelen, geleidelijk aan opgaan in de eerstelijnszones.

Zoals reeds gesteld, zal er gewerkt worden met een oproep naar de eerstelijnsactoren en lokale besturen om een voorstel van eerstelijnszone in te dienen dat beantwoordt aan een aantal criteria. Bij de afbakening van de eerstelijnszones zullen de eerstelijnsactoren en lokale besturen rekening moeten houden met een aantal ontvankelijkheidscriteria. Een eerstelijnszone omvat een grote stad of een deel ervan, of twee of meer gemeenten met een totaal aantal inwoners tussen 75.000 en 125.000. Hiervan kan uitzonderlijk worden afgeweken op basis van historische samenwerkingsverbanden of sociaalgeografische argumenten. Een te grote eerstelijnszone vermindert de kans op effectieve samenwerking tussen de eerstelijnsactoren. Een te kleine eerstelijnszone beperkt de mogelijkheden tot ondersteuning. De eerstelijnszone past binnen de grenzen van één regionaalstedelijke zorgregio of regionale zorgzone. Verschillende eerstelijnszones vormen samen één regionale zorgzone. Dat is het idee.

Om in aanmerking te komen als eerstelijnszone, moet de afbakening voldoende draagvlak hebben bij de belangrijke stakeholders zoals huisartsenkringen, kringen



of vertegenwoordigers van andere zorgberoepen, lokale besturen, woonzorgactoren enzovoort. Flanders Synergy zal vanuit een VLAIO-project (Agentschap Innoveren en Ondernemen) twee toekomstige eerstelijnszones ondersteunen en begeleiden bij het opzetten en inrichten van werking en samenwerking binnen de eerstelijnszone. De begeleiding bestaat uit een methodiek waarin de principes van een innovatieve arbeidsorganisatie toegepast worden. Doelstelling is om tot twee prototypes van eerstelijnszones te komen die het bredere werkveld en beleid inspireren maar die tegelijkertijd concrete en praktische inzichten, randvoorwaarden en een strategie aanreiken om dit op grotere schaal te brengen. De ervaring van deze projecten zal de weg effenen naar de invulling van de andere zones in de toekomst.

In de regionale zorgzone moet een gebiedsdekkend aanbod van expertise worden verzekerd dat zich op een hoger niveau dan de eerstelijnszone bevindt omdat de kritische massa voor interventie voldoende groot moet zijn, bijvoorbeeld palliatie, of omdat zorg en welzijn en lokale besturen slechts twee van meerdere actieterreinen zijn, bijvoorbeeld preventie, waar je het principe van 'Health in All Policies' moet hanteren. Ook hier is vereenvoudiging en integratie van de structuren en het verhogen van de efficiëntie het uitgangspunt. Naarmate er op Vlaams niveau functies en competenties kunnen worden ontwikkeld door het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn, eerstelijnszones en raden erkend kunnen worden en hun ondersteuning effectief wordt, zullen de functies die op het regionaalstedelijke niveau moeten worden opgenomen, verder kunnen worden afgelijnd.

Zoals ik eerder aangaf, zullen we starten met het samenbrengen van de huidige opdrachten rond preventie, palliatie, dementie en overleg rond geestelijke gezondheidszorg, telkens binnen eenzelfde geografisch afgebakende regionale zone. De samenwerkingsvorm die gestalte moet geven aan de regionale zorgzone zal in de transitiefase geleidelijk aan vorm krijgen, en dat in samenspraak met de betrokken organisaties. De bedoeling is dat er één ondersteuningsstructuur per regionale zorgzone wordt erkend en gefinancierd zodat op termijn de huidige overlegstructuren niet langer erkend en gefinancierd zullen worden door de Vlaamse overheid.

*– Peter Persyn treedt als voorzitter op.*

De Vlaamse overheid zal uiteraard waken over de continuïteit van de tewerkstelling van de personeelsleden die in de transitie betrokken zijn. De gezamenlijke besparingen door samenwerking zullen naargelang de noden worden ingezet op dit niveau of op het niveau van de eerstelijnszones. De financiering zal gebeuren in functie van de kenmerken van het werkingsgebied, de grootte, het inwonersaantal, de sociaal-demografische kenmerken enzovoort, en een deel van de middelen zal per opdracht en deelwerking, zoals preventie, palliatie of dementie, worden toegekend en verantwoord. Regionale zorgzones zullen in alle openheid en transparantie en op basis van consensus de financiering van bepaalde opdrachten voor specifieke doelgroepen en thema's, bijvoorbeeld de coördinatie en samenwerking in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz), samen kunnen poolen. Ook het verwerven van financiering via alternatieve bronnen zal worden toegestaan.

Uit de werkgroepen die deze conferentie mee hebben voorbereid en uit de wetenschappelijke reflectiekamer, werd het voorstel aangebracht om een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn op te richten. In een dergelijk instituut kan de nodige kennis en expertise worden samengebracht die de brede eerste lijn kan ondersteunen. Om zijn rol goed te vervullen, zal het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn een sterke band hebben met de Vlaamse en de federale overheid, onderzoeks- en kenniscentra en universiteiten. De werking van een dergelijk instituut zal afhankelijk zijn van de overheidsfinanciering en mee aangestuurd worden door het beleid.

We gaan na hoe we bestaande expertise kunnen bundelen en hoe bestaande Vlaamse initiatieven en structuren kunnen opgaan in het instituut. De projectmatige financiering van bijvoorbeeld éénlijn.be en het op te richten Expertisepunt mantelzorg, in samenwerking met de verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, zullen hierin worden opgenomen. Ook het samenwerkingsplatform voor de eerste lijn zal opgaan in de werking van het Vlaams instituut. Er zal ook afstemming gezocht worden met het recent eengemaakt welzijnssteunpunt en de toekomstige steunpuntfunctie geestelijke gezondheidszorg.

De financiële middelen die aan de huidige ondersteuningsstructuren toegekend worden vanuit de Vlaamse overheid zullen worden geheroriënteerd naar deze structuren. Aan het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn zullen eveneens personeel en middelen toegewezen worden, waarbij in eerste instantie zal worden gewerkt met een heroriëntering van bestaande middelen. Dat zal uiteraard geleidelijk aan moeten worden ontwikkeld. De concrete personeelsinvulling van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn zal uiteraard duidelijker worden in een latere fase van het hervormingstraject.

Mijnheer Bertels, de drempel om zorg uit te stellen, wordt vaak door financiële redenen bepaald. Als Vlaamse overheid hebben wij geen impact op de financiering van de RIZIV-sectoren. Daarvoor is de federale overheid bevoegd. Wel kan de Vlaamse overheid werk maken van een meer geïntegreerde financiering van de zorg die wordt verleend in de zorgorganisaties die door de Vlaamse overheid worden erkend en gesubsidieerd. Persoonsvolgende financiering is hierbij volgens de Vlaamse overheid een belangrijke hefboom. Een dergelijke financiering zet in op de toegankelijkheid van de zorg, de kwaliteit van de zorg, de interdisciplinaire samenwerking, het afstemmen van de zorg op het bevorderen of behouden van de autonomie en de regierol van de persoon met een zorgnood. Daarin is uiteraard een rol weggelegd voor de wijkgezondheidscentra. Maar zelfs al zouden we die vanuit de Vlaamse overheid stimuleren of erkennen, dan nog is de federale overheid bevoegd voor het forfaitaire financieringssysteem dat deze centra voor de ingeschreven patiënt hanteren. Als Vlaamse overheid zijn we alleen betrokken via de subsidies van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA), die een ondersteuning zijn voor de infrastructuur. Een beperkt aantal wijkgezondheidscentra heeft wel nog een DAC-project uit het verleden.

In onze beleidstekst die in aanloop naar de conferentie werd ontwikkeld, zijn beleidslijnen terug te vinden die een impact kunnen hebben op de toeleiding van personen naar de zorg. Zo is er sprake van het geïntegreerd breed onthaal. Het geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal heeft specifieke aandacht voor kwetsbare groepen, onder meer mensen in armoede, en kan ook verder binnen het brede concept van het Sociaal Huis worden uitgebouwd. Alleszins maakt het Sociaal Huis deel uit van het geïntegreerd breed onthaal. Deze actie is ook opgenomen in het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding (VAPA).

We zullen ook meer inzetten op buurtgerichte zorg. In de Huizen van het Kind wordt onder meer ingezet op een sterke samenwerking tussen lokale actoren en de lokale gemeenschap om interventies op te zetten die gezondheidsongelijkheid verminderen en het aanbod toegankelijk maken. Het op te richten Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn krijgt de opdracht om, onder andere samen met de Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten, op basis van goede praktijken methodieken uit te werken en te verspreiden voor de lokale besturen die zo kunnen worden aangemoedigd om initiatieven rond buurtgerichte zorg op te nemen.

Iedereen beseft dat geen enkele individuele zorgaanbieder in staat is om alleen de complexiteit van zorg en ondersteuning te omvatten en dat samenwerking een *conditio sine qua non* is geworden om efficiënte en effectieve zorg te verlenen. Dat wordt weerspiegeld in multidisciplinaire samenwerking. Zorgverleners kijken

over de muren van hun praktijk of voorziening heen en stemmen samen de zorg af op de behoeften van de persoon met een zorgnood. De conferentie stond zo goed als helemaal in het teken van de samenwerking tussen de zorgaanbieders. In de beleidstekst worden verschillende maatregelen opgesomd om de samenwerking te verbeteren en te ondersteunen. In een notendop gaat het dan om de oprichting van eerstelijnszones met een zorggraad, het organiseren van ondersteuning voor deze zones en raden, het meer integreren van de ondersteuning op een hoger niveau, de oprichting van een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn, het verder inzetten op ICT-ondersteuning en -ontwikkeling, een duidelijke afstemming met de federale overheid om te komen tot een integraal beleid, het inzetten op kwaliteitsbeleid en doelstellingen voor de eerste lijn, het stimuleren van initiatieven voor buurtgerichte zorg en het aanmoedigen van innovatie op het vlak van praktijkvormen en samenwerkingsmodellen in de eerste lijn. Een van de krachtlijnen van het mantelzorgplan betreft tevens, onder andere, de samenwerking tussen de mantelzorger en de zorgverlener.

De digitale revolutie in de zorg biedt de mogelijkheid om het overleg over de persoon met een zorgnood en de samenwerking tussen de zorgaanbieders te faciliteren. Daartoe is een goed concept met duidelijke verdeling van de verantwoordelijkheden nodig vooraleer er kan worden geïnvesteerd in applicaties die het overleg via digitale weg vlot laten verlopen. Bedoeling is dat de zorgaanbieder vanuit het eigen pakket via het Vitalinkplatform alle relevante en gedeelde data rond de persoon met een zorgnood kan raadplegen, ook bij de patiënt thuis. Mobiele toepassingen dragen bij tot het gebruiksgemak. Gebruiksvriendelijkheid voor de zorgaanbieder en de burger is daarbij een prioritair aandachtspunt en de verantwoordelijkheid van alle belanghebbenden. Daarbij zal er ook specifiek aandacht worden gegeven aan de toegankelijkheid van de innovaties op het vlak van e-health voor de zwaar zorgbehoevenden en de personen die digitaal minder vaardig zijn.

– *Bart Van Malderen treedt als voorzitter op.*

Dat zal uiteraard aan bod moeten komen bij het ontwikkelen van software door diverse producenten.

Met het oog op het realiseren van een digitaal en geïntegreerd zorg- en ondersteuningsplan zal de Vlaamse overheid in overleg met de zorgactoren en afgestemd op het plan e-Gezondheid, nog intensiever inzetten op IT-ondersteuning van de zorgaanbieders. Samen met het medicatieschema zijn de journaalfunctie en de agendafunctie – wie doet wat wanneer bij deze persoon met een zorgnood? – twee belangrijke extra bouwstenen in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan.

Zoals gezegd delen we de doelstelling van de federale overheid om tegen 2020 de medische dossiers van de huisarts volledig te digitaliseren. Tegen 2020 willen we ook het multidisciplinair delen van een zorg- en ondersteuningsplan effectief waarmaken. Dat sluit aan bij de filosofie van het actieplan e-Gezondheid om te evolueren naar een 'multidisciplinair patiëntendossier' waarin relevante gegevens worden ontsloten.

Nog een ambitie is om ook tegen 2020 het multidisciplinair delen van gegevens via digitale weg te realiseren, door de vereisten op te stellen waaraan de elektronische patiëntendossiers van elke beroepsgroep moeten voldoen en de elektronische patiëntendossiers van de verschillende beroepsgroepen virtueel te koppelen in één gedeeld dossier.

In het traject dat Vlaanderen loopt betreffende het plan e-Gezondheid kiezen we ook voor de BelRAI-screener als uniform inschalingsinstrument in het kader van de Vlaamse sociale bescherming (VSB). Op die manier kan de zorgbehoevendheid op eenzelfde manier worden gemeten. De BelRAI zal in de verschillende sectoren van de VSB geleidelijk worden ingevoerd. De indicatiestellingen zijn niet losgekoppeld

van het zorgproces. Dat moet ook leiden tot minder belasting van de persoon met een zorgnood en tot minder lasten voor de zorgaanbieders in de eerste lijn. Administratieve lastenverlaging en vereenvoudiging gelden trouwens als algemeen streefdoel van de digitalisering in de zorg.

We nemen zo snel mogelijk regelgevende initiatieven om de bestaande financieringsmechanismen en subsidiestromen te gebruiken om de digitale samenwerking te stimuleren. In eerste instantie wordt de regelgeving die hiervoor in aanmerking komt, door het agentschap Zorg en Gezondheid geïnventariseerd. Met het Actieplan Flanders' Care 2.0 zetten we uiteraard ook in op digitalisering via innovatieprojecten.

Een onderzoek naar de impact van een terugbetaling van eerstelijns geestelijke gezondheidszorg op het medicatiegebruik en de mogelijke verschuiving van het medicatiegebruik is in Vlaanderen of in België niet voorhanden. Zoiets vereist een longitudinaal onderzoek en is zeer complex omdat heel wat beïnvloedende factoren een rol spelen in de geestelijke gezondheid van een populatie. Op basis van de huidige zeven pilootprojecten 'eerstelijnspsychologische functie' is het niet mogelijk om een dergelijke studie uit te voeren gezien de beperkte impact van een voltijds equivalent eerstelijnspsychologische functie in een specifieke afgebakende regio. Het is tevens bijzonder moeilijk om een gelijkaardige populatie met dezelfde behoefte aan geestelijke gezondheidszorg en met dezelfde sociaal-demografische kenmerken te vinden, waar er geen beroep op een eerstelijnspsycholoog kan worden gedaan. We hebben in Vlaanderen immers geen gegevens over de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg. Er zijn in Vlaanderen heel wat psychologen en therapeuten op zelfstandige basis actief, maar we weten vandaag niet wie een eerstelijnsrol opneemt en hoe die rol ingevuld wordt. Een onderzoek naar de impact van een eerstelijnspsychologische functie zou wel kunnen worden uitgevoerd indien de eerstelijnspsychologische functie over heel Vlaanderen zou worden uitgerold, omdat de capaciteit en impact van deze functie dan groter is, zodat verschuivingen in het voorschrijfgedrag van psychomedicatie kunnen worden nagegaan. Uit de bevraging van de betrokken huisartsen van de projecten eerstelijnspsychologische functie blijkt echter wel dat de huisartsen effectief vragende partij zijn voor een alternatief voor medicamenteuze behandelingen en dat een eerstelijnspsychologische functie hiervoor een waardevol alternatief kan bieden.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) plant een onderzoek naar de organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België op vraag van de interkabinettenwerkgroep 'taskforce geestelijke gezondheidszorg'. Het onderzoek betreft de actuele en toekomstige nood aan geestelijke gezondheidszorg bij de volwassen Belgische bevolking. De informatie moet beleidsmakers ondersteunen bij het stellen van prioriteiten en het nemen van strategische beslissingen met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg. De studie zal gegevens verzamelen over de prevalentie van geestelijke gezondheidszorgproblemen, een overzicht geven van het zorgaanbod en tevens inzicht geven in eventuele tekortkomingen en overlappingsen in de zorgverlening.

In het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid wordt duidelijk geïnvesteerd in vroegdetectie en vroeginterventie. We weten immers dat vroegdetectie van een psychisch probleem met een gepaste interventie kan voorkomen dat een probleem ernstig en/of chronisch wordt.

Bij sommige psychiatrische stoornissen is het terugverdieneffect van vroeginterventies ook al internationaal in kaart gebracht. Evidencebased richtlijnen in de geestelijke gezondheidszorg bevestigen eveneens het belang van een niet-medicamenteuze behandeling, eventueel aangevuld met medicatie, om tot een kwaliteitsvolle zorg te komen. Een voorbeeld hiervan is de recente richtlijn inzake behandeling van depressie bij volwassenen door de huisarts. Als besluit kan ik aangeven dat, ook al weten we vandaag nog niet of er een kostenbesparing zou zijn

en hoe groot, het voor de kwaliteit van de zorg in elk geval noodzakelijk is om ook niet-medicamenteuze behandelingen en begeleidingen te kunnen aanbieden in de geestelijke gezondheidszorg.

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

**Elke Van den Brandt (Groen):** Minister, dat was een uitvoerig antwoord, dat ik op mijn gemak nog eens zal nalezen. Officieel heb ik twee minuten om te repliceren, maar er waren heel veel vragen en ik kan in dat tijdsbestek onmogelijk op alle elementen ingaan. Ik kies er een paar uit, maar dat zal niet op twee minuten lukken. Mijn excuses. Ik doe mijn best.

Ik begin met het einde, de eerstelijnspsychologen. We hebben daarover in het verleden al heel wat vragen gesteld. U hebt het systeem in gang gezet en dat is iets positief. De bedoeling was om verschillende formules naast elkaar te laten bestaan en daarvan te leren hoe we het regionaal of nationaal kunnen invoeren. Dat moest worden geëvalueerd. Toen we in het verleden vragen stelden over de eerstelijnspsychologen, kregen we het antwoord: we wachten de eerstelijnsconferentie af, we wachten af wat de federale terugbetaling is. Nu hoor ik u zeggen dat het KCE een behoeftestudie uitvoert. Ik denk dat zo'n studie heel belangrijk is, maar wanneer beslist u wat u ermee zult doen? Ik dacht eigenlijk dat na de eerstelijnsconferentie zou worden beslist: het systeem draait goed, of draait niet goed, of draait goed in bepaalde omstandigheden, en we rollen het uit. Ik begrijp nu dat we opnieuw op een of ander moeten wachten.

U zegt dat we niet kunnen evalueren, omdat het enkel een proefproject is. Zo blijft u natuurlijk bezig. Het zijn enkel proefprojecten omdat er geen evaluatie en uitrol zijn. Volgens mij bestaat er een breed draagvlak om het systeem goed en breed uit te rollen, maar dan liefst op korte termijn. Mijn eerste vraag is dan ook: hoe zult u dat concreet aanpakken en wanneer?

Hetzelfde komt terug wanneer het over de eerstelijnszones gaat. We vinden ze ongelooflijk belangrijk en dat blijkt ook, maar we voelen dat er niet over alles een consensus is. Indien er bij een dergelijke oefening niet over alles een consensus bestaat, betekent dat echter niet dat er geen draagvlak is. Mensen die aanwezig waren, horen we zelfs vragen om beslissingen te nemen, zodat we vooruit kunnen. We zullen over bepaalde zaken geen consensus bereiken, maar het is belangrijk dat het beleid beslissingen neemt. Dat is niet in tegenstrijd met het feit dat er draagvlak is. Er komt nu een oproep en in consensus kunnen er projecten worden ingediend, maar wat gebeurt er als er geen antwoord is, als er geen consensus wordt gevonden? Verloopt het dan in twee snelheden? Wanneer zult u zeggen dat er moet worden opgetreden? Enerzijds vind ik het goed dat u een oproep lanceert, zodat er een spontane samenwerking van onderuit kan ontstaan en, zoals in West-Vlaanderen, bestaande samenwerkingen de kans krijgen om in de eerstelijnszone te komen. Anderzijds moeten we vermijden dat we moeten wachten tot iedereen in het hele land een consensus heeft bereikt om te kunnen werken met eerstelijnszones. Misschien komt het door de grote hoeveelheid informatie, maar in uw antwoord mis ik een beeld van hoe u dat ziet voortgaan.

Hetzelfde geldt voor het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn. Op zich is het een goede zaak. Het is een beetje moeilijk om te beoordelen, maar het kan een meerwaarde inhouden. Uit teksten had ik echter begrepen dat het personeel wel degelijk uit de SEL's en GTD's zou komen. Aan uw gebaren zie ik dat dat een verkeerde interpretatie van de teksten is. De oefening is dat de SEL's geleidelijk worden omgezet naar eerstelijnszones, maar dan hoop ik dat het instituut op een andere manier zal worden bekostigd. In de tekst las ik ergens er 1,32 vte's per zorgregio zouden zijn. Klopt dat? En is het realistisch om daarmee effectief een zone te laten functioneren?

Ik wil tot slot nog specifiek volgende vraag stellen. U zegt dat we per regio naar één overlegstructuur gaan. Dat lijkt me heel goed. Zo zitten we niet met zes overlegstructuren. In het plan geestelijke gezondheidszorg hebben we ook nog overlegplatforms die een toekomst blijven hebben. Hoe rijmt dat met andere plannen? Is het de bedoeling dat alles daarin opgaat en dat andere bestaande plannen zich allemaal daarop moeten enten? Of zullen we met verschillende systemen naast elkaar blijven zitten, zoals we dat in het verleden al een paar keer hebben gehad, en hoe directief zult u daarin optreden om dat effectief waar te maken?

Ik denk dat ik daarmee mijn eerste rondje vragen ga afsluiten. Er zijn nog heel veel vragen, maar ik vermoed dat we hier nog geregeld op kunnen terugkomen in de commissie, omdat het een heel brede hervorming is.

**De voorzitter:** De heer Bertels heeft het woord.

**Jan Bertels (sp.a):** Ik ga wel proberen om binnen de twee minuten te blijven, maar ik versta wel de resem vragen die mevrouw Van den Brandt heeft.

Minister, ik ben niet iemand die een revolutie predikt in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ik ben voor evolutie, voor overleg. Ik ben blij dat u dat ook aangaat. Maar in een aantal zaken moeten we toch – ik zou niet zeggen doorduwen of opleggen – maar toch iets proactiever te werk gaan.

De wetenschappelijke evidentie met betrekking tot de toegang tot het interprofessioneel eerstelijnsnetwerk – u bent er zelf uw antwoord mee begonnen – is overduidelijk. Ik denk dat we daar toch onze gesprekspartners met iets meer aandrang moeten proberen te overtuigen en niet moeten wachten tot we de laatste overtuigd hebben. Dat dat de weg is die we moeten gaan, is overduidelijk.

Ik ben blij dat u met betrekking tot de digitalisering zegt dat u de gebruiksvriendelijkheid en de toegankelijkheid hoog in het vaandel draagt en daarop zult toezien. We gaan die oefening ook in die geest moeten doen richting 2020. Maar het blijft een constante bekommernis die we moeten bewaken.

Mijn tweede punt heeft betrekking op de eerstelijns psychologische functie. U zegt zelf dat de kwaliteit van de zorg daar baat bij zou hebben. U hebt gelijk dat er geen wetenschappelijke studie bestaat met betrekking tot de vraag die ik gesteld heb, die longitudinale studie. U verwijst nu naar – wat voor mij nieuw was – een onderzoek van het kenniscentrum. Ik heb dat niet zien staan in hun lijst van onderzoeken, maar ik heb er misschien over gekeken.

Maar ons buikgevoel – en u bevestigt dat impliciet – geeft aan dat we daar iets moeten doen, voor de kwaliteit van de zorg en voor efficiënter gebruik van een aantal medicaties. Ik denk ook dat we daar iets actiever moeten optreden. Wetenschappelijke studies zijn belangrijk en zijn een goede onderbouwing en basis voor beleid, maar hier weten we dat er verbeteringen mogelijk zijn, denk ik.

Dan kom ik bij mijn twee bijkomende vragen, minister. U hebt gezegd dat de actieplannen nu uitgerold zullen worden. Een van de eerste actieplannen zal de oproep eerstelijnszone zijn. Hebt u een tijdstabel? Wanneer wilt u dat plan op zijn minst hebben?

Wat betreft het VLAIO-project, Flanders Synergy dat twee pilootprojecten gaat begeleiden inzake eerstelijnszones, ben ik niet goed mee. Zullen die pilootprojecten lopen of afgehandeld zijn vooraleer u die oproep naar de eerstelijnszones gaat doen, wat u aangekondigd hebt als een van de eerste actieplannen? Daar heb ik de tijdstabel niet goed begrepen.

**De voorzitter:** De heer Persyn heeft het woord.

**Peter Persyn (N-VA):** Ik wil de collega's bedanken voor hun vragen. Ik was met collega Saeys ook aanwezig op die eerstelijnsconferentie. Ik wil toch een aantal punten aanhalen die voor mijn fractie en voor mezelf heel belangrijk zijn.

Ik moet mij toch een beetje aansluiten bij de bezorgdheid – ik heb die ten andere ook al woordelijk naar de minister gebracht – over het weinig directieve karakter van de huidige dynamiek. Ik druk me voorzichtig uit. Het Vlaamse Zorgregiodecreet dateert van 2002, en nu zijn we nog altijd bezig met bottom-up de basis te mobiliseren om zich daarin in te schrijven, terwijl er eigenlijk al heel wat voorligt. Ik hou dus toch een pleidooi om misschien iets directiever te werk te gaan. Ik ga ermee akkoord om nu die oefening te doen met die twee concrete regio's en te kijken wat daar eventueel nog praktische, pragmatische, financiële, mentale drempels zijn, maar dan toch een versnelling hoger te schakelen, want we zijn eigenlijk al vijftien jaar met die oefening bezig, en eigenlijk is dat niet zomaar een virtuele oefening. Dat heeft ook te maken met toegankelijkheid van zorg. Dat is dan de brede geografische toegankelijkheid. U noemt zelf soms het voorbeeld van de lappendekens die elkaar soms niet helemaal goed overlappen – denk aan de geestelijke gezondheidszorg. We zijn twee jaar geleden met de commissie naar het OPZ Geel geweest. We hebben daar een heel instructieve sessie meegemaakt, maar daaruit bleek dat er ook nog echt blinde vlekken zijn in ons Vlaamse landschap.

Die hiërarchische afbakening van zorgzones heeft dus wel degelijk een heel concrete impact op het verzekeren van een complete afdekking van je zorg in al zijn aspecten. Ik ga daar niet dieper op in. U weet dat ik er voorstander van ben om dat allemaal toch zo veel mogelijk congruent te maken.

Dan kom ik bij de concrete samenwerking van zorgverstrekkers. Als ex-huisarts uit een groepspraktijk die 25 jaar geleden al samenwerkte met psychologen en kinesisten, ligt mij dit natuurlijk na aan het hart. Goede afspraken zijn belangrijk. Gegevensdeling is belangrijk. Maar ook het consequent opnemen van de verantwoordelijkheden is belangrijk, en daar zien we misschien wel een beetje een omgekeerde gradiënt met het niveau of de duur van de opleiding en de mate waarin de verschillende zorgverstrekkers al dan niet present zijn op het appel. Ik denk dat daar toch ook, naast de goodwill en het ter beschikking stellen van performante ICT-tools, moet gedacht worden aan een versterking van financiële incentives, of omgekeerd van financiële sancties als deze of gene schakel in het zorgproces niet op de afspraak is. Ik bedoel dat dan letterlijk. Er zijn altijd zorgverstrekkers die vinden dat zij de drukste agenda hebben en dat zij een uitzondering mogen maken op gemaakte afspraken.

En de zorg, zeker in complexe zorgprocessen, collega's, staat of valt met zijn zwakste schakel. Dat lijkt een serieel proces, maar dat is als een product: als daar één factor nul is, dus slecht is, valt bijna de hele zorg in duigen. Het resultaat van een product met een nul erin, is nul.

We moeten ons daar bewust van zijn. De minister zal zeggen dat dat federale bevoegdheden zijn, maar dan weet u natuurlijk dat mijn partij – de logica zelve – voorstander is om al die bevoegdheden veel meer homogeen te maken, net zo voor de aspecten die door de collega's van de oppositie zijn aangehaald, namelijk de gevaren van onderbescherming en psychologische ondersteuning. Het is dus geen verwijt aan de minister, maar het zijn voor onze fractie wel richtpunten voor de toekomst. Je kunt heel moeilijk kaartspelen als je voortdurend met twee verdelers van kaarten zit. Dan is het heel moeilijk om een deftig kaartspel te hebben.

**De voorzitter:** Mevrouw Saeys heeft het woord.

**Freya Saeys (Open Vld):** Er is hier al zeer uitgebreid en heel veel gezegd. Ik zou nog twee puntjes willen maken. Ten eerste is de vrije keuze van de zorgverstrekker voor ons echt wel essentieel. Ik zie dat het bij het concept van het zorgteam

voor complexe zorg toch de patiënt of de mantelzorger is die dat team gaat samenstellen. Ik zie toch ook, wat betreft die mantelzorger, een positieve kentering. Hij wordt erkend in zijn centrale rol in de zorgsituatie. Dat is zeker en vast positief.

Ik zou ook nog willen reageren op de stelling dat er onvoldoende samenwerking zou zijn. Op dit moment zijn er enorm veel overlegstructuren. Heel veel zorgverstrekkers weten het op het einde allemaal niet meer. Time management is hier echt wel essentieel. Multidisciplinair overleg moeten we echt houden voor complexe zorgsituaties. Er zijn veel zaken die ook via digitalisering kunnen worden uitgewisseld. We voorzien ook voor uitzonderlijke situaties in case managers en dergelijke, wat ook zeker en vast een positieve evolutie is.

Wat vooral belangrijk is, is dat we gaan naar minder structuren en dat daar enorm in gesnoeid zal worden, en dat we voorzien in nieuwe structuren, maar beperkter. Het is toch niet de bedoeling van zo'n hervorming dat we nog meer overlegstructuren gaan hebben. Ik zie toch hoopvolle tekenen in die teksten over de integratie van de regionale dienstencentra, de SEL's, de GDT's, de LMN's (Lokale Multidisciplinaire Netwerken).

Daarbij zal het ook wel belangrijk zijn dat die eerstelijnszone niet bijkomend werk gaat creëren voor die zorgverstrekkers, maar hen juist gaat ondersteunen en gaat helpen bij die uitdagingen van de komende decennia. Ik denk dat, als je die eerstelijnsactoren de nodige ondersteuning gaat bieden, er vooral zo stappen vooruit zullen worden gezet.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Collega's, eigenlijk zouden we aan de reflectie over die ontwikkelingen wat meer tijd moeten besteden, want dat is natuurlijk een hele brok. Zoals ik uiteengezet heb, zijn we nu bezig met het natraject en wat daarin nu te doen staat. Er zal regelgeving moeten worden aangepast. Uiteraard zijn er nog adviezen die moeten binnenkomen. Daar is dus nog een heel groot werk te doen.

Een aantal onder u hebben gepleit voor meer directief overheidsoptreden, als het gaat over de afbakening van de regio's of als het gaat over de ICT-vaardigheden, collega Persyn, dus dat we mogen verwachten dat iedereen vroeg of laat zal instappen in die digitalisering.

**Peter Persyn (N-VA):** Dat heb ik niet gezegd. Ik denk dat u zich vergist. Ik heb het accent gelegd op die hiërarchische structuur. Ik denk niet dat ik een boog gespannen heb, tenzij ik een acute amnesie heb.

**Minister Jo Vandeurzen:** Ik meende toch dat ik begrepen had dat sommigen dat zeiden.

**Peter Persyn (N-VA):** Dat klopt, andere collega's hebben dat gevraagd, maar ikzelf niet. Ik vind dat ook belangrijk, alleen zeg ik dat dat secundair is. Voor mij is de digitale tool een ondersteuning.

**Minister Jo Vandeurzen:** Natuurlijk, als we willen dat de administratieve lasten verlagen, als we willen dat de samenwerking gestimuleerd wordt enzovoort, dan zal er op het vlak van digitalisering toch een radicale keuze moeten worden gemaakt. Maar die is eigenlijk gemaakt, en zelfs niet in eerste instantie door de Vlaamse overheid, maar in het RIZIV. Die keuze zal hoe dan ook gehonoreerd moeten worden.

Sta mij toe, wat die zones betreft, daar toch een paar bedenkingen bij te maken. Ik denk dat de keuze die voorgesteld is, duidelijk is. Als je het casusgerichte overleg wilt faciliteren, met alles wat daarbij hoort aan consequenties, dan moet je dat op het eerstelijnszoneniveau doen. Dat zal dus een transitie vragen, en dat



zal op termijn uiteraard ook versterking vereisen. In het vroegere Zorgregiodecreet stond het niet als een 'imperatief' ingeschreven dat er gewerkt zou moeten worden op dat zoneniveau. Het Zorgregiodecreet, zoals we dat van vroeger kennen, zegt aan de overheid: 'Als u werkt met geografische criteria, dan moet u zich houden aan de indelingsmodaliteiten van het Zorgregiodecreet.' Dan heb je het niveau 60, dus waar we nu over spreken. Je hebt het niveau gemeente. Daarboven heb je het regionaal-stedelijk niveau. Het verplicht dus eigenlijk om die regio-indeling te respecteren, tenzij je kunt motiveren waarom je dat niet doet. Als ik het mij goed herinner, was er voor ziekenhuizen zelfs een algemeen principe dat je dat niet per se moest volgen.

Maar die zones zijn dus in Vlaanderen nooit echt gebruikt om het ondersteuningsbeleid op te enten. Dat betekent dat andere elementen daar tot nu toe meer praktijkgericht vorm aan hebben gegeven. Ik denk aan de vorming van de huisartsenkringen, de wachtposten, datgene wat er komt vanuit het RIZIV aan LMN's enzovoort. Een aantal elementen hebben dat zeker mee ondersteund, en ook een aantal zaken vanuit Vlaanderen. Maar een ondersteuning op het niveau van de eerste lijn in heel Vlaanderen, die op die manier regionaal gebiedsdekkend consequent wordt ingevuld: dat is naar mijn mening nog nooit echt gebeurd.

Wat ik heb geleerd uit de voorbereiding, is dat er grote consensus over bestaat dat dat zal moeten gebeuren en dat het niveau de 75.000 tot 125.000 inwoners zal zijn, maar dat, als er over concrete tekeningen wordt gesproken, het enthousiasme toch iets minder groot is. Er zijn zeker een aantal regio's waar er mensen zijn die met zeer veel overtuiging verdedigen dat zij daar niet mee in moeten passen of dat zij zich er niet bij moeten aansluiten of dat er andere indelingen mogelijk of nodig zijn. En door nu te zeggen dat ook de lokale besturen daarin aanwezig moeten zijn, zijn er natuurlijk nog nieuwe actoren die echt expliciet aan de tafel komen.

De verwachting dat we dat gebiedsdekkend in Vlaanderen gaan doen, is ondubbelzinnig. We moeten daar naartoe, daar ben ik echt van overtuigd. Maar dat we voor een transitie staan, lijkt mij even duidelijk, want wat er verwacht wordt op dat eerstelijnszoneniveau is ook niet niets. Je moet daar een aantal kringwerkingen kunnen samenbrengen. Er zijn een aantal regio's waar zelfs een aantal kringwerkingen nog niet bestaan. Je moet daar een soort governance maken. Daar moet iedereen ook een stuk met een mandaat om zijn eigen discipline te overstijgen, kunnen samenwerken. De lokale actoren moeten daar bij. De welzijnsactoren moeten aansluiten. Dat is dus toch een behoorlijke oefening.

Er is voor gekozen om die oefening inderdaad in een aantal fases te doen en het objectief heel duidelijk te stellen: daar moeten we naartoe. Ik heb al op een aantal plaatsen gezegd dat dat voor mij wil zeggen dat we daar in 2020 toch zouden moeten zijn. Wellicht zal dat in de laatste fase opgelegd moeten worden, als je echt niet door kunt. Je kunt een hele tekening niet laten afhangen van een aantal toevallige of historische omstandigheden. Maar we zullen daar naartoe moeten.

Het eerste wat moet gebeuren, is natuurlijk zorgen dat er goede inspirerende voorbeelden zijn waaruit geleerd kan worden. Mensen voelen, als je daar naartoe gaat, dat de overheid ook consequent de incentives en de ondersteuning zal inzetten op dat niveau, en dus de samenwerking ook, zij het wellicht met beperkte middelen in de eerste fase, toch zal honoreren. En dat is wat we gaan doen.

Ik heb op de conferentie ook aangekondigd dat Flanders Synergy onmiddellijk zou starten met een oproep om twee pilootprojecten te kunnen begeleiden. Dat is een proces dat een tijd zal duren, maar dat zal ons niet verhinderen – ook dat heb ik op de conferentie gezegd – om in het najaar een oproep te doen voor Vlaanderen, om te kijken of we er voldoende mensen mee aan de slag krijgen in heel Vlaanderen. Ik denk dat de waarheid zal zijn dat er heel wat regio's zijn waar men eigenlijk al zeer

ver gevorderd is en die stap om aan de criteria van een zone te voldoen, vrij behapbaar is. Op andere plaatsen zal dat wat meer overleg vragen.

En we gaan dan geleidelijk aan invullen en operationaliseren. We gaan dus niet, mevrouw Van den Brandt, wachten tot het laatste puzzelstuk gelegd is om degenen die startklaar zijn, te laten starten. We gaan gewoon ook een stuk middelen laten indalen vanuit de SEL's naar die regio's waar men inderdaad verder geraakt. Zoals gezegd, zullen we dat wellicht op een bepaald moment ook moeten doen door wat te versterken op die plaatsen waar dat in die beweging dan nodig is. Maar dat is dus een traject.

Ik hoop wel dat wij op deze commissie mogen rekenen als zou blijken dat we er niet gaan geraken om dat overal te doen. Ik merk grote bereidheid om dat top-down een stuk op te leggen. Wij verkiezen een andere weg, zeker in de start, omdat er toch een aantal zaken zijn die je ook ervaringsgewijs moet exploreren. Maar bij dit soort afbakeningen – en dat geldt mutatis mutandis ook voor de afbakening van de klinische netwerken van de ziekenhuizen en van de afstemming van de werkingsgebieden van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg op die klinische netwerken –, als we het er allemaal over eens zijn dat we beter goede, eenduidige geografische gebieden hebben, dan zullen er op een bepaald moment toch voor een aantal dingen knopen doorgehakt moeten worden.

Ikzelf – maar dat is mijn persoonlijk gedacht en misschien een beetje gekleurd door de ervaring – denk dat we daar een aantal ambities en lijnen moeten trekken. Om te denken dat we alles nu loepzuiver en heel op de komma en elk gebied na allemaal op elkaar afgestemd krijgen, daar zal toch nog een transitie voor nodig zijn. Je voelt dat gewoon aan: het feit dat de federale overheid de klinische netwerken heeft aangekondigd voor de ziekenhuizen, heeft een hele beweging ingezet. Ik reken dus op de heer Bertels, om op de plaatsen waar hij mee de steun kan geven, te pleiten om begrip op te brengen voor de minister, die in eer en geweten zal zeggen: zo moet het, en niet anders. Want dat is dan een beetje de entendu. *(Opmerkingen. Gelach)*

Dan komt waarschijnlijk de tweede 'maar': we zijn het er in principe mee eens, maar de manier waarop u dat uitvoert, daar hebben we dan toch weer bedenkingen over. *(Opmerkingen)*

In die zin denk ik: respect opbrengen voor degenen die gepioneerd hebben, die believers zijn, waar het lukt, en die ook een stuk als inspiratie laten dienen. Maar we weten dat er een moment zal komen dat de klik gemaakt moet worden om te zeggen: we zijn nu echt wel in een fase dat het niet verantwoord is dat sommige gebieden achterblijven.

Ik maak daar een bedenking bij die ook voor het verslag belangrijk is. Natuurlijk zal de kandidatuur van een zone voor grotendeels afhangen van de manier waarop de partners in die zone elkaar vinden en afspraken kunnen maken. Er is evenwel één afwegingscriterium dat niet op het niveau van de zone kan worden gemaakt, en dat is de vraag of de afbakening van de zone de evenwichten in het gehele landschap respecteert. Als partners met een voorstel komen dat ertoe zou leiden dat aangrenzende gemeenten niet in staat zouden zijn om ook zo'n gebied te vormen, dan zal de overheid moeten ingrijpen. Want dat kan niet. Dan moet er opnieuw worden gesproken. Ik benadruk dus de noodzaak dat de actoren zelf die analyse moeten maken. Daarover zijn gesprekken mogelijk en kunnen adviezen worden gevraagd, zodat zo'n toestand wordt voorkomen. Ik heb al een aantal projecten onder ogen gekregen waarvan ik zeg dat het best mogelijk is dat de betrokkenen schitterend zullen kunnen samenwerken, maar dat de keuzes die voor die zone worden gemaakt het anderen onmogelijk maakt om nog een zone te vormen. Die voorstellen moet men dus herbekijken. Tot zover deze belangrijke bedenking.

Wat de psychologische functies op de eerste lijn betreft, zijn de projecten voldoende lang in de tijd gewaarborgd. Ik zei dat al meermaals. Laat er geen misverstand over bestaan: ooit zullen we die integraal uitrollen. Die uitrol kan evenwel slechts wanneer de zones zijn gevormd en wanneer we weten hoe de terugbetaling van de psychotherapie zal gebeuren. Dat laatste is een belangrijke kwestie. De logica van de staatshervorming en de bestaande structuren van dit land brengt met zich mee dat terugbetaalbare prestaties die ressorteren onder koninklijk besluit nummer 78 voor de volle 100 procent een federale bevoegdheid is. Zolang we niet weten hoe die terugbetalingen zullen gebeuren, is het niet mogelijk een definitief standpunt in te nemen. Dat is essentieel. Ik heb er alle vertrouwen in dat dit in orde komt, maar zolang dit niet het geval is, zullen we blijven investeren. Meer zelfs, we zullen ook initiatieven voor kinderen en jongeren nemen. Het budget wordt dus nog uitgebreid. Bij wijze van besluit: we moeten hierover met de federale overheid een overeenstemming vinden. Ik heb in de conferentieteksten een overzicht laten opnemen van wie wat in de eerste lijn financiert. Wie dat overzicht bekijkt, stelt vast dat het meeste geld van het RIZIV komt.

Mevrouw Van den Brandt, wat het Vlaams expertisecentrum betreft, is het zo dat een aantal Vlaamse structuren moeten worden verduurzaamd of in één instituut moeten worden geïntegreerd. Ik vermeldde er eentje: éénlijn.be. De Vlaamse overheid besteedt sinds de vorige eerstelijnsconferentie van 2010 behoorlijk veel geld aan de ondersteuning van de informatisering van de eerste lijn op het niveau van kringen van huisartsen, ten behoeve van de zorgverstrekkers. Zelfs individuele vragen aan de helpdesk worden daarbij betrokken. We kunnen die middelen natuurlijk niet blijven inzetten. Ik ga ervan uit dat dit soort vraagstukken door het expertisecentrum wordt opgenomen. Ik ga er ook van uit dat aan universiteiten en andere instellingen zal worden gevraagd in welke mate men belangstelling heeft om aan het initiatief deel te nemen. We zullen ook nagaan welke projecten en initiatieven door Vlaanderen worden gefinancierd en die in aanmerking komen voor een integratie in zo'n instituut.

Ik koester niet de illusie dat iedereen die vindt dat er een Vlaams instituut moet komen, enthousiast zal zeggen dat zijn of haar middelen daarin moeten worden opgenomen. Toch zullen we efficiëntie nastreven en proberen de beschikbare expertisevormen met elkaar te verbinden. Hier is al dikwijls gevraagd naar één punt waar alle informatie ten behoeve van mantelzorgers beschikbaar wordt gemaakt. Dat is een doelstelling die we op die manier willen realiseren.

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

**Elke Van den Brandt (Groen):** Voorzitter, minister, collega's, u zegt dat een richtlijn weerstand zal oproepen. We voelen evenwel dat de sector vraagt naar een doortastende aanpak. Men wil dat er een beslissing wordt genomen. Als ik het goed begrijp, wilt u een oproep lanceren. Er komen dan drie of vier fasen. Daarin worden regels naar voor geschoven die uiteindelijk in een groter geheel moeten passen. Als men bij de aanvang dan fout gokt, is er veel tijd en energie gestoken in het aangaan van samenwerkingsverbanden die een en ander hypothekeren. Men moet dus op voorhand goede afspraken maken.

**Minister Jo Vandeurzen:** Mevrouw, in 2010, op de vorige grote conferentie, is gezegd dat we naar een zone-indeling van Vlaanderen zullen gaan. Daartoe is toen aan Domus Medica de opdracht gegeven om met alle huisartsenkringen te praten. Later is ook met andere zorgverstrekkers gesproken. In de laatste rechte lijn naar de conferentie hebben sommigen actief in de wetenschappelijke reflectiekamer nog een denkoefening gemaakt over hoe alles er zou kunnen uitzien. Zeggen dat men niet weet in welk kader men keuzes moet maken, is dus niet juist. Er is al een lang traject doorlopen, en men weet perfect wat de mogelijkheden in de regio's zijn. Het is niet zo dat sommigen nu met een wit blad van nul

zullen moeten beginnen. Er zijn voldoende kaarten opgemaakt waarop staat welke knelpunten er zijn en waar er beslissingen moeten worden genomen.

Als men in een gebied actief is waarvan men weet dat alles duidelijk is, dan zou ik zeggen: waarop wacht men? Maar als u weet dat wat wij doen zeker niet evident is, in het licht van de oefening die we samen met zoveel anderen hebben gemaakt, dan moet worden overlegd over wat we het best doen, eventueel samen met de administratie. Dat is logisch. Maar stellen dat we er nu als naïevelingen aan zullen beginnen, is niet juist – daarvoor was het voorbereidend traject iets te lang.

**Elke Van den Brandt (Groen):** Dat is het punt. Er is zoveel voorbereidend werk geleverd dat we op een punt zijn gekomen dat men kan beslissen. Er moet beslist worden. De vraag om dat te doen, weerklinkt erg duidelijk. U wilt dat doen in 2020-2021. Dat is nog eens drie jaar verder. Naar mijn aanvoelen kan het volgens mij strakker worden aangepakt, toch wat betreft de zones. Wat de eerstelijnspsychologen betreft, hoor ik u zeggen dat er een uitbreiding komt. Ik hoor dat graag, zeker als dat voor minderjarigen is bedoeld. Maar voor de uitrol zult u wachten tot de zones er zijn. Dat is dus pas in 2021.

**Minister Jo Vandeurzen:** Neen, ik heb gezegd dat we vroeger dan dat zones zullen erkennen. Dat is geen probleem.

**Elke Van den Brandt (Groen):** Zult u in die zones, zodra die er zijn, de eerstelijnsfuncties uitbreiden?

**Minister Jo Vandeurzen:** We zullen op dat moment nagaan of dat realistisch is.

**Elke Van den Brandt (Groen):** Dat is een interessant gegeven.

U zegt dat u geen problemen verwacht met de terugbetaling van de psychologen. Minister De Block bouwt evenwel veel 'maars' en 'alsen' in haar discours in wanneer de vraag rijst of dat nog tijdens deze legislatuur zal lukken. Groen maakt de analyse dat de haalbaarheid erg onzeker is. We vrezen dat het niet meer zal lukken. Ik begrijp waarom u wilt wachten, maar zo wordt iets wat goed zal werken op de lange baan geschoven, tot 2020 of 2021. Dat is jammer, want de nood aan versterking van het eerstelijnsaanbod is reëel. Ik hoop dus dat u de eerstelijnspsychologen inschakelt zodra de zones er zijn, en zich niet verschuilt achter de nog te nemen federale beslissingen inzake terugbetalingen. Ik hoop dat ze er komen, maar het ziet er vandaag niet zo goed uit.

U hebt het over het samenbrengen van éénlijn.be en Mantelzorgpunt en dergelijke. Ik hoor ook dat daarvoor geen extra middelen worden vrijgemaakt. U begrijpt dat dit weerstand oproept, want die operatie zal men moeten financieren met middelen bestemd voor bestaande projecten. Ik hoop dat in dat verband een goede oefening wordt gemaakt en dat waardevolle projecten niet in de problemen komen.

Ik heb nog een laatste opmerking. Er is te weinig uitvoering gegeven aan het vorige decreet omdat, zo stelt u, de omkadering ontbrak. Niets belette u om op dat vlak initiatieven te nemen. Ik ben wel blij dat nu stappen vooruit worden gezet, maar ik moet toch opmerken dat die stappen veel te klein zijn, gezien de grote nood. Het mag allemaal wat sneller gaan. Wat het federale niveau betreft, ga ik ervan uit dat er al is overlegd. Ik ga ervan uit dat de voorbereiding is gebeurd in samenspraak met het federale niveau.

**De voorzitter:** De heer Bertels heeft het woord.

**Jan Bertels (sp-a):** Voorzitter, minister, collega's, hier is aangetoond wat u impliciet suggereerde: dit thema verdient een ruimer debat. Ik heb nog drie opmerkingen die ik wil verwoorden. Een: ik heb het woord 'directief' niet gebruikt. Ik

wil me niet in de rol laten duwen van iemand die stelt dat er directieven moeten worden opgelegd. Ik vind wel dat de overheid de richting moet aangeven en overtuigingskracht moet aanwenden bij de afhandeling van het voorbereidings-traject. U hebt gelijk, minister: op een bepaald moment moeten alle neuzen in dezelfde richting staan. Ik wil u evenwel niet voorstellen om nu vanuit Brussel een zoneplan op te leggen, want dat zou de beste manier zijn om alles onwerkbaar te maken, dat zou zorgen voor langdurige discussies. Maar het is wel nodig dat u de richting aangeeft. We moeten vooruit. We kunnen niet blijven stilstaan.

Twee: wat de opvolging van het maatwerk betreft, moeten we een positieve houding aannemen. Er is wel informatie nodig over het natraject. Zo niet zullen we hier elke maand een discussie moeten voeren over de stand van zaken van dat natraject en van de actieplannen. Ik denk dat we een werkwijze moeten afspreken, voorzitter, die ons in staat moet stellen om systematisch te worden geïnformeerd.

Drie: we moeten stappen vooruitzetten op het vlak van het complexer wordend zorgproces in de eerstelijns, waarvan we vinden dat het kwaliteitsvol moet zijn en moet steunen op de samenwerking van de zorgverleners. De functie van de eerstelijnspsycholoog is een erg zichtbare en ook noodzakelijke factor om die stappen vooruit te kunnen zetten. Misschien moeten we op dat vlak onze Vlaamse bevoegdheden iets meer uitputten dan gewoonlijk, in afwachting van wat er op federaal niveau inzake de terugbetaling hopelijk zal worden ondernomen. We moeten vooruit. U zei het zelf: de nood is gigantisch. Iedereen erkent dat. Vlaanderen moet zelf stappen vooruit zetten.

**De voorzitter:** De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Martine Taelman aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de invoering van het persoonsvolgend budget – 1455 (2016-2017)**

**VRAAG OM UITLEG van Tine van der Vloet aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het sluiten van contracten met een zorgaanbieder – 1476 (2016-2017)**

**VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de aanhoudende problemen bij de invoering van de persoonsvolgende financiering (PVF) – 1532 (2016-2017)**

**Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers**

**De voorzitter:** Mevrouw Taelman heeft het woord.

**Martine Taelman (Open Vld):** Voorzitter, minister, collega's, sinds 1 januari heeft elke volwassen persoon met een handicap een persoonsvolgend budget. De invoering ervan is een enorme omwenteling, zowel voor personen met een handicap als voor de voorzieningen waar die mensen verblijven. Er heerst hierover toch wat onzekerheid bij voorzieningen. De vzw Onafhankelijk Leven meldt dat een kleine groep voorzieningen vreest dat men middelen zal verliezen en personen met een persoonsvolgend budget meer zullen moeten betalen voor woon- en leefkosten – misschien zelfs dubbel zoveel voor de opvang in kortverblijf.

Op eerdere vragen antwoordde u dat u de prijszetting door voorzieningen niet monitort. Ik wil u daarover enkele vragen voorleggen. Hebt u informatie over prijsstijgingen in voorzieningen? Worden die prijsstijgingen onderzocht? Zo ja, wat zijn de resultaten? Zo niet, waarom niet?

**De voorzitter:** Mevrouw van der Vloet heeft het woord.

**Tine van der Vloet (N-VA):** Voorzitter, minister, collega's, tijdens de commissiebijeenkomst van 14 februari heb ik deze vraag reeds gesteld, toen het over de contracten ging. Ik heb toen de vraag gesteld hoe de voorzieningen kunnen doorgaan met het opstellen van contracten na de invoering van de persoonsvolgende financiering. In principe moeten die tegen eind maart zijn opgemaakt. U hebt toen niet echt mijn vraag beantwoord. Ondertussen gaan er geruchten dat het afsluiten van de contracten tot de zomer zou worden uitgesteld. Er wordt zelfs gesteld dat de deadline zou worden verplaatst naar 31 december 2017. Vooral voor de mensen die willen overschakelen, kan dit een probleem zijn. Het is ook moeilijk om een contract op te zeggen als dat er niet is. In principe zouden de mensen vrij moeten zijn hun zorgcontract elders af te sluiten, maar dat is in deze omstandigheden volgens mij niet evident.

Ik wil u daarover enkele vragen voorleggen. Wordt de deadline voor het afsluiten van de contracten verlengd? Tot wanneer? Hoe zal dit aan de mensen en de voorzieningen worden meegedeeld? Kunt u bevestigen dat iedereen die wacht op een aangeboden contract, zijn huidige zorgovereenkomst kan opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van maximum drie maanden?

**De voorzitter:** De heer Van Malderen heeft het woord.

**Bart Van Malderen (sp-a):** Voorzitter, minister, collega's, de vragen maken duidelijk dat, ondanks eerdere besprekingen hier en ondanks een aantal engagementen, er op het terrein vragen blijven leven. Het zijn vragen die aanleiding geven tot ongerustheid, en dat leidt op zijn beurt tot ongerustheid bij ons over het draagvlak. Veel signalen leren ons dat er zich op dat vlak problemen voordoen. Onze vragen hebben tot doel om verbetervoorstellen te verwoorden en u de kans te bieden om duidelijkheid te creëren, zodat we aan de noden van zoveel mogelijk mensen op een correcte manier kunnen tegemoetkomen.

Ik heb er een viertal, minister. Ik geef eerst een inleiding en stel dan mijn vragen.

Er is een vraag over het systeem van de voucher. In dat geval vergoedt het VAPH eigenlijk rechtstreeks de diensten aan de voorziening. Dat is een afweging die de mensen moeten en kunnen maken. Dat is uitdrukkelijk zo ingeschreven in het decreet Persoonsvolgende Financiering voor de mensen die liever niet de administratieve last hebben om zelf het beheer van het toegewezen budget te doen. Zo'n voucher kan dan als een voordeel worden ervaren, omdat deze administratief luv is voor de gebruiker. Dat betekent uiteraard wel dat het budget wat minder flexibel kan worden ingezet dan wanneer men zelf alle keuzemogelijkheden zou beheren. Het is belangrijk om aan te stippen dat van bij het begin van de uitbouw en de blauwdruk zelfs van de persoonsvolgende financiering er steeds uitdrukkelijk is verwezen naar de mogelijkheid om die beide systemen te combineren.

Nu blijkt er toch wel een probleem te zijn met die administratief luwe figuur, dat de keuzevrijheid en mobiliteit waar mevrouw van der Vloet het ook over gehad heeft, zou kunnen gaan hypothekeren. We ontvangen signalen dat iemand die op dag X – ik kies de datum van de invoering van de persoonsvolgende financiering, 1 januari 2017 – geen beroep deed op een VAPH-aanbieder, maar op 2 januari wel, en dan zijn voucher automatisch wil herwaarderen of uitschrijven via de ICT-platformen van het VAPH, onmiddellijk acht punten 'betaalt' voor het uitschrijven en herwaarderen van de voucher. De administratieve handeling wordt aangerekend. Ik kom er nog op terug, maar ik vraag me af in welke mate dit billijk is, in welke mate dit mobiliteit in de weg staat, dan wel faciliteert, terwijl er op dat moment zorggewijs geen enkele dienstverlening heeft plaatsgevonden. Dat een gebruiker een deel van zijn voucher verliest, zonder gebruik te maken van een dienstverlening waar de punten voor dienen, lijkt me een probleem.

Bij de budgethouders die kiezen voor een cashovereenkomst stort het VAPH het budget rechtstreeks aan de gebruiker op een aparte rekening. Daar zijn afspraken rond gemaakt. Uiteraard moet dit bedrag worden besteed aan de ondersteuning die op dat moment door de gebruikers zelf wordt georganiseerd: een assistent aanwerven, gebruikmaken van een voorziening, rechtstreeks toegankelijke hulp, dienstencheques enzovoort. Dat systeem geeft het meest vrijheid en flexibiliteit, maar het legt uiteraard ook administratieve verantwoordelijkheid bij de gebruiker of degene die het budget van die gebruiker beheert. Dat betekent dat dit in essentie zelf wordt bijgehouden. Het VAPH liet de mensen die kozen voor het cashsysteem weten dat de ingediende kosten van de gebruiker binnen de drie dagen zouden worden verwerkt. We krijgen signalen dat dit niet gebeurd is. De mensen vragen ons letterlijk: wanneer krijgen we ons geld? Het gaat over behoorlijk wat geld natuurlijk, in sommige gevallen. Nu blijkt dat na tien dagen nog altijd geen verwerking heeft plaatsgevonden. We hebben in het verleden – ik hoop dat we daar niet naar teruggaan – resoluties moeten maken over achterstallige betalingen, dat was toen aan voorzieningen. Het spreekt voor zich dat dit wat invloed heeft op de keuze van de mensen voor dit of gene systeem, als ze rekening moeten houden met vertraging.

Ik heb het over aanhoudende problemen bij de invulling van de persoonsgebonden financiering. Wij ervaren het als een aanhoudend probleem dat er bij de PAB's voor minderjarigen geen invoering is van de persoonsvolgende financiering. Ook hier krijgen we signalen dat er een probleem is. Tijdens de vorige commissievergadering gaf u aan dat er op korte termijn voor minderjarigen een bijkomend budget is van 7,8 miljoen euro voor 2017. Als we uitgaan van gemiddelden, zouden daarmee 200 à 220 mensen met een PAB kunnen worden geholpen.

Natuurlijk zegt dat weinig over de organisatie op het terrein. Een van de echo's die ik hoor, is dat de regionale spreiding die vroeger bij het uitbreidingsbeleid werd gehanteerd, vandaag minder zou worden toegepast. We hebben al herhaaldelijk gezegd dat die 220 budgetten verre van toereikend zijn om de wachtlijst voor een PAB op te lossen. Dit zou misschien alleen maar de stijging ondervangen. Dat leidt ertoe dat er nog iets is dat bij mijn weten niet of nauwelijks wordt bijgehouden: de wachttijden. Die kunnen voor mensen die uit de boot vallen gevoelig oplopen.

We hebben notie genomen van de berichtgeving waaruit blijkt dat in het Antwerpse vandaag twintig kinderen of minderjarigen thuiszitten zonder enige hulp. Zij zijn blijkbaar uit de boot gevallen bij de toekenning van het PAB. Dat roept vragen op over de manier van werken. Hoe wordt het verdeeld? Welke motivatie wordt daar aangehouden? Ik heb vernomen dat de motivatie die wordt gegeven nogal karig is: er is onvoldoende budget, alstublieft. Dat nodigt niet uit om het debat aan te gaan en te vragen of de verdeling op een billijke manier is gebeurd, nog los van het feit dat men moeilijk kan uitleggen dat een kind dat thuis zit met vrij zware aandoeningen, beperkingen of een handicap voor 100 procent terugvalt op mantelzorg en bijvoorbeeld ook geen school kan lopen. Men moet mij eens uitleggen hoe men tot zo'n beslissing kan komen.

We zijn zelf wat beginnen rond te bellen. In het Antwerpse zouden er 60 PAB's zijn toegekend op 230 aanvragen, wat onze eerste opmerkingen over het aandikken van de wachtlijsten onderschrijft, ook voor Limburg zou men gelijkaardige cijfers hebben.

Ik stel me ook vragen over de exacte rol van de Regionale Prioriteitencommissie (RPC) in dezen, en de adviezen die door jeugdhulpregisseurs worden gegeven. Zowel de cijfers als de individuele gevallen – daar gaan we het hier nu niet over hebben, de som van de individuele gevallen maakt natuurlijk wel de problematiek uit – leiden tot mijn bijkomende vraag: what's next voor de jongeren die vandaag uit de boot vallen? Dat zijn er toch nog heel wat.

Nog een punt – en daarmee ben ik bij de vraag van mevrouw Taelman –: we hebben ook de berichtgeving over Onafhankelijk Leven gelezen, het zijn niet alleen de gebruikers maar ook voorzieningen die zich zorgen maken over eventuele nefaste gevolgen van de manier waarop de PVF is ingevoerd. Zo leeft de vrees bij voorzieningen dat ze door het verlies van middelen personen met een persoonsvolgend budget die zorg bij hen aankopen, meer zouden moeten gaan aanrekenen voor dezelfde zorg. Dat effect was toch niet bedoeld in het decreet? Heel concreet is daar naar voren geschoven dat de kosten voor kortopvang zouden stijgen, terwijl die kortopvang heel vaak zuurstof biedt aan mantelzorgers om even verlost te zijn van hun taak of om te schakelen in het aanbod. Stijgende kosten zijn uiteraard geen stimulans om daar gebruik van te maken. Dit legt expliciet de druk op dat netwerk.

Er zou blijkbaar ook een stijging kunnen zijn van de woonzorgkosten. De transitie die we kamerbreed steunen, is hiermee niet gediend, als dat klopt. Ik sluit me aan bij de vragen van mevrouw Taelman ter zake.

Minister, bent u op de hoogte van de aangekaarte problematiek bij het uitschrijven en herwaarderen van de voucher? Klopt het dat er acht punten van het budget worden opgeëist voor het gebruik van de automatische ICT-faciliteiten? Acht u dit billijk? Welke initiatieven zult u nemen om te voorkomen dat punten – en dus zorg – op deze manier verloren gaan?

Bent u op de hoogte van de aangekaarte problematiek bij het verwerken van de ingediende kosten bij gebruikers van het cashsysteem? Van hoeveel meldingen is er sprake in die zin? Kunt u de gebruikers garanderen dat in de toekomst deze late betalingen geen invloed zullen hebben op hun verlening van zorg? Dat is natuurlijk waar de mensen op zitten te wachten.

Graag een stand van zaken van het uitbreidingsbeleid van de PAB's voor minderjarigen, minister. Kunt u toelichten hoeveel PAB's er zijn toegekend aan minderjarigen en of deze beslissingen ook effectief al zijn overgemaakt? Kunt u hier meer duiding geven bij de werkwijze inzake de verdeling van de PAB's? Ik doel dan op de RPC's, de rol van adviezen van jeugdhulpregisseurs, motivatie en dergelijke. Hoe motiveert u de gevolgde aanpak?

Bent u op de hoogte van de vrees van voorzieningen dat de invoering van de PVF een invloed zal hebben op de kosten voor kortverblijf en de woon- en leefkosten? Zo ja, welke maatregelen zult u nemen om deze vorm van kostentoeename te vermijden?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Collega's, doordat het geen opdracht van het VAPH is om de prijzen te monitoren, en voorzieningen niet verplicht zijn dit te melden aan het VAPH, is het moeilijk om te achterhalen of dit een uitzonderlijke situatie is, dan wel dat dit een meer verspreid probleem is.

Als het gaat om een stijging in woon- en leefkosten, dan moet ik erop wijzen dat het systeem van woon- en leefkosten maar zal kunnen worden doorgevoerd indien er een positief advies is van de gebruikersraad. Op deze voorwaarde zal de Zorginspectie toezicht houden. Voorzieningen krijgen ook nog tot 2020 om deze omslag te maken. Tot nog toe is er binnen de sector geen eensgezindheid over het feit of er verder zal worden gewerkt met richtprijzen voor woon- en leefkosten.

Wat de zorg betreft, hebben we bij besluit beslist om voorlopig geen herverdeling door te voeren. Ondertussen werkt de taskforce aan een voorstel tot verevening tussen voorzieningen. Alle voorzieningen kregen begin 2017 evenveel personele middelen als in 2016. Ik blijf ervan uitgaan dat de vergunde zorgaanbieders hier moeten zorgen voor continuïteit. Hoe dan ook zal vanuit het VAPH nogmaals een



duidelijke communicatie worden gevoerd om de aanbieders erop te wijzen dat er zorgcontinuïteit moet en kan worden geboden.

Er is bij de administratie één geval bekend waar er door briefwisseling van gebruikers aanduidingen van prijsstijgingen voor het zorgaanbod zijn, en de betrokken voorziening is uitgenodigd door het VAPH om na te gaan wat er zich precies voorgedaan heeft. Naar aanleiding van uw vragen en de geruchten die we horen, bevragen we de koepels om na te gaan of dit bij hun leden aan de orde is, teneinde een breder zicht te krijgen op deze situatie, en desnoods in dat geval in overleg met de vermelde of gesignaleerde voorzieningen.

Het is een gegeven dat er nog een aantal correcties moeten worden doorgevoerd binnen de transitie. Er is een consensus tussen alle stakeholders dat we het best de datum waarop de contracten moeten zijn afgesloten, verlengen, en wel tot ten laatste 31 december 2017. Dit zal binnen de kortst mogelijke tijd in een besluit komen, en uiteraard moet het VAPH dat ook communiceren zodra dat mogelijk is.

We zullen – dat kan ik wel bevestigen – dit op korte termijn kenbaar maken aan alle vergunde zorgaanbieders, zowel via een rondschrijven als via informatiesessies voor zorgaanbieders die nog deze maand gepland zijn. Verder gaan we alle kanalen aanspreken: de eigen publicaties, de website van het VAPH, de communicatie via bijstandsorganisaties, communicatie via gebruikersorganisaties enzovoort om dit kenbaar te maken aan de gebruikers. Aan de vergunde zorgaanbieders zal worden gevraagd dit eveneens op de gebruikersraad te agenderen.

De hierboven geschetste maatregel kan uiteraard niet als gevolg hebben dat de keuzevrijheid wordt opgeheven. De maatregel zal dan ook maar gelden voor die personen die hun huidige zorg willen continueren. Voor personen die een grondige wijziging van hun overeenkomst wensen, die willen overstappen naar een andere zorgaanbieder of naar zelforganisatie, moet de bestaande overeenkomst kunnen worden stopgezet met een maximum opzegperiode van drie maanden. Strikt reglementair kan en mag een opzegperiode langer duren, maar er kan maximaal drie maanden verbrekingsvergoeding worden gevraagd. Daarnaast moet het mogelijk zijn dat gebruikers in onderhandeling gaan, zonder dat ze eerst hun overeenkomst moeten opzeggen. Zo kunnen ze beslissen nadat er een gedegen afweging gemaakt is omtrent al dan niet veranderen.

De invoering van de persoonsvolgende financiering is een gigantische operatie, een nooit geziene omwenteling in de sector. Desondanks zijn we er toch in geslaagd om de trein te starten. En inderdaad, er is en zal nog nood aan bijsturing blijven.

Mijnheer Van Malderen, we hebben heel het VAPH overhoop gehaald om te weten waar uw vraag over de acht punten vandaan komt. We begrijpen uw vraag niet. Volgens gegevens die mij werden bezorgd door het VAPH is er geen problematiek kenbaar bij het registreren van vouchers in de ICT-systemen waarbij acht punten worden opgeëist voor het gebruik van deze ICT-faciliteiten. Indien vouchers worden geherwaardeerd, dan is dit door onderlinge overeenkomst tussen budgethouder en voorziening.

Ik kan het alleen maar suggereren, want u zult dit ook wel niet uit uw duim zingen, ik kan alleen maar vragen om mij die case concreet te bezorgen. Dan kan ik in concreto bekijken wat er aan de orde is. Ik kan alleen maar aangeven dat we het VAPH om een verklaring hebben gevraagd, en men kan het ons niet zeggen.

Door de invoering van de persoonsvolgende financiering zijn nagenoeg alle bedrijfsprocessen van het VAPH hertekend. Dit betekent ook dat bestaande ICT-applicaties werden aangepast en dat er tevens nieuwe ICT-applicaties werden ontwikkeld ter automatisering van de nieuwe bedrijfsprocessen. Dit is verwezenlijkt in sneltempo. De applicaties worden door het VAPH natuurlijk nog permanent geüpdatet, dat is normaal. Om de drie weken worden verbeterde versies in productie gesteld. In het

kader van de invoering van de persoonsvolgende financiering werd onder andere de internettoepassing voor gebruikers, MijnVAPH, grondig vernieuwd.

Voor personen die met het cashsysteem werken en hun onkosten indienen via MijnVAPH verloopt de terugbetaling automatisch, dit wil zeggen dat de onkosten niet meer worden behandeld door een dossierbeheerder. De terugbetaling kan één tot enkele dagen duren. Onkosten die worden ingediend per e-mail of via de post moeten door dossierbeheerders worden verwerkt. De onkosten moeten dan manueel worden ingevoerd in de ICT-systemen van het VAPH. Hierna gebeurt de verwerking verder automatisch. Deze werkwijzen zijn aanzienlijk sneller dan bij de behandeling van onkosten voor het PAB waar de termijn maximum dertig kalenderdagen is.

Het VAPH heeft gecommuniceerd over snelle terugbetalingstermijnen voor onkosten die werden gemaakt in het kader van persoonsvolgende budgetten. Het heeft steeds ook gemeld dat er differentiatie is in terugbetalingstermijnen naargelang de wijze waarop de onkosten worden ingediend.

Kortom, het kan zijn dat sommige terugbetalingen een termijn van tien dagen of iets meer hebben gevergd. Dit kan te wijten zijn aan onvolmaaktheden in de nieuwe ICT-systemen, die ondertussen zijn opgelost. Dit kan ook te wijten zijn aan de wijze van indiening van de onkosten. In ieder geval ben ik van mening dat de kortere terugbetalingstermijnen geen invloed kunnen hebben op de verlening van zorg.

Eind november 2016 – dat is gebeurd op vraag van deze commissie – zijn bijkomende budgetten aangekondigd voor de financiering van persoonlijke assistentiebudgetten in 2017. Voor heel Vlaanderen is voor minderjarigen heel het uitbreidingsbeleid omgezet – bij jongeren is dat een aanbodgefinancierd systeem – in PAB's. Het gaat over 7.852.500 euro. Nu is ook de regionale verdeling bekendgemaakt.

De intersectorale regionale prioriteitencommissies, IRPC's, zijn gestart met de verdeling van de PAB's, zodat ten laatste op 1 april 2017 alle toegekende PAB's beschikbaar zijn. De besprekingen door de IRPC's vonden of vinden plaats op volgende momenten: 17 februari in West-Vlaanderen, 22 februari in Antwerpen, 24 maart in Limburg, 24 maart in Oost-Vlaanderen en 30 maart in Vlaams-Brabant en Brussel.

In twee regio's zijn op dit moment al PAB's toegekend. Over de concrete aantallen zal het agentschap Jongerenwelzijn communiceren na afloop van de toekenningronde, wanneer we zicht hebben op het volledige plaatje.

De budgetten voor PAB's werden in 2017 verdeeld op basis van de hulpvraag en niet zoals de vorige jaren op basis van de bevolkingsaantallen, omdat we vaststellen dat de hulpvragen niet gelijk over de regio's verdeeld zijn. De keuze om de budgetten te verdelen op basis van de spreiding van de hulpvragen, kadert in de evolutie naar een vraaggestuurde hulpverlening. We zetten de middelen in waar de vragen het grootst zijn.

De budgetten zijn als volgt verdeeld. Antwerpen 2,3 miljoen euro, Limburg 1,9 miljoen euro, Oost-Vlaanderen 1,6 miljoen euro, Vlaams-Brabant 1 miljoen euro en West-Vlaanderen 800.000 euro.

Ik zie niet meteen in waarom de prijs voor kortverblijf moet stijgen. In zoverre er een vergelijkbaar aanbod wordt gecreëerd, moet de kost niet hoger liggen dan vroeger. Wel is het een feit dat vroeger niet altijd een kostendekkende berekening werd gemaakt, maar dat bepaalde kosten op de ruimere voorziening werden afgewenteld. Ik ben bereid aan de koepelorganisaties te vragen bij welke organisaties dat gebeurde, om vervolgens te bekijken wat de oorzaken zijn.

Ook in de woon- en leefkosten zou er globaal genomen geen stijging mogen zijn, aangezien de vroegere bijdragen voor een deel mee werden aangewend voor de

bekostiging van het personeel. Maar het is wel een gegeven dat via de vroegere regeling het VAPH de facto aan inkomensregulatie is gedaan. Er moet in een aantal gevallen ook werk worden gemaakt van een optimalisering van het inkomen van de gebruikers. Zo is het van belang te bekijken wat de invloed is van het domicilieadres op het inkomen. Hoe dan ook moeten we voorzichtig zijn in de omslag naar woon- en leefkosten. Daarom zal een zorgaanbieder maar naar dat systeem kunnen evolueren indien er een positief advies is van de gebruikersraad, en krijgen aanbieders tijd tot 2020 om de omslag te maken. Dat geeft ons ook nog enige tijd om eventueel toch nog bijkomende maatregelen te initiëren. U weet dat de monitoring daarvan ook op de agenda van de taskforce staat. Zij zal ook als opdracht hebben de omschakeling naar woon- en leefkosten verder uit te werken.

Voor de voorzieningen kan de omslag van de 'eigen bijdragen' naar woon- en leefkosten voor onzekerheid zorgen. Zij moeten van een systeem waarbij gegarandeerd een vast bedrag beschikbaar was, overstappen naar een systeem waarbij enkel de feitelijke kosten aan individuele gebruikers worden doorgerekend. Omdat voorheen uit de gebruikersbijdragen ook een stuk personeelskosten werd vergoed, zal elke voorziening, om de omschakeling te kunnen maken, moeten analyseren in hoeverre de middelen die vanuit de bijdrage naar personeel gingen, transparant en rechtvaardig kunnen worden verhaald op de woon- en leefkosten of op de zorggebonden middelen.

**De voorzitter:** Mevrouw Taelman heeft het woord.

**Martine Taelman (Open Vld):** Dank voor uw antwoord, minister. Met een aantal elementen uit uw antwoord ben ik toch wel tevreden. Ik denk dan aan de bevraging die u zult organiseren over de verontrustende geruchten rond een stijging van zowel kosten voor kortverblijf als woon- en leefkosten. Ook dat de kosten voor kortverblijf niet hoger zouden mogen zijn dan vroeger is positief. Hetzelfde geldt voor de mededeling dat ook de woon- en leefkosten niet zouden mogen stijgen en dat er aandacht zal worden besteed aan de optimalisatie van het inkomen.

Toen de transitie werd voorbereid en er cijfers werden opgevraagd, was het oorspronkelijk wel de bedoeling dat er ook voor de zorgkosten een correctie zou komen. Omdat de resultaten op bepaalde momenten toch heel bevreemdend waren, is dat niet doorgegaan. Ik denk dat de hele commissie en ook uzelf het erover eens zijn dat voorzieningen die vaststellen dat ze eigenlijk al jaren, om welke reden dan ook, te veel hebben gekregen en zich op een correctie voorbereiden, het verschil niet op hun gebruikers mogen afwentelen. Ze moeten de hand in eigen boezem steken en nagaan of zij niet tot een optimalisatie van hun kosten kunnen komen, als andere voorzieningen het al die jaren met minder konden doen. In elk geval moeten we absoluut vermijden dat ze het verschil op de gebruikers afschuiven.

**De voorzitter:** Mevrouw van der Vloet heeft het woord.

**Tine van der Vloet (N-VA):** Minister, ik heb goed gehoord dat er op korte termijn een besluit komt over de verschuiving van de datum, en het is ook heel goed dat daarover heel duidelijk wordt gecommuniceerd. Nu zijn er enorm veel vragen. Belangrijk is ook dat u een oproep doet om deze contracten zo snel mogelijk effectief om te zetten. Dat is belangrijk voor de hele sector, zowel voor de personen zelf, zodat die goed weten welk contract ze hebben en wat er precies allemaal in zit, als voor de voorzieningen, zodat ze weten wie ze in de voorziening hebben en met welke vragen en budgetten. Die duidelijkheid kan ook een geruststelling bieden op het vlak van personeel en werking. Ook voor de nieuwe zorgaanbieders is het belangrijk dat de omzetting er snel komt, zodat iedereen duidelijk weet welk dagdeel hoeveel kost.

Ik ben blij te horen dat de huidige keuzevrijheid van de mensen wel degelijk moet blijven bestaan en dat de opzegtermijn van maximum drie maanden wordt

gerespecteerd. Dat wil zeggen dat de mensen die grondig willen veranderen, dat binnen drie maanden kunnen doen. Daar ben ik tevreden mee.

Wel heb ik vragen in aansluiting op de uiteenzettingen van mijn collega's.

Onder de vroegere PAB'ers waren er mensen die hun zorg in zorgvoorzieningen inkochten. Wordt ook voor deze mensen de zorgcontinuïteit gegarandeerd?

Ik heb zelf nog niet zo heel veel over het kortverblijf gehoord, en het is me een beetje onduidelijk. Is er een verschil in vergoeding tussen voor en na de invoering van de persoonsvolgende financiering? Of blijven de vergoedingen uit het VAPH gewoon hetzelfde? En waar komt dan inderdaad de prijsstijging vandaan? Ik ben ook wel tevreden te horen dat u inderdaad zult navragen waar die stijging vandaan komt.

**De voorzitter:** De heer Van Malderen heeft het woord.

**Bart Van Malderen (sp.a):** Minister, ik heb een hele lijst vragen. U zegt dat het geen opdracht is voor het VAPH om de kosten te monitoren. Misschien moeten we er dan toch een beetje beter naar kijken, want het risico bestaat dat we op zorg inleveren. Precies daarvoor vraagt iedereen aandacht. U verwijst een aantal keren naar het advies van de gebruikersraad. Het is daarbij wel essentieel dat mensen op een of andere manier een referentiekader hebben op basis waarvan ze hun advies formuleren. Hoe dat technisch wordt ingevuld, maakt me eigenlijk niet zoveel uit, maar we moeten mensen in staat stellen de geïnformeerde gebruiker te zijn waarvan in het decreet sprake is, zodat ze met de juiste adviezen de juiste beslissingen kunnen nemen. Ik apprecieer dat u de koepels wilt bevragen, maar ik vraag me gewoon af in hoeverre zij weten wat individuele voorzieningen doen. Er is geen meldingsplicht, en daar pleit ik ook niet voor. Ik wil u wel aanraden echt te gaan kijken op het niveau van de voorzieningen, om ervoor te zorgen dat het speelveld gelijk ligt, want volgens mij is dat nu niet het geval.

Bij grondige wijzigingen spreekt u van drie maanden opzegtermijn. Dat is helder. Betekent het dat mensen ook drie maanden als redelijke termijn voor een beslissing van hun herziening mogen beschouwen?

In het andere geval riskeren we natuurlijk dat mensen tussen wal en schip vallen en dan hebben we meer kwaad dan goed gedaan.

Het verhaal over acht punten die werden aangerekend zit ook in de sector van het effenen van het speelveld. Ik ben blij dat u zegt dat u zo'n verhaal niet hebt gevonden, maar ons is het wel degelijk aangereikt, en we bezorgen u de case. En dat zullen we blijven doen, minister, alleen zijn wij niet de Zorginspectie. Misschien moeten we proberen om ook daar de juiste strategie uit te tekenen om met de nieuwe situatie om te gaan. Het zal heel vaak in dergelijke details zitten. Er zullen geen gigantische frauduleuze contracten worden gesloten, maar af en toe zit 'the devil in the detail' en voor mensen maakt dat soort zaken een groot en soms storend verschil.

De uitleg over het verschil in terugbetaling tussen manueel en elektronisch snap ik. Ik vraag alleen om te blijven monitoren en oog te hebben voor het mattheus-effect. Ik zie daarin ook een rol voor de bijstandsorganisaties. Zij moeten er mee voor zorgen dat niet de zwaksten die het minste toegang hebben tot elektronische toepassingen, langer op betalingen moeten wachten. Er moet in de twee systemen op een vlotte manier kunnen worden gewerkt.

De hamvraag van de PAB dan. U zegt dat u bent afgestapt van regionale spreiding en zult werken op basis van hulpvragen. U geeft daarna een reeks cijfers over de verdeling tussen de provincies. Als commissie moeten we in dat geval toch ook de cijfers van de hulpvragen krijgen. Anders kunnen we onmogelijk

oordelen of de spreiding billijk is, te meer omdat men mij vertelt dat niet alle dossiers aan de IRPC's zijn doorgegeven. Blijkbaar bepaalt men op voorhand al wie er al dan niet kans maakt en dus al dan niet wordt meegenomen in het bepalen van de totale zorgvraag die aan de basis van de berekening ligt. Dat vind ik een heel zorgwekkend gegeven, te meer omdat ik me afvraag hoe met deze aanpak de onderlinge afstemming moet verlopen. Hoe weten we dat in Beveren een gelijkaardig dossier min of meer op dezelfde manier wordt beschouwd als in Antwerpen? Ik blijf ermee zitten dat in het Antwerpse blijkbaar zo'n twintig jongeren gewoon thuis zitten, zonder school, zonder begeleiding. Ik krijg dat zeer moeilijk gerijmd met de doelstellingen van het beleid. Ik hoop dat u zo dicht mogelijk tegen 30 maart ons de definitieve verdeling kunt geven. Ik blijf erop hameren dat de motivatie om iemand geen hulp te geven zo mogelijk nog belangrijker is dan de uitleg waarom iemand wel iets krijgt.

Bovendien moeten we ook eens nadenken welke hulp als mogelijk wordt gezien. Heel vaak is een PAB een bewuste keuze om voor een bepaald model te gaan, maar soms is die keuze ook zeer zwaar geïnspireerd door de afwezigheid van andere voorzieningen. Mensen belanden dan eigenlijk bij assistentie, heel vaak dan nog eens door een mantelzorger uitgevoerd, omdat er binnen een redelijke straal geen passend aanbod voor hun beperking aanwezig is. Redelijke voorstellen doen voor alternatieven is evengoed een taak, net zoals een degelijke motivering.

Tot zover, voorzitter, min of meer binnen de twee minuten mijn bijkomende vragen.

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

**Elke Van den Brandt (Groen):** Minister, ik denk dat we op onze agenda wekelijks een uur moeten uittrekken voor de PVF, want ik vermoed dat er wekelijks vragen over zullen zijn. Ik bedoel het niet als grapje, ik denk oprecht dat we moeten kijken hoe we ermee omgaan. Er zullen effectief wekelijks vragen zijn, omdat het om zo'n ingrijpende transitie gaat. Onze rol is het die vragen in het parlement te brengen.

Ik wil ingaan op de thema's die vandaag zijn aangebracht, wetende dat er nog zestien andere zijn. Het eerste zijn die woon- en leefkosten. Ik ben blij dat u zegt dat u het VAPH en de zorginspectie daar toch iets meer actief op gaat zetten. Ik wil het voorbeeld geven van één voorziening waar het debat nu gaande is van maatregelen die genomen worden, gewoon om te tonen hoe subtiel het soms is. Daar hebben ze, volgens de informatie die ik krijg, hun kinesist en hun dokter in opzeg gezet. Dat betekent dat de gebruikers misschien geen hogere woon- en leefkost zullen hebben, maar voortaan boven op hun dagprijs kinesist- en dokterskosten enzovoort moeten betalen.

Er zijn een aantal taken die uit de voorzieningen worden gehaald. Bijvoorbeeld het wassen en het plooiën van kleren wordt voortaan een extra kost waar je dan al dan niet voor kunt kiezen, terwijl dat er vroeger in zat. Sommige voorzieningen laten nu taakjes door bewoners doen. Op zich is daar niets mis mee, maar het wordt tegelijkertijd ook doorgerekend.

Dat zijn dus allemaal subtiele of minder subtiele maatregelen die daar effectief een impact op hebben. Het is goed dat de Zorginspectie dat gaat monitoren, maar die processen zijn nu gaande en we moeten weten dat gebruikers zich ongerust maken. Ze moeten weten waar ze informatie kunnen krijgen en daar ook in begeleid worden. Ik hoor mensen zeggen: we zijn er gewoon uit gestapt, we hebben het gevoel dat we niet au sérieux worden genomen, er is bij ons een stemming geweest, het was meerderheid tegen minderheid, we hebben er een wrang gevoel bij. Anderen zeggen: we hadden niet door hoe het juist ineens zat. Oké, er is een buffer door het feit dat die gebruikersraad advies moet geven, maar de gebruikers daarin moeten ook goed begeleid en geadviseerd worden over wat dat is. Als er

terechte vrees is, moeten ze dat ergens kunnen signaleren, zodat we op voorhand kunnen ingrijpen, en niet nadat een beslissing genomen is en de vaststelling is dat er een verhoogde woon- en leefkost is door een aantal maatregelen.

Ik heb u niet horen antwoorden op de vraag van de heer Van Malderen: hebt u er een zicht op hoeveel van die kinderen er momenteel zijn, die effectief zonder enige vorm van zorg of onderwijs thuis zitten? Hebt u daar een aantal van? Ik krijg die signalen ook. Ik heb die ouders zelfs aan de lijn gehad. Dat is ongelooflijk belastend. Ik ga ervan uit dat er een paar mensen zijn die mij vinden, maar hebt u er een zicht op? En hebt u een plan? Wat met deze ouders te doen als er geen PAB of een andere oplossing komt? Dit is waanzin. Dit kunnen we gewoon niet aanvaarden.

Een laatste vraag gaat over het kortverblijf. Klopt het dat mensen nog steeds tot negentig dagen respijtzorg kunnen krijgen, of is dat teruggebracht tot dertig dagen? Indien zo, wat is daar de motivatie voor?

En dan heb ik nog een allerlaatste vraag. Ik krijg het signaal uit een aantal voorzieningen. U hebt de garantie geboden dat minderjarigen die meerderjarig worden, hun budget verder krijgen. Dat is positief. Die continuïteit is een goede zaak. Een aantal jongeren die meerderjarig worden, 24-jarigen, zaten in dagopvang die niet aan Welzijn gebonden was, niet in MFC of in FAM, maar bijvoorbeeld in aan Onderwijs gebonden voorzieningen. Die moeten nu, in uw continuïteit van budget, ook dat budget meekrijgen, maar blijkbaar is daar niet in voorzien. Ik zie u fronsen, maar het is een vraag die ik krijg. Ik wil u ook de concrete voorzieningen geven vanwaar het komt. Maar er zijn dus een aantal mensen die niet in een aan Welzijn verbonden voorziening zaten, die nu wel met een persoonsgebonden budget voort moeten, maar die dat dus niet meer zullen kunnen financieren, omdat er een stuk van dat budget niet voorzien zou zijn. Hebt u daar antwoord op, op hoe het daarmee zit?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Het is zeker waar dat die transitie van minderjarige naar meerjarige een hele operatie is. Dat is natuurlijk een van de redenen waarom het decreet op de persoonsvolgende financiering in zijn basisopties er gekomen is, om eindelijk af te raken van dat verschrikkelijke moment dat mensen in hun minderjarige aanbodgestuurde ondersteuning zitten, dan meerderjarig worden en dan terug van voren af aan kunnen beginnen. Juist om die continuïteit waar te maken, is er aan dat concept gewerkt. Ondertussen, zowel binnen Onderwijs als binnen de gehandicaptensector, zijn die grenzen van die minderjarigheid in de praktijk natuurlijk sterk opgerekt. Er zijn jongeren van 23, 24, 25 jaar die in dat minderjarige aanbod aanwezig zijn en die we natuurlijk in de transitie nu, met de nodige zorgvuldigheid, eerst en vooral naar het persoonsvolgende financieringssysteem van de meerderjarigen moeten krijgen. Dat is de operatie die nu ook bezig is. De redenering is dat daardoor ook budget zal vrijkomen in het minderjarige aanbod, dat wat mij betreft dan een stuk georiënteerd kan worden op GES, GES+, autisme en dat soort belangrijke prioriteiten.

We hebben nu aan het VAPH gevraagd om inderdaad eens te kijken of er zich in die transitie een moeilijkheid voordoet, waarschijnlijk niet zozeer met degenen die een persoonsvolgend budget hebben, maar wellicht moet er ook gekeken worden naar de situatie van jongeren in het buitengewoon onderwijs, die nog niet in een handicapspecifieke ondersteuning zitten.

We zijn aan het kijken of er zich daar een specifiek item zou voordoen, dat er dan wellicht vroeger ook wel al op een of andere manier was, maar doordat instellingen van Onderwijs en Welzijn samenwerkten enzovoort, misschien in de praktijk minder zichtbaar was. Maar daar moet inderdaad op korte termijn gekeken worden of zich daar een nieuwsoortige uitdaging stelt, wetende natuurlijk dat de realiteit

helaas is dat we inderdaad nog geen antwoord kunnen geven op alle zorgvragen. Dat is geen verontschuldiging, maar het is natuurlijk wel de ambitie met het systeem, om daar met de bijkomende middelen eindelijk een doorbraak te krijgen.

Wat het kortverblijf betreft, kan ik twee zaken zeggen. Normaal moet er in theorie niets veranderen met de prijzen. Maar als natuurlijk – en dat heb ik begrepen uit de uitleg van de administratie – in de praktijk voorzieningen een stuk van de kostprijs versleuteld hadden in andere stukken van de voorzieningen, dan zijn er waarschijnlijk intern zaken aan de orde. Wat aan ons gevraagd en gesignaleerd is, is dat er grote vrees was dat de ondersteuning van mantelzorgers van personen met een handicap die in trap twee dagopvang krijgen, dat die volgens de theorie van de persoonsvolgende financiering geen beroep meer kunnen doen op rechtstreeks toegankelijk kortverblijf. Dat is bij besluit aangepast. Dat is een besluit dat definitief is geworden. Dat probleem zou dus opgelost moeten zijn. Dat was een deel van het mozaïekbesluit dat voor de kerstvakantie op de ministerraad is besproken.

Ik kan bevestigen dat degenen die een PAB-financiering kregen onder het aanbodgestuurde systeem, op dezelfde regels van de zorgcontinuïteit kunnen rekenen. Dat is alleszins wat het VAPH ons nog eens bevestigt, ook als die PAB'ers ter beschikking gesteld zijn vanuit een voorziening. Op dat vlak is dat niet echt een probleem.

Er is ook geen probleem om aan te geven hoe het VAPH aan de verdeelsleutel van die PAB-budgetten van minderjarigen over de regels is gekomen. Ik laat mij vertellen dat je daar toch een beetje de techniek voor moet kennen om de redenering die daarin is opgebouwd, en die natuurlijk een objectieve redenering is, te kunnen begrijpen in de mechaniek waarop dat is gebeurd. En natuurlijk is dat vanuit de overweging geweest dat in een aantal regio's manifest meer vragen waren die beantwoord moesten worden dan in andere regio's. Men heeft daar dus een verdeelsleutel op gezet.

Mijnheer Van Malderen, we hebben het besluit om reconversie naar PAB mogelijk te maken vanuit andere vormen van aanbod in ijlt tempo gemaakt. Mevrouw Taelman, anderen hebben er toen sterk voor gepleit. Dat is ondertussen gebeurd. We hebben dan het uitbreidingsbeleid van 2017 exclusief voor minderjarigen exclusief op PAB gezet. In die zin denk ik dus dat we een inspanning doen, maar ik ben de eerste om toe te geven dat we daarmee wellicht niet alle vragen beantwoord zullen hebben. Het gaat over 7 miljoen euro.

Uw volgende vraag is beantwoord door de systeemwijziging die het decreet ook met zich mee moet brengen. Natuurlijk is dat nog een aanbod dat in de aanbodgestuurde logica wordt geformuleerd, maar als we ooit die stap zetten – en u kent onze intenties wat dat betreft – naar een persoonsvolgend financieringssysteem voor minderjarigen, dan is die onderverdeling in die categorieën niet meer relevant. Als je een persoonsvolgend budget hebt, dan kies je zelf welke ondersteuning daarin het meest aangewezen is. En dan zijn we voor alle leeftijden eindelijk verlost van een redenering die fundamenteel geen recht doet aan de conventie en onze engagementen om een inclusieve samenleving te realiseren.

Wat de prijzen betreft: het VAPH heeft inderdaad geen opdracht om dat te monitoren. Wij hebben bijstandsorganisaties die we financieren, die ook mensen kunnen bijstaan, ook in de raden die in de voorzieningen adviezen moeten geven daaromtrent. De leden kunnen daar zeker een beroep op doen.

Ik begrijp wel dat dat een moeilijke oefening is, maar ik moet toch nog eens herhalen dat die formule is uitgewerkt door de stakeholders, door de vertegenwoordigers, precies omdat daar een evenwicht is gezocht tussen enerzijds de noodzaak om geleidelijk aan toch naar een soort woon- en leefkost te gaan, overtuigd dat dat de intersectorale benadering enzovoort veel meer ten goede zal komen, en aan de andere kant dat dat moet gebeuren met zorgvuldigheid, geleidelijkheid – vandaar ook

de termijn – en met een structurele inbouw van het behartigen van de belangen van de gebruikers, vandaar dus dat het advies van de gebruikersraad daarin is voorzien.

Ik wil graag opnieuw aan het VAPH vragen of daar nog initiatieven voor genomen moeten worden, maar bijstandsorganisaties zijn in plaats, dus ik hoop dat men op dat vlak op het terrein voldoende ondersteuning kan bieden. Overigens, waar ik aanwezig ben of naartoe kan gaan, merk ik toch dat dat ook met veel overleg en zorgvuldigheid gebeurt. Het is natuurlijk niet altijd een gemakkelijk gesprek, maar ik heb niet de indruk dat de voorzieningen daar nu echt op een heel incorrecte manier druk zouden uitoefenen. Dat is mij alleszins nog niet gemeld.

Even nog iets over Mijn VAPH en de handhavingsregels: natuurlijk wordt er met de Zorginspectie een nieuwe handhavingsbeleid uitgetekend. Men is daar uiteraard altijd mee bezig, gelet op de nieuwe realiteit. Het is een systeem waarbij je voor 30.000 mensen budgetten moet beheren en beheersen, vouchers of cash. Het is niet zo dat de Zorginspectie daar de eerste of de enige handhaver zal zijn. Dat gaat gelaagd. Elk tussenniveau heeft daar zijn eigen rol, ook de bijstandsorganisaties. In de reglementering is uitdrukkelijk gezegd dat men daar ook een stuk aandacht voor moet hebben.

Ik ben zelf eens gaan kijken naar de manier waarop die digitalisering is gerealiseerd, en ik kan alleen maar vaststellen dat dat systeem voor degenen die dat gebruiken, behoorlijk functioneert en klantvriendelijk is. Het laat toe om dat soort beheersing van budgetten ook zeer sterk te digitaliseren. Alles kan natuurlijk beter, maar het feit dat u er nog niets van gehoord hebt, doet mij veronderstellen dat het wellicht ook wel zal werken.

**De voorzitter:** Mevrouw van der Vloet heeft het woord.

**Tine van der Vloet (N-VA):** Ik wil nog even kort inpikken op wat collega Van den Brandt zei. Het is bijna meer dan een jaar geleden dat ik dat hier ook al aangehaald heb. Bijvoorbeeld die GO!-internaten: kinderen zijn wel op internaat, maar daarom geen VAPH-internaat. Wat gaat daarmee gebeuren? Ik heb daar nog eens een paar schriftelijke vragen over gesteld, en daar komt nog altijd als antwoord op dat daar nog niets mee gaat gebeuren. Dus vraag ik nu, minister, of er toch een actie zal worden ondernomen om die kinderen in dat GO!-internaat op een of andere manier ook die zorgcontinuïteit te bieden.

U haalde zelf aan dat de samenwerking met Onderwijs belangrijk is. U hebt tijdens de bespreking van de begroting gezegd dat u eens zou kijken naar de minderjarigen met het VAPH-ticket, maar die niet geactiveerd waren, om te kijken hoe we daar de zorgcontinuïteit toch mee kunnen nemen. In het antwoord op mijn schriftelijke vraag dat ik pas gekregen heb, komt naar boven dat er helemaal geen inventaris is op het gebied van onderwijs. Nu vraag ik me toch af hoe u daar dan mee verder gaat. Hoe gaat die samenwerking Onderwijs-Welzijn toch nog gebeuren, om te kijken over hoeveel mensen het gaat met een VAPH-ticket, maar daarom geen activering? Hoe gaan we dan zien dat die mensen in de toekomst toch ook die handicapspecifieke ondersteuning kunnen krijgen?

**De voorzitter:** De heer Van Malderen heeft het woord.

**Bart Van Malderen (sp-a):** Nogmaals, minister: u stelt zich af en toe open op, als we het hebben over referentiebedragen en het bevragen van mensen. Ik wil gewoon meegeven dat er een grote ongerustheid is. De enige manier om daaraan tegemoet te komen, is om echt te luisteren en te remediëren aan vragen die mensen stellen, maar wel op een snelle en adequate manier. Snelheid is hier een factor. Er zijn genoeg signalen dat we problemen hebben en dreigen te hebben met draagvlak. De nodige snelheid is daar dus aangewezen.



Het moet mij van het hart dat ik u een aantal keer argumenten heb horen aandrazen die eigenlijk de onze zijn, met name op het moment dat we het hebben over het arbitraire onderscheid tussen meerderjarigen en minderjarigen. Wij blijven echt wel betreuren dat in heel de oefening – en we zijn u daar tegemoetgekomen door heel pragmatisch tussenvoorstellen te doen – minderjarigen buiten de scope blijven. Dat geeft aanleiding tot een aantal problemen die u vandaag aanhaalt om te zeggen: we gaan dat ooit wel oplossen. De manier waarop dit is aangepakt, had beter gekund.

Wat mij tot slot het zwaarst op de lever ligt en waar ik echt geen antwoord op heb, is het volgende. Dat is het voordeel van live streaming: ik heb hier een brief binnen van iemand die mij een kopie bezorgt van een brief die men gekregen heeft. Daarin wordt gezegd: 'U hebt een aanvraag gedaan voor een PAB voor minderjarigen, maar wegens onvoldoende budget krijgt u dat niet.' Dan stelt men een aantal vragen over verontrusting enzovoort. Dit gaat over een van die kinderen die vandaag gewoon thuis zitten, zonder onderwijs, zonder enige begeleiding aan huis. Dat is de realiteit.

Ik blijf daar op mijn honger zitten. Als we die brieven versturen, betekent dat dat er beslissingen zijn. Dan moeten wij als parlement die cijfers en die beslissingen ook kunnen kennen. En dan moeten we weten wat de totale vraag is, wat er toegerekend is en wie – en dat is essentieel – meegenomen is in de scope. Als een deel van die dossiers zelfs niet op de IRPC komt, vraag ik mij af wat de richtlijnen zijn die daar gegeven worden. Wat weten we? Wat weten we niet? Anders gaan we nooit de tekorten kunnen inschatten, laat staan eraan tegemoetkomen.

Ik heb evenmin een antwoord gehad op de vraag hoe het zit met die kinderen die geen enkele hulp krijgen. Ik denk dat ik mij tot de voorzitter van het parlement zal richten om de beslissingen te hebben. Jongerenwelzijn zal communiceren als alles af is. Het lijkt mij dat dan het kalf verdronken is. En dan zijn we misschien op een heel onrechtvaardige manier omgesprongen met heel terechte vragen van mensen.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Voor alle duidelijkheid: er moet niemand gecontacteerd worden, wij zullen u al die informatie geven. Zo simpel is het. Er is openbaarheid van bestuur. Waarom zouden we daar niet op moeten antwoorden?

Er zijn nog nooit zo veel PAB's voor minderjarigen als nu. Ik ben de eerste om te zeggen dat ik daar heel bescheiden over moet zijn, want er zijn nog veel vragen die we inderdaad niet oplossen. Maar zeggen dat er geen mega-inspanning is gegaan in de richting van PAB voor minderjarigen, is gewoon niet correct. Het spijt mij verschrikkelijk. U denkt toch niet dat daar in de administratie iemand zit die intentioneel tracht om dat op een verkeerde manier te doen? Zo werkt dat toch niet? Men probeert dat in eer en geweten te doen, wetende dat men moet prioriteren en dat dat een heel moeilijke en delicate oefening is. En voor elke prioritering zullen er inderdaad wellicht sommige mensen zeggen dat het ook op een andere manier had gekund. Maar men heeft daar in eer en geweten naar gekeken, zoals men het trouwens in het verleden altijd heeft moeten doen. Het is ook niet dat dat nu veranderd is.

**De voorzitter:** De heer Van Malderen heeft het woord.

**Bart Van Malderen (sp.a):** Minister, ik lees wat er staat. Er wordt alleen gezegd: geen budget. De afwegingen die u geeft, staan daar niet in. Dat is de communicatie die mensen krijgen. Ik vind dat ze daar recht op hebben.

**De voorzitter:** De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de adoptie van pleegkinderen – 1509 (2016-2017)**

**Voorzitter: de heer Bart Van Malderen**

**De voorzitter:** De heer Parys heeft het woord.

**Lorin Parys (N-VA):** Minister, pleegzorg en adoptie hebben gemeen dat een kind in het gezin van iemand anders opgroeit. Er zijn uiteraard zeer fundamentele verschillen met betrekking tot het ouderlijk gezag, het tijdelijke aspect en de begeleiding. In een aantal zeldzame gevallen kunnen pleegkinderen effectief geadopteerd worden.

Nu is er een soort vacuüm, waarin er problemen ontstaan. Als er een adoptie is van een pleegkind, dan is het in de periode tussen het indienen van het verzoekschrift en de overschrijving van het vonnis in het register van de burgerlijke stand, volgens de interpretatie van de administratie zo dat pleegouders niet langer in aanmerking komen voor een pleegzorgvergoeding.

De administratie beroept zich daarvoor op artikel 370, paragraaf 2, en artikel 357, van het Burgerlijk Wetboek, dat stelt dat een adoptie via een gerechtelijke procedure uitwerking heeft vanaf de dag van de neerlegging van het verzoekschrift. In de praktijk ontstaan daardoor periodes van soms langer dan een jaar waarin pleegouders het statuut van pleegouder behouden, dezelfde plichten hebben als voorheen, maar daarvoor geen enkele vergoeding ontvangen.

Minister, klopt het dat de interpretatie van uw administratie ervoor zorgt dat pleegouders bij de overgang naar een adoptie geen recht meer hebben op een pleegzorgvergoeding vanaf het ogenblik dat zij een verzoekschrift hebben ingediend bij de rechtbank? Zo ja, bent u van plan om maatregelen te nemen om die situatie te verhelpen?

Mijn tweede vraag gaat over het aantal kinderen dat uit pleegzorgsituaties ook effectief geadopteerd is de afgelopen tien jaar. In hoeveel gevallen werden die pleegkinderen dan ook geadopteerd door hun pleegouders?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Collega, de administratie zegt dat wij niet beschikken over cijfergegevens, maar men zegt dat het over een zeer beperkt aantal zou gaan. Men schat ongeveer vijf, maar ik heb daar geen officiële, formele cijfers over.

Dan kom ik bij uw eerste vraag. Het klopt dat dit de interpretatie van de administratie is en dat ze geen pleegzorgvergoeding meer toekennen vanaf het moment dat er een adoptieverzoek is ingediend. In het kader van de evaluatie van het decreet Pleegzorg en de interpretatie van dit gegeven, zal ik dit met de administratie opnemen, aangezien het inderdaad belangrijk is dat we pleegouders zo veel mogelijk ondersteunen in het opnemen van goede zorg voor pleegkinderen. Ik heb het persoonlijk niet zo met die interpretatie van onze administratie.

**De voorzitter:** De heer Parys heeft het woord.

**Lorin Parys (N-VA):** Bedankt, minister. Dat was een superduidelijk antwoord. Ik heb daar geen vervolgvraag meer op. Ik hoop alleen dat we die situatie wat kunnen rechtekken als we dan effectief het Pleegzorgdecreet evalueren voor de zomer.

**De voorzitter:** Mevrouw Schryvers heeft het woord.

**Katrien Schryvers (CD&V):** Ik wil kort nog aanvullen. Als collega Parys de moeite had genomen om eens te kijken op de site, dan had hij gezien dat ik over het

thema eerder al vragen heb gesteld en dat daar ook een aantal cijfers in worden weergegeven. In mijn vraag van 7 oktober 2011 is opgenomen dat sinds 2005 het Vlaams Centrum voor Adoptie (VCA) 45 aanvragen ontving voor de adoptie van een pleegkind en dat er daarnaast 60 aanvragen voor de adoptie van een kind van de familie werden gedaan – want dat gebeurt natuurlijk ook: een nichtje, een neefje of een kleinkind – maar dat het daarbij altijd gaat om zelfstandige adopties, zonder bemiddeling van een adoptiedienst en dat er dan inderdaad niet verder consequent zicht is op het aantal overschrijvingen van die adopties in de gemeente, waardoor er inderdaad geen correct beeld is op de afgeronde procedures.

Wij hebben het hier in het kader van pleegzorg en adoptie al meermaals gehad over de verschillen, maar ook over de interferenties tussen pleegzorg en adoptie. We hebben gezegd dat voor mensen die een aanvraag tot adoptie doen, het toch ook wel nuttig is om hen te informeren over pleegzorg. Maar je ziet dus effectief dat inderdaad ook het omgekeerde bestaat. Mijn vraag is dan ook dat effectief voor mensen die pleegzorg doen en nadien tot adoptie willen overgaan – dan gaat het niet alleen over de pleegzorgvergoeding – ook voldoende informatie ter beschikking zou zijn.

**De voorzitter:** De vraag om uitleg is afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de problemen bij het behandelen van de aanvraagdossiers voor een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB)**

**– 1404 (2016-2017)**

**VRAAG OM UITLEG van Ortwin Depoortere aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de ICT-problemen bij de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB)**

**– 1416 (2016-2017)**

**Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers**

**De voorzitter:** De heer Van Malderen heeft het woord.

**Bart Van Malderen (sp.a):** De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden is het maandelijks bedrag tussen 80 en 560 euro voor mensen die zorgbehoevend zijn en een beperkt inkomen hebben. Uiteraard hangt de hoogte af van de zorg die iemand nodig heeft, in combinatie met het gezinsinkomen. Sinds 1 januari 2017 maakt de tegemoetkoming deel uit van de Vlaamse sociale bescherming. De zorgkassen zijn verantwoordelijk voor de behandeling van de aanvragen en de uitbetaling.

Minister, op 7 februari jongstleden stelde ik u al een aantal vragen over de integratie in de Vlaamse zorgkassen, toen van personeelsleden die voordien tewerkgesteld waren binnen de federale administratie. In de marge van dat debat peilde ik naar andere problemen die zich zouden kunnen voordoen, met name bij de toekenning van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB).

Als we kijken naar het verslag van de commissie van 7 februari, dan stelt uw die naar daar dat men tussen 1 januari en 31 december van het vorige jaar onder federale vleugels gewerkt heeft, en dat die transitie na 1 januari voltooid was. Ik ontving op dat moment geen signalen dat het mis zou gaan voor die dossiers die ingediend zijn sinds 1 januari, met andere woorden sinds we als Vlaanderen volledig bevoegd zijn. Men had wel de nodige schrik, want het is geen klein bevoegdheidsdomein. Dat blijkt toch wel oké te zijn, maar er blijven de informaticaproblemen. Ik verwees er toen al naar dat dat eigenlijk een federale bevoegdheid is, in die zin dat zij de uitvoering doen, maar natuurlijk in opdracht van de Vlaamse overheid. Ik heb toen gepeild naar sluitende afspraken rond 17.000 historische dossiers – dat is toch

niet min – die in de loop van 2016 waren ingediend en waarbij men met de nieuwe applicatie bij de FOD Sociale Zaken – waar hebben we dat nog gehoord? – problemen zou kennen. Ik vroeg u om daar de vinger aan de pols te houden en erop toe te zien dat de uitbetaling reëel zou gebeuren, erop wijzend dat het effectief over ettelijke duizenden mensen gaat, en gezien de grootte – 80 tot 560 euro – een serieuze hap uit het budget van zorgbehoevende mensen met een beperkt inkomen.

Daarop hebt u vervolgens gezegd, minister, dat u alleen maar kon bevestigen dat u contact had over die transitie en dat informatica niet uw bevoegdheid is. Er werd intens overlegd over de uitrol van de transitie. Maar, zo zei u op dat moment: “Men zegt mij dat deze applicatie goed functioneert, ik heb in elk geval niet opgevangen dat het anders zou zijn.” Ik citeer uit het verslag van 7 februari.

Ik heb dan in een repliek nog eens verwezen naar de onduidelijkheid op het federale niveau. Ik heb u opgeroepen om hen achter de veren te zitten, erop wijzend dat het een collectieve opdracht was.

Een paar weken later, op 24 februari, verspreidde het Vlaams Intermutualistisch College een toch wel alarmerend persbericht. Daarin zegt men: “17.000 65-plussers die een aanvraag ingediend hebben voor een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, krijgen die voorlopig niet, omdat een nieuw computerprogramma van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid slecht werkt. Hun aanvraag kan daardoor niet behandeld worden. ‘Het is bijzonder pijnlijk dat net de meest kwetsbare mensen in onze samenleving daar de dupe van zijn’, zegt Luc Van Gorp, voorzitter van het Vlaams Intermutualistisch College (VICO).”

De overdracht van de bevoegdheden van de Federale Overheidsdienst (FOD) Sociale Zekerheid naar de zorgkassen loopt niet van een leien dakje.

Net voor de overdracht besliste de FOD Sociale Zekerheid om een nieuw computerprogramma in gebruik te nemen. Daar bleken fouten in te zitten, in die mate dat een pak aanvragen niet kan worden behandeld omdat de zorgkassen niet aan de gegevens kunnen die voorhanden zijn bij de FOD.

“Voor alle zorgkassen samen gaat het om maar liefst 17.000 dossiers,” zegt Luc Van Gorp. “De zorgkassen staan klaar om die mensen te helpen, maar door de informaticaproblemen bij de FOD Sociale Zekerheid kunnen wij niet aan de juiste gegevens om beslissingen te nemen. Dat is bijzonder pijnlijk omdat het om een zeer kwetsbare groep gaat. Vaak gaat het om mensen met een klein pensioen die veel zorg nodig hebben.”

De problemen met het computerprogramma gaan nog verder. Zo krijgen mensen die overleden zijn soms toch nog een tegemoetkoming. Of, mensen zijn intussen overleden, en hebben nooit de tegemoetkoming voor hun zorg gekregen waar ze recht op hadden. Dat maakt de zaak nog pijnlijker natuurlijk.

De Vlaamse zorgkassen dringen bij de FOD Sociale Zekerheid al maanden aan op een oplossing, maar die blijft voorlopig uit. Het VICO heeft u gevraagd om een oplossing te eisen bij de FOD, dat is in de lijn van onze vraag van 7 februari, en om aan te dringen bij de nieuwe staatssecretaris voor Personen met een Beperking Demir om het dossier met de hoogste prioriteit te behandelen: “Wij willen onze rol als zorgkas spelen en de mensen geven waar ze recht op hebben. We hebben veel begrip en geduld getoond, maar nu is het tijd om in te grijpen. De zorgkassen staan machteloos, de oplossing voor dit probleem moet van het federaal niveau komen.

De 17.000 dossiers – nogmaals de focus juist leggen – gaan over ouderen die een nieuwe aanvraag of een herziening van hun lopend dossier ingediend hebben voor 1 januari 2017. Aanvragen voor een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden die

na 1 januari 2017 ingediend zijn, kunnen wel behandeld worden omdat die rechts-treeks bij de zorgkassen terecht komen. Maar de afhandeling van deze aanvragen dreigt nu ook in het gedrang te komen. Oorzaak is de grote – en groeiende – achterstand in de medische controle die de zorgbehoefendheid bepaalt. De FOD Sociale Zekerheid is verantwoordelijk voor deze controle. Dit scenario willen de zorgkassen tot elke prijs vermijden.”

Minister, bevestigt u de in het persbericht aangehaalde problemen? Dit is scherper geformuleerd dan op 7 februari.

Wat zijn de concrete gevolgen op het terrein van deze problemen?

Hoeveel mensen zijn getroffen door deze problemen? Hoeveel vertraging loopt de behandeling van hun dossier op?

Welke stappen hebt u sinds 7 februari ondernomen om de in het persbericht aangehaalde problemen te voorkomen?

Welke alternatieven zijn ter beschikking? Is het volgens u een optie om terug te keren naar de oude informaticatoepassing als daarmee mensen sneller toegang krijgen tot THAB?

Welke concrete stappen zult u nog nemen?

**De voorzitter:** De heer Depoortere heeft het woord.

**Ortwin Depoortere (Vlaams Belang):** Voorzitter, ik zal de vraagstelling niet langer rekken dan nodig. De heer Van Malderen heeft op een duidelijke en zo goed als volledige manier de niet zo vlotte overgang van THAB van het federale naar het Vlaamse niveau geschetst. Die overdracht verloopt volgens de mutualiteiten “allerminst van een leien dakje”. Volgens hen zou dit te wijten zijn aan de FOD Sociale Zekerheid die net voor die overdracht nog een nieuw computerprogramma in gebruik nam “waar zoveel fouten in zitten dat een pak aanvragen niet behandeld kan worden omdat de zorgkassen niet aan de gegevens kunnen”.

In totaal gaat het om 17.000 dossiers verspreid over de verschillende zorgkassen, allemaal mensen die hun aanvraag voor 1 januari 2017 hebben ingediend. Aanvragen die na die datum werden ingediend, kunnen wel worden behandeld; blijkbaar geldt het adagium ‘wat we zelf doen, doen we beter’ hier wel.

Minister, hebt u reeds overleg gehad met de FOD Sociale Zekerheid?

Welke maatregelen zult u op korte termijn nemen om deze historische dossiers behandeld te krijgen?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** De ICT-problemen bij de FOD Sociale Zekerheid met betrekking tot de uitvoering van de tegemoetkomingen voor personen met een handicap, waaronder ook de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, zijn me uiteraard bekend. Er is ook reeds meermaals over bericht in de kranten. Maar los daarvan volgen wij vanzelfsprekend deze problematiek op de voet op aangezien ze, door de zesde staatshervorming, ook voor onze bevoegdheden en voor de zorgbehoevenden in Vlaanderen gevolgen heeft.

Alvorens verder in te gaan op de concrete vragen, wil ik graag eerst twee dingen heel duidelijk stellen. Ten eerste is het voor ons van het allergrootste belang dat we hier in de eerste plaats werken aan een oplossing. Ik wil hier daarom geen polemiek voeren, maar integendeel constructief meewerken aan een oplossing samen met staatssecretaris Demir en in overleg met de federale bevoegde overheid en de

zorgkassen. Ik heb er ook alle vertrouwen in dat staatssecretaris Demir deze bekommernis deelt. Dit is trouwens al gebleken de voorbije weken.

Ten tweede voel ik me, gezien de vragen, wel genoodzaakt om enige zaken te verduidelijken. Zoals u uit mijn antwoord zult begrijpen, gaat het om een ICT-probleem dat op zich losstaat van de zesde staatshervorming en te maken heeft met een transitie binnen de FOD Sociale Zekerheid.

Dat de ziekenfondsen aan de alarmbel trokken, is begrijpelijk omdat zij in aanraking komen met de gevolgen van de problemen en de klachten die hieruit voortvloeien. De voorbije weken is gebleken dat deze signalen door staatssecretaris Demir ernstig worden genomen en dat gewerkt wordt aan oplossingen op korte termijn.

Aan de hand van de gebundelde vragen ga ik hier wat concreter in op de problematiek, en daarvoor ga ik even terug in de tijd. Door de zesde staatshervorming is de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden sedert juli 2014 een bevoegdheid van de Vlaamse overheid. In een overgangsfase werd de behandeling en de uitbetaling van de Vlaamse dossiers tot eind 2016 verder toevertrouwd aan de FOD Sociale Zekerheid. Daartoe werd een samenwerkingsprotocol afgesloten.

In dezelfde periode is de FOD Sociale Zekerheid ook gestart met twee ingrijpende veranderingsprocessen: de transformatie van de organisatie naar zelfsturende eenheden, met integratie van de medische discipline, en de omschakeling van de verouderde mainframe-applicatie met de naam Tetra naar een moderne ICT-technologie My Handicap genoemd.

De vraag werd destijds gesteld aan Vlaanderen of wij zouden meestappen in deze nieuwe ICT, die ook zou kunnen worden overgedragen naar de deelstaten. Wij hebben hier toen niet voor gekozen omdat wij oordeelden dat er heel wat risico's verbonden waren aan de nieuwe ICT die door de firma Capgemini voor de FOD Sociale Zekerheid werd ontwikkeld.

We hebben daarom gelijktijdig gewerkt aan eigen ICT om de tegemoetkomingen voor hulp aan bejaarden vanaf 1 januari 2017 in Vlaanderen te kunnen uitvoeren. Deze ICT, eTHAB genoemd, is klaar, werd uitvoerig getest en werkt. We doen in afwachting van de resultaten van onderzoek naar de toepassing BELRAI op de THAB wel nog verder een beroep op de FOD Sociale Zekerheid voor de medische inschaling. Hiervoor is een samenwerkingsovereenkomst gesloten met de FOD. Daarin zijn ook afspraken gemaakt voor de overdracht van de dossiers die bij de FOD zitten.

De datum van de inwerkingtreding van de federale applicatie My Handicap was aanvankelijk gepland op 1 januari 2016. Vlaanderen en de zorgkassen hebben de ontwikkeling van een eigen ICT, de eTHAB-applicatie, afgestemd op deze datum. Bedoeling was dat eTHAB één jaar na My Handicap zou worden gelanceerd, zodat de overdracht van de dossiers optimaal zou kunnen verlopen. De timing van de inwerkingtreding van My Handicap is gedurende het jaar 2016 echter voortdurend opgeschoven: eerst januari 2016, dan april 2016, juli 2016, september 2016, november 2016 om uiteindelijk te landen op 23 januari 2017 als datum van inwerkingtreding.

We stelden ons vragen over het feit dat men een dergelijk ingrijpend veranderingsproces liet samenvallen met de transitie van THAB naar Vlaanderen. De Vlaamse overheid heeft daar ook voor gewaarschuwd. Nog voor de zomervakantie 2016 is formeel gevraagd om de inwerkingtreding van My Handicap uit te stellen tot na de inproductiestelling van eTHAB, om mogelijke interferentie te vermijden. Die vraag is in het najaar nog een tweede keer gesteld. Er is een brief van juli en een brief van oktober.

Uitstel zou dus als voordeel hebben gehad dat Vlaanderen de overdracht van dossiers vanuit de oude applicatie kon doorvoeren en dat hangende THAB-dossiers – dus

dossiers ingediend voor 1 januari 2017, maar nog niet afgehandeld – nog in de oude applicatie konden worden afgewerkt. Er zou dus geen afhankelijkheid zijn van een applicatie, waarvan wij toen reeds vermoedden dat die niet klaar zou zijn, om in productie te gaan.

Vlak voor Kerstmis werd beslist om de dossiers over te hevelen naar My Handicap. Ook toen hebben wij nogmaals onze vraag herhaald om dat nog even uit te stellen, wat ons en de federale ambtenaren zou toelaten om de hangende dossiers nog verder in de oude applicatie af te werken en tegelijk verder te werken.

Er werd beslist om de overdracht naar My Handicap toch te laten doorgaan. Dat had een paar gevolgen. Van 28 december 2016 tot 23 januari konden sowieso geen dossiers in de applicatie My Handicap worden behandeld omdat er een transitie moest gebeuren. De doorlooptijd in de behandeling van dossiers is natuurlijk vergroot. De betaling van lopende dossiers tot na de migratie van My Handicap naar eTHAB gebeurt nog vanuit de FOD Sociale Zekerheid. Tot slot moesten de zorgkasmedewerkers alle hangende dossiers nog afhandelen in een applicatie waarmee ze niet vertrouwd zijn, My Handicap dus, maar die bleek achteraf onvoldoende stabiel te zijn.

Ondertussen is dus na de inproductiestelling van My Handicap gebleken dat er ruis zit op de datamigratie en dat de applicatie My Handicap onvoldoende stabiel is om al beslissingen te nemen. Dat betekent ook dat de hangende dossiers via deze applicatie niet beslist en afgewerkt kunnen worden.

U hebt zelf het cijfer genoemd, volgens de schatting van januari zijn er 17.000 dossiers nog in behandeling, maar dat aantal loopt ondertussen op doordat er vragen tot herziening binnenkomen met betrekking tot lopende dossiers. Aanvragen voor THAB van na 1 januari 2017 kunnen wel worden ingediend en behandeld in de eigen Vlaamse applicatie eTHAB. Het probleem zit bij de herzieningen van lopende dossiers en bij de eerste aanvragen die nog voor januari werden ingediend bij de FOD.

De nieuwe aanvragen zouden op zich geen probleem mogen zijn, omdat die in onze eTHAB-applicatie worden behandeld. Toch is er ook in eTHAB een afhankelijkheid, aangezien de medische evaluaties voorlopig verder door de FOD Sociale Zekerheid worden uitgevoerd. De resultaten van deze medische evaluatie worden via My Handicap doorgestuurd naar eTHAB. De zorgkassen stellen vast dat er tot nu toe geen medische evaluaties bezorgd worden. Ik kan alleen maar bevestigen dat men zich daar rekenschap van geeft en dat ook hieraan wordt gewerkt.

Op initiatief van de zorgkassen en mezelf is er een spoedoverleg geweest op 17 februari en op 20 februari met toenmalig staatssecretaris Sleurs en het management van de FOD Sociale Zekerheid. Wij hebben toen aangedrongen op een terugkeer naar Tetra aangezien My Handicap niet voldeed. De federale overheid heeft toen aangegeven dat een terugkeer niet evident was, maar was bereid dat te bekijken.

Vorige en deze week was er nieuw overleg en ik heb daarnet vernomen dat er een beslissing genomen werd. *(Opmerkingen van Bart Van Malderen)*

Ja, maar wij zijn natuurlijk al een tijdje geïnformeerd, we kennen de intenties van de federale overheid en ik vind het logisch dat zij de communicatie doen en dat we niet via een ander kanaal – personeel of medewerkers – worden geïnformeerd over de strategie die men uiteindelijk kiest. Ik begrijp en wist uiteraard dat men zou terugkeren naar de oude applicatie. Dat is de beste en juiste beslissing in deze omstandigheden.

Uit de gesprekken met staatssecretaris Demir bleek een grote bereidheid om de problematiek daadkrachtig aan te pakken en samen te werken aan oplossingen.

Daar hebben we momenteel alle vertrouwen in, ook al moeten we beseffen dat het om een complex probleem gaat, dat we niet zomaar kunnen verhelpen, maar dat zal gebeuren. Wat ik vandaag verneem, bevestigt mijn inschatting van de aanpak op het federale niveau.

**De voorzitter:** De heer Van Malderen heeft het woord.

**Bart Van Malderen (sp-a):** Minister, u zou ons toch moeten kennen ondertussen. We zijn blij als er een oplossing gevonden wordt. De bekommernis was dat er 17.000 dossiers stof liggen te vergaren. Daar komt het op neer.

Wat me van het hart moet, is dat u zoveel nadruk legt op de oplossingsbereidheid van staatssecretaris Demir en dat u daar de laatste weken gehoor vindt. Dat roept bij mij de vraag op of dat kritiek inhoudt op de vorige staatssecretaris. Blijkbaar vond u toen geen gehoor.

Het is belangrijk om de dingen juist te duiden. De zorgkassen hebben mee verantwoordelijkheid genomen en handelen de dossiers vandaag op een bevredigende manier af. Ik ben blij dat men terugkeert naar de wijsheid en naar het systeem dat gewerkt heeft. Als ik het lijstje van contacten bekijk, kan ik u niets verwijten. Er werd in het verleden gewaarschuwd voor die falende toepassing. U hebt sinds 7 februari overleg gevoerd en nu wordt naar de oude toepassing teruggekeerd.

Binnen welke termijn zullen die 17.000 mensen hun centen krijgen? Wat wordt als een realistische horizon beschouwd? Ik stel mijn vraag nog anders: welke vertraging verwacht men?

**De voorzitter:** De heer Depoortere heeft het woord.

**Ortwin Depoortere (Vlaams Belang):** Ik sluit me uiteraard aan bij de woorden van de heer Van Malderen, uiteraard zijn we blij dat er een oplossing is gevonden.

Niet alleen: op welke termijn zullen die mensen effectief hun geld zien? Maar ook, en misschien nog belangrijker: op welke manier zal er gecommuniceerd worden met die mensen? Is dat een communicatie die moet gebeuren vanuit Vlaanderen? Moet u dat doen, minister? Of is dat iets wat nog onder de FOD Sociale Zekerheid valt? Ik vermoed dat laatste, aangezien zij in de fout zijn gegaan door het niet tijdig kunnen verstrekken van de tegemoetkomende hulp. Maar ook hier wil ik vooral een oplossing zien. Het zal me eerlijk gezegd worst wezen wie communiceert, als er maar gecommuniceerd wordt, zodat de personen die recht hebben op een tegemoetkoming daadwerkelijk een klaar en duidelijk bericht krijgen wanneer ze hun centen zullen krijgen.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Ik ga ervan uit dat er met de administratie daaromtrent afspraken gemaakt zijn.

Mijnheer Van Malderen, u moet me geen woorden in de mond leggen. Men doet bij zulke megatransities een beroep op externe bedrijven, het zal u maar overkomen dat u daar dan mee wordt geconfronteerd.

Ik heb contact gehad met voormalig staatssecretaris Sleurs. Een van de prioriteiten was natuurlijk dat de mensen hun geld zouden krijgen, en dat heeft zij ter harte genomen.

We gaan nu proberen een schema te maken waarbij de achterstand geleidelijk wordt weggewerkt. Ik vind het belangrijk dat we daar transparantie rond hebben, want ik begrijp uiteraard de bezorgdheid van degenen die nu in Vlaanderen deze taak moeten uitvoeren. Zij denken dat men van hen veel service en klantvriendelijkheid



zal verwachten. Er moet natuurlijk een ernstige nulmeting komen om te zien waar zij vertrokken zijn en wat hun target is, anders riskeren zij afgerekend te worden op zaken waar ze niets aan kunnen doen.

Ik heb hun gevraagd en we hebben afgesproken dat we zodra we de zaak gede-blokkeerd hadden en wisten hoe we uit de problemen konden geraken, dat we werk zouden maken van een duidelijke status quaestionis om goed te weten waar zich de verbetertrajecten bevinden en hoe we de doelstellingen zichtbaar kunnen maken en realiseren.

**Bart Van Malderen (sp.a):** Ik begrijp het wel, minister, gezien de actualiteit, maar ik blijf een beetje op mijn honger zitten inzake de concrete timing. We zullen nog wel bijkomende vragen stellen daarover. Dat laat me toe om erop aan te dringen dat de mensen zo snel mogelijk het geld krijgen waar ze recht op hebben en dat ze ook nodig hebben, gezien de doelgroep. Dat is een opdracht. Daar zullen we u binnenkort nog over ondervragen.

**De voorzitter:** De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over online medisch advies – 1530 (2016-2017)**

**Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers**

**De voorzitter:** De heer Van Malderen heeft het woord.

**Bart Van Malderen (sp.a):** Minister, het is niet de eerste keer dat we het hebben over de digitalisering van onze samenleving en de impact van het internet – in een paar muisklikken krijgen we medische informatie – op mensen en hun omgeving. Dit brengt risico's met zich mee, daar hebben we al een paar keer over van gedachten gewisseld.

Mensen gaan steeds meer zelf op zoek naar medische informatie via internet. Op zich: hoe meer mensen geïnformeerd zijn, hoe beter, maar deze schijn bedriegt. Wanneer mensen op het net op zoek gaan – u moet zelf maar eens de test doen – naar informatie over bepaalde kwalen of ook over vraagstukken, dan komen ze uit op de meest uiteenlopende theorieën. Het vraagt vaak enige vakkennis om daar het onderscheid te maken tussen wetenschappelijk verantwoorde en onverantwoorde sites en soms zijn het ronduit gevaarlijke sites. Bovendien is het internet niet de plaats waar chronologie heerst, heel vaak vindt men er verouderde theorieën naast zeer recente inzichten. Te veel informatie is voor veel mensen desoriënterend en zou risico's met zich mee kunnen brengen.

Ik verwijs naar het debat dat we onlangs gevoerd hebben over het feit dat mensen afkerig staan ten opzichte van vaccinatie. Heel vaak zijn de theorieën daarover bijeengesprokkeld op het internet. Ik geef het mee als illustratie van de ernst van de kwestie.

Daarom startte het ziekenfonds De Voorzorg in Antwerpen recent met een project om deze trend tegen te gaan. Ze proberen mensen niet af te raden om online op zoek te gaan naar gezondheidsinformatie en spelen daar integendeel op in door effectief de juiste informatie te geven. Vragen kunnen via de website van het ziekenfonds gratis worden ingestuurd door leden en niet-leden, het is een open toepassing.

"We hebben een platform ontwikkeld om de vragen makkelijk in te laten sturen. De onderwerpen kunnen grofweg gaan over body, mind en soul – een modieuze omschrijving. De vragen worden binnen de vijf werkdagen beantwoord. Elke meerderjarige kan gratis advies vragen, ongeacht of die nu lid is van De Voorzorg

of niet. Op die manier willen we een tegengewicht bieden aan 'dokter Google'. – die ik net beschreven heb – Op het internet staat bijzonder veel gezondheidsinformatie. Maar die is volgens sommige onderzoeken in twee op de drie gevallen niet helemaal betrouwbaar of correct. Hoe meer je opzoekt, hoe tegenstrijdiger de informatie vaak blijkt te zijn. Veel mensen zien door de bomen het bos niet meer. Daarom is het veel beter als mensen hun vragen rechtstreeks aan een gezondheidsspecialist kunnen stellen, zodat ze zeker kunnen zijn dat de informatie correct is", legt diensthoofd Preventie Kelly Van Tendeloo uit.

Het team dat antwoordt op de vragen, bestaat uit verschillende specialisten: onder meer een psycholoog, diëtist, huiddeskundige, seksuoloog en tabacoloog. Het is de bedoeling om met de antwoorden de vraagsteller op de juiste weg te helpen. Belangrijk is dat er geen persoonlijke diagnoses via de computer worden gesteld. Dat is niet de bedoeling, daarvoor moet men nog steeds een arts consulteren. Het platform is al enkele dagen actief en er liepen reeds tientallen vragen binnen. Die bleken in de eerste plaats over diëten en psychologische kwesties te gaan.

We hebben eens rondgekeken: er zijn in Vlaanderen verschillende websites die gezondheidsinformatie bieden, maar een platform met de service en de organisatie zoals De Voorzorg aanbiedt, blijkt uniek te zijn; dat ontbrak nog. Wanneer het over veel voorkomende ziektes gaat, zijn er zelfs thematische websites, maar niet op dezelfde manier, in de breedte. De eerste positieve reacties doen ons vermoeden dat er wel degelijk vraag is naar dat soort geijkte en valideerde informatie op het internet zonder in de plek te treden van de medici.

Minister, hoe staat u tegenover het initiatief?

Bent u van mening dat er in Vlaanderen nood is aan een dergelijk initiatief? Ik kijk dan ook niet naar de scope en de beschikbare expertise binnen de aanbieder. Moeten we dat niet op een of andere manier proberen te verruimen?

Zult u in de toekomst initiatieven nemen om een dergelijk systeem uit te werken? Zo ja, wanneer? Zo neen, hoe motiveert u die beslissing?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Initiatieven die betrouwbare gezondheidsinformatie geven, zijn belangrijk en moedig ik aan. De mutualiteiten bereiken veel mensen, dus zij zijn hierbij zeker een prioritaire partner. Positief bij dit initiatief is ook de mogelijkheid dat mensen vragen kunnen stellen. Zoals opgenomen in de beleidsstukken van de gezondheidsconferentie en eerstelijnsconferentie is het beschikbaar stellen van betrouwbare en begrijpbare informatie belangrijk in het kader van het verwerven van gezondheidsvaardigheden en de zelfversterking.

Verschiedende actoren hebben hierin een rol te spelen: de overheid, kennis- en onderwijsinstellingen, zorgaanbieders en -verzekeraars, patiëntenverenigingen, enzovoort. De digitalisering kan hierin een grote rol spelen. Zo kan bijvoorbeeld door het invoeren van betrouwbare gegevens in het elektronisch patiëntendossier, de persoon met een zorgnood beschikken over wetenschappelijk onderbouwde informatie, of kan de persoon met een zorgnood geïnformeerd worden over patiëntenverenigingen, activiteiten, enzovoort,... in de buurt.

Het verwerven van basiskennis en het aanleren van de vaardigheid om een bepaald gedrag te stellen, kunnen we zeer ruim definiëren en omvat bijvoorbeeld: het kunnen lezen van een bijsluiter, weten waar je betrouwbare informatie vindt en hoe je deze controleert, weten bij welke zorgaanbieder je terechtkunt voor welke zorgvraag, enzovoort. De wetenschappelijke reflectiekamer van de eerstelijnsconferentie haalt in zijn synthesesnota aan dat mensen met een betere 'health literacy' sneller op de juiste plek in de zorg terechtkomen wanneer de juiste hulpvraag

wordt gesteld. Investeren in gezondheidsvaardigheden is een maatschappelijke opdracht en is een proces dat het beste zo vroeg mogelijk begint. Dit vormt dus een uiterst belangrijke uitdaging voor alle zorgactoren maar ook voor het onderwijs. Goede gezondheidsvaardigheden geven de persoon met een zorgnood de mogelijkheid om zelf zijn eigen zorg beter te coördineren en een volwaardige partner in de zorg te worden. Overbrengen van kennis en informatie over aandoeningen en het ziekteverloop, inzicht geven in het sociaal en persoonlijk functioneren, inzicht geven in ondersteuningsmogelijkheden, enzovoort, helpen de persoon met een zorgnood om zelf beslissingen te nemen in zijn zorgproces en is dus een taak van elke zorgaanbieder. Maar ook patiëntenverenigingen kunnen hierbij helpen: via informatiesessies, lotgenotencontact, sensibilisatiecampagnes enzovoort.

Het klopt dus dat er vandaag meerdere organisaties zijn die, elk vanuit hun eigen opdracht en expertise, betrouwbare en begrijpbare informatie beschikbaar stellen. Mutualiteiten hebben onder meer een opdracht om te werken aan gezondheidsbevordering. Dit is ook als kernopdracht opgenomen in het federaal pact voor de verzekeringsinstellingen waarbij de moderniseringsas 1 staat voor kwaliteitsvolle informatieverlening aan, hulpverlening en gezondheidscoaching van de leden. Ook het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (Cebam), waar we contact mee hebben rond de website Gezondheid en Wetenschap, krijgt middelen van de Vlaamse overheid om betrouwbare evidencebased gezondheidsvoorlichting te geven.

Het is belangrijk dat mensen betrouwbare en kwaliteitsvolle informatie krijgen en herkennen, maar ook dat ze door de bomen het bos blijven zien. Dus ja, ik sta achter kwaliteitsvolle initiatieven, maar ik pleit ook voor samenwerking en afstemming. Dat is duidelijker voor degene die informatie zoekt en zorgt voor efficiëntiewinst.

Mensen worden mondiger en gaan steeds meer online op zoek naar informatie. Het bevorderen van de 'health literacy' van jongs af is belangrijk. Mensen moeten beschikken over laagdrempelige informatie en instrumenten om zelf gezonde keuzes te maken. 'Health literacy' is ook belangrijk om mensen of hun mantelzorgers toe te laten de regie over hun zorg in eigen handen te nemen. Initiatieven die daartoe bijdragen zijn nodig en belangrijk. Zoals ik zonet aangaf, is het belangrijk dat dergelijke initiatieven kwaliteitsvol, herkenbaar en toegankelijk zijn. Of dit concrete initiatief hieraan voldoende beantwoordt, kan ik natuurlijk niet helemaal inschatten. Het zou daarom goed zijn om dergelijke projecten te evalueren.

Er bestaan nog geen concrete plannen op Vlaams niveau, maar zoals ik al aangaf, gebeurt er al heel wat en we nemen we dit het beste mee in de natrajecten die naar aanleiding van de twee recentste conferenties werden opgestart.

**Bart Van Malderen (sp.a):** Minister, ik ben tevreden met uw laatste zin. U bevestigt dat dit een nuttige manier is om mensen te informeren. Mijn vraag is geïnspireerd door de behoefte aan samenwerking en afstemming. Ik zie daar ook een rol voor de overheid. Het zijn de middenveldactoren die het moeten doen. U kunt het ook faciliteren, u kunt proberen er overleg over te hebben, zeker als het gaat over minder evidente aandoeningen. Daar is het risico op kwakzalverij het grootst. Heel veel aandoeningen en problemen worden heel vaak behandeld, maar het is pas als mensen met een behoefte aan minder toegankelijke informatie worden geconfronteerd, dat ze in wanhoop hun oor te luisteren leggen bij zeer twijfelachtige inspiratiebronnen. Laat ons daar het veld exploreren en kijken waar de hiaten zitten. Minister, ik heb begrepen dat u dit wilt meenemen in het natraject. We zullen kijken wat daar concreet van aan is.

**Peter Persyn (N-VA):** Minister, u hebt dit thema al met twee handen aangepakt. Op het onlinehulpcongres speelde u in op die groeiende populariteit van waardevolle hulpverlening via onlineplatforms. U hebt daar ook tal van beleidsfuncties toegevoegd, die heel faciliterend of synergisch kunnen werken. Mijn fractie juicht dat toe.

We hebben inderdaad dezelfde reserves als u beiden. We moeten voorzichtig zijn. Voor alle vrije beroepen is dat zo. Als je vijf advocaten of artsen raadpleegt, krijg je vijf verschillende adviezen. Het is een evidencebased check. Van tijd tot tijd is dat belangrijk voor een stand van zaken. Om de tien of vijftien jaar zijn er paradigmashifts. Wat ik dertig jaar geleden op de banken heb geleerd, is ondertussen achterhaald en al enkele keren grondig gewijzigd.

Minister, wij juichen dit toe en feliciteren u met uw aanpak.

**De voorzitter:** De vraag om uitleg is afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over pleegzorg voor niet-begeleide minderjarige vluchtelingen – 1403 (2016-2017)**

**Voorzitter: de heer Bart Van Malderen**

**De voorzitter:** Mevrouw Schryvers heeft het woord.

**Katrien Schryvers (CD&V):** Minister, naar aanleiding van het grote aantal vluchtelingen dat ook in ons land aankwam in de loop van 2015, lanceerde Pleegzorg Vlaanderen in september 2015 het project 'Geef de wereld een thuis'. Onder de vluchtelingen die zijn aangekomen en nog steeds aankomen in ons land en in Vlaanderen bevinden zich immers ook veel niet-begeleide minderjarigen. Ze zijn uiterst kwetsbaar en hebben zeker nood aan opvang en begeleiding.

Via het project 'Geef de wereld een thuis' wilde men zoveel mogelijk van deze kinderen en jongeren opvangen in een pleeggezin. Er zijn verschillende instanties betrokken bij het project: Partners in Pleegzorg, de pleegzorgdiensten, Vluchtelingenwerk Vlaanderen, de voorzieningen die instaan voor de opvang en begeleiding van niet-begeleide minderjarige vluchtelingen en het Agentschap Jongerenwelzijn. Er werden extra middelen toegekend aan Pleegzorg Vlaanderen om te voorzien in extra personeel om de bijkomende dossiers te kunnen behandelen.

De thematiek kwam al meermaals ter sprake in deze commissie. In antwoord op mijn schriftelijke vraag van 22 november 2016 zei u dat er zich toen 302 kandidaat-pleeggezinnen hadden ingeschreven voor de vorming en ofwel in de selectie- of matchingfase zaten, ofwel effectief een engagement hadden opgenomen. Toen waren er immers al 121 niet-begeleide minderjarige vluchtelingen aan een pleeggezin toevertrouwd, terwijl een zeventigtal nog op een pleeggezin wachtte.

Recent verscheen ook de oproep van Pleegzorg Oost-Vlaanderen naar kandidaat-pleeggezinnen die op korte termijn en zonder een uitgebreid voorafgaand traject van vorming, kennismaking of matching niet-begeleide minderjarige vluchtelingen jonger dan dertien jaar willen opvangen.

Minister, kunt u een stand van zaken geven over het project 'Geef de wereld een thuis'? Hoeveel pleeggezinnen namen in het kader van dit project ondertussen een engagement binnen pleegzorg op? Hoeveel niet-begeleide minderjarigen werden geplaatst binnen pleegzorg? Voor hoeveel jongeren wordt in het kader van dit project nog een plek gezocht? Zijn hiervoor voldoende kandidaat-pleeggezinnen?

Minister, kunt u meer toelichting geven bij de snelle pleegzorgplaatsingen van niet-begeleide minderjarige vreemdelingen jonger dan dertien jaar? Hoe past deze werking binnen de algemene pleegzorgwerking en binnen het project 'Geef de wereld een thuis'? Voor hoeveel kinderen moet zo op korte termijn een pleeggezin worden gevonden? Zijn hiervoor voldoende kandidaat-pleeggezinnen? Hoeveel plaatsingen werden reeds verwezenlijkt op deze manier?

Voor elk pleegkind moet de pleegzorger beschikken over een attest dat na een uitgebreide procedure attesteert dat de pleegzorger aan de nodige voorwaarden voldoet en over de vereiste capaciteiten beschikt. Hoe gebeurt dit in geval van de vernoemde snelle pleegzorgplaatsingen? Hoe worden de pleeggezinnen die zich zonder voorafgaande kennismaking of matching engageren om niet-begeleide minderjarige vluchtelingen op te nemen, begeleid in hun taak? Zal deze manier van werken, namelijk de snelle pleegzorgplaatsingen, worden geëvalueerd en op welke termijn?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Uit de rapportage over het werkjaar 2016 blijkt dat er op 31 december 2016 183 niet-begeleide minderjarige vreemdelingen in een pleeggezin verbleven. Dit aantal is sinds de opstart van het project 'Geef de wereld een thuis' eind 2015, na een voorzichtig begin, gestaag toegenomen. Ook in de eerste maanden van dit jaar zijn er nog bijkomende plaatsingen gerealiseerd, waaronder 2 zogenaamde snelle pleegplaatsingen. Hier kom ik straks op terug.

Vanuit de praktijk vernemen we dat er momenteel een 30- tot 40-tal jongeren op pleegzorg wachten. We moeten dit als een indicatief cijfer beschouwen vanwege het dynamische karakter ten gevolge van in- en uitstroom. Voor wat de instroom betreft, weten we, onder meer uit de gegevens die door het Agentschap Integratie en Inburgering ter beschikking worden gesteld, dat er nog steeds niet-begeleide minderjarige vreemdelingen in België aankomen. In november 2016 waren dat er 64. Het merendeel van hen is 15 jaar en ouder, maar uit gegevens van Fedasil weten we dat er in de voorbije 6 maanden ongeveer 20 niet-begeleide minderjarige vreemdelingen die jonger dan 13 zijn, instroomden.

Op basis van de gegevens waarover we beschikken, mogen we concluderen dat er nood is aan meer pleeggezinnen, zonder dat we deze nood exact kunnen kwantificeren. Dit was ook de teneur van de actoren uit het werkveld op de laatste vergadering van de stuurgroep van het project. Het krantenartikel was er onder meer op gericht om meer mensen voor dit initiatief warm te maken.

We vinden het belangrijk om er eerst en vooral op te wijzen dat deze zogenaamde snelle pleegplaatsingen, net als alle initiatieven die binnen 'Geef de wereld een thuis' worden genomen, zich binnen de regelgeving situeren. De specificiteit van de snelle pleegplaatsingen bestaat erin dat een dertienjarige na zijn aankomst in België slechts de tijd die nodig is voor het uitvoeren van de medische checks en het aanstellen van een voogd, in een federaal opvanginitiatief verblijft. Daarna wordt hij onmiddellijk naar pleegzorg en een pleeggezin toegeleid. Deze toeleiding gebeurt door Minor-Ndako, een organisatie die door Jongerenwelzijn is erkend voor de opvang en begeleiding van niet-begeleide minderjarige vreemdelingen.

De eerste twee weken van de pleegzorgsituatie wordt de module rechtstreeks toegankelijke crisispleegzorg ingezet. Na twee evaluatiemomenten – na zeven dagen en na twee weken – wordt een beslissing genomen over de verlenging van de pleegzorgsituatie. Indien een verlenging aangewezen is, wordt op beslissing van de intersectorale toegangspoort een niet-rechtstreeks toegankelijke module perspectiefbiedende pleegzorg gezocht.

We kunnen deze manier van werken absoluut onderschrijven en ondersteunen om een aantal redenen. Ten eerste zijn we er, geruggesteund door de praktijk, de academische wereld en experts, ten volle van overtuigd dat de ontwikkelings- en integratiekansen van een kind aanzienlijk beter zijn wanneer het in een gezin opgroeit. Ten tweede merken we dat, wanneer vluchtelingenkinderen te lang in een leefgroep verblijven, er drempels worden gecreëerd om uit te stromen naar pleegzorg. Ze verblijven in de leefgroep bij lot- en taalgenoten en zien zelf vaak de meerwaarde niet om uit deze leefgroepen uit te stromen, die dikwijls hun eerste stabiele omgeving zijn in lange tijd.

Momenteel zijn er twee pleegplaatsingen op deze manier gerealiseerd. Drie zijn nog in voorbereiding. De dossiers worden opgevolgd door Pleegzorg Oost-Vlaanderen, maar ook in de andere regio's worden voorbereidingen getroffen om op deze manier te werken.

Deze manier van werken van de snelle pleegplaatsingen is geïnspireerd op de Nederlandse Nidos-methodiek die pleegzorg al jaren als eerste stap in een opvangtraject van nieuwkomers inzet. In de overeenkomst die we met de diensten voor pleegzorg voor het werkjaar 2017 hebben afgesloten, hebben we expliciet de verwachting geformuleerd dat de diensten de Nidos-methodiek in Vlaanderen implementeren.

We vinden het belangrijk om te beklemtonen dat het traject dat we lopen met het project 'Geef de wereld een thuis' inhoudelijk volledig is afgestemd met de reguliere pleegzorg, waar we ook investeren in een evolutie richting snelle pleegzorg. We verwijzen ter zake naar de inschakeling van pleegzorg in de crisisnetwerken, maar ook naar de conceptnota betreffende de uithuisplaatsing van jonge kinderen, waar we de beleidskeuze dat pleegzorg de eerste te overwegen hulpvorm is, nog willen versterken en expliciteren, en waar, zeker voor de jongste kinderen, dergelijke snelle trajecten moeten worden uitgetekend.

Ook het proces inzake attestering verloopt binnen de regelgeving. De gezinnen doorlopen het volledige traject van screening, vorming en dergelijke meer. Het verschil zit enkel in de matching. In tegenstelling tot de reguliere pleegzorg wordt een kind hier zonder voorafgaande kennismaking of matching in een pleeggezin geplaatst. Het pleeggezin is, zoals in elke andere situatie, echter volwaardig geattesteerd en voldoet aan alle voorwaarden en criteria.

Er wordt in een intensieve duobegeleiding voorzien door de dienst voor pleegzorg en Minor-Ndako. De grote verschillen met de reguliere pleegzorg zijn: de intensiteit van de begeleiding waarbij de pleegzorgexpertise van de dienst voor pleegzorg en de doelgroepspecifieke deskundigheid van Minor-Ndako complementair en elkaar versterkend worden ingezet, de begeleiding vanuit Minor-Ndako is constant – 24 uur per dag, 7 dagen per week – beschikbaar voor urgente zaken en vragen, en er is een mogelijkheid voor een residentiële terugval in Minor-Ndako mocht dit nodig zijn.

De evaluatie gebeurt in de schoot van de stuurgroep die de voortgang van 'Geef de wereld een thuis' opvolgt en waaraan de betrokken initiatiefnemers zowel inhoudelijk als kwantitatief rapporteren.

**De voorzitter:** Mevrouw Schryvers heeft het woord.

**Katrien Schryvers (CD&V):** Het aanbieden van pleegzorg voor niet-begeleide minderjarige vluchtelingen is zeer positief. We onderschrijven allemaal dat het beter is dat mensen van jonge leeftijd hier kunnen verblijven in een pleeggezin in de plaats van in een groot opvangcentrum, zelfs al is dat specifiek ingericht voor minderjarigen.

Minister, ik ben zeker tevreden dat na de toch wel aarzelende start van het project – ik denk dat er heel veel moest worden georganiseerd, vorig jaar hebben we hier trouwens met Pleegzorg Vlaanderen een zitting aan gewijd – het aanbod voor niet-begeleide minderjarigen dat in pleegzorg wordt opgevangen, stijgt. De methodiek voor alle partners – en dat zijn er heel wat – raakt meer vertrouwd. Het is goed dat men continu evalueert en dat nu de stap wordt gezet naar de korte procedure, de versnelde pleegplaatsingen. Dat kunnen we alleen maar onderschrijven. Men is echter niet blind voor bepaalde risico's die daaraan verbonden zijn.

Minister, ik ben heel tevreden dat u zegt dat heel de procedure met attestering enzovoort, gewoon gebeurt. Alleen gebeurt de matching op een andere manier

en verblijft men de eerste twee weken in een module crisispleegzorg. Daarna wordt bekeken of dat kan worden verlengd. Dat heeft natuurlijk specifieke risico's. Mensen stellen hun huis, hun gezin en hun hart open om jongeren met een vaak zware rugzak in hun gezin op te nemen. Dan moeten ze heel goed worden begeleid, zeker als daar maar een heel kort traject aan is voorafgegaan.

Minister, ik ben heel tevreden van u te horen dat er heel sterk wordt ingezet op die begeleiding, nog veel sterker dan in de andere gevallen, en dat er zelfs een 24-urenbegeleiding is. In de toekomst gaat u nog veel sterker inzetten op pleegzorg als eerste te overwegen hulpverleningsvorm. U zult niet verwonderd zijn dat mij dat als muziek in de oren klinkt, want dat is natuurlijk een van de grote doelstellingen die we hebben opgenomen in het decreet dat we in 2012 hebben goedgekeurd in het parlement.

**De voorzitter:** De heer Parys heeft het woord.

**Lorin Parys (N-VA):** Voorzitter, ik ben gisteren toevallig op bezoek geweest bij Minor Ndako. Ik heb gezien dat ze daar uiteraard zeer goed en zeer waardevol werk leveren.

Toen ongeveer anderhalf jaar geleden de communicatie is vertrokken over dit traject, had ik daar wel wat vragen bij. De minister zal zich dat wel nog herinneren. Mijn punt was altijd dat we pleegzorg zouden doen voor de meest kwetsbare en de meest moeilijke groep en dat we dan ook niet in een verkorte procedure mochten voorzien, vooral in de selectie van de kandidaat-pleegouders. Ik denk en hoop ook dat dit vandaag niet gebeurt. Dat er een snelle matching is, vind ik wel een heel goed gegeven. Daar zie je echt dat het onzinnig is om een kind eerst in twee of drie instellingen of observatoria tijd te laten verliezen, alvorens het zich in een gezin zou kunnen hechten. Ik vind dat heel goed en sta daar ook achter.

Wat ik gisteren heb geleerd van de Nidos-methodiek, is dat er ook effectmetingen bijhoren. Ik ben daar zelf heel benieuwd naar. Wat is de impact op lange termijn van wat we aan het doen zijn?

Als we het hebben over deze vorm van pleegzorg moeten we nog sterker inzetten op cultuursensitieve pleegzorg. Ik denk dat het bijvoorbeeld makkelijker is wanneer een Afghaanse niet-begeleide minderjarige binnenkomt, een ander Afghaans gezin zijn hart en huis openzet voor zo'n jongere. Op die manier is al een deel van de taalbarrière weggenomen.

Minister, hoe zit het met het samenwerkingsakkoord dat Vlaanderen met het federale niveau zou afsluiten? Ik heb daar nog maar weinig over vernomen. Ik denk dat de samenwerking in de praktijk wel loopt, maar wordt er nog aan gewerkt en wat mogen we daar wanneer van verwachten? Het is misschien een beetje een vreemde opmerking, maar ik wil ze toch maken: we zitten daar ook in een situatie dat Vlaanderen een flink deel van het werk effectief doet terwijl dat niet gelijk gebeurt in de andere landsgedeelten, waardoor we in een situatie komen dat de kinderen die wij opvangen onder druk staan om uit te stromen omdat wij de meeste faciliteiten hebben en dus ook de meeste aantrekkingskracht van niet-begeleide minderjarige vluchtelingen die moeten worden opgevangen. Wat is de stand van zaken van het samenwerkingsakkoord? Wanneer mogen we daar nog iets van verwachten?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Als u verwijst naar het breed en groot samenwerkingsakkoord dat ooit met mevrouw De Block was onderhandeld toen die nog op de bevoegdheid van Theo Francken zat, dan kan ik u zeggen dat dit nooit is gefinaliseerd. Fedasil bepaalt nu de strategie. We zullen veel pragmatische en concrete akkoorden maken over capaciteit en cofinanciering. We hebben dat opgenomen

en voeren dat uit en eigenlijk werkt dat wel, moet ik eerlijk toegeven. We hebben goede ervaringen met de manier waarop we samenwerken. In die zin zijn we niet echt op zoek naar een groot nieuw debat. We proberen eigenlijk meer pragmatiek aan de dag te leggen.

Ik ga ervan uit dat de evaluatie van die methodiek door de werkgroep die dit opvolgt, zal worden opgenomen.

**De voorzitter:** De vraag om uitleg is afgehandeld.