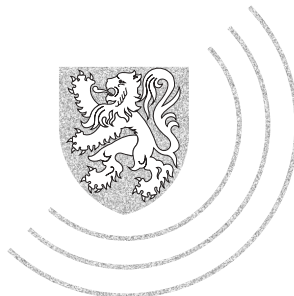


V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2002-2003

13 maart 2003

ONTWERP VAN DECREET

**betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie
van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen**

HOORZITTINGEN

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen
uitgebracht door de heer Jan Van Duppen**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : mevrouw Patricia Ceysens.

Vaste leden :

mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey,
mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, mevrouw Ingrid van
Kessel ;

mevrouw Patricia Ceysens, mevrouw Claudine De
Schepper, de heren Jacques Devolder, Koen Helsen ;

mevrouw Niki De Gryze, mevrouw Marijke Dillen, de heer
Felix Strackx ;

de heren Guy Swennen, Jan Van Duppen ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel ;

de heer Jan Roegiers.

Plaatsvervangers :

mevrouw Gisèle Gardeyn-Debever, mevrouw Veerle
Heeren, de heren Luc Martens, Paul Van Malderen ;

de heren Jozef Browaeys, Frans De Cock, André Moreau,
Cis Schepens ;

de heren Wilfried Aers, Julien Librecht, mevrouw Marleen
Van den Eynde ;

de heren Patrick Hostekint, Chokri Mahassine ;

mevrouw Ann De Martelaer ;

de heer Kris Van Dijck.

Zie :

1306 (2001-2002)

– Nr. 1 : Ontwerp van decreet

INHOUD

	Blz.
Hoorzitting van 10 oktober 2002 betreffende de indeling in zorgregio's en de samenwerking en programmering van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen	4
1. Toelichting door Prof. Etienne Van Hecke, afdeling Sociale en Economische Geografie, KU Leuven	4
2. Vragen en opmerkingen van de leden, met antwoord van Prof. Etienne Van Hecke	5
Hoorzitting van 27 februari 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en de samenwerking en programmering van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen	11
1.1. Toelichting door de heer Erik De Smidt, stafmedewerker van de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen	12
1.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van de heer Erik De Smidt	14
2.1. Toelichting door de heer Ivan Bertels, voorzitter, en mevrouw Marleen Haems, coördinator Vlaams Eerstelijnsoverleg (VELO)	14
2.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van de heer Ivan Bertels en mevrouw Marleen Haems	17
3.1. Toelichting door mevrouw Monica De Coninck, voorzitter afdeling OCMW's, Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSOG) en de heer Kris De Koker, stafmedewerker ouderenbeleid	20
3.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van mevrouw Monica De Coninck ...	21
4.1. Toelichting door de heer Erik Van den Begin, directeur Welzijn en Huisvesting, provinciebestuur Vlaams-Brabant, namens de Vereniging van de Vlaamse Provincies (VVP)	23
4.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van de heer Erik Van den Begin	26
5.1. Toelichting door mevrouw Carine Boonen, algemeen directeur Verbond Verzorgingsinstellingen (VVI)	26
5.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van mevrouw Carine Boonen	29
6.1. Toelichting door mevrouw Annemie Peeters, waarnemend directeur en de heer Stephan Van den Broucke, senior expert Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)	32
6.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van mevrouw Annemie Peeters en de heer Stephan Van den Broucke	34
7.1. Toelichting door de heer Frank Cuyt, algemeen directeur Vlaams Welzijnsverbond	34
7.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van de heer Frank Cuyt	36
8.1. Toelichting door de heer Ludo Fret, coördinator Pluralistisch Overleg Welzijnswerk (POW)	36
8.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van de heer Ludo Fret	39

DAMES EN HEREN,

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen hield op 10 oktober 2002 en 27 februari 2003 hoorzittingen over het ontwerp van decreet betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen (*Parl. St. Vl. Parl. 2001-2002, nr. 1306/1*).

HOORZITTING VAN 10 OKTOBER 2002 betreffende de indeling in zorgregio's en de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen

Op 10 oktober 2002 hoorde de commissie Prof. Etienne Van Hecke, afdeling Sociale en economische geografie, KU Leuven, over de studie 'Ontwikkelen van een beleidsinstrument voor het sturen van programmatie, planning en inplanting van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen'.

Een exemplaar van deze studie werd aan de commissieleden overgezonden.

Mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking nam aan de hoorzitting deel.

1. Toelichting door Prof. Etienne Van Hecke, afdeling Sociale en Economische Geografie, KU Leuven

Professor Etienne Van Hecke : De minister heeft de studie 'Ontwikkelen van een beleidsinstrument voor het sturen van programmatie, planning en inplanting van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen' reeds zeer goed toegelicht. Het concept en de hiërarchische structuur zijn duidelijk. Ik zal hier dan ook niet meer in detail op ingaan. Wel wil ik nog enkele zaken benadrukken.

De reacties die mij in de loop van de voorbije maand bereikten, waren niet conceptueel van aard. De mensen met wie ik gesproken heb, gingen akkoord met het concept, maar hadden meestal een probleem van regionale aard over de concrete indeling van een bepaalde gemeente. Ik heb hen er telkens op gewezen dat er eigenlijk geen alternatieven zijn : als men de burger en zijn fluxen als uitgangspunt neemt en van daaruit een hiërarchie opbouwt, kan men niet tot duizend en één oplossingen komen.

Twee weken geleden heb ik tijdens een ontmoeting met VELO een paar onduidelijkheden weggewerkt. Het resultaat daarvan was een artikel dat enkel bestond uit dingen die ik niet heb gezegd. Zo luidde de titel 'Eerste lijn hervormd op basis van ziekenhuisgegevens', terwijl ik steeds duidelijk zeg dat die zeker niet aan de basis liggen. Ik wil daar meteen wel twee vaststellingen aan toevoegen. Ten eerste vertoont de kaart met betrekking tot de invloedssferen van ziekenhuizen een grote overeenkomst met de kaart voor de indeling in zorgregio's. Dat is zeer positief, want dat betekent dat op tal van plaatsen beide zaken reeds samenvallen. Ten tweede waren er acht Vlaamse gemeenten waarvan we niet goed wisten bij welke regio ze hoorden. De meest logische variabele, namelijk de minimaal klinische gegevens, hebben dan voor deze acht gemeenten de doorslag gegeven. Als men een model voor de gezondheidssector ontwikkelt, zou het onlogisch zijn om de knoop op een andere manier door te hakken.

Andere bemerkingen waren van lokale of regionale aard. Over de opmerkingen van lokale aard wil ik niet verder ingaan. De regionale opmerkingen betroffen bijvoorbeeld het Meetjesland, een regio die op initiatief van beleidsmensen een eigen entiteit heeft ontwikkeld, of Turnhout, waar de sector zich heeft georganiseerd op basis van het arrondissement. Omdat het hier gaat om een beleidsinstrument voor het hele Vlaamse grondgebied, is het onmogelijk om een regionale identiteit die hier en daar belangrijk is, bijvoorbeeld die van een arrondissement of een regio, te hanteren als variabele voor de indeling van alle 308 Vlaamse gemeenten. De indeling in regio's moest voor heel Vlaanderen volgens dezelfde criteria gebeuren.

De sector moet de bestaande structuren willen overstijgen om vooruit te kunnen gaan. Tijdens haar toelichting zei de minister duidelijk dat de bestaande samenwerkingsvormen en goede initiatieven niet zomaar zullen worden weggeveegd, maar de sector zal nu wel weten welke richting men in de toekomst wil uitgaan.

Voor de welzijns- en zorgstructuur hebben we wel een teller, maar geen noemer. De teller is het aanbod ; de noemer is de ruimtelijke entiteit of het grondgebied, en het aantal inwoners. Het aanbod moet tegen deze noemer worden bekeken om te kunnen nagaan welke tekorten er zijn, en om een evenwichtig ruimtelijk beleid te kunnen voeren.

2. Vragen en opmerkingen van de leden, met antwoord van Prof. Etienne Van Hecke

Mevrouw Ingrid van Kessel : Ik heb geen vragen over het concept : de afbakening in regio's om te komen tot een afstemming tussen de verschillende zorgverstrekkers is positief. Ik heb wel vragen bij de gebruikte indicatoren. Het gaat hier over een indeling in zorgregio's. Nochtans werd er voor deze indeling meer belang gehecht aan gegevens over sport, verkeersfunctie, diensten met loketfunctie, overheidsfunctie, cultuur, onderwijs en detailhandelsfunctie dan aan ziekenhuisgegevens. In het protocolakkoord van 25 juli 2001 met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg lees ik intussen dat het niet de bedoeling is om via dit protocol geheel nieuwe structuren te creëren daar waar reeds initiatieven tot organisatie van eerstelijnsamenwerking genomen zijn. Volgens de professor zal de indeling in zorgregio's in een eerste fase worden gebruikt voor de eerstelijnsgezondheidszorg en de integrale jeugdhulpverlening. Vanuit elke provincie kwamen er scherpe reacties van de SIT's (samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg). Zij kenden tien jaar geleden een moeizame start, maar zijn intussen goed aan het werk. Waarom werden in het onderzoek niet meer welzijns- en gezondheidsindicatoren gehanteerd om te komen tot een goede afbakening van de eerstelijnsgezondheidszorg ? Nu zijn er heel grote inwonersverschillen in de regio's.

Prof. Etienne Van Hecke : We hebben ervoor proberen te zorgen dat het aantal inwoners nooit te groot wordt. Indien het inwonersaantal te groot was, werd afgedaald tot een tweede subniveau. We hebben gewerkt op basis van de kleinstedelijke invloedssferen, die verder werden ingedeeld in werkbare entiteiten.

Wat de criteria betreft, streefden we naar een overeenstemming met de levenssfeer van de mensen. Men verwijt mij in de fout te zijn gegaan door erop te wijzen dat de richting van de huisdokter nog niet die van het warenhuis is. Wij zijn net vertrokken van een waaier aan functies omdat het nu eenmaal niet alleen over ziekenhuizen gaat : zorg en welzijn hebben betrekking op heel wat activiteiten. De huidige samenwerkingsverbanden zijn organisch gegroeid door het ontbreken van een algemeen plan. Het was inderdaad misschien beter geweest mocht men tien jaar geleden dergelijk plan hebben voorgelegd. De organisatie van de ruimte is nu echter helemaal niet logisch. We willen tot een oplossing komen vanuit een logisch begrip.

Minister Mieke Vogels : Mevrouw van Kessel verwijst naar de moeizame start van de SIT's en naar

het samenwerkingsprotocol van 25 juli 2001 met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg, dat bepaalt dat bestaande samenwerkingsverbanden niet noodzakelijk moeten verdwijnen. Dat is inderdaad zeker niet de bedoeling.

Ik schets even de ontstaansgeschiedenis van dit ontwerp van decreet. Ten eerste vroegen heel wat mensen om orde te scheppen in de chaos, ten tweede was er de uitdrukkelijke vraag van de federale regering om regio's af te bakenen waarin de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging zouden kunnen worden gelokaliseerd. In een eerste ontwerp van samenwerkingsakkoord stond dat de federale overheid de regio's zou afbakenen voor de middelen die van het federale ministerie van Volksgezondheid en van het RIZIV naar de eerstelijnszorg zouden gaan. Wij hebben erop gewezen dat dit een bevoegdheid is van de gemeenschappen, die maximaal kunnen rekening houden met behoeften en met bestaande samenwerkingsverbanden.

De huidige afbakening van de zorgregio's valt zeker niet in alle gevallen samen met de SIT's. Er zijn trouwens nog niet overal SIT's. Omdat we voor een nieuwe regelgeving en een nieuwe financieringsstroom staan, wilden we voor het eerst met de omschrijving 'zorgregio' werken. We wilden de SIT's zo snel mogelijk integreren in die omschrijving, zodat de middelen die van Vlaanderen naar het overleg eerstelijnsgezondheidszorg gaan, samenvallen met de middelen die vanuit de federale overheid naar de eerstelijnsgezondheidszorg gaan. Dit zou een eerste begin van ordening zijn.

Vele SIT's zullen nu op een andere manier moeten gaan samenwerken. Men moet nu eenmaal beginnen met de opmaak van een logisch model wil men, in een verder stadium, zoveel mogelijk homogeniteit realiseren. Men kan onmogelijk alle bestaande modellen met elkaar combineren.

Mevrouw Sonja Becq : Op welke manier verzamelt men gegevens ? Van wanneer dateren de gegevens ? Op welke manier kan men gedragsveranderingen die optreden inbrengen in de gegevens ? Toen ik jong was, was het bijvoorbeeld heel normaal dat mensen van rond Brussel zich voor alle soorten van dienstverlening tot Brussel richtten. Zo werkte ik als vrijwilliger bij een jongerenadviescentrum (JAC) in Brussel. Nu richt men zich echter meer tot andere regio's, zoals Vilvoorde. Een ander voorbeeld is De Lijn, die haar busverbindingen de laatste tijd sterk heeft gewijzigd. Vroeger konden wij niet rechtstreeks met de bus naar het ziekenhuis in Vilvoorde, nu kan dat wel. Deze vervoersmogelijkheid oriënteert de mensen

naar bepaalde voorzieningen. Een andere gedragswijziging ziet men bijvoorbeeld wanneer in een gemeente een zwembad wordt gesloten. De mensen moeten zich dan tot een andere gemeente richten.

Werden de zwembaden trouwens ook in de gegevens opgenomen ?

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : De studie bevat cijfergegevens die dateren uit de jaren zestig en zeventig. Mijn vraag sluit dan ook aan bij de vraag van mevrouw Becq : welke cijfers werden er gebruikt ? De studie werd geactualiseerd in 2001. Werden enkel de gegevens over de ziekenhuizen geactualiseerd of actualiseerde men ook nog andere gegevens ?

Bevat de studie enkel gegevens uit Vlaanderen of ook uit Wallonië ?

Zijn er nog andere wetenschappelijke studies over dit onderwerp ? Het Limburgs Universitair Centrum (LUC) is bijvoorbeeld bezig met een studie over de opvolging en evaluatie van de Logo's. De minister heeft ook onderzoeken met betrekking tot de SIT's uitgeschreven. Werden ook deze gegevens in de studie verwerkt ?

Professor Van Hecke baseert zich steeds op de demografische gegevens uit het jaar 2000. Maar er is een evolutie merkbaar. Ik heb zelf de oefening gemaakt voor de gegevens van de provincie Limburg voor de periode 1997-2001. In sommige gemeenten merkt men een bevolkingsaanwas tot 20 procent. In andere gemeenten daalt het bevolkingsaantal dan weer. Werd hier rekening mee gehouden ?

Werd er rekening gehouden met gegevens inzake mobiliteit, bijvoorbeeld omtrent het aanbod ?

Prof. Etienne Van Hecke : De gegevens dateren uit het midden van de jaren negentig en werden vergeleken met de cijfers van de jaren zeventig. In die vergelijking merkt men een zekere stabiliteit. Zo is het best mogelijk dat er in een bepaalde gemeente, op een bepaald ogenblik een cultureel centrum of een zwembad gebouwd wordt. Dit heeft echter geen invloed op het geheel. Het gaat dan maar om één functie, terwijl de stabiliteit het geheel van functies betreft.

De verzamelde gegevens betreffen heel België. Het onderzoek werd immers gevoerd in samenwerking met de universiteit van Luik. Brussel werd dus ook in de studie betrokken. Dit alles doet hier echter weinig terzake.

Hoe staat het met de betrouwbaarheid van de gegevens ? Onze gegevens werden de afgelopen zeven à acht jaar al door heel wat mensen gebruikt. Zowel in de openbare als in de privésector doet men er een beroep op. In de privésector worden onze gegevens nog eens extra gecontroleerd door bijkomende enquêtes. Onlangs werd de betrouwbaarheid van de gegevens beaamd door het West-Vlaams Economisch Studiebureau. Wij beschikken trouwens ook over een CD-ROM met al onze gegevens. Deze CD-ROM werd intussen al aangekocht door een tachtigtal bedrijven.

Nieuwe studies zijn er momenteel niet. Een studie is immers een investering van ongeveer 250.000 tot 300.000 euro. Geen enkele collega kan zich een dergelijke studie veroorloven, tenzij hij werkt rond een bepaalde stad of een bepaald item. Enkel in de distributiesector worden actualiseringen gemaakt, bijvoorbeeld door winkelketens.

De cijfers zijn vrij stabiel doorheen de tijd. Wel is het zo dat bepaalde functies andere functies creëren.

De heer Felix Strackx : Ik vind dat de gehanteerde parameters heel goed gekozen zijn. Voor mijn regio is de studie in elk geval correct. Veel breuklijnen zijn ongetwijfeld historisch gegroeid. Niettegenstaande de gemeente waar ik woon veel dichterbij Mechelen dan bij Leuven ligt, richt de bevolking zich bijna steeds tot Leuven, en niet tot Mechelen. Ik heb daar geen verklaring voor.

Ik zou dan ook graag hebben dat De Lijn alle cijfers onder ogenschouw zou nemen. De busverbindingen moeten rekening houden met de fluxen die uit deze studie naar voren komen. Een aantal busverbindingen zijn momenteel volledig onlogisch.

Prof. Etienne Van Hecke : De Lijn uit de provincie Limburg heeft onze gegevens in ieder geval al aangekocht om ermee te werken.

Ik maak jaarlijks ook kaarten over de immigraties van en naar gemeenten. Zelfs als de bevolking in een gemeente met 20 procent zou toenemen, dan nog veranderen de fluxen in de regio hierdoor niet. De gegevens over het aantal inwoners en de kenmerken van deze inwoners worden in een globale databank opgenomen. Tegenover dit alles kan men de teller plaatsen. Enkel de aangeboden voorzieningen mag men desgevallend wijzigen.

De heer Peter Hooft, wetenschappelijk coördinator, administratie Gezondheid, antwoordt namens de minister dat de demografische evolutie in de re-

gio's de inputvariabele is om de zorg te bepalen. Inwijking die ervoor zorgt dat een gemeente verjongt of veroudert, is precies een van de indicatoren om het model te voeden. Het is geen variabele die het model bepaalt, maar een variabele die de programmering bepaalt. Het model zelf blijft stabiel.

De heer Jan Van Duppen : Ik ben een zeer groot voorstander van dit moedige plan van de minister en ik ben ook verheugd dat de minister wetenschappelijke ondersteuning heeft weten te vinden. Maar ik heb een even groot probleem met de bewering dat men voortaan vraag- in plaats van aanbodgestuurd gaat werken. Dat is namelijk niet het geval. De fluxen van gebruikers die men als basis wenst te nemen, worden in feite net zo goed door het aanbod bepaald. Mensen gaan naar een bepaalde plaats met hun zorgvraag omdat daar voorzieningen op een bepaald niveau aangeboden worden. Het is dus niet waar dat men van het bestaande systeem afstapt.

Er is nog een vraag die onbeantwoord blijft. Moet het beleid volop inspelen op de verwachte demografische evolutie of moet men de wens om maximaal in te gaan op de vraag koppelen aan de mogelijkheden van overheden en diensten – en dus wel rekening houden met de bestaande voorzieningen en overlegstructuren ?

Ook ik ben een pleitbezorger van een ordentelijke bestuurlijke reorganisatie. Ik verdedig al lang de invoering van stadsstaten. Maar de provincie Antwerpen is zeer asymmetrisch georganiseerd op het vlak van zorgvoorzieningen. In de zuiderkempen is het aanbod sterk onvoldoende, terwijl er rond de stad Antwerpen een overaanbod is. Professor Van Hecke onderneemt nu verschillende pogingen om hiervoor een oplossing te vinden, onder meer met de variant Brasschaat-Schilde en de truc met Lier. Uiteindelijk wordt ervoor gekozen om de Zuiderkempen te koppelen aan Antwerpen. Bovendien laat men de regering alle vrijheid om dit decreet toe te passen. Het resultaat is een statistische vereffening die de bestaande foute structuur met een overaanbod voor de stad Antwerpen en een onderaanbod voor de zuiderkempen bevestigt.

Wat gaat de minister doen met de bestaande, op grote schaal afgesloten associatieverdragen tussen perifere en universitaire ziekenhuizen ? In 2004 komen een zeer beperkt aantal Vlaamse en massaal veel Waalse artsen op de arbeidsmarkt. Perifere ziekenhuizen kunnen alleen assistenten krijgen als ze al hun patiënten doorverwijzen naar het geassocieerde universitaire ziekenhuis. Gasthuis-

berg in Leuven heeft zelfs verdragen met Brugse ziekenhuizen afgesloten.

Minister Mieke Vogels : Precies daarom is het ontwerp zo dringend nodig. Ook als wij binnenkort de oncologische zorgnetwerken definiëren, zullen wij ervoor moeten zorgen dat een patiënt van een Brugs ziekenhuis niet naar Leuven wordt gestuurd voor een scan en daarbij andere voorzieningen passeert. De federale overheid schept weliswaar het kader, maar wij zijn bevoegd voor de erkenningen en kunnen daarbij bijkomende criteria opleggen. Dat kan bijvoorbeeld zijn dat een oncologisch zorgnetwerk niet meer dan vijf aaneensluitende zorgregio's mag omvatten.

De heer Jan Van Duppen : De verhouding tussen het federale en het Vlaamse niveau in deze blijft problematisch. Het ontwerp wijzigt bepaalde provinciale samenwerkingsverbanden. Dat moet dan ook op federaal vlak gebeuren, want anders blijft bijvoorbeeld het justitieel welzijnswerk georganiseerd volgens de bestuurlijke arrondissementen. Is de Vlaamse regering van plan de grenzen van provincies en arrondissementen te herschikken ?

Minister Mieke Vogels : De heer Van Duppen haalt een aantal zaken door elkaar. Wij willen de provinciegrenzen nu niet herbekijken. Zij zijn organisch gegroeid over een lange periode.

In tegenstelling tot Nederland hebben wij nooit een planning van bovenaf gekend. Dat werkt hier niet. Wat wij wel kunnen, is in de toekomst van dit model uitgaan bij de invoering van nieuwe regelgevingen, in de hoop dat men op het terrein meer en meer op die territoriale basis wil samenwerken. Tijdens deze legislatuur hebben we enkel de ambitie om de eerstelijnsgezondheidszorg via dit model te ordenen, dit via het eerstelijnsdecreet en de oprichting van de SEL's (samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg) en de uitvoering van het samenwerkingsakkoord van 25 juli 2001. Op een bepaald ogenblik zullen wij misschien de nog prille, maar snel evoluerende Logo's (lokaal gezondheidsoverleg) volgens het nieuwe model kunnen organiseren, nog later misschien het welzijnsoverleg.

De uitspraak over de vrijheid van de regering is uit de context gerukt. De zin komt voor in de toelichting bij artikel 3. Bedoeling is de regering alle vrijheid te geven, niet om het model op stalinistische wijze van bovenaf algemeen op te leggen, maar juist om het zeer gefaseerd in te voeren. Wij kunnen dan zelfs beslissen om het in bepaalde omstandigheden nog niet te hanteren.

Er is inderdaad een historisch gegroeid onderaanbod in de Kempen en een overaanbod in Antwerpen. Dit model bevestigt deze evolutie niet. Het feit dat Herentals op Antwerpen gericht wordt, betekent niet dat de achterstand niet zal weggewerkt worden.

Prof. Etienne Van Hecke : De studie omvat twee delen. Het tweede deel bevat een aantal suggesties voor de ideale spreiding van structuren. Herentals is inderdaad ver van Turnhout en van Antwerpen. Daarom is het mogelijk om in de Zuiderkempen een aantal subgroepen samen te nemen en een subkern van de regio Antwerpen te vormen. Het aantal diensten waarvoor de bewoners van Westerlo naar Antwerpen moeten, is beperkt. Het kleinstedelijke niveau is belangrijker.

De heer Jan Van Duppen : Fluxen zijn wel aanbod-gestuurd. Het is een bestuurlijke keuze om vooral te opereren voor de regionale gebieden of steden, of eerder voor het lokale niveau, bijvoorbeeld via de arrondissementele indeling. Dat is vooral het geval bij asymmetrische situaties.

Prof. Etienne Van Hecke : Vraag en aanbod lopen vaak gelijk. Er zijn twee soorten aanbod. Aan de ene kant zijn er de voorzieningen, bijvoorbeeld de ziekenhuizen. Veel diensten hebben echter geen locatie en zijn bijvoorbeeld een groepering van mensen. Daar moeten we vertrekken van de vraag van de inwoners.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Het lijkt me onmogelijk dat u voor de gezondheidssector enkel met de minimale klinische gegevens hebt gewerkt ? Bij welke andere actoren uit de zorgsector hebt u cijfers opgevraagd voor uw studie ? Niet enkel de residentiële sector beschikt over cijfers over wachtlijsten, ook de semi-residentiële en de ambulante sector hebben dergelijke gegevens. Hebt u die gebruikt ? Ik vind hierover niets terug bij de verschillende functies die u in uw studie hebt gebruikt.

De minister benadrukt dat nieuwe initiatieven zullen gebaseerd zijn op dit model. Zij kan de invoering ervan faseren. Het is normaal dat de overheid stuurt en plant, maar in hoeverre is rekening gehouden met vorige overheidsinitiatieven op allerlei beleidsdomeinen ? Sinds het begin van de jaren tachtig tracht men bijvoorbeeld in het Hageland een identiteitsgevoel op te bouwen. De diverse beleidsniveaus hebben dat streven ondersteund, in het begin ook financieel. Zoutleeuw is het aanspreekpunt voor die streekontwikkeling. Het is eigenaardig dat Zoutleeuw nu op Limburg gericht wordt. Misschien gaan de inwoners van Zoutleeuw

wel in Sint-Truiden winkelen, maar voor tal van andere diensten is Zoutleeuw het referentiepunt voor het Hageland.

Prof. Etienne Van Hecke : Het is niet mogelijk rekening te houden met alle reeds bestaande indelingen en die op elkaar te leggen om tot één model te komen. Het zoeken naar een gemene deler leidt vaak tot een slecht model.

In het Hageland is inderdaad veel geld geïnvesteerd en zijn een aantal gemeenten afgebakend. Een ziekenhuis uit Brabant heeft mij ook gecontacteerd omdat het model zagezegd niet klopte omdat een gemeente op Sint-Truiden zou zijn gericht. Nochtans bewijzen de objectieve gegevens de juistheid van mijn model, en die zijn niet enkel op winkelstromen gericht. Toen ik de ziekenhuisgegevens voor die bepaalde gemeente bekeek, bleek inderdaad dat de inwoners veeleer in Sint-Truiden naar het ziekenhuis gingen dan in Vlaams-Brabant. Ik vermoed dat dat ook voor Zoutleeuw geldt. Sint-Truiden is voor die gemeente de dominante invloed.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Waarom is het zo evident dat we de indeling van het welzijnslandschap moeten baseren op die fluxen van het dagdagelijkse leven, en niet op welzijnsgegevens ? Er worden voor de indeling in zorgregio's cijfers gebruikt over sportbeoefening, recreatie, cultuur, en dergelijke, maar blijkbaar werden er geen welzijnsgegevens gebruikt. Dat is toch onbegrijpelijk.

Minister Mieke Vogels : De fluxen zijn gebaseerd op de dagdagelijkse behoeften van mensen. Niet alle burgers hebben dagelijks zorg nodig. Het is belangrijk dat de zorg zich zo dicht mogelijk bij hun normale verplaatsingen bevindt, dus in de stad waar zij bijvoorbeeld naar school geweest zijn. Een vraaggestuurde aanpak impliceert dat we rekening houden met de natuurlijke fluxen.

Er bestaan allerhande welzijns- en gezondheidsgegevens, bijvoorbeeld over de SIT's, de Logo's, de minimale kwaliteitseisen voor de ziekenhuizen, de fusie van de centra algemeen welzijnswerk, enzovoort. Als men met al deze gegevens wil rekening houden, komt men misschien wel tot vijftientig verschillende modellen. Door die op elkaar te leggen, komt men telkens op andere regio's uit. Er moet dus orde in de chaos van al die verschillende overlegmodellen en regio-omschrijvingen gebracht worden. Zou men een centrum algemeen welzijnswerk niet beter organiseren in dezelfde regio als bijvoorbeeld een centrum geestelijke gezondheidszorg ? Bij een overschrijdend overleg in zorg, bij-

voorbeeld de integrale jeugdhulpvoorziening, zit men immers met totaal verschillende omschrijvingen. Mensen uit de centra voor geestelijke gezondheidszorg zien elkaar in een andere regio dan mensen uit de centra voor algemeen welzijnswerk. De vraag vanuit de sector is duidelijk : breng wat orde in die chaos. Dit is langetermijnwerk, maar we moeten die ordening zeker uitvoeren. Met welke gegevens moeten we dan rekening houden ? Die van welzijnzorg ? Die van de geestelijke gezondheidszorg ? Met de ziekenhuisgegevens ? Neen, we moeten kijken waarheen mensen zich dagelijks begeven voor hun verschillende behoeften. Zorg en gezondheid moeten op die fluxen aansluiten. Bovendien blijken dit stabiele fluxen te zijn.

Prof. Etienne Van Hecke : Misschien klinkt dit wat karikaturaal, maar in de Verenigde Staten vindt men de ziekenhuizen en de polyklinieken in de shoppingcentra. Dat is inderdaad de plek waar mensen naartoe trekken. Veel kanalen en contacten worden bepaald door het winkelgedrag. Ik beweert niet dat wij dit standpunt moeten innemen, maar er zit een logica in : men weet dat er in de winkelcentra veel mensen komen.

De heer Felix Strackx : Wat de professor heeft onderzocht, is een mentale kwestie. Mensen zitten met een bepaalde ingesteldheid, een persoonlijke voorkeur, zonder dat daar meteen een verklaring voor is. Afstand speelt daarbij niet altijd een rol.

Mevrouw Ingrid van Kessel : De minister heeft zo vaak het woord overleg gebruikt. Ik heb daar toch een aantal bedenkingen bij. Wat is de initiële doelstelling geweest van het samenwerkingsprotocol eerstelijnsgezondheidszorg ? De eerstelijnsgezondheidszorg en de zorgregio's zijn gekoppeld. De eerste doelstelling is het overleg tussen de verschillende hulpverleners beter op elkaar af te stemmen. Waar de patiënt zijn consumentengedrag heeft en waar de hulpverleners zitten, zijn duidelijk twee verschillende dingen. De minister zegt dat ze geen stalinistisch-hiërarchisch model wil opleggen, maar als ik naar de doelstelling kijk, en daarbij denk aan al die mensen die in het eerstelijnsgezondheids-overleg moeten samenwerken, stel ik mij daar toch vragen bij. Ik heb begrepen dat u om de afbakeningen vast te leggen geen rekening heeft kunnen houden met alle actoren omdat dit te veel diversiteit met zich meebrengt. Maar de doelstelling van het decreet is precies het overleg tussen die verschillende actoren te optimaliseren. Er moet toch een gemeenschappelijke deler te vinden zijn ? Men probeert ordening te brengen in zorgoverleg, men houdt daarbij geen rekening met de huidige organisatie ervan, en men legt van bovenuit gewoon

een model op. Om de regio's af te bakenen houdt u rekening met sociaal-economische factoren, maar niet met de huidige realiteit van wat men probeert te regelen. Dit begrijp ik niet.

Er is lange tijd een gelatenheid geweest omdat men ervan uit ging dat de impact van dit decreet beperkt zou blijven tot de eerstelijnsgezondheidszorg, maar nu realiseert men zich dat de consequenties groot kunnen zijn.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Mevrouw van Kessel gaat er blijkbaar van uit dat het bestaande aanbod zo onverstandig zou zijn voorbij te gaan aan de realiteit van de natuurlijke stroom. Volgens mij zullen de zorgvoorzieningen zich vanzelf daar gaan vestigen waar het nodig is : dat is nu eenmaal de realiteit.

De heer Jan Van Duppen : De uitlating van professor Van Hecke over de polyklinieken in shoppingcentra vind ik zeer ongelukkig. In de Verenigde Staten is er geen oude beschaving en cultuur. Bij ons is er een verstedelijkte cultuur, en onze shoppingcentra zijn gewoon de straten in de steden. Die structuur moeten wij cultiveren. Wij plannen een werkbezoek aan Denemarken en Zweden. Zweden is georganiseerd vanuit een centralistische, specialistische ziekenhuisstructuur. Daar heeft men de shoppingcentra als het ware bij de ziekenhuizen neergeplant. In Denemarken deed men net het omgekeerde : men vertrok vanuit de landelijke situatie, van bij de populatie op het land. Dit zou een goed model voor Vlaanderen kunnen zijn.

Minister Mieke Vogels : Dit is het Deense model. Het is duidelijk niet hospitalocentristisch. Niet de ziekenhuizen, maar de dagdagelijkse fluxen van mensen vormen het vertrekpunt.

De heer Jan Van Duppen : Ik ben absoluut geen tegenstander van dit decreet. Ik denk dat er hier en daar aberraties zullen moeten worden gewijzigd. De drive en de criteria mogen niet op alle plaatsen dezelfde zijn. U zegt dat niets van boven af opgelegd wordt, dat alles bekeken werd van onderuit. Op het moment dat u geen minister meer zult zijn, komt er wel een andere, maar het decreet zal nog steeds bestaan. We moeten een veiligheidsmarge inbouwen opdat het dan niet op een andere manier zou kunnen worden gebruikt.

Prof. Etienne Van Hecke : Wat ik verklaarde over de shoppingcentra in de Verenigde Staten is geen ongelukkige uitspraak maar een wetenschappelijke vaststelling. Ik heb niet gezegd dat het zo moet. Ik wilde alleen maar aantonen dat fluxen moeten ge-

volgd worden. Dit werd, in de andere richting dan, zopas nog bevestigd door het voorbeeld van Zweden. De volgorde kan, volgens de beschaving, dus wel verschillen, maar het een hangt met het andere samen. Het verhaal bevestigt het feit dat veel fluxen samenvallen.

Men vraagt dat ik de medische gegevens zou gebruiken omdat het tenslotte over zorg gaat. Ik heb deze gegevens inderdaad in de studie verwerkt, maar die gegevens wegen zeker niet door, behalve dan voor die acht gemeenten waarvoor de knoop moest worden doorgemaakt aan de hand van de minimale klinische gegevens. Anderzijds kunnen we de mensen de vraag niet stellen tot welke SIT of Logo zij zich voor zorg wenden, want dit zijn ruimtelijke entiteiten. De huidige indeling is immers juist zo chaotisch, terwijl we juist meer geordende ruimtelijke entiteiten tot stand willen brengen.

De heer Johan De Roo : Na alles wat ik hier heb gehoord, ben ik zeer op mijn hoede. In 1997 heeft het Vlaams Parlement het Ruimtelijk Structuurplan Vlaanderen goedgekeurd in de veronderstelling dat het louter om een ruimtelijke afbakening van het Vlaamse grondgebied in stedelijke en buitengebieden ging. Intussen wordt dit structuurplan gebruikt om andere beslissingen te nemen, onder meer op het vlak van huisvesting, cultuur en gezondheid. Ik verwijs naar het Elisabethziekenhuis te Sijsele, dat verplicht moest fuseren met het ziekenhuis te Eeklo omdat er geen sprake kon zijn van een ziekenhuis in het buitengebied.

Ik vrees dat hetzelfde zal gebeuren met de afbakening in zorgregio's. De minister beweert nu dat ze met dit ontwerp enkel de ambitie heeft om de eerstelijnsgezondheidszorg beter te ordenen, en dat de gevolgen van dit ontwerp voor het overige minimaal zullen zijn. Maar zonder dat de minister dit wil, kunnen de gevolgen op lange termijn groot zijn. Er moet duidelijkheid komen over de juiste doelstellingen van dit ontwerp.

Ik vind bovendien nergens argumenten terug om Maldegem en Knesselare onder te brengen in de zorgregio Brugge. De mensen uit Maldegem en Knesselare gaan inderdaad naar Brugge om te winkelen, voor de school van de kinderen of voor gespecialiseerde geneeskundige zorgen. Maar het overleg over gezinszorg, thuiszorg, de Logo's, de SIT's of het OCMW gebeurt volledig los van Brugge, binnen de Oost-Vlaamse provinciegrenzen. De verplichte fusie van het Elisabethziekenhuis zal ingaan tegen de natuurlijke overlegreflex die de welzijnssector zich de voorbije jaren eigen heeft gemaakt.

Minister Mieke Vogels : Het lokale eerstelijnsgezondheidsoverleg zal ook niet in Brugge gebeuren, dat zal op veel kleinere schaal plaatsvinden. Men ziet wel dat een inwoner van Maldegem voor gespecialiseerde ziekenhuiszorgen naar Brugge gaat. Brugge is dus het hogere zorgniveau dat in aanmerking wordt genomen bij het plannen van diensten. We moeten weten voor hoeveel mensen we in een aanbod moeten voorzien.

De heer Johan De Roo : Ik zie niet goed in hoe men Maldegem bij Brugge kan indelen. Voor zaken als schuldbemiddeling, gezinszorg, thuisoverleg, palliatieve netwerken, Logo's, enzovoort, worden de provinciegrenzen momenteel strikt gerespecteerd.

Prof. Etienne Van Hecke : Sommige gemeenten zullen zich inderdaad moeten aanpassen. Dat geldt niet alleen voor het Meetjesland. De argumentatie van de heer De Roo over het Ruimtelijk Structuurplan Vlaanderen treed ik niet bij. De fusie van het ziekenhuis te Sijsele heeft niets te maken met het opdelen in stedelijke of buitengebieden.

De heer Johan De Roo : Het hoofdargument voor een fusie met het ziekenhuis van Eeklo was nochtans dat een ziekenhuis alleen maar mogelijk was in stedelijk gebied. Ik vind dit een misbruik van het Ruimtelijk Structuurplan Vlaanderen.

De voorzitter : We zijn hiermee aan het einde van deze hoorzitting gekomen. Ik dank Prof. Van Hecke voor zijn bijdrage.

HOORZITTING VAN 27 FEBRUARI 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen

Sprekerslijst

- de heer Erik De Smidt, stafmedewerker van de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV) ;
- de heer Ivan Bertels, voorzitter, en mevrouw Marleen Haems, coördinator Vlaams Eerstelijnsoverleg (VELO) ;
- mevrouw Monica De Coninck, voorzitter afdeling OCMW's, Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) en de heer Kris De Koker, stafmedewerker ouderenbeleid ;
- de heer Erik Van den Begin, directeur Welzijn en Huisvesting, provinciebestuur Vlaams-Brabant, namens de Vereniging van de Vlaamse Provincies (VVP) ;
- mevrouw Carine Boonen, algemeen directeur Verbond Verzorgingsinstellingen (VVI) ;
- mevrouw Annemie Peeters, waarnemend directeur en de heer Stephan Van den Broucke, senior expert Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) ;
- de heer Frank Cuyt, algemeen directeur Vlaams Welzijnsverbond ;
- de heer Ludo Fret, coördinator Pluralistisch Overleg Welzijnswerk (POW).

1.1. Toelichting door de heer Erik De Smidt, staf-medewerker van de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV)

De heer Erik De Smidt : De VOV vertegenwoordigt alle openbare ziekenhuizen en op die manier 30 procent van alle bedden. VOV vertegenwoordigt zowel acute als psychiatrische ziekenhuizen.

In onze nota linken we eerst de huidige situatie aan het voorgestelde model, vervolgens maken we enkele overwegingen bij het voorgestelde model en ten slotte geven we enkele eigen overwegingen om zo tot ons standpunt te komen.

Als we de huidige organisatie van de sector van nabij bekijken, merken we verschillende elementen. Ten eerste zijn er de federaal bepaalde ziekenhuisregio's. Bij gebrek aan een officiële regeling zijn die regio's eigenlijk officieus gebleven.

Als gevolg van allerhande fusies zijn die regio's in de praktijk niet altijd relevant meer. Fusies leiden immers tot nieuwe en anders gevormde aantrekkingszones afhankelijk van de locatie van een ziekenhuis in de zone. Toch zijn deze regio's belangrijk omdat de Vlaamse administratie ze in het kader van het VIPA-decreet gebruikt om subsidies toe te kennen. De Vlaamse administratie springt daar gelukkig pragmatisch genoeg mee om.

Het voorgestelde model moet leiden tot samenwerking. Hoe dat concreet zal gebeuren, zal later bepaald worden. Het probleem is dat de huidige samenwerkingsvormen en netwerken allemaal functioneel zijn. Men maakt afspraken voor bepaalde patiëntengroepen door andere instellingen functioneel aan ziekenhuizen te koppelen. Dergelijke samenwerkingsvormen leiden niet tot nieuwe rechtspersonen of structuren.

De VOV is uiteraard voorstander van samenwerking tussen verschillende zorgvormen in het belang van de patiënt. Er wordt voorts best op het laagste niveau samengewerkt : zo dicht mogelijk bij de patiënt. We botsen wel op enkele obstakels.

De Riziv-financiering is gecompartmenteerd. Er is een ziekenhuisfinanciering, een RVT-financiering, een eerstelijnszorgfinanciering, enzovoort. Al deze financieringsbronnen staan los van elkaar. Als een patiënt van de ene naar de andere zorgvorm overgaat, komt hij in een ander financieel systeem te

recht. Dat kan voor problemen zorgen omdat het remgeld vaak verschilt.

Voorts zien wij juridische problemen. Volgens hoofdstuk 12 van de OCMW-wet kan een vereniging van publiek recht alleen maar in een VZW stappen als er ook een OCMW bij betrokken is. Samenwerking tussen openbare en private instellingen wordt geregeld door hoofdstuk 12bis van de OCMW-wet. Men creëert in dat geval een VZW die aan enkele bijkomende bepalingen uit de OCMW-wetgeving moet voldoen. In de praktijk blijkt dat de private sector niet echt geneigd is om in zo'n constructie te stappen.

Samenwerking tussen VZW's valt onder de VZW-wetgeving. Uiteraard is hier geen probleem. Als het zorgregiomodel tot samenwerking moet leiden, zullen de hoofdstukken 12 en 12bis van de OCMW-wetgeving aangepast moeten worden.

Wij vinden niet dat dit model een zuivere vraagstroom in kaart brengt. De stromen die in kaart gebracht worden zijn het gevolg van vraag en aanbod. Hoe dient daarmee omgegaan te worden ? Wordt die situatie bestendigd ? Of zoeken we een antwoord op de vraag wat de zuivere vraag, uitgaande van de bevolking precies is ? Proberen we op die manier de bestaande aanbodstructuren te neutraliseren ?

De kwaliteit van de voorzieningen is niet in het model ingebouwd. Kwaliteitsverschillen zullen ongemerkt de vraagstroom verleggen. Dat geldt ook voor de onderwijssector. De grootte en de kwaliteit van een school bepalen de aantrekkingskracht ervan. In de banksector probeert men per kantoor het fiscaal inkomen te bepalen. Op basis daarvan bepaalt men de beleggings- en de kredietportefeuille. Dergelijke studies leiden tot correlaties van minder dan vijf procent, die verklaard kunnen worden door de kwaliteit van de kantoorhouders.

Wat is het gewicht van de patiëntenstromen in het hele model ? Er zijn heel wat socio-economische parameters. De aantrekkingskracht van een school verschilt met de aantrekkingskracht van een ziekenhuis. Bovendien is er een heel grote variatie tussen de verschillende ziekenhuizen. Dat merken we in steden waar er zowel een openbaar als een privaat ziekenhuis is. Meestal is een ervan lokaal georiënteerd en het andere regionaal. Dat blijkt duidelijk uit de cijfers.

In het extreme geval zijn er ziekenhuizen, vooral universitaire, met een Vlaamse of zelfs nationale aantrekkingskracht. Dat is een cascadesysteem : hoe groter de aantrekking van patiënten, hoe groter het aanbod dat een ziekenhuis kan uitbouwen, onder meer inzake gesofisticeerde apparatuur. De vraag is hoe men met dit cascadesysteem en met de grote verschillen tussen de individuele ziekenhuizen moet omgaan.

Tijdens de vorige hoorzitting werd meegedeeld dat de federale ziekenhuisregio's grotendeels samenvallen met de zones die op basis van het zorgregio-model kunnen bepaald worden. We hebben vragen bij de relevantie van de regio's op zich.

Hoe kunnen vraag en aanbod in evenwicht gebracht worden, met andere woorden : kan men patiëntenstromen verleggen ? De VOV is voorstander van een positieve programmering, die uitgaat van de werkelijke behoefte van de bevolking, in tegenstelling tot de nu bestaande negatieve programmering, die er enkel op gericht is post factum de schaarse budgettaire middelen te verdelen tussen de gegadigden.

Het principe van de positieve programmering is mooi maar kost geld. Er is een vertreksituatie : de historiek heeft de huidige inplanting van de ziekenhuizen bepaald. Als men het aanbod wil wijzigen, dan moeten er financiële middelen zijn. Met het VIPA heeft men geprobeerd zoveel mogelijk ziekenhuizen te fusioneren maar men heeft moeten vaststellen dat er daarvoor onvoldoende geld was.

Binnen de Vlaamse Gemeenschap is heel wat informatie aanwezig. Ik denk bijvoorbeeld aan het project Informatiestroom tussen de Ziekenhuizen en de Administratie Gezondheidszorg (IZAG). De gigantische databanken worden tot nu toe echter onvoldoende geëxploiteerd.

Specifiek naar de toepasbaarheid van het model, kan gesteld worden dat kwaliteit stromen kan verleggen. De vraag is echter hoe fundamenteel dat is. Uit studies blijkt immers dat stromen zeer stabiel zijn. We pleiten er dan ook voor om bestaande voorzieningen zo goed mogelijk uit te bouwen en slechts sturend tussen te komen waar dit voor de positieve programmering nodig en nuttig is.

Met de financiële implicaties van dit alles mag men niet lichtzinnig omgaan. Er is ook nog altijd een link tussen de Vlaamse subsidiëring en de federale ligdagprijs. Voor de bouw van een ziekenhuis gaat

de Vlaamse Gemeenschap in principe 60 procent subsidiëren. Daaraan is gekoppeld dat de overige 40 procent in de ligdagprijs betaald worden. Zijn er geen Vlaamse subsidies, dan krijgt het ziekenhuis ook geen federale financiering in de ligdagprijs. Als men in Vlaanderen bijkomende normen gaat opleggen die het Vlaamse subsidiebeleid stringenter maken dan dat van de andere gemeenschappen, worden we ook in nationaal perspectief benadeeld.

Er bestaat al heel wat wetgeving : het VIPA-decreet, het decreet in verband met het kwaliteitsbeleid, het decreet over het gezondheidsinformatiesysteem (GIS), de reorganisatie van de administratie volgens de principes van Beter Bestuurlijk Beleid enzovoort. We zijn van mening dat het voor de Vlaamse Gemeenschap een nuttige oefening zou zijn om de samenhang en de hiërarchie tussen de verschillende decreten vast te leggen en duidelijk te maken.

Wat is, in het licht van al deze overwegingen, het standpunt van de VOV ? Volgens ons is het de taak van de overheid om het zorgaanbod zo veel mogelijk op de vraag af te stemmen. De Vlaamse Gemeenschap is daar het meest geschikte beleidsniveau voor. Het zorgregionale model kan voor deze afstemming een uitgangspunt bieden. We pleiten er voor met de sector te overleggen. Daar winnen zowel de Vlaamse Gemeenschap als de sector zelf bij. Als er zaken worden aangepast, moeten die organisch kunnen groeien.

Inzake de modaliteiten voor de invoering van de zorgregio's stellen we een alternatief voor. We willen eerst de organisatie van de samenwerking binnen de eerste lijn en daarna een combinatie van dit model met de positieve programmeringscriteria opstellen om tot een betere zorgplanning te komen. De uitvoering moet rekening houden met de historische toestand, de rechtszekerheid van de bestaande instellingen en de noodzakelijke financiële middelen. Als het model de toets van de realiteit doorstaan heeft, kan de regelgeving eventueel systematisch uitgewerkt worden. Op lange termijn kan de lokale autonomie versterkt worden. Dan is het doel bereikt.

Specifiek voor de sector van de openbare ziekenhuizen wensen we de wettelijk bepaalde nadelen met betrekking tot het beheer weggewerkt te zien, onder meer door de aanpassing van de OCMW-wetgeving. Tot slot bepleiten we eens te meer de weg van de geleidelijkheid.

1.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van de heer Erik De Smidt

Mevrouw Ingrid van Kessel : Het is mij niet helemaal duidelijk wat uw standpunt is. Enerzijds zegt u dat de Vlaamse Gemeenschap het geschikte niveau is om de zorgregio's af te bakenen, maar anderzijds somt u een aantal moeilijkheden en bezwaren op. Wat is uw globale evaluatie ? Verder zegt u dat het model de toets van de realiteit moet doorstaan, maar de realiteit vandaag is toch heel anders dan de manier waarop de zorgregio's afgebakend worden. U haalt het punt aan van de kwaliteit, maar het verbaast me dat u geen opmerkingen hebt over de indicatoren waarop professor Van Hecke zich baseerde om de afbakening te bepalen. Wat denk u daarover ? Hoe staat u tegenover het budget van 2 miljoen euro ?

De heer Erik De Smidt : Samenvattend zou ik kunnen zeggen dat ons standpunt gematigd positief is, maar we vrezen voor de toepassing. We zitten met de historiek die het resultaat is van vraag en aanbod, en we vrezen dat het niet haalbaar is nu de vraag te laten primeren. Bovendien zien we dat aan Vlaamse kant bijkomende normen opgelegd worden, waardoor wij in het federale perspectief benadeeld zijn. Ik ken de criteria niet allemaal in detail uit het hoofd, maar wij vragen ons af of de parameters die typisch zijn voor onze sector voldoende zullen doorwegen. Zal men ze, indien dat niet het geval is, herzien ? Zullen er voor de ziekenhuizen dan nieuwe parameters vastgesteld worden ? Wat blijft in dat geval over van het hele model ?

Mevrouw Sonja Becq : U zegt dus "In principe is dit wel OK, maar laat deze kelk aan ons voorbij gaan" ?

De heer Erik De Smidt : Ik zou het minder scherp willen stellen en enkel vragen ervoor te zorgen dat de kelk drinkbaar is.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Uw voorzitter signaleerde ons dat in de VAR de criteria reeds gehanteerd worden bij de overwegingen van de administratie.

De heer Erik De Smidt : Wij hebben daar inderdaad op gereageerd in de VAR omdat men zich reeds vóór de studies van professor Van Hecke baseerde op de principes van de zorgregio's. Wij pleiten voor voorafgaande wetgeving en rechtszekerheid : we kunnen wel denkoefeningen maken, maar we mogen de criteria nog niet gebruiken in dossiers.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Vindt u zichzelf terug in de volgende uitspraak : "wij zijn voor planning van de overheid, maar wij hebben vragen over de toepasbaarheid en het tempo, en wij vragen overleg" ?

De heer Erik De Smidt : Jawel. En bovendien is blijvend contact en overleg nodig bij eventuele toepassing.

Mevrouw Sonja Becq : Ik probeer uw standpunt nog wat te verfijnen. Zegt u dat dit plan ideaal is om de witte vlekken op te vangen, maar dat het verder niet echt hoeft ?

De heer Erik De Smidt : Het lijkt natuurlijk ideaal het aanbod af te stemmen op de vraag, maar volgens ons kan dat niet, zeker niet wat onze sector betreft.

Je kan niet eenvoudigweg ziekenhuizen gaan inplanten waar er vraag naar is, en zeker niet met een budget van 2 miljoen euro. Als de regering het een topprioriteit vindt de vraag te laten primeren, zit ze zeker niet op een realistisch spoor.

2.1. Toelichting door de heer Ivan Bertels, voorzitter en mevrouw Marleen Haems, coördinator Vlaams Eerstelijnsoverleg (VELO)

De heer Ivan Bertels : VELO is ontstaan uit de behoefte van voornamelijk zelfstandige hulpverleners om de onderlinge sectoren beter op elkaar te kunnen afstemmen.

In mijn betoog zal ik de huidige werking van de samenwerkingsinitiatieven (SIT's) toelichten, maar ook belichten hoe er een analogie kan bestaan met het voorliggend ontwerp van decreet.

Het zorgregiodecreet schuift de SEL's (samenwerkingsverbanden eerste lijn) naar voren, die als structuur voor de eerstelijnszorg zullen dienen, en op termijn de SIT's zullen vervangen. Ook op federaal niveau kunnen de SEL's een meerwaarde krijgen door de reeds opgerichte en in functie zijnde Geïntegreerde Diensten Thuiszorg (GDT's). Wij hopen dat wij met deze twee opportuniteiten voor de zorg op de eerste lijn tot een in één regio gevat werkzaam concept kunnen komen. Dit decreet probeert dit te doen.

De SIT's zien de patiënt altijd als centrale figuur. Maar daarnaast moet ook de organisatie van de eertelijnszorg zo zijn dat elke hulpverlener zich erin kan terugvinden. Immers, niet alleen de pa-

tiënt is gebruiker van de structuren voor en de organisatie van de hulpverlener, maar ook de hulpverlener zelf is dat. Een goede structuur zal dus een meerwaarde betekenen voor de hulpverlening. Samenwerking tussen hulpverleners onderling en mantelzorg moet optimaal kunnen verlopen. Ook mantelzorg is een gebruiker.

Om die reden hebben we een eenvoudige en transparante structuur nodig. Er mogen geen overlappingen zijn, en zo weinig mogelijk supplementaire belasting. Ze moet een neutraal pluralistisch karakter hebben waarin de partners gelijkwaardig zijn en de mogelijkheid krijgen tot nascholing, creativiteit en flexibiliteit.

De meeste SIT's zijn op dit ogenblik verenigd in een overkoepelend SIT. Daaronder zitten kleinere deelsIT's waardoor de zorgverstrekking praktisch georganiseerd wordt : dit is het uitvoerende niveau. Deze deelsIT's (huidige zorgregio's avant la lettre) werken samen met de administratieve overkoepeling. Het is duidelijk dat overleg met bijvoorbeeld netwerken op dit ogenblik beter lukt via de koepel dan met de aparte deelsIT's, wegens gebrek aan man/vrouw power. Dat betekent niet dat de coördinatoren van de netwerken niet bereid zouden zijn naar de deelsIT's te gaan. Een voorwaarde is wel dat die beter gestructureerd zijn en dat ze in staat zijn om overleg te voeren met de netwerken.

Er zijn netwerken rond palliatieve zorg, rond psychiatrische patiënten in de thuiszorg, rond kansarmoede en rond gezondheidspromotie en preventie. VELO meent dat het aantal netwerken niet onbegrensd kan zijn. Het is niet de bedoeling voor elke aandoening een nieuw netwerk te creëren. Het is niet aangewezen om voor elk domein een netwerk uit te bouwen omdat er maar één thuiszorg is. De thuiszorg is een vorm van integrale zorgverlening. Men kan dit niet indelen in gespecialiseerde vakgebiedjes. Via de VZW GDT of de koepelorganisatie zou er een lokaal aanbod moeten kunnen worden uitgebouwd naargelang de noden.

We hebben een visie op de wenselijke evolutie van de zorgregio's, het samenwerkingsverband voor de eerste lijn, in een GDT. De deelsIT's zoals ze in het zorgdecreet zijn vastgesteld, zijn een te klein niveau en zouden daarom moeten kunnen samenwerken met een GDT. Het probleem is dat er minder GDT's zijn dan SEL's. Meerdere SEL's zouden dus moeten kunnen samenwerken.

Uit het overleg met vertegenwoordigers van het kabinet heb ik begrepen dat het beter zou zijn dat er SEL's samensmelten en één GDT vormen in de

regio. Om dit te kunnen realiseren dient men het kleinste niveau van de zorgregio pragmatisch te benaderen.

Het beheer van de GDT, dus de SEL-GDT als één geheel, kan gebeuren in een algemene vergadering die is samengesteld volgens bepaalde sleutels, met een dagelijks bestuur, waarbij een coördinator de beslissingen van het dagelijks bestuur ten uitvoer brengt voor de SEL zelf en voor de netwerken.

De opdrachten zijn : de goedkeuring van het gevoerde beleid, de verdeling van de middelen, de vrijgave van geregistreerde gegevens, het opstellen van de beleidsprincipes, de verspreiding van informatie en dergelijke meer.

Hoe zien we dan de patiëntenstromen in de zorgregio ? De meeste patiënten vinden hun weg naar de reguliere zorgverlening op basis van het principe van de vrije keuze. Sommigen vinden echter niet de weg naar de zorg die ze nodig hebben. Zij zouden moeten kunnen aankloppen bij de SEL-coördinator of SEL-ombudsman of bij een ander contactpunt gesitueerd bijvoorbeeld in de onderscheiden OCMW's in één SEL.

De zorgverleners kunnen rekenen op de VZW GDT voor de onderlinge afstemming en voor de ondersteuning. Deze VZW zal kunnen ondersteund worden door de nieuwe nomenclatuur die op federaal niveau wordt uitgewerkt voor de honorering van de samenwerking rond de patiënt en voor de evaluatie van de zelfredzaamheid.

Het is logisch dat ook het bestuur en de SEL-ombudsman(nen)/vrouw(en) contacten onderhouden om ideeën uit te wisselen en om de zorg goed af te stemmen. Als de patiënt behoefte heeft aan de ondersteuning van een netwerk, dan kan daarvoor gezorgd worden, maar, nogmaals, er mag geen onbeperkt aantal netwerken ontstaan.

Mevrouw Marleen Haems : Ik wil de commissieleden danken omdat ik hier de gelegenheid heb gekregen om toe te lichten hoe we de groei van het voorliggende ontwerp van decreet hebben gevolgd en hoe we daarover hebben overlegd binnen VELO. VELO staat achter dit systeem, maar meent dat een en ander nog wat kan worden bijgeschaafd.

VELO heeft als leden de zorgdisciplines, een aantal mutualiteiten, Kind en Gezin, en een groot aantal SIT's. Het is een goed kader om de dingen te zien groeien en om overleg te plegen. Veel van onze aanvankelijke bezwaren zijn intussen wegge-

vallen. Ik zal het alleen hebben over de conclusies die nu nog relevant zijn.

Een van de grote bekommernissen van VELO is dat men de goede dingen die nu al bestaan, zou bestendigen. Het opstarten van de SIT's verliep moeizaam en zelfs nu nog zijn er zwarte vlekken. Het is niet makkelijk om én pluralistisch én multidisciplinair te werken én om tegelijkertijd kleine en grote organisaties en individuele zorgverleners samen te brengen. In sommige SIT's verloopt niet alles naar wens, maar dat neemt niet weg dat ze een grote toegevoegde waarde hebben.

Dat een dergelijke samenwerking niet evident is, blijkt uit het feit – zoals ieder van ons weet – dat het soms zelfs moeilijk is om de zorgverstrekkers binnen één zorgdiscipline te laten samenwerken, bijvoorbeeld om een wachtdienst te organiseren. We vragen dus respect voor de geleverde inspanningen. Men mag het bestaande niet van tafel vegen omdat er op een bepaald niveau misschien andere prioriteiten zijn. Ik stel vast dat de multidisciplinaire samenwerking ontstaan is waar de behoefte het grootst is en VELO wenst dat de positieve meerwaarde ook wordt gerespecteerd.

Ik wil pleiten voor soepelheid in die regio's waar men problemen kan voorzien. Daardoor dreigt men wel het signaal te geven dat uitzonderingen mogelijk zijn. Maar tevens zal men door op deze vraag naar soepelheid in te gaan, misschien verkrijgen dat ook die zorgverstrekkers in die regio's zich achter het principe van de zorgregio-indeling en achter het voorliggende ontwerp van decreet scharen. Dat zou een grote stap voorwaarts zijn.

De subniveaus van de eerste orde zijn een zeer kleinschalige indeling. Indien men ook daar voorziet in een administratieve en een beheersfunctie, dan zal het moeilijk zijn om voldoende afgevaardigden te vinden voor de beheersstructuren. Het gaat hier immers om zorgverstrekkers. Hun eerste engagement is de patiënt. Ze zijn bereid tot samenwerking, maar men moet van hen geen grote inzet vragen voor administratieve of beheersfuncties. Daarvoor ontbreken gewoon de mogelijkheden zoals bijvoorbeeld tijd.

Daarom stellen we voor om van de SEL's een iets grotere structuur te maken. Dat kan bijvoorbeeld door een aantal subniveaus van de eerste orde samen te voegen. Daarvoor moet men het plan-Van Hecke nog niet verlaten.

Men moet erover waken dat een overmatige structurerende zorg voor de patiënt niet in gevaar brengt. Het is niet de bedoeling dat de SEL's zo dicht mogelijk bij de patiënt staan. De SEL's moeten de zorgverstrekkers ondersteunen en samenbrengen voor de onderlinge afstemming van de zorg. In functie daarvan is de kleinschaligheid eerder een nadeel dan een voordeel.

Men krijgt wel eens de indruk dat de privé-initiatieven worden afgeremd door de nieuwe initiatieven. Dat is minder het geval voor de zorgregio-indeling als voor het zorgdecreet dat in wording is. Men moet voorkomen dat goed lopende privé-initiatieven zouden moeten wijken, door de normen binnen het decreet dermate streng en gericht op grote organisaties op te stellen.

In het zorgdecreet wordt herhaaldelijk gesteld dat het SEL een bewakingsfunctie zou moeten hebben. Het moet waken over de permanenties, waken over het naleven van de procedures voor de evaluatie van het zelfvermogen, waken over de toegankelijkheid voor vrijwilligers en gebruikers, enz. De twee laatste opdrachten zijn volgens ons geen probleem. De opdracht om de permanenties te bewaken dreigt echter felle reacties uit te roepen. Wij menen dat het SEL eerder een stimulerende dan een controlerende functie moet hebben. Om maar één voorbeeld te noemen, huisartsen zullen zich nooit laten controleren door een SEL. Dit geldt ook voor andere disciplines.

VELO heeft het moeilijk met de mogelijkheid om bijkomende diensten van maatschappelijk welzijn te creëren in het kader van de ziekenfondsen. Dat komt over als een vorm van positieve discriminatie.

Wij menen niet dat de ziekenfondsen geen maatschappelijk werk mogen doen, integendeel. We vinden het positief. En we vinden het ook positief dat dit gekoppeld wordt aan een territoriale benadering. Het toekennen van deze opdracht aan de ziekenfondsen is echter een andere zaak, want daarvoor worden de privé-initiatieven achteruitgesteld, ook als ze goed werk leveren. VELO zou het meer appreciëren indien dit naast de bestaande andere initiatieven kon, en indien de normen en voorwaarden zouden zijn geschoeid op grote organisaties.

Bij de implementatie moet men de nodige tijd voorzien om alle regio's de kans te geven om zich aan te passen. Uit een enquête bij de VELO-leden is gebleken dat een periode van dertien maanden wordt beschouwd als het allerstriktste minimum. Wij denken zelfs dat dit nog een onderschatting is.

Daarom stellen we een stapsgewijze implementatie voor met incentives voor elk gerealiseerd deel.

De organisatie van de eerste lijn moet in overleg met die eerste lijn gebeuren. Een organisatie om en rond verzorgingsinstellingen is hier volgens ons niet relevant. Als binnen de eerste lijn een goede regeling en samenwerking bestaat, is het moment aangebroken om met de tweede lijn te overleggen om bruggen tussen de twee structureel vast te leggen. Er werd al veel tijd gestoken in het structuren van het transmurale overleg. Ik zou vragen om het eenvoudig te houden : als de eerste en de tweede lijn zelf elk goed gestructureerd zijn, kunnen ze als volwaardige partners aan tafel gaan zitten om over het scharnierstuk tussen beide te praten.

Tot slot wil ik er graag nog eens voor waarschuwen dat we ons moeten hoeden voor een te grote structurering en planning, omdat dit de creativiteit in de weg kan staan.

De heer Ivan Bertels : VELO is van mening dat de eerste lijn aan herwaardering toe is. Sommigen zijn dit idee gunstig gezind, anderen weer niet. Minister Vogels en haar medewerkers hebben een poging gedaan om met de nieuw op te richten zorgregio's, samen met het eerstelijnsdecreet, aan de eerste lijn het kader te geven dat noodzakelijk is voor een meer structurele ondersteuning van de zorgverleners en welzijnswerkers.

Ik wil dit benadrukken, om te vermijden dat het kind met het badwater wordt weggegooid. Het is niet overal kommer en kwel. Op sommige plaatsen hebben zorgregio's inderdaad voor kopzorgen gezorgd, maar VELO bepleit een pragmatische benadering van de lokale kleinste niveaus in deze opdeling. Dit betekent niet dat de studie van professor Van Hecke onvoldoende onderbouwd zou zijn, vooral niet wat de grotere entiteiten betreft. Soms ligt de logica om een klein hoekje.

Nog steeds zijn organisaties erop uit dat deel van de sector waarin ze uitblinken, een hoofdrol te laten spelen. Dit doet afbreuk aan de autonomie van de andere medespelers en zet de deur open voor politieke profilering. VELO wenst erover te waken dat niet eender wie zijn stempel kan drukken op de lokale organisatie van de eerste lijn. Ik geef een voorbeeld. Een OCMW zou kunnen besluiten dat de coördinatie van de zorg uitsluitend via hun medewerkers dient te verlopen. Waar blijft dan de vrije keuze van de patiënt ? Waarom zou een patiënt zijn zorg niet zelf kunnen beheren ? Slechts een beperkt aantal zorgbehoevenden zijn niet in staat de nodige zelfredzaamheid aan de dag

te leggen om te bepalen wat ze al dan niet willen. Moeten al die anderen dan ook worden gecoördineerd ?

De programmering van de ziekenhuizen is inderdaad historisch gegroeid. Maar moet die historische expansiepolitiek uit het verleden worden bestendig ? Moeten al die middelen sowieso worden voorbehouden voor een sector die uit de pan geswingd is door de medische hightech ? Is het niet beter ervan uit te gaan dat ziekte niet de norm is ?

Bedenk wat je zelf zou willen als je later niet meer zou beschikken over voldoende fysieke en/of psychische mogelijkheden om voor jezelf op te komen. Opteer je voor zorg in je vertrouwde omgeving door vertrouwde figuren, of laat je zorg aanrukken uit een of andere organisatie ?

2.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van de heer Ivan Bertels en mevrouw Marleen Haems

Mevrouw Ingrid van Kessel : De SIT's vrezen dat hun goede werking kan worden doorkruist door de nieuwe zorgregio-indeling. Is het juist dat VELO in het begin wel bezwaren had, maar dat deze zijn weggeëbd ? De sprekers zouden achter de indeling van professor Van Hecke staan, op voorwaarde dat deze soepel wordt gehanteerd. Wat betekent dit in de praktijk voor de regio's waarvan de indeling niet overeenkomt met de gepresenteerde indeling ?

Niet alleen de gebruiker moet zich kunnen terugvinden in de zorgregioafbakening, maar ook de hulpverleners. Professor Van Hecke heeft in zeer grote mate rekening gehouden met de consumentenstromen, terwijl deze niet altijd overeenstemmen met de huidige organisatie door de hulpverleners. Vinden de hulpverleners zich hierin terug ?

VELO vindt het een goed idee om een aantal SIT's samen te voegen, zodat de SEL-indeling en de GDT's op elkaar geplakt worden. Is dat juist ?

Mevrouw Marleen Haems : Er zijn inderdaad een aantal probleemgebieden. Misschien is het gevaarlijk om expliciet in de mogelijkheid van uitzonderingen te voorzien, maar ik vraag me toch af of we niet in die richting moeten denken. We moeten zoeken naar een compromis, zodat het ontstaan van nieuwe zwarte vlekken door het wegvegen van een goede bestaande samenwerking kan worden vermeden. Binnen VELO werden hierover heel wat debatten gevoerd. In het begin waren er mis-

schien wel onder meer vragen over de wetenschappelijke achtergrond van de voorstellen, maar de meesten zijn duidelijk vragende partij voor een structurering. Ik zou ervoor willen pleiten om een oplossing proberen te vinden voor die moeilijke gebieden waarin zowel de overheid als het werkveld zich kunnen vinden.

Een patiënt zal niet makkelijk contact opnemen met de SEL-coördinator om zijn zorgbehoeften te regelen, maar de coördinator kan wel belangrijk werk leveren voor een apotheker, huisarts of verpleegkundige. Hij kan hen taken uit handen nemen, overleg organiseren tussen de disciplines, teamoverleg over de patiënt regelen, zorgen voor opleiding. Het is inderdaad belangrijk dat de zorgverlener zich hierin thuis voelt. We moeten er in die moeilijke regio's voor proberen te zorgen dat de hulpverleners gemotiveerd zijn, met elkaar overleggen en meewerken.

Voor het subniveau eerste orde, de kleine gemeenten, is het niet altijd eenvoudig om mensen af te vaardigen naar verschillende organen. Daarom pleit VELO ervoor niet te klein structureel te werken. Te grote structuren zijn natuurlijk ook niet goed. Ik pleit dus zeker niet voor het bijengooien van de SEL's van een hele provincie. Laten we zoeken naar een tussenoplossing.

Mevrouw Ingrid van Kessel : En het samenvoegen van de SEL's en de GDT's ?

Mevrouw Marleen Haems : We moeten vermijden te veel structuren te krijgen.

De heer Jan Van Duppen : In welke regio's zijn de problemen het grootst ?

Ik had begrepen dat het zinvol zou zijn om alle zorgverstrekkers op het veld te coördineren, zodat een optimale omkadering kan worden uitgebouwd, dit met het oog op het belang van de patiënt.

Nu hoor ik hier pleiten om de privé-initiatieven eruit te houden. Maar stel dat een huisarts op grote schaal aan liposuctie wil doen ? Hoe kan men zonder omkadering een deftige structuur uitwerken ?

De heer Ivan Bertels : Ik ken persoonlijk geen huisartsen die liposuctie uitvoeren, ik lees daar ook maar over in de krant. Die patiënt heeft hem blijkbaar toch gevonden. Hoe verklaar je dat dan ? Zorgverleners moeten de mensen inderdaad informatie kunnen geven zodat ze niet op een dwaalspoor geraken.

We weten intussen allemaal dat er in de marge van de gezondheidszorgen heel wat dilettanten rondlopen, waarop de mensen graag een beroep doen. Dat is een moeilijke denkoefening. Ik weet niet of dit een antwoord is op uw vraag over de structurering van zorg voor mensen die nog zelfredzaam zijn. De SEL's zijn er voor de mensen die hun zelfredzaamheid hebben verloren, een minderheid van de patiënten. De anderen kunnen zelf nog hun zorg zoeken. Als zij dat willen, zoeken zij desnoods tot in Amerika.

De heer Jan Van Duppen : Uw opmerking is terecht, maar de groepen die we uitsluiten hebben bij problemen een kleinere kans op een optimale omkadering.

De heer Ivan Bertels : Wie sluiten wij uit ?

De heer Jan Van Duppen : Als private zorgverstrekkers niet de kans krijgen in het systeem te stappen, krijgen we op termijn problemen.

De heer Ivan Bertels : Iedereen kan aansluiten bij het initiatief, maar op vrije basis.

De heer Jan Van Duppen : De overheid werkt nu al een programmatie uit voor apothekers en ziekenhuizen. Deze programmaties functioneren niet zonder structuur en duidelijke lijnen.

De heer Ivan Bertels : U wilt zones creëren waarbinnen de hulpverleners samen moeten nadenken over alle aspecten van de zorg.

De heer Jan Van Duppen : U zou dat liever vrij laten.

De heer Ivan Bertels : Wie zijn zelfredzaamheid verloren is, doet op ons een beroep om een deel van zijn vrijheid terug te winnen. Moeten wij de vrijheid van de hulpverleners die daaraan kunnen meewerken, afnemen ?

De heer Jan Van Duppen : Zopas zegde u dat wachtdiensten organiseren vaak heel moeilijk is omdat het evenwicht zo broos is. Maar daar zijn toch een aantal normen voor.

Mevrouw Marleen Haems : Wanneer wij zeggen dat het private initiatief wordt belemmerd, hebben we het niet over de individuele huisarts of apotheker, maar wel over het volgende. Een aantal goedwerkende private initiatieven horen niet bij een ziekenfonds en zijn ontstaan uit een samenwerkingsverband tussen bijvoorbeeld zelfstandige verpleegkundigen. Dergelijke initiatieven zullen ten

onder gaan als heel strikte normen en grootschaligheid vereist wordt. Thuiszorg-Familiezorg West-Vlaanderen is een onafhankelijke organisatie die goed werk verricht op heel wat terreinen waaronder ook ergotherapie. Maar onder het voorliggende ontwerp van decreet zal dat niet zo makkelijk meer zijn. Hoe meer normen gebaseerd zijn op ziekenfondsen en OCMW's, hoe minder deze organisaties aan bod zullen komen.

Mensen laten samenwerken is nooit eenvoudig. Wij moeten als facilitator werken. De wachtdienst voor apothekers werkt 7 dagen op 7 en 24 uur op 24 over heel België. Aan de bestaande wachtkernen en samenwerkingsverbanden die geografisch vaak grillig zijn, kunnen we beter zo weinig mogelijk raken.

We moeten het bestaande zo veel mogelijk respecteren. Normen zijn uiteraard nodig en iedereen zal zich wat moeten aanpassen, maar we mogen geen natuurlijke en goed werkende samenwerkingsverbanden verstoren.

De moeilijke gebieden worden opgesomd in de memorie van toelichting. Het zijn er maar achttien en daarom vind ik het de moeite om voor uitzonderingsmaatregelen te zorgen. In het vorige regio-decreet waren zelfs de kleinste grenswijzigingen onmogelijk. Ik denk dat deze fase voorbij is.

De heer Jan Van Duppen : Komen de opgesomde probleemgebieden overeen met uw eigen vaststellingen ?

Mevrouw Marleen Haems : Jawel. De eigen verenigingen, de huisartsen, de apothekers, enzovoort zullen zich allemaal moeten aanpassen, maar ook van hen mogen we enig pragmatisme verwachten.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : In deze hoorzitting over de zorgregio's hoor ik ook heel wat opmerkingen over het eerstelijnsdecreet en het zorgdecreet. Er is uiteraard een samenhang.

Mevrouw Marleen Haems : Dat doen we omdat de zaken niet los van elkaar staan.

De voorzitter : Ook dit ontwerp van decreet bevat een aantal bepalingen die nog nader omschreven moeten worden. Het is volkomen terecht om verder te kijken.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Het ontwerp van decreet geeft een ongewoon grote volmacht aan de Vlaamse regering. Er is bijvoorbeeld nog

geen zekerheid over de precieze afbakening. Dit ontwerp zal ongetwijfeld leiden tot nieuwe regels. Zijn we eigenlijk wel in staat om alles nu al te beoordelen ?

In de ontwerptekst staat dat de Vlaamse regering de samenwerking kan organiseren. De Vlaamse regering kan ook programmeren en criteria opleggen per sector. De Vlaamse regering houdt voorts rekening met de bereikbaarheid van de cliënt. Maar wat zijn de andere factoren waarmee de Vlaamse regering rekening zal houden ?

Elk decreet bevat dwingende bepalingen die maar gewijzigd kunnen worden door een ander decreet. Hoe kunnen we soepel omspringen met de dwingende regioafbakening, zelfs al zijn er zogezegd maar acht probleemgebieden ?

Hoe moeten we het ontwerp veranderen om het pragmatisch te kunnen toepassen ? Welke garanties en beperkingen moeten we eraan toevoegen ? Het ontwerp garandeert in zijn huidige vorm het vrije initiatief niet. Eenmaal het Vlaams Parlement het ontwerp heeft goedgekeurd, doet de Vlaamse regering ermee wat ze zelf wil.

Mevrouw Ingrid van Kessel : De memorie van toelichting bevat inderdaad een lijst van gemeenten die buiten de provinciegrens ingedeeld worden. Maar Welzijnszorg Kempen laat mij in een brief weten dat zij ten onrechte niet voorkomen op deze lijst. Welzijnszorg Kempen vertegenwoordigt 27 OCMW's. De toekomstige afbakening hypothekeert de langzaam opgebouwde samenwerking tussen alle betrokkenen. Hoe ver reikt de pragmatische en soepele toepassing van de afbakeningsnormen ?

De heer Ivan Bertels : We mogen er zeker niet van uitgaan dat de huidige regeling overal goed functioneert. De SEL's kunnen erover waken dat bepaalde regeringsinitiatieven niet zomaar opgelegd kunnen worden. Als de verschillende organisaties regionaal overleg zouden plegen, vormen ze niet langer een minderheid. Door dat overleg kunnen bepaalde initiatieven in een bepaalde richting gestuurd worden.

Mevrouw Sonja Becq : Dit ontwerp van decreet legt samenwerking op maar stipuleert daarvoor geen criteria. U gaat akkoord met de opgelegde samenwerking maar pleit tegelijkertijd voor ruimte in bepaalde gevallen.

Zegt u nu dat er geen programmering kan opgelegd worden, tenzij iedereen daarmee instemt ? Dat staat niet in het ontwerp van decreet.

De heer Ivan Bertels : Samenwerking kan opgelegd worden in een bepaalde regio.

Mevrouw Sonja Becq : Wie bepaalt dan wat al dan niet een probleemgebied is, op grond van welke criteria ? Ook hierover zegt het ontwerp van decreet niets.

De heer Ivan Bertels : Probleemgebieden zijn er omdat men historisch gegroeide samenwerkingsverbanden probeert te behouden uit vrees voor het onbekende. Maar het onbekende is niet noodzakelijk slecht.

Mevrouw Sonja Becq : Wat zegt u dan aan de SIT's ?

De voorzitter : Zo meteen zullen nog twee sprekers puur op het territoriale aspect ingaan. Er is enerzijds het territoriale en er is anderzijds de vraag wat men binnen die territoria gaat doen. Daar legt het ontwerp van decreet samenwerking en programmering op.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Het hele decreet is een afbakening van zorgregio's : het is een territoriaal decreet.

De voorzitter : Het is meer dan dat.

Mevrouw Marleen Haems : Zou het niet mogelijk zijn dat in artikel 3 wordt gestipuleerd dat, bij wijze van uitzondering en mits voldoende motivatie, rekening moet gehouden worden met bestaande situaties ?

Mevrouw Ingrid van Kessel : In de praktijk zal u geconfronteerd worden met modellen die haaks staan op de realiteit.

Mevrouw Marleen Haems : In de adviezen, onder meer van de SERV, stuurt men toch ook aan op overleg met de bestaande structuren.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Het zou een domme politieke actie zijn om goede samenwerkingsverbanden zomaar overboord te gooien. Dit ontwerp van decreet is enkel een model.

De sprekers staan achter het concept maar stellen dat er in het toedelen van de regio's mogelijk keuzes gemaakt zijn die moeten herbekeken worden.

Mevrouw Marleen Haems : Ofwel moet men opteren voor het model-Van Hecke met het voorzien van uitzonderingsmogelijkheden.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Dan moet dit in elk geval verankerd worden in het decreet.

De voorzitter : Dat is de vraag. De sprekers staan achter het concept maar waarschuwen dat er een aantal problemen op til zijn en vragen of daarvoor binnen het ontwerp van decreet een oplossing kan gevonden worden. Maar dat is voorwerp van onze parlementaire bespreking achteraf. We laten nu eerst nog de meer territoriale partners aan het woord.

3.1. Toelichting door mevrouw Monica De Coninck, voorzitter afdeling OCMW's, Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) en de heer Kris De Koker, stafmedewerker ouderenbeleid

Mevrouw Monica De Coninck : De VVSG is van mening dat de idee van zorgregio's op zich zinvol is en bewaard mag blijven. Het kan enkel de transparantie ten goede komen. Dit decreet is slechts een instrument dat moet passen in een totaalvisie op zorg. Er is zijn nog andere decreten op komst, onder meer dat over het lokaal sociaal beleid. We moeten nagaan hoe dit instrument daarbinnen kan passen. De vergrijzing die zich aandient, is beleidsmatig een zwaar onderschat probleem waar we ons ernstig moeten op voorbereiden als we vraaggericht willen werken.

Toch heeft de VVSG een aantal bedenkingen bij dit ontwerp van decreet. Het is uitsluitend op basis van wetenschappelijk onderzoek tot stand gekomen. Dat moet getoetst worden aan de realiteit. De gehanteerde criteria slaan immers vooral op onderwijs-, consumenten- en ziekenhuisstromen en zijn niet altijd zo relevant voor de vraag naar zorg.

Er bestaan nogal wat samenwerkingsinitiatieven rond thuiszorg, er is lokaal gezondheidsoverleg, maar er is ook samenwerking inzake het sociale verhuurkantoor of de werkwinkel, die lokaal is ontstaan en die haar vruchten begint af te werpen. De manier waarop de zorgregio's worden ingedeeld, kan die dynamiek doorkruisen. Het ideale scenario tot decreet maken, beperkt het vrij initiatief ernstig. Als men de indeling in zorgregio's van bovenaf oplegt, bestaat het gevaar dat bestaande initiatieven van intergemeentelijke samenwerking vastlopen. Verschillende beleidsdomeinen maken gebruik van een indeling in regio's maar die regio's

worden, over de sectoren heen, niet eenvormig afgebakend. Dat wil de VVSG veranderd zien. De zorgregio's moeten niet enkel bepaald worden voor de welzijnsmateries maar voor alle bevoegdheden van de Vlaamse regering. Er zijn bijvoorbeeld ook samenwerkingsinitiatieven voor politie, brandweer, sociaal verhuurkantoor, werkwinkels en PWA's.

We pleiten ook voor een ingroeiscenario. Daar waar eventueel niet meer kan aangepast worden aan de realiteit en men naar nieuwe indelingen wil gaan, zou het niet onbelangrijk zijn om met een timing en een aantal incentives mensen te stimuleren om naar andere samenwerkingsnetwerken te evolueren. Tot slot zullen, in het kader van het decreet lokaal sociaal beleid, vooral de lokale besturen de regie- en coördinatiefunctie moeten opnemen. Dat wil niet zegen dat het spontane lokale initiatief moet teniet gedaan worden. Alleen moet wildgroei vermeden worden.

De heer Kris De Koker : In artikel drie van het ontwerp zien we dat er ook een programmacijfer gehanteerd wordt. Dit is natuurlijk onontbeerlijk, maar wij vragen dit op kleine schaal, dus op gemeentelijk niveau te blijven bekijken en het niet over te hevelen naar de regio's. Wij stellen ons ook de vraag of de huidige programmatienormen blijven gelden : het gevaar bestaat immers dat het ontwerpdecreet huidige betoelagingsdossiers zal door kruisen. Wat zal bijvoorbeeld gebeuren met de toegewezen maar opgeschorte erkenningen om uit te breiden ? Wat gebeurt er als een instelling ineens in een andere regio onderverdeeld wordt waar de programmatienorm reeds volzet is ?

In dit voorontwerp wordt samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgafstemming op de eerste lijn gereguleerd en afgestemd per zorgregio. Deze regio's vallen niet samen met de huidige SIT's. De SIT's zullen op basis van de zorgregio's omgedoopt worden tot SEL's. Er zouden 109 regio's zijn, die gebruikt worden voor de indeling van SEL's en 85 GDT's. Om overeenstemming te verkrijgen in aantal van beide overlegstructuren, zullen dus een aantal zorgregio's bij elkaar genomen worden. Het invoeren van zorgregio's betekent dus alleszins geen vereenvoudiging.

Naar ons gevoel werd er bij dit ontwerp niet genoeg gekeken naar reeds bestaande samenwerkingsinitiatieven. Bovendien maakt men niet genoeg gebruik van de krachten op het veld, maar legt men die eerder aan banden.

Samenwerking over provinciegrenzen heen is niet vanzelfsprekend. Ze zal tot problemen leiden op het vlak van het toezicht en de stimuli vanuit het provinciaal beleid. De zorgregio's waar faciliteitengemeenten in liggen, zullen ook te kampen krijgen met moeilijkheden, omdat er verschillende wetgevingen gelden.

Nieuwe samenwerkingsinitiatieven op het vlak van de zorgregio's kunnen natuurlijk wel, maar men moet ervoor opletten dat de oudere, vaak goede initiatieven niet zonder meer afgevoerd worden : dit is een enorm energieverlies.

Een aantal SIT's hebben hun bekommernissen kenbaar gemaakt omwille van het feit dat zij praktische bezwaren hebben bij hun indeling bij een bepaalde regio. Daar kunnen een groot aantal redenen voor zijn : gewoonte, vroegere andere vruchtbare samenwerkingen, provinciegrenzen, natuurlijke barrières, mengeling van faciliteiten- en niet-faciliteitengemeenten, organisatie van het openbaar vervoer, enz.

Hieruit blijkt dat er naast een aantal algemene bezwaren ook praktische bezwaren de uitvoering van het decreet in de weg staan.

3.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van mevrouw Monica De Coninck en de heer Kris De Koker

Mevrouw Ingrid van Kessel : U spitst zich in uw visie vooral toe op de organisatie van de eerste lijnszorg en op de implementatie. Maar in het ontwerp komt bijvoorbeeld ook de organisatie van ziekenhuizen aan bod. Het decreet heeft dus een zeer ruim toepassingsgebied. Hoe ziet u dat ? Als we de toepassing van het decreet zo ver zouden laten gaan dat we ook de ziekenhuizen en de ouderenvoorzieningen zouden gaan programmeren, wat kan, lijkt het me een zeer verregaande stap om dit aan het lokale niveau over te laten.

Mevrouw Monica De Coninck : Een programmatie is uiteraard wenselijk, maar slechts als men in kaart kan brengen wat de behoeften zijn, en daaruit besloten wordt wat opgebouwd en wat afgebroken zal worden. Daarvoor is het heel nuttig regio's af te bakenen, en is het zeer belangrijk vast te leggen wie wat wanneer bepaalt. Kijken we bijvoorbeeld naar de ziekenhuizen, zien we dat daar goede initiatieven genomen worden, en dat daar discussies aan de gang zijn. Bij het opstellen van een zorgstra-

tegisch plan zijn wij zeker bereid, zoals de overheid het adviseert, tot samenwerking en afspraken met alle actoren. Wij hebben echter moeten vaststellen dat dat niet werkt. Tot tweemaal toe organiseerden wij een grootschalig overleg waar niemand op af kwam : er was geen interesse. Ten slotte namen we dus initiatieven op eigen houtje, maar dat is risikant. Als er een kader zou zijn waarin de overheid bepaalt voor de regio hoeveel bedden er mogen zijn en wie de actoren zijn, is dat zeker werkbaar, op voorwaarde dat alle processen zorgvuldig begeleid en geëvalueerd worden, zodat er sprake kan zijn van een win-win-situatie voor alle actoren.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Mevrouw De Coninck benadrukte het belang van samenspraak tussen de betrokken actoren. Moet dat overleg sectoraal of territoriaal worden georganiseerd ? In dit ontwerp van decreet lijkt de sector op het eerste gezicht geen bepalend element te zijn, maar misschien zal dat in het besluit wel aan bod komen. Blijkbaar is het de bedoeling dat men zich houdt aan de territoriale indeling.

Moet de mogelijkheid van een gedifferentieerde regionale indeling in functie van de subsectoren worden opgenomen in het decreet ? Moeten gezondheid en welzijn gelijk behandeld worden, of moeten ze een gedifferentieerde structuur hebben die in het decreet kan verankerd worden ?

Mevrouw Monica De Coninck : De territorialiteit is selectief. De houding van de zorgvrager is afhankelijk van het probleem waarmee hij wordt geconfronteerd. Voor een zware behandeling van kanker speelt de territorialiteit minder, al is het voor een kansarm gezin met een kind met kanker natuurlijk niet evident om iedere dag een verplaatsing te doen van 70 kilometer. Voor de meeste mensen is de afstand in een dergelijk geval echter minder relevant. Het aanbod voor de derde lijn moet daarom regionaal verzorgd worden. Voor poetshulp, thuis-hulp of voor een huisarts speelt de afstand wel een belangrijke rol.

Als ik het bekijk vanuit klantenperspectief, dan geloof ik erg in zorgtrajecten waarbij er in verschillende fasen wordt gewerkt. Het is echter niet makkelijk de zorgverleners te doen samenwerken. Dat heeft ook te maken met de financiële kant van de zaak, een factor die nooit wordt besproken omdat hij niet aanvaardbaar is.

Onze maatschappij wordt steeds complexer. Dat geldt ook voor de netwerken voor zorgvragen, ook al omdat men steeds meer kwaliteitseisen stelt. Hier geldt de wet van de afnemende meerwaarde.

Vanaf een bepaald ogenblik moet men steeds meer investeren om de kwaliteit nog iets verder op te drijven. De cruciale vraag is hoever men daarin moet gaan. We evolueren naar een maatschappij met een beperkte werkende bevolking. Er is veel goede wil, maar er zal wel een grens zijn, zeker op de eerste lijn.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Moet de decreetgever garanties inbouwen om een grotere afdwingbaarheid en een toetsing achteraf mogelijk te maken ?

Mevrouw Monica De Coninck : Ik ben voorstander van een kaderdecreet dat duidelijkheid schept voor de grote lijnen en maatwerk mogelijk maakt op het terrein. Een decreet dat wordt geschreven voor een grootste gemene deler, werkt vaak niet voor de gevallen die daarvan afwijken. Uiteindelijk is de vrijheid nog steeds relatief, want als het volgende decreet een lokaal sociaal beleidsplan vraagt met de gemeenten, de OCMW's en de private actoren, dan kan men die bepalingen daarin opnemen.

Mevrouw Trees Merckx- Van Goey : Eén doelstelling kan zijn de flexibiliteit lokaal en kort bij de mensen invulbaar te maken. Dit alles beter organiseerbaar maken op Vlaams niveau kan een andere doelstelling zijn. Mevrouw De Coninck kiest voor een invulling op lokaal niveau.

Mevrouw Monica De Coninck : Men kan de zorg-regio's samenbrengen naar een hoger niveau en daar afspraken maken op basis van bestaande evoluties. De uitvoeringsbesluiten die horen bij een kaderdecreet, kunnen makkelijk gewijzigd worden waardoor men flexibeler kan werken. Op dit ogenblik worden er in Antwerpen grote luxe-appartementen gebouwd voor oudere mensen. Dan kan men zich afvragen of men van Antwerpen wel een grote zorgregio moet maken en of men niet veeleer zes zorgregio's nodig heeft om een werking op wijkniveau mogelijk te maken. Ziekenhuisbedden daarentegen worden gebruikt door mensen uit de hele regio. Om deze sector te organiseren moet men wellicht verschillende regio's samenbrengen.

Mevrouw Ingrid van Kessel : U hecht veel belang aan het lokale niveau, maar dit is een superkaderdecreet. Het zou een zeer beperkt decreet kunnen zijn met alleen de afbakening van de zorgverlening op de eerste lijn. Men kan er ook welzijn, de gezondheidssector en de ouderenvoorzieningen in opnemen, waarbij men niet alleen de programmatie, maar ook de samenwerking van hogerhand oplegt.

Het is een illusie te denken dat dit alle sectoren van groot naar klein moet omvatten. Ik ben voorstander van een betrokkenheid van het lokale niveau, maar er zijn grenzen, zeker voor de grote sectoren zoals de ziekenhuizen en de ouderenvoorzieningen.

Mevrouw Monica De Coninck : Welke grenzen ziet u voor de lokale besturen ?

Mevrouw Ingrid van Kessel : We hebben nu al een federale regionale afbakening in de programmatie van de ziekenhuizen. Daarbovenop komen de normen van het Vlaamse niveau die andere zorgregio's hanteert. Nu spreekt u van het samenvoegen van de zorgregio's op lokaal niveau. Ik denk dat we de implicaties van dit alles onderschatten.

Mevrouw Monica De Coninck : Ik denk dat u me verkeerd begrepen hebt. Ik zou de zorgregio's niet samenvoegen. Dit decreet is echter geen doelstelling op zich. Het is een instrument om een aantal organisatorische doelstellingen inzake gezondheidszorg te realiseren. Ik vind het evident dat de lokale overheid daarbij betrokken wordt.

De voorzitter : Zopas hebt u toch gezegd dat de programmatie op Vlaams niveau zou moeten worden georganiseerd.

Mevrouw Monica De Coninck : Dat moet gebeuren in samenspraak. Men kan een overleg organiseren tussen de Vlaamse overheid aan de ene kant en een groep van twaalf zorgregio's aan de andere kant.

De heer Felix Strackx : Ik vraag me af of we hier in debat moeten gaan met mensen die uitgenodigd worden voor een hoorzitting.

De voorzitter : Het kan niet de bedoeling zijn dat de genodigden alleen hun tekst aflezen. Als we de kans krijgen tot een diepgaander gesprek, dan moeten we daarop ingaan.

Mevrouw Monica De Coninck : Het is belangrijk om eerst de discussie over de grote lijnen te voeren en daarna na te gaan welke decreten we nodig hebben om die algemene principes in de praktijk te brengen. Het probleem met dit ontwerp van decreet is dat er nog veel onduidelijkheid bestaat over de algemene visie.

4.1. Toelichting door de heer Erik Van den Begin, directeur Welzijn en Huisvesting, provinciebestuur Vlaams-Brabant, namens de Vereniging van de Vlaamse Provincies (VVP)

De heer Erik Van den Begin : De vijf Vlaamse provinciebesturen beseffen de noodzaak om te komen tot een meer coherente ordening in de zeer verschillende regionale afbakeningen die nu gehanteerd worden in diverse sectoren. Ook de keuze om van de vraagzijde te vertrekken, is positief.

De provinciebesturen zijn sterk betrokken bij het voorstel van indeling in zorgregio's omdat het hun kerntaken op het vlak van welzijn en gezondheid raakt. Het loslaten van de provinciegrenzen in de afbakening zou voor de provincies grote problemen opleveren bij de uitvoering van die kerntaken. Ik stel vandaag met genoegen vast dat ook de VVSG het overschrijden van de provinciegrenzen niet evident vindt.

Het overleg, de samenwerking en de planning van welzijns- en gezondheidsvoorzieningen zou bovendien niet in optimale omstandigheden gebeuren. Heel wat gemeentebesturen en samenwerkingsverbanden lieten ons weten dat ze betreuren dat de provincies niet gevraagd werden om de indeling van de zorgregio's mee vorm te geven. De provincies zijn namelijk al lang bezig met het ondersteunen van bovenlokale samenwerkingsverbanden.

In het kerntakendebat dat tussen de verschillende bestuursniveaus recent gevoerd werd, werd afgesproken dat de provincies zich op het terrein van welzijn en gezondheid profileren als besturen met een bovenlokale opdracht, die gebiedsgericht en ondersteunend werken. De provincies nemen drie belangrijke functies op, die geconcretiseerd worden in de verschillende sectoren van welzijn en gezondheid.

Een eerste functie is de netwerking. Deze term refereert aan het organiseren van een tafel voor lokale besturen, semi-publieke en private actoren om te komen tot een betere afstemming van vraag en aanbod en het verhogen van de complementariteit tussen de voorzieningen.

Het provinciale niveau is specifiek geschikt om te komen tot een geïntegreerde of intersectorale beleidsuitvoering via het bevorderen van de samen-

werking van verschillende actoren die door hun erkenning of financiering door verschillende overheidsniveaus worden gestuurd. Voorbeelden hiervan zijn het regionale overleg gehandicaptenzorg, de samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg en het regionale welzijnsoverleg.

Een tweede functie is de planning. Vlaanderen en de lokale besturen beogen een optimale planning van het aanbod van voorzieningen en de provincies kunnen hierin een belangrijke ondersteunende rol vervullen. Voor Vlaanderen is die ondersteuning vooral gericht op het aanleveren van gegevens en advies. Voor de lokale besturen staat ook het verhogen van de planningsdeskundigheid centraal. Dit is ook van groot belang bij de implementatie van het kaderdecreet voor het lokale sociale beleid. Een voorbeeld hiervan is de centrale wachtlijstwerking in de gehandicaptenzorg.

Een derde functie is het voeren van een impulsbeleid. Hierdoor dragen de provincies bij tot het ontwikkelen van nieuwe initiatieven en methodieken in functie van de reële noden binnen bepaalde regio's of gebieden. Vanuit de territoriale specificiteit kunnen de provincies inspelen op hiaten in het sociale vangnet, op nieuwe noden en op vernieuwde initiatieven. De provincies profileren zich hier in het bijzonder gebiedsgericht, met oog voor hun verticale signaalfunctie. Voorbeelden hiervan zijn de provinciale steunpunten die de fysieke toegankelijkheid van de publieke infrastructuur willen bevorderen, de meldpunten ouderen(mis)behandeling.

Het spreekt voor zich dat het verder opnemen van de kernfuncties van de provincies bemoeilijkt wordt als het overleg inzake gezondheids- en welzijnsvoorzieningen op een andere regio-omschrijving gebaseerd is dan degene waarmee de provincies nu werken. In het voorstel komen achttien gemeenten voor met een bovenlokale gerichtheid die niet overeenkomt met hun provincie. In de provincie Vlaams-Brabant is dit het geval voor praktisch alle grensgemeenten, namelijk voor dertien gemeenten. Deze gemeenten zouden dan het voorwerp worden van een bovengemeentelijke en interprovinciale samenwerking die door de Vlaamse regering zou worden gestimuleerd.

We vinden dat dit moet kunnen en dat met de provinciegrenzen dynamisch omgesprongen moet kunnen worden, maar als uitgangspunt pleiten we toch voor het respecteren van deze grenzen. Vele gegevensbronnen bijvoorbeeld zijn niet alleen op gemeentelijke, maar ook op provinciale gebiedsomschrijvingen gebaseerd. Ook regelgevingen inzake

het RSV, de mobiliteitsplannen en het cultuurdecreet zijn gebaseerd op een stedelijke hiërarchie en houden wél rekening met de provinciegrenzen.

De indeling van zorgregio's op basis van verplaatsingen ('fluxen') van personen in de studie van professor Van Hecke, is ongetwijfeld zeer zorgvuldig en wetenschappelijk gebeurd. Dit kan evenwel niet als enige bron of criterium worden gebruikt voor de afbakening van zorgregio's. Veel van de fluxen die de basis vormen van deze studie, hebben immers geen relevantie voor de eerste lijn. In de studie weegt de functie medische, maatschappelijke en sociale zorg maar voor een derde door. Daarenboven wordt vastgesteld dat in deze functie geen enkele flux in de eerste lijn gemeten wordt. Ik trek de wetenschappelijkheid van de studie niet in twijfel, maar betwijfel wel of de fluxen die werden gemeten, relevant zijn voor de beleidsdomeinen waarin organisaties en instellingen in de eerste lijn werkzaam zijn.

De studie die de basis vormt van dit ontwerp van decreet, gaat ervan uit dat het logisch is bepaalde infrastructuur in te planten op de plaatsen waar de hoogste bevolkingsaantallen te vinden zijn en waar de verplaatsingen tot het minimum beperkt worden. Dit gaat echter voorbij aan de essentie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het gaat hier niet over zware infrastructuur, maar over organisaties en voorzieningen die juist zo dicht mogelijk moeten worden aangeboden waar de vraag bestaat. Deze vraag is zeer verspreid op het terrein en de onderdelen van de eerste lijn die hieraan tegemoetkomen, zijn dit eveneens. De nodige verplaatsingen zullen meestal in een beperkte straal gebeuren.

Een bijkomend criterium voor de indeling van regio's op basis van socio-economische indicatoren (inkomen, situatie huisvesting, tewerkstelling) en kenmerken (landelijk karakter) is evenzeer te verantwoorden. Dergelijke indeling geeft een zeer concrete basis voor operationele samenwerking. Zo wordt er in de verschillende regio's gewerkt rond ouderenbeleid, vrouwenwerkloosheid, woningcomfort, dit op basis van gemeenschappelijke indicaties in die regio's.

De fluxenstudie werd volgens minister Vogels bewust als enige referentie gebruikt omdat ze de zogenaamde weergave is van de vraag. Dit is zeer betwistbaar. De flux geeft namelijk het gedrag weer op basis van het historisch gegroeide aanbod en niet de voorkeur van mensen. De studie vertrekt weliswaar niet vanuit het bestaande aanbod, maar is er wel de weergave van.

Er wordt in dit ontwerp van decreet geen rekening gehouden met historisch gegroeide en goed werkende structuren. Sommige van deze structuren zijn moeizaam opgebouwd en komen nu pas op kruissnelheid. De structuren zijn organisch gegroeid en werken op veel plaatsen absoluut niet volgens de nu voorgestelde grenzen.

Een groot deel van dit aanbod is uitgegroeid onder impuls van de Vlaamse Gemeenschap zelf. De SIT's, de LOGO's en de dienstencentra werden door de overheid gestimuleerd. De sector heeft met grote inzet van menselijk kapitaal getracht aan de plaatselijke noden te voldoen. Al deze structuren zijn binnen het provinciale territorium georganiseerd, zoals vele anderen. Denk maar aan de palliatieve netwerken, de huisartsenkringen, de GGZ, de CAW, de CLB.

De provinciale overheden ondersteunen deze structuren zowel financieel als logistiek en zorgen voor de coördinatie. Ze hebben impulsen gegeven op plaatsen waar het aanbod onvoldoende bleek te zijn. Ze hebben zich tot doel gesteld de witte vlekken op hun grondgebied in te vullen.

Reeds lang bestaande structuren zullen moeten reorganiseren. Deze verbanden zullen moeten worden doorbroken en andere weer opgebouwd. OCMW's, gemeenten en andere partners zullen moeten samenwerken over de provinciegrenzen heen. In de praktijk zal het verschil in samenwerkingsverbanden en voogdijoverheid zich zeker laten voelen.

Het aantal partners in de samenwerking zal door de overschrijding van de provinciegrenzen sterk uitbreiden. Dit zal het overleg moeilijker maken. Veel organisaties in de welzijns- en gezondheidssector zijn namelijk provinciaal georganiseerd. Wie zal de coördinerende taken op zich nemen voor de grensoverschrijdende organisatie van de zorgregio's?

Er wordt ook niet in een specifieke financiering voorzien voor de uitbouw en ondersteuning van de overlegstructuren. Veel berust op vrijwilligerswerk. Er heerst veel onduidelijkheid en men vreest dat een aantal mensen die nu de structuren bemannen, zullen afhaken.

In de memorie van toelichting wordt het niet respecteren van de provinciegrenzen kracht bijgezet door te verwijzen naar Boortmeerbeek in Vlaams-Brabant, een van de 18 gemeenten die aansluiting moet vinden bij een andere provincie vanwege de invloedssfeer van Mechelen. Herfluxen vindt men

onverantwoord omdat de afstand tot de stad Leuven de herflux verdubbelt. De lokale organisaties en het gemeentebestuur ontkennen met klem dat de natuurlijke invloedssfeer van Mechelen groter zou zijn.

De gemeenteraden van Zemst en Kapelle-op-den Bos, waar de situatie gelijk is, sloten zich daarbij aan. Men is vooral op het arrondissement Leuven gericht. Dat blijkt niet alleen uit het winkelgedrag, maar ook op politieel, administratief, onderwijs, sportief, cultureel en maatschappelijk vlak, naast gezondheids- en welzijnsvlak. Voor gespecialiseerde eerstelijns hulpverlening kunnen de inwoners van Boortmeerbeek terecht in de antennepost Haacht van het CAW-Leuven.

Binnenkort wordt de gemeente Boortmeerbeek overigens overgeheveld van de hulpverleningszone Mechelen naar de hulpverleningszone Leuven. In Haacht komt een voorpost van de Leuvense brandweer en een ziekenwagen die Boortmeerbeek zal bedienen.

Als de afspraak in het kerntakendebat over de rol van de provincies gehonoreerd wordt, dan kan het provinciebestuur een cruciale rol spelen. In de memorie van toelichting staat dat de Vlaamse regering bovengemeentelijke en interprovinciale samenwerking kan induceren in de beleidsdomeinen waar de provincies hun kerntaken vervullen. Dat is een misvatting omdat het juist de kerntaak van de provincie is om in alle beleidsdomeinen netwerkvorming en planning te ondersteunen. De rol van de provincies kan niet beperkt worden tot een of meerdere specifieke initiatieven.

Essentieel is dat we de netwerking en de sociale planning deskundig kunnen steunen. Wij zijn immers al jaren op de verschillende domeinen actief. In de gehandicaptenzorg is de rol van de provincie cruciaal voor de uitbouw van de registratie van de zorgvraag, de zorgbemiddeling en de zorgplanning. Daartoe werden formele afspraken gemaakt met het Vlaams Fonds.

De provincies vormen de ideale schaal en het bestuurlijk draagvlak om de Vlaamse opties, streven naar eenvormige zorgregio's uitgaande van de vraagzijde, gebiedsgericht in te vullen. Wij bieden onze diensten aan om het Vlaamse en ook federale beleid inzake de organisatie van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen op het terrein te helpen implementeren.

Ons inziens zouden de provinciale grenzen ook gerespecteerd moeten worden. Uiteraard moet hier

in de praktijk dynamisch mee omgesprongen worden, wat trouwens nu al gebeurt in het kader van de interprovinciale samenwerking. In het ontwerp van decreet zou de provincie als procesbegeleider kunnen ingeschreven worden zodat een fijnafstemming kan gebeuren van het wetenschappelijk model op de realiteit op het terrein. Bijkomende middelen zijn hiervoor niet nodig.

4.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van de heer Erik Van den Begin

De heer Jan Van Duppen : De heer Van den Begin pleit voor het behoud van de provinciegrenzen. Mag ik daaruit afleiden dat er voor de VVP geen argumenten zijn voor veranderingen ? Uiteindelijk gaat het op lange termijn niet alleen maar over eerstelijnsverleg en thuiszorgnetwerken.

De heer Erik Van den Begin : Veel samenwerkingsverbanden en decreten zijn op de provinciegrenzen gebaseerd. Er zijn overigens geen plannen om die grenzen te hertekenen. Aangezien wij de sector op een zinvolle manier verder willen ondersteunen, moeten de grenzen gerespecteerd worden. Omdat de bevolking niet altijd rekening houdt met die grenzen, moeten we er logischerwijze pragmatisch mee omspringen. Samenwerking over de provinciegrenzen heen moet mogelijk zijn. Zo organiseren wij nu al de centrale wachtlijst in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in samenwerking met het Vlaams Fonds. Ook in het kader van de baarmoederhalskankerscreening werken we over de provinciegrenzen samen.

5.1. Toelichting door mevrouw Carine Boonen, algemeen directeur Verbond Verzorgingsinstellingen (VVI)

Mevrouw Carine Boonen, : Bij de bespreking van dit ontwerp van decreet willen we het vooreerst hebben over het onderzoek van professor Van Hecke en het daaruit voortvloeiend model tot een hiërarchische indeling van Vlaanderen in zorgregio's. Onze reactie heeft geen betrekking op het onderzoek zelf. Wij vragen ons wel af of de in dit onderzoek vastgestelde fluxen die verwerkt zijn en in kaart gebracht in een regiomodel waarin men uitgaat van een stedelijke hiërarchie, wel een betekenisvol houvast bieden voor de beleidsdoelen waarvoor ze in dit decreet zullen aangewend worden. De studie is prachtig maar het gebruik ervan veel minder.

Zo stellen wij ons vragen bij de 'omgekeerde trechter' uit dit model. Het is niet zinvol om er, naar analogie met andere in het onderzoek bestudeerde producten, van uit te gaan dat alle soorten van gezondheids- en welzijnsopdrachten in te passen zijn in een elkaar omvattende indeling van lokale, kleinstedelijke en vervolgens grootstedelijke gebieden. De toenemende invloedssfeer die in dit model wordt toegekend aan de grootstedelijke gebieden is zeker niet in alle velden van de gezondheids- en welzijnszorg even relevant.

Zo is bijvoorbeeld de parameter afstand niet voor alle opdrachten even pertinent. Bij somatische spoedgevallen met een levensbedreigend karakter zal bereikbaarheid in tijd als succesfactor bijvoorbeeld veel doorslaggevend zijn voor de inplanting en dus spreiding van spoedgevallendiensten dan bereikbaarheid in fysische afstand. Voor dringende hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg daarentegen is dan weer net niet de tijd maar wel de specificiteit en de deskundigheid van de geboden hulp doorslaggevend. Voor bepaalde opdrachten in de ouderenzorg is een laagdrempelige en goed bereikbare zorg essentieel, terwijl de betrokkenen in de verslavingszorg vaak liever niet in de nabijheid van de dagelijkse leefomgeving zorg willen krijgen, om een stigma te vermijden.

We zijn er ook niet van overtuigd dat voor toch zeer uiteenlopende opdrachten van de welzijns- en gezondheidszorg de werkingsgebieden van de individuele voorzieningen of netwerken van voorzieningen alle binnen de door het model eenduidig voorgestelde hiërarchie moeten vallen.

In het kader van welk volksgezondheidsbelang past het dictaat van dit piramidaal hiërarchisch model ? Hoe kan men de actieradius van een palliatief netwerk, het werkingsgebied van een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren en een recruiteringsregio voor het zorgprogramma cardiologie laten samenvallen binnen één van de grootstedelijke gebiedsomschrijvingen ? Waarom zouden alle werkingsgebieden van de diverse werkvormen en netwerken van gezondheid binnen de door het model voorgestelde piramidale hiërarchie in elkaar moeten passen ?

We hebben ook vragen bij de relevantie van dit model als instrument voor de beoogde beleidsdoelen. Een eerste beleidsdoel is programmering, planning en inplanting van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. Dit beleidsdoel was de doelstelling van de studie van professor Van Hecke maar de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek zijn

nadien vertaald in een veel ruimere, zeg maar politieke, toepassingsfeer.

Professor Van Hecke geeft zelf aan dat zijn model een raamwerk is waarbij menselijke fluxen, hiërarchisch gestroomlijnd, in kaart worden gebracht. Hij stelt zelf dat de toepassing van zijn model voor het beleidsdomein programmering, planning en inplanting van voorzieningen en diensten er niet zonder meer kan uit voortvloeien. Telkens weer zullen specifieke, bijkomende gegevens nodig zijn als de overheid dit instrument wil toepassen op een specifiek domein van de gezondheids- of welzijnszorg. Daarbij zullen keuzes moeten gemaakt worden over de betekenis en de draagwijdte die men aan de gegevens wil toekennen. Dit model creëert dus een basis voor discussie maar geeft op zich geen antwoorden.

Laten we dit verduidelijken met een actueel voorbeeld. In uitvoering van het protocolakkoord tussen de federale regering en de gemeenschapsoverheden zal de Vlaamse minister eerstdaags 2000 bijkomende rusthuisbedden erkennen als RVT-bedden. De minister zou daarbij gebruik maken van het model van zorgregio's. Maar het model zelf geeft geen eenduidig antwoord. Welke gegevens zal men er aan toevoegen : gaat men per zorgregio uit van het aantal ouderen dat er demografisch te verwachten is in de komende vijf, tien, twintig of dertig jaar ? Zullen de bijkomende erkenningen toegewezen worden aan rusthuizen in de kleinstedelijke gebieden waar die ouderen nu wonen of eerder aan die rusthuizen die historisch ingespeeld hebben op een vraag naar opname van zwaar zorgbehoevenden en die bijgevolg nu al voor dat soort zorgverlening instaan ? Zal men er in de toekomst, bij vragen over inplanting van bijkomende capaciteit, vanzelfsprekend van uitgaan dat ouderen in een woon- en zorgcentrum gaan wonen in de nabijheid van de kerktoeren waar ze laatst of vroeger gewoond hebben of zal men ook rekening houden met de mogelijkheid dat ouderen in de nabijheid van hun kind(eren) willen wonen ? Dat zijn onbeantwoorde vragen. Hoe kan de overheid dan het ouderenbeleid programmeren ?

In het kader van de federale regelgeving met betrekking tot de zorgprogramma's voor de somatische zorg in de algemene ziekenhuizen werd recent nog de notie van een vooraf gegeven programma's en erkenning radicaal verlaten en vervangen door de notie 'verantwoorde bedden' op basis van parameters inzake pathologie, evidence based medicine, kwaliteitsmeting, minimale kritische massa, enzovoort. De federale wetgever spreekt hierbij niet toevallig over een rekruteringsgebied. Hij ver-

wijst daarbij naar dynamische en meer competitieve kenmerken van de specialistische ziekenhuiszorg, weliswaar steeds op basis van principes van een gereguleerde markt. Laten we daar duidelijk over zijn : wij zijn geen voorstanders van een vrije markt. Deze federale aansturing inzake financiering dreigt nu regelrecht in contradictie te zijn met Vlaamse overheidstoepassingen waarbij kleinstedelijke of grootstedelijke zorgregio's als een soort gewaarborgd territorium aan voorzieningen in bezit wordt gegeven, als zouden zij, naar Engels of Deens model, in erfpacht gaan naar een nieuwe baronie. Andere nu reeds bestaande en goed uitgebouwde ziekenhuizen dreigen door dit hiërarchisch model op een totaal onnatuurlijke wijze afgesneden te worden van de buitenwereld om ingeperkt te worden in een zorgregio die niet noodzakelijk overeenstemt met de door patiënten en families gekozen plaats van zorgverlening. Waarom wordt dit 'stemmen met de voeten' niet verder gehonoreerd ? Is deze handelswijze van de burger nog altijd niet één van de meest directe vormen van inspraak en dus democratie waar de burger recht op mag hebben ?

Moet kwaliteit dan ingepakt worden omdat zij toevallig niet op de kaart staat van een overheid die alleen maar geografisch denkt ? Vandaag levert de weliswaar gereguleerde maar dynamische en competitieve benadering van de specialistische somatische ziekenhuiszorg ons een door vele van de ons omliggende landen benijde toegankelijkheid van zorg op, en dit met grotere kwaliteit en lagere kost voor de gemeenschap dan in landen waar het gezondheidszorgsysteem reeds gekenmerkt wordt door een centrale en een rigide overheidsplanning.

Wij zien het nut niet in van dit nieuwe decreet dat al deze verworvenheden op de helling zet. Dit kan voor ons niet.

Als tweede domein van beleidstoepassing van dit model van zorgregio's wordt in dit ontwerpdecreet expliciet de samenwerking tussen gezondheids- en welzijnsvoorzieningen naar voren geschoven. Eerst wordt gepleit voor een uiteraard voor eenieder evident pleidooi voor het bevorderen en transparanter maken van aanknopingspunten voor informatie en overleg. Niemand betwist dat dit voor verwijzers binnen en buiten de welzijns- en gezondheidszorg een goede zaak is. Geruisloos verschuift dit pleidooi dan naar het insluiten van deze opdrachten in de door de overheid opgelegde overlegstructuren, bijvoorbeeld de SEL's, in het decreet eerstelijnszorg. Daarop volgend evolueert men – even geruis-

loos – naar een in de sectoriële regelgeving opgelegde gemeenschappelijke coördinatie van zorg, liefst bij de eindmeet één per zorgregio. Deze motivering is volgens ons wel iets te kort van stof.

Het ontwerpdecreet stelt dat er orde moet geschapen worden in de zogenaamd historisch gegroeide chaos. In feite is dat de officiële motivering van het decreet.

In de memorie van toelichting wordt met zoveel woorden gesteld dat het zaak is voor de Vlaamse overheid om juist met dit instrument van zorgregio's de zo gewenste orde te scheppen in de zeggende chaos van samenwerking die op het terrein zou ontstaan zijn. Het model van zorgregio's zou hierbij de waarborg geven voor een logische – dit wil zeggen hiërarchische – en eenduidige, transparante opbouw van die samenwerkings- en overlegstructuren.

De werkelijkheid is volgens ons helaas iets etatistischer getint. Het gebruik van de zorgregio's geeft de overheid immers de mogelijkheid om op dwingende wijze, bijvoorbeeld via sectoriële wetgeving, overleg en samenwerking territoriaal van bovenuit vast te leggen en laat haar tegelijk toe om veel van de reeds bestaande overleg- en samenwerkingsstructuren te doorbreken. Het lijkt er veel op dat wat op organische wijze van onderuit door zorgverleners zelf werd opgestart en uitgebouwd omdat het voor henzelf een echte functionele meerwaarde bood, nu moet wijken voor door de overheid opgelegde samenwerkingsvormen.

De wereld van de intramurale gezondheidszorg is in Vlaanderen sterk getekend door het zogenaamd particulier initiatief en komt in feite overwegend voort uit het werk van religieuze congregaties die niet gewacht hebben op de cartografische indeling in zorgregio's om te weten waar zij de noden van de samenleving moesten lenigen. Vandaag gaat het steeds over instellingen die, ondanks de versneld seculariserende samenleving, in vele gevallen hun marktaandeel zelfs weten te versterken. Dit groeiende marktaandeel heeft onmiskenbaar te maken met de kwaliteit waarvoor onze instellingen staan. Het antwoord op de reële uitdaging van de maatschappelijke evolutie werd in onze instellingen reeds 10 tot 20 jaar geleden gegeven. Er werd niet gewacht op de dictaten van de overheid om overleg te plegen en samen te werken. Zorg is zorg. Goede zorg zou overal hetzelfde moeten zijn, ongeacht door wie ze wordt verstrekt. Christenen hebben geen monopolie op zorgverlening. Christe-

lijk geïnspireerde menswaardigheid voor onze leden betekent, volgens een VVI-congrestekst uit 1985, dat men zijn zorgverlenende infrastructuur (mensen en middelen) zo structureert en organiseert dat de patiënt of de bewoner op lichamelijk, relationeel en geestelijk vlak optimaal begeleid wordt en dat hij of zij zijn of haar integriteit als persoon zo veel mogelijk kan bewaren ; dat de zorgverlenende infrastructuur beschikbaar is voor iedereen, zonder enige discriminatie ; dat bij het maken van keuzes de voorkeur uitgaat naar de meest kwetsbare persoon of groep ; dat een afstemming plaatsvindt op de evoluerende en nieuwe noden van mensen, en ten slotte dat gestreefd wordt naar een eerlijk en rechtvaardig zorgbeleid zonder winstbejag. Met iedere zorgverlener die deze visie deelt willen wij overleg plegen en een samenwerking aangaan. Dat doen we al meer dan 20 jaar.

Getuige hiervan zijn de ontelbare samenwerkingsvormen die onze leden reeds lang met 'anderen' hebben aangegaan. Wat is daar mis mee ? En wat zal de meerwaarde zijn van een decreet dat de overheid toelaat dit alles naar eigen goeddunken 'van de kaart' te vegen ?

De logica en het ordescheppend vermogen van dit ontwerpdecreet lijkt een (her)scheppingsverhaal met een behoorlijke dosis verlichting en volksoptvoeding er bovenop. Als de overheid goede redenen heeft om samenwerking op te leggen moet ze eerst aantonen dat er ernstige tekorten zijn die zonder deze verplichting niet kunnen opgelost worden. Bovendien moet deze opgelegde samenwerking een patiëntgericht en functioneel karakter hebben, zonder verborgen agenda, die op termijn alleen maar leidt tot opgelegde bestuurlijke fusies.

Helemaal onaanvaardbaar zou het opleggen zijn van een verplichting per regio één neutrale en gezamenlijke organisatie te creëren, en alle voorzieningen binnen een regio onder leiding van één ambtenaar, een regiomanager, te plaatsen. De kans bestaat immers dat die in een latere fase zal aangesteld worden als budgethouder van een regiobudget, waarbij de historische actoren en diensten in een feitelijk statuut van onderaanneming komen. Deze vooruitzichten kunnen misschien wat vergezocht en voorbarig lijken. Toch werden we, in het kader van de experimenten inzake integrale jeugdzorg, recent nog geconfronteerd met voorstellen van de Centrale Begeleidingscel die binnen de proefgebieden voorzag dat een ambtenaar als regiomanager zou aangesteld worden. Moet dit ont-

werpdecreet dan toch dienen om het bestaande en gediversifieerde openbare en vrije initiatief onder één regiohoofd te brengen ? Een dergelijk opgelegd scenario is voor ons onaanvaardbaar.

Dit ontwerpdecreet geeft aan de Vlaamse overheid een zeer verregaande volmacht om, met dit op zich zeer nuttige instrument van sociale cartografie, te doen en te laten wat haar goeddunkt. Wij staan niet alleen met onze kritiek : wij nodigen u dan ook uit mee te lezen in het advies van de SERV. Die waarschuwt voor de "vrijwel onbeperkte bevoegdheid om regulerend op te treden", en voor de "belangrijke gevolgen die dit kan hebben op de autonomie van de voorzieningen". Verder lezen we in dat rapport dat "een decretale verankering van een dwingende uniforme regionale indeling voor het geheel van de gezondheids- en welzijnssector voorbarig en niet aangewezen" is. Het ontwerp houdt op geen enkele manier rekening met deze kritiek van de SERV. Het voorgelegde ontwerp houdt volgens ons ook geen rekening met de negatieve kritieken die overal in Vlaanderen te lezen en te horen waren.

Een mogelijke bijsturing van dit ontwerp van decreet met een amendement dat in vage en vrijblijvende bewoordingen aangeeft dat vóór de toepassing van dit decreet advies zal worden gevraagd aan de sector, zal helemaal niet volstaan om de eindeloze waslijst van kritieken allerhande te onderwerpen. Het VVI vraagt daarom uitdrukkelijk dit ontwerp van decreet niet goed te keuren. Het aanvaarden van dit decreet heeft geen enkele meerwaarde voor de zorggebruiker. Op zo'n eigenzinnige en etatistische manier "orde willen creëren in de chaos", zoals de minister het zelf verwoordt, en daarbij totaal voorbijgaan aan het feit dat wij vandaag in Vlaanderen een goed uitgebouwde en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg hebben, voelen de institutionele zorgverstrekkers aan als een kaakslag.

In naam van onze 527 leden-instellingen en voorzieningen, werkgevers van 46.114,82 voltijdse equivalenten of ongeveer 70.000 mensen, vragen wij u uitdrukkelijk dit ontwerp van decreet niet goed te keuren. Denk aan alle vrijwilligers en personeelsleden die, dag in dag uit, het beste van zichzelf geven, ten dienste van de ouderen, de somatisch en psychisch zieken, kinderen, jongeren en volwassenen, kortom de zwakkeren van onze samenleving.

Ik dank u voor uw aandacht en ben graag bereid op uw eventuele vragen verder te antwoorden.

5.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van mevrouw Carine Boonen

Mevrouw Ingrid van Kessel : De teneur van deze toespraak is helemaal anders dan die van de uiteenzettingen van deze voormiddag. Volgens mevrouw Boonen zal dit hiërarchisch opgelegde model de toegankelijkheid van onze zorgvoorzieningen in gevaar brengen. Hoe zal dit dan gebeuren ? Zal ons kleurrijk systeem veranderen in een kleurloos systeem ? Is zij het ermee eens dat voor het opleggen van een samenwerking tussen de openbare ziekenhuizen de wetgeving, en met name hoofdstuk XII daarvan, moet worden gewijzigd ?

Mevrouw Carine Boonen : De toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen kan op verschillende manieren in gevaar worden gebracht. Ik geef een voorbeeld. Stel dat we bij de planning van de ouderenvoorzieningen louter cartografisch te werk gaan en nagaan hoe groot de bevolking is en wat de volgens de statistieken te verwachten omvang van de hoogbejaarde bevolking zal zijn. Wat doen we dan als blijkt dat ouderen naar andere regio's verhuizen om daar een beroep te doen op de zorgvoorzieningen ? Sommige regio's zullen met wachtlijsten moeten werken, terwijl andere met leegstand zullen worden geconfronteerd.

Bepaalde centra hebben de reputatie zeer kwalitatief te zijn en trekken daarom meer patiënten aan, ook van buiten de strikt omschreven zorgregio. Deze historisch gegroeide patiëntenstromen komen daarom niet altijd overeen met de fluxen uit de studie van professor Van Hecke. Dit hiërarchische model zal ervoor zorgen dat deze centra noodgedwongen hun aanbod moeten terugschroeven.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Legt dit geen hypothec op de vrije keuze van de patiënt ?

Mevrouw Carine Boonen : Inderdaad, de vrije keuze komt er niet langer gewoon op neer dat een patiënt het recht heeft zich tot een christelijke instelling te richten. Een christelijke instelling moet niet alleen kwaliteit bieden, maar ook gekenmerkt worden door een sociale, geografische en filosofische toegankelijkheid. En dat doen zij.

De Vlaamse kleurrijke gezondheidsvoorzieningen zullen inderdaad kleurloos worden als wordt geopteerd voor het opleggen van het Scandinavische model. We mogen niet vergeten dat dit model werd uitgewerkt voor dunbevolkte gebieden waar men geen traditie kent van kleurrijke initiatieven. De internationale praktijk bewijst dat de toepassing

zonder meer van dit model in dichtbevolkte streken voor de nodige problemen zorgt. Mensen moeten verplicht terecht binnen hun eigen regio, waar zij misschien op wachtlijsten staan, terwijl zij elders wel zouden kunnen worden geholpen.

Wat de wijziging van de wetgeving betreft, kunnen ziekenhuizen al sinds 1989 fuseren. Hoofdstuk XII is slechts een van de vele toepasselijke hoofdstukken. Twintig jaar geleden is echter spontaan een fusieoperatie op gang gekomen, die nu eigenlijk wordt afgerond. Ziekenhuizen kunnen ook niet onbeperkt fuseren, aangezien de federale wetgever bepaalt dat fusieziekenhuizen maar een maximumaantal ziekenhuisbedden mogen tellen.

De heer Jan Van Duppen : De uiteenzetting van mevrouw Boonen was zeer duidelijk en kritisch. Het is correct dat de eerste zorgverstrekking werd gegeven door religieuze ordes, die zich daarvoor op eigen initiatief en vaak met primitieve middelen met hart en ziel hebben ingezet. De vraag is natuurlijk of die organisatie er in de toekomst hetzelfde moet blijven uitzien. De financiering van deze zorgverstrekking en van de hulporganisatievormen gebeurt intussen grotendeels met gemeenschapsgelden. Is het niet logisch dat de overheid dan kan beslissen dat het nodig is hier enige structuur in aan te brengen, dit met het oog op het te voeren beleid ?

Ik noteer dat mevrouw Boonen benadrukt dat de christelijke instellingen de filosofische toegankelijkheid voor alle patiënten garanderen. Dat impliceert dat alle mensen er dezelfde kansen krijgen op een hoogkwalitatieve zorg, inclusief de uitvoering van een abortus provocatus en een wettige euthanasieaanvraag.

Eigenlijk pleit mevrouw Boonen voor een monopolievorming. Zij is van oordeel dat de historisch gegroeide situatie moet worden bestendigd, dat we iedereen gewoon moeten laten doen. Dit komt erop neer dat de overheid bepaalt welke zorgen er kunnen worden verleend en dat de instellingen zelf instaan voor hun programmering.

We weten allemaal dat de bevolking vergrijsd en dat dit probleem enorme proporties zal aannemen. Of oudere mensen nu zullen besluiten onder hun eigen kerktoeren te blijven wonen of zich elders te vestigen, doet er eigenlijk niet toe. Meent mevrouw Boonen niet dat de overheid hier duidelijke keuzes moet maken ?

De opmerking van mevrouw Boonen dat de kostprijs van onze zorgverstrekking eerder laag is,

klopt trouwens niet. We scoren niet hoog of niet laag, maar bevinden ons in de middelmoet.

Mevrouw Carine Boonen : Wij willen absoluut niet gerust gelaten worden omdat we ervan uitgaan dat alles in orde is. Wij zijn bereid toe te lichten wat we precies doen, wat we met de middelen doen en welke kwaliteit we bieden.

De heer Jan Van Duppen : Maar dat doet u nu al want er zijn allerhande controlemechanismen. Ik interpreteer uw woorden als volgt : wij werken al jaren goed, zullen dat blijven doen zonder structuur.

Mevrouw Carine Boonen : Wij zullen uiteraard niet blijven hetzelfde doen, binnen dezelfde structuur en met dezelfde partners. De zaken evolueren en moeten voortdurend aangepast worden. Wat wij wel willen, is daarover meepraten. Dit ontwerp van decreet voert een kaart in waarna men zal nagaan wie met wie moet samenwerken. In de memorie van toelichting staat weliswaar dat die kaart niet zo rigide zal gevolgd worden, maar wij vragen duidelijke decreten want een volgende minister kan dit ontwerp van decreet helemaal anders interpreteren.

Alle ziekenhuizen zijn decretaal verplicht elke patiënt te aanvaarden ongeacht zijn filosofische overtuiging. De vraag is of elke patiënt behandeld zal worden volgens zijn filosofische overtuiging, ook als die niet in overeenstemming is met de filosofische strekking van de instelling. Men gaat er steeds van uit dat ingrepen als euthanasie en abortus provocatus door de directeur worden uitgevoerd. Wat niet klopt. Het zijn geneesheren die dergelijke ingrepen doen. De euthanasiewetgeving legt de gewetensnood bij de geneesheer. Hij beslist of hij euthanasie of abortus provocatus aankan. Als de arts het niet aankan, is hij wettelijk verplicht de patiënt door te verwijzen naar een collega. Dit kan binnen hetzelfde ziekenhuis zijn. De berg overheidsgeld die ons toestaat zaken te doen die de wet ons niet oplegt, is dus een mythe.

De heer Jan Van Duppen : Het is inderdaad de arts die moet nagaan of de gevraagde ingreep strookt met zijn of haar geweten. Dat impliceert wel dat de instellingen ervoor moeten zorgen dat er in de instelling andere artsen zijn die dergelijke handelingen kunnen verrichten.

Dat is momenteel niet zo : een aantal van uw instellingen heeft de regionale huisartsen laten weten dat hun artsen daartoe niet bereid zijn. Dat leidt ertoe dat patiënten in stervensnood nog naar een

ander ziekenhuis worden doorverwezen. Dergelijke situaties willen wij vermijden.

Mevrouw Carine Boonen : Elke euthanasievraag dient bij de officiële commissie geregistreerd te worden. Na een half jaar zijn er 17 geregistreerde aanvragen. De situatie die u beschrijft, is maximaal eenmaal voorgevallen.

Kleurrijk betekent dat iedereen in zijn eigen filosofie gerespecteerd wordt. Wij dus ook. Wie bij ons wordt opgenomen, wordt onvoorwaardelijk opgenomen. Kleurrijk betekent dat er een keuzemogelijkheid is met respect voor de traditionele cultuur. Die cultuur kunnen we niet wegvegen omdat ze niet past binnen de grenzen op de kaart. Kleurrijk leidt tot competitiviteit wat op haar beurt tot kwaliteit leidt.

De heer Jan Van Duppen : Kleur verdwijnt onder een monopolie. Hoe kan de competitiviteit bewaard worden ?

Mevrouw Sonja Becq : Mensen moeten toegang krijgen tot kwalitatieve, bereikbare en betaalbare dienstverlening. Als veel mensen naar een bepaalde instelling gaan omdat ze daar de kwaliteit krijgen die ze verwachten, omdat ze zich daar herkennen en goed voelen, beschouw ik dat niet als een monopolie.

Mevrouw Boonen beschouwt het territorialiteitsprincipe als een beperking. Vanmorgen stelde men dat planning en programmatie belangrijk zijn om blinde vlekken te ontdekken. Op welke basis zou mevrouw Boonen dan plannen ?

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Mevrouw Boonen had het over de vrije keuze en het vrije initiatief, waarbij ze vooral voorbeelden uit grote voorzieningen aanhaalde. Hoe verhoudt de vrije keuze zich tot de schaarse overheidsmiddelen binnen kleine initiatieven ?

Hoe beperkt de overheidsmiddelen ook zijn, er dient mee gestuurd te worden zodat iedereen gelijkmatig aan bod komt. Hoe dient dat georganiseerd te worden ?

Mevrouw Carine Boonen : In onze sector zijn er geen blinde vlekken. Als initiatiefnemers in een bepaalde regio in gebreke blijven, moet de overheid hen daarop wijzen. Doen de private initiatiefnemers niets, dan kan het openbare initiatief nog altijd ingrijpen en het initiatief nemen.

De gezondheids- en welzijnszorg zijn voor de overheid perfect betaalbaar. Misschien worden de middelen niet altijd toegekend aan diegene die er recht op heeft, maar dat is een ander probleem. Schaars kan drie zaken betekenen : schaars, te schaars of ontoereikend. Wij gaan ervan uit dat de middelen toereikend zouden moeten zijn om een goede zorg te organiseren. Dat betekent niet dat we nooit extra middelen vragen voor een deelsector. Soms volstaat gewoon een herschikking.

Hoe kunnen schaarse middelen en vrije keuze verzoend worden ? Ik neem aan dat die vraag op het dubbele aanbod slaat, maar door allerhande fusies, groeperingen en samenwerkingsovereenkomsten is het dubbele aanbod al verdwenen. Twee halfbevolkte diensten zijn tien jaar geleden al samengevoegd.

De relatie tussen de schaarsheid van middelen en de keuze in de zorg is voor ons geen acute vraag meer ; tien jaar geleden was dat wel het geval. Het VVI heeft een preferentieel partnership met de Nederlandstalige kamer van het VOV die de OCMW-ziekenhuizen in Vlaanderen groepeerde.

Dat houdt in dat we op koepelniveau wekelijks overleggen om te zien hoe we kunnen pleiten voor een goede ziekenhuisgeneeskunde in Vlaanderen. Dat zijn dingen die spontaan gegroeid zijn. Er is geen overheid die ons dat heeft opgelegd.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Van dat preferentieel partnership met de VOV heb ik vandaag niet veel gemerkt : haar standpunt verschilde nogal van het uwe. Hebt u over dit ontwerp van decreet dan geen overleg gepleegd ?

Mevrouw Carine Boonen : Ik heb de uiteenzetting van de VOV vanmorgen niet gehoord. Het overleg wordt volgende week voortgezet.

De voorzitter : U zegt dat de overheid moeilijk kan plannen. Moet die volgens u dan enkel prognoses maken over de aantallen die nodig zijn in Vlaanderen, zonder een en ander zelf toe te wijzen ?

Mevrouw Carine Boonen : Als we met een blanco blad konden beginnen, dan zou het model van de zorgregio's prachtig zijn. Maar het zou een enorm verlies van middelen betekenen om op die manier te werken. We vragen dat de overheid plant, statistisch voorspelt wat er nodig zal zijn. De concrete invulling doen we graag zelf maar de overheid moet er dan weer op toezien dat we de juiste dingen doen en ons, waar nodig, bijsturen. Zij heeft immers het laatste woord, omdat ze de middelen in

handen heeft. We vragen niet liever dan onze middeleenaanwending te kunnen legitimeren. Het probleem is dat we geconfronteerd worden met twee overheden en dat de Vlaamse overheid droomt van dingen die in contradictie zijn met de federale wetgeving.

6.1. Toelichting door mevrouw Annemie Peeters, waarnemend directeur en de heer Stephan Van den Broucke, senior expert Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)

Mevrouw Annemie Peeters : We zijn hier niet als spreekbuis van de Logo's. We hebben er ons wel bij geïnformeerd en hebben enkele van hun overigens nogal uiteenlopende opmerkingen ter illustratie in onze nota opgenomen. We zullen ons concentreren op een aantal kanttekeningen bij het ontwerp van decreet.

De heer Stephan Van den Broucke : Sinds de preventieve gezondheidszorg een Vlaamse bevoegdheid is geworden, is ze op een andere leest geschied : de Vlaamse overheid doet inspanningen om ze te verbeteren en te moderniseren en ze beter te doen aansluiten bij de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Het jongste decennium werd de sector geconfronteerd met een hele reeks initiatieven van de Vlaamse overheid om dit vernieuwingsproces te sturen.

Inhoudelijk is er de verbreding van het terrein van ziektepreventie naar gezondheidspromotie. Op strategisch vlak stuurt de Vlaamse overheid aan op een meer resultaatgerichte werking via het vooropstellen van gezondheidsdoelstellingen en indicatoren.

Wat de organisatie betreft, wordt steeds meer een beroep gedaan op lokale netwerken, onder meer de Logo's.

Het voorliggende ontwerp van decreet is een zoveelste stap in dit ingrijpend proces van verandering van de jongste tien jaar. Het heeft heel wat implicaties voor de gezondheidspromotie, vooral dan voor de Logo's.

Uitgangspunt van de lokale samenwerking zijn de zorgregio's. Die aandacht voor het belang van de lokale samenwerking sluit goed aan bij onze principes van gezondheidspromotie. Lokale werking laat toe lokale gezondheidsnoden meer te verdisconten. De noden, de determinanten van de gezondheidsproblemen en de mogelijkheden van interventies verschillen van regio tot regio. Bij gezond-

heidspromotie wordt samenwerking tussen de lokale partners belangrijk geacht, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg. Bovendien is de betrokkenheid van de doelgroepen bij interventies essentieel. Ook die betrokkenheid is gemakkelijker te realiseren op lokaal niveau.

Het ontwerp van decreet bevat dus een aantal mogelijke pluspunten. Het voorziet in een eenduidige en sectoroverschrijdende indeling in regio's, hetgeen orde in de chaos kan brengen. Het is een basis voor een verdere intensifiëring van de samenwerking tussen de lokale actoren en voorzieningen met een werking op het vlak van gezondheid en welzijn. Een bijkomend voordeel is dat de regio's voor de sectoren welzijn en gezondheid samenvallen. Dat maakt sectoroverschrijdende samenwerking gemakkelijker.

Een tweede belangrijk pluspunt is het hanteren van objectieve criteria : dit maakt een einde aan de toevalligheden. Terloops wil ik ook duidelijk stellen dat de parameters van de zorgregio's niet altijd samenvallen met de parameters die wij hanteren in de sector van de gezondheidspromotie.

Voor de lokale werking inzake gezondheidspromotie komt dit ontwerp in zekere zin te laat én te vroeg.

Het komt te laat omdat deze objectieve criteria al gehanteerd hadden kunnen worden bij de oprichting van de Logo's in 1997. Hoewel de principes en inzichten die nu aan de basis van de nieuwe criteria liggen ook toen al gekend waren, heeft men er toch voor geopteerd de Logo's 'spontaan' te laten ontstaan van onderuit. Dat was voor deze sector zeker een verdedigbare keuze, maar toch was een gebrek aan een centrale aansturing merkbaar. Het gebrek aan objectieve parameters heeft de opstart van de Logo's aanzienlijk vertraagd.

Anderzijds komt de bijsturing van een regio-indeling wat te vroeg. Er is wat de Logo's betreft een steeds grotere effectieve lokale samenwerking en partnership. In een eerste fase, die ruwweg overeenkwam met de periode van de eerste convenant met de Vlaamse overheid, besteedden de Logo's vooral veel aandacht aan het organiseren van hun netwerk en aan de uitvoering van acties ter realisatie van de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen. In de implementatieplannen voor de nieuwe convenantperiode (2003-2005) is meer sprake van een gezamenlijke strategie. Netwerken uitbouwen is een werk van lange adem. De bijsturing die in het ontwerpdecreet voorzien is zal de prille werking van de netwerken aanzienlijk doorkruisen en ver-

tragen. De hersamenstelling en de heropbouw zal de lokale implementatie van gezondheidspromotie vertraging doen oplopen.

De concrete territoriale indeling van de zorgregio's heeft ook grote gevolgen voor de Logo's. Er zijn er die uitbreiden, er zijn er die inkrimpen, en er zijn er die verdwijnen. Logo's worden per inwoner gefinancierd en dat heeft dus grote gevolgen voor de werkingsmiddelen : Logo's waarvan het werkgebied wordt uitgebreid zien hun middelen stijgen. Inkrimping van het werkgebied dreigt als gevolg te hebben dat Logo's minder middelen hebben. Gezien de nieuwe implementatieplannen is deze financiële onzekerheid zeer moeilijk. Bij vermindering van de middelen komt immers ook de uitvoering van de plannen in het gedrang.

De territoriale herschikking heeft niet alleen financiële maar ook administratieve en organisatorische gevolgen. De nieuwe samenstelling van de partner-netwerken zal administratief moeten herwerkt worden, en de samenwerking met de partners zal moeten bijgestuurd worden.

Van nog fundamenteeler niveau zijn onze bedenkingen over de plaats die de gezondheidspromotie toebedeeld krijgt in de op te richten zorgregio's. De naam "zorg"regio alleen al duidt erop dat men vooral uitgaat van gezondheids- en welzijnszorg. Alle voorzieningen, instellingen en dergelijke die vermeld worden zijn dan ook op die zorg gericht.

Ook de parameters die voor het afbakenen van de regio's gehanteerd worden zijn volledig gebaseerd op zorg, en helemaal niet op preventie. In de memorie van toelichting wordt geen enkele belangrijke actor op het gebied van gezondheidspromotie vermeld. Meer nog : de CLB, die wel opdrachten heeft binnen de preventieve gezondheidszorg en waarmee de Logo's samenwerken, vallen uitdrukkelijk buiten de toepassing van dit decreet.

Ten slotte is het opvallend dat er in het decreet wel sprake is van gezondheidseducatie, maar niet van gezondheidspromotie. Nochtans is dit helemaal niet hetzelfde : de gezondheidseducatie is slechts een deelaspect van de gezondheidspromotie. Gezondheidspromotie gaat uit van een positieve benadering van gezondheid waarin niet het vermijden van ziekten of aandoeningen het doel is, maar het bevorderen van een gezond leven. Het gaat daarbij niet enkel om afwezigheid van ziekte, maar om een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden. Dit vraagt een emancipatorisch proces : mensen worden in staat gesteld zelf meer controle te hebben over de determinanten van hun

gezondheid in plaats van er anderen te laten aan sleutelen.

Dit vergt een multidisciplinaire aanpak en een goede samenwerking tussen gezondheidswerkers, artsen, verpleegkundigen, gedragswetenschappers, communicatiewetenschappers en organisatiesdeskundigen, niet op het terrein van de professionals, maar op het terrein van onze samenleving.

Behalve voor de welzijnssector biedt de omschrijving van de zorgregio's geen aanzet tot dergelijke multisectorale en multidisciplinaire samenwerking. Vermits het decreet op maat gesneden is van de gezondheidszorg zou de opgelegde afbakening wel eens een hypotheek kunnen betekenen op het bestaande evenwicht en het multidisciplinaire aspect van de gezondheidspromotie.

Dit zal onvermijdelijk leiden tot een verminderde capaciteit van de gezondheidspromotie in Vlaanderen. De Logo's werden immers precies opgericht om een ondersteunende en coördinerende taak te vervullen ten aanzien van lokale actoren die bezig zijn met gezondheidspromotie : de kerntaak van de Logo's ligt in het verhogen van de effectiviteit, onderlinge afstemming en duurzaamheid van de acties van de lokale partners. Indien die taak niet kan opgenomen worden zal de kwaliteit en de effectiviteit van de gezondheidspromotie in Vlaanderen daaronder lijden.

We kunnen dus besluiten dat de indeling in zorgregio's vanuit het oogpunt van lokale gezondheidspromotie belangrijke gevolgen heeft. Enerzijds sluit de indeling in regio's goed aan bij de principes van lokale gezondheidsbevordering, maar anderzijds moeten we een aantal kanttekeningen plaatsen bij de timing en bij de concrete invulling van de regio's.

Het verdient uiteraard aanbeveling dat met die kanttekeningen zal rekening gehouden worden.

Fundamenteeler is de bedenking over de plaats die de gezondheidspromotie toebedeeld krijgt in de op te richten zorgregio's. Omdat bij de indeling van de regio's is uitgegaan van de zorg, bieden ze geen aanzet tot multidisciplinaire en multisectoriële samenwerking. Het is dan ook van groot belang bij de verdere invulling van dit decreet de coördinerende en de ondersteunende taak van de Logo's ten aanzien van de lokale actoren die bezig zijn met gezondheidspromotie te vrijwaren en te versterken.

De term ‘gezondheidseducatie’ zou trouwens vervangen moeten worden door ‘gezondheidspromotie’. Dit is niet alleen een meer hedendaagse term, maar geeft het takenpakket van de Logo’s ook beter weer. Ik doe ineens ook de suggestie om niet langer te spreken over zorgregio’s, maar over gezondheidsregio’s.

6.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van mevrouw Annemie Peeters en de heer Stephan Van den Broucke

Mevrouw Ingrid van Kessel : Hoe kan concreet rekening worden gehouden met de bestaande realiteit ?

De heer Johan De Roo : De historisch gegroeide netwerkvorming zou doorkruis dreigen te worden door de nieuwe indeling in zorgregio’s. Kan ik daar concrete voorbeelden van krijgen of gaat het hier om een theoretische bedenking ?

Mevrouw Annemie Peeters : Concreet kan met de bestaande realiteit rekening worden gehouden door het inlassen van een overgangperiode. De Logo’s zijn bijvoorbeeld net klaar met de invulling van hun tweede implementatieplan. Door de nieuwe indeling zullen een aantal Logo’s zoveel gemeenten verliezen, dat zij niet langer werkbaar zullen zijn. Dit impliceert dat andere Logo’s met heel wat meer werk zullen worden opgezadeld. Dit kan allemaal onder de noemer praktische gevolgen worden gestopt, maar het zal tijd kosten om alles weer werkbaar te maken.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Maar u blijft intussen wel de mening toegedaan dat de tijd raad zal brengen ?

Mevrouw Annemie Peeters : Inderdaad, het principe is positief.

De heer Stephan Van den Broucke : Bij de evaluatie van de Logo’s zal natuurlijk rekening worden gehouden met het feit dat zij netwerkveranderingen hebben ondergaan. Het is niet meer dan logisch dat dit ertoe kan leiden dat zij hun doelstellingen niet halen.

7.1. Toelichting door de heer Frank Cuyt, algemeen directeur Vlaams Welzijnsverbond

De heer Frank Cuyt : In april 2002 kwamen we dit ontwerp van decreet op het spoor. Het werd toen voor hoogdringend advies voorgelegd aan de

SERV en het VFSIPH. Het huidige ontwerp houdt op geen enkele manier rekening met de gemaakte opmerkingen. Aan de Gezins- en Welzijnsraad, Kind&Gezin of de bijzondere jeugdzorg werd trouwens geen voorafgaand advies gevraagd.

Vandaag 27 februari 2003, bijna een jaar later, ben ik blij dat de voorzitter van deze commissie het initiatief heeft genomen om een parlementaire hoorzitting te organiseren met een ruime participatie van het maatschappelijke middenveld van de zorgaanbieders.

Mevrouw Sonja Becq : Ik wijs erop dat deze hoorzitting er kwam op vraag van CD&V.

De heer Frank Cuyt : Samenwerking organiseren en de programmering van het aantal en de spreiding van de voorzieningen bepalen, zijn de doelen van het decreet. De samenwerking tussen welzijnsvoorzieningen moet worden gepromoot, om daarvoor een steeds betere afstemming van het aanbod op de vraag van de gebruikers te realiseren. Een correcte afstemming is uiteraard slechts mogelijk als via een oordeelkundige programmering in een voldoende aanbod kan worden voorzien.

Via artikel 3, eerste alinea, van het ontwerp van decreet krijgt de Vlaamse regering echter een vrijwel onbeperkte vrijheid om regulerend op te treden.

Dat de tekst bepaalt dat de regering de samenwerking en programmering “kan bepalen”, kunnen wij niet anders lezen dan “zal bepalen”. Zo niet, heeft men geen decreet nodig. Dat de minister het wel zal hanteren voor de ene sector en voor de andere niet, of voor sector x vandaag en voor sector y morgen, zijn niet terzake doende overwegingen bij de bespreking van dit ontwerp van decreet in het parlement. In een wettekst lezen we “kunnen” als “zullen”.

De Vlaamse overheid programmeert vandaag in de meeste welzijnssectoren de capaciteit van de aanbodzijde in bedden/plaatsen of begeleidingen. Het lijkt ons noodzakelijk om de huidige aanpak te wijzigen.

Niet de capaciteit van het te subsidiëren aanbod moet in beeld komen, maar wel de capaciteit die noodzakelijk is om aan de vraag te voldoen. Daartoe zal onder meer worden uitgegaan van incidentcijfers, geregistreerde gegevens van in- en uitstroom, begeleidingsduur, wetenschappelijke vaststellingen, maatschappelijke trends en preventie. Per sector moeten aan de hand van deze parameters programmacijfers worden ontwikkeld. Het is

noodzakelijk dat de Vlaamse overheid hierover voorafgaand overlegt met de professionele zorgaanbieders en de gebruikers.

Een dergelijke programmering zal in schril contrast staan met bestaande programmacijfers die vaak slechts een programmering van de beschikbare middelen zijn. Schaarse budgetten zijn nu bijna steeds de belangrijkste indicator voor het programmacijfer. Of dit decreet hier veel zal aan wijzigen, is zeer de vraag.

Wij pleiten voor een dynamisch concept van programmering. Nieuwe werkvormen en alle ontwikkelingen in vraag, werkvorm en aanpak moeten integreerbaar zijn in de cijfers. Daarenboven moet de Vlaamse overheid door een strategische zorgplanning de onevenwichten wegwerken.

Onderbezette regio's moeten kunnen bijbenen zodat het aanbod voor iedereen binnen een redelijke afstand beschikbaar wordt. Dat kan niet betekenen dat de overheid in zogenaamd overbezette gebieden dwingt tot afbouw. Strategische zorgplanning moet door ombouw leiden tot een betere zorgafstemming.

Bij het bepalen van het aanbod in een regio moet worden rekening gehouden met de historische realiteit en het bestaande aanbod. Welk aanbod, welke capaciteit is reeds gerealiseerd en welk zal het na te streven aantal zijn ?

Voor het Vlaams Welzijnsverbond moet een nieuwe aanpak van programmering daarmee rekening houden om te evolueren van een programmering van het aanbod naar een programmering van de vraag. De nieuwe indeling in zorgregio's vormt ons inziens geen meerwaarde bij de ontwikkeling van dit nieuwe model.

De overheid moet de samenwerking niet organiseren maar kan wel stimulansen geven om tot een functionele samenwerking te komen. Instellingen en diensten moeten op hun beurt taakafspraken maken die een betere afstemming op de gebruiker mogelijk maken. Op die manier ontstaan verschillende netwerken rond welzijnsdomeinen. De overheid mag de instellingen niet verplichten met wie ze samenwerken.

De overheid dient bestaande samenwerkingsverbanden te respecteren. Door de zorgregio's zouden vele afspraken en samenwerkingsverbanden wijzigen. Sommige afspraken groeiden spontaan, andere vloeien voort uit Vlaamse regelgeving of onder impuls van de provincie.

Het Vlaams Welzijnsverbond kant zich tegen een decretale ingreep die een geografische indeling oplegt als basis voor samenwerking. In nogal wat bestaande netwerken is men de voorbije weken tot de vaststelling gekomen dat men met de verkeerde partners aan tafel zit. Wat ze moeizaam opgebouwd hebben, wordt nu decretaal verboden.

Op basis van wat al bestaat en gezien de verschillen tussen de sectoren, zal een gedifferentieerde regio-indeling in functie van de subsector moeten worden uitgewerkt.

Terwijl dit ontwerp van decreet alleen maar de samenwerking en programmering wil regelen, worden aan de zorgregio al andere doelstellingen verbonden.

Nu reeds wordt aan de zorgregio's de regiefunctie verbonden in het conceptuele denken binnen de integrale jeugdhulp. In de Commissie van Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen van het Vlaams Parlement wordt de zorgregio reeds vermeld in het voorstel van zorgdecreet over de zogenaamde zorgwinkels en het indicatieorgaan per zorgregio.

Het is inderdaad zo dat de zorgregio in zijn breedste toepassing zou kunnen gebruikt worden voor sturing en regie van het aanbod, ondersteuning, facturering en loket voor de cliënt.

Het moge duidelijk zijn dat een dergelijk overheidsgestuurd model van welzijn en gezondheid niet in overeenstemming te brengen is met de inspanning die het vrij gesubsidieerd voorzieningslandschap sinds jaren levert bij de uitbouw van de sector.

Het Vlaams Welzijnsverbond wijst de zorgregio af als basis voor sturing, regie, ondersteuning en financiering van de welzijnssector. Deze opdrachten komen de Vlaamse overheid toe en moeten worden gerealiseerd door programmering, erkennings- en subsidiebesluiten.

In amper vier artikelen legt dit ontwerp van decreet de basis voor een aardverschuiving in de relatie van de Vlaamse overheid, de gebruiker en de instelling. De instellingen kunnen op termijn verplicht worden in een gedwongen samenwerking in functie van het uitvoeren van een door de overheid uitgetekend beleid en dito regie.

Het Vlaams Welzijnsverbond meent dat de zorgregio's een instrument kunnen zijn om de programmering per sector uit te tekenen. Zorgregio's zijn

geen basis voor samenwerking. Deze moet aange-moedigd en behartigd worden in functionele ver-banden en gericht zijn op een betere afstemming op de vraag. De keuzevrijheid van de klant moet gerespecteerd worden. Hij of zij kan nooit ver-plicht worden die dienst te kiezen uit de eigen zorgregio.

De welzijnssector en de overheid zijn samen ver-antwoordelijk voor de uitbouw van een kwaliteits-volle dienstverlening. Samen zijn ze schatplichtig aan de gebruikers.

7.2. Vragen en opmerkingen van de leden met ant-woord van de heer Frank Cuyt

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : In de memorie van toelichting wordt de integrale jeugdhulp als voorbeeld van samenwerking aangehaald. Op basis van een specifiek decreet werkt men in een aantal proefregio's aan een experiment waarover het Vlaams Parlement en de Vlaamse regering begin volgend jaar geïnformeerd moeten worden. Naast een evaluatie, dienen de proefregio's ook een de-creetaal initiatief voor te stellen. Het Vlaams Wel-zijnsverbond werkt mee aan dit experiment om tot een nieuw concept voor de integrale jeugdzorg te komen.

Is het opportuun dat dit brede ontwerp van decreet niet bepaalt welke sectoren er al onder vallen ? Is het opportuun om één pijler van de integrale jeugdzorg onder dit ontwerp van decreet te laten vallen ? Moeten we de integrale jeugdhulp en de bijzondere jeugdzorg uit dit ontwerp van decreet halen ? Of volstaat het te verwijzen naar het ge-plande verloop van de experimenten ?

De heer Cuyt merkt terecht op dat dit ontwerp van decreet hoogstens een instrument kan zijn en nooit een doel op zich mag worden. Maar geen enkel ar-tikel maakt een toetsing met de andere doelstellin-gen mogelijk. We kunnen dat hoogstens doen met de aangekondigde of pas ingediende ontwerpen van decreet. Hoe kunnen wij garanderen dat dit al-leen maar een instrument wordt om de doelstellin-gen te bereiken ? De doelstellingen zijn immers maar vaag beschreven zodat de Vlaamse regering ze nader kan bepalen.

De aanleiding tot dit ontwerp van decreet is het protocol met de federale regering van juli 2001. Zijn er nog andere protocollen die als alibi zullen dienen voor bijkomende decretale initiatieven ? Het samengaan van welzijn en gezondheid is heel

verschillend, voor zover wij weet hebben van zaken die ophanden zijn.

De heer Frank Cuyt : Het is duidelijk dat er tussen de twee sporen van de decreten vandaag geen di-recte coherentie is. Het zou bijzonder jammer zijn mocht men de zorgregio's nu introduceren in de jeugdzorg, als het al een meerwaarde betekent om nadien het hele verloop van de proefregio's en de lopende experimenten niet meer te kunnen hono-reren en evalueren in functie van een duidelijke beslissing daaromtrent. Dat kan niet de bedoeling zijn. Ik denk dat het project integrale jeugdhulp-verlening zijn experimentele fase moet uitdoen om daaruit conclusies te trekken.

De doelstellingen van het instrument zijn heel vaag, wat de bedoeling is : programmatie en spreiding en samenwerking. Ik heb de betekenis van programmatie opgezocht. Programmacijfers bete-ken in de welzijnssector programmacijfers van het aanbod of van de te subsidiëren capaciteit.

Dat is het probleem : een enorm breed spectrum van zo veel verschillende sectoren en bewegingen inzake gezondheid en welzijn, die bovendien in hoofdzaak afhangen van federaal geld, worden in een programmering gevat. Is dat niet enorm ambi-tieus ? Waar kom je aan het eind van de rit uit als je de instrumenten en de doelstellingen niet precies definieert ? Bedoelt men met programmering bij-voorbeeld die van de vraag of die van het aanbod ?

Wij zijn niet geplaagd door protocollen waarvoor we het initiatief nodig hebben.

8.1. Toelichting door de heer Ludo Fret, coördina-tor Pluralistisch Overleg Welzijnswerk (POW)

De heer Ludo Fret : Ik spreek hier namens de be-stuurders en de leden van het Pluralistisch Overleg Welzijnswerk en van het Verbond Sociale Onder-nemingen. De interesse voor dit ontwerp van de-creet is bij onze achterban bijzonder groot. Men beseft dat regionale samenwerking en regie van het zorgaanbod onvermijdelijk geworden zijn. Ik sta eerst stil bij de gewijzigde beleidscontext en daarna formuleer ik een aantal randvoorwaarden bij de noodzakelijke evolutie naar een overheidsregie in zorgregio's.

Als pluralistisch verbond van sociale ondernemin-gen kiezen we voor een optimale betrokkenheid van alle medespelers in de zorg. Dat is de verant-wordelijkheid van een belangrijke actor die ik nog niet vermeld, met name de overheid. Zij moet

in onze actieve staat de democratische beleidsbetrokkenheid waarborgen. Het is geen toeval dat ze meer en meer de regie van de zorg in handen neemt.

Het is immers haar taak te zorgen voor planmatigheid, spreiding, kwaliteitsbewaking, diversiteit en pluralisme in de zorg. Ook dit ontwerp van decreet is een emanatie van die gewijzigde beleidscontext.

Door een stijgende behoefte aan georganiseerde zorg werd het Vlaamse voorzieningenbeleid de voorbije decennia met zelfrijzende zorgbudgetten geconfronteerd. De eerste Vlaamse minister van Welzijn slaakte in 1982 al de kreet dat we 'van meer naar anders' moesten. Haar opvolgers poogden aan de ene kant de sociale voorzieningen te responsabiliseren en deden aan de andere kant een caritatief beroep op de zorgzame samenleving.

De vraag naar aanbod- en kostenbeheersing was nooit ver weg uit de sector welzijn en gezondheid. In de ons omringende landen versterkte dat de beweging naar decentralisatie van de sociale politiek: de lokale besturen, korter bij de burger, zouden voor een betere afstemming van vraag en aanbod kunnen zorgen. Meer afstemming is minder overlapping en minder blinde vlekken.

Maar hier moest de Vlaamse overheid zich na de staatshervorming emanciperen ten aanzien van de federale staat. Dat versterkte eerder het centralisme. En toch wezen steeds meer tekenen op een wijziging van het beleidsparadigma. Onder druk van de stijgende zorgbehoefte is men gaan experimenteren met een sociaal impulsbeleid, onder meer in de sfeer van de armoedebestrijding.

Deze bescheiden vorm van decentralisering wordt min of meer doorgetrokken in het lokaal sociaal beleid en het stedenbeleid, maar het centrale voorzieningenbeleid blijft in de formele zorg toch de toon aangeven. We worden daar nog meer dan vroeger geconfronteerd met een aantal wachtlijsten. De meeste daarvan worden per regio opgesteld. Dat wijst er op dat er zich in elke sector feitelijke werkingsgebieden hebben ontwikkeld. Naarmate de ontzuiling er ruimte voor liet, is het management in die regio's op meer samenwerking en overleg gaan aansturen. De ontwikkeling van regionale beleidsnetwerken zit daardoor in een stroomversnelling. Ook het proces van intersectorale samenwerking is op die manier op gang gekomen maar kan door het voorliggende ontwerp van decreet nog ondersteund worden.

Is zo'n indeling in de huidige beleidscontext wel mogelijk? Professor De Rynck wees er eerder al

op dat coördinatie en planning, afstemming en samenwerking nu niet meer hetzelfde betekenen als enkele decennia geleden. Onder druk van de toegenomen diversiteit van behoeften en aanbod komt de politiek nu op voor haar primaat, stelt het middenveld vast dat het verstatelijk is tot semi-publieke voorzieningen en maakt het marktgerichte management ook in de zorg opgang.

Tussen markt- en overheidssturing dringt zich volgens professor De Rynck een nieuwe vorm van netwerksturing op, waarin niet langer de zuil maar het territorium, werkingsgebied of de zorgregio als integratiekader benut wordt. Al in 1990 werd voorspeld dat deze territorialisering ter wille van die regionale integratie gepaard zou gaan met meer management van de interorganisatorische samenwerking. Maar daar wringt nu net het schoentje: niet elke sector leeft op dezelfde maat qua werkingsgebied.

Bij het streven naar een integrale jeugdhulp wordt bijvoorbeeld werk gemaakt van een intersectorale modulering, die nadien in pilootregio's ook samenwerking moet bevorderen en uiteindelijk een regionale netwerkregie mogelijk maken. Men probeert op regionaal niveau de ruimte te vergroten voor pluralistische samenwerking rond de cliënt. Die vraaggerichte aanpak veronderstelt een gemeenschappelijk werkingsgebied voor alle sectoren.

Pas in dat gemeenschappelijk werkingsgebied kan men samen alle vragen zorgvuldig articuleren en nadien ook respecteren bij de organisatie van de zorg. De afbakening van zorgregio's schept daar een onmisbaar intersectoraal kader voor. Met andere woorden: zorgregio's zijn noodzakelijk om in de Vlaamse Gemeenschap de overgang te kunnen maken naar een andere vorm van netwerksturing: van een zuilgestuurde naar een regiogestuurde zorg. Zorgregio's zijn in die zin niet alleen de emanatie maar ook de voorwaarde van een nieuw beleid.

Het ontwerp van decreet wordt ingediend voor Welzijn en Gezondheid maar we hopen dat het ook in andere sectoren toonaangevend kan worden. Het is kort en helder en wil een kader maken voor samenwerking, programmering en spreiding per sector in verplicht opgelegde zorgregio's, die worden afgebakend op basis van de feitelijk geregistreerde geografische bewegingen van mensen naar allerlei vormen van dienstverlening. De voorgestelde afbakening geeft houvast voor een regionale netwerksturing in de zorg maar het is eigenlijk niet meer dan een lege doos die later zorgvuldig naar behoefte kan ingevuld worden.

Volgens de memorie van toelichting zal de indeling in eerste instantie toegepast worden in sectoren waar aan nieuwe regelgeving gewerkt wordt. Dat kan de angstreflexen in toom houden. Op korte termijn zou het decreet een neutrale aanpak van de regioafbakening mogelijk maken, want geen enkele zorgsector is richtinggevend voor een andere.

Dat is een goed vertrekpunt maar ook een breuk met het verleden omdat de indeling niet meer artificieel gebaseerd wordt op de bestuurlijke of gerechtelijke indelingen noch op de organisch of historisch ontwikkelde actieradius van een sectoraal zorgaanbod. Men gaat wel uit van de ruimere en vrij stabiele menselijke stromen.

Gezien de gebrekkige spreiding van de voorzieningen in heel wat welzijns- en gezondheidssectoren biedt dat perspectieven voor een vraaggerichte programmering. Over de werkwijze en de actualiteit van de basisgegevens is al veel te doen geweest.

Het VSO vindt die lokale of sectorale eigenaardigheden geen reden voor afstel. We vinden de keuze voor een vraaggericht model verantwoord, niet alleen bij de organisatie van de zorg, maar ook reeds bij de afbakening van zorgregio's. Vanuit preventief oogpunt vinden we het logisch dat verplaatsingen met het oog op zorg en dienstverlening zo dicht mogelijk kunnen aansluiten bij de gewone en bijkbare vrij stabiele alledaagse verplaatsingen.

Het is allicht ook de enige mogelijkheid om op langere termijn een gemeenschappelijke regiooemer te vinden voor alle welzijns- en gezondheidssectoren. Hoe en met welk tijdsplan men in de diverse sectoren de overgang zal maken van de oude opdelingen naar de feitelijke bewegingen en netwerken is een ander paar mouwen. Op dat vlak kunnen we alleen proactief een aantal bedenkingen meegeven.

Om niet meer weerstanden op te roepen dan nodig zou men niet de indruk mogen wekken van een dwingende intersectorale stroomlijning op korte termijn. Dat is voor ons geen kwestie van verstoorde evenwichten (tussen zuilen of kokers, publiek en privaat initiatief), maar wel van strategisch respect voor ingeburgerde trajecten en netwerken. We moeten van de gebruikers geen landlopers maken. Dit voorstel van decreet laat toe de afgebakende regio's eerst pragmatisch vanuit het werkveld als samenwerkingsgebieden te laten ontwikkelen.

Het ligt voor de hand dat we voor elke sector uitgaan van de huidige functionele of beleidsmatige

gebiedsomschrijvingen en samenwerkingsverbanden, zeker als ze recent op gang kwamen.

De soepelheid moet niet slaan op de ruimtelijke afbakening, maar wel op het tijdsplan van de binnen de zorgregio gevoerde regie. De samenwerking tussen organisaties en sectoren kan met de zachte dwang van stevige incentives ondersteund worden, maar de sturing moet ook voldoende sterk zijn. We verwijzen naar de ervaringen met de integratie van de centra algemeen welzijnswerk, die bij de regionale fusies toch ook tot mekaar veroordeeld werden.

Parallel aan de ontwikkeling van zorgregio's zal de centrale overheid ook de randvoorwaarden moeten creëren om op basis van de regionale budgetten het maatschappelijk initiatiefrecht van de sociale ondernemingen voor alle sectoren en zorgmodules in die regio toe te laten.

Omdat de regio de zuil als nieuw integratiekader gaat vervangen zal op regioniveau geleidelijk ook een andere invulling gegeven worden aan de 'keuzevrijheid' van patiënt en de gebruiker van welzijnsvoorzieningen. We zullen op het niveau van het regionale netwerk, respectievelijk van elke sociale onderneming, ongetwijfeld evolueren van een extern naar intern pluralisme in het zorgaanbod. Dat is aangewezen omwille van de organiseerbaarheid en de betaalbaarheid, maar ook en vooral ter wille van de kwaliteit van de aangeboden zorg.

Ook het recht op hulp zal in elke zorgregio gewaarborgd kunnen worden, maar dan wel op het niveau van het regionale netwerk van voorzieningen. Dat impliceert voor de betrokken voorzieningen een collectieve opnameplicht en voor de overheid een regionale budgetfinanciering die dit aanbod mogelijk maakt.

De overgang van een top-down – naar een bottom-up – beleid zal hoe dan ook gepaard moeten gaan met de ontwikkeling van het regionale beleidsnetwerk. De intersectorale en interbestuurlijke samenwerking zal daarom moeten berusten op een open kerntakendiscussie. Er zal onderhandeld moeten worden hoe het Vlaamse voorzieningenbeleid in zorgregio's (formele zorg) complementair wordt met het lokale sociale beleid (informele zorg en lokale samenlevingsopbouw).

Als samenvattend besluit kunnen we zeggen dat het VSO positief staat tegenover de principiële keuze voor een afbakening van zorgregio's omdat het de politieke overheid toelaat het onvermijdelijk

ke mogelijk te maken. Het 'onvermijdelijke' zit in de toenemende maatschappelijke druk van de behoefte aan zorg, die in onze hyperactieve samenleving zeker niet alleen te beantwoorden is met een vernieuwd appel op informele zorg. De formele zorg zal meer vraaggericht en/of vraaggestuurd georganiseerd moeten worden en op die manier vervlochten worden met de feitelijke samenlevingsverbanden. De mogelijkheid daartoe ligt besloten in de gewijzigde beleidscontext waarin de traditionele zuilgebonden integratie stilaan plaats is gaan ruimen voor een territoriale integratie in regionale en lokale netwerken. Het richtinggevend afbakenen van formele zorgregio's én het ontwikkelen van informele zorg via lokaal sociaal beleid zetten ons op die weg.

Het VSO staat vanuit een pluralistische visie positief tegenover de voorgestelde afbakening van zorgregio's en illustreert dat met enkele randbemerkingen voor de regie. De voorgestelde afbakening is neutraal ten aanzien van de huidige sectorale, publieke en particuliere gebiedsomschrijvingen en is hiërarchisch aanpasbaar aan de frequentie van de zorgvraag. Dat kan bijdragen tot een betere afstemming en beheersing van het aanbod. We zien de zorgregio's als de decors voor een verdere beleidsontwikkeling waarin ieder zijn rol kan spelen onder een democratische overheidsregie van de zorg. Maar de decors zijn leeg en kunnen pas tot hun recht komen als de acteurs en het publiek hun intrede doen en er tussen beide goed gecommuniceerd wordt.

8.2. Vragen en opmerkingen van de leden met antwoord van de heer Ludo Fret

Mevrouw Ingrid van Kessel : Tijdens de afgelopen maanden kreeg ik heel wat brieven vanop het terrein. Telkens opnieuw werd daarin aangehaald dat er te weinig rekening werd gehouden met het bestaande. U zegt echter dat de neutraliteit van de parameters bij de regio-indeling positief is en dat ze voor de historisch gegroeide gebieden geen problemen opleveren.

De heer Ludo Fret : Dat heb ik niet gezegd.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Maar u haalt toch vooral het positieve van de hele zaak aan. U ziet dit wel zitten, als er voldoende tijd voorzien wordt.

De heer Ludo Fret : Ik heb nog nooit een fundamenteleerschikking van de overheid meegeemaakt zonder dat daar protest tegen rees. Het is belangrijk te weten waar we naartoe willen en in te

schatten welk resultaat we op langere termijn zullen halen. In het geheel genomen vinden wij de geboden kansen op regionale samenwerking en afstemming zeer positief, en ik denk dat je de weerstand daartegen er op korte termijn moet bijnemen. Wij staan daarom achter dit ontwerp, op voorwaarde dat er bij de uitvoering zeer zorgvuldig gewerkt wordt en er voldoende overgangsmaatregelen getroffen worden. Een duidelijke eindbestemming is essentieel.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Het regionaal overleg in de gehandicaptensector is daar een goed voorbeeld van : daar werd een lange en moeizame weg afgelegd. Moeten wij niet meer rekening houden met wat reeds aan overleg en samenwerking bestaat ?

De heer Ludo Fret : De overheid had dit al 20 of 30 jaar eerder moeten doen, dan waren die problemen er vandaag niet geweest. Doordat er geen organisatie van bovenuit was is elke sector te veel op zichzelf gaan evolueren en groeien. Had de overheid sneller ingegrepen dan waren we sneller en intenser tot een samenwerking gekomen.

Mevrouw Ingrid van Kessel : 'We hadden moeten' is achteraf altijd eenvoudig te stellen. De situatie is wat ze is ; de samenwerkingsverbanden zijn wat ze zijn, en ik denk dat we daar rekening moeten mee houden.

Mevrouw Sonja Becq : Als een van de positieve punten zegt u dat dit decreet "kort, krachtig en duidelijk" is. Maar het is mij niet heel duidelijk wat u er inhoudelijk van vindt, en waar u precies naartoe wil. Hoe duidelijk is het voor uzelf ? U ziet geen problemen omdat alles vrij uitgebreid en duidelijk aan bod komt in de memorie van toelichting.

Die memorie wordt wel mee gepubliceerd, maar niet geherpubliceerd. Er zal niet blijvend rekening mee gehouden worden, en ze zal dan langzaam verdwijnen. Ik denk dat u zich te veel baseert op die memorie van toelichting : van de randvoorwaarden lees ik niets in het decreet zelf. De samenwerkingsgebieden groeiden spontaan van onderuit en worden nu van bovenuit opgelegd.

Men heeft bovendien geen enkele inspraak in de indelingen, die in een bijlage worden gepubliceerd die niet amendeerbaar is.

Het recht op zorg zou in elke zorgregio gewaarborgd blijven. Dat is zeer belangrijk, ook CD&V heeft een voorstel van zorgdecreet opgesteld waarin dit recht staat ingeschreven. Maar begrijp ik het

goed dat de heer Fret er niet alleen voorstander van is om per zorgregio in een territoriale toegangspoort voor die zorg te voorzien, maar ook om het recht op hulp territoriaal af te bakenen ? Iemand die in een bepaalde regio het recht op zorg heeft, zou die zorg dan alleen maar in die regio kunnen krijgen.

De heer Ludo Fret : Het afbakenen van zorgregio's en het stimuleren van samenwerking zijn termen die mekaar niet tegenspreken. Het ontwerp van decreet bevat een goede omschrijving om samenwerking tot ontwikkeling te laten komen binnen de zorgregio's. Of in het ontwerp bijkomende garanties moeten worden ingeschreven om ervoor te zorgen dat van de zorgregio's een goed gebruik zal worden gemaakt, is een politieke vraag die u zelf moet beantwoorden. Ik ben daar nogal optimistisch over. Als het verkeerd loopt, zullen de beleids- en sociale partners sterk genoeg zijn om hier tegen te reageren.

Mevrouw Sonja Becq : Waar leest u in het ontwerp van decreet dat die partners gehoord moeten worden ? Het ontwerp biedt op dit vlak toch geen enkele rechtszekerheid ?

De heer Ludo Fret : Ik ben mijn uiteenzetting begonnen met een pleidooi voor meer democratische beleidsbetrokkenheid van alle partners. Als het decreet verkeerd zou worden toegepast, zijn wij echter sterk genoeg om daartegen te reageren. Ik heb natuurlijk geen bezwaren tegen het inschrijven van extra waarborgen of verbeteringen.

Om ook nog even op uw tweede vraag in te gaan : het is moeilijk om het recht op zorg in te schrijven op het niveau van een concrete voorziening. Dit zou immers impliceren dat de voorziening moet opdraaien voor de kosten, terwijl de overheid misschien niet in voldoende middelen voorziet. Het is daarom beter dit recht in te schrijven op het collectieve niveau van de zorgregio, waar ook een gemeenschappelijke toegang georganiseerd wordt. De centrale overheid moet daar dan met regionale enveloppen en budgetten het niveau van de zorg waarborgen.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : De tekst van dit ontwerp van decreet biedt geen enkele rechtszekerheid. De manier waarop dit ontwerp tot stand is gekomen, doet mij alvast betwijfelen of de sector hier voldoende bij zal worden betrokken. Adviezen van de Gezins- en Welzijnsraad of van de Gezondheidsraad ontbreken, terwijl ook de SERV het gebrek aan inspraak hekelt.

Waarop baseert de heer Fret zijn blind vertrouwen dat die betrokkenheid alsnog tot stand zal komen ? Het Vlaams Parlement draagt de eindverantwoordelijkheid voor de decreten die het goedkeurt. Wij willen op dit vlak onze verantwoordelijkheid opnemen. Dit ontwerp vertoont te veel gaten.

Het verwondert mij dat de heer Fret zo weinig vragen heeft bij de studie van professor Van Hecke, die wel veel aandacht besteedt aan fluxen op het vlak van medische, maatschappelijke en sociale zorg, van sport en recreatie, van verkeer en winkelgedrag, maar geen aandacht besteedt aan de ambulante zorg. Als woordvoerder van de koepelorganisatie van een ambulante sector zou u dat misschien toch kunnen aankaarten ?

Deze indeling in zorgregio's met bijlage zal alvast niet coherent zijn met de conclusies van de pilootregio's voor de integrale jeugdhulp, waar voor een heel andere afbakening werd gekozen. Was het niet beter geweest dit wat meer op mekaar af te stemmen ?

Dit ontwerp van decreet bevat geen overgangsmaatregelen. De vrije beslissingsmacht van de regering zal zeer groot zijn. De heer Fret pleit voor flexibiliteit op het vlak van de timing. Zou deze mogelijkheid niet beter worden opgenomen in de tekst van het ontwerp van decreet ?

De heer Ludo Fret : We moeten een onderscheid maken tussen de democratische betrokkenheid bij de totstandkoming van dit ontwerp van decreet en de toepassing van het decreet. We kunnen inderdaad heel wat kritische bemerkingen maken bij de manier waarop op dit moment de adviesraden functioneren in de sector Welzijn en Gezondheid en het werkveld hoopt zeker op beterschap, onder meer in de vorm van strategische adviesraden en sectorale adviescomités. Wat de toepassing van het decreet betreft, mag het parlement wat ons betreft zeker verbeteringen aanbrengen om een beter gebruik van de zorgregio's te waarborgen.

Het VSO vindt dat we het bestaan van de dominante fluxen niet moeten ontkennen in functie van particuliere belangen. We kunnen toch niet vragen dat stabiele bewegingen van de bevolking zich plooiën naar de ambulante sector ? waarbij ik wel even wil benadrukken dat ook heel wat residentiële voorzieningen onder zijn leden telt. Het hele proces om de integrale jeugdhulp door de samenwerking van een aantal sectoren beter te organiseren, bewijst dat identieke en gemeenschappelijke zorgregio's over de sectoren heen nodig zijn. We zullen daar ooit werk van moeten maken. Hoe

moeilijk het ook lijkt en hoeveel weerstand het op korte termijn ook oproept.

Wat we nu in de integrale jeugdhulp meemaken, is overigens nog niet meer dan een experiment binnen een aantal proefregio's. Nadien zal men kunnen nagaan hoe het proces over de verschillende sectoren heen georganiseerd dient te worden. Dat kan allicht best in anders gestructureerde regio's die met deze zorgregio's zouden kunnen samenvallen. Eventueel in anders gestructureerde zorgregio's die ook met deze zouden kunnen samenvallen. Op korte termijn zie ik geen enkel probleem.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : De afbakening van de regio's wordt in een bijlage bij dit ontwerp van decreet omschreven, waardoor we er zelfs geen amendement op kunnen indienen. Uiteindelijk gaat het hier om een experiment dat nog geëvalueerd moet worden waarna wij de decreetgeving inzake integrale jeugdzorg zullen kunnen aanpassen. Desalniettemin worden de regio's gebetonneerd.

De heer Ludo Fret : Zo ervaar ik het niet. Ik zie de regio's niet als betonnen constructies maar als een richting waarin we met een goede overheidsregie kunnen evolueren.

De heer Jan Van Duppen : De heer Fret legt in tegenstelling tot andere sprekers een grote bescheidenheid aan de dag. Dat siert hem en zijn organisatie. De sector van de verzorgingsinstellingen lijkt dankzij kwaliteit, inzet, inspanningen, onderling overleg en organisatie in de beste der werelden te leven. Waarom is zijn sector daar niet in geslaagd ?

De heer Ludo Fret : In tegenstelling tot de gezondheidssector leeft de welzijnssector niet in de beste der werelden. Door een tekort aan middelen en de stijgende zorgbehoeften moeten wij voortdurend zoeken naar een betere organisatie. Meer informele zorg als aanvulling op de ontoereikende formele zorg, zou een oplossing kunnen zijn. Maar wij geloven meer in een andere organisatie van de zorg op basis van zorgregio's. Binnen die regio's kunnen vraag en aanbod beter op elkaar afgestemd worden. De verschillende sectoren zullen er ook beter kunnen samenwerken. De degelijk omschreven zorgregio's zullen ons nog van pas komen.

De heer Jan Van Duppen : Zou het kunnen dat alleen de sectoren waar veel geld mee gemoeid is in de beste der werelden leven ?

De heer Ludo Fret : Dat laat ik aan uw interpretatie over.

De voorzitter : Gezien de beperkte omvang van de welzijnssector is er nog ruimte voor soepelheid. Iedereen weet immers dat er de komende jaren geen tien ziekenhuizen gebouwd zullen worden in Vlaanderen.

De heer Ludo Fret : Met de ziekenhuizen kan men inderdaad niet doen wat men de voorbije tien jaar gedaan heeft met de centra voor algemeen welzijnswerk. De centra werden door twee CVP-ministers verplicht om samen te werken én te fusioneren, waardoor de zorg beter gestructureerd werd.

De heer Jan Van Duppen : Dat is de verdienste van voormalig minister Martens.

Mevrouw Sonja Becq : Dat is niet gebeurd op basis van territoriale criteria, wel op basis van parameters.

De heer Ludo Fret : Mochten er toen al zorgregio's geweest zijn, dan zou een en ander gemakkelijker geweest zijn. Nu zullen een aantal van de 27 centra onvermijdelijk ooit nog verder samengevoegd worden binnen de zorgregio's. Het proces is nog niet af. Uiteraard is dat veel gemakkelijker in een kleine sector als het algemeen welzijnswerk.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Dat heeft enorm veel tijd en middelen in beslag genomen.

De verslaggever,

Jan VAN DUPPEN

De voorzitter,

Patricia CEYSENS