



Vlaams
Parlement

vergadering **C214**
zittingsjaar 2016-2017

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 25 april 2017

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het uitblijven van de erkenning van buitenlandse diploma's verpleegkundigen – 1631 (2016-2017)	4
VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de miskenning van de rol van wijkgezondheidscentra voor de eerstelijnszorg – 1747 (2016-2017)	8
VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het ziekenhuislandschap in Vlaanderen – 1777 (2016-2017)	14
VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over binnenlandse adoptie – 1784 (2016-2017)	21
VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toekomstvisie met betrekking tot gezinsopvang – 1794 (2016-2017)	
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over onthaalgrootouders voor kinderopvang in Roeselare – 1803 (2016-2017)	24
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de kwalificatievereisten voor begeleider en verantwoordelijke in de kinderopvang – 1820 (2016-2017)	29
VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de resultaten van de kwaliteitsmeting in de geestelijke gezondheidszorg – 1833 (2016-2017)	32
VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over 57 miljoen euro investeringen in kinderopvang en jeugdhulp – 1857 (2016-2017)	35
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het bevolkingsonderzoek naar diabetes type 2 – 1860 (2016-2017)	41
VRAAG OM UITLEG van Elke Sleurs aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de kennis van patiëntenrechten – 1871 (2016-2017)	44
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de bekendheid en bekendmaking van sociale kaarten bij zorgverstrekkers en hulpverleners – 1874 (2016-2017)	46

VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de uitblijvende resultaten van de armoedetoets op de vernieuwde kinderbijslag – 1878 (2016-2017)	48
VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toekomst van het West-Vlaams Consultatiebureau voor Diagnostiek en Zorg en het Oriëntatiecentrum Wilrijk – 1885 (2016-2017)	51
VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de zorgvernieuwingsprojecten in het kader van ouderenzorg – 1886 (2016-2017)	53
VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opname van bewoners met zware en speciale zorgnoden in centra voor kortverblijf – 1887 (2016-2017)	55

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het uitblijven van de erkenning van buitenlandse diploma's verpleegkundigen – 1631 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Voorzitter, minister, collega's, zoals we allemaal weten, zijn er in ons land een aantal nieuwkomers die als vluchteling aankomen en sommigen hebben een diploma, bijvoorbeeld een diploma verpleegkunde. Het is in het belang van deze persoon en zijn integratie dat het diploma zo snel mogelijk wordt ingezet in de functie waarvoor het is bedoeld, namelijk als verpleegkundige. Ook de samenleving heeft er baat bij, omdat er een tekort is aan verpleegkundigen, en we de handen in de zorg kunnen gebruiken.

Via de zorgambassadeur zet de minister terecht in op een positieve en realistische beeldvorming van zorgberoepen. Toch blijft er in tal van zorgberoepen een tekort aan kandidaten. Het lijkt dan ook vanzelfsprekend dat indien buitenlanders of nieuwkomers met een zorgkundig diploma zich in ons land vestigen, de overheid er alles aan doet om deze mensen snel toe te leiden naar de zorgsector.

Het loopt echter strop. Deze vraag kent een heel traject. Ze is in het federale parlement ingediend, in het Vlaams Parlement, en ze heeft al heel wat ministers gezien. Minister, we stellen vast dat het bij u strop zit, namelijk bij een commissie die zou moeten worden samengesteld. Vroeger was de aflevering van diploma's een federale bevoegdheid. Met de staatshervorming is een deel naar de deelstaten gekomen. Na de erkenning van een diploma, volgt er nog een heel traject. Er is een commissie onder bevoegdheid van minister Crevits, en die functioneert, maar er is ook een advies nodig van de erkenningscommissie van de beoefenaars van verpleegkunde om te kunnen werken volgens diploma. Vroeger gebeurde dit op federaal niveau, maar nu moeten de deelstaten een eigen commissie oprichten, zodat mensen wier diploma is erkend en die willen doorstromen naar het zorgberoep van verpleegkundige, die laatste horde kunnen nemen.

De dossiers zitten vast. Sinds de staatshervorming is er geen commissie samengekomen.

Collega Anne Dedry stelde hierover een vraag aan federaal minister De Block. Uit het antwoord blijkt dat dit te wijten is aan het uitblijven van een Vlaamse commissie.

Door de zesde staatshervorming is er blijkbaar een moeilijkheid om zo'n commissie samen te brengen. Sinds 2014 is er geen enkele verpleegkundige meer door die procedure geraakt.

Volgens de cijfers van mevrouw De Block zijn er momenteel 23 dossiers geblokkeerd, en zullen er nog 14 bij komen. Dat zijn dus 37 verpleegkundigen die aan de slag willen en kunnen, maar die moeten wachten. Ik geef toe dat 37 geen monstercijfer is, maar het is jammer op een moment dat er een tekort is en ook voor die mensen die niet volgens hun competenties worden ingezet.

Bij de Franse Gemeenschap is er hetzelfde probleem geweest. Men moest er ook een commissie oprichten. Dat bleek moeilijk te zijn en zij hebben aan de federale commissie de bevoegdheid gegeven om verder te functioneren in afwachting van het opstarten van een eigen commissie.

Minister, bent u het eens dat het strop loopt op het uitblijven van een Vlaamse commissie voor de erkenning van beoefenaars van de verpleegkunde? Waarom is

deze Vlaamse commissie nog niet in werking? Waarom werd er niet beslist om de voormalige commissie verder te laten werken, zoals de Franse Gemeenschap besloot? Hoe en wanneer zult u deze achterstand wegwerken? Dit is de situatie voor verpleegkundigen. Doen zich gelijkaardige problemen voor bij andere zorgberoepen? Hebt u overleg gehad met mevrouw De Block over deze problematiek?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Collega's, eerst en vooral moeten we stellen dat het een zeer juridisch-technisch dossier is. Er moet een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds de erkenningscommissies voor de beroepstitels en bekwaamheden van verpleegkundigen, wat een Vlaamse bevoegdheid is, en anderzijds de commissie die advies moet verlenen over de toelating van de niet-Europese verpleegkundigen tot het beroep van verpleegkundige, wat een federale bevoegdheid is.

De eerste stap in dit dossier van de niet-Europese verpleegkundigen, en dat volgens artikel 145 van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, ligt inderdaad bij de Vlaamse Gemeenschap. De diploma's van die verpleegkundigen moeten een academische gelijkwaardigheid krijgen van het National Academic and Professional Recognition and Information Centre in Vlaanderen. In al die dossiers is dat gebeurd. Daar is dus geen probleem. Vervolgens moeten die dossiers worden onderzocht door de federale overheid in functie van de toelating tot het beroep van verpleegkundige. Hiervoor doet de federale overheid een beroep op de federale erkenningscommissie, wat betreft de adviesverlening tot toelating van deze verpleegkundigen om verpleegkunde uit te oefenen. We hebben vernomen dat de federale overheid nog geen nieuwe erkenningscommissie heeft opgericht en de erkenningscommissie in zijn oude samenstelling niet meer contacteerde over deze dossiers. Intussen zijn die dossiers geadviseerd door experts uit de Vlaamse erkenningscommissie in de schoot van het agentschap Zorg en Gezondheid. De erkenningscommissies voor het erkennen van de beroepstitels en bekwaamheden van verpleegkundigen op het Vlaamse niveau zijn, op drie na, allemaal samengesteld en operationeel, en dat in uitvoering van het besluit van de Vlaamse Regering van 16 januari 2016. Het probleem bij de drie nog niet samengestelde commissies is voornamelijk dat we ze op basis van de voorgestelde kandidaturen nog niet kunnen samenstellen vanwege de niet-correcte man-vrouwverhouding bij de kandidaten. We zijn dat aan het oplossen teneinde ook die commissies te kunnen samenstellen, zodat alle commissies zijn samengesteld.

De Franse Gemeenschap heeft, in tegenstelling tot de Vlaamse Gemeenschap, nog geen eigen procedureregelgeving uitgewerkt, en op basis daarvan dus ook nog geen erkenningscommissies samengesteld voor de beroepstitels en bekwaamheden. Vlaanderen heeft voor een andere weg gekozen en realiseert deze nu volop.

Het probleem wordt niet veroorzaakt door een achterstand. Zoals ik al aangaf, zijn deze dossiers ondertussen geadviseerd door experts uit de Vlaamse erkenningscommissie.

Inzake dossiers erkenning bijzondere beroepstitel ziekenhuisapotheker is er ook een onderdeel dat federale bevoegdheid is gebleven. Voor de Vlaamse bevoegdheid is er ook een Vlaamse erkenningscommissie samengesteld.

In die dossiers doet de federale administratie wel nog een beroep op de erkenningscommissie zoals die ten tijde van de uitoefening op federaal niveau van de bevoegdheid was samengesteld. Het is ons niet duidelijk waarom die oplossing voor de behandeling van de genoemde dossiers niet is verkozen. We hebben uiteraard over de problematiek overleg gepleegd met de federale overheid. De federale overheid heeft recentelijk beslist om van ons voorstel van oplossing gebruik te maken, dat erin bestaat de dossiers te laten adviseren door experts ter beschikking gesteld door de Vlaamse erkenningscommissie. De dossiers zijn midden maart

door die experts van advies voorzien en kunnen nu dus verder worden afgehandeld door de federale administratie.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, ik ga beginnen met het laatste. U zegt dat er intussen dus wel al een advies is gekomen, midden maart. Tot vorige week, want ik moet toegeven dat ik hen pas vorige week heb gecontacteerd om te horen wat de evolutie was, hadden de mensen in kwestie nog steeds geen antwoord. Dat zijn mensen die soms al een of twee jaar wachten. Dit betekent dat zij binnenkort wel degelijk een positief advies zullen krijgen. Het laatste advies dat Vlaanderen ter zake moet geven, bleef uit, maar dit is dus in orde. Dat begrijp ik goed uit uw antwoord.

Ik hoor u eigenlijk ook de bal terugspelen naar de federale overheid. Zoals ik zei, hebben we de vraag eerst federaal gesteld. De vraag wie waar zit, is inderdaad heel technisch, maar het antwoord van minister De Block was wel heel duidelijk. Ze stelde dat het de Vlaamse Regering is die die commissie moet samenstellen, dat die achterblijft. Ik vind dit dus wel een vervelende situatie. U zegt dat dit federaal is, dat u hun hebt gevraagd waarom ze dat niet hebben gedaan. Het kan iemand die net uit Syrië of weet ik veel waar aankomt met een diploma van verpleegkundige, heel weinig schelen welke overheid bevoegd is voor de erkenning van zijn diploma en wie allemaal advies moet geven. Die wil aan de slag gaan. Die moeten we aan de slag krijgen. Ik hoop dus dat er nu snel schot in de zaak komt, dat er niet veel mensen bij die 37 komen. U noemt het geen achterstand, maar het is de facto wel een achterstand, omdat dit mensen zijn die dit heel lang niet hebben gehad. Ik kan ervan uitgaan dat men die snel wegwerkt, dat dit, als de adviezen eenmaal zijn gegeven, snel vooruit kan gaan. Twee jaar verliezen met betrekking tot de talenten van mensen is echter bijzonder jammer.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Minister, ik ben het met u eens dat dit een juridisch dossier is, maar dat belet niet dat het pingpongspelletje – want zo kunnen we het stilaan toch wel noemen – tussen de federale bevoegde minister en de Vlaamse bevoegde minister mag ophouden. Op het terrein zijn er immers vragen naar goede zorgkrachten. Daar zijn we allemaal voor, denk ik. Eigenlijk gaat dit over praktische en administratieve beslommeringen, van commissies die niet goed samengesteld geraken, die niet goed samengesteld zijn, die niet voldoende met elkaar spreken, die elkaars experts niet altijd evenzeer naar waarde schatten. Het is niet zozeer juridisch. Je krijgt het op het terrein, waar u ook komt, niet uitgelegd dat zulke praktische en administratieve beslommeringen beletten dat mensen waarvan men weet dat ze goed werken, ook al omdat ze daar soms stage hebben gelopen, niet volwaardig kunnen worden ingezet. De oproep moet dus de volgende zijn, denk ik: laten we met dat pingpongspel stoppen, en laten we ervoor zorgen dat goede zorgkrachten, die goede, kwalitatieve gezondheidszorg kunnen verlenen, ook aan de slag kunnen in ons Vlaamse zorglandschap.

De voorzitter: Mevrouw De Meulemeester heeft het woord.

Ingeborg De Meulemeester (N-VA): Voorzitter, minister, ik wil in deze discussie vooral benadrukken dat het voor onze fractie essentieel is dat die buitenlandse verpleegkundigen naast, uiteraard, de nodige kennis en kunde, ook het Nederlands vlot beheersen. Ik ben zelf verpleegkundige. Ik kan beamen dat het zeer belangrijk is om het Nederlands vlot te beheersen, ten voordele van een degelijke verzorgers-patiëntrelatie. Mensen die een zorgberoep uitoefenen, hebben een zeer grote verantwoordelijkheid ten opzichte van hun patiënten, en de kwaliteit van de zorg dient te allen tijde te worden gewaarborgd. Dat is uiteraard essentieel. Elkaar verstaan en met elkaar kunnen communiceren zijn daarbij echter uitermate belangrijk. In de

plenaire vergadering van 8 februari werd hieromtrent ook een discussie gevoerd, naar aanleiding van de vraag van voormalig collega Croo over de erkenning van artsen met een buitenlands diploma. Minister, u zei toen dat het creëren van een kader om de taalkennis te kunnen controleren, werd bekeken. Is het overleg daaromtrent reeds opgestart, of voor wanneer is dat gepland?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Vlaanderen heeft er inderdaad voor gekozen om de bevoegdheid uit te putten en heeft die erkenningscommissies opgestart. Ze zijn, denk ik, zo goed als allemaal operationeel. Ik ben het er uiteraard mee eens dat we vooral moeten zoeken naar pragmatische oplossingen, om het geduld van die mensen niet langer op de proef te stellen. Wat ik kan opmaken uit de informatie die we ook vanuit de administratie hebben gekregen, is dat er ondertussen inderdaad een praktische oplossing is gevonden om een aantal adviezen te geven aan het federale niveau, dat de beoordeling moet doen inzake de toelating tot het beroep. Laten we er dus van uitgaan, en we zullen dat ook wel eens checken, dat daarmee de continuïteit van de besluitvorming opnieuw is gewaarborgd.

Wat de laatste vraag betreft, heb ik geen nieuwe informatie. Dat is enigszins logisch, want er moet federaal nog een beslissing worden genomen over de contingentering. Mijn aanvoelen is dat er toch eerst een aantal politieke beslissingen moeten worden genomen alvorens we daar nieuwe discussies of nieuwe dingen aan kunnen toevoegen. Er is ook de andere kant van het verhaal. Nu put ik echter uit mijn parate kennis. Ik denk dat men federaal ook die piste bekijkt in het kader van de hervorming van de wet op de gezondheidszorgberoepen. Wat dat betreft, hebben wij op dit moment geen bijkomende informatie.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Ik heb het hier bewust over de zorgberoepen gehad, want met betrekking tot de artsenproblematiek zijn er nog andere zaken. In België heb je ter zake ook andere criteria. Daar speelden ook andere elementen.

Ik wil zeker erkennen dat voor zorgberoepen het spreken van de taal ongelooflijk belangrijk is.

Ik zal mijn hand niet in het vuur steken voor ieder persoon, maar de mensen waarmee ik contact heb gehad, zijn voor een deel al zeer Nederlandskundig en ook zeer bereid om zich daarin in te werken en te leren. Het gaat hier dus niet om mensen die dat niet willen of niet kunnen. Het zijn mensen die met heel veel enthousiasme klaarstaan om aan de slag te gaan en die de laatste horde moeten nemen.

Minister, ik ben blij dat u een pragmatische oplossing hebt gevonden, al vind ik het jammer dat die twee of eigenlijk drie jaar op zich heeft laten wachten.

Er is inderdaad op 8 februari in de plenaire vergadering daarover een vraag gesteld. Ik weet dat ik u toen ook die vraag heb gesteld. U zei: 'Ja, we zullen het bekijken.' Zowel minister De Block als u hebben tal van brieven gekregen van de betrokkenen en mensen rondom hen met de oproep om hier iets aan te doen. Ik hoop dat we voortaan sneller kunnen gaan voor dergelijke zaken en dat we een bevoegdheidsoverdracht vlotter kunnen laten verlopen, om te vermijden dat mensen met een relevant diploma, met werklust en werkervaring, drie jaar in de wachtkamer moeten zitten.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de miskening van de rol van wijkgezondheidscentra voor de eerstelijnszorg – 1747 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp-a): Minister, sta me toe om een korte situatieschets te geven over de rol van de wijkgezondheidscentra, die in onze ogen nu wordt miskend door de federale overheid.

In het najaar van 2016 kondigde federaal minister van Volksgezondheid De Block een tijdelijk moratorium af op de erkenning van bijkomende nieuwe wijkgezondheidscentra. Voor vele mensen was dat al een zware slag, waardoor vele wijkgezondheidscentra in oprichting werden getroffen. Die wijkgezondheidscentra, daarover zijn we het allemaal eens, zetten zich in om de gezondheidszorg toegankelijk te maken voor de meest kwetsbaren in onze samenleving.

We hebben daarover toen al discussie gevoerd in dit Vlaams Parlement, omdat wij vanop het Vlaamse niveau, dat bevoegd is voor de preventie, de eerstelijnszorg, het allemaal – zo hoop ik – belangrijk vinden dat iedereen tot bij de huisarts moet kunnen geraken. Bij de discussie met vragen om uitleg, mondelinge vragen, ook over de conferentie eerstelijnszorg, bevestigde u opnieuw de rol van wijkgezondheidscentra en de bijdrage die zij kunnen leveren aan de Vlaamse beleidsdoelstellingen inzake gezondheid. Ter herinnering: wij hadden een oproep gedaan om bezwaar in te dienen tegen dit federaal moratorium, maar daaraan heeft deze meerderheid in het verleden geen gevolg gegeven.

Minister, ondertussen zien we echter dat de situatie eigenlijk nog verslechtert. De federale minister gaat nog verder dan het reeds ingevoerde tijdelijke moratorium en weigert nu wijkgezondheidscentra te erkennen die eerst niet waren gevat door het moratorium. Ze weigert nu de oprichting daarvan.

Het wordt nog slechter. Bij deze – in onze ogen onbegrijpelijke – beslissing werd en wordt met argumenten geschermd die het belang van de patiënt niet lijken voorop te stellen, maar wel het belang van een individuele groep binnen een groep zorgverstrekkers. Het individueel belang wordt dus boven het algemeen belang gesteld. Dat is voor ons een zeer jammerlijke vaststelling, gezien de opdracht van de wijkgezondheidscentra in het algemeen en de bijdrage die ze leveren aan de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen.

Minister, was u op de hoogte van de federale beslissing om de opening van de geplande wijkgezondheidscentra, die – ik herhaal – eerst niet door het moratorium waren gevat, te schorsen? Zo ja, hebt u dan vanuit uw bevoegdheid voor preventief gezondheidsbeleid een reactie gegeven om te zeggen dat dit niet kan? Of hebt u een andere reactie gegeven?

Was of bent u betrokken bij de audit van de wijkgezondheidscentra? En hoever staat het daarmee? We horen daar namelijk toch maar rare geluiden over, meestal in de zin van vertraging, dat het niet zal worden afgesloten op het moment dat oorspronkelijk bedoeld was.

Minister, de derde vraag is heel rechtstreeks aan u gericht. Heeft de bevrozing van wijkgezondheidscentra – niet alleen door het moratorium, maar nu ook door het bijkomende –, in het bijzonder die die niet waren gevat door het moratorium, een bijkomende impact op het behalen van de doelstellingen inzake de eerstelijnszorg?

De vierde vraag is wat ons betreft fundamenteel. Deze eenzijdige beslissing van de federale minister heeft een hoge precedentswaarde. Ze volgt daarbij argumenten die het belang van de patiënt niet vooropstellen. Het belang van de patiënten lijkt het niet meer te halen en lijkt een prioriteit van de tweede orde te worden. Het individueel belang lijkt hier als prioriteit te gelden. Minister, bent u bereid om deze markante, voor ons zeer bizarre logica op het eerstvolgende Overlegcomité aan te kaarten bij uw federale collega?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Collega, ik was niet vooraf op de hoogte van de beslissingen van mijn collega over de wijkgezondheidscentra en gaf haar hieromtrent ook geen reactie.

Ik ben ook niet betrokken bij de audit van de wijkgezondheidscentra, maar zal het resultaat hiervan uiteraard bekijken en nagaan welke aspecten daarvan mogelijk relevant zijn voor onze bevoegdheden of voor de hervorming in de eerste lijn wat onze bevoegdheden betreft.

Omtrent de eerstelijnszorg zijn er op zich nog geen Vlaamse doelstellingen geformuleerd. Het is wel de bedoeling om op termijn Vlaamse doelstellingen op te maken. Dat maakt deel uit van het hervormingstraject dat we in de eerste lijn zullen opstarten en waarvoor de basis gelegd is op de conferentie. Er zullen in dat kader doelstellingen op verschillende niveaus worden geformuleerd: op het niveau van de eerstelijnszone, de regionale zorgzone en uiteraard op Vlaams niveau. Die doelstellingen zullen ook gericht zijn op het geheel van de actoren, waarbij ook de toegankelijkheid uiteraard een belangrijk aspect vormt.

Vanzelfsprekend zullen we in overleg gaan met de federale overheid over de hervorming van de eerstelijnsgezondheidszorg. De bevoegdheden op het vlak van de eerste lijn blijven, ook na de zesde staatshervorming, verdeeld over de gemeenschappen en de federale overheid. Het feit dat de federale overheid bevoegd is voor de vergoeding van de prestaties van de gezondheidszorgberoepen beïnvloedt namelijk uiteraard in grote mate de wijze waarop de hervorming van de eerstelijnszorg tot stand kan komen.

De geplande federale uitgaven voor de prestaties in de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen in 2017 bedragen 4,3 miljard euro. De Vlaamse overheid zet voor diezelfde eerstelijnsgezondheidszorg een budget van 2,77 miljard euro in, waarvan het grootste deel, namelijk 2,052 miljard euro, naar residentiële ouderenzorg gaat en 685 miljoen euro naar de gezinszorg.

Een geïntegreerde zorgorganisatie vraagt een financiering die daarop is afgestemd. Een dergelijke financiering moet inzetten op de toegankelijkheid van de zorg, de kwaliteit van de zorg, interdisciplinaire samenwerking, het afstemmen van de zorg op het bevorderen of behouden van de autonomie, de regierol van de persoon met een zorgnood enzovoort. Persoonsvolgende financiering is hierbij in het kader van de ontwikkeling van de Vlaamse sociale bescherming voor ons een belangrijke hefboom.

Een eerste stap die we ondersteund hebben, is het actieplan van alle ministers bevoegd voor de volksgezondheid in ons land, voor een geïntegreerde zorg voor personen met langdurige en complexe zorgvragen. Dit plan heeft als doel om een meer integraal beleid op het vlak van eerstelijnszorg te bevorderen. De belangrijkste actielijn is de uitvoering van een aantal pilootprojecten. In België zullen in juni 2017 maximaal twintig pilootprojecten van start gaan, waarvan tien in Vlaanderen.

De pilootprojecten geïntegreerde zorg werken momenteel bottom-upvoorstellen uit ten aanzien van een aangepast financieringssysteem. Vlaanderen vraagt hun

ook te experimenteren met persoonsvolgende financiering. Uit hun ervaringen zijn lessen te trekken over de haalbaarheid en de wenselijkheid van bepaalde financieringsmechanismen.

Hoe de zorgaanbieders, voornamelijk deze die opgenomen zijn in KB nr. 78, gefinancierd worden en hoe hun taakomschrijving eruitziet, is dus van grote invloed op de wijze waarop deze zorgaanbieders de zorg organiseren en verlenen. Dat KB nr. 78 wordt momenteel hervormd. Het krijgt twee luiken: een luik met de profielen van de zorgaanbieders en een kwaliteitsluik. De invulling van beide luiken zal de Vlaamse hervorming van de eerste lijn uiteraard beïnvloeden. Ook hier is afstemming nodig, en over die hervormingen van het KB heeft de Vlaamse overheid zijn standpunt al overgemaakt aan de federale minister.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Dank u wel, minister. U was ook aanwezig bij het afscheid van de heer Christiaan Decoster, waar de samenwerking en het overlegmodel in de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid werd geroemd. Terecht, want daar wordt veel overlegd. Maar over deze materie vind ik dat u veel actiever moet overleggen. Ik zal het vriendelijk formuleren. U kunt niet zomaar kijken naar wat de federale minister hier uitsteekt. Het woord 'uitsteekt' gebruik ik heel bewust.

Ik weet dat u zegt dat de financiering van de prestaties met betrekking tot de wijkgezondheidscentra een federale bevoegdheid is. U hebt het nu ook weer gezegd. Maar deze discussie gaat veel verder dan de financieringskwestie van de zorgverstrekkers. Die discussie wordt inderdaad al maanden gevoerd in de respectieve overlegorganen binnen de actoren van het RIZIV. Maar de discussie omtrent de organisatie van de eerstelijnszorg, waarvoor Vlaanderen wel bevoegd is, gaat verder dan enkel de financiering van de zorgverstrekkers. U mag zich daar niet achter blijven verschuilen en u moet uw collega veel krachtadiger aanspreken op wat zij aan het uitsteken is. Ik herhaal dat woord nog even bewust. Met betrekking tot de belangrijke zaken die moeten gebeuren, zijn er immers ook preventieve aspecten, zoals u zelf aanhaalt. Er is de samenwerking eerste lijn, waarvan u zelf zegt dat de wijkgezondheidscentra een belangrijke rol spelen op het terrein, nu al. Dat is teamwork, dat is multidisciplinair, allemaal voorbeelden die u aanhaalt voor de integrale eerstelijnszorgverlening, die nu grotendeels wordt toegepast binnen die wijkgezondheidscentra. Mijn vraag is dan ook: waarom slaat u niet harder op tafel binnen die IMC Volksgezondheid met betrekking tot de wijkgezondheidscentra? Waarom bent u daar zo afwachtend?

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Het is belangrijk dat we een aantal antwoorden krijgen vanuit het onderzoek dat is opgestart door minister De Block, op een aantal pertinente vragen met betrekking tot de werking van de wijkgezondheidscentra. Ik denk maar aan het weren van zwaar zorgbehoevende ouderen, het veel minder ouderen hebben in het patiëntenbestand, het niet doen van huisbezoeken, het probleem van continuïteit, het niet betalen van andere zorgverstrekkers die 's avonds of tijdens het weekend prestaties leveren, de hogere gemiddelde kost per patiënt van 180 versus 125 euro, het gebrek aan transparantie in subsidiëring. Het is maar de logica dat daar eerst een onderzoek naar gebeurt.

Ik wil hier toch nog het volgende even aanhalen. Mijnheer Bertels, als ik u hoor zeggen dat hierdoor plots mensen in kansarmoede geen toegang meer hebben tot goede en laagdrempelige zorg, wil ik u er toch even op wijzen dat de zelfstandige huisarts nog altijd diegene is die de meeste kansarmen ziet. De 1 euromaatregel is ingevoerd. Zeer veel huisartsen vragen zelfs niets van opleg. Als we het hier over één ding moeten hebben, is het dat de toegankelijkheid van geneeskunde in ons land enorm, enorm hoog is. Begin niet over die toegankelijkheid.

Een van de belangrijkste redenen – wat sowieso wetenschappelijk bewezen is – waarom mensen in armoede geen geneeskundige hulp vragen, is dat gezondheid en ziekte voor hen vaak niet prioritair is omdat ze met andere zaken bezig zijn. Begin dus niet over die toegankelijkheid.

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): Voor onze fractie is het een en-enverhaal. Wij onderstrepen de rol en het belang dat wijkgezondheidscentra hebben, ook in het kader van het dichten van de gezondheidskloof. Ik moet wel zeggen dat we natuurlijk moeilijk een Vlaamse minister verantwoordelijk kunnen stellen voor de maatregelen die een federale minister neemt. Het is uiteraard wel belangrijk dat het thema op de agenda van de interministeriële conferenties blijft worden gezet en op de agenda van de overlegstructuren die er allemaal zijn.

Ik fronste toch wel eventjes de wenkbrauwen toen ik het artikel las over het wijkgezondheidscentrum in Menen. Er werden uitspraken gedaan over 'aanzuigeeffecten' en 'het wijkgezondheidscentrum is de beste manier om kansarmoede aan te trekken'. Daar had ik het toch wel moeilijk mee omdat wijkgezondheidscentra een belangrijke hefboom zijn om te gezondheidskloof te dichten. Ik denk dat we op Vlaams niveau ons werk doen, maar dat overleg in dezen toch wel van blijvend nut kan zijn.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Als we de conclusies van de eerstelijnsconferentie, die nog niet zolang geleden gehouden is, onderzoeken, wordt er wel heel duidelijk aan de alarmbel getrokken. De manier waarop eerstelijnszorg wordt aangeboden, de manier waarop zorg en gezondheidszorg worden aangeboden, tonen aan dat we achterlopen als het gaat over de eerstelijnsnetwerken. We moeten inzetten op de multidisciplinaire praktijken waar verschillende disciplines samenzitten. Wijkgezondheidscentra zijn daar een model van – ik zeg niet dat het het heilige model is, maar wel een model – dat zeker zijn plaats heeft.

Mevrouw Saeys, het valt mij op dat u bijna persoonlijk geraakt lijkt. Er is geen moratorium op alleenstaande huisartsenpraktijken; er is wel een moratorium op wijkgezondheidscentra. Dat er vragen worden gesteld over wijkgezondheidscentra en de impact ervan, vind ik zeer pertinent. Het beeld dat u schetst over te dure, slecht werkende wijkgezondheidscentra, is in mijn ogen ver van de realiteit en van de cijfers te velde. Ik zeg niet dat het het enige model is en dat de hele gezondheidszorg zo moet zijn, maar het heeft zeker zijn plaats.

En ja, wijkgezondheidscentra spelen ook een rol in het bereiken van kansarmoede en mensen in armoede. Laat ons er niet blind voor zijn en laat ons hun impact au sérieux nemen.

De manier waarop de federale overheid ermee omgaat en een audit wil afwachten, is achterover zitten, wachten en kansen missen. Dat is jammer. Het gaat dwars in tegen het beleid van deze regeerverklaring en van deze meerderheid. Minister, ik begrijp ook niet dat u zegt dat u niet op de hoogte was. Dat baart me wel heel veel zorgen. Als een bevoegdheid op twee niveaus zit – of je het nu leuk vindt of niet: het is wat het is – en als die ministers dan beslissingen nemen zonder dat de ander op de hoogte is of zonder overleg, dan baart me dat zorgen.

Ik hoor de collega van CD&V zeggen dat het een beslissing van een federale minister is. Er is in Vlaanderen dezelfde meerderheid als op het federale niveau. Ik ga er dan van uit dat er over zulke zaken overleg is en dat er afspraken zijn over de partijgrenzen heen en over Vlaamse en federale grenzen heen. Ik vind de manier waarop dit gebeurt, bijzonder betreurenswaardig. We zijn heel veel kansen aan het missen om een goede eerstelijnsgezondheidszorg uit te bouwen.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Het meeste is al gezegd, maar ik wil nog even aanvullen en misschien de perceptie rechtzetten. Het wordt hier voorgesteld alsof die wijkgezondheidscentra worden lamgelegd. Er is een moratorium op de uitbreiding. De federale minister heeft geoordeeld dat het nuttig was, na jaren van gestadige groei, om de wijkgezondheidscentra tegen het licht te houden. Er was al jaren aan een stuk een belangrijke groei. Mijn fractie heeft in het verleden ook al gezegd dat wij denken dat die wijkgezondheidscentra wel degelijk beantwoorden aan een nood, maar dat het geen kwaad kan om tussentijds een evaluatie te maken. Dat is nu gebeurd, en dat is ook gebeurd voor de wachtposten die ook nog federale materie zijn. Voor onze fractie zou alles natuurlijk beter in één hand zitten, maar die discussie zijn we hier al vaker aangegaan.

Zoals collega Saeys zegt, is er geen probleem van toegankelijkheid of laagdrempeligheid. We hebben een van de meest toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorgen van de hele wereld, maar we merken dat we een bepaalde groep inderdaad heel moeilijk bereiken. Collega Van Malderen, we hebben samen nog een werkbezoek gebracht aan het wijkgezondheidscentrum van Sint-Niklaas. Noem het het mattheuseffect of de 'inverse care law' dat we diegenen die het meest zorg nodig hebben, niet bereiken ondanks een bijna gratis zorg voor de meest zorgbehoevenden. De vraag is dan niet of we het hele land vol zetten met wijkgezondheidscentra, maar hoe we die groep gaan bereiken. Daar zijn andere instrumenten voor. Ik kijk naar collega Franssen, die veel ervaring heeft met armoedebestrijding. Er is een project opgezet met het RIZIV om te proberen om die mensen te mobiliseren met ervaringsdeskundigen. Ik denk dat dat ook een belangrijke insteek is.

Ik denk niet dat het zin heeft om te zeggen dat we in het hele land of in elke centrumstad of in elke grote stad een wijkgezondheidscentrum gaan zetten om op die manier de moeilijk bereikbare groep, die we nu niet bereiken, over de streep te halen.

Voorzitter, ik dacht dat we die discussie hier ook eens ten gronde moeten voeren in plaats van om de haverklap een boompje op te zetten en een beperkt debat te voeren dat meestal de mensen op hun honger laat zitten.

De voorzitter: Ik stel voor dat we het aan de longlist van punten toevoegen en dat proberen in te plannen.

Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw Van den Brandt, u had het over de samenhang van de partijen. Ik heb de gewoonte aangenomen om, als ik gevat word voor zeer belangrijke debatten in de plenaire vergadering of in de commissie, eens te kijken wat over het thema gezegd en besproken is in het federale parlement, waar – vergeef het mij – vaak de kern van de bevoegdheid ligt, ook als we hier vaak impliciet betrokken bevoegdheden hebben. Ik moet toch wel eerlijk zeggen dat ik ook niet altijd van de partijen die hier de grote vragen stellen, aan de andere kant van de straat de juiste klank terugvindt, of minstens met uitgesteld relais, want er is blijkbaar ook een andere timing in de manier waarop ze de vragen behandelen.

Ik betwist natuurlijk niet – trouwens, ik heb begrepen dat u dat ook niet doet – de waarde van wijkgezondheidscentra, maar het is inderdaad – zoals je zelf zegt – een model. Het is een waardevol model, maar er zijn ook nog andere modellen. Op de eerstelijnsconferentie hebben we ook gesproken over samenwerking, continuïteit van zorg, gedeeld dossier. Dat zijn heel belangrijke kwesties bij de behandeling van chronischezorgvragen. Daarvoor bestaan er verschillende modellen. Ik heb trouwens expressis verbis daarvoor in mijn toespraak verwezen naar het model van de wijkgezondheidscentra.

Het punt is dat het gaat over een financiering van prestaties – in essentie is het dat toch – en dat is een federale bevoegdheid. Nu weet ik wel dat als er federaal een beslissing wordt genomen waarvan mensen vinden dat het geen goede beslissing is, men natuurlijk alle mogelijke kanalen zoekt om dit opnieuw ter discussie te brengen, maar de kern van het politieke debat moet zich situeren in de Kamercommissies die daarvoor bevoegd zijn. Als collega op het andere niveau is mijn houding altijd geweest dat, als het heel duidelijk is waar de bevoegdheid ligt, je daarvoor respect moet opbrengen en dat je op de interministeriële conferentie de kansen moet benutten als er over zulke zaken afstemming wordt gezocht. Ik heb in mijn antwoord dus uitdrukkelijk verwezen naar een akkoord dat wij hebben gemaakt over een vrij grondige beoefening om na te gaan of andere financieringssystemen dan het bestaande klassieke systeem in chronische zorg, betere resultaten opleveren. Dat is een vrij massieve oefening die nu op het terrein in die projecten vorm moet krijgen.

We hebben natuurlijk de opportuniteit met beide handen gegrepen en we hebben trouwens onze eigen Vlaamse bevoegdheden en mogelijkheden in de eerste lijn toegevoegd om te zeggen dat we onze inspanningen daaraan willen koppelen en ook willen leren uit de gezamenlijke ervaring, ongeacht de financieringsbron van de actoren op het terrein als het gaat over de invulling van goede chronische zorg voor de patiënten. Het is dus ook een kwestie van correct te zijn.

Mijnheer Bertels, u zegt dat het niet enkel gaat over de financiering van de wijkgezondheidscentra, maar over veel meer. Hetzelfde geldt voor de financiering van de ziekenhuizen, voor de financiering van de huisapotheek. Ik ben de eerste om toe te geven dat er een aantal impliciete raakvlakken zijn, maar als je niet een stukje de deontologie kunt respecteren dat er toch kernen van bevoegdheden zijn die op het ene of het andere niveau zeer duidelijk zijn, dan wordt het samenwerken, waar u zo erg op aandringt, ook niet gemakkelijk.

Want dan kan men, bij wijze van spreken, geen enkele beslissing nemen, ook al is het voor honderd procent zijn bevoegdheid zonder met vijf of zes collega's rekening te houden. Ik denk dat het daarmee echt niet vooruitgaat. Mijn benadering is te proberen om zo goed mogelijk te concerteren, af te stemmen. Ik stel tot mijn grote tevredenheid vast dat de actoren van het RIZIV volop hebben geparticipeerd aan de conferentie die wij hebben gehouden. We hebben absoluut niet het gevoel dat wij in onze visies niet zouden worden gehoord.

U moet het mij toch een beetje vergeven dat dit een beetje lijkt op: we proberen het federaal, u hebt daar antwoorden gekregen, u hebt als parlements lid uw controlerecht daar uitgeoefend, nu probeert u nog eens op het andere niveau. U kunt natuurlijk allerlei argumenten aanhalen, maar mij lijkt het decent en correct om te zeggen dat dit in essentie een federale kwestie is, en daar moet ook het debat plaatsvinden. Als er resultaten zijn van de audit, zal ik natuurlijk nagaan of wij er voor onze bevoegdheden lessen uit moeten trekken.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Mevrouw Saeys, ik ga niet meer mee in de discussie over het concurrentiemodel tussen wijkgezondheidscentra, wachtposten en zelfstandige artsen. De sector is daar al lang voorbij. Het zijn geen achterhoedegevechten meer, maar 'achterachterachterhoedegevechten'. U mag dat proberen, maar de sector is gelukkig wijzer en is er al lang voorbij en zoekt naar samenwerking. Het is voor mij geen punt meer.

Minister, u zegt zelf dat wijkgezondheidscentra een waardevol model zijn, dat we in het gezondheidsbeleid moeten samenwerken, dat er veel overleg nodig is. Dat is juist, maar u zegt zelf dat de waarde van wijkgezondheidscentra er wel is. Ik neem aan dat dit door de meesten – ik zeg niet iedereen – dan wordt erkend,

want ze zijn – en dat zijn ook kwaliteitscriteria die u zoekt, minister – multidisciplinair, laagdrempelig, preventiegericht en ze beantwoorden aan de nood van een bepaalde doelgroep. Of men daar nu voor of tegen is, het is een vaststelling op het terrein. Ik neem aan dat we ook die doelgroep willen bedienen met ons Vlaams gezondheidsbeleid.

Minister, ik kan er niet omheen – u mag dan verwijzen naar de federale prestatiefinanciering – dat u als Vlaams minister bevoegd voor de gezondheid, niet kunt toelaten dat om puur ideologische redenen – wat een Vlaamse krant noemde 'een ideologische stop tegen wijkgezondheidscentra' – een wijkgezondheidscentrum wordt belet om te openen. De collega van CD&V heeft ernaar verwezen welke woorden daar werden gebruikt.

Minister, voor mij gaat het veel verder dan een financieringsoperatie. Het gaat erover dat men niet voor iedereen een toegankelijke en kwalitatieve gezondheidszorg wil, want een aantal sectoren kunnen misschien wel eens een ander soort mensen aantrekken. Ik dacht dat we in de 21e eeuw leefden, maar in sommige gemeenten en bij sommige partijafdelingen – waar de minister dan ook nog naar luistert, tot mijn grote frustratie – is men daar blijkbaar nog niet geraakt.

Minister, u moet hier wel een rol spelen. U moet een signaal geven dat het niet kan dat er politieke symbooldossiers worden gemaakt van wijkgezondheidscentra, dat het algemeen belang en de algemene gezondheidsdoelstellingen toch moeten blijven primeren – en ik hoop dat we het daar allemaal over eens kunnen zijn – op het private belang van enkele zorgverstrekkers die niet tot in de 21e eeuw zijn geraakt.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het ziekenhuislandschap in Vlaanderen – 1777 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Minister, u zult ongetwijfeld in uw antwoord zeggen dat het weer een raakpunt of een snijpunt is tussen federale bevoegdheden en de Vlaamse bevoegdheden, maar in mijn ogen is het ook een discussie die verder gaat dan de pure prestatiefinanciering van sommige actoren binnen het ziekenhuis. Ik zal het op voorhand al aankondigen zodat u uw antwoord nog kunt aanpassen. *(Opmerkingen. Gelach)*

Minister, de topman van de Christelijke Mutualiteit, toch geen kleine speler in ons systeem van gezondheidszorg, maakte enkele weken in de pers een opmerkelijk – en in mijn ogen ongenueanceerd – statement over de ziekenhuizen. Hij stelde met name dat 'één ziekenhuis op vier gemakkelijk gesloten kan worden zonder dat dit enige afbreuk doet aan de zorgverlening en de toegankelijkheid'.

Minister, u hebt waarschijnlijk ook de reacties gezien op deze opmerkelijke uitspraak. De reacties kwamen van verschillende actoren uit het gezondheidslandschap. Ik som er enkele op: 'een ziekelijk idee', 'zo kunnen oudjes rustig thuis doodgaan', 'kort door de bocht', 'een uitspraak die op zijn minst voorbarig en enigszins gevaarlijk is', 'je moet vanuit patiënt redeneren niet vanuit een pure economische logica' enzovoort.

Over het aantal ziekenhuisbedden, en de verschillende soorten bedden – niet van alle soorten bedden overschot en/of tekort – kan en moet inderdaad worden

gediscussieerd, evenals over waar deze bedden zich al dan niet fysiek geconcentreerd bevinden.

In de discussie over de nieuwe federale ziekenhuisfinanciering, en de netwerkgedachte erachter – conferatur de verschillende niveaus zoals ze in een eerste voorstel ter tafel liggen: ziekenhuis, locoregionale klinische netwerken, referentienetwerken –, komt het aantal ziekenhuizen en ziekenhuisbedden zeker ook aan bod. Op bepaalde punten is er een overaanbod, en dat moeten we in die discussie betrekken, maar ongenueanceerde uitspraken dat een op de vier ziekenhuizen zomaar kan worden gesloten, helpen volgens mij niet en creëren enkel onrust op het terrein.

Ook Vlaanderen heeft hier een rol te spelen – ik blijf op die nagel kloppen – en moet nadenken over het toekomstige ziekenhuislandschap, en de relatie en interactie met andere gezondheidsactoren, bijvoorbeeld op de eerste lijn.

Voor ons blijft kwaliteit en fysieke en financiële toegankelijkheid van de zorg cruciaal: gelijke toegang tot kwalitatieve zorg voor iedereen.

Minister, hoe positioneert u zich tegenover de boude uitspraak van de heer Van Gorp?

Hoe ziet u het Vlaams ziekenhuislandschap evolueren? Hoever staat de uitwerking van het concept 'basiszorgopdrachten'?

Hoe ziet u 'the hospital of the future', een woord dat u zelf ooit hebt gebruikt?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, ik heb persoonlijk de uitspraak van de heer Van Gorp geïnterpreteerd als een soort plastische voorstelling van de stelling 'er zijn internationaal vergeleken een aantal bedden te veel, of meer ziekenhuisbedden dan je uit internationale benchmarking zou kunnen concluderen'. Dat heb ik daar in ieder geval uit onthouden. Zoals u zelf ook al hebt gezegd, denk ik dat het een uitspraak is die insiders niet echt kon verrassen, want uit internationale vergelijkingen blijkt inderdaad dat het juist is dat in ons land relatief veel ziekenhuisbedden zijn opgesteld, en niet alle bedden zijn trouwens bezet. Als u kijkt naar het aantal erkende bedden in een aantal ziekenhuizen, zie je voldoende ruimte.

Het is dan ook opportuun dat er zowel over het aantal ziekenhuisbedden en het soort bedden als over de locatie van de exploitatie van bedden en diensten wordt nagedacht. De transities in het zorglandschap zijn een gedeelde bekommernis en een betrachting van alle overheden, dus de federale overheid en de gemeenschappen, maar ook de lokale overheden. Mocht u me straks vragen waarom ik nu wel iets zeg over ziekenhuizen en niet over het andere: in dit geval zijn wij bevoegd voor de erkenning van ziekenhuizen en diensten waarvoor er programmatie- of erkenningscriteria zijn, binnen de programmatie, die een federale bevoegdheid is en is gebleven. We zijn bovendien bevoegd voor de hele financiering van de ziekenhuizen als het gaat over investeringen. Daar zijn we dus eigenlijk een autonome financieringsbron voor een aantal aspecten van de ziekenhuiswerking. We zijn ook bevoegd voor de normen van de ziekenhuizen, met uitsluiting van de organieke norm. We zijn bovendien bevoegd voor de inspectie en het toezicht op de erkenningsnormen. Met andere woorden, er zijn nogal wat institutionele, formele bevoegdheden die ons ertoe brengen om ons ook met betrekking tot ziekenhuizen een idee te vormen, maar zoals gezegd, is dat inderdaad ook een gedeelde bevoegdheid, want de programmatie, de organieke regels en de financiering zijn federale aangelegenheden.

Misschien een kleine voetnoot voor diegenen die dat ingewikkeld vinden. Als ik in andere federale landen op bezoek ga en daar met mijn regionale collega's over de

gezondheidszorg en het gezondheidsbeleid spreek, dan valt me toch altijd een zekere gelijkenis op met de huidige Belgische situatie: overal zijn er ter zake overlappingen en gedeelde bevoegdheden. Dat is bij deze materie in veel landen het geval, denk ik.

U weet natuurlijk dat er diverse initiatieven lopen met betrekking tot de vraag hoe we omgaan met de evoluties in dat zorglandschap, zowel federaal als Vlaams. De focus wordt daarbij niet zozeer gelegd op de individuele ziekenhuizen. In Vlaanderen, maar dat is voor de andere collega's niet minder zo, denk ik, zijn we daarbij uitgegaan van de noden van de patiënt. Ziekenhuizen en gezondheidszorgaanbieders in het algemeen zijn er natuurlijk niet voor zichzelf: die zijn er om de noden van de patiënt op een gepaste manier te beantwoorden. Dat lijkt me dus de grote uitdaging. Dat zorglandschap moet worden aangepast aan de noden van onze bevolking.

De resultaten van al die lopende initiatieven zullen een antwoord moeten bieden op de vraag hoe het toekomstige zorglandschap er moet uitzien. Een belangrijke studie ter zake is die van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) 'Heroriëntering van de rol van ziekenhuizen in het zorglandschap'. Die heeft als doelstelling een raming op te maken van de toekomstige behoefte – en dan gaat het over 2025 – aan acute ziekenhuisbedden. De studie gaat ook over het bepalen van de geografische spreiding van standaard- en gespecialiseerde ziekenhuiszorg en de analyse van parameters die gestalte kunnen geven aan ziekenhuisnetwerken. Die studie zou na de zomer 2017 afgerond moeten zijn. In afwachting daarvan denk ik dat we het best proberen om uitspraken over specifieke cijfers wat te beperken. Die studie kondigt zich in ieder geval aan als een zeer cruciale studie voor het beleid.

Nu hebben we natuurlijk niet gewacht. Ik neem aan dat u de nota 'Nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap' kent, die door de regering is behandeld op 8 juli 2016 en waarin ik onze visie op het nieuwe ziekenhuislandschap heb gegeven. Conform het regeerakkoord van de Vlaamse Regering werd daarbij voorgesteld om het gezondheidslandschap te hervormen tot een zorgsysteem dat beter aansluit bij de noden van de bevolking en dat toelaat om ook in te spelen op wijzigende zorgvragen. Die zorgbehoefte is in belangrijke mate aan het verschuiven, onder andere door de vergrijzing van de bevolking, maar ook door een belangrijke toename van de prevalentie van chronische ziekten. Die kwetsbare doelgroepen hebben baat bij een meer continue zorg en een meer multidisciplinaire benadering. We hebben het daarnet al over gehad. We moeten kunnen trachten dat te realiseren.

Dat impliceert onder meer aandacht voor duurzame samenwerkingsverbanden, niet alleen tussen ziekenhuizen onderling, maar ook tussen ziekenhuizen en de eerste lijn. Een belangrijk uitgangspunt van die nota 'Nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap' is dat we willen streven naar een solide basisaanbod, een concentratie van expertise en complexe pathologieën en een rationalisatie van het hoogtechnologisch zorgaanbod. In de nota wordt er, voor het eerst, denk ik, zeer expliciet voor gepleit om bij die evolutie van het ziekenhuislandschap te vertrekken vanuit een betere definiëring van wat het solide basisaanbod is dat moet aansluiten bij de eerste lijn. Er is in die nota veel aandacht besteed aan duurzame samenwerkingsverbanden en taakdifferentiatie. In Vlaanderen bestaan er al heel wat vormen van samenwerking en lokaal overleg, maar wij denken dat er een duurzame verankering in meer geformaliseerde netwerkstructuren nodig is. Die gestructureerde samenwerkingsverbanden zullen voor de Vlaamse overheid dan ook uitgroeien tot een intermediair niveau, het regionale niveau, dat wordt aangesproken op een collectieve verantwoordelijkheid inzake de organisatie van zorg voor de bevolking van een bepaalde regio.

De federale overheid heeft sinds de zomer van 2016 het initiatief genomen om in het wettelijk kader voor dergelijke netwerkstructuren in de Ziekenhuiswet organiek te

voorzien. Vlaanderen heeft parallel een aantal actielijnen gedefinieerd, onder andere de studieopdracht uitgeschreven inzake de inhoud en het format van het Zorgstrategisch Plan (ZSP) Vlaanderen en de valorisatie van de basisspecialistische opdrachten.

Die studieopdracht inzake inhoud en format van het ZSP Vlaanderen loopt. Daarbij wordt een format ontwikkeld dat door de sector kan worden gebruikt voor de opmaak van een zorgstrategisch plan. De resultaten van het voornoemde KCE-onderzoek over de heroriëntering van de rol van ziekenhuizen in het zorglandschap zullen uiteraard ook een input moeten geven aan die Vlaamse blauwdruk.

De resultaten van die studieopdracht en het format van het zorgstrategisch plan zullen het wetenschappelijk onderbouwde referentiekader bieden voor de raming van de nodige capaciteit en de indicaties voor de nood aan spreiding in functie van de afweging tussen de nabijheid en de nood aan centralisatie en efficiëntie of concentratie van expertise. Die resultaten worden verwacht in het najaar van 2017.

De uitbouw van de ziekenhuisnetwerken, de klinische netwerken, moet ook voldoende inzetten op het voorzien in basisspecialistische zorg die voldoende dicht bij de bevolking wordt aangeboden en ondersteunend is voor de eerste lijn. Wat de uitwerking van dat basisconcept basiszorg betreft, zijn we in een eerste fase gestart met het oprichten voor vier thema's van een werkgroep met vertegenwoordigers van de basisziekenhuizen, de betrokken beroepsgroep in functie van het thema, de huisartsen en de patiëntenverenigingen. De thema's zijn: medisch-specialistische zorgverlening gelieerd aan een ouder wordende bevolking, en dan hebben we het over geriatrie, interne geneeskunde, dialyse enzovoort; spoedeisende hulp; de moeder- en kindzorg; 'focused factories', zoals basisheilkunde en oncologische dagziekenhuizen. Dat zijn dus de thema's waarover we in Vlaanderen met de partners rond de tafel zitten, omdat we die beschouwen als elementen van basisspecialistische zorg.

De opdracht van de werkgroepen is om in een viertal vergaderingen voor de zomer te komen tot innovatieve, maar realistische voorstellen omtrent de randvoorwaarden inzake een betere organisatie voor die betrokken thema's. Daarbij zouden op systematische wijze ook de hefboomen inzake een aantal instrumenten of tools die nodig zijn om dat goed te kunnen uitbouwen, worden bekeken. We denken dan aan de infrastructurele noden, samenwerking in het netwerk en tussen de artsen, de aanpassing van de normering en de financiële repercussies. Zoals gezegd, is dat zeker iets waarbij de federale overheid dan moet zijn betrokken. Ten slotte denken we ook aan de 'governance' van het netwerk. We zouden dus een aantal van die zaken willen oplijsten en bekijken welke tot onze bevoegdheid behoren, om daarvoor dan verder een beleid te ontwikkelen.

In het najaar zullen we dan terugkoppelen naar de sector met de resultaten van de overheidsopdracht die we hebben uitgeschreven, en ook met de resultaten van die werkgroepen inzake basisspecialistische zorg.

Ik wil daarbij nog eens een bedenking of sentiment te berde brengen. Ik heb dat al op diverse plaatsen gedaan, maar ik maak van het voorrecht van uw aanwezigheid en het feit dat de wereld ons kan bewonderen, gebruik om het nog eens te zeggen.

Wat ons betreft, is die vorming van de klinische netwerken in eerste instantie gericht op die doelstelling: hoe helpt dat ons de basisspecialistische zorg in de regio uitbouwen, daarin voorzien? Dat is meteen ook het antwoord op uw vraag. Als u naar onze nota kijkt die we destijds aan de regering hebben voorgelegd, en u kijkt naar het plan dat op de eerstelijnsgezondheidsconferentie is voorgesteld, dan zult u merken dat we telkens opnieuw zeggen dat het debat over de hervorming van de ziekenhuizen zeker vanuit Vlaams perspectief niet alleen mag gaan over de vraag waar we de hoogtechnologische zorg concentreren, maar minstens evengoed, zo niet nog meer, over de vraag welke basisspecialistische zorg kort bij de mensen

aanwezig moet zijn. We hebben immers soms het gevoel, en nu zeg ik het wat kort door de bocht, dat ziekenhuizen met elkaar over klinische netwerken spreken vanuit de vraag welk klinisch netwerk hun de beste positie oplevert om hun supraregionale functies en diensten te borgen of daarvoor perspectieven te openen. Dat is volgens ons niet het eerste argument om klinische netwerken te vormen. Zeer veel van die supraregionale diensten waarover men dan spreekt, de 'cathlabs', de radiotherapieën, de PET-scanners enzovoort, worden immers zelfs niet geprogrammeerd op het niveau van het klinisch netwerk, maar op een niveau dat hoger is dan dat klinisch netwerk. Ik profiteer dus van de gelegenheid om te zeggen dat ik daar bezorgd over ben, omdat het onze overtuiging is dat die netwerken in eerste instantie vanuit de behoefte van de populatie moeten vertrekken en de oefening moeten zijn van hoe men samen garant kan staan voor een goede, toegankelijke en nabije basisspecialistische zorg, en natuurlijk ook van hoe men efficiëntiewinsten kan boeken door samen te werken inzake een aantal issues.

U vroeg me hoe ik het 'hospital of the future' zie. Ik denk dat we het allemaal eens moeten zijn met de stelling dat het ziekenhuis van de toekomst er anders uit zal zien dan de huidige ziekenhuizen. Net zoals men zich enkele decennia geleden wellicht onmogelijk kon voorstellen hoe het ziekenhuis van vandaag eruit zou zien, hebben we moeite om ons een ziekenhuis in 2050 voor te stellen. Er is de grote groei van het chirurgisch dagziekenhuis. Er zijn steeds meer ambulante en thuisbehandelingen, zoals deze die mogelijk is bij chemotherapie. Er zijn de online afspraaksystemen en de automatische inschrijfsystemen die bestaan in ziekenhuizen. Kortom, er is duidelijk een vraag naar een continue reflectie over de strategie die ziekenhuizen moeten ontwikkelen. Evoluties waarbij men zich vijftig jaar geleden moeilijk iets kon voorstellen, zijn nu realiteit. Dat betekent dat we zo veel mogelijk rekening moeten houden met de evoluties die we kunnen inschatten om een beeld te krijgen van het ziekenhuis van de toekomst.

Ik moet daarbij nog eens opmerken dat die wijzigende functie van het ziekenhuis wellicht ook niet alleen wordt veroorzaakt door wijzigende interne processen, maar uiteraard ook door externe processen. Denken we maar aan de groei van thuiszorg, wijkgerichte zorg, toenemende technologieën, de impact van big data, de wijzigende rol van de artsen enzovoort. Met name vanuit het perspectief van de investeringsvragen van de ziekenhuizen zijn we als Vlaamse Gemeenschap dus uiteraard genooddaakt om ook die reflectie mee te nemen over de vraag wat het ziekenhuis van de toekomst is. Een van de manieren waarop we op dit ogenblik proberen dat te doen, is door in het kader van Flanders' Care een open innovatieoefening te doen. We hebben via een bepaalde methodologie die ons is aangereikt, stakeholders, maar ook externe experts samengebracht. Met hen zullen we een traject afleggen om eens out of the box erover na te denken hoe zo'n ziekenhuis van de toekomst eruit zou kunnen zien, om te bekijken welke de dingen zijn waarvan we weten dat we ze eigenlijk geleidelijk aan onder ogen moeten nemen, om uiteraard dan ook op een later moment te bekijken op welke manier die dynamiek haar consequenties zou moeten hebben voor het investeringsbeleid van de overheid.

We nemen die overweging dat dat ziekenhuis van de toekomst een erg dynamisch gegeven is, wel degelijk mee in onze transitieprocessen. Zoals gezegd, zijn we ermee bezig om die oefening eens te concretiseren, al was het maar om daaruit te leren hoe innovatief een aantal ontwikkelingen ter zake zullen zijn.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp-a): Minister, ik dank u voor uw antwoord. In het begin zei u het zo te hebben begrepen dat de heer Van Gorp een plastische uitspraak deed en een voorbeeld gaf over het aantal ziekenhuisbedden. Dat kan, maar zijn uitspraak was een beetje anders geïnterpreteerd door sommigen. Vandaar ook enigszins de onrust en de reden voor deze vraag.

Ik ben wel tevreden met de uitgangspunten die u vooropstelt, namelijk de noden van de patiënt. Dat lijkt me terecht. U zegt dat een ander belangrijk uitgangspunt voor u een toegankelijke en nabije basisspecialistische zorg is. Ik moet toch een bekommernis meegeven wat dat betreft. U weet dat het landelijke gebied dat de Kempen is, een netwerk van ziekenhuizen heeft, en dat niet om supraregionale noden in te vullen. In die landelijke gebieden worden wij regelmatig geconfronteerd met een opnamestop, omdat de ziekenhuisbedden vol liggen. U hebt in uw antwoord terecht verwezen naar het aantal verantwoorde bedden en het aantal erkende bedden. In de Kempen zijn er nog ziekenhuizen waar het aantal verantwoorde bedden toeneemt. Dat zijn zeer grote uitzonderingen. Door die ongenueanceerde uitspraken is er onder meer in onze regio dus enige onrust ontstaan. Hoe zal Vlaanderen er mee voor zorgen dat ook in de meer landelijke gebieden elke inwoner nog recht zal hebben op een goede, kwalitatieve, fysiek en financieel toegankelijke zorg in ziekenhuizen? We hebben het hier dan over wat u basisspecialistische zorg noemt. Het gaat hier niet over topklinische zorg. Die basisspecialistische zorg moet men toch overal kunnen garanderen.

Minister, dan kom ik tot mijn bijkomende vraag. U zegt dat er vier studies zijn, over vier thema's met betrekking tot basisspecialistische zorg. Dat zal worden opgeleverd in het najaar van 2017, heb ik begrepen. De studie van het kenniscentrum over de heroriëntering van de ziekenhuizen wordt ook opgeleverd tegen dan. Dat is toch de planning. Ik neem aan dat u, als die twee resultaten naar buiten komen, dan verder aan de slag gaat met die gegevens, en dat u die niet gaat koppelen aan de misschien minder evoluerende discussie omtrent de ziekenhuisfinanciering. Ik neem aan dat Vlaanderen niet zal wachten om het eigen ziekenhuislandschap in te vullen op basis van de gegevens die u zult hebben verkregen via die studies, tot wanneer men federaal ooit misschien landt met de ziekenhuisfinanciering.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Voorzitter, ik wil collega Bertels bedanken voor zijn vraag. Minister, ik ben ook blij met uw antwoord. U gaat voor een planmatige en rationele benadering. Mijnheer Bertels, ik ken u als een verstandig en rationeel man. Laat u niet ongerust maken of opjagen door uitspraken in de media. Ik doe dat doorgaans niet. Ik denk niet dat we woord en wederwoord in de media hier tegen elkaar moeten gaan afwegen. U weet dat ik er een voorstander van ben dat we gaan naar een planmatige, rationele planning en programmatie van zorgvoorzieningen, in al hun aspecten, van de ziekenhuizen tot en met de geestelijke gezondheidszorg. U weet dat dat een stokpaardje is van mij.

Minister, ik heb in uw antwoord heel wat handvatten gehoord: de noden van de patiënt, de basisspecialistische zorg. Er is zeker ook lering te trekken uit de benchmarking met het omringende buitenland, zonder dat altijd op een piëdestal te zetten, want het is elders niet altijd beter.

Ik heb toch nog een bezorgdheid. Als we die oefening maken, dan mogen we ons niet beperken tot de basisspecialistische zorg die dicht aansluit bij wat we in de eerste lijn proberen vorm te geven, namelijk trajecten van chronische zorg en frequent voorkomende aandoeningen. Feit is immers dat de tertiaire ziekenhuizen, met een infrastructuur voor zware zorg, toch een heel sturende rol hebben in ons zorglandschap. Wij zijn ook geen unicum ter zake. Het is eigenlijk wel zo in alle landen die ik in mijn carrière heb bezocht, dat de ziekenhuizen een heel sturende rol hebben. Daarom is mijn bezorgdheid toch dat in die planning al die verschillende niveaus van die piramide zouden worden meegenomen.

De technologie, – dat is ook de lering die we krijgen van experts als Lieven Anemans – de medische vooruitgang, leidt thans, en is niet alleen een kostendrijver, maar gaat ook de vraag enorm aansturen.

Het is belangrijk dat we die verschillende echelons van secundaire, tertiaire – men spreekt soms al van quataire – ziekenhuizen, met heel specialistische behandelingen, voldoende meenemen. Om nog maar te zwijgen van het groeiende aanbod van privéziekenhuizen, die nu ook, zeker in een stedelijke context, hun plaats aan het verwerven zijn op de markt.

Ik ga volledig akkoord met die planmatige benadering. Maar toch wil ik een aantal waarschuwingen geven.

Ik verwijs naar de recente patiëntendossiers en de mogelijkheid die wordt aangeboden om die in te kijken, zowel door UZ Gent als UZ Leuven. Zij tonen aan dat de grootste instellingen, met de zwaarste backbone en de zwaarste capaciteit, vaak de maat aangeven in zorgorganisatie in ons Vlaamse en bij uitbreiding nationale landschap.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Wel, ik ben het met dat laatste eens. Het is inderdaad heel duidelijk dat je niet zomaar één stuk uit dat verhaal kunt nemen, zonder oog te hebben voor de andere elementen.

Maar waarop ik even, misschien een beetje extreem, de aandacht heb willen vestigen, is dat de klinische netwerken die men aan het formeren is, niet het niveau zijn waarop de federale overheid de ambitie heeft om vele, zeer gespecialiseerde vormen van zorg te programmeren.

Ik merk dat daarover vaak een misverstand bestaat. Men denkt dat men in het klinische netwerk kan afspreken waar de PET-scanner die aan dat klinisch netwerk zal worden toegekend, mag worden opgesteld, waar het cathlab zal komen, voor zover we daar ooit nog meer van zouden moeten hebben dan we nu al hebben, enzovoort. En dat is geen juiste redenering. We gaan uiteraard de beweging van concentratie, ook vanuit de Vlaamse bevoegdheden en de manier waarop we erkenningen kunnen geven binnen de programmatieruimte, mee steunen. Maar het is niet de eerste rol van het klinisch netwerk om daar, bij wijze van spreken, intern een soort van taakverdeling te doen. Veel van die zaken zullen namelijk op een veel hoger niveau geprogrammeerd zijn.

Neem bijvoorbeeld beroertezorg. Het is niet de bedoeling – ik ben toch nog niemand tegengekomen die dat denkt – dat we in elk van de hopelijk veertien erkende klinische netwerken een S2-setting zullen hebben, enzovoort.

We moeten dus ook proberen een beetje te begrijpen welk niveau voor wat staat in de programmatie. Uiteraard ben ik het er helemaal mee eens dat je, als je dat landschap bekijkt, niet alleen mag denken aan wat dat klinisch netwerk betekent, maar dat je ook de andere dimensies moet meenemen. Op dat vlak ben ik het helemaal met u eens, mijnheer Persyn. In de vorige regering heb ik een poging gedaan om de privéziekenhuizen met een decreet te regelen. Dat is gestuit op het Grondwettelijk Hof. Het is heel duidelijk: je kunt geen landschap ordenen als je ook niet kijkt naar datgene wat er zich daarbuiten kan afspelen en dat eigenlijk, door de steeds meer beschikbare technologie, ook steeds meer mogelijkheden heeft. Dat moet je mee betrekken in dat beeld. Dat staat trouwens ook met zoveel woorden in de intenties van de federale collega.

Mijnheer Bertels, ten slotte wil ik nog iets zeggen over die ziekenhuisfinanciering. Tot nu toe – en de laatste keren heb ik dat mogen meemaken vanuit het voorzitterschap van de IMC, want Vlaanderen is nog enkele maanden voorzitter van de IMC Volksgezondheid – is de concertatie wat betreft de hervormingen en de ontwikkelingen die daarrond in de regelgeving moeten gebeuren, vrij intens. Ik denk dat wij daarin heel goed samenspelen. Onze nota's sporen helemaal met de stellingen en de visies die werden ontwikkeld op het federale niveau. We proberen

nu ook heel sterk elkaars cadans daarin te respecteren en iedereen bij de les te houden. Maar wij zijn daarin natuurlijk betrokken partij, al was het maar omdat ziekenhuizen ons vragen stellen over investeringsprogramma's. En je kunt daar maar binnen je eigen bevoegdheid een antwoord op geven, als je tenminste conceptueel van elkaar weet op welk concept je je eigen bevoegdheid, organieke regels en financiering enzovoort uitoefent, voor de federale overheid en voor ons.

Tot nu toe loopt dat allemaal parallel. Maar het is duidelijk dat wij daar een eigen belang bij hebben dat dat vooruitgaat. De sector en de patiënten in het bijzonder hebben er trouwens alle belang bij dat we dat zo veel mogelijk in synergie doen en dat niet de ene in de ene richting en de andere in de andere richting gaat. Ik denk dat niemand daar echt mee gebaat zou zijn.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Mijnheer Persyn, dat er een planmatige planning moet gebeuren, daarover zijn we het allemaal eens. Er moet een globale oefening gebeuren. We kunnen er niet zomaar een aantal sectoren uitknippen. Daarover zijn we het allemaal eens.

Ik ben blij met uw aanbod – als ik dat zo mag begrijpen – dat we effectief iets moeten doen aan de 'wildgroei' van sommige private ziekenhuizen, die zich richten op sommige ziektebeelden – en het woord 'ziektebeeld' is hier niet toevallig gekozen. Ik denk dat we daarvan effectief werk moeten maken, ook vanuit Vlaanderen.

Minister, ik ben blij met uw antwoord, in de zin van de uitgangspunten nood van de patiënt en basisspecialistische zorg. De grootste doelstelling die ik had met deze vraag is een deel onrust wegnemen in de landelijke gebieden. Die kan hierbij zijn weggenomen, want de minister heeft twee keer gezegd dat nabijheid – als ik mij niet vergis, hebt u ook het woord proximiteit gebruikt – van die basisspecialistische zorg belangrijk is. Ik neem dan ook aan dat we er ook in de landelijke gebieden zeker van mogen zijn dat in de nabijheid basisspecialistische zorg georganiseerd zal blijven.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over binnenlandse adoptie – 1784 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, eind vorig jaar werd het Adoptiehuis als enige dienst voor binnenlandse adoptie erkend door de Vlaamse Regering: sinds 1 december 2016 is het de enige dienst in Vlaanderen die mag bemiddelen voor binnenlandse adoptie. Het is een fusieresultaat uit een samenwerkingsverband tussen wat vroeger De Mutsaard was, Gewenst Kind, Sociaal Centrum De Visserij en Adoptiehuis Stedelijk Ziekenhuis Roeselare.

In het eerste jaarverslag van het Adoptiehuis vielen mij een aantal zaken op waarover ik u graag een aantal vragen wil stellen. Omdat het over verschillende vragen gaat over heel verschillende deelaspecten, zal ik voor elke vraag een korte toelichting geven in plaats van al mijn vragen op het einde te stellen.

Minister, mijn eerste vraag gaat over het feit dat afstandsmoeders zich vaak pas heel laat in hun zwangerschap aanmelden bij de adoptiedienst. De overgrote meerderheid van die afstandsmoeders meldt zich pas aan wanneer hun zwangerschap al meer dan 21 weken ver is. Volgens het jaarverslag zijn er 13 afstandsmoeders

waarbij niet geweten is om het zoveelste kind het gaat dat zij op de wereld zetten en vervolgens al dan niet afstaan.

Minister, hoe verklaart u dat vrouwen zo laat naar de adoptiedienst stappen? Hoe komt het dat we van een aantal afstandsmoeders niet weten om de zoveelste zwangerschap het gaat? Dat lijken mij bijzonder belangrijke gegevens.

Eén geboortemoeder besloot in 2016 om niet over te gaan tot afstand omdat niet voldoende discretie en anonimiteit zou kunnen worden gewaarborgd. Zo stond het in het jaarverslag. Respect voor de privacy van alle betrokkenen uit de adoptiedriehoek is een van de waarden die wordt voorgedragen door de adoptiedienst.

Minister, wat wordt bedoeld met die zinsnede in het jaarverslag? Hoe kan dat in de toekomst worden vermeden? Hoe kunnen we die voldoende discretie en anonimiteit zeker waarborgen voor iedereen die overweegt om een kind af te staan?

Mijn twee volgende vragen gaan over nazorg. Het Adoptiehuis voorziet in nazorg voor alle partijen in de adoptiedriehoek. In 2016 werden er 270 nazorginterventies geregistreerd, waarvan 181 dossiers werden opgestart of opgevolgd. In totaal werden er 98 nazorgvragen gesteld door geadopteerden. Daarnaast stelden 45 geboortelouder en 17 adoptielouder nazorgvragen. De andere vragen kwamen van biologische verwanten, diensten die bij hulpverlening betrokken waren en een aantal andere partijen.

Uit die nazorgdossiers volgden een 20-tal ontmoetingen tussen geadopteerden en hun biologische familie, of tussen geadopteerden zelf die nood hebben aan een gesprek met iemand met dezelfde achtergrond.

Hoeveel van de 98 nazorgvragen door geadopteerden vroegen naar een ontmoeting met biologische ouders en/of broers en/of zussen?

Hoeveel ontmoetingen waren er tussen biologische ouders en hun geadopteerd kind?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Vrouwen die zich relatief laat aanmelden bij de adoptiedienst zijn vaak zwanger geworden door falende anticonceptie.

Deze vrouwen weten niet altijd onmiddellijk dat ze zwanger zijn en merken dit soms vrij laat op.

Vrouwen die hun zwangerschap vaststellen, kunnen in België tot 12 weken en in Nederland tot 22 weken de zwangerschap laten onderbreken. Dit heeft ook zijn invloed op het lager aantal aanmeldingen voor 20 weken zwangerschap.

De adoptiedienst geeft de mogelijkheid om anoniem contact te nemen en gesprekken te voeren: wanneer vrouwen of koppels langskomen voor hulpverlening wordt tijdens de eerste gesprekken niet naar hun gegevens gevraagd. Pas in een latere fase of wanneer een vrouw daadwerkelijk beslist om over te gaan tot adoptie van het kindje worden meer achtergrondgegevens van haar gevraagd.

Overigens is de adoptiedienst decretaal gehouden om de persoonlijke levenssfeer van de geboortelouder te eerbiedigen en hebben geboortelouder het recht en de mogelijkheid om bepaalde persoonlijke informatie voor zich te houden. Dit verklaart ook waarom bij andere persoonlijke gegevens zoals leeftijd, werksituatie of leefsituatie, een vergelijkbaar aantal 'onbekend' geregistreerd wordt.

Omdat België geen anonieme of discrete bevalling kent, kan volledige discretie of anonimiteit niet worden geboden. Als een vrouw wenst dat haar gegevens niet op de geboorteakte vermeld staan, zodat er geen link is naar haar, kan aan deze vraag niet

worden voldaan. Dit zet sommige moeders ertoe aan om over de grens te bevallen. Meer discretie waarborgen dan nu al het geval is, zou een wetswijziging vragen. Alleszins moet het internationaal erkend recht van het kind op zijn identiteit, waaronder ook het recht om zijn biologische ouders te kennen, worden gewaarborgd.

24 van de geadopteerden vroegen naar een ontmoeting met hun biologische familie. Er waren 5 ontmoetingen tussen geadopteerden en de biologische moeder; 9 tussen de geadopteerden en hun biologische zus of broer. Op 10 vragen volgde geen ontmoeting omdat een partij weigerde, overleden was of de dienst ze niet kon vinden.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, ik vond het bijzonder interessant om dat eerste jaarverslag te zien. Het is eigenlijk de eerste keer dat we zo'n globaal beeld krijgen van hoe binnenlandse adoptie er in Vlaanderen uitziet.

Ik dank u voor uw antwoord op de vraag over de anonimiteit. Ik denk dat de meeste collega's het waarschijnlijk met mij eens zullen zijn wanneer we zeggen dat 'sous X' of anoniem bevallen niets is wat wij hier graag mogelijk zouden maken. Maar daarvoor is het federale parlement bevoegd. Ik denk dat er al een aantal voorstellen neerliggen om discreet te kunnen bevallen.

Minister, wat mijn opvolgingsvraag betreft, staat er ook een tabel op het einde van dat jaarverslag met daarin het aantal wachtende ouders. Minister, zal het, met het instroombeheer dat nu van toepassing is op binnenlandse adoptie, nog mogelijk zijn om meer dan één kind te adopteren? Een dik jaar geleden hebben we daarover gedebatteerd. We zeiden toen: er staan heel wat mensen in de wachtrij. Vroeger konden ouders voor een tweede of derde kind vooraan in de wachtrij inschuiven. Vandaag komen we tot de kristallisatie van hetgeen waarover we verleden jaar al eens hebben gedebatteerd en waarover – zo neem ik aan – al een hele tijd is nagedacht. Toen was het nog niet zo duidelijk welke richting we uit gingen met het beleid. Maar ik neem aan dat de logische consequentie van het beleid dat nu wordt gevoerd en van het instroombeheer voor de overgrote meerderheid van de ouders betekent dat zij maximaal één kind zullen kunnen adopteren.

De voorzitter: Mevrouw Taelman heeft het woord.

Martine Taelman (Open Vld): Ik wil nog even dieper ingaan op de nazorgvragen. De cijfers zijn vermeld door de heer Parys: er waren 98 nazorgvragen. Een vlugge berekening – al ben ik daar niet goed in – leert mij dat er dan nog ongeveer een derde andere nazorgvragen waren, onder meer van biologische verwanten – tot daaraan toe –, maar ook van diensten die bij de hulpverlening betrokken waren. Minister, wat moeten we ons daarbij voorstellen? Welke vragen kunnen dat zijn? Dat is mij niet helemaal duidelijk.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik heb dat verslag nu niet bij de hand. We zullen eens opvragen waarover die andere vragen concreet gingen.

Mijnheer Parys, ik denk dat het inderdaad niet zo voor de hand ligt om de prioriteringen te 'bypassen', gelet op het beperkte aantal adoptabele kindjes die er zijn en het feit dat er belangrijk veel mensen kandidaat zijn.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, dat is duidelijk. Het is belangrijk dat alle kandidaat-adoptieouders weten dat er in de overgrote meerderheid van de gevallen maar tot de adoptie van één kind zal kunnen worden overgegaan.

Als slotbemerking wil ik nog meegeven dat ik het zo interessant vind om dat jaarverslag te lezen en voor de eerste keer dat globaal zicht te hebben, omdat daaruit volgens mij ook blijkt dat de dienst goed werk levert. Wat bedoel ik daarmee? Als je ziet dat maar een beperkt deel van de vrouwen die zich aanmelden bij het Adoptiehuis, ook overgaan tot afstand, dan is dat voor mij een illustratie van het feit dat die vrouwen ook effectief de keuze aangeboden krijgen: kind opvoeden via pleegzorg, via gezinsondersteuning, via andere manieren. Ik vond het heel interessant om dat te zien en ook goed om te lezen dat vrouwen die vragen hebben, een waaier van opties aangeboden krijgen om dan effectief een keuze te kunnen maken over wat zij denken dat het best is voor hun kind.

Ik dank u voor uw antwoorden.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toekomstvisie met betrekking tot gezinsopvang – 1794 (2016-2017)

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over onthaalgrootouders voor kinderopvang in Roeselare – 1803 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Voorzitter, minister, collega's, het aantal onthaalouders daalt al een aantal jaren. Dat is niet nieuw. Tegenover drie jaar geleden zijn er nu ongeveer 800 onthaalouders minder in Vlaanderen. En dat terwijl we gezinsopvang heel belangrijk vinden en van grote waarde. Dat onderschrijven we toch vaak in deze commissie. Gezinsopvang levert enerzijds heel wat plaatsen in de kinderopvang, maar laat kinderen anderzijds opgroeien in een huiselijke en kleinschalige omgeving.

De oorzaken van die daling zijn al meermaals ter sprake gekomen en zijn niet eenduidig, maar velerlei. Ik noem er maar enkele: de sector kent een grote uitstroom door onthaalouders die de pensioengerechtigde leeftijd bereiken; jonge onthaalouders zien het organiseren van kinderopvang als tijdelijke beroepsactiviteit; velen vinden het een drempel om de eigen gezinswoning daarvoor open te stellen; de eisen zijn niet min; de werkdruk ligt hoog en de werkdagen zijn lang. Daarnaast is er natuurlijk de hele problematiek van het statuut.

Het is zaak om op deze elementen in zijn geheel in te zetten. Tijdens de commissievergadering van 25 oktober vorig jaar gaf u een overzicht van de maatregelen die reeds werden genomen en het proces dat wordt doorlopen om de druk op de gezinsopvang te verlichten. Zo loopt thans het proefproject omtrent het statuut voor onthaalouders, dat dus verlengd is, is er het voortgangsoverleg dat loopt, de terugkoppeling daarvan die we daarstraks nog hebben gepland en de strategische visieoefening waarvoor de consultatieronde eind 2016 werd beëindigd.

Minister, u zei toen ook dat de formule van samenwerkende onthaalouders hierin wordt meegenomen. Bij deze vorm van opvang, die ondanks de kleinschaligheid en huiselijkheid nu echter nog vaak wordt aanzien als groepsopvang, kunnen onthaalouders steunen op elkaar en hun uren op elkaar afstemmen. Dat zijn toch een aantal voordelen. Ze botsen echter op een aantal reglementaire drempels, zoals de onduidelijkheid of de opvang in de eigen gezinswoning georganiseerd moet worden, iets dat toch niet zo evident is voor elke onthaalouder.

In ieder geval is innovatie met betrekking tot de gezinsopvang en binnen de sector van de kinderopvang zeker welkom. Lokale besturen denken daar zelf ook over na, zo bleek ook enkele weken geleden, toen we konden lezen over het voorstel in de stad Roeselare om grootouders te motiveren om niet enkel de eigen kleinkinderen, maar ook andere kindjes bij te houden, op een moment dat ze de eigen kleinkinderen opvangen.

Al meermaals gingen er ook stemmen op om ouders die beslissen hun loopbaan tijdelijk te onderbreken om gedurende enkele jaren thuis te blijven vaak om voor hun eigen kleine kinderen te zorgen, te motiveren om gelijktijdig ook opvang te bieden en hun huis ook open te stellen voor andere kinderen.

Ik heb hierover volgende vragen. Minister, kunt u een stand van zaken geven met betrekking tot de uitwerking van een strategische toekomstvisie omtrent gezinsopvang en de krachtlijnen daarvan? Hoe kan de formule van samenwerkende onthaalouders meer mogelijk en gestimuleerd worden? Hoe staat u tegenover lokale initiatieven zoals dat met grootouders in Roeselare? Wat zijn de barrières ter zake? Wat zijn de barrières voor ouders die tijdelijk hun loopbaan onderbreken om voor hun eigen kleine kinderen te zorgen en daarbij ook voor andere kinderen?

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Ik heb een gelijkaardige vraag in verband met de onthaalgrootouders in Roeselare. Daar blijkt men een oplossing te hebben gevonden. De vraag is of die onthaalgrootouders aan dezelfde voorwaarden voldoen als de onthaalouders. De stad Roeselare zorgt voor een startpremie en een eigen sociaal statuut.

Minister, wat is uw standpunt tegenover dit fenomeen? Wordt deze nieuwe strategie ondersteund door Kind en Gezin? Als men deze onthaalgrootouder wil werven, legt men hun dan dezelfde opleidingsvoorwaarden op als aan de onthaalouders? De stad Roeselare zou voor deze onthaalgrootouders in een eigen sociaal statuut voorzien. Wat zou dat statuut dan juist inhouden? Is dat verenigbaar met het sociaal statuut van onthaalouders dat vandaag bestaat?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, de consultatieronde met de verschillende stakeholders wat betreft de gezinsopvang, namelijk de individuele onthaalouders, de gezinnen, de organisatoren en de ondersteuners, werd eind 2016 afgerond. Met het verzamelde materiaal werd wel reeds aan de slag gegaan, maar de strategische visieoefening loopt nog.

Er wordt verder gewerkt op twee sporen: elementen die ertoe bijdragen de huidige gezinsopvang vandaag te versterken en anderzijds elementen die de toekomst van de gezinsopvang vorm moeten geven, rekening houdend met nieuwe maatschappelijke tendensen en met andere ontwikkelingen, zoals het proefproject omtrent het werknemersstatuut voor onthaalouders en de formule van de samenwerkende onthaalouders.

Deze laatste formule, de samenwerkende onthaalouders, wordt ook meegenomen in de verdere uitwerking van de strategische visieoefening. Via het voortgangsoverleg zullen we binnen dit kader bedenkingen, bevindingen en belemmeringen uit de regelgeving verder bespreken en daaruit voorstellen aflijnen om dit aan te passen. Op dit forum kwamen immers al elementen aan bod die ook de samenwerkende onthaalouders ten goede kunnen komen bijvoorbeeld in het kader van de verlaging van de administratieve werklast. Maar zoals gezegd, loopt de visieoefening nog.

Onthaalgrootouders moeten aan dezelfde voorwaarden voldoen als onthaalouders waar het formele kinderopvang betreft. Dan moeten de onthaalgrootouders ook

andere kinderen dan hun eigen kleinkinderen opvangen en moeten ze aan alle vergunningsvoorwaarden inzake kinderopvang voldoen. Dit is niet het geval als het als informele opvang kan worden beschouwd. Dan mogen deze onthaalgrootouders enkel hun eigen kleinkinderen opvangen of kinderen die als dusdanig kunnen worden beschouwd. In dat geval echter zou dit initiatief geen oplossing kunnen bieden om de formele opvang te verruimen.

Er is geen specifieke vraag gesteld aan Kind en Gezin wat dit initiatief betreft. Wel zal Kind en Gezin de aanpak en de verdere ontwikkelingen mee opvolgen als mogelijk bijkomende input in het kader van de verdere uitwerking van de strategische denkoefening met betrekking tot de toekomst van de gezinsopvang.

Het is positief te zien dat men op zoek gaat naar hoe lokale noden en behoeften mee kunnen worden gefaciliteerd en geëxploreerd. Men zal hierbij echter rekening moeten houden met het wettelijk kader, waarbij de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is voor de organisatie van de formele kinderopvang voor baby's en peuters en de Federale Regering bevoegd is voor de arbeidsrechtelijke, fiscale en sociaalrechtelijke aspecten.

Net zoals grootouders moeten ouders voldoen aan de decretaal verankerde vergunningsplicht wanneer ze formele kinderopvang wensen aan te bieden. *Sensu stricto* kan elke vorm van vergunning als een barrière worden beschouwd, maar laat ons daarbij wel in acht nemen dat de vergunningsvoorwaarden gericht zijn op het welzijn van de kinderen, zowel op pedagogisch als sociaal vlak.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Dank u wel, minister. Het is me bekend dat de consultatieronde einde 2016 is afgerond en dat er momenteel wordt gewerkt aan die strategische visienota. Ik hoor nu van u dat daarin op twee sporen wordt gewerkt: enerzijds de bestaande gezinsopvang versterken en anderzijds naar de toekomst werken. Persoonlijk denk ik dat de samenwerkende onthaalouders een formule kan zijn waar muziek in zit. Ik kan me perfect voorstellen dat voor heel wat mensen die opvang willen doen, het zwaar is om dat helemaal alleen te doen en het veel aangenamer is om dat samen met iemand anders te kunnen doen. Zo kan men niet alleen een stukje verantwoordelijkheid delen maar ook flexibel zijn rond uren bijvoorbeeld. Samenwerken is vaak prettiger dan alleen werken. Over problemen kun je terugkoppelen met elkaar. Ik denk dat het een formule is die toekomst heeft. Eigenlijk bewijzen de cijfers dat er momenteel een, zij het lichte, stijging in zit wat aantallen betreft.

Er zijn momenteel een aantal problemen met betrekking tot die samenwerkende onthaalouders. Ik ben absoluut tevreden dat die worden meegenomen in die visieoefening. Minister, hebt u er een zicht op wanneer die strategische visienota zou worden afgerond? Gaan we die al kunnen bespreken wanneer we voor het reces de gedachtewisselingen hebben met Kind en Gezin, of is dat nog te vroeg? Kunt u daar meer toelichting bij geven?

De voorzitter: Het antwoord op deze vragen zit een stukje in het planningsdocument dat u is bezorgd. 12 juli. *(Opmerkingen van Katrien Schryvers)*

Dat is toegevoegd.

Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Uit het antwoord kan ik opmaken dat de onthaalgrootouder aan dezelfde voorwaarden moet voldoen als de onthaalouder. Dan stelt zich natuurlijk de vraag of dat een meerwaarde zal bieden in die formele zorg. Mij lijkt dat niet echt een grote toegevoegde waarde te hebben. Op mijn

laatste vraag hebt u geen antwoord gegeven. De stad Roeselare gaat blijkbaar een eigen sociaal statuut geven. Wat houdt dat statuut juist in en is dat verenigbaar met het statuut van onthaalouder dat vandaag bestaat?

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Ik wil het eerst hebben over het project in Roeselare zelf. Ik vind het evident dat nieuwe projecten zich aan de decreten en de vergunningsplicht houden. Ik sta minder sceptisch tegenover het voorstel dan sommigen. We zijn allemaal pleitbezorgers van de vermaatschappelijking van de zorg. We willen dat mensen tijd en energie krijgen om voor elkaar zorg op te nemen. Ik denk dat dit in dat kader een piste kan zijn. Ik vind het op zich een waardevolle piste. Laten we die onderzoeken, laten we ze een kans geven en zien wat het geeft. Het is wel in een regio waar er geen kinderopvangtekort is. Daar moeten we gaan zien hoe heel die sector in heel die regio georganiseerd is. Ik vind wat er gaande is, een prikkelende gedachte.

Los daarvan zijn de vergunningen en de eisen heel sterk gereguleerd. Zowel voor dit project maar eigenlijk voor alle onthaalouders, zijn er een aantal regels waarvan we ons de vraag moeten stellen of we die moeten behouden. Er is een traject van deregulering gaande. We moeten ons de vraag stellen hoeveel regels we willen opleggen en in welke mate er bij de kinderen thuis ook geen beveiligde stopcontacten en dergelijke zijn. We moeten ons de vraag stellen welke regels relevant zijn en welke niet en of we niet naar een nog veel sterkere versoepeling van die regels kunnen gaan omdat die voor heel wat onthaalouders wel degelijk een drempel zijn. Wanneer je je huis voor de helft moet gaan verbouwen of 'verbunkeren' om kinderen te kunnen opvangen, is dat een drempel.

Minister, daarnaast hoorde ik ook zeggen dat u in de strategische visieoefening de piste van samenwerkende onthaalouders zult meenemen – geen probleem, dat lijkt me relevant – maar niet het werknemersstatuut en het proefproject dat daarrond gaande is. Ik heb u dat toch niet horen zeggen. Waarom niet, of heb ik dat fout begrepen? Hoe staat het daar? We zitten al lang in de proefprojectfase voor het werknemersstatuut. Wanneer gaan we naar een uitrol?

Ik sluit me aan bij de opmerking van mevrouw Schryvers dat er heel veel redenen zijn. De deregulering is een aspect, dat statuut is ook een aspect. Het feit dat je geen sociale rechten hebt en dergelijke meer, is voor een aantal mensen een drempel. Er zijn verschillende redenen. Er is de maatschappelijke context dat er minder onthaalouders zijn. Er is een pakket van redenen. Voor de zaken waar we iets aan kunnen doen, zoals een statuut en deregulering, is het belangrijk dat deze legislatuur nog stappen vooruit worden gezet.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Lies Jans (N-VA): Het is zeer belangrijk dat we die strategische visieoefening op een grondige manier doen. Ik heb dezelfde invalshoek wat dat betreft als mevrouw Van den Brandt: we moeten met een open visie naar alle mogelijke voorstellen kijken, of dat nu grootouders of samenwerkende onthaalouders zijn. Er zijn misschien nog andere pistes mogelijk. Die moeten wat mij betreft allemaal worden bekeken omdat het zeer belangrijk is dat we de gezinsopvang in Vlaanderen kunnen blijven verankeren. Het is voor veel ouders heel belangrijk dat ze de keuze kunnen maken om hun kinderen op een kleinschalige manier, meer in een gezinsomgeving, te laten opvangen. Ik vind het zeer belangrijk dat alle pistes worden bekeken.

Ik heb nog een concrete vraag. We hebben voor 12 juli de gedachtewisseling over het voortgangsoverleg en de strategische visieoefening gezinsopvang. Wordt die strategische visieoefening gezinsopvang nu al mee opgevolgd door het voortgangsoverleg of is er geen bespreking tussen deze twee oefeningen die lopen,

enerzijds het voortgangsoverleg waarbij de deregulering en dergelijke zeer belangrijk is, en anderzijds de strategische visieoefening? Ik had graag geweten of voor 12 juli de analyse en de visie van de mensen die in het voortgangsoverleg zitten, al meegenomen zal zijn.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Ik denk dat Kind en Gezin de ambitie heeft om rond de grote vakantie die oefening af te ronden, maar ik spreek met twee woorden omdat ik in dezen wel gemerkt heb dat het vaak meer tijd vraagt dan we oorspronkelijk gedacht hadden. In de mate dat dat beslissingsrijp is, kan dat meegenomen zijn rond 12 juli. Het is dus ook te verwachten dat dat zo zal zijn. Maar ik denk dat het niet verstandig is dat ik me daarop vastpin, want het is een beetje afhankelijk van hoe het in het agentschap en met de stakeholders evolueert.

Mevrouw Jans, ik ga ervan uit dat er ook een toets gebeurt als het gaat over de beperking van regels en dergelijke via die werkgroep die daarvoor is geïnstalleerd, maar we mogen toch niet vergeten wat de normale rol is van het raadgevend comité, waar die stakeholders natuurlijk ook allemaal in zitten. Het is de bedoeling dat juist daar conceptuele adviezen aan de leidend ambtenaar gestalte krijgen. Ik verwacht dat Kind en Gezin in ieder geval op het raadgevend comité appel zal doen om zijn gedacht daarover te geven, voor Kind en Gezin daar een definitief standpunt over inneemt.

Ik heb geen kennis van wat in Roeselare aan statuut bedoeld wordt. Als je een vergoeding krijgt, wordt die dan belast? Als je een onkostenvergoeding krijgt, is dat dan een inkomen in de termen van de fiscus? Hoe wordt de sociale bijdrage berekend? Voor welke risico's ben je dan gedekt? Als het gaat over dergelijke vragen, kan ik alleen maar zeggen dat het niet de stad Roeselare, noch de Vlaamse Gemeenschap is die dat kan bepalen, want dat is een federale aangelegenheid. Er kan worden gefaciliteerd en er zijn misschien een aantal zaken mogelijk die trouwens elke dienst die werkt met onthaalouders kan doen, maar ik denk niet dat de stad Roeselare op het vlak van taxaties en dergelijke specifieke regels heeft ontwikkeld, tenzij ze daarover met de fiscus en met de RSZ afspraken zou hebben gemaakt.

Mevrouw Van den Brandt, misschien nog even iets over die regels en de relatie met het aantal kandidaat-onthaalouders. Er zal zeker waarheid zitten in het feit dat als je dat wilt doen, je een aantal dingen in orde moet brengen en dat je dan moet kijken hoever je daarin moet gaan. Dat is juist. Maar ik ga ervan uit dat u het met mij eens bent dat van zodra men als professional een bepaalde zorg op zich neemt en daarvoor een vergoeding krijgt, hoe discutabel die ook is, dat een bepaalde verwachting creëert ten aanzien van veiligheid en pedagogische bekwaamheden en competenties. U redeneert dat we dat voor de eigen kinderen niet doen, en dus ook niet moeten doen als we tegen betaling kinderen opvangen, nogmaals met alle relativiteit ten aanzien van die betaling, want die mensen doen dat met hart en ziel en vaak meer uit engagement dan voor de vergoeding. Maar dat je daar een aantal kwaliteitsnormen voor moet gebruiken, is toch wel belangrijk en wordt ook van de overheid verwacht. Ik herinner me mijn eerste parlementaire debatten hier een aantal jaren geleden. Die gingen over onthaalouders, waar er in de woonkamer bepaalde foto's hingen en dergelijke meer. Onthaalouder zijn, vraagt toch een zekere voorspelbaarheid als het over kwaliteit gaat. Het ging niet over de foto's waaraan collega de Kort nu duidelijk aan het denken is; het ging over andere afbeeldingen. *(Gelach)*

Nogmaals, ondanks alle debat over de grens waar je de lat legt, mogen er toch een aantal zaken worden verwacht. Het kan niet de redenering zijn dat wanneer informeel de ouders het op een bepaalde manier doen, dat dus de norm is, die ook als je professional bent, de manier van werken kan zijn voor iedereen. Er is

waarschijnlijk ook nog heel wat verschil tussen de manier waarop ouders hun eigen opvoedingsopdracht zien. Dat nog even in de marge.

Het project van het werknemersstatuut zal nog een tijd lopen. Ook hier maak ik twee kanttekeningen bij, die ik al een paar keer heb gemaakt. Ten eerste hebt u ook gelezen over de experts die als pedagoog veel over de kinderopvang te zeggen hebben. Die zeggen toch wel vrij duidelijk dat het fenomeen van het steeds minder in trek zijn van de rol van onthaalouder, geen specifiek Vlaams fenomeen is, maar dat het breder is en dat het ook twijfelachtig is of het statuut daar een doorslaggevende rol in speelt

Ik heb een tweede bedenking. Ik weet dat sommigen veel van het statuut verwachten. We hebben gezegd dat we de oefening ten gronde zullen doen om alle effecten goed te kunnen inschatten. Dat is trouwens de reden waarom we het project verlengen, want je kon een aantal fiscale effecten op die korte termijn niet in kaart brengen. Maar alles heeft zijn prijs, mevrouw Van den Brandt. Als zou blijken dat een werknemersstatuut schitterend is maar dat het schier onbetaalbaar is, dan lost dat het probleem als dusdanig niet op. Het is een geheel van elementen dat in rekening moet worden gebracht, waarbij het statuut een aspect van het geheel is.

De voorzitter: Mijnheer de Kort, het ging over foto's van historische figuren. *(Gelach)*

Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Ik denk dat de collega's die kinderopvang opvolgen, toch wel erg uitkijken naar de strategische visienota. Ik onderschrijf de oproep van de collega's om dat in alle openheid te benaderen – dat gaat dan niet over foto's, collega de Kort – en dat we alle mogelijkheden mee onder ogen zien omdat we allemaal onderschrijven dat de gezinsopvang een ontzettend belangrijk segment is waarvan we het voortbestaan absoluut willen garanderen.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de kwalificatievereisten voor begeleider en verantwoordelijke in de kinderopvang – 1820 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Voorzitter, minister, collega's, op 1 april 2020 moet al wie professioneel actief is in de kinderopvang, beschikken over de correcte kwalificatie in de kinderopvang. Voor wie voldoende ervaring kan voorleggen, geldt een vrijstelling.

We vernemen dat de SYNTRA-opleiding 'verantwoordelijke' in de kinderopvang die standaard twee jaar duurt, inhoudelijk vernieuwd wordt en dat deze 'vermoedelijk' start in september 2020. Daarnaast is er ook nog een opleiding 'begeleider in de kinderopvang' bij het centrum voor volwassenenonderwijs (CVO) die eveneens twee jaar duurt. Voor veel onthaalouders is deze extra opleiding een zware dobber aangezien zij ook nog eens fulltime kinderen opvangen.

Minister, hebt u een zicht op hoeveel personen tewerkgesteld in de kinderopvang een bijkomende opleiding moeten volgen om hun huidige job als onthaalouder – al dan niet als zelfstandige – in of als begeleider of verantwoordelijke in groepsopvang te kunnen blijven uitoefenen na 2020? Hoeveel van deze mensen zijn al gestart met hun opleiding? Hoeveel mensen hebben aangegeven dat zij als gevolg van deze voorwaarde zullen stoppen met hun activiteit?

Er kunnen zowel bij SYNTRA als bij het CVO vrijstellingen worden gegeven voor reeds verworven competenties. Hebt u een zicht op de omvang van de vrijstellingen die worden verleend en dus de inkorting van de opleidingsduur?

De opleidingen voorzien in stages. Hoe ziet u die stages verenigbaar met de full-time job in de kinderopvang die deze mensen al hebben?

De SYNTRA-opleiding 'begeleider in de kinderopvang' wordt blijkbaar nog inhoudelijk bijgeschaafd. Hebt u garanties dat deze opleiding effectief kan starten in 2017?

Zijn er momenteel voldoende opleidingsplaatsen voor deze doelgroep?

De gelijkschakeling van trap 2a en 2b loopt vertraging op. De verplichtingen die aan de kinderopvang worden opgelegd, moeten vooralsnog onverkort worden uitgevoerd. Overweegt u een aanpassing van de regelgeving met betrekking tot de kwalificatievoorwaarden?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, er zijn geen cijfers beschikbaar over het totaal aantal tewerkgestelde personen in de kinderopvang dat nog een opleidings-traject moet doorlopen. Niet iedereen moet een opleiding volgen. Personen die voor 1 april 2014 tewerkgesteld waren als kinderbegeleider of verantwoordelijken kunnen onder bepaalde voorwaarden een afwijking vragen.

Bovendien vraagt de sector naar administratieve lastenverlaging. Om die reden worden de gegevens over de kwalificaties voor sommigen enkel bij de aanvraag van de vergunning gevraagd; voor anderen wordt de situatie op 1 januari gevraagd. Tot slot kunnen de kinderbegeleiders nog ongekwalificeerd starten tijdens de overgangsperiode die loopt tot 2024.

Door de nog lopende overgangsperiode en door de administratieve lastenverlaging wordt niet gemonitord hoeveel personen zonder kwalificatie al gestart zijn met een opleiding of zullen stoppen met hun activiteit.

Tussentijds wordt er samen met de sector kinderopvang, onderwijs, werk, het Vlaams Instituut voor Vorming en Opleiding in de Social Profit (VIVO), Kind en Gezin, ondersteuners, op zoek gegaan naar wat nodig is om alle betrokkenen aan een kwalificatie te helpen. Concreet worden mogelijke belemmeringen die de sector ondervindt om tot kwalificering te komen, besproken en wordt samen op zoek gegaan naar oplossingen.

Doordat het vrijstellingsbeleid van de CVO's en SYNTRA de bevoegdheid van de opleidingsinstanties is, is niet gekend hoeveel inkorting van opleidingsduur er is.

Opleidingsinstanties en werkplek zoeken naar oplossingen om de combinatie van werken en opleiding haalbaar te maken. Zo worden de mogelijkheden onderzocht om een gedeelte van de stage op de eigen werkplek te kunnen uitvoeren.

De vraag of de SYNTRA-opleiding 'begeleider in de kinderopvang' kan starten in 2017, is vanuit het bevoegdheidsdomein Welzijn moeilijk te beantwoorden.

Vanuit de contacten die er zijn met de CVO- en de SYNTRA-opleidingen, zijn er op dit ogenblik geen signalen dat er wachtlijsten zijn. Het aantal CVO's met onderwijsbevoegdheid voor begeleider in de kinderopvang is de voorbije jaren uitgebreid tot 21 centra.

De vraag of er een aanpassing van de regelgeving met betrekking tot de kwalificatievoorwaarden moet zijn, is momenteel nog niet aan de orde. Er is een overgangsmaatregel tot 2024 wat kwalificaties betreft voor de kinderbegeleider en

een overgangperiode met betrekking tot de groepsopvang waarbij gestreefd wordt naar een groeipad dat in zeven fases verloopt zoals vastgelegd in het subsidiebesluit van 22 november 2013.

U zegt dat er vertraging is. Er is niet echt een timing afgesproken, maar er is een engagement genomen om die verschillende fases stap voor stap in te vullen.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, u zegt zelf dat u over weinig cijfers beschikt van mensen die nog een attest zouden moeten bekomen, van mensen die zouden stoppen.

Ik denk dat het wel noodzakelijk is. We hebben het er bij de vorige vraag ook al over gehad. Kinderopvang staat al enorm onder druk. Het kan zeker en vast niet de bedoeling zijn om mensen extra te belasten. Natuurlijk moet er wel een goede kwalificatie zijn, want dat is noodzakelijk, maar mensen zoveel belasten dat ze hun activiteit stopzetten, dat zou enorm jammer zijn.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Lies Jans (N-VA): Minister, ik wou specifiek inzoomen – ik heb daarover mails en meldingen gekregen – op de situatie van de verantwoordelijke. U zegt dat er voor de begeleiders een overgangperiode is. Zij kunnen ongekwalificeerd starten tot 2024. Voor verantwoordelijken is dat niet het geval. Het is een heel specifieke situatie. Stel: iemand die lange tijd onthaalouder is geweest verbonden aan een dienst voor onthaalouders, stapt over naar het zelfstandig statuut, maar heeft nog niet voldoende ervaring opgebouwd voor de inwerkingtreding van het decreet. Hij moet eigenlijk voor 2020 in orde zijn met die opleiding van twee jaar. In de praktijk, en dat haalt ook mevrouw Saeys aan, is de combinatie van werken en een tweejarige opleiding volgen, heel moeilijk.

Minister, mensen die sinds korte tijd een verantwoordelijke functie hebben als zelfstandig onthaalouder, moeten zij ook voor 2020 die opleiding gevolgd hebben of kunnen zij, op basis van hun ervaring, ook een vrijstelling krijgen? Naar ik vernomen heb, is dat niet het geval. Ik vind dat bizar, want het zijn mensen die ook al als kindbegeleider ervaring hebben gehad en daarna als verantwoordelijke. Ik vind eigenlijk dat men hetzelfde systeem zou moeten toepassen als bij de kindbegeleider, namelijk de mogelijkheid om ongekwalificeerd te starten tot 2024. Het is een gedetailleerde vraag. Het kan zijn dat u vandaag geen antwoord kunt geven, maar ik vind het toch interessant om dat verder te onderzoeken.

Ik heb ook een algemene vraag. De kwalificatievereiste voor begeleiders en verantwoordelijken is – denk ik – nog niet gescreend op het voortgangsoverleg. Ik denk dat het belangrijk is, zeker op basis van de signalen die we krijgen, dat al die kwalificatievereisten ook nog eens grondig worden onderzocht. Ik denk dat het nog niet gepland is op het voortgangsoverleg. Alvast van ons uit de vraag om dat te agenderen en verder te bespreken.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik stel voor dat u mij eens een paar van die mails laat zien om te weten wat de beslissing zou zijn. We zullen het opvragen, want ik ken de specifieke modaliteiten niet van buiten.

Uiteraard is er geen enkel probleem om te vragen om het onderwerp op het voortgangsoverleg aan bod te laten komen. Alles wat daar kan worden gefilterd en besproken, moeten we als opportuniteit meenemen.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Ik kan mij volledig aansluiten bij mevrouw Jans. Ik denk dat het inderdaad een heel goed idee is om het mee te nemen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de resultaten van de kwaliteitsmeting in de geestelijke gezondheidszorg – 1833 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp.a): Minister, de eerste resultaten van de kwaliteitsmeting van de geestelijke gezondheidszorg zijn bekend. Vier jaar geleden werd het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg (VIP²) in het leven geroepen om de kwaliteit van zorg in de geestelijke gezondheidszorg te meten.

De resultaten zijn op dit moment nog beperkt. Er zijn vorig jaar slechts drie 'indicatoren' gemeten, maar we kunnen er zeker een en ander uit leren. De meest waardevolle informatie komt uit de Vlaamse Patiëntenpeiling, die meer dan 5000 Vlamingen bevroeg over hun ervaringen. Negen op de tien zeggen dat ze tevreden zijn over de kwaliteit van de therapeutische relatie. De ondervraagden geven de voorzieningen samen een gemiddelde score van 7,9 op 10. Volgens de Leuvense professor Chantal Van Audenhove, die gespecialiseerd is in zorgonderzoek, zegt zo'n cijfer weinig. Het zegt niets over wat er precies goed loopt of beter moet. Het is zeker een aandachtspunt.

Zorgwekkend zijn de resultaten over de patiëntenrechten. Zo zegt bijna een op de drie patiënten bijvoorbeeld nooit informatie te hebben gekregen over het recht om een tweede mening van een arts of instelling te vragen. Ook inspraak is een pijnpunt: een op de tien Vlamingen geeft aan nooit te kunnen meebeslissen over zijn of haar behandeling.

Bovendien – en dat is toch opvallend en daarom denk ik dat een beetje kwalitatieve uitdieping van zulke cijfers interessant kan zijn – zegt een op de vier zich zelden of nooit geholpen te voelen.

Ik ben zeker tevreden dat men van start is gegaan met het meten van enkele zaken: de kwaliteit en de effecten van de zorg zijn belangrijk.

Minister, welke conclusies trekt u uit de eerste resultaten? Dan bedoel ik vooral de manier van meten, het metrologisch aspect. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat we weten wat achter die cijfers zit, dat we exact weten op welke manier we kunnen gaan werken? Bent u van plan om enkel kwantitatief te blijven meten, of gaat u er ook kwalitatief mee aan de slag? Plant u eventueel interviews met mensen die uit de zorg komen? Ik geloof dat we dan toch andere informatie kunnen krijgen die interessanter voor u kan zijn om beleid mee te voeren. Wat gaat u doen met de resultaten? Hoe verwacht u dat voorzieningen hiermee aan de slag gaan? Ik heb begrepen dat u verwacht dat voorzieningen er zelf mee aan de slag gaan. Prima, ik denk dat dat op zich niet slecht is, op voorwaarde natuurlijk dat ze voldoende gedetailleerde informatie hebben en dat ze weten wat er schuilgaat achter de cijfers. Stel – en hier en daar kan dat gebeuren – dat er weinig werk van wordt gemaakt en dat er toch een domein is waar men niet goed op scoort, welk instrument kunt u dan eventueel inzetten om er nauwer op toe te zien dat het toch gebeurt? Wat is de verdere voortgang en timing van de kwaliteitsmeting in de geestelijke gezondheidszorg? Op welke manier zal informatie worden gedeeld met het publiek? Ik

begrijp dat instellingen nu de vrije hand hebben over al dan niet deelname en over het al dan niet vrijgeven van informatie. Plant u om hierin uniformer te handelen?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Collega's, een eerste ronde van kwaliteitsmeting in geestelijke gezondheidszorg is afgerond. De geestelijke gezondheidszorg (ggz) is een zeer diverse en complexe sector waardoor het niet eenvoudig was om indicatoren te ontwikkelen en te bepalen die van toepassing zijn op alle voorzieningen in de verschillende deelsectoren. We zijn verheugd dat dit project intussen heeft geresulteerd in een eerste meetperiode in 2016. Deze eerste meting moet worden gezien als een nulmeting die de stand van zaken van kwaliteit in ggz-voorzieningen weergeeft. Op basis van deze meting worden voorzieningen gestimuleerd om verbeterprojecten op te zetten. De eerste stappen zijn gezet en er zijn toekomstplannen om kwaliteit van zorg in ggz-voorzieningen te blijven meten en het aantal kwaliteitsindicatoren uit te breiden.

Uit de patiëntenpeiling blijkt dat de Vlaamse voorzieningen relatief goed scoren met een gemiddelde van 7,9 op 10. Ggz-voorzieningen scoren goed op de kwaliteit van de therapeutische relatie tussen hulpverlener en patiënt. Diezelfde peiling legt eveneens een aantal lacunes bloot zoals dat patiënten minder tevreden zijn over de informatie die ze krijgen rond hun behandeling, ziekte, kostprijs van opname enzovoort. Er is nog werk aan het suïcidepreventiebeleid aangezien dit zelden volledig uitgebouwd is in de bevraagde voorzieningen.

Uit deze eerste meting moet worden geconcludeerd dat er veel diversiteit is in de ggz-sector en dat het project moet toelaten deze verscheidenheid te weerspiegelen in de indicatoren die momenteel reeds gemeten worden, maar ook in de nieuw te ontwikkelen indicatoren.

Het resultaat van de meting van de voorziening wordt telkens uitgezet tegen het gemiddelde van hun deelsector. Het resultaat van een psychiatrisch verpleegtehuis (pvt) wordt bijvoorbeeld uitgezet ten opzichte van het gemiddelde resultaat van de pvt's in het algemeen. Dit zou de voorzieningen moeten aanzetten om zelf verbetertrajecten op te zetten. Er wordt gerekend op het engagement en de verantwoordelijkheid van de voorziening zelf om naar de resultaten te handelen. Er worden hierrond geen specifieke controles georganiseerd buiten het reguliere kader van Zorginspectie. Veel voorzieningen hebben ingetekend om opnieuw te meten in de cyclus van 2017, waardoor evoluties in kwaliteit kunnen worden opgespoord.

Een van de key concepts van het project is publieke transparantie. De doelstelling is dat de metingen van 2017 publiek transparant worden gemaakt op één gemeenschappelijke website, waar nu de resultaten van het parallel lopende project in algemene ziekenhuizen getoond worden. Het publiek maken van resultaten van kwaliteitsmetingen per voorziening kan als extra motivatie worden gezien om verbetertrajecten op te starten. Op dit moment worden de voorzieningen aangemoedigd om hun resultaten van de metingen in 2016 op hun eigen website te tonen, wat ook gebeurt in een aantal voorzieningen zoals bijvoorbeeld in het Medisch Centrum Sint-Jozef van Bilzen.

Er worden op dit ogenblik geen consequenties verbonden aan het al dan niet goed scoren op een indicator. Het agentschap Zorg en Gezondheid en Zorginspectie beschikken ook over de resultaten van de verschillende voorzieningen. Wanneer zij hun opdrachten uitvoeren in het kader van inspectie en erkenning, kunnen zij deze resultaten mee gebruiken voor hun analyse van een voorziening.

Het VIP² in de ggz loopt verder. Op korte termijn werd ingepland dat alle gemeten indicatoren in 2016 opnieuw gemeten worden in 2017. De meting van de Vlaamse Patiëntenpeiling loopt af – meetperiode tussen 6 maart en 14 april 2017 – en de

voorzieningen zullen dus binnenkort hun gegevens opladen en bezorgen aan de dataverwerker. De peiling naar ervaringsdeskundigen in de voorzieningen loopt tot midden mei. Later dit jaar zijn er audits gepland rond suïcidepreventie en de volledigheid van het geneesmiddelenvoorschrift.

Daarnaast wordt er momenteel gewerkt aan een referentiekader waar alle kwaliteits-indicatoren in de ggz gesitueerd worden. Vertrekkend vanuit de definitie van wat goede geestelijke gezondheidszorg is, worden subdomeinen opgesteld. Binnen deze domeinen worden dan nieuwe indicatoren ontwikkeld, die meer variatie toelaten tussen de verschillende deelsectoren: bijvoorbeeld veilige zorg kan door andere indicatoren ingevuld worden in een psychiatrisch ziekenhuis dan in een initiatief beschut wonen. De ontwikkeling van nieuwe indicatoren gebeurt vanuit ontwikkelingsgroepen waarin de sector participeert. Doelstelling is om jaarlijks een aantal nieuwe indicatoren te ontwikkelen binnen dit referentiekader, te starten met de indicatoren waar de noden het hoogst zijn en dus veel kwaliteitsverbetering nodig en mogelijk is.

Ten slotte kijken we positief naar het vervolg van het project. In 2017 kwam ook de verslavingssector in het project, wat de diversiteit binnen de sector nog vergroot. Het aandeel van voorzieningen dat zich engageert, stijgt ten aanzien van de meting 2016, wat erop duidt dat kwaliteitsverbetering hoog op de agenda van de ggz-voorzieningen staat.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp-a): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Tenzij ik het niet goed zou hebben gehoord, heb ik u nog niet horen zeggen of u eventueel ook methodologisch hier of daar iets gaat verbeteren. Herinner u het advies van professor Van Audenhove, waar ik u over sprak, die zelf zegt dat de gemiddelde scores van tevredenheid op zich te weinig zeggen, dat ze ons niet vertellen wat er goed loopt en wat er beter moet. Staat u ervoor open om eventueel wijzigingen aan te brengen aan de bevraging opdat we daar meer informatie over zouden kunnen verzamelen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Zoals ik al heb gezegd, is dit de eerste set van indicatoren, en die is zeker niet perfect. Het is trouwens de ervaring dat het zeer moeilijk is om gemeenschappelijke indicatoren te vinden die men op dezelfde manier registreert enzovoort voor al die verschillende deelsectoren van de ggz. Waarschijnlijk zullen we moeten differentiëren. Dat betekent inderdaad dat we, onder meer aan de hand van suggesties van professor Van Audenhove, die daar heel erg in geëngageerd is, een aantal zaken moeten vervolledigen, aanvullen met indicatoren en sommige moeten finetunen en differentiëren. Mijn ervaring met de indicatoren is dat het zijn tijd nodig heeft om voldoende valide te zijn en duidelijk iets te zeggen over wat je meet en registreert.

Ik voeg eraan toe dat het ook mijn ervaring is dat er een aantal randvoorwaarden zijn om het proces goed te laten verlopen. Een van de randvoorwaarden is dat je niet vanaf het eerste jaar indicatoren gebruikt om zeer repressief te reageren, want dan stopt het project waarschijnlijk vrij snel. Bovendien heb je ook een deel inzicht en maturiteit nodig over hoe je indicatoren moet interpreteren en moet lezen. Sommige indicatoren kun je natuurlijk niet begrijpen als je de nuance en de context niet kent. Het is voor vele voorzieningen belangrijk dat ze voldoende de kans krijgen om die context te schetsen, maar het is soms ook een uitdaging, bijvoorbeeld voor de media, om na te gaan wat het 'sensationele' in zijn reële context betekent.

Wat mij betreft, is dat dus een proces. Ik ben echter optimistisch. Waarom ben ik optimistisch? Omdat ik heb gezien bij dezelfde oefening in de algemene ziekenhuizen

dat, als je dat proces een aantal jaren kunt volhouden, je eigenlijk een niveau bereikt waarbij de kritische massa zo groot is dat zo goed als alle voorzieningen participeren aan een of meer indicatoren en het idee dat je dat transparant moet doen en publiek moet kunnen maken, eigenlijk gemeengoed wordt. Vanaf dan zullen die indicatoren inderdaad ook echt wel een rol spelen, zowel in de publieke verantwoording als bij het intern gebruik voor kwaliteitsverbetering. Dan kan uiteraard ook de manier waarop de Zorginspectie daarmee kan omgaan, steeds duidelijker worden benoemd.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp.a): Dank u wel. Ik ben het eens met uw overwegingen. Het is zeker ook niet mijn bedoeling om daar onmiddellijk repressief mee om te gaan of zo, maar ik denk wel dat het belangrijk is dat men met die cijfers iets kan doen, in de eerste plaats de instellingen, maar dat u ook van waar u zit toch een oogje in het zeil kunt houden. Ik ben dus zeker blij met uw openheid om eventueel nog aanpassingen aan indicatoren door te voeren, om die ook wat specifiekere te maken naargelang de deelsector waar wordt gemeten. Ik denk dat dat absoluut kan helpen om waardevollere informatie te verzamelen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over 57 miljoen euro investeringen in kinderopvang en jeugdhulp – 1857 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, vorige week of twee weken terug hebt u bekendgemaakt dat u 57 miljoen euro zou investeren in gebouwen voor kinderopvang en jeugdhulp. Het zou gaan om subsidies die worden uitgetrokken voor het optrekken van nieuwe gebouwen of het renoveren van bestaande infrastructuur. Een degelijke infrastructuur aangepast aan moderne noden is natuurlijk een voorwaarde om opvang en hulpverlening te organiseren. Voor alle duidelijkheid, als er middelen worden vrijgemaakt, dan is dat op zich een zeer positieve zaak, maar ik heb er toch een aantal vragen bij.

U hebt de verdeling van de middelen in de media meegegeven. Ik ga er ook van uit dat die klopt. Het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) zou die dossiers afhandelen en dus 60 procent van de kosten dekken, terwijl 40 procent door de voorziening zelf moet worden bijgepast.

Binnen ouderenzorg heeft men de manier van financieren door het VIPA aangepast. Daar werkt men met dagforfaits, maar in dit geval wordt nog wel gewerkt met de klassieke manier van werken van het VIPA. Ik herhaal het, dat zijn middelen die nodig zijn. De noden in deze sectoren zijn groot. Tegelijkertijd is zeker in deze sectoren de infrastructuur niet de enige nood. Er is een prangend capaciteitstekort. De wachttijden en de wachtlijsten zijn de afgelopen jaren toegenomen. Daarnaast staan de bestaande voorzieningen heel sterk onder druk. Ze hebben onder meer vijf indexsprongen op een rij moeten verteren. Dat helpt niet als het gaat om de werkbaarheid voor die voorzieningen. Ook de personeelsomkadering is een bekend probleem. Bijvoorbeeld in de kinderopvang is de kindratio opvallend veel hoger dan in de ons omringende landen.

Minister, waarom de keuze om die middelen exclusief in infrastructuur te investeren? Ik ga niet zeggen dat die niet nodig of niet relevant zijn, maar zullen er ook extra middelen komen om die andere noden in die sector aan te pakken? In welke

mate is met deze injectie de investeringsnood aangepakt? Beschikt u over een overzicht van alle investeringsnoden die er zijn en welke middelen daartegenover zouden staan als men die wil lenigen? Dan heb ik ook een vraag over de criteria. Het zal om zowel bestaande als nieuwe initiatieven gaan, maar als er bijvoorbeeld sprake is van een nieuw initiatief of een uitbreiding, zullen dan ook automatisch de bijhorende werkingsmiddelen daarop volgen? Ik wil even opnieuw in herinnering brengen dat in Brussel twee jaar terug een crèche gewoon leeg dreigde te staan. De gemeente had de infrastructuur gebouwd voor die crèche, maar er was niet in werkingsmiddelen voorzien. We mogen niet in dergelijke situaties terechtkomen.

Kinderopvang wordt momenteel gefinancierd met enerzijds ouderbijdragen en anderzijds een subsidie van de overheid in functie van het aantal kinderen. Mijn vraag is hoe dat kan worden gecombineerd met infrastructuursubsidies. In welke mate geeft dat concurrentie? Wat zijn de gangbare spelregels ter zake om ervoor te zorgen dat dat op een faire manier gebeurt? Een beetje in het verlengde daarvan, denk u dat deze manier van werken met het VIPA in de toekomst blijft? Of vindt u een hervorming ter zake nodig, zoals dat voor ouderenzorg is gebeurd?

Een laatste vraag lijkt misschien iets verder af, maar ik vind ze wel heel belangrijk. Zult u, zoals u in uw beleidsbrief hebt aangekondigd, het advies van het extern verzelfstandigd agentschap (EVA) Toegankelijk Vlaanderen inwinnen? De integrale toegankelijkheid van die nieuwe gebouwen is immers heel belangrijk.

De reden dat ik die vraag stel, is dat ik een aantal schriftelijke vragen heb gesteld aan u en minister Homans over de toegankelijkheid van zorginitiatieven. We kunnen heel veel redelijke aanpassingen doen voor mensen met een beperking, in de werksector enzovoort. Daar zijn fondsen voor. We kunnen daar kritiek op hebben of niet, maar die bestaan. Voor het aanpassen qua toegankelijkheid van zorgvoorzieningen, wat vaak heel belangrijk is voor mensen met meervoudige handicaps, zijn er echter eigenlijk geen middelen. Dat is dus toch wel een belangrijke vraag: wordt van bij de start daadwerkelijk goed nagedacht over de diversiteit van het publiek dat zal gebruikmaken van een voorziening?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw Van den Brandt, de infrastructuurinvesteringen liggen in de lijn van ons eerdere beleid van VIPA-betoelaging in deze sectoren. Het voorhanden zijn van infrastructuur lijkt me een basisvoorwaarde voor beleidsvoering. Niet alle budgetten kunnen als werkingsbetoelaging worden ingezet zonder die basisvoorwaarde in gevaar te brengen. Niettemin worden er inderdaad extra middelen ingezet om andere noden te lenigen, dus niet alleen via investeringstoelagen.

Voor de kinderopvang wordt er in 2017 voor 10,6 miljoen euro geïnvesteerd in uitbreidingsbeleid. Ik neem aan dat het u interesseert om te weten hoe dat gebeurt. Er is de overname van kinderopvanginitiatieven in Limburg die zijn gestart door de provincie in het kader van het Strategisch Actieplan voor Limburg in het Kwadraat (SALK). Er zijn in 2 fasen 210 bijkomende plaatsen met subsidie voor inkomenstarief toegekend, verspreid over Limburg. We hebben dat overgenomen. Er is een omschakeling van vergunde plaatsen groepsopvang zonder subsidie naar een basissubsidie. Dat is mogelijk voor ongeveer 4574 plaatsen groepsopvang. Er is een uitbreiding van plaatsen met inkomenstarief. Dat gaat over zowel een omschakeling van bestaande plaatsen zonder subsidie als een van nieuwe plaatsen naar trap 2b. Dat gaat over 648 plaatsen met een inkomenstarief die zo worden gecreëerd. Ook is er een uitbreiding van de prestaties in de buitenschoolse kinderopvang tegen inkomensgerelateerd tarief in de opvang van baby's en peuters. Dat maakt het mogelijk dat iedere groepsopvang met subsidies voor inkomenstarief ook schoolgaande kinderen kan opvangen tegen inkomenstarief, wat vroeger niet kon. Er zijn ook bijkomende plaatsen met plussubsidie in trap 3,

in het kader van een ruimer project ter bestrijding van kansarmoede. Het gaat hier over hetzij een omschakeling van trap 2 naar trap 3, hetzij over de creatie van nieuwe plaatsen. Dat zijn 95 nieuwe trap 2-plaatsen met trap 3-ondersteuning. Ook daarin is budgettaire voorzien.

Voor de jeugdhulp ga ik me ertoe beperken te verwijzen naar mijn antwoord op de vragen over de overgang van jeugdhulp naar volwassenhulp in de commissievergadering van maart. We stelden toen dat we hebben voorzien in 5 miljoen euro uitbreiding in 2017, maar ook de volgende jaren inderdaad zeker nog stappen zullen moeten zetten. Ik heb toen verwezen naar de investeringen in de centra algemeen welzijnswerk (CAW's) inzake instellingsverlaters. Dat zijn recurrente middelen. Ik heb verwezen naar de investeringen in de geestelijke gezondheidszorg voor de eerstelijnspsychologen en vroeginterventie en -detectie bij kinderen en jongeren. Dat is 1 miljoen euro aan werkingsmiddelen. Ik heb ook verwezen naar de groei in de pleegzorg, met ongeveer 3 miljoen euro recurrent, en naar de inspanningen die we continueren voor de niet-begeleide minderjarigen van 6 miljoen euro in de jeugdhulp. Dan zijn er natuurlijk ook voor kinderen en jongeren in de sector van de personen met een handicap recurrente uitbreidingen. In 2017 gaat 7,8 miljoen euro naar personen met een persoonlijke assistentiebudget (PAB). We voorzien ook in geld voor de uitstroom van jongvolwassenen uit het minderjarigenaanbod naar het volwassenenaanbod en een overeenkomstige invulling van dat vrijgekomen deel in het minderjarigenaanbod.

Het VIPA heeft een klantgerichte benadering. We hebben een systeem waarbij voorzieningen zich kenbaar maken en een vraag naar investeringsondersteuning stellen. Dan is dat dossier bekend bij het VIPA. Als ik overzichten heb, dan is dat van die voorzieningen die daadwerkelijk een aanvraag voor een investeringsbetoelaging indienden.

Het is duidelijk dat, door de grote budgettaire inspanningen die we in het VIPA in 2016 en 2017 hebben gedaan, we de ingediende dossiers grotendeels hebben kunnen afwerken. Ook ondanks het feit dat we een jaar geen mogelijkheden hebben gehad, zijn daar nieuwe dossiers aan toegevoegd. Zo werken we voor de projecten jongerenwelzijn en minderjarige personen met een handicap de volledige lijst van aanvragen af.

Voor de projecten Kind en Gezin zijn er nog een aantal projecten die we in 2017 nog niet kunnen subsidiëren. In de toekenningscriteria op de site van VIPA staat: "Voor de sectoren die vallen onder de klassieke VIPA-financiering worden in essentie geen prioriteitscriteria vooropgesteld voor de toekenning van investerings-subsidies in 2017. Er werd wel rekening gehouden met de budgettaire mogelijkheden én ten behoeve van een evenwichtige verdeling werden tussen de sectoren scharnierdata vastgelegd om te bepalen welke subsidieaanvragen in 2017 gehonoreerd kunnen worden." Dat betekent in de bijzondere jeugdbijstand dat je een aanvraag moest hebben ingediend voor 31 december 2016, bij Kind en Gezin dat je een aanvraag had die ontvankelijk was voor 30 juni 2016 en voor de sector van minderjarige personen met een handicap een ontvankelijke aanvraag voor 30 mei 2016. We hebben afgekapd op data als je tussen de sectoren ongeveer een verdeling hebt gemaakt van de invulling van de beschikbare kredieten.

Daarbij is geen onderscheid gemaakt tussen bestaande en nieuwe initiatieven. Wat betreft de garantie op werkingsmiddelen bij capaciteitsuitbreiding voor de kinderopvang, zal de toekenning van de VIPA-subsidies in 2017 uitsluitend gebeuren aan en voor opvangcapaciteit groepsopvang die reeds subsidies voor inkomensstarief heeft of beschikt over een subsidiebelofte daartoe.

Voor mogelijke VIPA-subsidies aan groepsopvang waar Kind en Gezin bij de uitbreidingsronde werkingssubsidies aan zal toekennen: de uitbreidingsbeslissingen

van 2017, die komen in de uitwerking van de bijkomende plaatsen en financiering van de werking, zijn voorzien voor het najaar. Daarbij kan de VIPA-ronde aansluiten die wellicht op het budget 2018 zal worden genomen voor de kinderopvang.

Inzake jeugdhulp moet een organisatie om in aanmerking te komen voor VIPA-financiering over een principiële erkenning beschikken voor de capaciteit waarvoor gebouwd of verbouwd wordt. Alvorens een dergelijke erkenning verleend kan worden, moeten de nodige subsidies, zoals vastgelegd in de erkennings- en subsidiëringsregelgevingen, op de begroting voorzien zijn. Voor een investeringsdossier zullen de nodige werkingskredieten dus de facto in die voorzieningen aanwezig zijn.

Het besluit dat in VIPA-subsidies voorziet voor kinderopvang – voetnoot: waarvan ik op vraag van mevrouw Lies Jans gevraagd heb dat dat ook nog eens op het voortgangsoverleg zal worden besproken – somt een aantal basisvoorwaarden op om in aanmerking te kunnen komen voor VIPA-subsidies, onder andere dat het gaat om een groepsopvanglocatie met minstens negentien plaatsen met subsidie voor inkomenstarief. In de mate dat aan deze wettelijke voorwaarden is voldaan, is combinatie met VIPA-infrastructuursubsidies mogelijk. De subsidie van Kind en Gezin is een subsidie op de exploitatie voor het toegekende aantal subsidieerbare plaatsen. De werkingssubsidie die men krijgt per plaats, bestaat enerzijds uit de ontvangen ouderbijdragen en anderzijds de aanvullende subsidie van Kind en Gezin tot het wettelijk voorziene subsidiebedrag. De VIPA-subsidie is mogelijk als de opvang deze werkingssubsidie van Kind en Gezin reeds ontvangt, of een subsidiebelofte van Kind en Gezin heeft voor een nog op te starten aantal plaatsen.

U stelt een heel interessante vraag naar de toekomst van VIPA voor deze sectoren. Ik herinner me nog dat er in een ver verleden in de bijzondere jeugdzorg geen VIPA was en dat dat gewoon uit de werkingsmiddelen moest worden betaald. Dat is dan later in VIPA opgenomen. Dan heeft de regering-Leterme, meen ik, voor de grotere sectoren, de gehandicapten, de ouderenzorg en de ziekenhuizen, het VIPA-systeem veranderd en is er overgeschakeld op gebruiksvergoedingen voor elk jaar, waar als tegenprestatie een minimale bezetting stond. Dat is toen gebeurd met goedkeuring van Europa. U weet dat niet zo lang geleden Europa een bijgesteld standpunt heeft ingenomen waardoor de ESR-matige aanrekening van de jaarlijkse gebruiksvergoedingen anders moest worden geregeld.

Dan zijn er uiteraard heel wat overlegmomenten geweest begin deze legislatuur, met een taskforce met alle betrokken stakeholders rond infrastructuurinvesteringen en is er afgesproken dat er voor de ziekenhuizen en de woonzorgcentra op een meer forfaitair financieringsmodel zou worden overgestapt, waarbij de financiering van de investering wordt gekoppeld aan de exploitatie. De aanleiding voor die hervorming is een samenspel van factoren: de gewijzigde houding van het Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR) met betrekking tot de alternatieve financiering van VIPA, de zesde staatshervorming, het budgettaire kader en voor de woonzorgcentra de resolutie die is aangenomen door het Vlaams Parlement.

In het regeerakkoord is ook afgesproken dat het VIPA zich verder ontwikkelt als een kenniscentrum, wat betekent dat het voor de forfaitaire systemen niet meer nodig zal zijn om voor elk infrastructuurwerk in die grotere sectoren de hele procedure te doorlopen. In diezelfde taskforce is ook afgesproken dat voor de kleinere sectoren het huidige klassieke subsidiëringssysteem behouden zal blijven. Ik weet niet of u het jargonwoord voor die sectoren al kent. Kent u het? Neen? Dan zal ik u verrassen. Dat noemen we in het jargon de 'charmante' sectoren.

Voor de meerderjarige personen met een handicap zijn we in het kader van de wijzigingen uiteraard ook een nieuw financieringsmodel aan het uitwerken voor de infrastructuur, met een persoonsvolgend systeem van financiering. Ook daar zijn er natuurlijk nieuwe instrumenten nodig.

Uw laatste vraag betreft de verplichting tot het inwinnen van een advies van Inter. De verplichting om een dergelijk advies in te winnen, werd bij de ouderenzorg ingevoerd vanaf dit jaar. In de klassieke VIPA-procedure gaan we dat voorlopig niet doen, maar wordt het inwinnen van dat advies door het VIPA sterk aangeraden aan de voorzieningen. Of die verplichting noodzakelijk is, zal moeten blijken uit een evaluatie van de recent gerealiseerde projecten. Een van de mogelijkheden waaraan echter wordt gedacht, is om dat mee te nemen als een criterium in het kader van de incentives en de investeringsmogelijkheden die we aan het creëren zijn met betrekking tot de duurzaamheidsgraad van onze infrastructuur.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik heb een paar opmerkingen. U bent begonnen met te zeggen in welke uitbreidingsmiddelen er is voorzien. Die cijfers zijn er. Ik wil ze niet ontkennen, het zijn bekende cijfers. Het leek dat dat middelen waren die werden aangekondigd als extra middelen, boven op het budget, maar dat zijn dus eigenlijk middelen die al aangekondigd waren. Dat is geen nieuw geld. Dat is het meedelen van reeds voorziene budgetten, die al in een begrotingsopmaak stonden.

Minister Jo Vandeuren: Mag ik vragen hoe u dat anders zou hebben gezien, als de lijst met de dossiers die we gaan goedkeuren, niet in de begroting zou zijn voorzien?

Elke Van den Brandt (Groen): De regering deelt zeer tevreden mee dat er een begrotingsoverschot is, en tegelijkertijd zegt de minister van Welzijn extra budget te hebben. Dat woordje 'extra' doet me dan toch vermoeden dat er een extra budget is, boven op datgene waarin reeds was voorzien.

Minister Jo Vandeuren: Ik heb niet gezegd dat dat extra was. Ik denk dat u een chronologie of een synchroniciteit ziet die er eigenlijk niet is. Vorig jaar hebben wij dat ook gedaan.

Elke Van den Brandt (Groen): Vaak wordt bestaand nieuws ettelijke keren verkocht, maar ik was in dit geval toch enthousiast aan het hopen dat het om extra middelen zou gaan, omdat die zeker nodig zijn. Maar goed, het is het heremen van bestaande middelen. Dat is één zaak. Dat is dan al duidelijk.

Ik heb een kleine opmerking. U geeft de extra investeringen die er zijn in de kinderopvang. Het zou heel interessant zijn om daar dan ook de starters, de stoppers en de overnames erbij te hebben, zodat we het nettoresultaat hebben. Ik heb die schriftelijk opgevraagd bij u, dus ik hoop dat ik snel antwoord krijg op die vraag, zodat we die cijfers hebben. Ik denk trouwens dat men al een beetje te laat is met het beantwoorden van die vraag.

Ook over die uitbreiding van die kinderopvang zegt u dat de nieuwe ronde in het najaar zal zijn. We zeggen dat regelmatig, maar ik zal het herhalen: ik betreur het dat dergelijke zaken die in de begroting worden ingeschreven, pas in het najaar worden uitgevoerd, zodat er vanuit uw optiek eigenlijk een jaar wordt gewonnen, maar er een jaar wordt verloren vanuit de optiek van de kinderopvang-sector om in die extra capaciteit te voorzien. Ik hoop dus toch dat dat in 2018 anders is, dat de voorziene middelen zo snel mogelijk worden ingezet.

Ik wil nog even inhoudelijk ingaan op enkele zaken. Er is de combinatie van de infrastructuursubsidies met de klassieke financiering. Ik weet natuurlijk dat het gelimiteerd is tot een aantal zaken, maar dat is net de frustratie die je bij heel veel initiatiefnemers ziet. Daarom stelde ik u die vraag. Die hebben bijvoorbeeld geen inkomensgerelateerde erkenning, maar willen wel heel graag instappen in dat systeem. Ze mogen dat niet, omdat er daarvoor een uitbreidingsronde nodig is, en tegelijkertijd missen ze ook infrastructuursubsidies. De winsten voor de

kinderopvang van een inkomensgerelateerd systeem zijn heel groot, maar je mag daar niet zomaar instappen wanneer je wilt, ook al ben je bereid om aan alle regels en criteria te voldoen. Dat is dus een frustratie die in mijn ogen terecht is en die je heel vaak hoort terugkomen, bij initiatieven die van trap 1 naar trap 2 willen gaan, of van trap 0 naar trap 1. Die blijft bestaan, en ik denk dat alleen extra uitbreidingsrondes daar echt een antwoord op kunnen geven.

U zegt dat de VIPA-financiering zal blijven bestaan voor de charmante sectoren. Is dat voor Europa dan wel in orde? Dan zou het voor Europa niet in orde zijn als het gaat over de ziekenhuizen en de woonzorgsector, maar wel als het gaat over deze sectoren. Op basis waarvan kan dat verschil dan worden verantwoord, of zult u die investeringen wel in de begroting opnemen en zal daar op een andere manier mee worden omgegaan?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Eerlijk gezegd, in de begroting staat er een bedrag van ongeveer 100 miljoen euro VIPA-middelen. We proberen dat te concretiseren en daar een lijn in te trekken. Die lijn past binnen de filosofie van de integrale jeugdzorg.

Laat ons eens kijken naar de jeugdhulpverlening, breed gedefinieerd. Hoe kunnen we daar de infrastructurele noden invullen voor de personen met een handicap? Het is duidelijk dat wij een aantal bestaande voorzieningen moeten herconditioneren om meer eenpersoonsskamers te hebben en infrastructuur voor GES+-plaatsen (gedrags- en emotionele stoornissen).

Er zijn veel redenen om die prioriteit te kiezen. Als je probeert om aan de hand van een chronologie in de dossiers die je afkapt, aan je cijfers een beetje resultaat te geven, dan zie ik niet in wat daar verkeerd aan is. U zult me niet kwalijk nemen dat ik één keer per jaar durf te zeggen waar het geld naartoe gaat. Al die mensen zijn zeer blij als ze die brief in de bus krijgen. Dat is toch, neem ik aan, niet verkeerd, dat een minister probeert daar een globaal overzicht van te geven om ook te duiden dat die inspanning niet onbelangrijk is?

Ik vind een aantal van uw vragen, dat meen ik echt, voor de toekomst zeer pertinente vragen. Door de Europese inschatting kan men geen jaarlijkse engagements meer in de begroting inschrijven, dat moet ESR-matig gebeuren als daar niet voldoende risicovolle tegenprestaties tegenover staan, want de tegenprestatie was de minimale bezetting, en Europa heeft op een bepaald moment beslist dat dat een theoretische tegenprestatie was die in de feiten altijd de facto gerealiseerd werd. Ik ga nu kort door de bocht, maar dat is wel wat er gebeurd is. Ik denk dat het heel juist is dat men dan moet nagaan in welke mate een grotere integratie van investeringssubsidies in exploitatiefinancieringen zich opdringt. Dat is uiteindelijk wat er gebeurt in de residentiële ouderenzorg en in de ziekenhuizen.

Voor de kleinere sectoren – maar klein, daar moeten we elkaar niet van overtuigen, dat heeft geen pejoratieve betekenis – de sectoren waar het over beperkte budgetten gaat, is het wel de vraag of het niet gewoon opportuener en hanteerbaarder is om dat in één keer te doen. Voor kinderopvang of een instelling uit de bijzondere jeugdzorg is een eenmalige uitkering hanteerbaar, tenzij men er een openendsysteem van maakt, maar dat zijn debatten en keuzes. Nogmaals, ik vind dat geen onzinnige debatten, maar voor deze legislatuur staat in ieder geval buiten de transformatie die we aan het doen zijn, daarvan niets op de agenda.

Voor Europa, mevrouw Van den Brandt, is dat geen probleem, aangezien het klassieke systeem eenmalig een investeringsbedrag uitkeert, en men dat onmiddellijk inschrijft, als men dat engagement definitief maakt. Daar zit het probleem niet. Het probleem zat hem erin dat een ziekenhuis pakweg 150 miljoen euro VIPA-middelen zou krijgen, maar deze werden uitgekeerd in twintig jaarlijkse

schrijven van x miljoen euro, en elk jaar werd in de begroting niet het totale engagement in het eerste jaar maar elk jaar een deel van het engagement ingeschreven. Daarvan heeft Europa gezegd: dat gaat in die constructie niet meer.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Ik denk dat de vragen beantwoord zijn. Ik ga het debat over extra kinderopvang en zo niet heropenen. Dat zullen we op een ander moment zeker voortzetten.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het bevolkingsonderzoek naar diabetes type 2 – 1860 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Professor Dimitri Aerden voorspelt dat tegen 2030 één op de tien Belgen lijdt aan diabetes. Diabetes type 2 is vermijdbaar. In dat kader is het Vlaams actieplan inzake gezonde voeding en voldoende beweging belangrijk.

Het is ook belangrijk patiënten met een risico op diabetes type 2 tijdig te detecteren zodat vermeden kan worden dat mensen effectief diabetes krijgen. Daarnaast is het ook belangrijk patiënten met diabetes type 2 te detecteren. Een niet-behandelde diabetes lijdt immers tot belangrijke schade aan het lichaam. Er bestaan al heel wat initiatieven inzake opsporing en het risico op diabetes.

Zoet Zwanger biedt vrouwen met zwangerschapsdiabetes tijdens de zwangerschap een vrijwillig begeleidingstraject aan. Er was de pilootstudie met betrekking tot een zelftest diabetes type 2 van het Koninklijke Limburgse Apothekersverbond. Sinds 2013 loopt een pilootproject van de Vlaamse Diabetes Vereniging rond een bevolkingsonderzoek naar diabetes type 2: 'HALT2Diabetes'. De methodiek voorziet eerst in een bevraging met FINDRISC en vanaf een bepaalde score wordt een cardiometabool risicobalan opgemaakt door de huisarts. Die kan dan in functie van de resultaten en de kenmerken van de patiënt een planning opmaken met onder meer aandacht voor het aanpassen van de levensstijl.

Er is vanuit de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek een gunstig advies voor de uitbreiding van deze laatste methodiek over heel Vlaanderen. De definitieve evaluatie van het project 'HALT2Diabetes' en de resultaten zouden eind september 2016 aan het agentschap Zorg en Gezondheid zijn bezorgd.

Minister, in uw antwoord op mijn vraag om uitleg van 20 september 2016 stelde u dat de uitrol over heel Vlaanderen is gekoppeld aan voorwaarden. Op dat moment werd onderzocht hoe die voorwaarden en dus ook een implementatietraject ingevuld en uitgewerkt konden worden. U hebt toen ook gezegd dat u zou onderzoeken welke rol de apotheker hierin zou kunnen opnemen.

Minister, heeft de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek ondertussen de voorwaarden en het implementatietraject voor de uitrol van de methodiek 'HALT2Diabetes' over heel Vlaanderen bepaald? Zo ja, wat zijn die voorwaarden? Zo niet, wanneer mogen we dit verwachten?

Zullen de apothekers een rol krijgen in het bevolkingsonderzoek naar diabetes type 2?

Wanneer mogen we het bevolkingsonderzoek naar diabetes type 2 concreet verwachten?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: De Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek heeft inderdaad voorwaarden vastgelegd voor de uitrol van de HALT2diabetes-methodiek over heel Vlaanderen.

Voorafgaand aan een ruimer toepassen van de FINDRISC en de methodiek HALT-2Diabetes moet een uitrolscenario worden voorgelegd aan het agentschap Zorg en Gezondheid. Na overleg en toetsing op onder andere de haalbaarheid moet dit scenario worden goedgekeurd door het agentschap.

De toestemming geldt uitsluitend voor regio's in Vlaanderen waar een toegankelijk leefstijlaanbod beschikbaar is dat voldoet aan de kwaliteitsvoorwaarden die de Diabetesliga in de methodiek HALT2diabetes vooropstelt en waar strikt het goedgekeurde uitrolscenario wordt gevolgd. Indien beschikbaar, wordt in elk geval een koppeling gemaakt met Bewegen op Verwijzing.

Als uit de resultaten van het project HALT2Diabetes blijkt dat de betrokkenheid van bepaalde actoren de efficiëntie van de implementatie van de methodiek verhoogt, moeten hiervoor duidelijke samenwerkingsafspraken en kwaliteitsvoorwaarden worden vastgelegd. Als uit de resultaten van het project HALT2Diabetes blijkt dat implementatie via de huisarts zinvol en efficiënt is, wordt aanbevolen om de methodiek te koppelen aan de Gezondheidsgids van Domus Medica.

Het proefproject werd gunstig geëvalueerd. De voornaamste bevindingen waren: lage drop-out en exclusie van deelnemers; hoge therapietrouw aan het leefstijlprogramma; het leefstijlprogramma heeft positieve effecten op de gezondheid van de deelnemers; een lage instroom via sensibilisatie in de lokale gemeenschap; een lage deelnamegraad van huisartsen in de regio's.

De Diabetes Liga bereidt momenteel een stapsgewijze uitrol voor in samenwerking met de belangrijkste partners in de stuurgroep van het project en bezorgt in juli het uitrolscenario aan Zorg en Gezondheid. In het pilootproject werd in een afzonderlijk leefstijltraject voorzien voor personen met verhoogd risico. Bij een volledige uitrol zal worden gestreefd naar een koppeling met het lokale leefstijlaanbod en in belangrijke mate dus ook met Bewegen op Verwijzing. Een kwalitatief leefstijlaanbod voor personen met een verhoogd risico is de hoeksteen van de methodiek.

Integratie in de Gezondheidsgids is voorzien, en uiteraard heeft Domus Medica ook een belangrijke rol in het informeren en motiveren van huisartsen over het project.

De apothekers zullen inderdaad een rol krijgen. Het Vlaams Apothekers Netwerk is mee betrokken bij de uitwerking van de implementatie en zit mee in de stuurgroep die het programma verder uitwerkt. We zien een rol op het vlak van het mee verspreiden van de FINDRISC-test, het informeren van hun klanten over het programma en het verwijzen naar de huisarts bij een afwijkende score op de FINDRISC-test.

Omwille van het belang van een kwalitatief leefstijlaanbod gaan we bekijken of er een meerwaarde kan zijn om de kennis en ervaringen alsook de aanpak rond de persoon in kwestie van Bewegen op Verwijzing mee te nemen in de uitrol van het programma over Vlaanderen. De Diabetes Liga voorziet om in november te starten in een aantal regio's waar het Bewegen op Verwijzing-project reeds in werking is.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Bedankt voor uw antwoord, minister. Het stemt mij alleszins tevreden dat de resultaten positief zijn. Dat daar nu ook een uitrol wordt voorzien, is zeker positief.

In uw voorwaarden stelt u dat het aan regio's gekoppeld gaat worden, maar waar ook bewegen op voorschrift sowieso in zit.

Minister Jo Vandeurzen: Bewegen op verwijzing. (*Opmerkingen*)

Vroeger heette het inderdaad bewegen op voorschrift.

Freya Saeys (Open Vld): Daar moesten ook projecten voor ingediend worden. Over welke regio's gaat het? Zal dat ook voorgelegd worden aan die regio's? Of moeten die vanuit zichzelf het initiatief nemen?

Minister Jo Vandeurzen: Die projecten, die regio's, zijn volgens mij al toegerekend. Ik denk dat er gewoon gezorgd wordt dat dat afgesproken is. Iedereen weet in die regio's dat het project loopt en dat bewegen op verwijzing daar ook rekening mee zal moeten houden.

Freya Saeys (Open Vld): Dat is sowieso gekoppeld?

Minister Jo Vandeurzen: We zullen dat zeggen, maar dat lijkt me de evidentie zelve. Aangezien men eerst in die regio's gaat beginnen, gaat men zeker met die partners afspreken.

De voorzitter: De heer Moyaers heeft het woord.

Bert Moyaers (sp.a): Ik dank collega Saeys voor de vraag en de minister voor het antwoord.

Ik heb wel nog een bijkomende vraag, minister. Hoe ziet u de detectie en de preventie van diabetes type 2 bij ouderen? Dat is de tweede grootste reden die men aangeeft voor de toename van dat type diabetes. Uit een artikel dat ik kon terugvinden, blijkt namelijk dat de vergrijzingsgolf een niet te onderschatten factor is voor de toename van het aantal patiënten met diabetes type 2. De huisarts zal hier ongetwijfeld een grote rol spelen, maar het is nu eenmaal minder gemakkelijk om ouderen een andere levensstijl aan te leren inzake voeding en beweging. Hoe ziet u de problematiek? Wat is volgens u de rol van thuisverplegers of mantelzorgers en gezinshelpers in het project? Kunnen zij misschien ook een nuttige bijdrage leveren in het bevolkingsonderzoek en eventuele projecten rond diabetes type 2, aangezien de vergrijzing het aantal gevallen van deze aandoening zeker zal beïnvloeden?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Dan denk ik dat we even terug moeten naar de gezondheidsconferentie rond lifestyle. De afspraak is dat dat nu op levensdomeinen wordt gefocust, op de lokale gemeenschap en het socioculturele werk, om maar twee voor de hand liggende te noemen als we kijken naar een ouder wordende bevolking. Ook settings en de voorzieningen komen daarin aan bod. Men is nu bezig om dat strategisch plan te finaliseren. Een van de voornaamste zaken op dit moment is om per levensdomein de stakeholders te identificeren en te kijken of en in welke mate men met hen tot bepaalde kwantificeerbare doelstellingen kan komen. En dan mag je verwachten dat dat naar de regering, en van daaruit naar het parlement zal komen. Daarin zit een strategie die alles te maken heeft met preventie en gezonde levensstijl. Ik denk dat u het antwoord op de meeste van uw vragen daarin zult terugvinden.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Elke Sleurs aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de kennis van patiëntenrechten – 1871 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Minister, de wet op de patiëntenrechten bestaat intussen vijftien jaar. Patiënten die allerhande zorg nodig hebben, kunnen dankzij die wet hun rechten uitoefenen om documenten in te zien, een tweede opinie te vragen, een tweede advies te vragen enzovoort. Ik begrijp dat dat hoofdzakelijk een federale bevoegdheid is, maar toch wens ik u naar aanleiding van een onderzoek van het Vlaams Patiëntenplatform te wijzen op deze wetgeving en het Vlaamse belang en Vlaamse acties daarin.

Een groot deel blijkt volgens die bevraging geen benul te hebben van de patiëntenrechten. En degenen die ze wel kennen, zijn dan weer onvoldoende op de hoogte. Op de mondelinge vraag van collega Persyn in april 2016 verwees u naar de eerstelijnsconferentie, die plaatsvond in februari. U gaf toen in uw antwoord mee dat op basis van de gedragen voorstellen en intenties dit ook ter sprake zou worden gebracht op een Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Minister De Block heeft volgens de media in het verleden al aangegeven een betere definiëring van kwaliteit van zorg te willen hanteren.

Het is mijn mening dat de Vlaamse Gemeenschap ook meer haar gewicht zou moeten benutten om die kwaliteit van zorg ook in de praktijk te bieden binnen de gezondheidsdomeinen waarvoor we bevoegd zijn. Het is ons onduidelijk of dit intussen ook is geagendeerd op een interministeriële conferentie.

Minister, op welke manier wilt u de kennis van patiëntenrechten verbeteren in overleg met het federale niveau en minister De Block, zodat integrale kwalitatieve zorg gegarandeerd kan worden?

Is het item betreffende de gekendheid van de patiëntenrechten besproken? Is er een interministeriële conferentie geweest? Zo ja, wat waren de conclusies? Welke maatregelen zult u binnen uw bevoegdheden nemen om patiëntenrechten gekender te maken?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Collega, de wet op de rechten van de patiënt is uiteraard federale materie. Het is inderdaad zo dat de kennis van rechten deel uitmaakt van een kwaliteitsvol gezondheidsbeleid. In die zin is het niet alleen de wet die we moeten toepassen, maar moeten we uiteraard ook de patiënten informeren over het bestaan van de wet en is het informeren van patiënten ook een opdracht van elke zorgaanbieder en vele zorginstanties.

Sinds 2000 financiert de Vlaamse overheid het Vlaams Patiëntenplatform, de koepel van patiëntenverenigingen. Zij werken zeer nauw samen met de federale overheid en bekijken samen met hen hoe patiëntenrechten beter bekend kunnen worden gemaakt. In 2015 werden filmpjes over patiëntenrechten gemaakt door de federale ombudsdienst Rechten van de patiënt. Daarnaast kunnen patiëntenrechten geafficheerd worden in wachtzalen en in zorgvoorzieningen. In 2015 voerden we campagne in de sector van de woonzorgcentra via druk en verspreiding van folders omtrent het belang van het hebben van een vertegenwoordiger. We bekijken ook hoe we aspecten van de wet patiëntenrechten kunnen integreren in de huidige tools en websites. In de rechtenverkenner namen we bijvoorbeeld ook de rechten van de patiënt op.

In de visietekst van de eerstelijnsconferentie is ook opgenomen dat er een klacht-recht ontwikkeld wordt dat laagdrempeliger en toegankelijker is voor patiënten en burgers. Vlaanderen is bevoegd voor klachten in de samenwerking tussen zorgver-leners, het federale niveau voor de individuele relatie tussen een zorgverlener en een patiënt. Voor patiënten is het niet duidelijk waar ze welke klacht kunnen indie-nen. Dat stroomlijnen is belangrijk in het kader van de toegankelijkheid. Daarover zullen we dus zeker overleggen met de federale overheid.

Daarnaast is het ook belangrijk om dit klachtrecht te kaderen binnen een kwali-teitsbeleid, zodat de klachten ook kunnen bijdragen tot kwaliteitsverbetering en zo in de toekomst ook meer vermeden kunnen worden.

De bekendheid van de patiëntenrechten is niet specifiek als thema aan bod geko-men op de interministeriële conferentie, maar ik zal met collega De Block nagaan hoe we die bekendheid kunnen verhogen. We gaan dat doen in nauwe samen-werking met onder andere het Vlaams Patiëntenplatform, de beroepsverenigin-gen en de koepels van voorzieningen, alsook de ziekenfondsen die hieromtrent een expliciete opdracht hebben, die ook opgenomen werd in het pact dat zij slo-tten met de federale overheid.

Het Vlaams Patiëntenplatform, dat, zoals ik al zei, door de Vlaamse overheid fi-nancieel wordt ondersteund, zet 2017 in het teken van het vijftienjarige bestaan van de patiëntenrechten. Zij hebben een enquête afgenomen bij 1400 patiënten, waaruit bleek dat patiëntenrechten na vijftien jaar nog steeds onvoldoende ge-kend zijn. In mei organiseren zij focusgroepen met patiëntenvertegenwoordigers om dieper te kunnen ingaan op de resultaten van die enquête, zodat ook verbe-tervoorstellen geformuleerd kunnen worden.

In het najaar zal het Vlaams Patiëntenplatform op een symposium de resultaten van deze focusgroepen voorstellen onder de vorm van adviezen. Hoe evalueren patiënten de wet patiëntenrechten na vijftien jaar? Volstaat de wet om tegemoet te komen aan de vereisten van een elektronisch patiëntendossier? Het Vlaams Patiëntenplatform zal dan ook voorstellen doen om de wet patiëntenrechten beter bekend te maken bij patiënten in Vlaanderen.

In het kader van het kwaliteitsbeleid dat Vlaanderen actief ondersteunt en verder zal uitbreiden via het nieuw op te richten Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, ontwikkelde het Vlaams Patiëntenplatform als actieve partner een instru-ment dat ervaringen van patiënten in kaart brengt, zowel voor algemene zieken-huizen als voor de sector geestelijke gezondheid.

Hierin worden een aantal patiëntenrechten bevraagd, zoals informed consent, in-formatie over de kostprijs, informatie over de ziekte of aandoening en het recht op privacy. De resultaten worden teruggekoppeld naar de ziekenhuizen die dit in de kwaliteitsverbetertrajecten van hun organisatie kunnen opnemen.

Een tweede instrument dat het Vlaams Patiëntenplatform heeft ontwikkeld, is de website-indicator voor ziekenhuizen. Hiermee wordt de patiëntgerichtheid van de websites van de ziekenhuizen onder de loep genomen. De ziekenhuizen moeten de patiëntenrechten op hun website vermelden. Ze moeten hierover informeren en ze moeten de gegevens van de ombudsman opnemen.

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik heb vernomen dat het najaar een belangrijk moment wordt omdat dan de adviezen zullen wor-den geformuleerd. Hebt u met betrekking tot het klachtenrecht een timing? Wan-neer zou dat worden ontwikkeld? Hebt u een idee van de timing voor de verdere ontwikkeling van het klachtenrecht? Zoals u hebt vermeld, zal het najaar in dit

verband waarschijnlijk een belangrijke periode worden. Dan worden immers de adviezen geformuleerd.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Het plan betreffende de eerste lijn ligt op dit ogenblik voor advies bij de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG). Als het terugkomt, moet het naar de Vlaamse Regering. Met betrekking tot dit specifiek punt zijn we echter in sterke mate afhankelijk van de samenwerking met de beroepsgroepen en met de federale overheid.

De federale ombudsman ziet toe op de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt, maar iedereen weet dat dit ver van de eerste lijn staat. Er bestaat tevens een ombudsfunctie op het niveau van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg in elke provincie. Eigenlijk is de vraag hoe we hiermee omgaan ten aanzien van de eerstelijnszorg.

We hebben hiermee rekening gehouden in de acties die tijdens de conferentie zijn voorgesteld. We hebben echter met twee woorden moeten spreken. Tijdens het voorbereidingstraject is dit natuurlijk ter sprake gebracht, niet het minst door het Vlaams Patiëntenplatform, maar natuurlijk zijn we hier stricto sensu niet voor bevoegd. We zullen nagaan hoe we dit met de stakeholders en met de bevoegde overheid kunnen opnemen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de bekendheid en bekendmaking van sociale kaarten bij zorgverstrekkers en hulpverleners – 1874 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Voorzitter, we hebben tijdens vele hoorzittingen en in verschillende documenten gehoord en gelezen dat zorgverstrekkers en hulpverleners onvoldoende kennis hebben van de sociale kaarten die hen aanbelangen. Heel vaak bestaan er sociale kaarten, maar worden ze onvoldoende bekendgemaakt bij de mensen die ze moeten gebruiken. De sociale kaart van de eigen regio is nochtans essentieel voor artsen om patiënten gericht te kunnen doorverwijzen.

e-health en Vitalink zijn in volle ontwikkeling. Naast het veilig delen van informatie over patiënten bieden ze ook de mogelijkheid patiënten, zorgverstrekkers en hulpverleners informatie aan te bieden, zoals de sociale kaarten.

Minister, bestaat de intentie om de sociale kaarten via Vitalink consulteerbaar te maken? Zo neen, is het niet wenselijk de sociale kaarten via Vitalink makkelijk consulteerbaar te maken, zodat artsen en misschien ook andere zorgverstrekkers gericht zouden kunnen doorverwijzen?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Voorzitter, de intentie om de sociale kaart via Vitalink consulteerbaar te maken bestaat niet. Op 1 januari 2018 neemt de Vlaamse overheid het Platform Welzijn en Gezondheid over. Dit is het platform achter de websites www.desocialekaart.be en www.zorgzoeker.be. Die websites zullen het centrale platform blijven en nog meer worden. Zorgverstrekkers, hulpverleners en gewone burgers kunnen er op zoek gaan naar een gepast zorgaanbod in de

eigen regio. De Vlaamse overheid zal vergelijkbare initiatieven, zoals de website www.jeugdhulpwijzer.be, in dit platform integreren.

Vitalink is een systeem waarmee huisartsen, thuisverpleegkundigen en apothekers digitale patiëntengegeven eenvoudig en veilig met elkaar kunnen delen. De websites www.desocialekaart.be en www.zorgzoeker.be zijn media om te zoeken welk zorgaanbod waar in de regio beschikbaar is. Onze technici denken niet dat beide onmiddellijk met elkaar moeten worden geïntegreerd.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Dit is hier nog maar pas aan bod gekomen. Vorige week, tijdens de hoorzitting over het Strategisch Plan Autisme, heeft professor Steyaert verteld dat er pogingen zijn om een sociale kaart te ontwikkelen, maar dat er bij de hulpverleners vaak een probleem is. Ze weten vaak niet waar ze dit moeten vinden. Hij heeft dan ook gesuggereerd dat het interessant zou kunnen zijn dit in het medisch programma te integreren en daar eventueel in een link te voorzien. Het is nobel allerlei aparte websites en dergelijke te maken, maar in de praktijk zijn er uiteindelijk zo veel websites en links dat iemand actief op zoek moet gaan. In de praktijk blijkt dat zorgverstrekkers dat niet doen. Als we het gemakkelijker kunnen maken, moeten we dat zeker en vast doen. Dit gebeurt uiteindelijk in het belang van de patiënt. Om die reden vraag ik om dit eventueel via Vitalink consulteerbaar te maken.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Voorzitter, ik trap een open deur in als ik stel dat de sociale kaart beter bekend kan zijn bij zorgverstrekkers en zorgbehoevenden. Dat is zeker nodig. Het denkspoor via Vitalink en de bescherming van private medische gegevens is in mijn ogen iets anders dan een sociale kaart. Een sociale kaart moet veel ruimer dan dat zijn. Er moeten verschillende soorten van aanpassingen zijn.

Minister, wat Vitalink betreft, kan ik u volgen. Dat is niet het prioritaire denkspoor. Dit sluit niet uit dat andere denksporen kunnen worden onderzocht om zorgverstrekkers beter te informeren of in staat te stellen beter door te verwijzen. Daar is geen discussie over.

Naar aanleiding van uw antwoord zou ik u nog een vraag willen stellen. Op 1 januari 2018 nemen we met het Platform Welzijn en Gezondheid de sociale kaarten als het ware over. Betekent dit dat het platform ook de wijze overneemt waarop, zoals in de provincie Antwerpen gebeurt, de sociale kaart elk jaar wordt geüpdatet? Wordt dit integraal door het platform overgenomen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het is de bedoeling dat we die updates blijven doen. Wat het personeel betreft, is met de provincies een afspraak gemaakt. We gaan nominatief na wie bij de transitie betrokken is. Die mensen moeten hun voorkeur te kennen geven over waar ze willen worden tewerkgesteld. De oefening om tot een maximale invulling te komen, is nu uiteraard aan de gang. Ik heb niet gehoord dat er momenteel een issue zou zijn.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Mijnheer Bertels, u hebt verklaard dat dit eventueel niet aan Vitalink moet worden gekoppeld, maar dat we wel moeten nadenken over een manier om hier proactiever mee om te gaan. Dit lijkt me noodzakelijk. Volgens mij staat iedereen open voor andere suggesties.

Minister Jo Vandeurzen: Indien we erin zouden slagen de eerstelijnsstructuren volledig operationeel te krijgen, zullen we beschikken over iemand die zich hiermee kan bezighouden en die dat kan bijhouden. Dat geldt voor autisme. Maar uit mijn ervaringen tijdens de voorbereiding van de eerstelijnsconferentie blijkt dat soms nog iets meer wordt gezocht dan alleen maar een paar basisgegevens over wie wat kent. Sommigen vragen of iemand zich op bepaalde specialiteiten toelegt of ervaring met bepaalde zaken heeft. Het lijkt me moeilijk dit te realiseren in een formeel systeem, want dan komen er weer erkenningscriteria en dergelijke.

Indien we de sociale kaart dicht bij de hulpverleners willen brengen, heb ik het gevoel dat we ook in kleinstedelijke gebieden de vinger enigszins aan de pols moeten houden. Het zal dichterbij de hulpverleners komen naarmate we erin slagen de structuren wat volwassenere te maken.

Het is uiteraard best denkbaar dat we bepaalde zaken in de ondersteunende softwarepakketten voor huisartsen kunnen opnemen, bijvoorbeeld voor artsen die een bepaalde diagnose stellen. Die vraag zouden we eigenlijk moeten stellen aan de mensen die het systeem gebruiken. We kunnen hierover nadenken. Het nieuw instituut voor de ondersteuning van de eerstelijnszorg wordt ontwikkeld. Op een bepaald ogenblik kunnen we nagaan of we de evidencebased ondersteunende tools niet kunnen uitbreiden met een link naar een sociale kaart.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de uitblijvende resultaten van de armoedetoets op de vernieuwde kinderbijslag – 1878 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Dirk de Kort

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

Bart Van Malderen (sp.a): Voorzitter, ik hoef niet in herinnering te brengen dat de vernieuwde kinderbijslag drie grote doelstellingen heeft, namelijk de ondersteuning van de opvoeding van kinderen, de vereenvoudiging en de bestrijding van armoede. Mijn vraag om uitleg heeft vooral betrekking op dat laatste punt.

De Vlaamse Regering heeft zich er terecht en ook gedwongen door het decreet toe geëngageerd een armoedetoets uit te voeren. Volgens mij is het de eerste keer dat we over een dergelijk grote hefboom beschikken. We beschikken over 3 miljard euro om in Vlaanderen werk te maken van de strijd tegen armoede in het algemeen en van kinderarmoede in het bijzonder. Ik wil iedereen er nogmaals op wijzen dat we ons tot doel hebben gesteld de kinderarmoede in Vlaanderen tegen 2020 te halveren. Sommige leden van deze commissie volgen dit van nabij op.

De armoedetoets staat in het decreet beschreven en moet het resultaat van een proces zijn. De overheid en de betrokken actoren op het terrein evalueren de gevolgen en de impact op de armoede van de besluitvorming. Dit betekent dat het een participatief proces is, wat uiteraard altijd door wetenschappelijk onderzoek kan worden ondersteund.

Van dat onderzoek hebben we al een aantal keren het bewijs gezien. Daar is ook telkens een debat over gevoerd. Eerst en vooral heeft het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck van de Universiteit Antwerpen een aantal conclusies getroffen. Ik wil nog eens vermelden dat het hier absoluut geen lofzang op het voorstel tot vernieuwde kinderbijslag betreft. Dit zou de armoede slechts zeer marginaal aanpakken. Op 6 juli 2016 is dit tijdens de plenaire vergadering uitgebreid besproken.

Vervolgens heeft Kind en Gezin de KU Leuven de opdracht gegeven het voorstel tot hervormde kinderbijslag opnieuw te onderzoeken. Naar aanleiding van de resultaten heeft het Vlaams Parlement hier in januari 2017 opnieuw een debat aan gewijd. De vaststellingen van de KU Leuven liggen overigens in grote mate op dezelfde lijn als de vaststellingen van de Universiteit Antwerpen. De hervormde kinderbijslag heeft een zeer marginale impact op de armoedebestrijding en laat geenszins toe te stellen dat we de kinderarmoede tegen 2020 zullen halveren.

Ik blijf op mijn honger zitten wat dat participatieve proces betreft. Het werd in de pers afgeschilderd alsof de armoedetoets er nu is, en alsof de KU Leuven de effecten heeft berekend. Maar dat is natuurlijk niet de armoedetoets. Daar is het een beetje stil rond. Ik wil vooral zien wat nu de beleidsaanbevelingen zijn die in het kader van dat tweede luik naar voren worden geschoven en welk gevolg de Vlaamse Regering daaraan geeft. Zo'n armoedetoets is uiteraard geen academische oefening. Het is niet louter een proces waarbij iedereen zijn gedacht komt zeggen. De bedoeling moet wel zijn om desgevallend het beleid aan te passen, wanneer blijkt dat de doelstellingen niet worden gehaald of dat een en ander een negatief effect of te weinig positieve effecten genereert als je dat als doel hebt gesteld.

Minister, kunt u een stand van zaken geven in verband met de armoedetoets op de vernieuwde kinderbijslag? Kunt u toelichten waarom die toets vertraging heeft opgelopen? Kunt u duiding geven bij het gevolgde proces? Kunt u toelichten wat het resultaat is van de armoedetoets? En dan de hamvraag: welke concrete gevolgtrekking zult u geven aan de resultaten die voortkomen uit de armoedetoets?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mijnheer Van Malderen, de Vlaamse Regering heeft op 31 mei 2016 de conceptnota 'Voor elk kind en elk gezin een groeipakket op maat' goedgekeurd en beslist om een uitgebreide armoedetoets uit te voeren op de globaliteit van het nieuwe systeem en de overgangperiode.

Net doordat het een grondige armoedetoets is, vergt dit meer tijd. De input vanuit de ervaringskennis kon pas worden gefinaliseerd nadat de wetenschappelijke input, aangeleverd door onderzoekers van de KU Leuven, er was.

Bovendien werd een traject gelopen met meerdere actoren. Naast de ervaringskennis vanuit het Netwerk tegen Armoede werden meerdere deskundigen betrokken. Deze groep is een mix van kennis met betrekking tot armoede en kinderrechten, gezien het belang van de gezinsbijslagen vanuit het oogpunt van de kinderrechten. De deskundigen zijn: Decenniumdoelen, de Gezinsbond, het Kinderrechtencommissariaat, het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, en Welzijnzorg als vertegenwoordiger van de Kinderrechtencoalitie. Daarnaast waren ook de departementen Onderwijs en Welzijn, Volksgezondheid en Gezin betrokken.

Het resultaat van deze armoedetoets kan weldra verwacht worden en zal, samen met het ontwerp van decreet dat het groeipakket zal omzetten in regelgeving, bezorgd worden aan het Vlaams Parlement.

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

Bart Van Malderen (sp.a): Het nieuwe 'onverwijd' is geboren: 'weldra'.

Minister, ik wil u erop wijzen dat we nu elf maanden zijn na de goedkeuring van de conceptnota. Het feit, minister, dat u zegt dat we dat grondig en breed zullen doen, juich ik toe. Maar dat is geen excuus voor het in feite parkeren gedurende bijna een jaar van dit zo belangrijke dossier. U hebt daar zelf, als minister en samen met de Vlaamse Regering, uw verantwoordelijkheid in gehad.

Ik heb daarnet verwezen naar het feit dat er berekeningen waren als beleidsvoorbereidend werk in het kader van de conceptnota door de Universiteit Antwerpen. Die mensen zijn toen met pek en veren aan de kant geschoven omdat het resultaat een aantal mensen niet zinde. Vervolgens werd een nieuwe opdracht gegeven, aan even bekwame mensen, daar twijfel ik niet aan, van de KU Leuven. Zij kwamen tot nagenoeg hetzelfde inzicht. En nu krijgt het parlement als antwoord 'weldra'.

Minister, ik heb een aantal deelvragen gesteld over conclusies die mogelijk te trekken zijn. Ik ga ervan uit dat u die hebt.

U bevestigt nu non-verbaal dat u geen resultaten hebt. Dat betekent volgens mij ook dat er op dit ogenblik niet gesleuteld wordt aan het decreet. Mogen we ten opzichte van de conceptnota en van wat daarin werd voorgesteld, wijzigingen verwachten, zodanig dat we met een beetje zekerheid kunnen veronderstellen dat er wordt tegemoetgekomen aan de vaststellingen van zowel de Universiteit Antwerpen als de KU Leuven, met name dat er slechts een marginaal effect is op kinderarmoede en zeker onvoldoende om tegen 2020 kinderarmoede te halveren? Wordt er op dit ogenblik aan nieuwe teksten gewerkt? Hebt u nieuwe maatregelen die we mogen verwachten, minister?

'Weldra' is een absoluut onvoldoende omschrijving. Ik verwacht van u een precieze timing. Minister, dat moet mogelijk zijn, aangezien u wel kunt zeggen met wie er allemaal overleg is geweest. Ik heb geen weet van nieuwe afspraken, maar ik ga er wel van uit dat die er zijn en dat die toets kan worden gefinaliseerd. Het moet toch mogelijk zijn om een preciezer antwoord te krijgen dan 'weldra'. Dit is onvoldoende.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Met de armoedetoets zal gebeuren zoals dat altijd gaat met een armoedetoets: hij moet, naar aanleiding van de redactie van het decreet, worden opgemaakt. Dat is gebeurd. Het agentschap Kind en Gezin begeleidt dat proces. Zij houden ook de pen vast voor de teksten. U mag verwachten dat wanneer de regering een tekst van het tweede decreet goedkeurt – want het eerste stuk van het decreet is al lang in het circuit – uiteraard ook de toets aanwezig zal zijn. De regering zal dan de argumenten hebben om te zeggen: 'Daar antwoorden we zo op en dat is onze visie op dat element.'

En dan over de appreciatie. Eerlijk gezegd, vanaf het moment dat de conceptnota geboren was, wisten we toch al wie wat ging zeggen als reactie erop. Daar is nu in de loop der tijd weinig aan veranderd. Het is zeer merkwaardig dat wij uit dezelfde wetenschappelijke analyse een andere appreciatie afleiden. Wat mij betreft, heeft de KU Leuven aangegeven dat het risico op een bepaalde manier wordt teruggedrongen. Maar volgens de onderzoekers was het minstens even belangrijk om de armoedekloof serieus aan te pakken. Wij hebben toen altijd gezegd dat er ook kwalitatieve elementen zijn, zoals de automatische rechtentoekenning, enzovoort. Dat zal ook in het geheel van de evaluatie en de toets of het verslag daarvan moeten worden bekeken.

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

Bart Van Malderen (sp.a): Ik blijf hier samen met vele anderen op mijn honger zitten. Er zijn documenten die we perfect kunnen opvragen in het kader van de openbaarheid van bestuur. Als Kind en Gezin die heeft, kunnen we die opvragen. We zullen dat ook doen.

Als u al bij voorbaat wist wat de reactie van wie zou zijn op de rapporten van de Universiteit Antwerpen en de KU Leuven, dan hadden we geen elf maanden moeten verliezen door die te vragen. Maar, minister, dit is meteen ook ten dele een schuldbekentenis. U dient wetens willens een document in waarvan u weet – en

dat is onze fundamentele kritiek – dat de hefboom van 3 miljard euro die u hebt onvoldoende wordt benut om kinderarmoede in Vlaanderen terug te dringen. Als u al op voorhand weet dat dat de kritiek is, betekent dat – en u bent slim genoeg – dat u zelf ook die inschatting hebt gemaakt. Dan is het dubbel jammer dat u die hefboom niet wenst of van uw coalitiepartners niet mag benutten.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toekomst van het West-Vlaams Consultatiebureau voor Diagnostiek en Zorg en het Oriëntatiecentrum Wilrijk – 1885 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Coppé heeft het woord.

Griet Coppé (CD&V): Voorzitter, ik denk dat ik mijn inleiding achterwege kan laten. Ik denk dat iedereen heeft gezien waarover het gaat.

Het West-Vlaams Consultatiebureau voor Diagnostiek en Zorg (WVCB) werd in het verleden betoelaagd door de provincie. Maar door de interne staatshervorming zijn er verschuivingen. De provincie is niet langer bevoegd voor de persoonsgebonden aangelegenheden. Daardoor blijven er enkele vragen hangen bij het WVCB en bij het Oriëntatiecentrum in Wilrijk.

Ik werd door de directie nogmaals gecontacteerd in verband met hun toekomst. Beide organisaties wachten op erkenning en op de subsidiëring voor het werkjaar 2017. Zij stellen dat het moeilijk werken is zonder absolute zekerheid. Zij melden ook dat zij hadden gehoopt dat zij zouden worden vernoemd in actiepunt 7 van het strategisch plan voor autisme. Uit de hoorzitting over dit strategisch plan kwam naar voren dat diagnosestelling van autisme bij volwassenen slechts zijdelings aan bod komt in het plan. De referentiecentra autisme stelden dan ook op de hoorzitting als vraag of knelpunt: 'Diagnostiek en geestelijke gezondheidszorg bij 18-plussers worden relatief weinig belicht.'

Na de sluiting van een aantal provinciale centra is de diagnostische capaciteit fors gedaald en zijn de wachttijden gestegen. Bij het Oriëntatiecentrum Antwerpen bedraagt de wachttijd ondertussen 1,5 tot 2 jaar. Diagnostiek door private initiatieven kost al snel 600 tot 1000 euro.

Het West-Vlaams Consultatiebureau heeft binnen zijn vakgebied grote expertise opgebouwd, voornamelijk op het vlak van kwaliteitsvolle diagnostische trajecten bij volwassen personen met een (vermoeden van) handicap, in het bijzonder ontwikkelingsstoornissen. Het centrum geniet bekendheid en waardering over heel Vlaanderen. Ik hoop met hen dat de opgebouwde expertise in de toekomst minstens kan worden gewaarborgd.

Minister, wat is de stand van zaken inzake subsidiëring en goedkeuring van een erkenning voor het werkjaar 2017? Wanneer kan er effectief een besluit worden genomen door de Vlaamse Regering? Welk toekomstperspectief hebben zij na 2017? Zullen beide centra betrokken worden bij het uitwerken van een structureel aanbod voor diagnostiek bij volwassenen in Vlaanderen?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: De werking zal in 2017 kunnen worden voortgezet, op dezelfde wijze als in de periode 2014-2016.

De teksten die hiertoe in een regelgevende basis voorzien, worden momenteel gefinaliseerd. De betoelaging van het Oriëntatiecentrum Wilrijk werd in een ministerieel besluit gezet. De betoelaging van het WVCB werd in een besluit van de Vlaamse Regering gegoten en ligt momenteel voor bij de Inspectie van Financiën. Het zal worden geagendeerd op de ministerraad zodra het advies terugkomt van de Inspectie van Financiën.

Op korte termijn wil het VAPH initiatief nemen voor het ontwikkelen van een gedegen en onderbouwde visie op de organisatie van diagnostiek. Naar aanleiding van de zesde staatshervorming en het overkomen van enkele bevoegdheden, wordt hier de mogelijkheid gecreëerd om een maximale afstemming te krijgen tussen de werking van alle diensten die diagnostiek uitvoeren. De bedoeling is om in een flexibele organisatie te voorzien die kan inspelen op de verschillende noden inzake diagnostiek die al jaren worden gesignaleerd alsook de noden die objectief werden vastgesteld in wetenschappelijk onderzoek. Wat dat concreet en op lange termijn betekent, zal verder vorm krijgen, onder andere in het verder uitwerken van het Strategisch Actieplan Autisme.

Het uitwerken van een structureel aanbod aan diagnostiek, zowel voor minderjarigen als (jong)volwassenen, zal vanuit het strategisch plan invulling krijgen. Momenteel loopt een proces onder begeleiding van mijn administratie dat het actieplan punt per punt concretiseert. Bij dat proces zijn alle beleidsdomeinen betrokken.

We houden ook rekening met de signalen verwoord in de hoorzittingen, en er was al bilateraal overleg met cruciale partners zoals de taskforce. Ik kan en wil natuurlijk niet vooruitlopen op de resultaten van dat proces, maar ik heb afgesproken met de administratie dat zij toewerkt naar een operationeel resultaat tegen eind mei.

Wat de diagnostiek betreft, worden twee sporen verkend. Enerzijds is er het capaciteitsgegeven waarvoor wordt nagegaan of gerichte uitbreiding mogelijk is. Anderzijds, en daar zet ik met name in eerste instantie op in, is er het idee om via regionale netwerken autisme te komen tot een betere afstemming, samenwerking, coördinatie en een meer cliëntgericht ontsluiten van het aanbod.

Het spreekt vanzelf dat de actoren binnen het gespecialiseerd aanbod daarbij de prioritair betrokken partners vormen. Dit geldt voor het Oriëntatiecentrum Wilrijk en het WVCB en eveneens voor de Centra voor Ambulante Revalidatie, de Referentiecentra Autisme, de thuisbegeleidingsdiensten autisme en de Centra voor Ontwikkelingsstoornissen.

Dit is een eerste en niet-limitatieve opsomming. Ik wacht nog de verdere voorstellen van mijn administratie af.

De voorzitter: Mevrouw Coppé heeft het woord.

Griet Coppé (CD&V): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Dit is heel positief nieuws. Na wat ongerustheid kan bij het Oriëntatiecentrum Wilrijk en het WVCB heel goed nieuws worden gemeld. De rust kan weerkeren en zij kunnen hun werking voortzetten. Voorts is het ook positief dat zij verder zullen worden betrokken bij het Strategisch Actieplan Autisme.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld

VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de zorgvernieuwingsprojecten in het kader van ouderenzorg – 1886 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Coppé heeft het woord.

Griet Coppé (CD&V): In De Standaard van 10 april 2017 lazen we dat het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een wetenschappelijk evaluatie heeft gemaakt van de zorgvernieuwingsprojecten. Er zou bijvoorbeeld een case-manager worden toegevoegd aan de zorg waardoor opnames in een woonzorgcentrum kunnen worden uitgesteld.

Minister, kunt u de resultaten van die evaluatie toelichten?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Een evaluatierapport bundelt alle resultaten van de eerder uitgevoerde wetenschappelijke evaluaties van de zorgvernieuwingsprojecten van model 1 en 4 die werden overgedragen naar Vlaanderen. Per project werd de cliëntenpopulatie besproken, net als de context en de randvoorwaarden waarin de projecten een meerwaarde kunnen bieden. De innovatieve of meerwaarde-elementen van elk van de projecten werden bestudeerd. Projecten die een meerwaarde boden op het vlak van uitstel van institutionalisering waren die van het type 'casemanagement revalidatie'.

De activiteiten van deze projecten stemden grotendeels overeen met de activiteiten van een centrum voor herstelverblijf. Elk type project had verder een eigen werkwijze en een eigen manier om zich in te bedden in de lokale context. Integratie in bestaande dienstverlening en samenwerking met het lokale netwerk waren bijzonder belangrijk.

De nachtzorgprojecten scoorden binnen dit onderzoek slechter op de ratio 'uitstel van institutionalisering in verhouding tot de kost'. Het onderzoek vermeldt echter ook dat de verschillende projecten niet allemaal dezelfde doelpopulatie hadden. De projecten 'casemanagement revalidatie' richtten zich op mensen met een medium zorgbehoefte, terwijl de nachtzorgprojecten zich expliciet enkel op ouderen met hoge zorgnoden richtten.

Elk type van project had een eigen werkwijze om zich in te bedden in de lokale context en netwerkverbanden werden opgebouwd. Elk type van project bood een meerwaarde in de buurt en zorgde mee voor zorgcontinuïteit. Een belangrijke mogelijke meerwaarde op het vlak van levenskwaliteit, het functioneren van de oudere of het positief effect op de belasting van de mantelzorger werd binnen dit onderzoek niet onderzocht.

Een tweede wetenschappelijke evaluatie van de zorgvernieuwingsprojecten van model 2 en 3 uit de eerste oproep alsook van de projecten uit de tweede oproep loopt momenteel nog en wordt afgesloten in juni 2017. Sommige resultaten van deze evaluatie zullen ook van toepassing zijn op beleidsaspecten waarvoor Vlaanderen bevoegd is geworden. Ik volg deze evaluatie die wordt aangestuurd vanuit het RIZIV verder op. Ik verwacht onder meer een analyse van de interventie casemanagement en de impact hiervan.

Op basis van de uitgevoerde evaluatie van de zorgvernieuwingsprojecten van model 1 en 4 konden geen algemene conclusies worden getrokken voor het thuiszorgbeleid.

De aandacht voor zorgcoördinatie en casemanagement is ook expliciet opgenomen in onze beleidsvisie voor een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. De eerstelijnszones krijgen als taak ondersteuning te bieden bij de methodiek van geïntegreerde zorgplanning voor personen met een zorgnood. Zorgcoördinatie en desgevallend het inschakelen van casemanagement horen hierbij. Een eerste oproep voor het opzetten van eerstelijnszones loopt.

De twaalf zorgvernieuwingsprojecten van model 1 en 4 werden stopgezet vanaf 1 januari 2017. Drie nachtzorgprojecten krijgen voor de periode van het kalenderjaar 2017 een subsidie van 80.000 euro. Deze drie projecten ontvangen deze subsidie voor de inhoudelijke coördinatie van de nachtzorg in de regio's Brussel-Halle-Vilvoorde, Leuven en de Kempen.

Naast de opdracht tot inhoudelijke coördinatie wordt aan de twee projecthouders, Familiehulp en Landelijke Thuiszorg, gevraagd om in het kader van de hervorming van de eerstelijnszorg, een geïntegreerd aanbod van nachtzorg uit te werken. Doel is te komen tot een verankerde werking van de huidige nachtzorgprojecten in de reguliere zorg. Deze visie past in de beleidsvisie die gepresenteerd werd op de conferentie Eerstelijnszorg van 16 februari 2017.

Voor de centra voor herstelverblijf bestaat al Vlaamse regelgeving. Centra voor herstelverblijf kunnen worden erkend door Zorg en Gezondheid als ze voldoen aan de erkenningsvoorwaarden. Een centrum dat zich niet laat erkennen, moet zich aanmelden. De erkenningsvoorwaarden vindt u terug in bijlage X van het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers.

De andere zorgvernieuwingsprojecten van model 2 en 3 uit de eerste en tweede oproep worden nog verder gesubsidieerd tot augustus 2018 in het kader van protocol 3.

De pilootprojecten geïntegreerd chronische zorg zijn momenteel in de conceptualisatiefase. Deze fase houdt in dat er een heel concreet actieplan wordt opgesteld door het project, waarin duidelijk wordt welke veranderingen in de zorgprocessen en -procedures beoogd worden. Er is met andere woorden nog geen sprake van goedkeuring van deze pilootprojecten. De goedkeuring om te starten met de uitvoering van het actieplan zal pas gegeven worden na de indiening en beoordeling van het actieplan van de projecten. Vermoedelijk zal de start van de projecten pas voor het najaar van 2017 zijn. De juiste datum voor indiening van de actieplannen is nog niet gekend. Deze datum hangt af van de publicatie in het Belgisch Staatsblad van het koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het RIZIV overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilootprojecten voor geïntegreerde zorg.

Dertig dagen na de publicatiedatum moeten de kandidaturen worden ingediend. Pas als de overheden beschikken over de actieplannen, zal duidelijk worden welke innovaties de projecten willen doorvoeren in hun projectregio. Over het kandidaatproject van Kortrijk kan dus op dit moment nog geen uitspraak worden gedaan.

Griet Coppé (CD&V): Minister, ik heb nog een bijkomende vraag, veeleer naar aanleiding van het artikel in De Standaard en niet als reactie op uw antwoord. Er stond nog een stukje in over de BelRAI. Het proefproject om de BelRAI-screener toe te passen, loopt van maart 2016 gedurende een jaar. Is daarvan nog geen evaluatie gebeurd?

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Ik heb nog een specifieke vraag over de projecten met betrekking tot nachtzorg die tijdelijk worden verlengd. Onder andere Nachtzorg

Kempen is daarbij betrokken. Kunt u na de voorlopige evaluatie die al is gebeurd, een verschillende zienswijze aanvaarden met betrekking tot nachtzorg zoals die gebeurt in een landelijk gebied als de Kempen en in het stedelijk gebied Brussel?

Minister Jo Vandeurzen: Mijnheer Bertels, ik probeer te achterhalen wat de dubbele bodem of de niet te ontwaren achtergrond van uw vraag is. Ik ken de specificiteit van uw vraag niet. Het lijkt me niet heel realistisch dat Vlaanderen, zonder dat het concreet over dit geval gaat, een welzijnsbeleid voert dat overal hetzelfde is. Wat je differentieert, moet wel beheersbaar en logisch zijn. Beschouw dit als een antwoord zonder dat ik het concreet kan toepassen op een dossier dat andere mensen waarschijnlijk beter kunnen beoordelen en waarvoor ze meer argumenten hebben in de ene of de andere richting.

Het wordt voorlopig voortgezet in de lijn zoals het in de Kempen wordt georganiseerd. We gaan natuurlijk wel zoeken naar gelijke lijnen om het te kunnen inbedden in de regelgeving.

Jan Bertels (sp.a): Als u dan toch een dubbele bodem zoekt: we mogen dat dan effectief voortzetten zoals het was. Maar wat betekent dat tweede zinnetje: de gelijke lijnen die we proberen te zoeken, maar het mag wel worden voortgezet? Dat is een dubbele boodschap die u daar geeft.

Minister Jo Vandeurzen: Dat moeten we met de projecthouders bekijken, hoe we daar verder mee omgaan. *(Opmerkingen van Jan Bertels)*

Ik heb u over de Kempen gezegd wat er wordt gecontinueerd.

Mevrouw Coppé, het project van BelRAI Dendermonde is pas gestart. Dat kunnen we nog niet evalueren. De opstart geeft veel vragen over privacy. Je bent niet meteen operationeel. Je moet eerst een heel traject lopen voor je überhaupt op het terrein kunt beginnen. We zijn zeker nog niet aan een evaluatie toe.

Griet Coppé (CD&V): Mijn bijkomende vraag komt er naar aanleiding van het artikel van professor Anja Declercq. Ze heeft het hier al in een hoorzitting gemeld. Die BelRAI-screener is natuurlijk positief. Ze pleit ervoor om, als het zover is, die in te zetten op bijkomende opleidingen van personeel en technologische middelen zodat het goed kan gebeuren. Dat is het enige dat ik nog wilde weten, maar het zal nog wat op zich laten wachten om het te kunnen uitrollen over Vlaanderen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opname van bewoners met zware en speciale zorgnoden in centra voor kortverblijf – 1887 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Coppé heeft het woord.

Griet Coppé (CD&V): Tamelijk recent ontving ik signalen van een Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) dat patiënten uit een ziekenhuis met ernstige infecties en ziektebeelden steeds frequenter worden doorgestuurd naar een centrum voor kortverblijf. De klassieke omkadering in een woonzorgcentrum is echter ontoereikend om de nodige zorg en ondersteuning te kunnen geven. De centra voor kortverblijf dienen veel meer als ontlasting van de mantelzorger door de patiënt eventueel te laten wachten tot er een opname kan gebeuren. Als we horen dat patiënten te vroeg worden doorgestuurd naar een kortverblijf ter ontlasting van een ziekenhuisopname, dan is dat niet wat we wensen voor een kortverblijf. Dat

is niet in het belang van de patiënt en ook niet van de andere bewoners, die hierdoor besmettingsgevaar lopen. Ik verwijs naar de conceptnota 'Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen'. Na een ziekenhuisopname is er een mogelijkheid tot herstel in een revalidatiecentrum.

Minister, erkent u het probleem? Hebt u al vernomen dat ziekenhuizen te snel patiënten doorsturen naar het centrum voor kortverblijf, zelfs met ernstige infecties en ziektebeelden? Zult u overleg plegen met uw federale collega bevoegd voor de volksgezondheid?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ontslag uit een ziekenhuis is een belangrijk scharniermoment. Van de ziekenhuizen wordt verwacht dat zij het ontslagmanagement van hun patiënten op een kwaliteitsvolle, performante wijze organiseren. Omdat bij het ontslag uit het ziekenhuis vaak heel wat komt kijken, heeft men in de jaren 90 de methodiek van ontslagmanagement ingevoerd in de Belgische ziekenhuizen, met als doel in een geïndividualiseerde zorgplanning te voorzien, zodat de zorgverlening tussen het ziekenhuis en de thuissituatie naadloos verloopt. Elk ziekenhuis draagt hierin een verantwoordelijkheid.

Een goede ontslagvoorbereiding moet de continuïteit van de zorgverlening buiten het ziekenhuis helpen verzekeren voor kwetsbare patiënten, en heropname helpen voorkomen of uitstellen.

De belangrijkste doelgroep zijn hierbij de oudere patiënten. In de huidige normen met betrekking tot het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in de ziekenhuizen wordt daar ook specifiek aandacht aan besteed door de externe liaison-functie en het pluridisciplinair geriatrisch team. Elk zorgprogramma gaat in het kader van de externe liaison van het zorgprogramma een formele samenwerking aan met een of meerdere geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, huisarts-enkringen, rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging. Elk zorgprogramma maakt in het kader van de externe liaison van het zorgprogramma maximaal afspraken met betrekking tot het voorbereiden van het ontslag van de geriatrische patiënt met de sociale dienst van het ziekenhuis en desgevallend met het behandelende team. Het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma neemt, in maximale samenwerking met de sociale dienst, alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van de kwaliteitsvolle terugkeer naar huis, en dit vanaf de opname in het ziekenhuis. Het bevordert de continuïteit van de zorg in het algemeen. Het werkt hiertoe pluridisciplinaire samenwerkingsprocessen uit binnen het ziekenhuis, alsook tussen het ziekenhuis en de eerstelijnsstructuren.

Mogelijks zorgt de verkorting van de verblijfsduur in de ziekenhuizen ervoor dat patiënten vlugger uit het ziekenhuis worden ontslagen. Het agentschap Zorg en Gezondheid heeft hierover echter tot op heden nog geen signalen ontvangen uit de sector. Er zijn hierover ook geen klachten ontvangen van bewoners/patiënten of familieleden bij de Woonzorglijn.

De vraag naar de continuïteit van zorg op het belangrijke scharnierpunt tussen ziekenhuisontslag en thuis- en/of residentiële zorg is een terechte bekommernis. Oudere personen en hun mantelzorgers wensen, wanneer zij opgenomen worden in een ziekenhuis, goed geïnformeerd te worden over wat er na het ontslag uit het ziekenhuis verder zal gebeuren en indien nodig aan thuis- of residentiële zorg georganiseerd dient te worden, zowel op medisch als niet-medisch vlak. Ontslagplanning start bij het eerste contact met het ziekenhuis. Het is belangrijk dat de oudere persoon en, indien hij dit wenst, zijn familie worden betrokken bij de besluitvorming met betrekking tot de ontslagplanning en de bepaling van ondersteunings- en zorgdoelen. Samen met de oudere persoon, zijn mantelzorgers en de door de oudere persoon zelf gekozen formele zorg- en dienstverleners dienen

de nodige afspraken te worden gemaakt en de nodige ondersteuning en zorg geboden, zodat heropname kan worden vermeden.

Na een ziekenhuisopname kan de patiënt gedurende een bepaalde termijn nood hebben aan herstel en revalidatie. Hiervoor kan men een beroep doen op een centrum voor herstelverblijf of een revalidatiecentrum. Het is in het kader van de vraagstelling belangrijk om de concrete opdrachten van een centrum voor kortverblijf te differentiëren van die van een centrum voor herstelverblijf, zoals bepaald in het Woonzorgdecreet van 2009.

Een centrum voor kortverblijf beoogt geen acute zorgverlening, noch verregaande revalidatietrajecten aan te reiken. Zijn opdracht bestaat er voornamelijk in personen van 65 jaar of ouder ofwel gedurende een beperkte periode dag en nacht, ofwel alleen 's nachts huisvesting en ouderenzorg aan te bieden. De ouderenzorg bestaat uit de gebruikelijke gezins- en huishoudelijke zorg, hygiënische en verpleegkundige zorg, in voorkomend geval van gedifferentieerde en gespecialiseerde aard, activering en psychosociale ondersteuning, animatie en sociale netwerkvorming. Centra voor kortverblijf staan in belangrijke mate in voor de ontlasting van de mantelzorg. Zij doen aan crisisopvang, bijvoorbeeld als de mantelzorger plots wegvalt.

Een centrum voor herstelverblijf is een voorziening die net als opdracht heeft aan gebruikers die een heelkundige ingreep hebben ondergaan of aan een ernstige aandoening hebben geleden, die gepaard ging met een ziekenhuisopname of een langdurige onderbreking van de normale activiteiten, in daartoe bestemde lokalen tijdelijke opvang te bieden opdat ze opnieuw zelfstandig kunnen functioneren in het natuurlijke thuismilieu. Het centrum biedt verblijf aan, ondersteunende activiteiten tot versterking van de lichamelijke en geestelijke toestand van de gebruikers, revalidatie en hygiënische en verpleegkundige hulp- en dienstverlening.

De centra voor kort- en herstelverblijf dragen een verantwoordelijkheid op het vlak van het door hen bepaalde opname-, zorg- en ontslagbeleid. Op basis van hun concrete opdrachten en de daarbij aansluitende personeelsbestaffing en werking, is het aan hen om te bepalen of een verblijf in het centrum al dan niet verantwoord is en te beslissen of een verzoek tot opname van een patiënt uit het ziekenhuis al dan niet positief kan worden beantwoord.

Uit een bevraging van de erkende centra voor herstelverblijf blijkt dat de ziekenhuizen de belangrijkste verwijzers zijn naar een centrum voor herstelverblijf. Een van de voorstellen die in de lopende werkgroep 'centra voor herstelverblijf' geformuleerd is, is het verplicht maken van een functionele binding tussen het centrum voor herstelverblijf en een of meerdere ziekenhuizen. Deze functionele binding zou in een schriftelijke overeenkomst vastgelegd kunnen worden, die onder meer kan stipuleren dat het centrum voor herstelverblijf en het ziekenhuis periodiek overleg plegen, naar analogie met de rvt-regelgeving. Daar is een formele functionele band met ziekenhuis en rvt een erkenningsvoorwaarde voor een rvt. De geplande vergaderingen beogen zowel het overleg als de permanente opleiding voor het personeel van beide partners. We zullen dit voorstel meenemen bij een mogelijke aanpassing van de regelgeving.

In het kader van uw vraagstelling verwijs ik u tevens naar de visie op de eerste lijnszorg die we in maart van dit jaar hebben geëxpliciteerd. In deze visie staat duidelijk geformuleerd dat de eerste lijn vragende partij is voor een goede afstemming met de ziekenhuizen. Specialist en huisarts, maatschappelijk werk in en buiten het ziekenhuis, de ziekenhuis- en de thuisverpleegkundige hebben elkaar nodig om een goede continuïteit en andere aspecten van kwaliteit van zorg te kunnen verzekeren. Kortere verblijfsduren in het ziekenhuis betekent ook korter op de bal spelen inzake onderlinge communicatie en gegevensdeling.

De wisselwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn waartoe de centra voor kortverblijf en herstelverblijf behoren, wordt intenser en verloopt aan een hoger tempo. De scharniermomenten tussen verschillende zorgvormen vormen vaak de zwakke schakels in ons zorgsysteem. Er werden reeds verschillende initiatieven ondernomen om de transmurale zorg te verbeteren: afspraken tussen huisartsenkringen en/of samenwerkingsinitiatieven eerste lijn en ziekenhuizen, ontslagmanagers in ziekenhuizen, de kluizen en het hub- en metahubsysteem voor transmurale gegevensdeling, de zorgtrajecten nierinsufficiëntie en diabetes, en de lokale multidisciplinaire netwerken. Afspraken tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen in de regio dienen op het regionaalstedelijk niveau te gebeuren op basis van een Vlaams kader. We gaan hierover in overleg met de federale overheid.

Het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn zal hiervoor de nodige ondersteuning bieden. Dit gezamenlijk nadenken over de aanbodontwikkeling ten behoeve van een populatie door zowel de actoren van de eerste lijn als de gespecialiseerde zorg, is meer dan ooit aangewezen, gelet op de steeds belangrijker wordende transmurale interacties.

Zo is er bijvoorbeeld de toename aan ambulante gespecialiseerde zorg en dag-hospitalisatie, het voorbereiden in het ziekenhuis op de terugkeer naar de vertrouwde thuissituatie, vormen van verlengde revalidatie, respijtzorg voor de mantelzorger enzovoort.

Indien mij signalen, klachten of objectieve gegevens bereiken over het te vroeg ontslaan van oudere patiënten met infectieuze of andere ernstige ziektebeelden, dan zullen we in de eerste plaats aan de Zorginspectie vragen om hiervoor aandacht te hebben en hierover te rapporteren. Indien het ontslagbeleid leidt tot kwalitatief onaanvaardbare situaties, dan zullen we uiteraard de bevoegde administratie vragen om op basis van de bevindingen van de Zorginspectie passende maatregelen te treffen. Indien nodig zullen we ook overleg plegen met de federale collega bevoegd voor de volksgezondheid.

De voorzitter: Mevrouw Coppé heeft het woord.

Griet Coppé (CD&V): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Het stelt mij gerust dat de oudere, die soms zelf niet mondig genoeg is om te reageren, toch kan worden verdedigd door het beleid, dat hij of zij beschermd is en dat er inderdaad geen misbruik mag worden gemaakt van een kortverblijf om patiënten die nog besmettingsgevaar kunnen oplopen, op te nemen.

In uw antwoord hebt u heel duidelijk en uitgebreid de eerstelijnszorg, de toekomst na revalidatie, het herstelverblijf en de respijtzorg uiteengezet. Ik hoop bij dezen dat dit maar één signaal was. Indien we dit nog eens zouden horen, zouden we inderdaad via de Woonzorglijn of via uzelf de gegevens kunnen doorgeven zodat die kunnen worden opgevolgd.

Bart Van Malderen (sp.a): Minister, ik sluit met enige schroom aan, want ik ben mij ervan bewust dat ik het onderwerp heel wijd opentrek.

Het voorbeeld dat mevrouw Coppé geeft, is illustratief voor een gegeven waarbij kortverblijf heel vaak wordt gebruikt om een transitie in zorg te organiseren. Mevrouw Coppé geeft het voorbeeld van een ziekenhuisopname, een belangrijke instroombron voor woonzorgcentra, waar dan blijkbaar al dan niet mensen te vroeg of met te erge zorgnoden of besmettingsgevaar terechtkomen op een plek waar ze niet zo goed thuishoren.

Aan de andere kant bestaat ook de praktijk dat mensen die niet of niet meteen terecht kunnen in een woonzorgcentrum, een ingang vinden via kortverblijf. Ze zeggen dan: 'We zitten hier met een crisissituatie van de mantelzorger.' De voorwaarden die

u schetst en die u correct hebt opgesomd, staan daar eigenlijk een stukje op hetzelfde niveau. Dan krijg je de afweging: 'Is hier een crisissituatie?' Wat is tijdelijk als je een dementerende patiënt hebt? Mij zijn voorbeelden gekend waarbij dementerenden van kortverblijf naar kortverblijf gaan. Dat is nogal nefast voor de ontwikkeling van die patiënten en voor hun welbehagen. Een terugkeer naar huis, wat een doelstelling is, is daarbij niet mogelijk.

Zoals u moet bewaken dat het ontslag uit een ziekenhuis niet zodanig wordt georganiseerd dat je problemen krijgt met de zorgen die patiënten krijgen in kortverblijf of het risico voor andere patiënten, moeten we ervoor zorgen dat we ouderen niet in een carrousel steken van kortverblijf naar kortverblijf, als we weten dat het om een aandoening gaat die irreversibel is, zoals dementie, en die een dusdanige impact heeft op de mantelzorg dat je redelijkerwijze kunt aannemen dat je van crisis naar crisis gaat. Als je het ene bewaakt, dan moet je de doorstroom naar het andere op een gegeven moment toch ook faciliteren. En daarin is vandaag als such niet voorzien.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Maar wat bedoelt u met 'niet in voorzien?' Niemand gaat betwisten dat, als men door een aantal omstandigheden van kortverblijf naar kortverblijf gaat, dat niet de beste formule is. Daarover kan de discussie volgens mij dus niet gaan. De discussie zou dan moeten zijn: wat is daarop uw antwoord? Het antwoord daarop is dat er in de laatste drie jaar – en dat zal volgend jaar wellicht niet anders zijn – nog nooit zoveel is geïnvesteerd in bijkomende capaciteit, waardoor je dat soort transport het best kunt vermijden.

Maar misschien heb ik uw vraag niet goed begrepen?

Bart Van Malderen (sp.a): Capaciteit is uiteraard een deel van de oplossing. We kunnen daarover discussie voeren wanneer het goed of te weinig is.

Het gaat erover dat de bestaande regeling, waarbij men met de KATZ-schalen werkt en met de beoordeling dementie, weinig diversificatie toelaat, waardoor je een carrousel krijgt. Er is geen voorrangsmaatregel voor mensen die herhaaldelijk in kortverblijf opgenomen zijn. Als je iemand ziet die van kortverblijf naar kortverblijf gaat, dan moet je toch kunnen aannemen dat er een thuissituatie is of een intrinsieke problematiek van die gebruiker die niet toelaat om zelfstandig terug thuis te gaan wonen? Desalniettemin krijgen zij niet automatisch een voorrangssituatie voor een structurele opname in een woonzorgcentrum. Daarnaar moet er worden gekeken, want in de praktijk is dat nefast voor de ontwikkeling van zulke bejaarden. Telkens opnieuw bevinden zij zich in een nieuwe omgeving. Telkens opnieuw worden er angstreflexen aangewakkerd enzovoort. Het welbehagen van die gebruiker is daar gehypothekeerd.

Ik beseft dat ik de vraag van mevrouw Coppé een beetje parasiteer.

Minister Jo Vandeurzen: In mijn regio maken diegenen die ik ken daar wel een voorrangscriterium van.

Bart Van Malderen (sp.a): Goed, dan bestaat dat blijkbaar.

Minister Jo Vandeurzen: Ik ken woonzorgcentra die zeggen: 'We hebben natuurlijk een lijst met kandidaten, maar als we moeten prioriteren, dan zijn het de mensen met heel zware noden.' Er is daar dus een vorm van prioritering.

In mijn regio is er zelfs een ontslagbeleid met alle voorzieningen die in die gemeente aanwezig zijn: privaat, openbaar. Men tracht daarin samen een stuk transparantie te ontwikkelen.

Bart Van Malderen (sp.a): Blijkbaar zijn er verschillen in Vlaanderen. Ik ben geprikkeld door uw antwoord. Mijn vraag was dus nuttig.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.