



Vlaams
Parlement

vergadering **C78**
zittingsjaar 2018-2019

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 22 januari 2019

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Elke Sleurs aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de beëindiging van het moratorium op ziekenhuisbedden – 526 (2018-2019)	3
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de respijtzorg thuis bij chronisch zieke kinderen en het proefproject KinderThuisZorg – 559 (2018-2019)	8

VRAAG OM UITLEG van Elke Sleurs aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de beëindiging van het moratorium op ziekenhuisbedden – 526 (2018-2019)

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Minister, ons zorglandschap is voortdurend in beweging: patiënten willen meer regie over hun zorg en ondersteuning in hun zorgtraject, ziekenhuizen moeten meer samenwerken in netwerken en er is een duidelijke verschuiving naar ambulante zorg, daghospitalisatie enzovoort. Dit alles heeft tot doel de betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van onze zorg hoog te houden.

Al die transitie zijn in het verleden door onze overheden, verantwoordelijk voor Volksgezondheid, onderschreven en ondertekend in een gemeenschappelijke verklaring over de hervorming van het ziekenhuislandschap. Die verklaring gaat dus uit van een gedeelde visie en een overlegmodel om de bijstellingen in de ziekenhuissector te realiseren.

De federale programmawet van 5 december 2016 bepaalt dat “een algemeen moratorium op reconversies van ziekenhuisbedden, diensten, afdelingen, functies en zorgprogramma's de context moet creëren waarbij eerst het nieuw landschap kan uitgetekend worden waarna de reconversies of de erkenningen van nieuwe zorgprogramma's en diensten kunnen gebeuren in functie van dit nieuw landschap. Aldus is het moratorium per definitie tijdelijk. In principe zou het algemeen moratorium na ongeveer twee jaar” – dus in 2016 – “terug opgeheven moeten kunnen worden. Het is met andere woorden slechts een bewarende maatregel.” Dit betekent, minister, dat het moratorium nu afgelopen zou moeten zijn.

Vlaamse ziekenhuizen hebben daarenboven de opdracht gekregen om een zorgstrategisch plan op te maken. Dat plan moet een zicht geven op het zorgaanbod, de infrastructuur en de samenwerkingsverbanden in het bredere geheel van de netwerkvorming.

Minister, in welke mate kunnen deze zorgstrategische plannen worden uitgewerkt in het licht van het beëindigen van het moratorium?

Heeft men met deze bewarende maatregelen in het kader van de ziekenhuisvorming in de discussies daarover rekening gehouden?

Plant u overleg met uw federale collega om deze problematiek aan te pakken? Wat kunt of zult u zelf doen? Kunt u eventueel de timing meegeven?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega, uw vraag betreft een belangrijke kwestie. Ik geef een aantal zaken mee vanuit ons perspectief.

Eerst en vooral wil ik benadrukken dat, als er in Vlaanderen wordt gewerkt aan een parlementair kader en aan het operationaliseren van de opstelling van regionale zorgstrategische plannen, dat is omdat dat in een visienota die geruime tijd geleden door de Vlaamse Regering werd goedgekeurd, ook als dusdanig was benoemd. Die nota gaat terug op een onderdeel van het Vlaamse regeerakkoord, dat bij de start van deze legislatuur werd opgesteld. Daarbij werd uitdrukkelijk bepaald dat voortaan, wat betreft de toekenning van investeringstoelagen, een bevoegdheid die nog behoorlijk is uitgebreid door de zesde staatshervorming,

niet langer alleen vertrokken wordt vanuit een zorgstrategische oefening die het aanvragende ziekenhuis doet, maar dat er daarvoor ook een regionale of thematische zorgstrategische oefening voorhanden moet zijn.

Die optie uit het Vlaamse regeerakkoord is ondertussen uiteraard in uitvoering. Voor een goed begrip: die Vlaamse conceptnota is opgesteld vanuit principes en uitgangspunten over de evolutie in de ziekenhuizen die uiteraard gemeenschappelijk zijn met de visie van de federale overheid. Er is in het bijzonder aandacht gevraagd voor de basis-specialistische zorg in ziekenhuizen en de noodzakelijke samenwerking voor supergespecialiseerde diensten. Die uitgangspunten zijn uiteraard terug te vinden in die Vlaamse nota.

Belangrijk daarbij is dat die zorgstrategische planningsoefening in Vlaanderen niet alleen zal dienen om de investeringstoelagen – de zogenaamde strategische forfaits voor de ziekenhuisinfrastructuur – te beoordelen. De overheid wil die oefening ook gebruiken om planningsvergunningen en erkenningen af te leveren.

U weet dat er voor de meeste genormeerde ziekenhuisdiensten of zware medische diensten een federale programmatie is. Dat betekent dat de Vlaamse overheid bij de toekenning ervan een opportuniteitsoordeel moet uitspreken: waarom de ene wel en de andere niet? En om daarvoor een veel meer geobjectiveerde en gedragen basis te hebben, zal de regionale zorgstrategische planning ook worden gebruikt om die individuele aanvragen van een planningsvergunning of –erkenning te beoordelen.

Het moratorium waarnaar verwezen wordt, werd ingesteld bij Belgische wet en is van kracht tot de door de koning te bepalen datum en uiterlijk tot de eerste bijeenroeping van de nieuwe verkozen Kamer van Volksvertegenwoordigers, na de eerstvolgende federale verkiezingen. Het zou kunnen dat er geen nieuw initiatief wordt genomen. Dat is in lopende zaken wellicht iets waarvan de mogelijkheden door de federale overheid zelf nog moeten worden beoordeeld. In ieder geval zal de wet stoppen met uitwerking te hebben op de eerste bijeenkomst van de Kamer van Volksvertegenwoordigers na de verkiezingen.

De zorgstrategische planningsoefening in Vlaanderen is ondertussen van start gegaan en bevindt zich in een pilootfase. We hebben een oproep gedaan bij de ziekenhuizen en gevraagd wie er kandidaat is om in een pilootfase mee te werken aan zo'n regionale zorgstrategische planningsoefening. De afspraak is dat bij diegenen die de oefening tot een goed einde brengen de resultaten uiteraard zullen kunnen worden gevalideerd als een erkend regionaal zorgstrategisch plan. Uit die oefening moeten we trouwens ervaring putten om de methodologie desgevallend ook wat bij te schaven. De oproep om vrijwillig – er is geen verplichting – in die pilootfase in te stappen, is massaal beantwoord, in zoverre zelfs dat we mogen zeggen dat zowat alle ziekenhuizen van Vlaanderen op dit moment in een pilootfase gestart zijn, met ondersteuning van een consultant die is agetrokken voor de opstelling van zo'n regionaal zorgstrategisch plan.

Dat verloopt in fasen. De eerste groep ziekenhuizen start formeel op 1 februari 2019, met de begeleidingscyclus waarin daarvoor is voorzien. De laatste ziekenhuizen starten in maart 2019 met die begeleidingscyclus.

Het is een vrij intense oefening, en het is normaal gezien ook een vrij intens en compact traject. Door de nakende verkiezingen zullen de plannen in de zorgsector in de praktijk pas gefinaliseerd zijn op het ogenblik dat het moratorium in principe al opgeheven is. Dat gebeurt na de federale verkiezingen, bij de installatie van de Kamer.

Het zorgstrategisch plan kan los van het moratorium opgesteld worden. Ik benadruk dat het hier over piloten gaat waaraan men vrijwillig participeert. Maar

als dat succesvol gebeurt, dan hebben de betrokken ziekenhuizen daar uiteraard ook wat tijd mee gewonnen. Voor hen is het essentiële regionale plan dan al beschikbaar, en ze kunnen hun individuele vragen daarop baseren. Ze kunnen het ook toetsen aan een bestaand zorgstrategisch plan, mits het aan de voorwaarden voldoet.

Maar de reglementaire basis waarmee we dat in de toekomst verplicht kunnen maken, dat is een besluit van de Vlaamse Regering. Dat is al een eerste keer door de regering goedgekeurd. Het is nu voor advies naar de adviesraden gestuurd, en het moet ook nog naar het Rekenhof gestuurd worden. Sinds de staatshervorming zijn wij bevoegd voor de niet-organieke normen, maar moet er wel een toets komen van het Rekenhof. Daarna moet het ook nog naar de Raad van State gaan.

Die wettelijke basis is in opbouw, maar in het pilootproject zijn ondertussen de facto bijna alle ziekenhuizen aan zo'n oefening bezig, met de nodige begeleiding. Wat ons betreft, kan dat plan opgesteld en voortgezet worden, los van de kwestie van het moratorium. Daar moet strikt genomen geen rekening mee gehouden worden in de discussies, integendeel. Men kan ervan uitgaan dat dat moratorium niet langer zal bestaan wanneer de kans bestaat dat er een plan gevalideerd wordt.

Dat betekent ook dat men bij een boordeling op basis van zo'n plan kan terugvallen op de vigerende programmatie en reconversieregels – uiteraard voor zover er federaal geen andere initiatieven genomen zijn. Want er zijn natuurlijk ook ziekenhuizen die zich afvragen hoe zij in de laatste fase van zo'n zorgstrategisch plan afspraken moeten maken rond samenwerking. Zij hebben behoefte aan wat perspectief. Zij willen weten er op federaal niveau in de toekomst staat te gebeuren. Er zijn een aantal zaken die toch wel met elkaar verbonden zijn. Het betekent in ieder geval dat we die oefening kunnen afronden na het opheffen van het moratorium.

Het installeren van dat moratorium was een federale beslissing, en dat moratorium is inmiddels al opgeheven voor een aantal specifieke diensten. Er is een generiek moratorium, maar in de realiteit is dat via een koninklijk besluit (KB) al opgeheven voor de k-diensten, de PET-scanners (positronemissietomografie), de NMR's (nucleaire magnetische resonantie) en de radiotherapietoestellen voor protontherapie. Daarvoor is het moratorium ondertussen niet meer van toepassing. Dat werd bepaald door een KB van 18 juni 2017, dat op 30 juni 2017 in het Staatsblad is verschenen.

We hebben uiteraard aan de federale overheid gevraagd om na te gaan of er afspraken moeten worden gemaakt met de gemeenschappen, gelet op het aflopende moratorium. Want zodra dat moratorium afgelopen is, nemen de gemeenschappen hun bevoegdheden opnieuw op voor het afleveren van planningsvergunningen en erkenningen – voor zover er mogelijkheden bestaan binnen de programmatie die federaal is vastgelegd.

Onze administratie maakt op dit moment een overzicht van de mogelijke implicaties van het opheffen van het moratorium. Dat gebeurt in functie van de besprekingen op de volgende interfederale werkgroepen, en met het oog op een interministeriële conferentie voor ziekenhuizen. Die staat gepland voor maart.

Het was natuurlijk onze bedoeling om ervoor te zorgen dat de toekomstige regering of de toekomstige bevoegde minister individuele vragen van ziekenhuizen zou kunnen beantwoorden op basis van zo'n zorgstrategisch plan. Als er ondertussen een periode komt waarin die plannen er nog niet zijn, en waarin het moratorium ondertussen opgeheven werd, dan moet er een opportuniteitsoordeel volgen. Dit gebeurt in functie van de manier waarop er op dit moment wordt

gewerkt: men kijkt of die beslissing kan worden genomen vanuit een beleidsmatig standpunt en op basis van de goedgekeurde beleidsdocumenten. Anders moet er worden gezocht naar een inpassing in een bredere regionale strategische oefening.

Het zal uiteraard aan de volgende regering zijn om daar uitspraken over te doen. Het is niet meer aan mij om dat te beoordelen. Ik kan alleen maar zeggen dat we geprobeerd hebben om zo ver mogelijk te staan met het noodzakelijke materiaal waarmee we aan de slag gaan, tegen het moment dat de nieuwe regering daar beslissingen over kan nemen. Want daar past uiteraard ook een investeringskader bij. Je moet weten hoeveel strategische beslissingen men in de volgende legislatuur kan nemen.

Ziekenhuizen zijn bij de opstelling van die regionale zorgstrategische planningsoefeningen betrokken. Er is ook een stuurgroep, en er is al intensief overleg met de ziekenhuizen. Het gaat dan precies over de implementatie van die regionale zorgstrategische planningsoefening. Zij zijn uiteraard op de hoogte van de opheffing van het moratorium en de mogelijke impact daarvan. We gaan nu bekijken of we daar federaal nog afspraken over maken. Indien wel, dan moet dat gebeuren in het kader van het nieuwe Vlaamse regeerakkoord. We moeten kijken hoe de Vlaamse Regering met de volgende periode omgaat.

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Minister, ik dank u voor het zeer uitgebreide antwoord. Het is geruststellend dat alle verschillende denkkaders en de zorgstrategische plannen verder worden ontwikkeld – ondanks of met het moratorium –, dat er verder overleg is en dat er zeker ook nog verder overleg volgt met de Federale Regering om na te gaan wat de implicaties zijn van het opheffen van het moratorium op de verdere ontwikkeling van die plannen. Ik heb momenteel geen bijkomende vragen, maar blijf dit verder nauw opvolgen.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Zoals de minister zei, is dit een interessant topic. Het is een goede zaak dat nagenoeg alle ziekenhuizen zich hebben kunnen verenigen in een zorgnetwerk. In uw omgeving heeft het iets langer geduurd, maar het is uiteindelijk toch gelukt en dat is een goede zaak.

Het denkkader van zorgstrategische plannen per zorgregio is ook een goede zaak. De minister heeft aangegeven dat dit een heel intensief proces is. Onze ziekenhuizen zullen daar heel wat werk mee hebben. Ze moeten heel veel data verzamelen en datamanagers samenbrengen. Die oefening is bezig.

Ik hoop echter dat de zorgstrategische plannen, zoals ze zijn beschreven, niet alleen moeten vertrekken vanuit het huidige aanbod van bedden, al dan niet met een moratorium. Ik neem aan, minister, dat het ook uw doelstelling is dat er voornamelijk wordt vertrokken vanuit de behoefte aan zorg in een zorgregio. Dat moet de belangrijkste insteek blijven en niet het aantal bedden dat later eventueel kan worden verdeeld naar aanleiding van de herziening van de programmatie. Samen met het federale niveau moeten we de programmatie afstemmen op basis van de zorgbehoeftes die er zijn in een zorgregio.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: De nota die door de regering is goedgekeurd, zegt uitdrukkelijk dat de zorgstrategische oefening gebeurt onder andere op basis van de behoefteramingen in de regio's. Er zijn ook methodieken om dat te objectiveren. Dat is een van de belangrijke elementen uit die regionale of thematische zorgstrategische oefening.

Ik zal er nog een kleine dimensie aan toevoegen. Er zijn een aantal erkenningen waarvan we kunnen vermoeden dat ziekenhuizen er vragende partij voor zullen zijn als het moratorium is opgeheven. Ik denk aan beroertezorg en het aantal Sp-bedden, waar er nog ruimte is voor reconversie. Wat de beroertezorg betreft, zal het u niet verbazen dat ik persoonlijk nogal geloof in het feit dat we eerder een thematische Vlaamse oefening zullen moeten maken. Het is niet de bedoeling dat elk ziekenhuis een S2-erkenning of een 'stroke unit' bekommt. Dat zijn supra-specialistische functies of zorgopdrachten die op een hoger niveau bekeken moeten kunnen worden. Bovendien weten we ook over beroertezorg – we hebben een tijd geleden bezoek gehad van de Catalanen en de verantwoordelijken uit Noord-Frankrijk – dat dit een geïntegreerd verhaal moet zijn. Snelle aanrijtijden zijn cruciaal en de zaken moeten snel worden herkend. Snelheid is immers voor goede resultaten van de behandeling belangrijk.

Ik hoop dat als we beginnen aan die oefening, er een kader is dat op een objectieve manier kan bepalen waar dit soort van zaken het beste wordt erkend, goed gespreid enzovoort. Dit kan niet zomaar in alle ziekenhuizen worden geïnstalleerd. Er is blijkbaar een KB onderweg naar het Staatsblad waarin het programmatiecijfer voor België wordt bepaald. Dat zal dan moeten worden vertaald naar Vlaanderen.

Sp-bedden in de algemene ziekenhuizen zijn voor mij ook een deel van de visie van Vlaanderen op het revalideren. Vlaanderen heeft nu de bevoegdheid over de Sp- categoriale ziekenhuizen en over de revalidatieconventies, maar de Sp-afdelingen in algemene ziekenhuizen moeten mee in het beeld zitten. Anders is het heel moeilijk om een algemeen revalidatiebeleid te ontwikkelen. Ik ben momenteel bezig aan een conceptnota over revalidatie, uiteraard met participatie van de stakeholders. Ook daar is de boodschap dat de reconversie moet passen binnen een algemene revalidatievisie. Nu zeg ik misschien veel in mijn naïviteit, maar ik hoop dat het in die zin gebeurt. *(Opmerkingen van Jan Bertels)*

Er zijn verschillende concepten, maar dat zou ons te ver leiden. Sp-bedden in een algemeen ziekenhuis hebben een bepaalde prijs. Sp-categoriale ziekenhuizen hebben historisch allemaal verschillende prijzen en tarieven. Dat is een landschap waar de zesde staatshervorming ons eerder de opportuniteit zou moeten geven om daar een algemeen kader voor te maken, namelijk wat is topspecialistische revalidatie en wat gebeurt er het best in de nabijheid bij langdurige revalidatie. Er zijn issues die een beleidsmatige reflectie verdienen.

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Minister, hoopt u die conceptnota nog tijdens de komende weken af te hebben, zodat dit werk in de toekomst verder kan worden gezet? Ik steun u volledig in uw visies, zowel op het vlak van beroertezorg als de Sp-bedden als een groter kader voor revalidatiezorg. Dat is erg belangrijk voor de kwaliteit. We weten echter dat u dit oord zult verlaten. Ik hoop dan ook dat u uw visie daaromtrent kunt achterlaten aan de opvolgers of ten minste aan het parlement zodat we die verder kunnen uitdragen.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Aan mijn houdbaarheidsdatum komt inderdaad een einde. Maar we proberen toch nog met het terrein en met veel overleg – en er is al heel wat gebeurd – te kijken of we die globale visie niet minstens kunnen articuleren en proberen vast te leggen. Er is nu veel geïnvesteerd in continuïteit. De revalidatieconventies overnemen, SPW, categorale ziekenhuizen, we hebben een aantal hangende kwesties moeten oplossen, dossiers die nog bij het RIZIV aanhangig waren om aanpassingen van conventies te realiseren, investeringsdossiers die er nog liggen, zoals het Koningin Elisabeth Instituut (KEI) in Oostduinkerke. We hebben geprobeerd om dat nu allemaal in continuïteit te beheren.

Maar de sector vraagt natuurlijk wel een globaal kader waarin kan worden geopereerd. Voor de uitwerking binnen de Vlaamse sociale bescherming van de revalidatiesector – en dat is toch een echt onderdeel van langdurige zorg – is het nodig dat dat kader er is, want anders gaat het ad hoc blijven, en dat is niet de juiste manier van doen. Ik hoop dus toch dat we iets kunnen maken waardoor bij een volgende regeringsonderhandeling partners kunnen beoordelen of men daarop doorgaat of niet.

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 respijtzorg thuis bij chronisch zieke kinderen en het proefproject KinderThuisZorg – 559 (2018-2019)

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): KinderThuisZorg diende op 15 januari 2019 een Vlaams pilootproject in bij het kabinet van minister Vandeuren. Het betreft een verderzetting van het onderzoeksproject omtrent de respijtzorg bij zieke kinderen. Binnen Vlaanderen ligt de focus van het project op de begeleiding van chronisch zieke kinderen, het vermijden van heropnames en respijtzorg thuis. De hoofddoelstelling van het project is het aanbod van residentiële respijtzorg in Vlaanderen voor chronisch zieke kinderen en gezinnen structureel uit te breiden met kinderverpleegkundige respijtzorg thuis.

Binnen dat kader willen zorgprofessionals de medische cirkel rond zieke kinderen en het gezin laten aanhaken aan de andere eerstelijns preventieve cirkels van de Vlaamse integrale kind- en jeugdhulp – denk maar aan het Vlaams agentschap Opgroeien – om zo samen tot integrale zorgtrajecten op maat te komen.

Ikzelf liep reeds een dag mee met de initiatiefnemer van het project, om de respijtzorg in de praktijk te zien. Tot hiertoe steunde het project volledig op privémiddelen, maar recent moesten ze om die reden beslissen om het onderzoeksproject en het team verpleegkundigen stop te zetten. Het grootste deel van de financiering komt uit Nederland. Daar zet men al langer in op kinderverpleegkundigen aan huis. Ongeveer vierhonderd verpleegkundigen verzorgen er rond de vierduizend kinderen per jaar. Ze ijveren er ook voor om de kinderen sneller naar huis te laten gaan na een opname in het ziekenhuis.

Voor een groot deel van de zorgen die het project verstrekt, bestaat geen enkele financiering thuis. Bovendien blijven kinderen vaak langer dan nodig in ziekenhuizen, terwijl veel zorg in de thuisomgeving zou kunnen worden georganiseerd. Kinderen moeten voor die zorg op dit ogenblik vaak in een revalidatiecentrum verblijven, iets wat veel meer kost dan respijtzorg thuis.

De verderzetting van het huidige kleinschalige respijtzorgproject, met slechts twee voltijdse werknemers, zou kunnen worden gerealiseerd voor een bedrag van 200.000 euro voor één jaar, in samenwerking met het Respijthuis Limmerik. Hoe sneller het project er komt, hoe groter de gezondheidswinst zal zijn voor de maatschappij. Daarom had ik ook enkele vragen aan u, minister.

Ziet u mogelijkheden om deze respijtzorg voort te zetten en financieel te ondersteunen? Zo ja, binnen welke termijn is dat haalbaar? Op welke manier zou die specifieke zorg kunnen aansluiten bij de integrale zorg?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega, wij ontvingen de betrokkene op 13 september 2018 op het kabinet, waar het project inzake het kindzorgtraject werd voorgesteld. Ik was daar zelf bij en heb in ieder geval een zeer enthousiaste man gezien, die met veel passie zijn project heeft toegelicht. Wij hebben de betrokkene toen ook op twee zaken gewezen, ten eerste dat wat hij toen voor ogen had, en waar hij een mooie presentatie van had gemaakt, eigenlijk ook in de pipeline zit in een aantal projecten die lopen. De suggestie was om eens te kijken of hij daar niet op kon aansluiten of ermee in gesprek gaan.

Ten tweede hebben we gezegd dat er toch ook een aantal specifieke uitdagingen waren aan een dergelijk omvattend project in ons land, aangezien veel onderdelen van het project niet tot de bevoegdheid van de Vlaamse overheid behoren, maar tot die van de federale overheid. De diensten voor thuisverpleging worden gesubsidieerd via het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Wij kunnen enkel instaan voor de erkenning van die diensten. Ook het beroep van verpleegkundige wordt op federaal niveau gereguleerd, in het KB 78 van 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

We hebben de betrokkene dus ook gewezen op de mogelijke aansluiting die zijn project kon vinden op de lopende Vlaamse initiatieven, zoals zorggarantie voor het jonge kind, de Huizen van het Kind, de rechtstreeks toegankelijke hulp die is uitgerold met '1 gezin, 1 plan' en de opbouw die bezig is van trajecten, waarbij het de idee is om vanaf de zwangerschap zowel vanuit de medische als vanuit de gezinsondersteunende invalshoek een traject te kunnen opzetten met en rond de zwangere vrouw en het gezin. We hebben de betrokkene aangeraden om op zoek te gaan naar raakpunten met die initiatieven, aangezien de gekozen benadering zeker een mogelijke meerwaarde kan bieden, die in ieder geval verder moest worden onderzocht.

In dat kader hebben medewerkers van het kabinet en Kind en Gezin de betrokkene ontvangen op 8 november, om te kijken of een mogelijke indiening van een project zou kunnen aansluiten op die reeds genoemde initiatieven. We hebben ondertussen van de betrokkene een projectaanvraag ontvangen, op 15 januari jongstleden. Er is aan Kind en Gezin gevraagd om die projectaanvraag te onderzoeken en te kijken wat daar voor ons aan financiering mogelijk is. Er is ook gevraagd om af te stemmen met het agentschap Zorg en Gezondheid, aangezien er nu ook voor het eerst – en dat had men bij ons niet zo begrepen, tot het project is ingediend op 15 januari – een aanvulling op de residentiële respijtzorg vermeld is in de projectoproep.

Dat is dus blijkbaar een nieuwe dimensie, of een dimensie die, ingeval men mij zegt dat onze mensen dat niet zo hadden begrepen in de voorbereiding, in het project nadrukkelijk aan bod komt. Men focust niet rechtstreeks op respijtzorg, maar beschouwt zich ook hier aanvullend, net als men zich aanvullend acht ten opzichte van andere initiatieven.

Dat heeft ons in ieder geval geleerd dat het project zich meer en meer begint in te schrijven in wat er in het Vlaamse zorglandschap aan het gebeuren is. We zijn ervan overtuigd dat de ondersteuning van de betrokkene om zijn project een beetje te vertalen naar de opportuniteiten die die evoluties in Vlaanderen bieden, wel degelijk zijn vruchten afwerpt.

Het dossier ligt nu bij de administraties. Wij hopen natuurlijk dat we de betrokkene op korte termijn de feedback kunnen geven om na te gaan in welke mate dat effectief kan leiden tot betrokkenheid bij de lopende initiatieven. Ik heb van de administratie daarover nog geen feedback gekregen. Maar gelet op het feit dat er nu een concreet dossier is ingediend, ga ik er ook van uit dat we dat binnen een redelijk korte termijn met de betrokkene verder kunnen opnemen.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Het is inderdaad belangrijk dat we daarover zo snel mogelijk duidelijkheid hebben. Blijkbaar loopt die financiering volledig af in februari. En dat zou betekenen dat, voor de kinderen die nu worden geholpen, alle zorg zou wegvallen. Ik heb het met mijn eigen ogen gezien: de draagkracht van die ouders is enorm. Maar die draagkracht is uiteraard ook beperkt. Zij hebben heel wat last: niet alleen met de zorg voor het kind zelf, maar ook op sociaal vlak, financieel vlak, en op het vlak van relaties. Het contact met andere kinderen is heel belangrijk. Ze geven aan dat die respijtzorg hen écht helpt. En ook de algemene benadering integraal te werken, preventief, is volgens mij heel belangrijk.

Ik hoop dan ook dat er zo snel mogelijk een positief antwoord komt. U hebt het zelf ook gezegd: we willen steeds meer verschuiven naar ambulante zorg, indien mogelijk. Dat is niet alleen goed voor de ouders en voor het kind, maar ook voor de maatschappij. Een opname in een residentiële setting is heel duur. En aangezien we dat met de juiste omkadering ook thuis zouden kunnen doen, lijkt dit mij absoluut noodzakelijk.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Voorzitter, ik had eveneens het genoegen om de betrokkene al enkele keren te ontmoeten. Het project loopt in onze regio. Net zoals mevrouw Saeys, heb ik al eens meegelopen. Maar collega Saeys is bij mensen thuis geweest, terwijl het bij mij in een schoolomgeving was – en dat is dan weer iets helemaal anders. Ik heb wel kunnen vaststellen dat het daardoor mogelijk is dat een kind – het betrof een kleuter – gewoon kan schoollopen en onder de andere kinderen kan blijven, terwijl het toch bepaalde zorgen nodig heeft. Op die manier kunnen de ouders blijven werken en hoeven ze het kind niet van school te halen om het de nodige zorg toe te dienen of te laten toedienen.

Minister, u hebt het al gezegd: er zijn in Vlaanderen heel wat initiatieven rond zorggarantie voor het jonge gezin. Zo is er het project 'Eén gezin, één plan'. Al die initiatieven focussen op die integrale zorg, het naadloos op elkaar aansluiten van verschillende zorgvormen: residentiële zorg, respijtzorg, ambulante zorg enzovoort. Dit is daarvan een goed voorbeeld. Ik kijk uit naar de eventuele opmerkingen van de administratie. In ieder geval zijn de mensen inderdaad enthousiast. Ik ben er verder ook van overtuigd dat er heel veel kan worden geleerd uit het projectmatig werken dat men tot op heden doet.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Ik heb ook het genoegen gehad de mensen een aantal keren te ontmoeten. Ik heb ze bij elke gelegenheid verwezen naar de federale minister bevoegd voor de thuisverpleegkunde en de prestaties, want daar lag hun zwaartepunt in het begin. Ik heb hen bij herhaling – twee, drie keer – ook naar uw kabinet verwezen, minister. Ze dachten namelijk dat wij geen gehoor wilden geven aan hun pertinente vragen en oproepen. Ik ben dus heel blij dat er binnen die projectoproep ruimte is gevonden in het kader van respijtzorg. Ik feliciteer de initiatiefnemers en alle mensen die daarbij betrokken zijn.

Het is opnieuw een zoveelste bewijs dat die bevoegdheidsverdeling totaal inadequaat is en dat we de middelen absoluut in één hand, met name de Vlaamse hand of gemeenschapshand, moeten bundelen. Ik hoop dat we de komende legislaturen daarin stappen kunnen zetten, want het toont nog maar eens dat het vaak de kwadratuur van de cirkel is. Er is hoogstnoodzakelijke zorg die duidelijk bewezen voordelen heeft. En het is maar normaal dat we in de toekomst al die beschikbare middelen bij dezelfde uitvoerders brengen.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Ook ik heb hem ontmoet, net als jullie allemaal. Net als bij mevrouw Schryvers situeert het project zich ook in mijn regio.

Ik heb twee opmerkingen. We staan allemaal achter het concept integrale zorg. Dat is belangrijk. De minister heeft verwezen naar de problematiek van de thuisverpleegkunde en de federale prestatiefinanciering.

Minister, ik zie een opportuniteit. Ik spring daarbij wat vooruit in de agenda. Het Woonzorgdecreet voorziet in de mogelijkheid om innovatieve zorgprojecten te financieren. Is het een piste om dit als eerste te nemen? Het werkt namelijk wel goed in de praktijk.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: We zouden hierover een heel debat kunnen organiseren. Het inzicht dat aan de grondslag van zijn redenering ligt, is het juiste inzicht, namelijk dat je verbindingen moet maken tussen andere dan puur medische dimensies. Je moet gaan voor een goed traject van het ziekenhuis naar huis en je moet thuis die ondersteuning op maat kunnen organiseren.

Het punt is natuurlijk dat je moet proberen dat in te bedden in datgene wat daarrond op dit moment beleidsmatig aan de orde is en waarvoor ook budgettaire ruimtes bestaan. Het moet daarin worden vertaald.

Toen ik het voor het eerst zag was ik erg onder de indruk. Maar soms stelde ik mij ook de vraag of de betrokkene zich er goed van bewust is dat er in Vlaanderen al een aantal zaken gebeuren of geïnitieerd worden.

Dat is het traject dat ondertussen wel tot wat constructieve voorstellen heeft geleid. Onder de noemer 'project' en 'innovatie' is natuurlijk alles mogelijk – daar zijn we allemaal voldoende beslagen in. Maar ik wil toch de bedenking van de heer Persyn voor een stuk bijtreden, zonder mij aan het debat over de toekomstige staatshervorming te wagen. Dit valt natuurlijk ook onder de federale prestaties in de eerste lijn. Mijnheer Bertels, we kunnen binnen een Vlaams project niet iets gaan financieren dat eigenlijk al op een ander niveau gefinancierd wordt – als u dat zou suggereren. Daar moeten we kijken wat er mogelijk is.

Het is mijn ervaring dat daar dikwijls veel mogelijk is. Het is niet zo dat dat allemaal niet kan, maar je moet natuurlijk wel vertrekken vanuit het juiste technische inzicht over wat er wel en niet toegelaten is. Wat kan er binnen de bestaande tariefafspraken en conventies? Daarbinnen kan je dan uiteraard ook innovatief zijn.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.