

VLAAMS PARLEMENT

ZITTING 1995-1996

5 APRIL 1996

BELEIDSBRIEF

Gezondheidsbeleid

Kwaliteit als hefboom voor een Vlaams gezondheidsbeleid

VERSLAG

namens de Commissie voor Welzijn en Gezondheid uitgebracht door mevrouw Sonja Becq

Samenstelling van de Commissie :

Voorzitter : mevrouw Trees Merckx-Van Goey.

Vaste leden : mevrouw Sonja Becq, mevrouw Brigitte Grouwels, mevrouw Trees Merckx-Van Goey, de heren Marc Olivier, Bart Vandendriessche ;

mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens, de heer Etienne De Groot ;

de heer Peter De Ridder, mevrouw Kathy Lindekens, de heer Guy Swennen ;

de heren Wilfried Aers, Felix Strackx ;

de heer Etienne Van Vaerenbergh ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel.

Plaatsvervangers :

de heren Leo Cannaerts, Johan De Roo, mevrouw Veerle Heeren, de heer Hugo Marsoul, mevrouw Riet Van Cleuvenbergen ;

de heer Jacques Devolder, mevrouw Marleen Vanderpoorten, mevrouw Sonja Van Lindt ;

de heren Fred Dielens, Johnny Goos, André Van Nieuwkerke ;

de heren Jan Caubergs, Karim Van Overmeire ;

de heer Herman Lauwers ;

de heer Jos Stassen.

Zie :

181 (1995-1996)

– Nr. 1 : Beleidsbrief

INHOUD

	Blz.
I. Toelichting door de minister	3
II. Bespreking	3
Algemeen	3
Antwoord van de minister	4
Kennismaking met het Vlaamse Gezondheidslandschap	5
Antwoord van de minister	7
Basisprincipes van het Vlaamse gezondheidsbeleid	8
Kwaliteitszorg	8
Antwoord van de minister	9
Samenhang	10
Antwoord van de minister	11
Zorg op maat en differentiatie van voorzieningen	11
Antwoord van de minister	12
Responsabilisering	12
Antwoord van de minister	13
Beleidsvelden	14
1. Monitoring en gezondheidsindicatoren	14
Antwoord van de minister	15
2. Internationaal beleid	16
Antwoord van de minister	16
3. Preventieve en sociale gezondheidszorg	16
Antwoord van de minister en repliek van de leden	17
4. Medisch verantwoord sporten (MVS)	19
Antwoord van de minister	20
5. Medisch schooltoezicht (MST)	21
Antwoord van de minister	22
6. Profylaxe infectieziekten	23
Antwoord van de minister en repliek van een lid	23
7. Gezondheid en milieu	24
Antwoord van de minister	24
8. Bedrijfsgezondheidsdiensten	25
Antwoord van de minister	25
9. Drughulpverlening en druggebruik	25
10. Palliatieve zorg	25
Antwoord van de minister	27
11. Thuisverzorging	28
Antwoord van de minister	28
12. Algemene ziekenhuizen	29
Antwoord van de minister	31
13. Rust- en verzorgingstehuizen	32
Antwoord van de minister	33
14. De psychiatrische zorgverlening	33
Antwoord van de minister	34
15. Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA)	35
Antwoord van de minister	35
Bijlagen	37

DAMES EN HEREN,

De Commissie voor Welzijn en Gezondheid behandelde de Beleidsbrief Gezondheidsbeleid, Kwaliteit als hefboom voor een Vlaams gezondheidsbeleid, ingediend door mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, op 18 januari, 6 en 15 februari en 5, 6, en 7 maart 1996.

I. TOELICHTING DOOR DE MINISTER

De beleidsbrief is geschreven vanuit het basisprincipe dat het gezondheidsbeleid een gemeenschapsbevoegdheid is en dus Vlaams is. De minister verwijst naar het regeerakkoord waarin het streven naar een samenhangend beleid en coherente bevoegdheidspakketten staat ingeschreven.

In het Vlaamse gezondheidsbeleid staat preventie voorop. Zorgverlening vult preventie aan. Een kwaliteitsdecreet zal de hefboom zijn voor een betere Vlaamse gezondheidszorg.

Het nieuwe Vlaamse gezondheidsbeleid steunt op vier pijlers :

- kwaliteitszorg ;
- samenhang van de verschillende onderdelen in de zorg ;
- zorg op maat en differentiatie van voorzieningen door onder andere echelonnering ;
- responsabilisering van zorgaanbieder en zorgvrager.

De minister gaat aan de hand van het document verder in op de accenten van de beleidsbrief en vraagt bijzondere aandacht voor de punten waar een actieprogramma aan gekoppeld is.

Elk beleidsveld werd opgedeeld in drie delen. Het eerste deel geeft niet uitsluitend gegevens weer die betrekking hebben op het beleid in Vlaanderen, maar ook informatie over hoe de gezondheidszorg zich in Vlaanderen aftekent. Het tweede deel geeft telkens de beleidsperspectieven weer. Het derde deel slaat op het actieprogramma.

II. BESPREKING

Algemeen

Met deze beleidsbrief heeft de minister een goed onderbouwd werkstuk afgeleverd, vinden de heer Bart Vandendriessche en mevrouw Riet Van Cleuvenbergen. De actieprogramma's per sector zijn realistisch. Volgens de sector zelf getuigt de beleidsbrief van kennis van zaken.

De heer Bart Vandendriessche mist wel een aantal zaken in de beleidsbrief. De nota rept met geen woord over de ziekenfondsen, terwijl zij toch in alle sectoren van de gezondheidszorg aanwezig zijn, met talrijke initiatieven, tot in de kleinste gemeenten.

Verder zag het lid graag meer aandacht voor de werkgelegenheid in de gezondheidssector. De nood aan arbeidskrachten is er groot. Krijgen de gezondheidswerkers genoeg aandacht in het kader van de tewerkstellingsconferentie ?

De heer Guy Swennen vindt in de beleidsbrief weinig aandacht voor de sociale achterstelling van bepaalde groepen in de gezondheidszorg. De beleidsbrief verwijst nergens naar de

diverse voorstellen van het armoederapport, wat indruist tegen de goede voornemens in het regeerakkoord. Waarom heeft de minister de strijd tegen de sociale achterstelling niet opgenomen bij de – anders krachtige – uitgangspunten van de beleidsbrief ? De Wereldgezondheidsorganisatie heeft er in zijn beleidsbrief nog op gewezen dat de strijd tegen de achterstelling ook in de gezondheidszorg een van de cruciale doelstellingen is. Zal de minister de Vlaamse Intersectoriële Commissie Armoedebestrijding betrekken bij het beleid ?

De achterstellingsproblematiek doet zich ook voor op het vlak van de preventie. De heer Guy Swennen vraagt de minister of zij die problematiek op het programma van het voor 1997 aangekondigde preventiecongres plaatst. Uit een studie blijkt dat de achtergestelde groepen beduidend minder deelnemen aan screening van borstkanker. Het lid pleit voor meer inventarisatie in het algemeen van die achterstelling.

De aandacht moet inderdaad prioritair uitgaan naar de participatie van de kansarmen aan de gezondheidszorg, beaamt mevrouw Trees Merckx-Van Goey. Enerzijds lijkt het aanbod in gebreke te blijven, anderzijds moeten de kansarmen gestimuleerd worden om de hulpvraag te stellen. Het zou goed zijn te onderzoeken welk model opgezet kan worden om de kansarmen meer te betrekken. Er moet een instrument ontwikkeld worden om de verschillen in het consumptiegedrag na te gaan. Zo kan het beleid in de goede richting omgebogen worden.

In de beleidsbrief wordt het belang van het lokale gezondheidsbeleid nauwelijks belicht, vervolgt de heer Guy Swennen. Nochtans werd de lokale, laagdrempelige benadering in het regeerakkoord en de Beleidsbrief Stedelijk Beleid benadrukt. Wat zijn de intenties van de minister hieromtrent ? De minister vermeldt ook niets over de werkhypothese inzake de wijkgezondheidscentra.

Wordt het project interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg verlengd, vraagt mevrouw Riet Van Cleuvenbergen.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vindt dat preventie niet te veel gemedicaliseerd moet worden. Het socio-cultureel werk is een uitstekend kanaal om preventie te promoten. Dat zou terug structureel ingebouwd moeten worden. Vooral bij vrouwen, die voor de verschillende doelgroepen een sleutelpositie bekleden in de gezondheidscultuur, heeft het socio-cultureel werk succes.

Het lid wil ten slotte pleiten voor andere terminologie : voor het correctere "zorgverstrekker" in plaats van "zorgverstrekker", en voor het sekseneutrale "arts" in plaats van "geneesheer".

Ten slotte merkt het lid op dat de alternatieve geneeskunde, zoals de homeopathie, niet in de beleidsbrief vermeld wordt. Hoe staat de minister daar tegenover ?

Antwoord van de minister

Er zijn onmiskenbaar hiaten in de beleidsbrief, geeft de minister toe. Dat de rol van de ziekenfondsen niet meer tot uiting komt heeft alles te maken met het feit dat de ziekenfondsen zich zelf nogal op het federale vlak situeren.

Als op het federale niveau de verlaging van de sociale lasten voor de verschillende sectoren in Vlaanderen effecten hebben op de subsidies die uitbetaald zouden moeten worden, dan wordt de subsidie niet verminderd maar ingevuld met nieuwe tewerkstelling. Dat zal zowel voor de gezondheidssector als voor de welzijnssector gelden. De minister

verwijst naar de maatregelen voor de welzijnssector in het verleden.

Misschien werd de aandacht voor de kansarmen onvoldoende geëxpliciteerd, geeft de minister toe, maar dit aspect maakt inherent deel uit van "zorg op maat" en "responsabilisering van de voorzieningen". De toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de kansarmen is voor de Vlaamse regering zeker prioritair. Ruw geschat voorziet de regering in ongeveer 7,5 miljard verspreid over alle voorzieningen. Het probleem is dat de voorzieningen zelf niet happig zijn om met kansarmen te werken. Ofwel gaat men tot een totale reorganisatie van de sector over, ofwel moet men via het lokale niveau werken : algemeen welzijnswerk, maatschappelijk opbouwwerk, OCMW, jeugdwerk... De Vlaamse overheid kan wel niet overal te velde controleren of de actoren de keuze voor de kansarmen maken. De overheid kan misschien 't best effectenmeting overwegen, stimuli inbouwen.

Inzake het onvoldoende bereik van screening, is de minister van oordeel dat daar een belangrijke rol weggelegd is voor de huisartsen. Verwijzend naar een opmerking van mevrouw Yolande Avontroodt (verder in het verslag) meent de minister dat de huisartsen veel meer preventief kunnen optreden, op een goede georganiseerde wijze, b.v. samen met huisartsenkringen.

Wat het preventiecongres betreft, buigt een voorbereidende werkgroep primaire preventie zich onder meer over het aspect sociale ongelijkheid, vervolgt de minister. De minister zal een overzicht bezorgen van de zeven themawerkgroepen die het congres voorbereiden.

De minister is er volmondig mee eens dat de socio-culturele organisaties een belangrijke rol inzake preventie kunnen spelen. Zij beschikken over de middelen daartoe ; het komt erop aan dat ze voor preventie kiezen.

Wat de interculturele bemiddelaars betreft, wordt het project eind 1996 geëvalueerd. De minister is van oordeel dat verlenging nuttig zal zijn. Allicht moet dan minder nadruk op de vorming van de bemiddelaars gelegd worden, en meer op de praktijk. Er moet meer resultaatgericht gewerkt worden.

De erkenning van alternatieve geneeskunde – impliciet via de Riziv-nomenclatuur – is nog steeds een federale bevoegdheid antwoordt de minister. Vanuit een holistische benadering moeten verschillende geneeswijzen aan bod kunnen komen, maar de minister acht zich onvoldoende thuis in die materie om een oordeel te vellen.

Kennismaking met het Vlaamse Gezondheidslandschap

Volgens mevrouw Yolande Avontroodt is de beleidsbrief op niet erg vernieuwende inzichten gebaseerd. De minister hanteert nog steeds kindersterfte en levensverwachting als voornaamste gezondheidsindicatoren in het Vlaamse gezondheidslandschap. Nochtans zijn dit eigenlijk socio-economische indicatoren. Die indicatoren zeggen meer over het socio-economisch ontwikkelingspeil van een maatschappij dan over de gezondheidszorg. Overigens, wat is de kwaliteit van de verlengde levensverwachting ? De minister gebruikt die twee indicatoren dan ook niet verder bij het bepalen van de concrete doelstellingen.

Het lid stelt voor twee andere indicatoren te hanteren : de "loss of expected life years" – het aantal verwachte levensjaren die verloren gegaan zijn, wat het beleid had kunnen voorkomen – en de "quality adjusted life years" (qualy's) – de

kwaliteit van de levensverlenging en de kostprijs. Die indicatoren zijn beter geschikt om de effectiviteit van het beleid na te gaan.

Wat de demografische gegevens betreft had de minister scherpere parameters en meer geactualiseerde gegevens kunnen gebruiken, meent de heer Christiaan Vandenbroeke. Dan zou men kunnen zien dat de effecten van het verouderingsproces zich niet vanaf 2030, maar al vanaf 2010 zullen aandienen.

De heer Christiaan Vandenbroeke sluit zich verder gedeeltelijk aan bij de opmerkingen van mevrouw Avontroodt. Hij vindt dat er betere gegevens zijn inzake morbiditeit, ziekteverhoudingen, leeftijdspecifieke sterfte. Als gegevens over ziekte en mortaliteit per gewest gecorreleerd zouden worden aan het aanbod van artsen en de ziektepatronen, zou men tot merkwaardige vaststellingen komen.

In Vlaanderen zijn er amper dertig percent meer verpleegkundigen dan artsen. Gezien de vergrijzing van de samenleving zal er in de toekomst nood zijn aan meer verpleegkundigen, meent de heer Christiaan Vandenbroeke. Heeft de minister daar wel genoeg oog voor ? Zou het niet mogelijk zijn, rekening houdend met die vergrijzing, prognoses te maken over het aantal RVT-bedden tot een stuk in de 21ste eeuw, en over de budgettaire implicaties ?

De demografische evolutie zorgt inderdaad voor een grote uitdaging, vervolgt mevrouw Trees Merckx-Van Goey. De toegenomen levensverwachting, de veranderende constellatie van de gezinnen vragen een aangepaste hulpverlening. Het beleid moet daarop kunnen inspelen. De verscheidenheid van de problemen en van de doelgroepen is een uitdaging voor differentiatie van en samenhang tussen de voorzieningen.

Men kan geen beleid voeren zonder kwantitatieve gegevensverzameling. Op dat vlak is nog veel werk aan de winkel, oordeelt de heer Bart Vandendriessche. Met mevrouw Riet Van Cleuvenbergen wijst het lid erop dat de verwerking van Riziv-gegevens en andere federale gegevens van cruciaal belang is. Bestaan daaromtrent al afspraken tussen de Vlaamse Gemeenschap en de federale overheid ? Wat de bedrijfsgezondheidszorg betreft is er geen officiële uitwisseling van informatie tussen de federale en de Vlaamse minister.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen meent verder dat de Vlaamse Gemeenschap eigen meetinstrumenten moet ontwikkelen.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey vraagt naar cijfers over de reële inzet van de middelen op de verschillende echelons. Uit de cijfers in de beleidsbrief kan ook niet meteen de toegankelijkheid van de voorzieningen gemeten worden, waaruit dan conclusies getrokken zouden kunnen worden inzake achterstelling.

Bij de cijfergegevens heeft ook mevrouw Riet Van Cleuvenbergen nog enkele opmerkingen. Het aantal beroepsactieven is zeer moeilijk op te sporen. Het aantal beroepsactieve verpleegkundigen zal ongetwijfeld niet correct zijn, want de provinciale bureaus doen al enkele jaren geen tellingen meer. In de cijfers worden ook heel wat 'rand-paramedische' beroepen niet opgenomen (b.v. ambulanciers).

De cijfers per voorziening worden verder vaak geïsoleerd opgesplitst per provincie, wat een vertekend beeld geeft. Uit het rapport-Jadot blijkt b.v. dat Limburg veel uitgeeft aan thuisgezondheidszorg. Die cijfers verhullen dat er weinig ROB- en RVT-bedden zijn.

In het overzicht van het preventief zorgaanbod wordt de rol van de huisarts over het hoofd gezien, bemerkt mevrouw Yolande Avontroodt. In het overzicht van het curatief zorgaanbod worden zij pas op de zesde plaats vermeld. Nochtans is sinds jaren geweten dat zij, als eerste echelon in het zorgaanbod, de speerpunt van de gezondheidszorg uitmaken, zowel curatief als preventief. De instellingen worden ten onrechte op het voorplan geplaatst. De mogelijkheden op het vlak van preventie zijn nog zeer groot gezien het grote aanbod van huisartsen. Heeft de minister trouwens niet het voornemen om de huisartsen meer in te schakelen in de drugpreventie ?

De minister stelt terecht dat de beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg een sleutel-factor is voor de concurrentiepositie ten aanzien van andere landen, meent de heer Bart Vandendriessche. België en Vlaanderen scoren niet slecht ten opzichte van andere landen als men de gezondheidsindicatoren levensverwachting en kindersterfte, en de gemiddelde kostprijs als percentage van het BBP (8 %) bekijkt. De laatste dertig jaar is de gemiddelde Europese kostprijs voor gezondheidszorg geëvolueerd van 4 % van het BBP naar 8 %. Zelfs bij een groeiende vraag naar medisch aanbod wegens de vergrijzing van de samenleving is een verdere verdubbeling de volgende dertig jaar onmogelijk.

De overheid moet haar taak inzake gezondheidszorg duidelijk omschrijven. Hoe ver moet de overheid gaan wat financiering betreft ? Volgens de Oeso moet de overheid een efficiënte aankoper zijn van goedkope en goede medische zorg voor de consumenten. De overheid moet niet zozeer trachten zoveel mogelijk middelen te verwerven om aan te kopen. De overheid moet kostenbeheersing stimuleren en evalueren, moet de schaarse middelen doelmatig aanwenden en de kwaliteit van het aanbod verhogen. Volgens de heer Bart Vandendriessche zijn die doelstellingen in de beleidsbrief terug te vinden. Lage kostprijs en kwaliteit zijn niet altijd tegengesteld. De overheid moet regulerend en bewakend optreden.

De responsabilisering van de actoren is een goed instrument om de kosten te beheersen, meent het lid. Dat is overigens een beproefd model bij het Riziv. De eerste verantwoordelijke is de patiënt zelf. Hij moet gezond leven en niet aan 'shopping' doen. België kent een groot medicatieverbruik.

Antwoord van de minister

De minister geeft toe dat de gehanteerde indicatoren niet alleen zaligmakend zijn, maar toch belangrijk blijven. De indicatoren die mevrouw Avontroodt opsomt, zijn mooi in theorie, maar zijn in de praktijk zeer moeilijk meetbaar. Kent het lid een land dat zijn beleid baseert op basis van de door haar opgesomde indicatoren ? In de mate dat de gezondheidsindicatoren ontwikkeld worden, zal geprobeerd worden met bijkomende elementen rekening te houden. Er wordt gestreefd om internationaal bij te blijven.

Er moet inderdaad met zo scherp mogelijke parameters gewerkt worden, maar dat ligt niet altijd makkelijk. Wat de actualisering van de geboortecijfers betreft, de cijfers van 1994 waren nog niet beschikbaar op het ogenblik van de redactie van de beleidsbrief. De minister belooft ze als bijlage bij het verslag te laten voegen.

Op de opmerking van de heer Vandenbroeke antwoordt de minister dat niet het jaar 2030 richtinggevend is, maar de evolutie over de jaren heen. Vanaf 2005 zullen zich al problemen voordoen inzake de verhouding actieven – niet-actieven. Het beleid moet zich hierop voorbereiden. Er werden prognoses gemaakt over het aantal noodzakelijke RVT-bedden. Tot

2005 zal het aanbod voldoen, verdere uitbouw is niet noodzakelijk. Wel zal er in meer tegemoetkoming voor de verzorging moeten worden voorzien, omdat het aantal zwaar zorgbehoevenden proportioneel zal toenemen.

De gegevensverzameling loopt niet van een leien dakje. De minister poogt zoveel mogelijk federale gegevens te verzamelen, tot nog toe met beperkt succes. Het Riziv geeft de MKG's (minimum klinische gegevens) en MVG's (minimum verzorgingsgegevens) niet aan Vlaanderen door. De Vlaamse Gemeenschap krijgt ze nu via de ziekenhuizen zelf, wat dubbele verwerking tot gevolg heeft.

Via minister Magda De Galan heeft de minister de Riziv-gegevens in verband met de erkende revalidatiecentra gekregen, samen met het rapport-Jadot. De minister zal proberen de door mevrouw Merckx-Van Goey gevraagde gegevens te bemachtigen, evenals de gegevens over de verschillende randparamedische beroepsgroepen. Dat belooft echter een moeilijke klus te worden.

De wetgeving inzake bedrijfsgeneeskunde is federaal, de erkenning is gemeenschapsmaterie. Ofwel zal de Vlaamse regering een advies geven over het wetsontwerp welzijn op het werk ofwel kan het besproken worden op de interministeriële conferentie. Op die wijze kan gepoogd worden de gegevensuitwisseling iets te verbeteren.

Basisprincipes van het Vlaamse gezondheidsbeleid

Kwaliteitszorg

De verloning van de artsen overeenkomstig het aantal behandelingen is een verkeerd uitgangspunt, meent de heer Felix Strackx. Preventie wordt niet of nauwelijks beloond. Door preventie maakt de hulpverstreker zich overbodig. Tegelijkertijd voorkomt hij meer uitgaven voor de maatschappij.

Dokters 'creëren' zieken. De heer Felix Strackx begrijpt de radicale uitspraak van de minister tegen een vestigingswet niet. Het lid pleit voor een zekere beperking van de vrije vestiging. Het moet mogelijk zijn jonge dokters te oriënteren naar plaatsen waar minder medisch aanbod is.

Hoe moeten we ons het kwaliteitsdecreet voorstellen, vraagt de heer Bart Vandendriessche. Bestaan er universele parameters voor kwaliteit in gezondheidszorg? Zijn er elders systemen operationeel?

Mevrouw Yolande Avontroodt gelooft niet erg in peer-review. De kosten en de administratieve rompslomp wegen niet op tegen de baten. Volgens de beleidsbrief zou een externe door de overheid erkende organisatie voor kwaliteitstoetsing ingeschakeld kunnen worden. Het lid heeft vragen bij de rol van het Vlaams Centrum voor Kwaliteitszorg, opgericht door minister-president Luc Van den Brande, bij de toekenning van kwaliteitslabels.

Volgens mevrouw Kathy Lindekens zou de beleidsbrief het gezondheidsbeleid meer moeten bekijken vanuit de zorgvrager, veeleer dan vanuit de zorgverstreker. Waarom besteedt de minister niet meer aandacht aan de patiëntenrechten en de ontwikkeling van de bijhorende structuren? In het regeerakkoord werd daarvoor nochtans een lans gebroken. Veel mensen, vooral uit lagere socio-economische milieus, lopen vaak verloren in een ziekenhuis. Mevrouw Lindekens vraagt zich af of de kwaliteitszorg alleen op de medische kwaliteit slaat, of ook op de menselijke opvang van de patiënten. Wat dat as-

pect betreft is er ook nood aan betere opleiding van de artsen.

Zoveel mogelijk actoren, ook de klanten, moeten in advies- en beheersorganen betrokken worden, vervolgt mevrouw Riet Van Cleuvenbergen. Dergelijke participatie komt her en der al voor, maar vanuit hun minderheidspositie komen de cliënten niet voldoende op de voorgrond. Het kwaliteitsdecreet zou dit kunnen ondervangen.

Bij kwaliteitsbewaking kunnen klachtensystemen ook een rol spelen. In welke mate kan de ervaring van klachtensystemen in de rusthuizen gehanteerd worden om een systeem uit te werken in de gezondheidszorg ?

De minister heeft het personeelsbeleid over het hoofd gezien, gaat mevrouw Riet Van Cleuvenbergen verder. Nogtans is een goed personeelsbeleid in deze zeer arbeidsintensieve sector essentieel om kwaliteit aan te bieden. Het lid verwacht hier een aanvulling van de beleidsbrief.

Het lid dringt verder aan om de verschillende opleidingen van dichterbij te volgen. De federale regelgeving wordt door het Vlaamse onderwijsbeleid ingevuld. Het gezondheidsbeleid zou meer moeten toezien op de invulling.

Antwoord van de minister

Preventie is natuurlijk belangrijk in het licht van de gezondheid, maar gezondheidseconomen tonen aan dat preventie niet zomaar goedkoper is dan curatie, antwoordt de minister. Waar preventie curatie overbodig maakt, is het natuurlijk kostenbesparend. Maar bij verlenging van de levensverwachting is voor een bepaald percentage ouderen de levenskwaliteit niet zo goed, wat meer medische uitgaven tot gevolg heeft. Dat neemt niet weg dat artsen zoveel mogelijk preventief moeten optreden. Dat vergt een aanpassing van de opleiding. De minister gelooft niet dat preventie goedkoper zal zijn. Preventie vraagt ook regelmatig doktersbezoek.

De minister blijft voorstander van een beperking van de instroom van artsen, niet van een vestigingswet.

In het kwaliteitsdecreet zal zoveel mogelijk getracht worden universele parameters te hanteren. Universeel in de zin dat ze ook voor aangrenzende bevoegdheidsterreinen gelden, en universeel in de zin van internationaal. Gebruik van gelijke parameters voor zowel gezondheidsvoorzieningen als welzijnsvoorzieningen is wel moeilijk, als men b.v. kleine entiteiten, zoals b.v. de CGG's, heeft naast b.v. de ziekenhuizen. Hoe daaraan een oplossing gegeven wordt, is nog niet duidelijk. Ofwel komt er een algemeen decreet met specificering in de uitvoeringsbesluiten, ofwel twee afzonderlijke decreten. De minister twijfelt niet aan het nut van peer-review.

De minister is voorstander van volledige participatie in de beheersorganen. Naargelang van de soort voorziening zal de praktijk natuurlijk verschillend zijn.

De ervaring met de klachtentelefoon en de druglijn wordt aangewend ter ondersteuning van het beleid in de gezondheidssector, bevestigt de minister.

De minister zou de opleidingen wel beter willen opvolgen, maar juist het feit dat de reglementering federaal vastgelegd wordt en dan op Vlaams niveau ingevuld wordt, maakt dat zeer moeilijk.

Samenhang

De minister stelt terecht dat functionele banden tussen verschillende echelons essentieel zijn voor een optimaal beleid : samenhang tussen preventie en curatie, tussen intra- en extramurale zorg, tussen laagdrempelige en gespecialiseerde zorg. De heer Bart Vandendriesche vergelijkt de gezondheidszorg met een watermatras : een duw op de ene kant zet de andere kant onder druk. Ingrijpen op het ene vlak heeft invloed op een ander vlak.

In dat kader is de oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad met een globale benadering een stap vooruit. Hoe is de raad samengesteld ? Zullen ook de kleine voorzieningen en de niet-medische wereld vertegenwoordigd zijn ?

De osmose met de federale wetgeving en een verder federaliserings- of defederaliseringsproces (erkenning en subsidiëring in één bevoegdheidspakket) behoren tot de kernwaarden van een samenhangend beleid, vindt het lid. Incoherentie in beleid leidt tot frustratie en rechtsonzekerheid. Een voorbeeld : voorzieningen die – terecht – geen erkenning van de Vlaamse Gemeenschap krijgen voor b.v. zware medische diensten, sluiten rechtstreekse conventies met het Riziv. Op die manier worden instellingen met federaal geld bevoordeeld, en doorkruisen ze het Vlaamse beleid.

Het debat over de defederalisering is onvermijdelijk wil men tot homogene bevoegdheidspakketten komen. Mevrouw Sonja Becq vraagt de minister of zij die bevoegdheidspakketten wat meer kan specificeren.

De minister wil duidelijke afspraken maken met de federale overheid en de andere gemeenschappen. De heer Bart Vandendriesche vraagt of de minister aan samenwerkingsakkoorden denkt. Welke en volgens welke planning ? Is de Franstalige Gemeenschap vragende partij voor rechtstreeks overleg en coherente bevoegdheidspakketten ?

Financiering van functies in ziekenhuizen in plaats van behandelingen lijkt evident, vindt het lid. Financiële middelen voor vaccinatie horen inderdaad aan de gemeenschappen toe te komen... Maar wat als de federale regering njet zegt en zich niet wil inschrijven in de voorbereidingsfase die de minister voor ogen heeft ? Wat als Vlaanderen een aanbodbeheersing van studenten geneeskunde uitvaardigt en Wallonië niet ? Met andere woorden : betonen de partners van de minister enige onderhandelingsbereidheid ? Hangt de minister dat debat vast aan de hervorming van de sociale zekerheid ? Als uitgangspunt voor een nieuw beleid en als sleutel in de defederalisering schept het kwaliteitsdecreet veel verwachtingen.

Ook de heer Christiaan Vandenbroeke vraagt in welke mate de minister haar standpunt hard zal kunnen maken bij de federale overheid, bij vakbondskringen en ziekenfondsen. Hoe staat de coalitiepartner tegenover haar plannen ? De partij van het lid is vanzelfsprekend de mening toegedaan dat het gezondheidsbeleid een Vlaamse aangelegenheid is.

Defederalisering is zowel in het belang van de patiënt als van de Vlaamse financiën, zegt de heer Wilfried Aers. Beschikt de minister echter over mogelijkheden om de door haar voorgestelde stappen door te drijven ? Is de federale overheid geneigd om haar te volgen ?

Volgens mevrouw Yolande Avontroodt is haar fractie ook voorstander van homogene bevoegdheidspakketten en defederalisering. De heer Etienne De Groot vraagt eveneens naar het standpunt van de coalitiepartner.

Ten slotte wil mevrouw Riet Van Cleuvenbergen aandacht vragen voor de grensoverschrijdende akkoorden tussen re-

gio's over samenwerking inzake medische urgentiegroepen (MUG's) en brandweer. Het lid pleit voor goede akkoorden over de landsgrenzen heen voor heel Vlaanderen. Een gelijke regeling voor heel Vlaanderen zal efficiënter zijn dan de huidige versnippering.

Antwoord van de minister

Over de Vlaamse Gezondheidsraad zal de administratie een ontwerp voorleggen rond 15 februari, antwoordt de minister. Het spreekt vanzelf dat niet alleen de artsen en de grote sectoren vertegenwoordigd zullen zijn. De verschillende sectoren zullen over het ontwerp geraadpleegd worden. De minister hoopt nog deze semester het dossier aan de Vlaamse regering te kunnen voorleggen.

Wat de samenwerking met het federale niveau en de verdere defederalisering betreft, repliceert de minister dat een doelstelling op termijn ook bereikt wordt, als ze permanent op een rustige manier nagestreefd wordt. Het proces is aan de gang. Via minister Magda De Galan heeft de minister de Riziv-gegevens gekregen. Ook het rapport-Jadot heeft de federale overheid aan de minister bezorgd. De homogene bevoegdheidspakketten liggen niet zo ver verwijderd als sommige leden geloven. 1999 blijft de streefdatum voor de minister.

Inzake de houding van de coalitiepartner wijst de minister erop dat de beleidsbrief aan de hele Vlaamse regering voorgelegd is en dat er geen negatieve reacties vanwege de coalitiepartners gekomen is. De minister pleit in haar beleidsbrief overigens voor defederalisering van de gezondheidszorg, niet van de sociale zekerheid. Het regeerakkoord heeft het trouwens ook over voorbereidende werkzaamheden voor meer homogene bevoegdheidspakketten.

Samenwerkingsakkoorden met de Franstalige Gemeenschap liggen wat moeilijker. De doelstellingen zouden daar anders kunnen zijn. Op de interministeriële conferentie blijkt dat de Vlamingen meer geneigd zijn tot de organisatie van de eigen bevoegdheden en grotere verantwoordelijkheid, desnoods met meer eigen financiële inspanningen. De Franstalige Gemeenschap is veeleer geneigd terug bevoegdheden naar de federale overheid over te hevelen. Daar ligt allicht de grootste hinderpaal in het hele proces.

Daarom is het belangrijk stap voor stap te werken. Ook zo voor de vertegenwoordiging van de Vlaamse Gemeenschap in het Riziv.

Dat er akkoorden gemaakt worden over de grenzen heen, vindt de minister een goede evolutie. Nog beter zou zijn dat men de effecten zou meten. MUG's en 100-diensten zijn echter hoofdzakelijk federale materie. Vlaanderen is zelfs niet bevoegd voor de erkenningen. Het is wenselijk dat Vlaanderen bij die materie betrokken wordt.

Zorg op maat en differentiatie van voorzieningen

De Vlaamse overheid zal met de federale overheid gesprekken aanknopen over de echelonnering. Mevrouw Yolande Avontroodt wil weten of de pediaters dan op het eerste of tweede echelon zullen belanden.

Mevrouw Sonja Becq onderschrijft het basisbeginsel om de zorg zoveel mogelijk op de eerste lijn te laten verstrekken, met behoud van kwaliteit. Echelonnering moet niet alleen voor de voorzieningen doorgevoerd worden, maar ook voor het personeel. Waar b.v. de zorg van een verpleegkundige voldoende is, is geen arts nodig. Daarbij is wisselwerking tussen de verschillende personen en lijnen noodzakelijk. Er

zou gezocht moeten worden naar onderlinge afhankelijkheid tussen de betrokken groepen, zodat geen enkele groep dominant is.

Het lid wil ervoor waarschuwen niet te veel vanaf de eerste lijn te medicaliseren. Niet alleen artsen, verpleegkundigen en paramedici, maar ook de betrokkenen zelf, de mantelzorg, gezins- en bejaardenhulp ... moeten in de horizontale netwerken van de eerstelijnszorg opgenomen worden.

Zorg op maat veronderstelt een evenwicht in de voorzieningen, merkt mevrouw Trees Merckx-Van Goey op. Een aangepaste regelgeving met soepele overgangsprocedures en goed uitgebouwde netwerken zijn eveneens cruciaal.

De minister hecht veel belang aan de thuiszorg. Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen steunt dat standpunt, maar wijst erop dat veel mensen om financiële redenen voor instellingszorg moeten kiezen. Dit probleem moet grondig bekeken worden. Er mag geen prijsverschil zijn tussen beide vormen van zorgverlening. Ten slotte kan de minister wel pleiten voor een geïntegreerde aanpak tussen de verschillende voorzieningen, maar op het veld is terreinafbakening schering en inslag : de strijd om de bedden te vullen.

Antwoord van de minister

Volgens de minister horen de pediaters op het tweede echelon. De minister weet dat de problematiek zeer gevoelig ligt.

De minister is het volledig eens dat de echelonnering naar het personeel doorgetrokken moet worden. Dat is wel moeilijk in regelgeving te gieten. Het zijn de diensten die dit zullen moeten organiseren. Dat geldt ook voor de medicalisering op de eerste lijn. Hier zal de responsabilisering moeten spelen.

De minister onderhandelt met de federale overheid over de kostprijs van thuiszorg. Het moet inderdaad de bedoeling zijn dat de kostprijs voor thuiszorg niet hoger ligt dan ziekenhuiskosten. Hier betreedt men natuurlijk echt Riziv-terrein.

De territoriumafbakening is een van de delicaatste problemen, vervolgt de minister. Een ander financieringsmechanisme zou dat meteen oplossen. De beddenafbouw, die ook door de evolutie in de geneeskunde in de hand gewerkt zal worden, zal al een stap in de goede richting zijn.

Responsabilisering

Bij het derde echelon van het drietrapsmodel stelt de minister dat niemand van die voorzieningen uitgesloten mag worden, ook niet wegens zijn nationaliteit. De heer Felix Strackx vraagt de minister wat zij ervan vindt dat b.v. Italianen speciaal naar hier komen om niertransplantaties te laten uitvoeren.

Het drietrapsmodel roept bij de heer Bart Vandendriesche enige argwaan op. Het principe van algemene toegang tot de gezondheidszorg voor de hele bevolking (in het bijzonder voor kansarmen en risicogezinnen) moet blijven gelden. Bepaalde passages in de beleidsbrief lijken daaraan afbreuk te doen : voorzieningen op een hoger niveau voor bepaalde personen of groepen, fiscale stimuli... We mogen niet evolueren naar de National Health Service in Groot-Brittannië of naar Amerikaanse systemen, waarschuwt het lid.

Mevrouw Sonja Becq meent ook dat spreken van "fiscale stimuli" neigt naar klassegeneeskunde, wat niet de bedoeling van de minister kan zijn. Het lid kan wel instemmen met het principe van het drietrapsmodel op zich, maar vreest dat

zulks moeilijk in de praktijk om te zetten is. Waar zal men b.v. pre- en postnatale kinesitherapie plaatsen ? Of een voorziening al dan niet een basisvoorziening uitmaakt, kan ook in de tijd evolueren. Wordt daarmee rekening gehouden ?

Dit model verontrust ook de heer Guy Swennen. Essentieel is de concrete invulling van het drietrapsmodel : wat zijn basisvoorzieningen ? Als uitgangspunt moet gelden dat een gelijkwaardig pakket toegankelijk is voor iedereen, verdeeld op basis van de behoeften. Ten tweede moet dit pakket steunen op een solidaire financiering. Het lid staat huiverig tegenover fiscale stimuli voor minder noodzakelijke voorzieningen. Het creëert alleen maar het matteüs-effect.

Responsabilisering van de zorgvrager impliceert dat hij ook rechten krijgt. De heer Bart Vandendriessche, mevrouw Sonja Becq en mevrouw Kathy Lindekens wijzen op een ernstige lacune in de beleidsbrief : over patiëntenrechten wordt met geen woord gerept.

Mevrouw Patricia Ceysens vraagt de vorige sprekers om meer duidelijkheid : wat bedoelt men met patiëntenrechten ? Recht op informatie, een ombudsdienst ? Het begrip moet preciezer ingevuld worden vooraleer erover gediscussieerd kan worden.

Terecht wijst de minister op de verantwoordelijkheid van alle betrokkenen, ook van de patiënt. Men mag uitgaan van een grotere mondigheid en keuzebekwaamheid van de patiënt, meent mevrouw Trees Merckx-Van Goey. Dat noopt ons de inhoudelijke discussie te voeren over de inhoud van patiëntenrechten. Door meer duidelijke informatie te verspreken garandeert men grotere participatie van de patiënt, wat ook de zorg op maat ten goede zal komen. De responsabilisering is essentieel om de gezondheidszorg betaalbaar te houden.

De overheid zal kwaliteitstoetsing als voorwaarde stellen voor verdere erkenning of beroepsbeoefening van de zorgaanbieder. De heer Bart Vandendriessche vraagt hoe dit concreet zal verlopen. Kunnen individuele zorgaanbieders b.v. na kwaliteitstoetsing hun erkenning verliezen ?

Enveloppefinanciering en forfaitsystemen zijn voortdurend terugkerende begrippen als het over responsabilisering gaat. De heer Bart Vandendriessche vraagt wat de minister daar nu juist mee bedoelt. Hoe kunnen dergelijke systemen operationeel worden bij kleine voorzieningen als bijvoorbeeld de CGG's die over weinig manoeuvreerruimte beschikken ? Bestaat het gevaar niet dat de overheid haar opdracht afwentelt ? Bij de sector leeft de vrees dat het louter om een besparingsoperatie gaat.

Mevrouw Sonja Becq sluit zich hierbij aan. Als forfaitfinanciering overwogen wordt, moet er in voldoende ruimte voorzien worden voor kwaliteit en voor vernieuwing.

Mevrouw Yolande Avontroodt schaaft zich achter de visie van de minister inzake responsabilisering.

Antwoord van de minister

Alle inwoners, ook allochtonen, hebben recht op gezondheidszorg. Naargelang de bilaterale contacten tussen verschillende landen kunnen buitenlanders ook de nodige zorgverlening krijgen.

De minister is het ermee eens dat niemand van de gezondheidszorg uitgesloten mag worden van de basisvoorzieningen. De tekst in de beleidsbrief over het drietrapsmodel is letterlijk overgenomen uit "Vlaanderen 2002". Veel hangt af van

de invulling van de basisvoorzieningen. Het is niet de bedoeling ze concreet in te vullen ; het principe is belangrijk. De invulling evolueert. Naast de basisvoorzieningen zijn er bijkomende voorzieningen die nodig zijn afhankelijk van de persoon. Niet de financiële middelen, maar de medische nood van een persoon is doorslaggevend. De fiscale stimuli worden niet gekoppeld aan het ontvangen van de zorg. De minister verwijst naar het Bevak-systeem. Wie de fiscale vrijstelling krijgt, is niet noodzakelijk degene die de zorg krijgt.

De minister is het eens met mevrouw Patricia Ceysens die stelt dat de inhoud van "patiëntenrechten" duidelijk afgebakend moet worden. De minister wil de term "patiëntenrecht" alsdusdanig niet hanteren. Het gaat in de eerste plaats om inspraak van en informatie aan de patiënt, meent de minister. Het kwaliteitsdecreet zal daar zeker aandacht aan besteden. Vooraleer met dit thema naar buiten te komen moet eerst nog verder intern denkwerk gebeuren. Het kan nooit de bedoeling zijn dat patiëntenrechten ertoe leiden dat de patiënt de risico's naar andere instanties doorschuift, m.a.w. dat zoals in de Verenigde Staten de geneeskunde oververzekerd wordt.

De heer Etienne De Groot wijst aansluitend op het fenomeen van "defensive medecine" in de VS waarbij artsen weigeren riskante ingrepen uit te voeren.

Volgens de minister komt het erop aan een zodanige communicatie tussen arts en patiënt te bereiken dat beide samen, in de mate van het mogelijke, tot een bepaalde behandeling beslissen. "Patiëntenrechten" mogen niet alleen vanuit medisch oogpunt bekeken worden, maar moeten – zoals mevrouw Lindekens vroeger opmerkte – alle diensten bestrijken die b.v. in een ziekenhuis aangeboden worden.

De minister bevestigt dat op termijn, als op kwaliteitsbewaking wordt overgestapt, de erkenning eraan gekoppeld wordt. Vanzelfsprekend zal in een overgangperiode voorzien worden. De koppeling erkenning-kwaliteit moet samengaan met de financiering per pathologie, wat een vorm van enveloppe-financiering is. Op termijn kan gediscussieerd worden over die financiering. De financiering per behandeling zoals nu het geval is, is zeker nefast. Men moet komen tot een veel grotere responsabilisering op het niveau waar de zorg verstrekt wordt.

Beleidsvelden

1. Monitoring en gezondheidsindicatoren

Dat federale gegevens essentieel zijn voor het Vlaamse beleid, en dat ze niet gemakkelijk te verkrijgen zijn, werd al in het hoofdstuk "Kennismaking met het Vlaamse Gezondheidslandschap" besproken.

In Brussel is er het bicommunautaire gezondheidsobservatorium dat daar voor de monitoring instaat. Kan de minister de mogelijkheid van een eventueel samenwerkingsakkoord met dit observatorium onderzoeken ?

Is Vlaanderen vertegenwoordigd in de Hoge Gezondheidsraad ? Als eens de gegevens verzameld zijn, aan wie worden ze dan gerapporteerd, wil de heer Bart Vandendriessche weten.

Mevrouw Yolande Avontroodt vraagt of de gegevens die door b.v. verzekeringsmaatschappijen, Kind en Gezin, ziekenfondsen, MST... verzameld worden, geïntegreerd worden

in één systematische monitoring. Hoe zal daarbij de privacy gegarandeerd worden ?

Het Vlaams regeerakkoord breekt een lans voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg naar de verschillende doelgroepen. Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen onderstreept dat expliciete monitoring wenselijk is voor doelgroepen die te weinig bereikt worden, b.v. migranten, vrouwen.

De administratie zal een belangrijke rol spelen in de coördinatie van de gegevensverzameling. Mevrouw Trees Merckx-Van Goey hoopt dat de VOI's daar ook bij betrokken zullen worden. Hoe zullen de gegevens door de verschillende sectoren ingezameld, op elkaar afgestemd worden ? Zal iedereen de gegevens kunnen consulteren ?

Mevrouw Brigitte Grouwels vraagt hoe de relatie opgespoord zal worden tussen de gezondheidssituatie van de bevolking en het leefmilieu.

Antwoord van de minister

De minister verduidelijkt dat zolang geen systematisch geïnformiseerde gegevensverzameling bestaat, men de vorming van netwerken zal nastreven. Daarnaast wordt gepoogd aansluiting te vinden op de internationale netwerkvorming. Daartoe zal de administratie gezondheidszorg met twee à drie personen versterkt worden om op het vlak van datamanagement de eerste stappen te kunnen zetten. Zowel binnen als buiten de administratie wordt gestreefd naar deskundigheidsbevordering en uniformisering.

Op het federale vlak verloopt de gegevensverzameling niet beter. Het komt erop aan op een zo laag mogelijk niveau te registreren, maar uiteraard te coördineren en te kanaliseren naar boven toe. In de verschillende gemeenschappen worden het best gelijklopende systemen opgezet, om vergelijkende conclusies te kunnen trekken. De federale overheid is niet ongevoelig voor een dergelijke efficiëntere aanpak. Vooral eer samenwerkingsakkoorden met b.v. het Brusselse observatorium, af te sluiten, moet er eerst een akkoord zijn met alle betrokkenen over welke gegevens hoe geregistreerd worden.

De Vlaamse Gemeenschap is niet vertegenwoordigd in de Hoge Gezondheidsraad. Er moet gerapporteerd worden aan elk niveau dat ter zake verantwoordelijkheid draagt, vervolgt de minister.

De minister verwacht niet dat verzekeringsmaatschappijen hun gegevens zullen willen doorspelen. De overheid kan dit ook niet opleggen. Voor de ziekenfondsen geldt hetzelfde, met die nuance dat samenwerking in het kader van specifieke overheidsopdrachten wel tot de mogelijkheden behoort. De minister verwijst b.v. naar de kankerregistratie die in samenwerking met de ziekenfondsen verloopt. Uiteraard wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de bestaande gegevens ; het op elkaar afstemmen van de gegevens is de uitdaging.

Specifieke monitoring voor de verschillende doelgroepen is vanzelfsprekend noodzakelijk. De minister zal laten nagaan of uit de registratie bij raadplegingen van het jonge kind door Kind en Gezin en uit de perinatale gegevens van het Studiecentrum Perinatale Epidemiologie (SPE) voor de doelgroepen specifieke gegevens geput kunnen worden.

De informatie zal, eenmaal dat de overheid ze verzameld heeft, door iedereen geraadpleegd kunnen worden.

De relatie tussen leefmilieu en gezondheid wordt permanent in de gaten gehouden. De minister verwijst naar de maatregelen in verband met de wijk Moretusburg in Hobo-

ken waar een verhoogd loodgehalte in het bloed van kinderen vastgesteld wordt.

2. Internationaal beleid

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) voert een concrete actie rond diabeteszorg. De heer Bart Vandendriessche vraagt in dat verband of de Vlaamse Gemeenschap bijdraagt tot de actie van Levenslijn.

De minister verwijst in de beleidsbrief naar het Verdrag van Maastricht. Het is niet onbelangrijk ook naar het Witboek sociaal beleid te verwijzen, vindt mevrouw Riet Van Cleuvenbergen. Het lid wil er verder op wijzen dat in het kader van Interreg II ook projecten inzake gezondheidszorg gestart kunnen worden.

Verder wil het lid aandacht vragen voor een aantal problemen die nog wel federale bevoegdheid zijn, maar waarmee de Vlaamse Gemeenschap rekening kan houden voor haar beleid. Er is vooreerst de zeer verscheiden problematiek van de grensbewoners die voor een bepaalde hulpverlening net over de grens b.v. problemen ondervinden bij de terugbetaling. Ook zorgverleners zelf gaan b.v. in het buitenland werken. De kwaliteit en diplomavereisten zijn zeer verschillend naar gelang het grensland. Ten slotte is het lid verheugd dat de minister expliciet in opvolging van de VN Wereldconferentie in Peking voorziet.

Mevrouw Yolande Avontroodt vindt in de beleidsbrief niets terug over het aantal uitgeslotenen van gezondheidszorg. Slechts veertien percent van die mensen zouden Belgen zijn. Die mensen komen bij privé-organisaties als Artsen zonder Grenzen terecht. Het is een internationaal probleem.

Antwoord van de minister

De minister zegt zeer alert te zijn aangaande de diabetesproblematiek. De minister heeft onmiddellijk gereageerd bij de federale overheid toen die plannen had om de terugbetaling van insuline te verminderen. Blijkbaar heeft dat ook effect gehad ; de plannen zouden opgeborgen zijn.

Wat Levenslijn aangaat zijn in het budget wetenschapsbeleid van de minister-president middelen beschikbaar. Het lijkt niet onbelangrijk dat de Vlaamse overheid door middel van wetenschappelijk onderzoek aan Levenslijn bijdraagt. De minister is er echter niet van op de hoogte.

De Vlaamse Gemeenschap kan met de beschikbare gegevens ongetwijfeld een bijdrage leveren op internationaal vlak.

De punten die mevrouw Van Cleuvenbergen aanhaalt, zijn inderdaad belangrijk, vindt de minister.

De vraag van mevrouw Avontroodt kan de minister moeilijk beantwoorden. Het betreft immers ook illegalen. Het lid kan deze vraag 't best aan minister Vande Lanotte stellen. Het betreft federale materie.

3. Preventieve en sociale gezondheidszorg

Verskillende leden onderstrepen het belang van preventie.

Zowel het leefmilieu, als de voedingsgewoonten, de werksituatie, zijn vanuit preventief oogpunt cruciaal voor de gezondheidssituatie, meent mevrouw Brigitte Grouwels. Me-

vrouw Cecile Verwimp-Sillis vindt dat een gezonde leef- en werkomgeving onvoldoende in de beleidsbrief aan bod komen.

Waar hoort het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) thuis in het organogram op bladzijde 29 ? De heer Bart Vandendriessche sluit zich hierbij aan. Behoudt het VIG zijn statuut ? Wat is zijn (nieuwe) rol ? Zal het VIG over een zekere autonomie beschikken ?

De minister hecht veel belang aan de intermediairen. De heer Bart Vandendriessche vraagt of de ziekenfondsen en de lokale besturen daar ook niet toe horen. Licht het door de WGO gesteunde project "Healthy Cities" stil ?

Waar ligt de link tussen de primaire preventie van medisch schooltoezicht (MST) enerzijds en de GVO-projecten (gezondheidsvoorlichting in het onderwijs) van ziekenfondsen anderzijds, vraagt mevrouw Sonja Becq. Hoe wordt een en ander gecoördineerd ?

Welke specifieke rol ziet de minister voor de huisartsen weggelegd in de preventie ? Zijn zij wel het beste kanaal voor informatie en advies ?

Hoe kan de informatiedoorstroming congruent verlopen ? In plaats van de talloze "boekjes" (moederboekje van Kind en Gezin, het roze en blauwe kindboekje, het boekje van de pediaters...) zou het beter zijn dat één informatiebron het hele 'traject' door mee kan doorlopen. Is daar geen taak voor de overheid weggelegd ? Mevrouw Ria Van den Heuvel sluit zich daarbij aan.

De heer Felix Strackx pleit voor de invoering van een medische kaart met de belangrijkste persoonlijke medische gegevens, waarmee de patiënt van de ene zorgverlening naar de andere gaat. Problemen inzake privacy kunnen nu toch met de mogelijkheden van de informatisering opgelost worden.

Mevrouw Yolande Avontroodt reageert hierop dat het medisch dossier – behalve het protocol van de arts – nog steeds eigendom van de patiënt is. De overheid kan hier niet betuttelend optreden.

Voor de opvolging van de gezondheid vallen volwassenen uit de boot. Daar zou de huisarts een rol kunnen spelen. Toch gaan cliënten zelden naar een huisarts om preventieve redenen. Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen meent dan ook dat de rol van de huisarts inzake preventie nu niet overschat mag worden.

Mevrouw Yolande Avontroodt is het daar niet mee eens. De huisarts blijft de meest laagdrempelige hulpverlening. Moet Kind en Gezin niet veeleer dat percentage mensen bereiken die niet door de huisarts bereikt worden ?

De minister zal onderzoeken of van de cliënten geen bijdrage gevraagd kan worden. De heer Bart Vandendriessche wil weten hoe dat concreet begrepen moet worden.

Antwoord van de minister en repliek van de leden

De minister probeert wel degelijk aandacht te besteden aan een gezonde leef- en werkomgeving. Misschien zou mevrouw Cecile Verwimp-Sillis dit uitvoeriger in de beleidsbrief vermeld willen zien, maar het is wel degelijk opgenomen op de bladzijden 27, 36 en 37, zegt de minister.

De rol van de intermediairen moet nader bepaald worden. Daarvoor is nadere afbakening van de opdracht van het VIG nodig. Tot nog toe beperken het VIG en de voorzieningen zich hoofdzakelijk tot de drie grote thema's : drugs, kanker en

aids. Wat de ziekenfondsen betreft, zij zijn nog steeds sterk geöriënteerd op het federale beleid, ook in hun GVO-diensten. Pas als er een volledig Vlaams gezondheidsbeleid ontwikkeld kan worden, kunnen zij betrokken worden. De Vlaamse Gemeenschap heeft wel een redelijk grote impact op de lokale besturen. De rol van de lokale besturen moet dus verder uitgebouwd worden via de provinciale cellen.

De minister wil in de komende maanden samen met het parlement effectief werken aan goed gestructureerde preventieve zorg. Om de drie jaar zou aan het parlement een verslag neergelegd kunnen worden over de evolutie van de effecten van de gezondheidspromotie, waaruit dan conclusies getrokken kunnen worden. Cruciaal is dat de resultaten van gezondheidspromotie gemeten kunnen worden.

De rol van het VIG was tot nog toe : het bevorderen van de gezondheidspromotie, de overheid adviseren en ten slotte de ondersteuning van de door de overheid erkende voorzieningen. De overheid adviseren is een enorme verantwoordelijkheid voor een private v.z.w. gefinancierd door de overheid. Over de toekomstige plaats van het VIG kan gediscussieerd worden. De minister zelf is de mening toegedaan dat het VIG als een overheids-v.z.w. kan fungeren (bij decreet opgericht), ofwel als een Vlaams instituut (b.v. te vergelijken met het Instituut voor Natuurbehoud), ofwel als afdeling in een administratie. In het buitenland komt veelal de formule van een instituut voor. Essentieel is dat de aan de basis gegroeide expertise mee in het overheidsbeleid betrokken kan worden.

De mogelijke positie van het VIG doet niets af van het schema in de beleidsbrief. De coördinaten kunnen eventueel aangevuld worden. Ze worden in het schema beperkt tot drie ; overeenkomstig de nu bestaande organisaties die door de overheid gesubsidieerd worden.

Wat de onafhankelijkheid van het VIG betreft, kaatst de minister de vraag terug naar het parlement. Dergelijke instituten bestaan ook op andere domeinen : waarom beschikken de ene over autonomie en de andere niet ? Het parlement moet mee nadenken over de positie van het VIG. De minister meent wel dat een dergelijke instituut kritisch advies moet kunnen verlenen. Een beslissing kan niet te lang uitgesteld worden.

Een dergelijk instituut moet ook de band met het werkveld verzekeren, wat een administratie niet kan, voegt mevrouw Trees Merckx-Van Goey eraan toe. De commissie moet op die problematiek zeker terugkomen. Misschien kan de commissie weer een bezoek aan het VIG brengen.

Welke plaats moeten Kind en Gezin, MST, huisarts krijgen in de preventie ? Nu voeren de artsen van MST jaarlijks bij elke leerling een onderzoek uit. Zou het niet wenselijk zijn te vragen dat elk kind jaarlijks een rapport van zijn huisarts bij MST binnenbrengt ? Zo kan de band tussen gezin en huisarts verstevigd worden of gecreëerd voor de 25 percent die geen band hebben. Zo zou men ook de preventieve rol van de huisarts bevorderen. Bovendien kan MST zich dan meer toeleggen op registratie. De minister is voorstander van een dergelijk systeem. De Vlaamse Gemeenschap is bevoegd voor MST, via de scholen kan je vragen om de huisarts te consulteren. Het Riziv kan zich daar niet tegen verzetten.

De heer Bart Vandendriessche heeft daar zijn twijfels over. Nu al levert de terugbetaling van preventief borstonderzoek – mammografie – problemen op.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen wil ervoor waarschuwen de ervaring van MST niet te veronachtzamen. Het is ook

gemakkelijker de wijze van registratie op elkaar af te stemmen als in team gewerkt wordt. Bovendien is een jaarlijks bezoek aan de huisarts feitelijk duurder dan onderzoek via MST.

Mevrouw Cecile Verwimp-Sillis vraagt of het remgeld voor het bezoek aan de huisarts dan vergoed zou worden voor de armen die de huisartsen niet bereiken.

Er zouden inderdaad maatregelen getroffen moeten worden, antwoordt de minister.

Mevrouw Sonja Becq vraagt meer bedenktijd om zich uit te spreken over de rol van de huisarts in relatie tot MST. Alleen vraagt het lid hoe die idee verzoenbaar is met de veeleer multidisciplinaire aanpak die voor de toekomstige samenwerking MST-PMS vooropgesteld wordt. Zal de communicatie met een externe niet moeilijker zijn ?

De minister antwoordt dat de toekomstige structuur MST-PMS nog helemaal niet duidelijk is. De minister ziet de tegenstelling niet : het medische aspect kan perfect door de huisarts ingevuld worden.

Wat de verschillende boekjes betreft zal er altijd een spanning blijven tussen de arts en de patiënt, oordeelt de minister. De minister blijft het moederboekje en het kindboekje nuttig vinden. Een verlenging voor +6 -jarigen jaar zou handig zijn en zou via MST uitgewerkt kunnen worden. Voor +18 -jarigen belanden we in de discussie van de medische kaart, wat federale materie is waarover de minister zich niet uitsprekt.

De minister overweegt een cliëntbijdrage omdat de diensten de kosteloosheid van de hulpverlening vaak niet als positief ervaren. In verschillende centra zoals b.v. CGG's, willen de betrokkenheid van de cliënt verhogen door een kleine bijdrage te vragen.

4. Medisch verantwoord sporten (MVS)

Naar aanleiding van de resultaten van een onderzoek van de consumentenorganisatie Test Aankoop in 28 fitnesscentra in België kondigde de minister initiatieven aan om in een reglementering voor fitnesscentra te voorzien. De reglementering van de fitnesscentra zou worden ingeschreven in twee tot zijnde decreten, namelijk het decreet met betrekking tot het medisch verantwoord sporten en het kwaliteitsdecreet. De minister zou aan de fitnesscentra die voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen voor begeleiding en infrastructuur een kwaliteitslabel uitreiken.

Behoort deze aangelegenheid wel strikt tot de bevoegdheid van de minister, vraagt mevrouw Yolande Avontroodt ? De vraag rijst immers of de vigerende wetgeving met betrekking tot de onwettelijke uitoefening van de geneeskunde niet van toepassing is op de fitnesscentra.

Aan welke criteria zullen de fitnesscentra moeten voldoen om een kwaliteitslabel te krijgen ? Zullen de fitnesscentra met een label blijvend op hun kwaliteit gecontroleerd worden ? Dreigt het systeem van de labels niet te leiden tot de verwarrende situatie die nu bestaat met betrekking tot de labels die worden uitgereikt aan de hormoonvrije slagerijen ? Welk budget wordt er voorzien voor het uitreiken van de labels en voor de controle ?

Wanneer zullen de decreten worden ingediend in het Vlaams Parlement ?

De heer Bart Vandendriessche wijst verder nog op de vraag van de minister aan het parlement om een standpunt in te nemen over de risicosporten. Het lid vraagt hoe Vlaanderen volgens zijn bevoegdheden kan optreden.

Antwoord van de minister

Wat de fitnesscentra betreft zijn er binnen de gemeenschapsbevoegdheid twee wegen voor controle mogelijk, antwoordt de minister : of het kwaliteitsdecreet of het MVS. De commissie kan mee bepalen welke voorzieningen onder het kwaliteitsdecreet vallen. In het tweede geval moeten het decreet of de uitvoeringsbesluiten op het MVS gewijzigd worden. De minister heeft niet gezegd dat controle absoluut noodzakelijk is. Belangrijker is dat deze commissie zich hierover uitspreekt en dat de fitnesscentra bereid zijn over hun kwaliteit te waken.

Artikel 2, 4°, van het decreet van 27 maart 1991 inzake medisch verantwoorde sportbeoefening geeft de volgende definitie van een sportvereniging : "elke vereniging die bij overeenkomst of krachtens haar statuten hoofdzakelijk tot doel heeft sportmanifestaties te organiseren". Een sportmanifestatie wordt door het decreet als volgt gedefinieerd : "elk initiatief tot sportbeoefening met recreatieve, competitieve of demonstratieve doeleinden in georganiseerd verband" (artikel 2, 2°, van het decreet).

Uit het verslag van de Commissie voor Welzijn en Gezondheid blijkt duidelijk dat de voormelde begrippen "sportvereniging" en "sportmanifestatie" ruim moeten worden geïnterpreteerd. "De ruimte toepassingsmogelijkheden werden doelbewust in het ontwerpdecreet ingeschreven. Dit is de enige mogelijke benadering teneinde het vooropgestelde doel, met name een veilige en gezonde sportbeoefening voor alle sportbeoefenaars, te kunnen bewaken en verzekeren. Voor deze benadering werd tevens geopteerd op basis van een evaluatie van de recente evoluties in de sportbeoefening. Hieruit bleek onder andere duidelijk dat binnen de steeds groter wordende groep van recreatieve sportbeoefenaars een aantal onder hen op een onveilige en onverantwoorde wijze aan sport doen. De bewezen spitsvondigheid van bepaalde sportbeoefenaars en organisatoren van sportmanifestaties maakte eveneens dergelijk ruime omschrijving van het toepassingsgebied noodzakelijk." (Stuk 448 (1990-1991) – nr. 4, p. 8).

Meer specifiek met betrekking tot de fitnesscentra staat in het verslag het volgende : "Hierbij (nota redactie : bij artikel 3) stelde een commissaris de vraag of bepaalde sportdisciplines die meestal niet beoefend worden binnen de klassieke verenigingsverbanden, bijvoorbeeld fitness en bodybuilding, eveneens onder het toepassingsgebied van het decreet vallen.

Voor een goed begrip van het bedoelde toepassingsgebied moet, luidens het antwoord van de gemeenschapsminister, dit artikel in samenhang met artikel 2 worden gelezen, in het bijzonder met de punten 2°, 3° en 4° van dit artikel. Hieruit blijkt onder meer duidelijk dat elk initiatief tot sportbeoefening met recreatieve, competitieve of demonstratieve doeleinden in georganiseerd verband, dat elke persoon die zich voorbereidt op deelname aan een sportmanifestatie en dat elke vereniging die bij overeenkomst of krachtens haar statuten hoofdzakelijk tot doel heeft sportmanifestaties te organiseren, tot het toepassingsgebied van het decreet behoren. Het antwoord op de gestelde vraag is dus duidelijk positief." (Stuk 448 (1990-1991) – nr. 4, p. 15)

Het is dus duidelijk dat de fitnesscentra vallen onder het toepassingsgebied van het decreet van 27 maart 1991 inzake medisch verantwoorde sportbeoefening.

De Vlaamse regering heeft dus de mogelijkheid om de door het decreet genoemde taken van een sportvereniging (zijnde in casu de uitbater van een fitnesscentrum) nader te preciseren, nader aan te passen aan de concrete problematiek van de medisch verantwoorde sportbeoefening met betrekking tot een fitnesscentrum.

De minister zal zeker eventuele uitvoeringsbesluiten aan de commissie voorleggen.

Indien fitnesscentra tegen de vigerende wetgeving over de uitoefening van de geneeskunde zouden zondigen, dan moet de rechter daarover oordelen, besluit de minister.

5. Medisch schooltoezicht (MST)

De beleidsbrief gaat terecht uit van de integratie van MST en PMS. De heer Bart Vandendriessche vraagt hoever het staat met de concrete uitwerking. Hoe zal de integratie zich verhouden tot de andere bewegingen die zich in het onderwijslandschap te verwachten zijn? Past de integratie in een besparingsoperatie of wordt louter de optimalisering van de diensten beoogt?

Het lid komt terug op de idee van de minister om de opdracht van de MST-arts deels over te hevelen naar de huisarts (zie "Preventieve en sociale gezondheidszorg"). De huisarts is niet zo vertrouwd met preventief jeugdwerk, met het schoolmilieu, de schoolhygiëne, hij zal met vele teams contact moeten houden. Gestandaardiseerde monitoring wordt moeilijker. De heer Bart Vandendriessche denkt dat het absentisme van de leerlingen bij onderzoeken nog groter zal zijn als ze naar een huisarts worden doorverwezen.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen sluit zich hierbij aan. De hervorming MST-PMS kan de aanleiding zijn voor nieuwe denkpistes. Zo zou overwogen kunnen worden om diëtisten, logopedisten, ergonomen in het team op te nemen. Het lid wil ervoor waarschuwen dat, in het geval van nieuwe samenwerkingsverbanden tussen scholen, het werkterrein van MST niet te groot mag worden. Het lid suggereert om de reeds bestaande modellen van geïntegreerde werking tussen MST en PMS van naderbij te bekijken.

Mevrouw Yolande Avontroodt is verheugd met de nieuwe pistes die de minister overweegt. Het MST, dat gegroeid is vanuit een preventief beleid ten aanzien van infectieziekten (vaccinaties), is aan heroriëntering en verbetering toe. Het lid stelt voor dat elke leerling bij het begin, halfweg en op het einde van zijn schoolloopbaan een grondig individueel medisch onderzoek en een attitude-evaluatie door de schoolarts van MST zou ondergaan. De daardoor vrijgekomen tijd zou de schoolarts kunnen benutten voor echte risico-analyse, waar het lid grote voorstander van is. Preventie is het meest effectief als risicofactoren collectief aangepakt worden. Men zou kunnen vertrekken van de algemene thema's zoals drugs, tabak, alcohol, verkeersongevallen... Individuele problemen zouden in samenspraak tussen schoolarts en huisarts bekeken kunnen worden.

Mevrouw Cecile Verwimp-Sillis meent dat het de taak van de leerkrachten is om permanent GVO-lessen te geven. Het lid is de idee om de huisarts een belangrijker rol te geven niet ongenegen. Het MST-onderzoek is een grap. De consultatie moet dan wel gratis kunnen.

De heer Felix Strackx wil niet afstappen van een jaarlijks onderzoek. Hij meent dat daarbij het mondonderzoek 't best

door een tandheelkundige gebeurt. Algemene artsen zijn onvoldoende uitgerust en onvoldoende deskundig.

Mevrouw Brigitte Grouwels meent dat de MST-teams in de klas zelf meer aandacht moeten kunnen besteden aan de goede houding, juist stemgebruik en juiste ademhalingstechniek van de leerlingen.

In het gemeenschapsonderwijs zijn geen afzonderlijke MST-diensten. De diensten worden binnen PMS uitgeoefend. Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen zou toch graag weten hoeveel middelen en personeel naar MST uitgaan.

In 1991-1992 werd aan MST de opdracht gegeven om in het deeltijds beroepsonderwijs de band na te gaan tussen de gezondheidstoestand van de leerlingen en socio-economische status van de ouders. Mevrouw Yolande Avontroodt vraagt naar de resultaten van dat onderzoek. Ook inzake tandheelkundige zorgen en kansarmoede werd een project gestart. Is daar al een verslag van ?

Antwoord van de minister

De minister heeft met verschillende samenwerkingsvormen MST-PMS kennismemaakt. Het kabinet heeft een sneuvelmodel voor de integratie MST-PMS uitgewerkt. Het kind van drie tot achttien jaar moet het uitgangspunt van de integratie zijn, met aan de ene zijde de school, aan de andere zijde het gezin. De minister verwijst naar de bijlage bij het verslag. Het werkterrein is de school. Het sneuvelmodel is opgesteld vanuit het standpunt van MST.

De integratie van MST en PMS is geen besparingsoperatie, zegt de minister, wel een maatregel tot beheersing van de uitgaven. Het is zeker niet de bedoeling het aantal schoolartsen te verminderen, wel hen een andere taak te geven. De schoolarts zou zich kunnen beperken tot een paar grondige onderzoeken, rekening houdend met het jaarlijks verslag van de huisarts en met de schoolcontext. De schoolarts zou dan gemakkelijker kunnen optreden als deskundige intermediair. Inspelend op het voorstel van mevrouw Avontroodt zou de schoolarts immers ook aan risico-analyse kunnen doen. Hij zou de evolutie van de gezondheidstoestand van het kind zo gemakkelijker kunnen opvolgen en integreren met de andere factoren, nl. het sociaal geïntegreerd zijn en de psycho-emotionele toestand van het kind. Zo zou hij de taken van PMS, nl. de oriëntatie naar studie- en beroepskeuze, mee kunnen ondersteunen.

MST-PMS kan ook een rol spelen in het opsporen en ontleden van regionale verschijnselen.

Welke deskundigen deel moeten uitmaken van een dergelijk geïntegreerd team, is nog niet ingevuld. Over statuut, leidinggevenden moet ook nog grondig nagedacht worden. De monitoring moet vanzelfsprekend niet door de huisarts, maar door MST uitgevoerd worden.

De minister meent dat een optimale samenwerking tussen huisarts en schoolarts mogelijk moet zijn. Door het inschakelen van de huisarts wordt zijn preventieve rol versterkt. Goede begeleiding kan ook jongeren aanzetten tot jaarlijkse preventieve controle door de tandarts.

De minister zal de reacties van de leden zoveel mogelijk proberen te integreren in het sneuvelmodel en het later opnieuw ter discussie aan de commissie voorleggen.

870 miljoen gaat naar MST-diensten in vrije, gemeentelijke en provinciale scholen. In het totaal gaat iets meer dan 1 mil-

jard naar MST. De minister verwijst verder naar het overzicht als bijlage.

Het gegevensrapport 1992-1993 van MST over het profiel van de gezondheidstoestand is net op het kabinet toegekomen. De minister belooft het rapport ter beschikking te stellen van de commissieleden. De informatisering van MST is de laatste jaren enorm toegenomen. In de toekomst zullen gegevens dus sneller verzameld en verwerkt kunnen worden.

Over de timing voor de implementatie van het geïntegreerd model MST-PMS is op dit ogenblik nog weinig duidelijkheid. Er zal daarover meer klaarheid zijn als Onderwijs een zicht heeft op de planning van de hervorming in het secundair onderwijs.

6. Profylaxe infectieziekten

Voor een aantal Vlaamse ambtenaren, nl. in het onderwijs, is voor de vaccinatie tegen hepatitis B geen tegemoetkoming via het Fonds voor Beroepsziekten. De inrichtende macht is verantwoordelijk voor het aanbieden van de vaccinatie. Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen heeft een kleine enquête gevoerd onder een twintigtal scholen voor paramedische opleidingen. Hieruit blijkt dat in '93 16 vaccinaties gebeurden, in '94 8, in '95 34. Meestal hebben de betrokken leerkrachten de vaccinatie zelf betaald, wat niet verwonderlijk is met de al zeer krappe enveloppefinanciering. Voor '96 en '97 zouden nog 300 mensen gevaccineerd moeten worden. Kan dit niet met middelen van het budget profylaxe bekostigd worden ?

Mevrouw Yolande Avontroodt sluit zich bij dit thema aan, dat ook thuishoort in de bedrijfsgeneeskunde. Volgens de wet is de werkgever verplicht de nodige vaccinaties voor zijn personeel te vergoeden. Er zijn geen middelen voor het arbeidsgeneeskundig toezicht in de scholen.

Het vaccinatieschema (fig. 13) wordt vaak feilloos doorlopen zolang men school loopt. Moeten volwassenen niet meer aangespoord worden zich te laten vaccineren, vragen mevrouw Brigitte Grouwels en mevrouw Yolande Avontroodt.

Wordt er wel voldoende aandacht besteed aan de toeneemende incidentie van tuberculose ? Wat wordt er specifiek voor risicogroepen gedaan ?

De minister zou een project ondersteunen rond de seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA). Mevrouw Yolande Avontroodt vraagt meer uitleg.

Het decreet betreffende de profylaxe van besmettelijke ziekten legt aan de artsen een meldingsplicht op van besmettelijke ziekten. De heer Felix Strackx vindt dat de meldingsplicht uitgebreid moet worden tot de patiënt zelf, aan iedereen die hij kan besmetten.

Ten slotte pleit het lid voor meer hygiëne op school. Handen wassen is er geen vanzelfsprekende zaak. Kunnen scholen niet meer gesensibiliseerd worden ? Mevrouw Ria Van den Heuvel vraagt hierbij aansluitend meer aandacht voor de hygiëne in de schooltoiletten.

Antwoord van de minister en repliek van een lid

De vaccinatie van de leerkrachten moet via met werkmiddelen van Onderwijs gebeuren. Het is de werkgever, in dit verband de inrichtende macht, die de vaccinatiekosten moet betalen.

Wat de vaccinatie van volwassenen betreft is de relatie huisarts-patiënt van doorslaggevend belang.

De Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) krijgt binnen het VIG zowat de meeste middelen, met het doel preventief tuberculose te bestrijden. De minister belooft een overzicht te bezorgen van de acties die de VRGT voert.

Inzake SOA heeft de minister aan het Tropisch Instituut in Antwerpen de opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren over chlamydia. Het betreft een onderzoek in vijf Antwerpse scholen, waar meisjes tussen 15 en 18 jaar op vrijwillige basis gescreend worden.

De scholen kunnen via MST tot meer hygiëne aangezet worden. De minister wil best een ontwerp van omzendbrief in die zin maken.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vraagt de minister het probleem van de vaccinatie van leerkrachten onder de aandacht te brengen van haar collega van Onderwijs. Het blijft onrealistisch om de vaccinatie te bekostigen met de huidige gewone werkmiddelen.

De minister stemt daarmee in.

7. Gezondheid en milieu

Vorig jaar werd in de commissie een interpellatie gesteld over de gevolgen van de aantasting van de ozonlaag voor de gezondheid. Het parlement heeft de Vlaamse regering bij motie gevraagd dringend maatregelen te nemen. Blijkbaar heeft de heer Theo Kelchtermans, Vlaams minister van leefmilieu het dossier op zich genomen. De heer Bart Vandendriessche vraagt of de minister hier nu niet meer in tussenkomst.

De minister heeft de intentie de gezondheidsinspectie op te splitsen in een dienst infectieziekten en een dienst milieugezondheidszorg. Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vraagt meer uitleg.

De beleidsbrief vermeldt de evaluatie van het radongevaar. Is daar al een rapport van ?

Mevrouw Brigitte Grouwels vraagt of er niet meer samenwerking mogelijk is tussen de verschillende gewesten inzake b.v. de vestiging van verbrandingsovens en de gevolgen inzake luchtvervuiling.

Mevrouw Yolande Avontroodt komt terug op het belang dat de overheid haar taak opneemt inzake het verzamelen van gegevens, ook inzake het verband milieu-gezondheid. Het lid vraagt de minister bij haar federale collega aan te dringen op registratie van de informatie waarover bedrijfsartsen beschikken.

Welke instituten zullen belast worden met de registratie ? De Vlaamse Milieumaatschappij ? De Vlaamse Instelling voor Technologisch Onderzoek ? Het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie ?

Antwoord van de minister

De minister zal de haar opgedragen taken inzake de ozonproblematiek uitvoeren, nl. de omzendbrief aan de artsen en de informatiebrochure voor het grote publiek. Minister Theo Kelchtermans beschouwt de kwestie als een milieuproblematiek die op het federale en het Europese niveau aangepakt

moet worden. Op het federale niveau is er blijkbaar geen unanimititeit over het te voeren beleid. De minister betreurt dat ten zeerste. Zij blijft voorstander van snelheidsbeperkingen. Die zijn om vele redenen wenselijk.

Het is de bedoeling de vrij kleine equipes van de gezondheidsinspectie efficiënter te laten werken. Binnen een jaar zal de minister een rapport daarover voorleggen.

Zodra het rapport over het radongevaar er is, zal de minister het aan de commissie bezorgen.

In het kader van homogene bevoegdheidspakketten kunnen sommige materies terug naar het federale niveau overgeheveld worden. Luchtgebonden materies zijn zo'n pakket, meent de minister. Het is een problematiek die bij uitstek grensoverschrijdend is. Vanzelfsprekend moet het gewest op de beperking van de emissie toezien.

De instellingen die mevrouw Avontroodt opsomt voor de registratie van milieugegevens vallen onder een andere bevoegdheid. Dat bewijst eens te meer dat samenwerking tussen de verschillende niveaus noodzakelijk is. De gegevensverzameling voor gezondheidsbeleid is de bevoegdheid van de minister, maar het is duidelijk dat dit niet in één jaar te realiseren is.

8. Bedrijfsgezondheidsdiensten

De discussie over de bedrijfsgeneeskunde is hier moeilijk te voeren, betreurt mevrouw Yolande Avontroodt. Vlaanderen is enkel bevoegd voor de erkenning. Wetgeving en toezicht gebeurt federaal. Nochtans is het bij uitstek een persoonsgebonden materie.

Mevrouw Brigitte Grouwels vraagt hoe het staat met het samenwerkingsakkoord met de federale minister van Werkstelling en Arbeid.

Antwoord van de minister

Na 1999 zou de bedrijfsgeneeskunde 't best gemeenschapsmaterie worden, zeker nu het "welzijn op het werk" heet.

De minister heeft de federale minister al meerdere malen gevraagd om over het wetsontwerp "welzijn op het werk" met alle betrokken te vergaderen. Dit zou een goede aanleiding kunnen zijn voor een samenwerkingsakkoord. De federale minister heeft beloofd aan die vraag tegemoet te komen. De Vlaamse minister van gezondheidsbeleid zelf kan hierin geen initiatief nemen. Op het Vlaamse niveau werd wel al een werkgroep samengesteld rond het ontwerp "welzijn op het werk".

9. Drughulpverlening en druggebruik

Op dit thema wordt dieper ingegaan naar aanleiding van de bespreking van de Drugnota van de minister.

10. Palliatieve zorg

De beleidsbrief zegt niets over palliatieve eenheden in de rusthuizen. In de beleidsbrief van 1994 was dit wel het geval. Mevrouw Sonja Becq wil weten of dit een vergetelheid is. Wordt daaromtrent overleg gepleegd met de bevoegde minis-

ter van welzijn ? Wordt in extra middelen voorzien ? Het lid onderstreept verder het belang van vorming en andere ondersteuning, want de palliatieve zorg vergt van het personeel een zeer intensieve inzet.

Met de vorige spreker benadrukt de heer Bart Vandendriessche dat de palliatieve zorgcultuur verder aangemoedigd moet worden in alle voorzieningen. De intra-murale palliatieve zorg die niet tot de bevoegdheid van de minister hoort, verloopt nogal problematisch qua normering en financiering. Het lid dringt erop aan dat de minister bij het overleg met haar federale collega blijvend aandacht vraagt voor die kwestie. Het lid benadrukt verder dat de deskundigen in de palliatieve netwerken in contact moeten blijven met de praktijk, b.v. via de multidisciplinaire teams.

Mevrouw Sonja Becq en de heer Bart Vandendriessche kregen ten slotte graag een overzicht van de palliatieve netwerken. Er moet zeker vermeden worden dat er overlappingen gecreëerd worden met de samenwerkingsinitiatieven thuiszorg. Wordt een bepaalde geografische spreiding voor ogen gehouden ? Welke criteria worden er gehanteerd ? Mevrouw Yolande Avontroodt sluit zich bij die vragen aan.

De federale minister Magda De Galan heeft onlangs een lans gebroken voor de "thuishospitalisatie". De heer Vandendriessche vraagt zich af hoe zich dat op het Vlaamse niveau kan vertalen voor de palliatieve zorg.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen benadrukt het belang dat de Vlaamse Gemeenschap en het federale niveau op dezelfde lijn zouden zitten. Inzake de netwerken wil het lid graag geëxpliciteerd zien dat de coördinatoren de verzorgers niet gaan vervangen. Het lid vraagt ook voldoende aandacht voor de vrijwillige thuisverzorgers, o.m. inzake vorming. Het lid besluit dat de overgang van ziekenhuiszorg naar thuiszorg verbeterd moet worden.

Gespecialiseerde thuisgezondheidszorg is mooi, maar kost veel, merkt de heer Etienne De Groot op. Men moet er zich bewust van worden dat palliatieve zorg alleen voor iedereen gegarandeerd kan worden als ze iets minder luxueus uitgebouwd wordt.

De palliatieve eenheden werken op vrij grote basis met vrijwilligers. Mevrouw Yolande Avontroodt vraagt of dit in de toekomst geen problemen van continuïteit zal opleveren.

Volgens de heer Etienne De Groot moet palliatieve zorg opengetrokken worden naar de hele gezondheidszorg. Technische bekwaamheid inzake b.v. pijnbestrijding is belangrijk, maar een 'warme hand' evenzeer, ook voor niet-terminale patiënten. Veel verpleegkundigen hebben daar materieel gezien de tijd niet meer voor, wegens de vele administratieve taken.

Ten slotte klaagt de heer De Groot het feit aan dat aids-patiënten in bepaalde ziekenhuizen gediscrimineerd worden. Het zou goed zijn dat de minister en haar federale collega hierop zouden reageren.

Mevrouw Yolande Avontroodt wil ervoor waarschuwen dat niet elke patiënt geconfronteerd wil worden met de diagnose. Het kan dus geen verplichting zijn een patiënt over te brengen naar een palliatieve afdeling.

Mevrouw Kathy Lindekens wil terugkomen op de problematiek van de kinderkankercentra die zij bij de begrotingsbesprekingen al te berde bracht. Specifiek voor die centra is de integrale werking met het kind en zijn gezin, van bij de opname tot na de dood van het kind. Veeleer dan de centra in te schakelen in de netwerken zou tegemoetgekomen moeten worden aan hun specifieke werking.

Antwoord van de minister

De minister heeft in de beleidsbrief de bestaande vormen van palliatieve zorg opgenomen : intra- en extra-muraal, waar dus ook de rusthuizen onder ressorteren.

De nota palliatieve zorg die de minister in de vorige zittingsperiode opstelde, ging uit van het standpunt dat het Vlaamse beleid 't best kon aansluiten bij de initiatieven die door de federale overheid aangekondigd waren, antwoordt de minister. De federale overheid beloofde toen per 300.000 inwoners twee personen voor de palliatieve netwerken. Op het Vlaamse niveau is er in mei 1995 het besluit tot erkenning van de palliatieve netwerken gekomen. Federaal vocht dit aan omdat de federale regelgeving nog niet uitgevaardigd was. Op dit ogenblik is die er nog steeds niet, en dus ook de beloofde medewerkers niet. De minister betreurt dit ten zeerste.

De minister heeft ondertussen toch al vijftien netwerken erkend op basis van de criteria van het besluit. Het overzicht wordt als bijlage bij het verslag gevoegd, evenals het besluit ter zake. Het besluit moet overigens wat gecorrigeerd worden inzake de regio-omschrijving. Het is onlogisch om strikt het principe van 300.000 inwoners te hanteren. De financiering van de netwerken loopt ondertussen goed.

Dat netwerken samenwerken met samenwerkingsinitiatieven thuiszorg is positief, vindt de minister, maar kan niet verplicht worden. In bepaalde regio's zijn er overigens nog geen dergelijke samenwerkingsinitiatieven. De oprichting zal daar aangemoedigd moeten worden. De netwerken moeten pluridisciplinair en pluralistisch zijn. In die zin is er minder kans op overlappingsen. Vanzelfsprekend zal hier en daar onderhandeld moeten worden.

De coördinator kan uiteraard niet in de plaats treden van de verzorger.

Voor de thuisverzorging zullen meer middelen toegekend worden aan de netwerken, via een correctie aan het besluit. De thuisverzorging zelf kan de Vlaamse Gemeenschap uiteraard niet zelf betalen. De federale overheid staat jammer genoeg nog nergens met regelingen voor de thuishospitalisatie.

Wat de intra-murale palliatieve zorg betreft, blijft er het probleem dat de federale overheid nog geen aangepaste erkennings- en subsidiëeringsnormen heeft uitgewerkt.

De minister is het eens met de heer De Groot waar hij het heeft over het ontwikkelen van een algemene zorgcultuur. Zelfs de pijnbestrijding wordt op dit ogenblik nog onvoldoende in de praktijk gebracht buiten de palliatieve zorg.

De zorgcultuur zou in alle voorzieningen ontwikkeld moeten worden. Dat kan o.m. via vorming. De middelen voor vorming zijn nog verre van opgebruikt. Ook verenigingen kunnen, b.v. voor thuisverzorgers, subsidies aanvragen voor vorming.

Dat aids-patiënten gediscrimineerd worden door ziekenhuizen, is onaanvaardbaar, vervolgt de minister.

Op de bekommernis van mevrouw Avontroodt over de 'verplichting' van palliatieve zorg antwoordt de minister dat het er niet om gaat de patiënt verplicht over te brengen naar een palliatieve eenheid. Het gaat erom dat de ziekenhuizen gevraagd wordt een palliatieve zorgcultuur te ontwikkelen.

Wat de kinderkankercentra betreft, zij zijn gesitueerd binnen grote entiteiten van zorgvoorzieningen die door Riziv gefinancierd worden. Het heeft geen zin uitzonderingen te

maken voor bepaalde voorzieningen en op te treden in de plaats van Riziv. Als de Vlaamse Gemeenschap eenmaal mee zal beslissen, zal de kwestie anders liggen.

De minister meent niet dat de werking van de palliatieve eenheden bedreigd zal worden door het feit dat er op grote basis met vrijwilligers gewerkt wordt. De minister is ervan overtuigd dat er steeds vrijwilligers te vinden zullen zijn.

11. Thuisverzorging

In het licht van de echelonnering is het belangrijk de goedkopere eerstelijns hulp van diensten gezins- en bejaardenhulp expliciet te vermelden in het kader van de thuisverzorging, merkt mevrouw Sonja Becq op.

De samenwerkingsinitiatieven komen moeilijk van de grond. Hoe komt dat ? Wat is de meerwaarde van officiële pluralistische samenwerkingsinitiatieven met opgelegde regels ten opzichte van vrijwillige samenwerking ? Kan de minister de commissie op de hoogte brengen van de aangekondigde evaluatie ? Op basis van welke criteria wordt geëvalueerd ? Wordt er ook rekening gehouden met de meerkost door het feit dat overleg ook tijd vraagt ?

Het is noodzakelijk dat gelijke prestaties op gelijke wijze betaald worden. Thuisverzorging is onterecht veel duurder dan ziekenhuiszorg. Zowel in contacten met het federale niveau als intern op het Vlaamse niveau moet daar de nodige aandacht aan besteed worden.

In het kader van integrale hulpverlening is het wenselijk dat ontslag- en opnameprocedures van ziekenhuizen en de overgang naar thuiszorg beter geregeld worden. De overheid zou het afsluiten van protocols tussen ziekenhuizen en thuisverzorging kunnen stimuleren.

Ten slotte wil het lid pleiten voor een regeling voor het ingebouwde vrijwilligerswerk, naar analogie met het autonome vrijwilligerswerk. Dit behoort evenwel tot de bevoegdheid van de minister van welzijn.

Antwoord van de minister

De minister is het grotendeels eens met de opmerkingen van de spreker. Zij zal de commissie zeker in kennis brengen van de evaluatie. De Hoge Raad voor de Thuisverzorging zal de criteria bepalen ; de raad heeft het initiatief tot de evaluatie genomen.

Het is wenselijk het pluralistische karakter van samenwerkingsinitiatieven te behouden, ook als men hoopt dat Vlaanderen op termijn meer bevoegdheden inzake gezondheid krijgt. Dat niet doen, zou ingaan tegen de gewenste tendens, als men ziet dat ziekenhuizen over bepaalde grenzen heen gaan samenwerken.

Aan de samenwerkingsinitiatieven kan gevraagd worden dat ze meer aandacht besteden aan de opname- en ontslagprocedures. Waar nog geen samenwerkingsinitiatieven zijn, kunnen ze gestimuleerd worden.

Het is belangrijk dat de samenwerkingsinitiatieven meer slagkracht krijgen. In dat kader denkt de minister erover na om de door de Vlaamse Gemeenschap gefinancierde interculturele bemiddelaars toe te wijzen aan de samenwerkingsinitiatieven. Het desbetreffende project loopt immers af eind dit jaar. Het is overigens de bedoeling van minister Theo Kelch-

termans om alle via gesco gefinancierde projecten over te dragen aan de functioneel bevoegde departementen.

De minister wil overigens bij wijze van experiment een specifieke kracht toevoegen aan het samenwerkingsinitiatief in het Gentse om kansarme diabetici te begeleiden. Het betreft een project dat uit de wijkgezondheidscentra gegroeid is.

12. Algemene ziekenhuizen

De heer Bart Vandendriessche steunt het uitgangspunt van de minister : Vlaanderen moet meer bevoegdheden krijgen. Nu is de Vlaamse Gemeenschap enkel bevoegd voor de investeringstoelagen binnen de grenzen van de federale bouwkalender, en voor de controle op de erkennings- en programmatienormen.

De sector zelf wordt met heel wat problemen geconfronteerd die vermeden zouden kunnen worden met homogene bevoegdheidspakketten. De spontane vermindering van het aantal ligdagen maakt samenwerkingsmodellen en andere financiering – pathologiefinanciering – noodzakelijk.

De huidige financiering is een rem voor de ziekenhuizen om dynamiek te ontwikkelen. Het experiment dagziekenhuizen wordt financieel ontmoedigd. Kan de minister bij haar federale collega op degelijke financiering aandringen ?

Enerzijds vindt het lid dat de beddenafbouw niet geforceerd mag worden – er is een spontane vermindering -, anderzijds mag de overheid niet de indruk wekken dat kleine ziekenhuizen, dicht bij de patiënt, de toekomst zijn. De begrippen echelonnering en zorg dicht bij de patiënt zouden die indruk kunnen wekken. Is voor de kleine ziekenhuizen geen rol weggelegd als dagziekenhuis ?

De heer Etienne De Groot is verontrust over de snelle afbouw van bedden die de overheid voor de komende jaren nastreeft. Streekziekenhuizen zijn laagdrempelige voorzieningen die een menselijke medische zorg aanbieden. Zij moeten niet alle diensten kunnen aanbieden. De afstanden in ons land zijn niet van die omvang dat doorverwijzing naar academische ziekenhuizen niet mogelijk is. Ten slotte spelen streekziekenhuizen een belangrijke rol in rampsituaties.

Bovendien kan het nu wel zijn dat de medisch-technologisch evolutie toelaat dat iemand vroeger uit het ziekenhuis ontslagen wordt, maar met de huidige maatschappelijke givenheden hebben de mensen vaak minder een thuis die hen kan opvangen. De beddenafbouw is tegenwoordig een dogma.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen is eveneens de mening toegedaan dat bij de beddenafbouw erover gewaakt moet worden dat de elementaire zorgverstrekking niet in het gedrang komt.

Daghospitalisatie brengt een grotere werkdruk op kortere tijd met zich mee. De omkadering moet dan ook groter worden, oordeelt mevrouw Yolande Avontroodt. Ook de continuïteit in de nazorg thuis moet dan meer ruimte krijgen.

Ten slotte bepleit de heer Vandendriessche een dringende regeling voor de samenwerking tussen openbare en particuliere ziekenhuizen. De structuren van openbare ziekenhuizen zijn onaangepast ; het beheer moet dringend versoepeld worden. De openbare ziekenhuizen moeten de mogelijkheid krijgen om als aantrekkelijke partner, met behoud van het openbare karakter, met andere ziekenhuizen samen te werken.

De heer Etienne De groot verwijst in dat verband naar het voorstel van decreet van de heer Jo Vandeurzen dat in het vorige zittingsjaar ei zo na goedgekeurd was. Volgens geruchten zouden de coalitiepartners het helemaal niet eens zijn over een oplossing voor die kwestie. Nochtans is dringend een regeling nodig. Het lid kreeg graag wat meer klaarheid daaromtrent.

Ten slotte dringt mevrouw Riet Van Cleuvenbergen erop aan dat, als eenmaal ziekenhuizen om rationele redenen tot samenwerking gekomen zijn en op één campus aan het bouwen zijn, zoals in het geval Tongeren-Bilzen, de regelgeving toegepast moet worden. Het kan niet zijn dat – als het eenmaal goed gaat door de samenwerking -, de betrokkenen op hun stappen terugkeren. Kan van hogerhand geen signaal gegeven worden ?

Hoe besteedt de minister aandacht aan de regionale spreiding van de ziekenhuizen ? Een goede spreiding is cruciaal voor de algemene toegankelijkheid. Hoe staat de minister ten aanzien van zgn. gezondheidsregio's, wil mevrouw Trees Merckx-Van Goey weten.

De ziekenhuizen worden verplicht naast drie basismodules ook een aantal supplementaire activiteiten aan te bieden. Mevrouw Patricia Ceysens vraagt naar de criteria voor MUG's, intensieve zorgen en spoedgevallendiensten.

De beleidsbrief vermeldt bij de basismodules de module "kind-functies" (moeder- en kindzorgen samen). Mevrouw Yolande Avontroodt vraagt of gynaecologie daaronder valt.

Voor kwaliteitsbewaking is het belangrijk over de MVG's en MKG's die federaal verzameld worden, te beschikken, meent mevrouw Riet Van Cleuvenbergen. Dat blijkt tot nog toe niet mogelijk. In een schriftelijke vraag antwoordde de minister dat de voorzieningen zelf meetbare zorgresultaten zullen moeten rapporteren aan de administratie. Hoe wordt de uniformiteit verzekerd ? Wordt ten slotte de patiënt betrokken bij de beoordeling van de kwaliteit ?

Niemand kan tegen kwaliteitsnormen zijn. De heer De Groot hoopt dat het niet om een bureaucratische papieren kwaliteit zal gaan, maar om de zorg voor de patiënt. In de praktijk is het verplegend personeel steeds meer overbelast.

De uitwisseling van gegevens tussen de verschillende ziekenhuizen onderling verloopt mank. Met de huidige communicatiemogelijkheden moet een en ander toch beter kunnen verlopen. Kan daaromtrent geen project gestart worden ?

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vraagt aandacht voor het feit dat het Vlaamse erkenningsbeleid doorkruist wordt door conventies die ziekenhuizen met het Riziv afsluiten. De heer Bart Vandendriessche bracht deze problematiek reeds ter sprake (zie "Samenhang"). De minister moet op federaal vlak aandringen op meer Vlaamse betrokkenheid.

Het op federaal niveau voorliggende wetsontwerp houden de sociale bepalingen laat zich in met kwaliteitszorg in de ziekenhuizen, een bij uitstek gemeenschapsmaterie. Hoe reageert de minister daarop, vraagt de heer Bart Vandendriessche. Mevrouw Trees Merckx-Van Goey sluit zich hierbij aan.

Ten slotte vraagt mevrouw Trees Merckx-Van Goey hoe de commissie op de hoogte gehouden kan worden van een en ander : de stand van zaken in het overleg met de federale overheid, de initiatieven inzake samenwerking openbare ziekenhuizen-particuliere ziekenhuizen, de beddenafbouw, de problematiek van de Riziv-conventies...

Antwoord van de minister

Een goed ziekenhuisbeleid is pas mogelijk met meer homogene bevoegdheidspakketten, stelt de minister. De minister bereidt zich daarop voor naar 1999 toe. Men moet verder denken dan de mogelijkheden waarover men nu beschikt. Het kwaliteitsdecreet moet de hefboom zijn voor een Vlaams gezondheidsbeleid, binnen de huidige bevoegdheidspakketten. Het parlement beslist mee over te zetten stappen.

Het concept vertrekt natuurlijk niet van een tabula rasa en sluit zoveel mogelijk aan bij wat federaal gegroeid is. De beleidsbrief is b.v. niet in tegenspraak met het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen naar aanleiding van de ministeriële nota van 9 november 1995. Die Raad pleit voor een spontane beddenafbouw via de financiering. De minister staat daar volledig achter. De in de beleidsbrief vermelde afbouw van 5.000 bedden komt overeen met de federale vraag op dat ogenblik.

Op de invulling van de "kind-functie", MUG's, spoedgevallen enz. wil die raad niet vooruitlopen. De minister wenst dat evenmin te doen.

Het wetsontwerp houdende sociale bepalingen betreft b.v. inzake peer review duidelijk het terrein van de gemeenschappen. De minister heeft de federale eerste minister Dehaene, minister De Galan van sociale zaken en minister Colla van volksgezondheid in een brief gevraagd om de desbetreffende artikelen terug te trekken. Indien de federale overheid daar niet toe bereid zou zijn, zou de commissie het kwaliteitsdecreet als voorstel van decreet kunnen indienen. Daardoor zou sneller – want zonder het advies van de Raad van State – gereageerd kunnen worden op de federale wet.

De minister antwoordt verder op de concrete vragen. Over de bouwkalender hebben een paar vergaderingen met de federale overheid plaatsgevonden. De minister hoopt zo veel mogelijk betrokken te worden bij de vernieuwing van de Vlaamse ziekenhuizen.

Er zijn dringend nieuwe samenwerkingsmogelijkheden wenselijk tussen openbare en particuliere ziekenhuizen. Het behoud van de huidige stroeve situatie bedreigt de toekomst van de openbare ziekenhuizen. De minister pleit ervoor dat het voorstel van de heer Jo Vandeurzen zo vlug mogelijk opnieuw wordt ingediend. De coalitiepartners zijn inderdaad nogal terughoudend op dit punt. Er wordt op het niveau van de regering overlegd.

Vlaanderen is eigenlijk één groot streekziekenhuis, vervolgt de minister. Zij verwijst naar de bijlage met het overzicht van de ziekenhuizen volgens beddenbestand. Zelfs als we in het kleine gebied dat Vlaanderen is, van 127 ziekenhuizen naar 100 zouden evolueren, komen we nog maar gelijk te staan met Nederland. Samenwerking tussen ziekenhuizen zal de competitiviteit alleen maar verhogen. Een spontane ontwikkeling is nu al aan de gang. De overheid zal niet zelf de grootte van de ziekenhuizen bepalen. Het is niet de bedoeling dat ziekenhuizen met 250 bedden verdwijnen. Ziekenhuizen met minder dan 150 bedden ervaart de minister wel als problematisch. Via het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) zullen stimuli gegeven worden tot samenwerking. Voor de komende tien jaar zal zoveel mogelijk volgens een bepaald concept gewerkt worden, waarbij rekening gehouden wordt met de vestigingsplaats, de regionale spreiding, de omgevingsfactoren.

Specifiek op de vraag van mevrouw Riet Van Cleuvenbergen antwoordt de minister dat ziekenhuizen die vroeger al

voor samenwerking gekozen hebben, verder moeten blijven werken in de lijn van hun beslissing.

De minister weet niet of de omschakeling naar dagziekenhuizen en poliklinieken in de federale benadering aanvaard zal worden. Op dit ogenblik wil de federale overheid de dagziekenhuizen aan grote ziekenhuizen hechten.

Wat de kwaliteitszorg betreft, kan men vooruitgang constateren in de ziekenhuizen die al projecten kwaliteitszorg opzetten, ook al komt daar administratief werk bij kijken. Heel wat medische onzorgvuldigheid kan op die manier vermeden worden. Projecten kwaliteitszorg inzake medicatie (formulair en wijze van toediening) hebben her en der al tot goede resultaten geleid. Essentieel bij kwaliteitszorg is dat er verbetering vastgesteld kan worden. Die taak komt de overheid toe, samen met het creëren van het kader waarbinnen de voorzieningen zelf initiatieven nemen.

Inzake uitwisseling van gegevens tussen ziekenhuizen loopt er een project in Leuven gefinancierd door de Vlaamse Gemeenschap. Technisch gezien is dergelijke uitwisseling niet zo eenvoudig. Het onderzoek in Leuven is volop aan de gang.

13. Rust- en verzorgingstehuizen

Het actieprogramma begint met de stelling dat de Vlaamse overheid zal eisen dat de 5.000 af te bouwen bedden in de ziekenhuizen omgezet worden in RVT-bedden. Uit de bespreking over de algemene ziekenhuizen – de afbouw wordt niet opgelegd –, concludeert de heer Bart Vandendriessche dat die denkpiste vervalt. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen had het er ook over de vrijgekomen middelen aan te wenden voor de ziekenhuizen.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vervolgt dat zelfs met 5.000 meer RVT-bedden, het aantal RVT-bedden niet zal voldoen aan de noden. Behalve als men mensen zou richten naar nevenvormen van verzorging.

Het lid pleit voor een eenvoudiger regulering voor RVT-tehuizen, die nu zowel federaal als Vlaams bepaald wordt. Door de voortdurende veranderingen in reglementering worden het opmaken van de begroting en meerjarenplanning zeer moeilijk.

Het lid vindt de huidige controle op RVT en rusthuizen onvoldoende. Kwaliteitsnormen zijn hier ook broodnodig.

De opvang van demente bejaarden is soms nogal problematisch. Bepaalde voorzieningen weigeren hen op te nemen. Rusthuizen die eigenlijk RVT's moeten zijn, bieden geen specifieke opvang voor dementen. In het Riziv-forfait is niets voorzien voor een neuropsychiater.

Elke ouder heeft recht op zijn eigen huisarts. Dat levert volgens mevrouw Riet Van Cleuvenbergen wel problemen op voor de voorziening die met zoveel verschillende artsen te maken heeft. Elke arts heeft zijn eigen voorschrijfgedrag. Het personeel van de voorziening kan zo nog nauwelijks een zicht krijgen op b.v. de nevenwerkingen van medicatie. Misschien is het beter te werken met vaste artsen? Het lid spreekt zich niet over die kwestie uit, maar vraagt of er al onderzoek over gedaan wordt.

In het algemeen moet minder en omzichtiger omgesprongen worden met medicatie. In bijscholing moet het personeel meer alertheid bijgebracht worden inzake ongewenste neveneffecten van medicatie.

Mevrouw Yolande Avontroodt en de heer Wilfried Aers pleiten voor de vrije keuze van arts voor de oudere. Voor de oudere, die al zo veel zaken moet opgeven, is het belangrijk de vertrouwensrelatie met de huisarts te kunnen behouden. Volgens de heer Bart Vandendriessche kunnen de ouderen hun arts behouden, maar kiezen zij in de praktijk meestal een voorkeurarts die vertrouwd is in de voorziening. In een RVT is een coördinerend arts verplicht. Het probleem is dat hij geen uitgewerkt statuut heeft.

Verder betreurt mevrouw Riet Van Cleuvenbergen dat het opnamebeleid van de voorzieningen veelal bepaald wordt door de financiële draagkracht van de oudere.

De RVT-bedden horen volgens mevrouw Van Cleuvenbergen niet thuis in de ziekenhuizen. Zouden zij op termijn niet beter aansluiten bij de gemengde voorzieningen voor ouderen ? Zouden RVT-bedden in ziekenhuizen niet beter omgezet worden in geriatrie ?

De heer Peter De Ridder wijst erop dat bepaalde voorzieningen problemen ondervinden bij financiering van nieuwe projecten doordat ze volgens de VIPA-reglementering niet via leasing kunnen werken.

Antwoord van de minister

De minister bevestigt dat de eis inzake reconversie van ziekenhuisbedden naar RVT-bedden vervalt.

De laatste jaren is er in de sector van de bejaardenvoorzieningen een enorm verscheiden aanbod gegroeid. De zorgvraag van de bejaarde moet op een geëigende wijze beantwoord kunnen worden. De nood aan RVT is dus ook specifiek geworden. Het komt erop aan dat de Vlaamse overheid in overleg met de federale overheid die specifieke vraag zoveel mogelijk kan beantwoorden.

Demente bejaarden horen het meest thuis in de meest huiselijke begeleiding. De structuur van het huis moet zowel ruimte als bescherming bieden.

Inzake de keuze van de arts kan de overheid niet optreden. De overheid kan alleen via de kwaliteitszorg aan de inrichtende machten vragen hoe zij de kwaliteit willen verbeteren.

In het algemeen is het terrein van de Vlaamse overheid beperkt tot die kwaliteitszorg en tot het overleg met de federale overheid om de zorgverlening betaalbaar te houden.

Leasing voor (ver)bouwprojecten is organisatorisch gemakkelijker voor de voorzieningen, maar niet goedkoper. Het probleem kan niet van financiële aard zijn, meent de minister. Met het VIPA is de financiering immers van 50 naar 60 procent opgetrokken.

14. De psychiatrische zorgverlening

Mevrouw Veerle Heeren kaart het probleem aan van de betaalbaarheid van PVT's (psychiatrische verzorgingstehuizen) die grotendeels bevolkt zijn met "gereconverteerde" patiënten. Zij kunnen de woon- en leefkosten die vroeger in de verpleegdagprijs opgenomen waren, niet van hun eigen inkomen betalen. Hoe komt het dat niet meer patiënten een sociale en fiscale franchise kunnen krijgen ?

Het lid vindt in de beleidsbrief weinig terug over de kinderveerpsychiatrie. Deze specialistische hulp verdient de nodige aandacht, ook in de geestelijke gezondheidszorg. In het hoofd-

stuk over het VIPA is geen sprake van investeringen voor de transmurale zorg in de kinderpsychiatrie.

Ook mevrouw Yolande Avontroodt vraagt meer aandacht voor de kinderpsychiatrie. Zij dringt aan op meer middelen voor de ambulante hulp.

In het actieprogramma verwijst de minister voor de psychiatrische ziekenhuiszorg naar drie doelgroepen. Mevrouw Veerle Heeren vraagt dat aantal uit te breiden naar b.v. mensen met een psychose of depressie.

Verder vraagt het lid zich af of de CGG's (centra voor geestelijke gezondheidszorg) de hen opgedragen taak wel zullen aankunnen, b.v. inzake deskundigheid voor speciale groepen als bejaarden met psychische problemen.

De heer Bart Vandendriessche wijst ook op de beperkingen van de CGG's in vergelijking met grote broer die de psychiatrische instelling is. De CGG's hebben een minder gunstig personeelsstatuut, ze beschikken niet over de financiële mogelijkheden die de instellingen via het Riziv hebben. De middelen voor de CGG's zijn niet navenant gestegen met de opdrachten die ze erbij krijgen. Heeft de minister al zicht op de resultaten van de audit van de CGG's ?

De sector onderschrijft wel de visie van de minister dat de CGG's enerzijds een basispakket aanbieden en dat anderzijds een regionale specialisatie tot stand gebracht wordt.

Het overleg in de samenwerkingsinitiatieven wordt als een administratief gegeven ervaren, meent mevrouw Veerle Heeren. Kan de overheid geen impulsen geven tot meer inhoudelijke samenwerking ? De heer Bart Vandendriessche is dan weer de mening toegedaan dat bepaalde provinciale overlegplatforms belangrijk werk verrichten.

Sedert kort zijn de CGG's ook in het VIPA opgenomen. Alleen blijft er volgens de heer Vandendriessche het probleem dat de administratieve hoofdzetel en de dagopvang niet via het VIPA gefinancierd kunnen worden.

Ten slotte vraagt het lid dat de minister de vraag van bepaalde CGG's voor Riziv-tegemoetkoming voor drughulpverlening zou ondersteunen.

Vanaf 1 april 1996 start er op federaal niveau een experiment inzake de registratie van minimum psychiatrische gegevens (MPG). Is daarover overleg gepleegd met de gemeenschappen ? Kan Vlaanderen van die gegevens gebruik maken ?

Mevrouw Yolande Avontroodt vraagt een oplossing voor de erkenning van de revalidatiecentra voor autistische kinderen.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen wil aandacht vragen voor de problemen van het OPZ Rekem dat naast voordelen, ook nadelen ondervindt van het statuut van openbaar ziekenhuis. Sommigen in het OPZ willen van dat statuut af. Hoe staat de minister daar tegenover ?

De heer Bart Vandendriessche veronderstelt ten slotte dat de aandacht van de minister voor de geestelijke gezondheidszorg ook vertaald wordt in de vertegenwoordiging in de Vlaamse Gezondheidsraad die de minister zal oprichten.

Antwoord van de minister

Voor de intra-murale zorg is de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap bijna nihil, antwoordt de minister. De minister verwacht het federale rapport over de reconversie in de jaren '90 en zal het aan de commissie ter beschikking stel-

len. Op basis van dat document kan bekeken worden hoe Vlaanderen eventueel eigen accenten kan leggen. Ook de betaalbaarheid is federale materie, waar de minister bijna geen zicht op heeft.

Voor de kinderspsychiatrie kan de minister extra inspanningen leveren op het vlak van de transmurale voorzieningen. Sommige CGG's die zich op dat vlak willen specialiseren, moeten dat doen in nauw overleg met de centra voor kindermishandeling. De beperkte middelen moeten optimaal gebruikt worden. Per provincie zou b.v. één centrum zich op kinderspsychiatrie kunnen toespitsen. De CGG's zijn echter het enige kanaal in de psychiatrische hulpverlening waarover de Vlaamse Gemeenschap de volledige bevoegdheid heeft. Ten aanzien van de grote Riziv-middelen zijn de mogelijkheden voor de CGG's zeer beperkt.

Er blijft ook de vraag hoe men de rol van de CGG's in de toekomst ziet. Een groot deel van de taken is gesitueerd op de eerstelijns die misschien wel tot het algemeen welzijnswerk behoren. In de administratie leeft de tendens om de centra terug naar de strikte psychiatrische zorgverlening te laten evolueren. Persoonlijk is de minister niet die mening toegedaan. Als de resultaten van de steekproefsgewijze efficiëntie- en effectenmeting binnen zijn, zal de minister de twee federaties uitnodigen om hun visies te leren kennen. Tegelijk zal de minister een doelmatigheidsanalyse laten opzetten.

De minister heeft de beslissing inzake registratie van MPG's door het Riziv gewoon moeten vernemen. De minister zal nogmaals bij haar federale collega Magda De Galan aandringen op betere gegevensdoorstroming en overleg daaromtrent.

Wat het OPZ Rekem betreft, begrijpt de minister volkomen dat het openbare statuut niet het meest geschikt is voor dat soort voorziening. De voorziening maakt zelf de keuze of ze via privatisering of op een andere weg een oplossing zoekt.

15. Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA)

De instellingen voor bijzondere jeugdzorg kampen met problemen voor de financiering van hun investeringen. Mevrouw Sonja Becq vraagt op basis van welke criteria sommige instellingen wel en anderen niet een beroep kunnen doen op het VIPA.

De CGG's kunnen sinds kort een beroep doen op het VIPA. De minister zegt zo nodig prioriteiten voorop te zullen stellen. Kan de minister een tip van de sluier lichten ?

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen wijst op de zeer hoge normen inzake brandveiligheid, die overigens verschillend zijn van gemeente tot gemeente. De investeringstoelagen vanuit het VIPA zouden niet eens voldoende zijn om aan die normen te kunnen beantwoorden.

De heer Bart Vandendriessche vraagt naar de afspraken die de minister heeft met haar Vlaamse collega voor welzijn inzake het VIPA. Bij de bespreking van de begroting 1996 heeft de minister een overzicht bezorgd van de aangevraagde en toegekende dossiers. Kan de minister die gegevens actualiseren ?

Antwoord van de minister

In de bijzondere jeugdzorg is dat de subsidie voor bouw in het forfait van de dagprijs opgenomen is, antwoordt de minis-

ter. De sector hoopt onterecht dat ze naast de dagprijs bijkomende subsidies via het VIPA kan krijgen. Als bijzondere jeugdzorg in het VIPA opgenomen wordt, zal dat forfait uit de dagprijs wegvallen.

De prioriteiten voor investeringen voor CGG's en ook voor beschut wonen liggen nog niet vast. Zodra dit het geval is, zal dat aan de commissie en aan de voorzieningen meege-deeld worden.

De hoge normen inzake brandveiligheid zijn een probleem waaraan de Vlaamse Gemeenschap weinig kan doen. Het heeft geen zin de toelagen de normen te laten volgen. De verleners van een attest zullen hun eisen immers steeds hoger stellen omdat ze de verantwoordelijkheid niet willen dragen. Deze problematiek moet federaal opgelost worden.

Wat de bejaardenzorg betreft is een protocol afgesloten tussen de minister en de heer Luc Martens, Vlaams minister van Cultuur, Welzijn en Gezin. Een adviserend vertegenwoordiger van minister Martens neemt deel aan de overlegstructuur die de prioriteiten voor de financiering van de bejaardensector vastlegt. Voor Kind en Gezin en het VFSIPH is geen protocol nodig omdat die instellingen een dotatie krijgen.

Voor een overzicht van de evolutie van de VIPA-dossiers verwijst de minister naar de bijlagen bij dit verslag. De bejaardensector en de ziekenhuissector hebben elk hun specifieke vragen. Voor beide sectoren wordt geprobeerd een referentiekader uit te tekenen dat niet alleen met bouw-technische, maar ook met medisch-technische gegevens, met het omgevingsbeleid rekening houdt. De minister wil b.v. vermijden dat nu in ziekenhuizen geïnvesteerd wordt die over zes jaar leeg zullen staan. De minister zal het referentiekader, dat door externen opgesteld wordt, aan de commissie voorleggen.

Tot besluit van de beleidsbrief roept de heer Bart Vandendriessche de leden van de commissie op om samen een met redenen omklede motie van aanbeveling op te stellen.

De verslaggever,

Sonja BECQ

De voorzitter,

Trees MERCKX-VAN GOEY

BIJLAGEN

INHOUD

	Blz.
1. Geboortecijfers 1994 (Perinatale activiteiten in Vlaanderen 1994)	39
2. Sneuvelmodel : Herdenking samenwerking PMS/MST	42
3. Medisch schooltoezicht : gegevens	44
4. Overzicht erkende palliatieve netwerken	45
5. Besluit van de Vlaamse regering houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken van 3 mei 1995	47
6. Overzicht van de ziekenhuizen in Vlaanderen volgens beddenbestand	55
7. Overzicht van de VIPA-dossiers	60

PERINATALE ACTIVITEITEN IN VLAANDEREN 1994



v.z.w. Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie

DEEL I : PERINATALE ACTIVITEITEN IN VLAANDEREN 1994

1. Algemeen overzicht

In 1994 hebben alle 84 kraamklinieken in Vlaanderen aan de registratie deelgenomen. Het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie registreert 99.7 % van alle verlossingen in de Vlaamse kraamklinieken. Er ontbreken slechts 181 geboorten van één gynecoloog binnen een kraamkliniek. Daarbij registreert het SPE 121 thuisbevallingen, wat het aantal verlossingen brengt op 62637. De Administratie Gezondheidszorg, afdeling Gezondheidsindikatoren van de Vlaamse Gemeenschap, departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, noteerde 0.96 % geboorten aan huis in 1994, dit is hetzelfde cijfer als in 1993.

Tabel 1.1: Overzicht van het aantal deelnemende ziekenhuizen en het aantal geregistreerde verlossingen

aantal deelnemende ziekenhuizen		84
aantal geregistreerde verlossingen (≥ 500 g)		62637
eenlingen	61472	98.1 %
tweelingen	1121	1.8 %
drielingen	43	0.1 %
vierling	1	-

In 1993 werden 65535 verlossingen geregistreerd. Er is dus een daling van 2898 eenheden. Deze daling is het gevolg van de afname van het aantal verlossingen in 1994 en niet te wijten aan een terugval van de deelname aan de registratie.

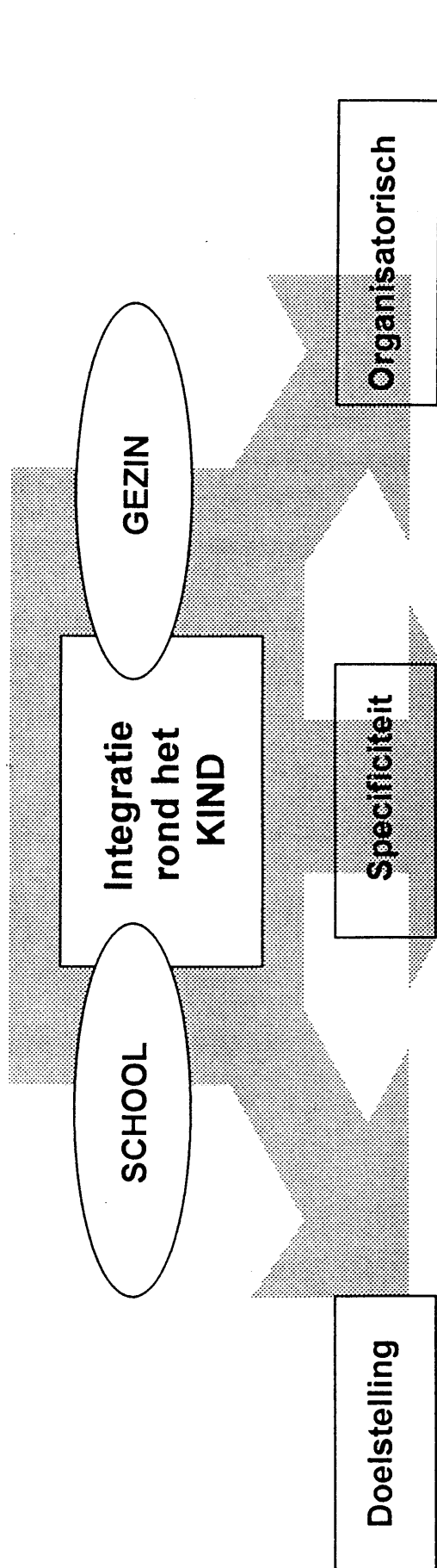
Tabel 1.2 : Overzicht van het aantal geregistreerde geboorten

aantal geregistreerde geboorten (≥ 500 g)	63851	
eenlingen	61472	96.3 %
tweelingen	2245	3.5 %
drielingen	130	0.2 %
vierlingen	4	-

In 1994 is er een daling van het aantal geboorten in Vlaanderen van **4.4 %**.

Tabel 1.3: Overzicht van het aantal geregistreerde verlossingen en geboorten per provincie

	kraamklinieken	verlossingen	geboorten
Antwerpen	23	18863	19229
Limburg	13	7629	7760
Oost-Vlaanderen	19	14505	14751
West-Vlaanderen	19	12923	13163
Vlaams-Brabant	9	8596	8827
Thuisbevallingen		121	121
	84	62637	63851



Specialisatie naar taken

binnen equipe

Preventiefocus:

- 1ste lijn
- 2de lijn
- 3de lijn

Curatief doorgeefluik

Begeleiding

Aangepast aan schoolniveau:

- kleuteronderwijs
- basisonderwijs
- secundair

Naar

1. medisch gezond kind
2. psycho-emotioneel gezond kind
3. sociaal geïntegreerd kind

met eindterm als criterium

Randvoorwaarden

● GEMEENSCHAPPELIJKE EN GEDIFFERENTIEERDE DOELSTELLING

- Lage drempel: aanwezigheidspolitiek in school via één contactpunt, met onafhankelijke positie
- Haalbare numerieke en geografische toewijzing van scholen
- Kwaliteitsborging ten aanzien van een basislijn (eindterm?)
- Gedeeld beroepsgeheim binnen equipe
- Statutaire billijkheid ten aanzien van equipeleden
- Organisatie-culturele aandacht voor de school
- Culturele en intellectuele aandacht voor het gezin
- Multidisciplinaire teamvorming equipeleden via training en vorming
- Professionele gezondheidvoorlichting en opvoeding
- andere

MEDISCH SCHOOLTOEZICHT.

De gegevens hebben uitsluitend betrekking op het medisch schooltoezicht uitgevoerd in het gesubsidieerd onderwijs (vrij en officieel). De cijfers met betrekking tot het Gemeenschapsonderwijs zijn niet opgenomen.

- Spreiding centra

	Vrij	Officieel	Totaal
Antwerpen	29	5	34
VI. Brabant	11	0	11
Brussel Hfdst. Gewest	5	4	9
West-Vlaanderen	19	0	19
Oost-Vlaanderen	20	1	21
Limburg	11	1	12
Totaal	95	11	106

- Personeel

Op 1/9/1995

aantal artsen:	268	aantal FTE: 158
aantal verpleegkundigen:	246	aantal FTE: 154,5
aantal bedienden:	194	aantal FTE: 92,7

Heel wat equipeleden werken deeltijds.

- Uitbetaalde subsidies m.b.t. schooljaar 1994-1995.

Vrije centra:

artsen:	267.363.300
verpleegkundigen:	218.250.576
eindejaarstoelage administratief personeel: ¹	3.682.704
werkingskosten:	280.330.550
vervoer:	41.250.351
informatiseringstoelage:	5.000.000

Officiële centra:

artsen:	17.513.335
verpleegkundigen:	16.072.322
eindejaarstoelage administratief personeel: ²	222.674
werkingskosten:	21.105.062
vervoer:	2.558.617
informatiseringstoelage:	500.000

¹ Het salaris van het administratief personeel wordt uit de werkingskosten betaald. Enkel de eindejaarstoelage wordt geïndividualiseerd gesubsidieerd.

² Het salaris van het administratief personeel wordt uit de werkingskosten betaald. Enkel de eindejaarstoelage wordt geïndividualiseerd gesubsidieerd.

Overzicht erkende Palliatieve Netwerken
--

Erkend in 1996

- Palliatieve Hulpverlening Antwerpen
p.a. Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk
- Palliatief Netwerk Arrondissement Turnhout (Ispahan)
Stationstraat 60-62
2300 Turnhout
- Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen (CODA)
Ouddorpsstraat 39 Loenhout
2990 Wuustwezel
- Netwerk Palliatieve Zorg Gent-Eeklo
Jubileumlaan 215
9000 Gent
- Palliatieve Thuiszorg Zuid-Oost-Vlaanderen
p/a Het leven helpen
Ommegangstraat 13 A
9600 Ronse
- Netwerk Palliatieve Zorg Waasland
Lamstraat 23
9100 Sint Niklaas
- Palliatief Netwerk
Redingenstraat 25
3000 Leuven
- Netwerk Palliatieve Zorg Brussel-Halle-Vilvoorde
p/a Omega
Laarbeeklaan 103
1090 Jette
- Palliatieve Zorgen Westhoek
Sint-Jacobsstraat 24
8900 Ieper

- Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen
Koningin Astridlaan 97/5
8200 Brugge
- Palliatieve Zorg Thuis Zuid West-Vlaanderen
Plein 33
8500 Kortrijk
- Netwerk Palliatieve Zorg De Mantel
Mandellaan 101
8800 Roeselare
- Netwerk Palliatieve Zorg Limburg (Listel)
Stadsomvaart 9
3500 Hasselt

Nog in onderzoek

- Netwerk Palliatieve Zorgen Arrondissement Mechelen
(Sirius)
Dorpsstraat 53
2830 Blaasveld
- Netwerk Palliatieve Zorg Aalst-Dendermonde-Ninove
Merestraat 80
9300 Aalst
(wedererkenning in onderzoek)



Vlaamse regering

**BESLUIT VAN DE VLAAMSE REGERING HOUDENDE ERKENNING EN
SUBSIDIERING VAN PALLIATIEVE NETWERKEN**

De Vlaamse regering,

*Gelet op de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen
gewijzigd bij de wet van 8 augustus 1988 en de bijzondere wetten van 12 januari 1989, 16
januari 1989, 5 mei 1993 en 16 juli 1993 ;*

*Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister bevoegd voor Financiën en
Begroting, gegeven op 28-04-1995*

*Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973,
inzonderheid op artikel 3, §1, gewijzigd bij de wet van 4 juli 1989 ;*

Gelet op de dringende noodzakelijkheid ;

*Overwegende dat door de toenemende vraag naar palliatieve zorg de ondersteuning
en coördinatie ervan geregeld moet worden en er ten spoedigste een reglementaire basis
vereist is om voor het begrotingsjaar 1995 deze dienstverlening te kunnen financieren ;*

*Op voorstel van de Vlaamse minister van Financiën en Begroting, Gezondheids-
instellingen, Welzijn en Gezin ;*

Na beraadslaging ,

B E S L U I T :

HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder:

- 1° palliatieve zorg: het geheel van de actieve totaalzorg voor patiënten waarvan de ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert en voor wie de controle van pijn en andere symptomen, alsook psychologische, morele, spirituele en zingevende, familiale en sociale ondersteuning van essentieel belang zijn;



- 2° *palliatief netwerk*: een overkoepelend samenwerkingsverband, waarvan sprake in artikel 14 van dit besluit, tussen vertegenwoordigers van eerstelijns hulpverleners, organisaties, instellingen, verenigingen en diensten dat erkend wordt door de Vlaamse overheid en dat gericht is op het ondersteunen van palliatieve zorg;
- 3° *partners*: alle vertegenwoordigers van eerstelijns hulpverleners, organisaties, instellingen, verenigingen en diensten die de overeenkomst zoals omschreven in artikel 15 van dit besluit onderschreven;
- 4° *samenwerkingsinitiatief* : samenwerkingsinitiatief voor thuisverzorging erkend op basis van het besluit van de Vlaamse regering van 21 december 1990 houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging;
- 5° *palliatieve functie* : verantwoordelijkheid binnen een voorziening of organisatie voor de sensibilisatie en ondersteuning van een palliatieve zorgcultuur zoals bedoeld in 1°;
- 6° *de administratie*: de administratie Gezondheidszorg van het ministerie van de Vlaamse gemeenschap;
- 7° *de minister* : de Vlaamse minister, bevoegd voor bijstand aan personen.

HOOFDSTUK II. - Erkenning van palliatieve netwerken

Art. 2. Om als palliatief netwerk te worden erkend moet worden voldaan aan de bepalingen van dit besluit.

Art. 3. Palliatieve netwerken worden erkend en gesubsidieerd binnen een regio die minstens 300.000 en hoogstens 1.000.000 inwoners telt. De bevoegde Vlaamse minister kan hierop afhankelijk van een optimale geografische spreiding of vanwege werkzame en organisatorische verbanden een afwijking toestaan. Per regio kan maar één palliatief netwerk erkend worden.

Art. 4. Het netwerk heeft de vorm van een rechtspersoon die geen winst nastreeft.

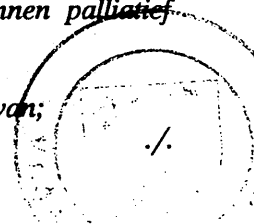
Art. 5. De erkenning van een palliatief netwerk geldt voor een periode van maximum vier jaar en is telkens hernieuwbaar voor maximum vier jaar. De erkenningsperiode omvat altijd volledige kalenderjaren. Een afwijking is mogelijk bij de eerste erkenning.

De Vlaamse regering kan de erkenning ten allen tijde intrekken indien het netwerk niet meer voldoet aan de erkenningsvoorwaarden zoals ze gesteld zijn in dit besluit.

Art. 6. De aanvraag tot erkenning wordt bij de administratie ingediend. De hernieuwing van de erkenning wordt telkens uiterlijk ten laatste 4 maanden vóór het ingaan van de nieuwe erkenningsperiode ingediend.

Art. 7. Elke aanvraag tot erkenning of tot hernieuwing van de erkenning bevat ten minste volgende gegevens:

- 1° Naam, adres, telefoonnummer en rekeningnummer van het te erkennen palliatief netwerk;
- 2° Statuten van het palliatieve netwerk;
- 3° De exacte omschrijving van de bereikte regio en het aantal inwoners ervan;



- 4° Een adressenlijst van alle partners;
- 5° Afschrift van de overeenkomst tussen de deelnemende partners van het palliatieve netwerk. De overeenkomst wordt door de verantwoordelijke van iedere partner ondertekend, gedateerd en voorzien van de vermelding dat de overeenkomst gelezen en goedgekeurd is.

HOOFDSTUK III. - Samenstelling

Art. 8. Om erkend te worden als palliatief netwerk moet er een schriftelijke overeenkomst worden overgelegd met meerdere in de regio bestaande partners zijnde :

- 1° Eerstelijns hulpverleners of hun organisaties;
- 2° Erkende rustoorden;
- 3° Erkende rust- en verzorgingstehuizen;
- 4° Erkende ziekenhuizen, inzonderheid die met erkende dienst Sp palliatief;
- 5° Pluridisciplinaire organisaties voor thuiszorg;
- 6° Specifieke initiatieven voor palliatieve zorg;
- 7° Organisaties van families, thuisverzorgers en/of vrijwilligers die op palliatief vlak actief zijn.

Art. 9. Het initiatief om de verschillende partners in een regio samen te brengen kan zowel uitgaan van de thuiszorg, een specifiek initiatief voor palliatieve zorg als van een rustoord of een ziekenhuis.

Art. 10. Daar waar samenwerkingsinitiatieven bestaan wordt bij voorrang met hen overleg gepleegd met het oog op de vertegenwoordiging van de eerstelijnszorg.

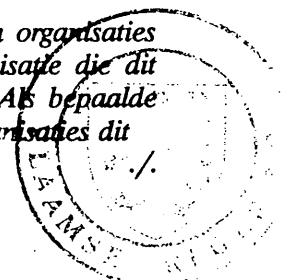
Art. 11. Bij de eerstelijns hulpverleners wordt gestreefd naar een vertegenwoordiging van alle mogelijk betrokken disciplines. Volgende disciplines worden bij de overeenkomst betrokken :

- 1° Huisartsen;
- 2° Verpleegkundigen;
- 3° Gezins- en bejaardenhulp;
- 4° Maatschappelijk werk.

Art. 12. Er zal een evenwichtige vertegenwoordiging zijn van intra- en extramurale voorzieningen en een multidisciplinaire samenstelling waarin ten minste de medische, verpleegkundige, paramedische, psychologische, maatschappelijke en morele, godsdienstige, filosofische functies vertegenwoordigd zijn.

Art. 13. De in artikel 7 bedoelde partners kunnen slechts een overeenkomst afsluiten met een palliatief netwerk dat de regio bereikt waarin ze werkzaam zijn.

Art. 14. Het palliatieve netwerk nodigt alle bij de palliatieve zorg betrokken organisaties uit tot samenwerking. Het palliatieve netwerk moet iedere dergelijke organisatie die dit wenst en die zich ertoe verbindt de reglementering na te leven, opnemen. Als bepaalde organisaties ondanks hun verzoek niet opgenomen worden, kunnen deze organisaties dit



melden aan de administratie. Het palliatieve netwerk zal de weigering in een gemotiveerde nota aan de administratie meedelen die eventueel kan bemiddelen bij de samenstelling van het palliatieve netwerk.

Art. 15. De overeenkomst wordt ter goedkeuring aan de minister voorgelegd en bevat tenminste de volgende gegevens:

- 1° De partners die de overeenkomst onderschrijven;*
- 2° De door het palliatieve netwerk bereikte regio en het aantal inwoners ervan;*
- 3° De administratieve zetel van het palliatieve netwerk, de telefonische bereikbaarheid en de wijze waarop de permanence wordt verzekerd;*
- 4° De juridische vorm, datum van oprichting, werking en wijze van beslissing;*
- 5° De duur van de overeenkomst, de opzeggings- en opnamemodaliteiten;*
- 6° De regeling van eventuele geschillen tussen de partners;*
- 7° De financiële afspraken;*
- 8° De verzekeringen voor burgerlijke aansprakelijkheid van het netwerk, de burgerlijke aansprakelijkheid van elk personeelslid of elke vrijwilliger voor schade aangebracht aan het netwerk, aan de hulpvrager of aan derden tijdens de uitvoering van de activiteiten;*
- 9° Het beschikbaar gestelde personeel en de wijze waarop dit personeel moet worden ingezet;*
- 10° De doelstellingen rekening houdend met de in hoofdstuk IV van dit besluit opgenomen opdrachten.*

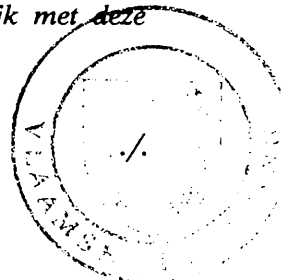
HOOFDSTUK IV. - Opdrachten van het palliatieve netwerk

Art. 16. Het netwerk heeft als opdracht de zorg- en hulpverlening rond een patiënt zo efficiënt mogelijk te coördineren. Hiervoor dienen binnen het palliatieve netwerk afspraken gemaakt te worden, onder meer voor de opmaak van een patiëntendossier en de uitwisseling van informatie, uiteraard met respect voor de privacy van de patiënt en het medische beroepsgeheim.

Er zullen tussen de partners conventies worden afgesloten die de vlotte samenwerking rond palliatieve patiënten verzekeren en waarvoor de hiervoren vermelde afspraken in het bijzonder de thuiszorg helpen bevorderen.

Art. 17. Het netwerk heeft eveneens als opdracht raad te geven aan hulp- en zorgverleners, intervisie, ondersteuning en begeleiding van palliatieve patiënten en hun nabestaanden te bieden, in samenspraak met hun vertrouwde zorg- en hulpverleners.

Indien er een directe vraag is voor begeleiding en ondersteuning zal binnen het palliatieve netwerk afgesproken worden wie het best deze verantwoordelijkheid kan opnemen. Eventueel wordt, na overleg met de vertrouwde verzorgers van de palliatieve patiënt, de palliatieve deskundige die verbonden is aan het palliatieve netwerk tijdelijk met deze opdracht belast.



Art. 18. Het netwerk dient, rekening houdend met het aanwezige vormingsaanbod, overleg te plegen omtrent de organisatie van vorming voor zorg- en hulpverleners, vrijwilligers en andere betrokkenen.

De palliatieve deskundige zal mee zorgen voor de deskundigheidsbevordering.

Art. 19. De bevolking zal worden ingelicht over de beschikbare mogelijkheden inzake palliatieve zorg.

Art. 20. Het netwerk zal een registratiesysteem uitwerken waarin zowel de acties ten aanzien van zorg- en hulpverleners, als de acties ten aanzien van de patiënten en hun naastbestaanden en ten aanzien van de bevolking in het algemeen worden opgenomen. De minister kan hiervoor nadere bepalingen uitwerken.

Art. 21. Het netwerk zal de eigen werking evalueren en optimaliseren op basis van een behoeftenraming en overeenkomstig de richtlijnen daartoe door de minister verstrekt.

HOOFDSTUK V. - De palliatieve deskundige

Art. 22. Het palliatieve netwerk werft een palliatieve deskundige aan en kan daarnaast ook een beroep doen op consultants die op zelfstandige basis hun medewerking verlenen en qua discipline en actiedomein een aanvulling voor de andere personeelsleden. De palliatieve deskundigen of consultants worden door het netwerk aangesteld en werken in opdracht ervan.

Art. 23. Bij de aanstelling van de palliatieve deskundigen of consultants zal pluridisciplinariteit worden nagestreefd. Hierbij zijn verpleegkundigen, artsen, psychologen, maatschappelijk werkers de categorieën van personen met meest aangewezen disciplines.

Zo via andere financieringsbronnen personeel beschikbaar wordt gesteld, wordt gestreefd naar een goede samenwerking.

Art. 24. De palliatieve deskundigen en de consultants moeten kunnen aantonen dat ze minstens 120 uur bijscholing inzake palliatieve zorg en een specifieke stage in palliatieve zorg van 40 uur gevolgd hebben of volgen.

De palliatieve deskundigen en consultants verbinden zich ertoe om zich permanent te blijven bekwamen in de palliatieve zorg. Deze bijkomende vorming bedraagt minimum 40 uur op jaarbasis.

HOOFDSTUK VI. - Werking van het palliatieve netwerk

Art. 25. De palliatieve deskundigen en de consultants voeren de opdrachten uit die het erkend palliatieve netwerk krachtens de erkenningsnormen moet vervullen.



Art. 26. De palliatieve deskundigen en consulenten staan zowel ter beschikking van de extra- als de intramurale diensten en organisaties.

Ze treden niet in de plaats van de zorg- en hulpverleners. Ze kunnen wel ondersteunen en intervisie organiseren voor zorg- en hulpverleners. Enkel op verzoek van of met medeweten van de zorg- en hulpverleners zullen ze terminale patiënten en hun naastbestaanden in complexere situaties psycho-emotioneel ondersteunen en interventies inzake pijncontrole helpen bijstellen. Daarna wordt de zorg opnieuw overgedragen aan de zorg- en hulpverleners.

Art. 27. De palliatieve deskundigen, de consulenten en vrijwilligers die gesubsidieerd worden door de Vlaamse Gemeenschap zullen zoveel mogelijk de opvang en begeleiding van de palliatieve patiënten in hun thuismilieu helpen mogelijk maken en houden. Enkel als de thuiszorg niet meer mogelijk is, zal gezocht worden naar een passende opvang in een specifieke eenheid van een rusthuis, rust- en verzorgingstehuis of ziekenhuis.

Art. 28. In de verzorgingsinstellingen waar reeds een palliatieve functie is ingevuld, zullen de personeelsleden die met deze functie belast zijn bij voorkeur optreden als contactverantwoordelijken waarmee in het bijzonder de palliatieve deskundigen en de consulenten van het palliatieve netwerk kunnen samenwerken.

Art. 29. De palliatieve deskundigen en de consulenten staan open voor alle zorg- en hulpverleners en patiënten, onafhankelijk van hun religieuze, morele of filosofische overtuiging.

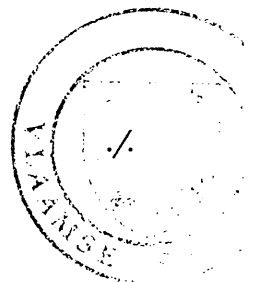
Art. 30. De palliatieve deskundigen en de consulenten zullen eveneens het vrijwilligerswerk in de palliatieve zorg ondersteunen en daar waar er nog geen initiatief bestaat, de vrijwilligerswerking helpen organiseren.

Er zullen duidelijke afspraken worden gemaakt omtrent de inschakeling van vrijwilligers zowel in de palliatieve eenheden als in de thuiszorg.

HOOFDSTUK VII - Bereikbaarheid en oproepbaarheid

Art. 31. De beschikbaarheid van specifieke en algemeen ondersteunende diensten en hulpverlening wordt aan de palliatieve patiënt en zijn naastbestaanden op een eenvoudige en overzichtelijke wijze bekend gemaakt. De informatie wordt regelmatig bijgewerkt en aangevuld en is permanent toegankelijk voor alle betrokkenen.

Art. 32. Het palliatieve netwerk is permanent, telefonisch oproepbaar. Aan het telefoonnummer wordt ruime bekendheid gegeven in de regio, zeker bij de zorg- en hulpverleners. Het oproepsysteem mag verbonden zijn aan andere systemen in de welzijns- of gezondheidssector die permanence verzekeren.



HOODSTUK VIII - Verslaggeving

Art. 33. Het palliatieve netwerk legt voor ieder werkingsjaar vóór 1 april van het daaropvolgende jaar een jaarverslag voor aan de administratie.

Art. 34. Het jaarverslag bevat tenminste volgende elementen:

- 1° De resultaten met betrekking tot het uitgewerkte registratiesysteem waarin het volgende zal worden opgenomen:
 - a) De acties ten overstaan van zorg- en hulpverleners;*
 - b) De acties ten overstaan van de patiënten en hun naastbestaanden;*
 - c) De acties ten overstaan van de bevolking in het algemeen;**
- 2° Een overzicht van de inkomsten en de uitgaven van het palliatieve netwerk met inbegrip van een verslag met betrekking tot de besteding van de toelage;*
- 3° Bewijzen van de in artikel 24 bedoelde bijscholing;*
- 4° Alle wijzigingen m.b.t. de bestaande overeenkomst tussen de betrokken partners.*

HOOFDSTUK IX - Subsidiëring

Art. 35. Palliatieve netwerken erkend door de bevoegde minister ontvangen binnen de grenzen van de begrotingskredieten jaarlijks een subsidie van 1.300.000 fr. per volledige schijf van 300.000 bereikte inwoners.

Als in toepassing van artikel 3 afwijkingen worden toegestaan, wordt de subsidie proportioneel berekend naar rato van 260.000 fr. per volledige schijf van 60.000 bereikte inwoners.

Art. 36. Voorschotten tot maximum 90% van de subsidie kunnen op de rekening van het erkende palliatieve netwerk gestort worden. Het betrokken palliatieve netwerk dient daartoe vóór 1 februari van het desbetreffende werkingsjaar aan de administratie een verzoek in.

Bij de eerste erkenning en in 1995 kan dit verzoek binnen de maand volgend op de datum van erkenning worden ingediend.

Art. 37. Het saldo dat minimum 10 % van de totale toelage bedraagt, wordt uitbetaald nadat het palliatieve netwerk het jaarverslag - zoals bedoeld in artikel 33 - bij de administratie heeft ingediend en nadat deze administratie de ingediende stukken gecontroleerd en goedgekeurd heeft.

HOOFDSTUK X - Verantwoording van de toelage

Art. 38. Ten minste 80% van de totale toegekende toelage wordt besteed aan het salaris voor de palliatieve deskundigen of aan de expertisevergoeding voor consultants.



Art. 39. Elk deel van de uitbetaalde toelage dat niet wordt besteed aan de opdrachten vermeld in hoofdstuk IV dient door het palliatieve netwerk te worden terugbetaald.

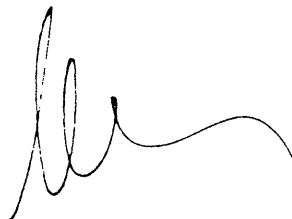
HOOFDSTUK XI - Slotbepalingen

Art. 40. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 1995.

Art. 41. De Vlaamse minister, bevoegd voor bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit.

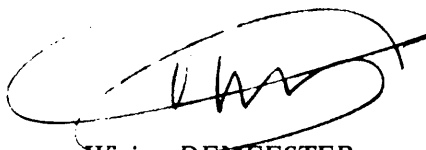
Brussel, 3 MEI 1995

De minister-president van de Vlaamse regering,



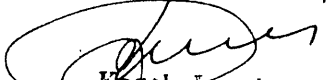
Luc VAN DEN BRANDE

*De Vlaamse minister van Financiën en Begroting,
Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin,*

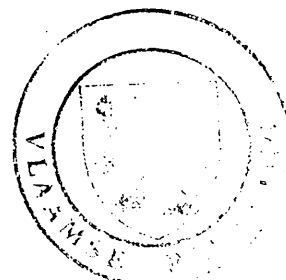


Wivina DEMEESTER

eénsluitend afschrift,



Karel Looockx
adjunct van de directeur



A. Ziekenhuizen met totaal beddenbestand tussen 84 en $\pm$ 250 bedden.

PROVINCIE ANTWERPEN

Instelling	Beddenaantal	Huidige samenwerking
Mortsel, St. Jozef	180	
Mol, H. Hart	156	Groepering met Lommel
Herentals, St. Elisabeth	216	
Lier, H. Hart	250	ziekenhuisgroepering
Lier, St. Elisabeth (OCMW)	272	ziekenhuisgroepering
Mechelen, O.L. Vrouw (OCMW)	226	Groepering met Willebroek (OCMW)
Mechelen, A.Z. St. Jozef	197	
Boom, Den Brandt (OCMW)	146	
Willebroek, OCMW	84	Groepering met OCMW ZH Mechelen
Bornem, St. Jozef	150	Groepering met St. Niklaas (Maria Middelaes)
Reet, H. Familie	177	
Malle, A.Z. St. Jozef	195	

PROVINCIE BRABANT

Instelling	beddenaantal	huidige samenwerking
Tienen, A.Z. Hart	190	hebben een groeperings-overeenkomst
Tienen, OCMW	151	
Halle, Maria ZH	209	
Leuven, H. Hart ZH	287	
Vilvoorde, OCMW	191	
Vilvoorde, St. Jozef	270	
Asse, H. Hart	176	groepering met Ninove, H. Hart

PROVINCIE OOST-VLAANDEREN

Instelling	Beddenaantal	huidige samenwerking
Ninove, H. Hart	110	groepering met Asse
Geraardsbergen, OCMW	154	
Wetteren, OCMW	120	groepering met Dendermonde en Hamme
Hamme, Fabiola	82	groepering met Wetteren en Dendermonde
Oudenaarde, OCMW	219	
Ronse, Burgerlijk ZH OCMW	179	
Ronse, Zusters van Barmhartigheid	280	
Lokeren, Stadskliniek OCMW	175	groepering met Temse en St. Niklaas stadskliniek
Temse, OCMW	121	groepering met Lokeren en St. Niklaas stadskliniek

PROVINCIE WEST-VLAANDEREN

Instelling	Beddenaantal	Huidige samenwerking
Sysele Damme, St. Elisabeth	220	
Brugge, St. Franciscus Xaverius	155	groepering met Brugge, St. Jan
Ieper, O.L. Vrouw (OCMW)	206	
Ieper, Zwarte Zusters	152	
Poperinge, Maria Ziekenhuis	138	
Oostende, H. Serruys (OCMW)	334	
Oostende, H. Hart	250	
Oostende, St. Jozef	314	
Veurne, St. Augustinus	202	
Izegem, St. Jozef	217	
Torhout, St. Rembert	199	
Tielt, St. Andries	266	

B. Steden met 2 ZH waarvan het totaal beddenbestand van ieder zh gemiddeld 300 bedden bedraagt

Instelling	beddenaantal	huidige samenwerking
• Turnhout, St. Elisabeth	401	groepering
• Turnhout, St. Jozef	296	
• Hasselt, Salvator	324	
• Hasselt, Virga Jesse	569	
• Aalst, O.L. Vrouw	529	
• Aalst, Sted. ZH	355	
• St. Niklaas, stadskliniek	258	
• St. Niklaas, Maria Middelaes	234	
• Roeselare, Sted. ZH OCMW	270	
• Roeselare, H. Hart	676	

→ STIMULEREN TOT EEN MAXIMALE FUNCTIONELE SAMENWERKING

C. De steden Gent, Antwerpen, Kortrijk

Apart te bestuderen omwille van de > concentratie van bedden

D. Fusieziekenhuizen

Problematiek samenvoeging 2 camp

– Tongeren Vesalius ZH

campus St. Jacobus Tongeren	156
campus St. Martinus Bilzen	113
campus O.L. Vrouw	116

– St. Niklaas M. Middelaes

campus M. Middelaes St. Niklaas	234
campus St. Anna Beveren	122
campus St. Helena, St. Gillis Waas	100

E. ZIEKENHUIZEN < 150 BEDDEN, < 400 NOCH GEGROEPEERD, NOCH GEFUSIONEERD

1. Boom, Den Brandt - OCMW
146 bedden
299 bevallingen

2. Poperinge, Mariaziekenhuis
138 bedden
414 bevallingen

F. ZIEKENHUIZEN < 150 BEDDEN + GEGROEPEERD

Instelling	groepering met
1. Willebroek OCMW (84b)	OCMW ZH Mechelen
2. Ninove, H. Hart (110b)	Asse, H. Hart
3. Wetteren, OCMW (120b)	Dendermonde, nieuw ZH en AZ Fabiola te Hamme
4. Hamme, Fabiola (82b)	Wetteren OCMW, Dendermonde Nieuw ZH
5. Temse, OCMW (121b)	Lokeren, St; Niklaas Stadskliniek

Dossiers VIPA		VL krediet 1996	1.505.700.000	kr. subsidiebel.	engag. verl.	3.018.000.000		
Rustoord					VL-bedrag '95	2.048.360.000		
Nummer		Instelling		Bedrag raming	Subsidiebelofte	Bedrag	Bedrag	Bedrag
				Subsidiebelofte		Subsidiebelofte	naar minister	nieuwe voorstellen
5 8970 BZ	00001	Poperinge	O.L.V. Gasthuis			7.673.971		Subsidiebeslissin
1 2240 BZ	00002	Zandhoven	O.L.V. v. Troost			3.738.212		167.903.960
1 2440 BZ	00003	Geel	Huis Perrekes	49.372.373	1	34.271.373		115.952.390
5 8800 BZ	00004	Roeselare	RVT Voicentthove	29.336.000	2	182.000		15.101.000
3 3910 BZ	00005	Neerpelt	St. Jozef	64.278.997	3	64.278.997		29.154.000
1 2160 BZ	00006	Wommelgem	Hof ter Dorpe	69.077.086	4	38.744.086		30.333.000
1 2000 BZ	00007	Antwerpen	O.L.V. v. Antwerpen	44.883.000	5	0		44.883.975
1 2000 BZ	00008	Antwerpen	Het Huis v. Nazareth	100.132.070		100.132.070		
1 2370 BZ	00009	Arendonk	RVT De Lusthoven*	61.046.085				
1 2980 BZ	00010	Zoersel	OCMW s.fl.*					
5 8956 BZ	00011	Heuveland	OCMW	104.626.045	*			
2 1745 BZ	00012	Opwijk	OCMW	38.720.000				
2 3200 BZ	00013	Aarschot	OCMW	194.497.000	6	68.073.801		126.423.199
1 2090 BZ	00014	Stabroek	Aalmoezenier Cuypers*					
1 2450 BZ	00015	Meerhout	Ter Kempen	73.310.494			73.310.494	
1 2520 BZ	00017	Ranst	DVC zr. Aug. M. Middelaes	5.853.376	7	5.853.376		
1 2600 BZ	00018	Berchem	RH zr. Aug. M. Middelaes	134.651.000	8	0		134.651.000
1 2390 BZ	00019	Malle	RH Herfstzon*					
5 8211 BZ	00020	Aartijke	RO Engelbewaarder	0		0		
5 8940 BZ	00021	Wervik	Mater Amabilis Seniorenzorg	44.000.000				
1 2820 BZ	00022	Bonheiden	RVT Den Olm	204.975.000				
4 9600 BZ	00023	Ronse	Werken Glorieux	154.156.050	9		154.156.050	
2 3020 BZ	00025	Herent	Fac Similiter	109.657.677	10	109.657.677		
2 3220 BZ	00026	Holsbeek	RVT St. Margaretha	0		0		
5 8930 BZ	00027	Menen	RH C.I.G.B	134.425.000	11	134.425.000		
5 8510 BZ	00028	Kortrijk-Marke	Integr. BZ. St. Jozef	142.785.448	*		142.785.448	
8 8900 BZ	00029	Ieper	Huize St. Jozef	43.767.165	12	43.767.165		
5 8200 BZ	00030	St.-Pieters-Brugge	DVC Herdershove	5.304.470	13	3.264.470		2.040.000
1 2390 ZHR	00008	Malle	De Dennen	1.108.968		1.108.968		
5 8720 BZ	00031	Dentergem-Wakken	O.L.V. v. Lourdes	64.075.000	14	0		64.075.000
4 9100 BZ	00032	St. Niklaas	Home Avondvrede	7.427.538	*			
1 2018 ZHR	00009	Antwerpen	Verpleegtehuis CBJW	0				0
5 8570 BZ	00033	Kachtem	Sint Vincentius	27.208.656				
5 8530 BZ	00034	Harelbeke	O.C.M.W. Dienstencentrum	17.990.097				
5 8870 BZ	00035	Izegem	O.C.M.W.	224.420.000		224.420.000		
4 9080 BZ	00036	Zeveneken	Kindsheid Jesu	25.358.962	15	25.358.962		
5 8660 BZ	00037	De Panne	Bejaardenzorg St. Bernardus	80.525.869	*			
1 2000 BZ	00038	Antwerpen	Het Gouden Anker	110.000.000	*		107.721.000	
1 2930 ZHR	00039	Brasschaat	De Mick-Heropbeuring	12.259.631	16	12.259.631		
4 9100 BZ	00040	Sint-Niklaas	Zwartz. H. Phil. Neri	89.604.737			89.604.737	
3 3670 BZ	00041	Heers	Herfstslicht	90.168.702	*			
1 2220 BZ	00042	Heist-op-den-Berg	O.C.M.W.	65.593.000		65.593.000		
5 8830 BZ	00043	Hooghele-Gits	O.C.M.W.	77.808.108				
4 9255 BZ	00044	Buggenhout	O.C.M.W.	138.650.096	*			
1 2650 BZ	00045	Boom	Rustoord O.C.M.W.	239.381.000			239.381.000	

Dossiers VIPA		VL krediet 1996	1.505.700.000	kr. subsidiebel.	3.018.000.000				
Rustoord				engag. verl.	2.048.360.000				
Nummer				VL-bedrag '95	896.930.979				
		Instelling		Bedrag raming		Bedrag	Bedrag	Bedrag	Bedrag
				Subsidiebelofte		Subsidiebelofte	naar minister	nieuwe voorstellen	Subsidiebeslissin
4	9790 BZ	00046	Vortegem-Petegem	15.831.112					
1	2400 BZ	00047	Mol	4.400.000					
2	1790 BZ	00048	Affligem	29.999.805					
5	8520 BZ	00049	Kuurne	37.326.302					
1	2490 BZ	00050	Balen	5.400.000					
5	8500 BZ	00051	Kortijk	28.581.840					
1	2380 BZ	00052	Ravels	?					
5	8710 BZ	00053	Wilsbeke	21.445.645					
			Totaal	3.223.419.404	877.409.759	293.059.544	579.492.185	730.517.524	
				kr. subsidiebel. -					
				engag. verl. -					
				beloftes '95 +					
			Saldo voor subsidiebelofte	989.181.220	696.101.676	116.609.491			

Dossiers VIPA		VL krediet 1996	3.909.000.000	kr. subsidiebel.	7.818.000.000		
Ziekenhuizen				engag. verl.	14.416.450.000		
Nummer		Instelling		VL-bedrag '95	Bedrag	+advies VIPA	Bedrag
				Bedrag raming	Subsidiebelofte		nieuwe voorstelle
5	8700 ZH	00001	Tielt	121.180.000		121.180.000	
4	9600 ZH	00002	Ronse	323.856.406			
5	8900 ZH	00003	leper	241.512.000			
3	3550 ZH	00004	Hesuden-Zolder	27.162.712			
5	8200 ZH	00005	St. Michiels-Brugge	67.149.979		67.149.979	
1	2980 ZH	00006	St. Antonius-Zoersel	120.122.000		120.122.000	
1	2820 ZH	00007	Bonheiden	547.340.372			
1	2390 ZHR	00008	Malle	66.863.832		66.863.832	
1	2440 OPZ	00001	Geel	250.000.000		250.000.000	
1	2018 ZHR	00009	Antwerpen	39.257.841			39.257.841
5	8000 ZH	00010	Brugge	51.087.380		51.087.380	
1	2930 ZHR	00039	Brasschaat	90.674.069		90.674.069	
5	8930 ZH	00011	Menen	153.983.946			153.983.946
5	8800 ZH	00012	Roeselare	44.551.000			
5	8870 ZH	00013	IZEGEM	5.493.600			
5	8000 ZH	00014	Brugge	44.903.000			
4	9700 ZH	00015	Oudenaarde	184.920.536			
4	9051 ZH	00016	St Denijs Westrem	3.947.743		3.947.743	
1	2170 ZH	00017	Merksem	141.264.900			
4	9340 ZH	00018	Lede	60.850.737			
1	2018 ZH	00019	Antwerpen	38.202.435			38.202.435
1	2640 ZH	00020	Mortsel	35.869.476			
1	2050 ZH	00021	Antwerpen	7.080.000			
			Totaal	2.667.273.964	0	509.141.554	231.444.222
				kr; subsidiebel. -			
				engag. verl. -			
				beloftes '95 +			
			Saldo voor subsidiebelofte	vastleggingen '95	-3.402.284.754	-3.911.426.308	-4.142.870.530