Stuk **1306** (2001-2002) – Nr. 5 – Bijlage

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

Zitting 2002-2003

22 april 2003

ONTWERP VAN DECREET

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

VERSLAG

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

BIJLAGE

Zie :

1306 (2001-2002)

– Nr. 1 : Ontwerp van decreet

– Nr. 2 : Verslag over hoorzittingen

– Nrs. 3 en 4 : Amendementen

ADVIES VAN DE VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

ONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE INDELING IN ZORGREGIO'S EN BETREFFENDE DE SAMENWERKING EN PROGRAMMATIE VAN GEZONDHEIDSVOORZIENINGEN EN WELZIJNSVOORZIENINGEN

VGR.2003/04

INHOUD:

I. Beleidskader

II. Methodiek

III. Achtergrond

IV. Advies

- **A. Algemene bemerkingen**
- **B. Problemen**
- **C. Concrete aanbevelingen**

ADVIES VAN DE VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

ONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE INDELING IN ZORGREGIO'S EN BETREFFENDE DE SAMENWERKING EN PROGRAMMATIE VAN GEZONDHEIDSVOORZIENINGEN EN WELZIJNSVOORZIENINGEN

I. Beleidskader

In zijn brief van 5 februari 2003 verzocht de voorzitter van het Vlaams Parlement, dhr. N. De Batselier, de Vlaamse Gezondheidsraad om advies over het *ontwerp van decreet betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen*. Dit ontwerp van decreet lag op dat moment ter bespreking voor in de commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen. Na advies van de SERV en de Raad van State in mei 2002 werd het ontwerp van decreet op 21 juni 2002 goedgekeurd door de Vlaamse Regering. Op 24 juli 2002 werd het ingediend bij het Vlaams Parlement, waar het op 10 oktober 2002 werd besproken in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen.

De Vlaamse Gezondheidsraad werd op dit punt gevraagd om binnen een termijn van 30 dagen een advies over dit ontwerp van decreet uit te brengen.

II. Methodiek

Gezien de beperkte termijn voor adviesverlening werd de voorziene spoedprocedure gevolgd. De adviesvraag werd op 12 februari 2003 (datum van ontvangst op het secretariaat) schriftelijk voorgelegd aan het bureau, en op 14 februari aan alle leden van de VGR. Dr. Peter Hooft van de administratie Gezondheidszorg kwam het ontwerp van decreet toelichten op een extra plenaire vergadering op 25 februari 2003. Een eerste ontwerptekst van het advies werd verder besproken op 4 maart 2003. De definitieve versie van het advies werd na discussie goedgekeurd door de plenaire vergadering op 18 maart 2003.

Het proces van adviesformulering werd vanuit de administratie Gezondheidszorg opgevolgd door dr. M. Wauters als inhoudelijk medewerker van de Vlaamse Gezondheidsraad.

III. Achtergrond

De inplanting van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen wordt op dit ogenblik grotendeels bepaald door de voorzieningen zelf (aanbodgestuurd). In de toekomst wil de Vlaamse overheid het aanbod van de voorzieningen en hun samenwerkingsverbanden plannen op basis van huidige en toekomstige behoeften van de bevolking. Om een optimale spreiding van voorzieningen te waarborgen baseert men zich op gegevens omtrent het huidige zorgaanbod enerzijds en de behoeften anderzijds. De bedoeling is om de totale capaciteit van zorgaanbod in een regio beter af te stemmen op de noden in die regio.

Om (bij)sturend te kunnen optreden is een planningsinstrument nodig dat wettelijk is vastgelegd. Het huidige ontwerp van decreet bepaalt dan ook dat de Vlaamse Regering de samenwerking van en tussen gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen *kan* organiseren en de programmatie van het aantal en de spreiding van deze voorzieningen kan bepalen.

Voor de praktische uitwerking hiervan wordt het Vlaamse landsgedeelte opgedeeld in 'zorgregio's'. Deze hiërarchisch gestructureerde indeling is gebeurd op basis van een studie van Prof. Dr. E. Van Hecke van het Instituut voor Sociale en Economische Geografie aan de Katholieke Universiteit te Leuven[1]. In deze studie werden de invloedssferen van steden geanalyseerd en een stedelijke hiërarchie opgesteld, op basis van ongeveer 30.000 enquêtes, waarin werd gepeild naar de fluxen van inwoners tussen gemeenten, voor hun dagelijkse, meer occasionele en gespecialiseerde behoeften. Bij het uittekenen van de kaart voor de zorgregio's stond het 'kleinstedelijk niveau' centraal, omdat het aantal ziekenhuizen in de grootteorde ligt van het aantal steden. Dit basismodel diende te worden aangepast aan de specifieke aspecten van de gezondheids- en welzijnsproblematiek : rekening houdend met afstand (voornamelijk belangrijk voor eerstelijnszorg), met bevolkingsaantallen (noodzakelijke kritische massa voor gespecialiseerde diensten)...

Het ontwerp van decreet voorziet dat de Vlaamse regering dit model *kan* invoeren voor de diverse gezondheids- en welzijnssectoren. In eerste instantie zal dit worden toegepast op de eerstelijnsgezondheidszorg, de thuiszorg en de sector van de rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen. Ook de preventieve structuren, zoals de LOGO's, zullen zich in de toekomst inschakelen in dit model.

---

[1] Weergegeven in het rapport 'Ontwikkelen van een beleidsinstrument voor het sturen van programmatie, planning en inplanting van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen', 2001.

IV. Advies

A. Algemene bemerkingen :

- De Vlaamse Gezondheidsraad onderschrijft het principe van dit decreet, waarbij regio's worden afgebakend als basis voor programmatie van voorzieningen en voor het organiseren van de samenwerking, dit laatste althans voor bepaalde subsectoren van de gezondheidssector. Dit decreet biedt immers volgens de Raad een meerwaarde voor epidemiologisch onderzoek, voor de preventieve sector, en mogelijk als instrument voor planning, echter minder als referentiekader voor samenwerking in bepaalde subsectoren van de gezondheidssector. Het decreet biedt niet voor alle subsectoren een meerwaarde. De Raad wil daarom in het vervolg van dit advies wijzen op een aantal ernstige problemen die zich kunnen voordoen bij de realisatie van dit decreet.
- De Raad kan zich terugvinden in de indeling in zorgregio's, als basis voor de territoriale organisatie voor welzijns- en gezondheidszorgvoorzieningen. Het is echter niet duidelijk welk niveau van zorgregio voor welke subsector bedoeld wordt, en dat schept vandaag meer vragen dan antwoorden.
- In zijn vorige adviezen omtrent de (samenwerking in de) eerstelijnsgezondheidszorg benadrukte de Vlaamse Gezondheidsraad het belang van een goede afstemming van welzijns- en gezondheidsvoorzieningen [2][3]. Dit decreet kan dit mogelijk bevorderen.
- Op zich is het lovenswaardig dat men zich voor dit model heeft gebaseerd op een wetenschappelijke studie. De studie van Prof. Van Hecke is echter ontwikkeld als een beleidsinstrument voor het sturen van programmatie, planning en inplanting van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, maar de toepassing ervan wordt in dit decreet uitgebreid naar samenwerking, zonder dat onderzocht is of deze cartografie hiervoor wel geschikt is. De Raad is van mening dat deze wetenschappelijke houding daarom ook bij de implementatie moet worden doorgetrokken en er een wetenschappelijke toetsing moet worden voorzien, waarin wordt geëvalueerd wat de invoering van dit decreet concreet teweegbrengt voor de bestaande structuren (ook naar financiering e.d.).
- De toepassing van dit decreet lijkt toegespitst op zorg en minder op de preventieve sector. Nochtans zou het bestaan van georganiseerde structuren voor deze sector wel belangrijk kunnen zijn. Hierbij zal overleg nog extra aandacht moeten krijgen, aangezien

---

[2] Advies Vlaamse Gezondheidsraad: 'Samenwerking in de eerste lijn', 2000.
[3] Advies Vlaamse Gezondheidsraad: 'Voorontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg', 2002.

er rekening mee moet worden gehouden dat voor preventie gewerkt wordt op basis van partnerships, die niet altijd samenvallen met geografisch afgelijnde gebieden. Bij gezondheidspromotie is er geen sprake van 'zoeken naar diensten': men werkt hier immers niet in functie van een zorgvraag. Het samenvallen van de geografische zones met deze van andere zorg mag er ook niet toe leiden dat preventie te zeer naar het medische gaat neigen.

- In de tekst van het ontwerp van decreet (art. 2, 1°) wordt de achterhaalde term 'gezondheidsopvoeding' gebruikt. Gezondheidsopvoeding is slechts één van de strategieën voor gezondheidspromotie, naast het creëren van een gezonde fysische en sociale omgeving, het aansturen op een gezond overheidsbeleid, het ontwikkelen van gemeenschapsacties, en het heroriënteren van gezondheidsdiensten. Gezondheidspromotie gaat uit van een positieve benadering van gezondheid, waarin niet het vermijden van ziekten of aandoeningen het doel is, maar het bevorderen van een gezond leven. De Raad beveelt dan ook aan om in de tekst van het decreet en de memorie van toelichting de term 'gezondheidsopvoeding' te vervangen door '*gezondheidspromotie*'.

B. Problemen

- De Raad onderschrijft dat men voor de indeling in regio's is uitgegaan van het standpunt van de gebruiker, zoals zij dit in eerdere adviezen heeft aanbevolen [2]. De vraag rijst echter of dit model, dat werd ontwikkeld op basis van een bevraging naar gebruik van een verscheidenheid aan diensten, waaronder gezondheidszorg, in dezelfde mate toepasbaar is voor alle sectoren van de gezondheidszorg. De Raad meent van niet. Er zijn immers grote verschillen tussen sectoren, ook wat betreft de 'gebruikersfluxen'. Zo is het in bepaalde sectoren bekend dat inwoners bewust buiten hun woonplaats hulp gaan zoeken, soms zelfs buiten het (groot)stedelijk gebied waarin zij wonen. In de praktijk kunnen er zich dus situaties voordoen, waarop het huidige model niet toepasbaar is. Bovendien moet men er ook rekening mee houden dat de fluxen waarop deze indeling is gebaseerd niet de 'zuivere' vraag weergeven, maar het gedrag van de mensen op basis van het bestaande aanbod. Dit gedrag wordt dan ook nog beïnvloed door de kwaliteit van het aanbod.
- Een territoriale hiërarchie is niet in alle sectoren van de gezondheidszorg wenselijk als exclusief model voor samenwerking. Het kan dan ook niet de bedoeling zijn van dit

decreet om de organisatie en sturing van de gezondheidszorg in Vlaanderen volledig van bovenuit (top-down) te regelen.

- Eén van de mogelijke problemen bij de toepassing van dit decreet is dat er onvoldoende rekening gehouden wordt met de realiteit, waarbij momenteel historisch gegroeide lokale netwerken en samenwerkingsinitiatieven (zoals huisartsenkringen, SIT's, palliatieve netwerken, logo's,...) binnen (en mogelijk tussen) deze regio's al goed tot zeer goed kunnen functioneren. Men moet er zich van bewust zijn dat het vormen van dergelijke netwerken en samenwerkingsverbanden veel tijd kost. Indien deze nu moeten worden gewijzigd zal dit veel tijd in beslag nemen, mogelijk ten koste van het normale functioneren. Zo zal bijvoorbeeld de toepassing van dit decreet op de structuur van de logo's leiden tot een vertraging in het bereiken van de Vlaamse gezondheids-doelstellingen.
- De Raad meent dat het evenmin de bedoeling kan zijn van dit decreet om ook de positieve aspecten van het economisch vrije initiatief in de gezondheidssector te ondergraven.
- De Raad acht het wél opportuun om in het decreet de mogelijkheid voor uitbreiding naar andere sectoren, ook buiten het terrein van welzijn en gezondheid, te voorzien. Zo is er bv. op het terrein van gezondheidspromotie samenwerking nodig met de sector van de bedrijfsgezondheidszorg en met de CLB's, die in dit decreet expliciet worden uitgesloten.
- Tenslotte moet rekening worden gehouden met de praktische implicaties op gebied van *financiering* van de voorzieningen bij invoering van dit decreet. Zo kunnen er problemen optreden indien de financiering per provincie is geregeld. Ook wanneer financiering op federaal niveau is geregeld en daar een indeling bestaat die niet overeenkomt met deze van de zorgregio's – zoals bv. in het geval van de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging en de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg – kan dit problemen veroorzaken.

C. Concrete aanbevelingen

Uit het bovenstaande kan men reeds een aantal aanbevelingen afleiden. Daarbovenop wil de Raad nog volgende elementen benadrukken.

- Gegeven het bovenstaande is het nodig om bij de implementatie van dit decreet 1° via uitvoeringsbesluiten per sector te ***overleg***gen met de actoren in het veld – waarbij ondermeer moet worden bekeken op welk niveau er wordt gewerkt, of de toepassing hiervan een meerwaarde biedt e.d. – 2° een element van ***toetsing*** te voorzien opdat bijsturing mogelijk blijft, en 3° telkens een ***overgangsperiode*** te voorzien. De Raad adviseert om deze punten reeds in het decreet op te nemen. Ook zou in de *mogelijkheid van afwijkingen* op het model moeten worden voorzien, indien op basis van een wetenschappelijke evaluatie kan worden aangetoond dat bepaalde samenwerkingsverbanden optimaal functioneren.
- Om de implementatie van deze zorgregio's vlot te laten verlopen wordt voorgesteld om vanuit de Vlaamse overheid een tijdelijke *implementatiecel* te voorzien, om de overgang te initiëren en vlot te laten verlopen, alle actoren in dit proces te betrekken en een maximale stroomlijning van de verschillende bestaande structuren te realiseren. De Raad adviseert om deze implementatiecel op te nemen in de uitvoeringsbesluiten en eventueel reeds in het decreet. Op regionaal niveau kan eventueel een procesbegeleider worden aangeduid. Om de medewerking van de organisaties te stimuleren kan een financiële bonus worden voorzien.
- Ook moet na de invoering (bv. na 5 jaar) een *evaluatie* plaatsvinden met mogelijkheid tot *bijsturing* van het model. Hierbij moet bijzondere aandacht worden besteed aan de situatie in de 18 grensgemeenten die vallen onder een zorgregio die niet overeenkomt met de provincie.

Goedkeuring Plenaire vergadering

Dit advies werd goedgekeurd tijdens de Plenaire vergadering van 18 maart 2003.

Gedaan te Brussel op 18 maart 2003,

De secretaris

Ria Vandenreyt

De voorzitter

Prof. Lieven Annemans