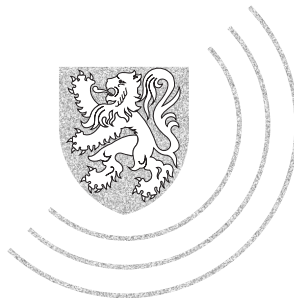


V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2002-2003

18 september 2003

ONTWERP VAN DECREET

betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen

VERSLAG

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

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : de heer Koen Helsen.

Vaste leden :

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

mevrouw Claudine De Schepper, de heren Jacques
Devolder, Koen Helsen, N... ;

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

de heren Carlo Daelman, Jan Van Duppen ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel ;

de heer Jan Roegiers.

Plaatsvervangers :

mevrouw Gisèle Gardeyn-Debever, mevrouw Veerle
Heeren, de heer Luc Martens, mevrouw Ilse Van Eetvelde ;

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

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

de heer Chokri Mahassine, mevrouw Anne Van Asbroeck ;

mevrouw Ann De Martelaer ;

de heer Kris Van Dijck.

Zie :

1719 (2002-2003)

– Nr. 1 : Ontwerp van decreet

– Nrs. 2 en 3 : Amendementen

INHOUD

	Blz.
I. Toelichting door mevrouw Adelheid Byttebier, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen	4
II. Algemene bespreking	6
III. Artikelsgewijze bespreking en stemming	10
IV. Stemming over het geheel	16
Tekst aangenomen door de commissie	17
Bijlage : Parlementaire vraagstelling van mevrouw Sonja Becq met betrekking tot het toepassingsgebied van het kwaliteitsdecreet	21

DAMES EN HEREN,

Op 12 en 26 juni 2003 en op 3 juli 2003 behandelde de commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen het ontwerp van decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (*Parl. St. VI. Parl. 2002-03, nr. 1719/1*).

De amendementen bij het ontwerp van decreet zijn opgenomen in *Parl. St. VI. Parl. 2002-03, nrs. 1719/2 en 3*.

I. Toelichting door mevrouw Adelheid Byttebier, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen

Mevrouw Adelheid Byttebier, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, licht toe dat dit ontwerp betrekking heeft op zowel de kwaliteit in de gezondheidsvoorzieningen als op de kwaliteit in welzijnsvoorzieningen. In 1997 werden twee decreten goedgekeurd, één voor de kwaliteit in de gezondheidsvoorzieningen en één voor de kwaliteit in de welzijnsvoorzieningen. Vandaag ligt een sectoroverschrijdend ontwerp van kwaliteitsdecreet ter bespreking voor. In het regeerakkoord en in de Beleidsnota Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen werd duidelijk de optie geformuleerd om te komen tot een geïntegreerd decreet.

De rode lijn doorheen het ontwerp is de keuze voor kwaliteitsvolle zorg. Men wil dit niet overlaten aan toeval en intuïtie. Er wordt daarentegen gekozen voor een gerichte, systematische en integrale kwaliteitszorg.

Zorgvragen worden steeds complexer en gebruikers worden steeds mondiger. Kwaliteit moet kunnen worden gegarandeerd, en ook meetbaar zijn. Deze normering is ook nodig omdat zorgverleners graag weten waar zij aan toe zijn, en omdat voorzieningen tegenwoordig gemakkelijker ter verantwoording worden geroepen.

In het regeerakkoord werd ingeschreven dat men een concrete toepassing en uitbouw van een sectoroverschrijdend kwaliteitsbeleid wil realiseren in de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. In de Beleidsnota werd herhaald dat men één krachtige eenduidige hefboom wil voor beide bevoegdheidsdomeinen. Dit vanuit de filosofie dat het aanbod vraaggestuurd moet zijn in plaats van aanbodgestuurd.

In het ontwerp heeft men ook aandacht voor de toegankelijkheid van het aanbod, voor zorg op maat, en voor de inbreng van de gebruiker, de mantelzorger en de vrijwilliger.

Vermits de kwaliteitsdecreten voor de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen al in 1997 tot stand kwamen, heeft men al ervaring kunnen opdoen op het vlak van kwaliteitsbewaking. In voorliggend ontwerp wordt de ervaring van beide decreten gevaloriseerd. Beide sectoren werden nauw betrokken bij de voorbereiding van het ontwerp.

Het ontwerp bevat een aantal accenten. Zo krijgt de gebruiker een centrale plaats. Er wordt ook gestreefd naar permanente verbeteringen. Men mag niet kiezen voor één kwaliteitsstandaard en er van uitgaan dat die door de jaren heen stand houdt. Er moet permanent worden nagegaan welke kwaliteit wanneer wordt verwacht. Het is belangrijk dat de kwaliteitsnormen aantoonbaar zijn.

Alle medewerkers in de voorzieningen zullen worden betrokken bij de kwaliteitsbewaking. Het is dus niet zo dat er één kwaliteitscoördinator komt die de hele problematiek voor de hele voorziening op zich moet nemen. Dit neemt niet weg dat er in een voorziening een kwaliteitscoördinator kan worden aangesteld.

Mevrouw Katrien Eggers, kabinetsmedewerker, licht namens de minister toe dat er al twee kwaliteitsdecreten zijn. Ten eerste is er het decreet inzake kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen van 29 april 1997. Dit decreet is voor verschillende sectoren in uitvoering gebracht. Dat was een traag proces, dat bottum-up gebeurde. De sector werd hier sterk bij betrokken, met als voordeel dat het decreet door de sector wordt gedragen. Ten tweede is er het decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen van 25 februari 1997. Dit decreet is sneller in uitvoering gebracht. Vermits het proces meer top-down gebeurde, konden de uitvoeringsbesluiten er sneller komen. Het kwaliteitsbeleid is reeds goed geïntegreerd in de sector. Nadeel is wel dat het decreet in de beginfase minder werd gedragen door de sector. Beide decreten vonden in verschillende domeinen hun concretisering in uitvoeringsbesluiten. Belangrijk is dat ze een zekere dynamiek op gang brachten in de welzijns- en gezondheidssector. Er zijn heel veel positieve zaken uit voortgevloeid, waarmee in het nieuwe ontwerp zeker rekening wordt gehouden. Op 22 april 2003 werd in deze commissie overigens het ‘Rapport aan het Vlaams Parlement inzake het Vlaams decreet voor integrale kwaliteitszorg in de Verzorgingsvoorzieningen’ voorgesteld (*Parl. St. VI. Parl. 2002-03, nr. 1692/1*).

Waarom een nieuw kwaliteitsdecreet ? Vermits Welzijn en Gezondheid bevoegdheden zijn van één minister, is het logisch dat er ook één kwaliteitsdecreet is voor de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen. Ten tweede wil men beide sectoren verder responsabiliseren om te werken aan kwaliteit. Kwaliteit mag niet aan het toeval worden overgelaten. Een kwaliteitsbeleid is een organisatiebeleid. De organisatie zelf weet het beste wat voor haar goede kwaliteit is. De overheid moet wel een kader scheppen, in basisvoorwaarden voorzien, vormvereisten opleggen. Kwaliteitszorg is een managementstool. Voorzieningen moeten een kwaliteitsbeleid voeren, systemen ontwikkelen, en de kwaliteit van de zorg systematisch bevorderen. Ten derde wil men met dit ontwerp van decreet een nieuwe aanzet geven. Het kwaliteitsbeleid is meer dan het opstellen van een kwaliteitshandboek. Men mag niet de indruk wekken dat met het kwaliteitshandboek het belangrijkste werk is geleverd. Momenteel wordt in beide sectoren vaak projectmatig aan kwaliteit gewerkt. In de toekomst moet kwaliteitszorg structureel worden opgenomen in het beleid van de voorzieningen. Bedoeling is de voorzieningen verder te motiveren. In de welzijnssector moet men een stap vooruit durven te zetten in het aantoonbaar maken van de huidige kwaliteit en de gewenste kwaliteit. Belangrijk is om voor beide sectoren in een zo groot mogelijke continuïteit te voorzien.

De doelstelling van het ontwerp is om in de Vlaamse zorgvoorzieningen verantwoorde zorg aan te bieden aan alle gebruikers, zonder onderscheid van leeftijd, ras, godsdienst, geaardheid, enzovoort.

Verantwoorde zorg is een veranderlijk begrip naar gelang tijd, sector, plaats. In dit ontwerp zijn wel een aantal kenmerken bepaald waaraan verantwoorde zorg moet beantwoorden. Verantwoorde zorg moet doeltreffend zijn, doelmatig, continu, maatschappelijk aanvaard en gebruikersgericht.

Verantwoorde zorg is een gedeelde verantwoordelijkheid. Niet alleen de zorgverleners en de voorzieningen zijn verantwoordelijk, maar ook de gebruiker (bijvoorbeeld therapietrouw) en de overheid zijn medeverantwoordelijk.

De overheid vraagt dat elke voorziening aan kwaliteitszorg doet. Kwaliteitszorg wordt dan gezien als een managementstool. Een voorziening moet een kwaliteitsbeleid voeren en een kwaliteits-managementsysteem hebben. Beide zaken werden ook al in de vorige decreten gevraagd. Nieuw is dat de voorzieningen aan zelfevaluatie doen. Het ontwerp

bevat ook de mogelijkheid om eventueel bijkomende bepalingen in te voeren.

Een kwaliteitsbeleid betreft de intenties van de voorzieningen om aan een kwaliteitsbeleid te werken, en de wegen daar naartoe. Een voorziening moet een missie, visie, doelstellingen en een strategie uitwerken. Dat is de taak van het hoogste management, maar deelname van alle medewerkers is nodig om te komen tot kwaliteitsvolle zorg. Kwaliteitsvolle zorg is op zoek naar win-winsituaties, niet alleen ten voordele van de gebruikers maar ook ten voordele van de medewerkers, de voorziening en de samenleving. Een kwaliteitsbeleid behoort tot het interne organisatiebeleid van de voorziening. Inhoudelijk zal de overheid zich niet inmengen.

Een voorziening moet een kwaliteitsmanagement-systeem hebben, een organisatorische structuur in kaart brengen, bevoegdheden en verantwoordelijkheden expliciteren, processen en procedures in kaart brengen. Er is een permanente controle en bewaking nodig van de processen en procedures.

Een nieuw gegeven is dat aan de voorzieningen wordt gevraagd om aan zelfevaluatie te doen. De voorziening toont aan hoe ze processen, structuren en resultaten bewaakt, beheerst en voortdurend verbetert. Aan de hand van een aantal vastgelegde stappen moet de voorziening gegevens verzamelen op basis waarvan doelstellingen worden geformuleerd en een stappenplan uitwerken om de doelstellingen te bereiken. Na verloop van tijd moet worden bekeken of de doelstellingen bereikt zijn en of er nieuwe acties nodig zijn. Het is de bedoeling dat de voorziening een beschrijving geeft van het huidige kwaliteitsniveau, het gewenste kwaliteitsniveau, en de stappen die nodig zijn om de gewenste situatie te bereiken.

Het decreet bepaalt dat bijkomende vereisten kunnen worden opgelegd. Deze kunnen betrekking hebben op bijvoorbeeld de vorm en inhoud van het kwaliteitshandboek. De welzijnssector heeft zichzelf veel inhoudelijke vereisten opgelegd voor de kwaliteitshandboeken. In de gezondheidssector werden vooral vormelijke verplichtingen opgelegd. Dit laatste verdient zeker geen aanbeveling. Een bijkomende vereiste die de overheid kan opleggen is het aanbieden van een lijst met zorgaspecten waarvan de overheid vindt dat ze van groot maatschappelijk belang zijn (bijvoorbeeld ziekenhuisinfecties), en waarover binnen de sector een grote consensus bestaat. De overheid kan aan die zorgaspecten een aantal indicatoren koppelen, met name bepalen op welke wijze de voorzieningen moeten

meten. Dit biedt de voorzieningen de mogelijkheid te benchmarken. De lijst van zorgaspecten wordt aangeboden als keuzelijst, zodat een zekere vrijheidsgraad behouden blijft. Dat is belangrijk, vermits kwaliteitsbeleid organisatiebeleid is. Belangrijk is dat bijkomende vereisten enkel kunnen worden opgelegd na overleg met de betrokken sectoren.

Hoe zal de overheid toezicht houden? De voorziening moet de nodige gegevens ter beschikking stellen. Er komt een evaluatie ter plaatse. Dit resulteert in evaluatierapporten. In het ontwerp wordt bepaald dat evaluatierapporten bekend moeten worden gemaakt aan de inrichtende macht, de gebruikersraad en de ondernemingsraad. Er wordt ook voorzien in een zesjaarlijks rapport aan het Vlaams Parlement.

In de vorige decreten werden sancties opgelegd aan voorzieningen die blijvend niet voldoen aan de bepalingen van het kwaliteitsdecreet. De sanctie in beide decreten betrof de intrekking van de erkenning. Dit is een heel radicale sanctie, die ook niet altijd haalbaar is. Daarom kiest men nu voor administratieve geldboetes. Daarnaast zijn nog andere sancties mogelijk, zoals het opleggen van begeleidstrajecten.

Het ontwerp bevat ook een aantal overgangsbepalingen. Beide decreten van 1997 worden opgeheven, maar de uitvoeringsbesluiten blijven van kracht tot ze opgeheven worden.

Het decreet zal per sector in werking treden, na overleg met de sector. Bedoeling is de continuïteit te garanderen, en te zorgen voor een soepele en geleidelijke overgang. In de praktijk betekent dit dat de gezondheidssector, die een stap verder staat, het decreet snel wil gaan uitvoeren. Voor de welzijnssector moeten de kwaliteitshandboeken naar gelang de verschillende deelsectoren klaar zijn in 2004, 2005 en 2006. Voor laatstgenoemde sector kan het beter zijn het decreet pas in uitvoering te brengen wanneer de kwaliteitshandboeken er zijn. Wanneer de kwaliteitshandboeken klaar zijn, zal een nieuwe dynamiek ontstaan.

Er wordt ook in een traject voorzien. Een referentiegroep Kwaliteitszorg 2003 – samengesteld uit autoriteiten op het vlak van kwaliteitszorg uit de welzijnssector en nu ook uitgebreid met mensen uit de gezondheidssector – zal zich buigen over de manier waarop het decreet het best geïmplementeerd wordt in de verschillende deelsectoren. Vanzelfsprekend zal sectoraal overleg nodig zijn bij de uit-

voering, en zullen er sectorale uitvoeringsbesluiten komen.

Er wordt een centrum voor kwaliteitszorg uitgebouwd. Binnen de administratie wordt een cel belast met een aantal opdrachten om de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen te ondersteunen bij de implementatie van het nieuwe decreet. Dit omdat werken aan kwaliteit een continue opdracht is voor de voorzieningen. Het centrum moet meehelpen om de dynamiek voort te zetten. Het centrum moet ook een bepaalde leemte vullen. Bij beide administraties waren in het verleden immers mensen vrijgesteld om voorzieningen te begeleiden, maar deze begeleiding bestaat niet meer. Bij de overgang van beide decreten zullen de voorzieningen over voldoende steun en informatie van de overheid moeten kunnen beschikken.

II. Algemene bespreking

Alle sprekers vinden het lovenswaardig dat er met voorliggende ontwerpdecreet nu één kwaliteitsdecreet komt voor de welzijns- en de gezondheidssector samen. De heer Felix Strackx herinnert eraan dat alle fracties destijds betreurden dat er twee afzonderlijke kwaliteitsdecreten, één voor de welzijnssector en één voor de gezondheidssector, werden ingediend door de Vlaamse regering. Hoewel er meermaals op aangedrongen werd ze samen te smelten tot één decreet, heeft de regering haar standpunt toen niet gewijzigd en werden twee decreten goedgekeurd.

Volgens de spreker staat de nonchalance waarmee voorliggend ontwerpdecreet behandeld wordt in schril contrast met de uitvoerige bespreking destijds en de vele amendementen om de decreten toen toch nog tot doorwrochte werkstukken te maken.

Inhoudelijk vindt de heer Felix Strackx het positief dat voorliggend decreet minder eisen stelt aan de voorzieningen dan de vorige decreten. De ademruimte voor de voorzieningen is groter. Het ontwerpdecreet lijkt logischer, eenvoudiger in uitvoering en lijkt tot minder administratieve rompslomp te leiden.

Anderzijds zijn de anomalieën die desondanks in de oude decreten aanwezig waren, ook nu terug te vinden in het voorliggende ontwerpdecreet. Als uitgangspunt voor het ontwerpdecreet is volgens spreker vooral het decreet inzake de kwaliteitszorg in de gezondheidsvoorzieningen gehanteerd. Spre-

ker zal bij de artikelsgewijze bespreking hier verder op in gaan.

Hij heeft problemen met de definitie van zorg als verantwoorde zorg. Ten aanzien van wie moet verantwoording afgelegd worden ? Ten aanzien van de patiënt ? Ten aanzien van de maatschappij ? Het is een verkeerd uitgangspunt. Het is een vaag en juridisch oncorrect begrip waar men alle kanten mee uit kan. De patiënt en zijn belangen moeten centraal staan. Ook het begrip maatschappelijke aanvaardbaarheid is een vaag en tevens gevaarlijk begrip. Het opnemen van dit begrip is destijds de reden geweest waarom het Vlaams Blok de decreten niet heeft goedgekeurd. Spreker kondigt amendementen aan om die twee begrippen uit het ontwerpdecreet te lichten.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel vindt het voorliggende ontwerpdecreet goed. Het is onverstandig geweest in de vorige zittingsperiode om niet met één kwaliteitsdecreet voor zowel welzijns- als gezondheidssector te werken. Het ontwerpdecreet kiest niet voor een top down-benadering, maar doet een beroep op de verantwoordelijkheid van de voorzieningen en de werkwijzen die uit de voorzieningen kunnen ontstaan. Het lid is wel bezorgd om de kleinere voorzieningen voor wie het momenteel zwaar is om aan de kwaliteitsvoorwaarden te beantwoorden. Volgens sommige voorzieningen moeten hulpverleners vervangen worden door administrators om aan de voorwaarden te kunnen beantwoorden. Dat kan allermist de bedoeling zijn. Spreker wenst deze zorg mee te nemen in het nieuwe ontwerpdecreet. De opgelegde voorwaarden houden het best rekening met de grootte van de voorzieningen.

Volgens mevrouw Ingrid van Kessel blijkt uit het evaluatierapport over de toepassing van het kwaliteitsdecreet in de gezondheidsvoorzieningen (Rapport aan het Vlaams Parlement inzake het Vlaams decreet voor integrale kwaliteitszorg in de Verzorgingsvoorzieningen – december 2002, verslag van de bespreking, *Parl. St.* VI. Parl. 2002-03, nr. 1692/1) dat het vorige decreet een hele dynamiek heeft teweeggebracht. Ook zij vindt het samenbrengen van de twee kwaliteitsdecreten positief, maar is er niet zo zeker van dat het onverstandig geweest is in het verleden met twee decreten te werken. De kwaliteitsplanning is in de welzijns- en de gezondheidssector toch zeer verschillend. Ook in de toekomst zal de minister specifieke aspecten per sector moeten omschrijven. Spreker hoopt dat een aantal afzonderlijke aspecten gehanteerd blijven worden. Ze is ervan overtuigd dat voorliggend ontwerpdecreet een verdere duw is in de goede richting.

Het ontwerpdecreet legt veel meer het accent op de responsabiliteit van de voorzieningen zelf. Dat is tot op zekere hoogte positief, maar voor de cliënt zelf is dit niet zo duidelijk. Nu al is het moeilijk resultaten af te lezen, omdat de indicatoren verschillende geïnterpreteerd worden, omdat de registratie verschillend verloopt. Als men de verplichte thema's loslaat, dreigt er nog meer diversiteit te ontstaan en wordt het nog moeilijker resultaten te vergelijken. Spreker is zich bewust van de tegenstrijdigheid van haar opmerking. Responsabilisering is belangrijk, maar het geven van een aantal richtlijnen is ook niet onbelangrijk. Komen de lijsten van aspecten van zorg aan deze bezorgdheid tegemoet ? De vraag is hoe ver de responsabilisering gaat.

Mevrouw Ingrid van Kessel betreurt dat een kwaliteitscoördinator niet langer verplicht wordt. Er wordt als argument aangevoerd dat de hele voorziening, het hele management verantwoordelijk is voor kwaliteitszorg. Uiteraard is dat zo en was dat ook zo bij de vorige kwaliteitsdecreten, maar dat neemt niet weg dat een aanspreekpunt gewenst is. Men zou het best vasthouden aan de kwaliteitscoördinator en daarvoor ook middelen uittrekken.

Naar aanleiding van deze bespreking herhaalt het lid haar vraag over de afstemming tussen het federale en het Vlaamse niveau inzake de bestrijding van ziekenhuisinfecties in het bijzonder en inzake de kwaliteitszorg in het algemeen. Een andere vraag betreft de afstemming tussen de visitatie-inspecties op Vlaams niveau en die door het Riziv en de afstemming inzake registratie van gegevens (bijvoorbeeld minimale klinische gegevens).

Mevrouw Ingrid van Kessel heeft vragen bij de functie van het centrum kwaliteitszorg als cel binnen de administratie én het wegvallen van de middelen voor de koepelorganisaties. Hoewel al van bij het begin van deze zittingsperiode in de begroting jaarlijks 398 duizend euro ingeschreven wordt voor het centrum, vermoedt spreker dat dit centrum nog niet actief is. In het kader van de vorige decreten werden – weliswaar beperkte – middelen toegekend aan een aantal koepelorganisaties om kwaliteitsnetwerking en -vorming op te zetten. De op gang gekomen dynamiek is voor een deel gegroeid door de ondersteuning door die koepelorganisaties, door hun inbedding en hun contacten in de sector. De vertegenwoordigers van die koepelorganisaties betreuren het nu wegvallen van die – beperkte – middelen ; zij bundelen en beantwoorden (o.m. via vorming) de vragen die van onderuit kwamen. Mevrouw Ingrid van Kessel gelooft wel dat de cel binnen de administratie zeker een aantal as-

pecten van kwaliteitsstimulering (bijvoorbeeld studies, toetsingen) perfect kan opzetten, maar dat netwerkvorming en vorming voor de voorzieningen beter door de koepelorganisaties kan gebeuren. Positief aan het vorige decreet was de bottom up-werking ; met het centrum kwaliteitszorg wordt nu precies geopteerd voor een top down-benadering.

De heer Jan Van Duppen sluit zich globaal gezien aan bij de opmerkingen van vorige sprekers. De heer Felix Strackx wil ‘verantwoorde zorg’ vervangen door ‘de best mogelijke zorg’. Volgens de heer Van Duppen verandert daardoor inhoudelijk weinig. De ‘mogelijkheden’ zullen altijd variëren naargelang de voorziening, de omgeving enz. Het is belangrijk een middenweg te vinden die opening laat voor wijzigingen in de toekomst.

Spreker krijgt ook signalen uit de sector dat soms een extra job of zelfs dienst nodig is voor kwaliteitsbewaking. In plaats van een afzonderlijke kwaliteitscoördinator te financieren is spreker er meer voorstander van de oplossing daarvan over te laten aan de verantwoordelijkheid van de voorziening in zijn geheel. Terzijde merkt spreker op dat het op een bevattelijke manier publiek maken van de resultaten van die kwaliteitszorg de beste sanctiëring is.

Verder gaat de heer Van Duppen in op de vraag of het best om de drie jaar of om de zes jaar aan het parlement verslag wordt uitgebracht over de uitvoering van het ontwerpdecreet. Hij is voorstander van om de zes jaar omdat de dynamiek van kwaliteitsgebeuren pas begonnen is en er tijd nodig is om tot een duidelijk omschreven resultaat te komen.

Mevrouw Margriet Hermans vindt het positief dat elke instelling verantwoordelijk zal zijn voor zijn eigen kwaliteitsmanagement. Er is geen betutteling door de overheid. Anderzijds deelt spreker deels de bezorgdheid van mevrouw van Kessel. De instelling hanteert de kwaliteitsnormen zelf, maar waar blijft het woord van de gebruiker ? Er blijft natuurlijk toezicht door de overheid ; als de instelling niet beantwoordt aan de normen, kan ze haar erkenning verliezen. Spreker betreurt het echter dat alleen sanctionerend wordt opgetreden. Veel instellingen doen heel wat inspanningen inzake kwaliteitszorg. Men zou ook kunnen overwegen belonend op te treden als een voorziening een bepaalde norm haalt. Belonen werkt vaak meer responsabiliserend dan sanctioneren.

De overheid heeft wel de mogelijkheid om bepaalde kwaliteitseisen te stellen via de vereisten die ze kan toevoegen aan het kwaliteitshandboek. Uiteindelijk is het de bedoeling op termijn een doorzichtig, meetbaar, aantoonbaar en open kwaliteitsbeleid te voeren waarin ook de gebruiker een centrale rol krijgt via overleg en samenwerking. De openbaarheid van rapporten over kwaliteitsbeleid speelt hierin een belangrijke rol. Kwaliteitsinspanningen zoals het voorkomen van fouten en complicaties moeten hierdoor meer aandacht krijgen. De toekomst moet uitwijzen of dat ook effectief het geval zal zijn. Spreker besluit dat communicatie tussen overheid en voorziening belangrijk is, maar men mag niet uit het oog verliezen dat de gebruiker centraal moet staan.

Mevrouw Sonja Becq herinnert eraan dat bij de bespreking van de vorige decreten lange discussies werden gevoerd over de plaats van de gebruiker in de regelgeving. Dat heeft geleid tot het indienen van een afzonderlijk voorstel van decreet houdende de rechtsbescherming en de inspraak van gebruikers van welzijnsvoorzieningen (*Parl. St. VI. Parl. 2000-01, nr. 783/1*), omdat het koppelen van de erkenningen van voorzieningen aan kwaliteitseisen een verschillend perspectief is dan het vertrekken vanuit de rechten van gebruikers. Spreker onderstreept dat gebruikersrechten een belangrijk aandachtspunt blijven.

De heer Felix Strackx merkt op dat in de vorige decreten een vorm van evaluatie door de gebruiker was ingebouwd, namelijk de tevredenheid van de cliënt. Natuurlijk is dat slechts een klein deelaspect van de evaluatie die de gebruiker kan maken. Het is immers een subjectief gegeven. Het is zeer moeilijk om voor de gebruiker criteria op te stellen waarmee hij zelf de zorg op een objectieve manier kan evalueren.

Mevrouw Ingrid van Kessel speelt in op het voorstel van mevrouw Hermans inzake aanmoediging ten aanzien van de voorzieningen. In de erkenningsaudits wordt nu alleen melding gemaakt van negatieve punten en niet van de sterke punten. Het zou wenselijk zijn als ook daarover verslag wordt uitgebracht.

Antwoord van de minister en repliek van een lid

Mevrouw Adelheid Byttebier, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, antwoordt dat ‘verantwoorde zorg’ goed gedefinieerd staat in het ontwerpdecreet en uitgelegd wordt in de memorie van toelichting. Ze citeert artikel 3, paragraaf 2 : “De verantwoorde zorg, (...) voldoet

aan de vereisten van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid”. Het is zeer belangrijk dat gebruikers een plaats hebben ; het begrip gebruikerstevredenheid is niet expliciet in het ontwerpdecreet opgenomen, omdat het is opgenomen in het uitvoeringsbesluit. De uitvoeringsbesluiten zullen uitgeschreven worden in samenspraak met de sector.

Aan het ontwerpdecreet werd vier jaar gewerkt, misschien wat in stilte voor het parlement, maar uit het parlement werden ook geen vragen gesteld. Het ontwerpdecreet is een opdracht geweest in uitvoering van het regeerakkoord. Het kwam er vooral op aan de twee bestaande decreten technisch in elkaar te passen. De resultaten van de fundamentele en politieke discussie destijds zitten vervat in de vorige decreten. De sector werd en wordt sterk betrokken bij het technisch in elkaar passen van de vorige decreten en bij de uitvoering.

Ingaand op de bezorgdheid over de kleine voorzieningen verwijst de minister naar artikel 6, § 3 : “Daarbij wordt rekening gehouden met de aard en de grootte van de voorzieningen”. Principieel zit dit dus vervat in het ontwerpdecreet. De concrete voorwaarden zullen vastgelegd worden in de uitvoeringsbesluiten.

Wat de periodiciteit van de verslaggeving aan het parlement aangaat, is de minister meer voorstander van een periode van zes jaar. Hierbij merkt de minister terloops op dat het eerste rapport over de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen reeds in 1999 werd uitgebracht ; momenteel wordt al aan een tweede rapport gewerkt.

Het aanstellen van een kwaliteitscoördinator wordt niet verplicht. Het vorige decreet voor de gezondheidsinstellingen verplichtte dit wel, het decreet op de welzijnsvoorzieningen niet. De minister opteert nu voor een meer algemene benadering. In de sector is er discussie over de voorkeur voor een kwaliteitscoördinator die meer operationeel werkt of een manager die veeleer strategisch werkt. In ieder geval mag de directie zich niet aan zijn verantwoordelijkheid inzake kwaliteitsbeleid onttrekken. In die zin werd geopteerd voor een meer algemene benadering. Op het symposium van het ministerie van Sociale Zaken in 2002 was de conclusie van de werkgroep Multidisciplinaire kwaliteitsprojecten dat een kwaliteitscoördinator niet verantwoordelijk gesteld kan worden voor het kwaliteitsbeleid.

De directie moet dit bewaken en het is de keuze van de directie om eventueel daarvoor iemand specifiek aan te stellen. Hoe zwaar het kwaliteitsbeleid in middelen en personen uitgebouwd wordt, zal ook afhangen van de grootte van de voorziening. De directie moet hierover oordelen.

De minister onderkent verder het belang om alle bestaande expertise van de koepelorganisaties te bundelen. Zij zullen hun bijdrage in het centrum voor kwaliteitszorg kunnen leveren. De koepelorganisaties zullen een vast aantal vertegenwoordigers in het centrum krijgen. De minister beaamt dat de koepelorganisaties nuttig werk hebben geleverd in de realisatie van het kwaliteitsbeleid. Ze overloopt de middelen die daartoe aan hen werden toegekend in 1998 en 2000 onder de vorm van eenmalige projectsubsidies : de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) ontving tweemaal 1,6 miljoen frank, het Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI) eveneens, de Federatie van Onafhankelijke Senioren tweemaal 800.000 frank, het Vlaams Welzijnsverbond tweemaal 1,234 miljoen frank, VSO (Verbond van Sociale Ondernemingen) tweemaal 717.000 frank en Ferubel (Federatie van rustoorden van België) eenmaal 800.000 frank. De minister zegt dat de koepelorganisaties bewust worden ingeschakeld om hun bijdrage bottom up te leveren. Met het centrum voor kwaliteitszorg wil de minister een cel binnen de administratie die dat bundelt en waar de koepels steeds een plaats zullen hebben. Mevrouw Ingrid van Kessel sprak van de informele netwerkvorming door de koepels. De minister vindt het belangrijk geen overlappende netwerken en initiatieven te hebben. Bij de opbouw van een nieuw decreet is dat geen euvel, maar nu is het belangrijk om sectoroverschrijdende ervaringen te kunnen delen. Een cel binnen de administratie is daarvoor een goede keuze. De projectsubsidies waren destijds bedoeld om expertise op te bouwen, nu komt het erop aan die expertise te bundelen.

Mevrouw Ingrid van Kessel repliceert dat het niet om informele contacten gaat, maar om formele contacten ; de voorzieningen, de leden, richten zich tot een door hen zelf gekozen koepelorganisatie. Spreker kan ermee instemmen dat de koepelorganisaties een plaats krijgen in het centrum, maar de beweging naar beneden, naar de voorzieningen, verloopt het best via de scharnier van de koepelorganisaties. De administratie zal nooit dezelfde dynamiek kunnen ontwikkelen naar het middenveld.

III. Artikelsgewijze bespreking en stemming

HOOFDSTUK I

Algemene bepalingen

Artikel 1

Artikel 1 wordt unaniem met 11 stemmen aangenomen.

Artikel 2

1°

Bij de definitie van “voorziening” vraagt mevrouw Sonja Becq of voorzieningen zoals De Grubbe in Everberg, de OCMW's, het VFSIPH, de comités bijzondere jeugdzorg hieronder vallen. De minister verwijst voor haar antwoord naar een lijst van voorzieningen als bijlage gevoegd bij dit verslag. De heer Roger Van Brusselen, jurist, afdeling ondersteuning werking WVC, antwoordt dat De Strubbe een federale instelling is. Dit ontwerpdecreet is alleen van toepassing op door de Vlaamse Gemeenschap erkende instellingen. Mevrouw Trees Merckx-Van Goey werpt op dat de kwaliteit van de dienstverlening moet beantwoorden aan de Vlaamse kwaliteitseisen ; het zijn Vlaamse ambtenaren die daar werken en toch zijn er andere normen van toepassing. Dat kan niet volgens het lid. De heer Roger Van Brusselen herhaalt dat dit ontwerpdecreet alleen van toepassing is op de door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorzieningen. Op het VFSIPH is het dus ook niet van toepassing, want het is een Vlaamse openbare instelling, niet erkend door de Vlaamse Gemeenschap. Ook de OCMW's vallen er niet onder.

De heer Felix Strackx stelt vast dat de centra voor leerlingenbegeleiding en de organisaties op het vlak van de medisch verantwoorde sportbeoefening niet onder de definitie van voorziening vallen. Bij de vorige decreten werd reeds opgemerkt dat samenwerkingsverbanden zoals de palliatieve netwerken, de samenwerkingsinitiatieven thuiszorg enzovoort, geen echte voorzieningen zijn. Ze verlenen zelf geen zorg, maar staan in voor de coördinatie. Het is wenselijk hen uit dit ontwerpdecreet te lichten. Spreker dient hiertoe een amendement in dat ertoe strekt aan 1°, in fine, toe te voegen :

“ ; de bepalingen van dit decreet zijn evenmin van toepassing op de palliatieve netwerken, op de samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging en op de samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten” (*Parl. St.* VI. Parl. 2002-03, nr. 1719/2, amendement Nr. 1).

De heer Roger Van Brusselen antwoordt namens de minister dat het ontwerpdecreet de twee vroegere decreten samenneemt ; in het kwaliteitsdecreet op de gezondheidsvoorzieningen waren de samenwerkingsverbanden niet uitgesloten. De heer Felix Strackx herinnert eraan dat de VLD-fractie destijds een amendement heeft ingediend om de samenwerkingsverbanden eruit te lichten.

De heer André Moreau beweert dat het VLD-standpunt niet gewijzigd is. De VLD is voorstander om de wetgeving zo eenvoudig en duidelijk mogelijk te maken. Daar moet nog veel aan gesleuteld worden. Als het niet nodig is de samenwerkingsverbanden in te schrijven in dit ontwerpdecreet, dan moet dit niet. De wetgeving moet niet onnodig verzaamd worden ; er zijn ook nog de uitvoeringsbesluiten.

Amendement Nr. 1 wordt verworpen met 7 stemmen tegen 2 bij 2 onthoudingen.

3°

Bij de definitie van gebruiker vraagt mevrouw Sonja Becq wat begrepen wordt onder een natuurlijk persoon of een rechtspersoon. Over welke rechtspersonen gaat het hier en ten aanzien van wie ?

De heer Felix Strackx is van oordeel dat de definitie van gebruiker ruimer moet zijn dan de persoon zelf die een beroep doet op een voorziening. Ook de naaste omgeving (familie, vrienden) is betrokken bij het zorgproces. Hij is er voorstander van de definitie zo ruim mogelijk te maken en dient een amendement in dat ertoe strekt aan 3° in fine toe te voegen :

“en iedereen uit zijn of haar naaste omgeving die naar aanleiding hiervan met de voorziening en het zorgproces in aanraking komt” (*Parl. St.* VI. Parl. 2002-03, nr. 1719/2, amendement Nr. 2).

De minister is van oordeel dat het ontwerpdecreet de nodige ruimte laat voor een brede interpretatie. Ook de huisarts kan bijvoorbeeld een gebruiker zijn. De uitvoeringsbesluiten, die specifiek op de verschillende sectoren zullen inspelen, zullen de definitie van gebruiker verfijnen. De gebruiker kan

immers variëren naar gelang de verschillende sectoren. Mevrouw Sonja Becq concludeert dat het de gebruiker kan zijn met heel zijn omgeving, maar dat de uitvoeringsbesluiten die definitie zullen verfijnen. Spreker uit ook haar bezorgdheid dat de definitie in het ontwerpdecreet daarvoor ruim genoeg moet zijn.

Tegelijk ingaand op de vraag over de rechtspersoon antwoordt de heer Roger Van Brusselen namens de minister dat de gebruiker ook zo werd gedefinieerd in het vroegere kwaliteitsdecreet voor de welzijnsvoorzieningen. Het is dus al wie een beroep doet op : dat kan de cliënt zelf zijn of iemand die namens hem optreedt. De minister voegt eraan toe dat één voorziening gebruiker kan zijn bij een andere voorziening.

Amendement Nr. 2 wordt verworpen met 7 stemmen tegen 2 bij 2 onthoudingen.

Artikel 2 wordt aangenomen met 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

HOOFDSTUK II

Missie

Artikel 3

Paragraaf 1 bepaalt dat elke voorziening verplicht is verantwoorde zorg te geven aan elke gebruiker zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, enzovoort. Mevrouw Sonja Becq vraagt of die bepaling geen problemen kan opleveren voor bijvoorbeeld de gemeenschapsinstellingen in de bijzondere jeugdzorg die exclusief voor meisjes of jongens openstaan. De heer Roger Van Brusselen antwoordt namens de minister dat de zinsnede “overeenkomstig haar opdracht” hier cruciaal is in de interpretatie van deze bepaling.

Volgens de heer Felix Strackx is hét pijnpunt van het ontwerpdecreet (net als bij het vorig decreet) de omschrijving van verantwoorde zorg. Een van de aspecten van verantwoorde zorg is de doelmatigheid. Spreker verwijst naar de omschrijving van doelmatigheid in de memorie van toelichting. Doelmatigheid wordt gekoppeld aan rendement. Rendement, het principe van tijd is geld in de zorgsector, kan tot mensonwaardige toestanden leiden.

Er is aangetoond dat het spreekwoord ‘voorkomen is beter dan genezen’ economisch gezien niet op-

gaat. Genezen is vaak voor de samenleving goedkoper dan te voorkomen. Als men dit koppelt aan het principe van rendement is het gevaarlijk dit in een ontwerpdecreet in te schrijven. Hoe moet men verantwoorde zorg verstaan ? Is het verantwoord aan een tachtigjarige een coronaire overbrugging te geven ? Dat is aanleiding van een ethisch debat waar men niet snel uit zal komen. Het is ook juridisch aanvechtbaar. De maatschappelijke aanvaardbaarheid (versta : de financiële kost) kan in conflict komen met het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Spreker vraagt zich ook af hoe ver dit zelfbeschikkingsrecht reikt.

Spreker is er voorstander van de woorden ‘de best mogelijke zorg’ te hanteren. Hij dient daartoe een amendement in dat ertoe strekt in § 1, op de vierde regel, het woord “verantwoorde” te vervangen door de woorden “de best mogelijke” (*Parl. St. VI. Parl. 2002-03, nr. 1719/2, amendement Nr. 3*).

De heer Van Duppen heeft gelijk als hij beweert dat die terminologie ook voor discussie vatbaar is, maar toch te verkiezen is boven ‘verantwoorde zorg’, meent de heer Felix Strackx. Drie experts bijvoorbeeld kunnen wel akkoord zijn over de best mogelijke zorg in bepaalde omstandigheden, terwijl maatschappelijke aanvaardbaarheid niet door drie mensen beoordeeld kan worden ; die discussie is overloos.

De heer André Moreau meent dat dit verhaal ook in het verleden aan bod is gekomen. De vraag van de heer Strackx botst niet met de doelstellingen van de voorzieningen. Zij vragen meer middelen. Natuurlijk is betere zorg mogelijk met meer middelen. Maar de overheid moet keuzes maken in de verdeling van de beschikbare middelen. Dat is de spanning tussen ‘verantwoorde zorg’ en de ‘best mogelijke zorg’. Men moet realistisch zijn : de middelen zijn nu eenmaal beperkt.

Mevrouw Sonja Becq begrijpt de discussie over verantwoorde zorg, maar het alternatief dat de heer Strackx voorstelt is geen oplossing. De best mogelijke zorg wordt ook bepaald door het beschikbare budget en de omstandigheden. De keuzes worden sowieso gemaakt. De vraag is echter wie zal bepalen wat de verantwoorde zorg inhoudt ?

Het debat over de maatschappelijke aanvaardbaarheid is een interessant debat, vindt mevrouw Ingrid van Kessel. Zeker in de toekomst zal men er misschien nog meer mee geconfronteerd worden. Wat met de verantwoordelijkheid van rokers, van mensen met obesitas, bij ingrepen op zeer hoge leef-

tijd... ? Dit debat is relevant zeker als de stijging van het budget voor gezondheidszorg gekoppeld wordt aan de economische groei, zoals de VLD voorstaat.

Volgens de minister staat men voor de vraag welke zorg men wil, en door wie dat wordt bepaald en opgenomen. Eind 2003 wordt een zorgcongres gepland waar het de bedoeling is deze begrippen beter te definiëren. Dat neemt niet weg dat met dit ontwerpdecreet gekozen werd voor een bepaald concept. Mevrouw Katrien Eggers, kabinetsmedewerker, zegt namens de minister dat verantwoorde zorg een veranderlijk begrip is in tijd en ruimte. Wat tien jaar geleden als verantwoord werd beschouwd, kan dat nu niet meer zijn. Het is dus een definitie die voortdurend geactualiseerd moet worden. Daarom is het belangrijk dat een aantal criteria worden vastgelegd voor verantwoorde zorg. Criteria zijn doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Verantwoorde zorg is ook veranderlijk in ruimte naargelang de sector. Zo werden bij het vorige kwaliteitsdecreet voor de welzijnssector de criteria door de sector ingevuld. Daaraan werden sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen gekoppeld. Dit moet bij tijd en wijle aangepast worden.

Mevrouw Katrien Eggers, kabinetsmedewerker, zegt verder dat de woorden ‘best mogelijke zorg’ geen garantie bieden voor de gebruikersgerichtheid. Verantwoorde zorg met de genoemde criteria zoals doelmatigheid enz. bevat alle kenmerken van goede zorg. Wat doelmatigheid betreft verwijst mevrouw Eggers naar de evidence based zorg, dus gebaseerd op wetenschappelijke evidentie.

Mevrouw Sonja Becq begrijpt dat de sector mee zal bepalen o.m. via de minimale kwaliteitseisen, wat verantwoorde zorg inhoudt. Waar is dat echter in het ontwerpdecreet verankerd ?

Naar analogie met amendement Nr. 3 heeft de heer Felix Strackx een amendement ingediend dat ertoe strekt in § 2, op de eerste regel, het woord “verantwoorde” te vervangen door de woorden “de best mogelijke” (*Parl. St. VI. Parl. 2002-03, nr. 1719/2, amendement Nr. 4*).

De heer Felix Strackx heeft ook een amendement ingediend dat ertoe strekt in § 2, op de eerste regel, na het woord “voldoet”, de woorden “onder meer” in te voegen (*Parl. St. VI. Parl. 2002-03, nr. 1719/2, amendement Nr. 5*). Door de invoeging van ‘onder meer’ wordt de omschrijving van ‘best mogelijke

zorg’ niet meer limitatief. De amendementen moeten dus samen gelezen worden.

Hetzelfde lid heeft tevens een amendement ingediend dat ertoe strekt in § 2, op de derde en vierde regel, de woorden “maatschappelijke aanvaardbaarheid” te schrappen (*Parl. St. VI. Parl. 2002-03, nr. 1719/2, amendement Nr. 6*). De maatschappelijke aanvaardbaarheid wordt heel sterk bepaald door de financiële middelen die voorhanden zijn. Velen zijn bijvoorbeeld niet bereid hun bijdrage te betalen voor de zorgverzekering. Voor velen is iets maatschappelijk aanvaardbaar zolang het maar niets kost. Het lid verwijst ook naar het ontwerpdecreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid waar volgens hem het begrip maatschappelijke aanvaardbaarheid beter omschreven wordt in de memorie van toelichting (*Parl. St. VI. Parl. 2002-03, nr. 1709/1, blz. 37*).

Mevrouw Ria Van Den Heuvel en de heren Jan Van Duppen, Jan Roegiers en Koen Helsen dienen een amendement in dat ertoe strekt in § 2, laatste regel, tussen de woorden “gebruiker” en “gewaarborgd”, de woorden “en iedere belanghebbende uit zijn leefomgeving” in te voegen (*Parl. St. VI. Parl. 2002-03, nr. 1719/3, amendement Nr. 10*). Het is belangrijk dat de gebruiker in zijn of haar context beschouwd wordt en dat iedereen van zijn of haar leefomgeving erbij betrokken wordt.

De heer Felix Strackx merkt op dat dit in de definitie van gebruiker had moeten worden opgenomen.

Paragraaf 3 bepaalt dat de gebruikers en de voorzieningen elk hun aandeel hebben in de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg. Mevrouw Sonja Becq mist hier het aandeel van de overheid die mee instaat voor de financiering. Schaarste bepaalt mee de zorg. Wat zijn de consequenties van de bepaling in § 3 ? Mevrouw Katrien Eggers, kabinetsmedewerker, verduidelijkt dat de bepaling de samenspraak tussen de voorziening en de gebruiker wil benadrukken. Beide hebben een aandeel in de kwaliteit van de zorg ; spreker denkt bijvoorbeeld aan therapietrouw, voldoende informatie vanwege de zorgverlener. De bepaling wordt ook ingeschreven om de zorgverstrekkers te beschermen. Gebruikersgerichtheid is zeer belangrijk, anderzijds moeten ook de zorgverleners goed ‘verzorgd’ worden. Dat is primordiaal voor een kwaliteitsvolle zorg.

Mevrouw Sonja Becq stemt volledig in met dit laatste, maar tegelijkertijd blijft er een verantwoordelijkheid van de overheid. Anderzijds vraagt het lid naar de juridische consequenties van het in-

schrijven van een ‘filosofische beschouwing’. Is het wel opportuun om dit in een decreet in te schrijven ?

De minister antwoordt dat dit ontwerpdecreet in eerste instantie de relaties tussen de voorzieningen en de gebruikers regelt, door daaraan bepaalde kwaliteitsgaranties te koppelen. Het debat is echter opengetrokken door de leden : natuurlijk zijn vele partners verantwoordelijk in het mogelijk maken van een goed zorgaanbod. De overheid neemt zijn verantwoordelijkheid op door het bewaken van de uitvoering van dit ontwerpdecreet en door de nodige middelen vrij te maken, maar dat is niet de essentie van het ontwerpdecreet.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel en de heren Jan Van Duppen, Jan Roegiers en Koen Helsen dienen een amendement in dat ertoe strekt aan § 3, in fine, het volgende toe te voegen : “, onverminderd de verantwoordelijkheid van de overheid” (*Parl. St. VI. Parl. 2002-03, nr. 1719/3, amendement Nr. 11*). Mevrouw Ria Van Den Heuvel verduidelijkt dat naast de voorziening en gebruiker de overheid de derde partner is in het organiseren en garanderen van kwaliteit in de voorzieningen.

Volgens mevrouw Sonja Becq sluit dit amendement aan bij haar vroegere opmerking. Toch blijft zij op haar honger zitten. Dit is een algemene verklaring, maar welke rechtsgevolgen worden daaraan verbonden ? De heer Roger Van Brusselen, neemt aan dat het veeleer een louter statement is dan een bepaling met juridische consequenties. Toch is het ook een waarborg voor de voorzieningen dat zij niet exclusief verantwoordelijk zijn. Mevrouw Sonja Becq blijft erbij dat dit thuishoort in de toelichting.

Amendement Nr. 3 en amendement Nr. 4 worden verworpen met 9 stemmen tegen 2.

Amendement Nr. 5 en amendement Nr. 6 worden verworpen met 7 stemmen tegen 2 bij 3 onthoudingen.

Amendement Nr. 10 en amendement Nr. 11 worden unaniem met 12 stemmen aangenomen.

Artikel 3, aldus geamendeerd, wordt aangenomen met 10 stemmen tegen 2.

HOOFDSTUK III

Intern kwaliteitsbeleid

Artikel 4

Artikel 4 wordt aangenomen met 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

Artikel 5

De heer Felix Strackx is de mening toegedaan dat de term kwaliteitshandboek een omvangrijk werkstuk suggereert. Hij stelt voor om in de plaats daarvan de term handleiding te hanteren en dient een amendement in die zin in (*Parl. St. VI. Parl. 2002-03, nr. 1719/2, amendement Nr. 7*). De minister antwoordt dat zij er de voorkeur aan geeft dezelfde terminologie te hanteren als in de vorige kwaliteitsdecreten. Dat komt de herkenbaarheid ten goede. De heer Felix Strackx vindt dat geen argument. Het is beter de tekortkomingen uit de vorige decreten te lichten.

Amendement Nr. 7 wordt verworpen met 11 stemmen tegen 2.

Artikel 5 wordt aangenomen met 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

Artikel 6

Mevrouw Ingrid van Kessel vindt het een goede evolutie dat er meer verantwoordelijkheid wordt gelegd bij de voorzieningen zelf. Anderzijds bepaalt artikel 6 dat de Vlaamse regering vereisten kan opleggen per sector. Hoe verhouden artikel 5 en 6 zich tot elkaar ? Hoe ver reikt de verantwoordelijkheid van de voorzieningen ? Belangrijk is § 3 die bepaalt dat de vereisten enkel na overleg met de sector kunnen worden vastgelegd. De Sociaal-economische raad voor Vlaanderen (SERV) vroeg zich af of het overleg met de sector niet uitdrukkelijker moet worden verwoord, namelijk “in” overleg met de sector. Mevrouw van Kessel valt niet over de woordkeuze in het ontwerpdecreet, maar

ze vindt het wel belangrijk dat de verdere invulling van de prioritaire aspecten van zorg in overleg met de sector moet gebeuren.

Mevrouw Katrien Eggers, kabinetsmedewerker, verwijst naar het rapport over de evaluatie van het kwaliteitsbeleid in de verzorgingsvoorziening waarin kritische bedenkingen werden geformuleerd over het werken met verplichte thema's. Bij het opstellen van dit ontwerpdecreet werd daarmee rekening gehouden. Het vertrekt vanuit de visie dat de invulling van het kwaliteitsbeleid een zaak is van de voorziening zelf. De overheid legt geen systemen of thema's op, maar voorziet wel in een kader. Het is aan de voorziening om de resultaten van haar kwaliteitsbeleid aan te tonen via zelfevaluatie. De overheid evalueert die zelfevaluatie zonder daarbij in detail te treden. Het interessante van het werken met verplichte thema's is de mogelijkheid tot vergelijken, benchmarking; het kan een belangrijke bron van informatie zijn. Uit de ervaring met het werken met verplichte thema's en de eraan gekoppelde indicatoren in de verzorgingsvoorzieningen blijkt dat aan heel wat voorwaarden voldaan moet worden om te kunnen vergelijken, om het voordeel van benchmarking te kunnen realiseren. Het nodige cijfermateriaal werd echter niet gerealiseerd. Vandaar het voorstel om te werken met een lijst van aspecten van zorg. De Vlaamse regering zal een aantal aspecten van zorg opleggen en daaraan indicatoren koppelen, waarbij dit keer er goed over gewaakt moet worden dat ze wetenschappelijk onderbouwd zijn en degelijk cijfermateriaal opleveren zodat benchmarking wel mogelijk is. Een van de tools is de voorzieningen de vrijheid te laten welke aspecten ze kiezen. De voorzieningen zullen dus zelf kunnen kiezen uit een lijst die samen met hen werd opgesteld. Ook de indicatoren worden in samenspraak met de sector opgesteld, weliswaar in samenwerking met de wetenschappelijke wereld. Het cijfermateriaal zal degelijk zijn, maar wel steekproefsgewijs. Op die manier wordt responsabilisering van de voorziening gecombineerd met het aantoonbaar maken van de resultaten.

Mevrouw Ingrid van Kessel meent dat het hantieren en registreren van indicatoren makkelijker is in de gezondheidssector. De ziekenhuizen bijvoorbeeld zijn zelf voorstander van eenduidige indicatoren. De welzijnssector staat daar anders tegenover. Mevrouw Katrien Eggers zegt dat de vorige decreten twee verschillende processen op gang gebracht hebben. De welzijnssector heeft de aspecten van zorg zelf al benoemd, maar stuit nu op het probleem dat ze die sectorspecifieke kwaliteitseisen

niet meetbaar gemaakt heeft. In de toekomst zullen zij daar zelf vragende partij voor zijn.

Artikel 6 wordt aangenomen met 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

Mevrouw Ingrid van Kessel, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en mevrouw Ilse Van Eetvelde hebben een amendement ingediend dat ertoe strekt een nieuw hoofdstuk IIIbis in te voegen, bestaande uit een artikel 6bis, dat luidt als volgt:

“HOOFDSTUK IIIbis

Centrum voor kwaliteitszorg in de welzijns- en gezondheidszorg

Artikel 6bis

§ 1. De Vlaamse regering richt een Centrum voor kwaliteitszorg in de welzijns- en gezondheidszorg op, hierna het Centrum te noemen.

§ 2. Het Centrum ontwikkelt zich tot een expertisecentrum ten dienste van alle bij de kwaliteitszorg betrokken actoren.

§ 3. Het Centrum doet, met het oog op de ontwikkeling van de expertise zoals bedoeld in § 2, een beroep op de koepelorganisaties van de welzijns- en gezondheidszorg voor de concrete ondersteuning van de voorzieningen bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid.”

(*Parl. St.* VI. Parl. nr. 1719/3, amendement Nr. 9)

Mevrouw Ingrid van Kessel verwijst naar haar vraag in de algemene bespreking over de plaats van het centrum voor kwaliteitszorg en de verhouding met de voorzieningen. De samenwerking met de koepelorganisaties werd door de minister voorgesteld als een tijdelijk project, maar het lid pleit ervoor dit te behouden voor hun scharnierfunctie.

De minister wijst erop dat de oprichting van het centrum niet in een decreet hoort omdat het binnen de administratie wordt opgericht. Verder verwijst zij naar haar antwoord in de algemene bespreking. De koepels hebben een vast aantal zetels in de technische commissie van het centrum. Mevrouw Ingrid van Kessel vraagt of de minister uitsluit dat een beroep wordt gedaan op de koepels voor de doorsijpeling van het decreet op alle ni-

veaus. De minister antwoordt dat de koepelorganisaties zelf vragende partij zijn om in het centrum zitting te hebben. Natuurlijk is doorsijpeling wenselijk, maar niet de voortzetting van de projectsubsidies die een tijdelijke oefening waren in uitvoering van het vorige kwaliteitsdecreet voor de welzijnsvoorzieningen.

Amendement nr. 9 wordt verworpen met 8 stemmen tegen 5.

HOOFDSTUK IV

Toezicht en evaluatie

Artikel 7

Mevrouw Ingrid van Kessel komt terug op haar vraag in de algemene bespreking over de afstemming tussen het federale en het Vlaamse niveau. Verder vraagt het lid wie de gemachtigden van de Vlaamse regering zijn. Mevrouw Katrien Eggers, kabinetsmedewerker, verduidelijkt dat het momenteel in de praktijk gaat om de inspectieteams van de respectievelijke administraties.

Hetzelfde lid vraagt om verduidelijking over het benchmarkingsysteem. Het ontwerpdecreet voorziet alleen een terugkoppeling naar de voorziening zelf : “dat evaluatierapport moet op actieve wijze aan de inrichtende macht, de medewerkers en de gebruikers van de voorziening bekend gemaakt worden”. De heer Jan Van Duppen sprak zich in de algemene bespreking uit voor een publieke bekendmaking. Wat is de visie van de minister ? Hoe ziet zij de benchmarking ? De minister antwoordt dat de huidige evaluatierapporten vooral voor intern gebruik zijn opgesteld. Het ontwerpdecreet wil die evaluatierapporten ook voor de gebruikers toegankelijk maken. Dat houdt vooreerst in dat ze ook meer begrijpelijk opgesteld moeten worden en ook meer evenwichtig, in die zin dat naast de negatieve punten, ook de positieve punten opgenomen moeten worden, hetgeen nu nog niet het geval is. Mevrouw Katrien Eggers, kabinetsmedewerker, voegt eraan toe dat de rapporten momenteel wel opvraagbaar zijn, maar dat dit voor de gebruiker een te hoge drempel is. Met ‘op actieve wijze bekend maken’ wordt bedoeld dat de drempel verlaagd moet worden ; dat de gebruiker niet meer het initiatief moet nemen , maar dat het rapport bijvoorbeeld ter inzage zal liggen.

Artikel 7 wordt aangenomen met 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

Artikel 8

De heer Felix Strackx vindt een zesjaarlijkse verslaggeving aan het parlement te weinig frequent. Hij vindt de huidige frequentie, nl. om de drie jaar beter. Hij dient een amendement in die zin in (*Parl. St. VI. Parl. 2002-03, nr. 1719/2, amendement Nr. 8*). Mevrouw Ingrid van Kessel kan zich vinden in een langere periode, maar vraagt of die niet kan samenvallen met de parlementaire zittingsperiode, namelijk een verslag om de vijf jaar. De minister antwoordt dat dit het overwegen waard is.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel en de heren Jan Van Duppen, Jan Roegiers en Koen Helsen dienen een amendement in dat ertoe strekt op de eerste regel, het woord “zesjaarlijks” te vervangen door de woorden “eenmaal per legislatuur” (*Parl. St. VI. Parl. 2002-03, nr. 1719/3, amendement Nr. 12*).

De heer Felix Strackx trekt zijn vorig amendement (Nr. 8) in en dient een nieuw amendement in dat ertoe strekt op de eerste regel, het woord “zesjaarlijks” vervangen door de woorden “vijfjaarlijks, of tenminste eenmaal per legislatuur” (*Parl. St. VI. Parl. 2002-03, nr. 1719/3, amendement Nr. 13*). Ook dit amendement trekt hij terug in.

Amendement Nr. 12 wordt unaniem aangenomen met 13 stemmen.

Artikel 8, aldus geamendeerd, wordt aangenomen met dezelfde stemuitslag.

HOOFDSTUK V

Sancties

Artikelen 9, 10 en 11

Conform artikel 11 kan de Vlaamse regering een aantal verplichting opleggen aan de voorzieningen, bijvoorbeeld het volgen van een aangepast begeleidingsprogramma georganiseerd door een externe instantie. Mevrouw Ingrid van Kessel vraagt om verduidelijking. Mevrouw Katrien Eggers, kabinetsmedewerker, antwoordt namens de minister dat voorzieningen gemotiveerd zullen worden om een begeleidingsprogramma te volgen als blijkt dat

ze daardoor wel aan bepaalde kwaliteitseisen zouden kunnen beantwoorden. Het lid wil graag weten wie een dergelijk begeleidingsprogramma zal opzetten. Mevrouw Katrien Eggers antwoordt dat verwezen kan worden naar bestaande initiatieven.

De artikel 9, 10 en 11 worden aangenomen met 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

HOOFDSTUK VI

Opheffings- en overgangsbepalingen

Artikelen 12 en 13

Bij artikel 12 over de opheffing van de bestaande regelgeving en artikel 14 over de inwerkingtreding van het nieuwe decreet wil mevrouw Sonja Becq weten of er voor de sectoren die nu al bezig zijn met de uitvoering van de vorige decreten, veel zal veranderen. Het lid vraagt respect voor hetgeen reeds is opgebouwd en vraagt de reeds gedane inspanningen niet te sancioneren. In hoeverre zullen de sectoren betrokken worden bij de overgang naar het nieuwe decreet ? Mevrouw Katrien Eggers zegt dat zoveel mogelijk voortgebouwd wordt op het reeds geleverde werk. De sector van de verzorgingsvoorzieningen echter wil graag zo vlug mogelijk naar een nieuwe regeling. Het overleg met die sector wordt gestart zodat het nieuwe ontwerp-decreet zo vlug mogelijk in werking kan treden. De welzijnssector moet volgens het oude decreet pas tegen 1 januari 2005 een eerste kwaliteitshandboek indienen. Het is logisch dat dit ontwerpdecreet voor hen niet voor die datum in werking kan treden. De referentiegroep kwaliteitszorg in de welzijnssector werd uitgebreid naar de verzorgingssector en zal kortelings de timing per sector vastleggen voor de uitvoering van het ontwerpdecreet.

De artikelen 12 en 13 worden aangenomen met 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

HOOFDSTUK VII

Slotbepalingen

Artikel 14

Artikel 14 wordt aangenomen met dezelfde stemuitslag.

IV. Stemming over het geheel

Het ontwerpdecreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen wordt aangenomen met 11 stemmen tegen 2.

De heer Felix Strackx verklaart dat de VB-fractie om twee redenen heeft tegengestemd. Ten eerste is Vlaanderen niet volledig bevoegd voor de gezondheidszorg en zorgt werken aan kwaliteitszorg voor een transfer van middelen naar Wallonië. Ten tweede is artikel 3 dermate onaanvaardbaar.

De verslaggevers,

Ingrid VAN KESSEL
Jan VAN DUPPEN

De voorzitter,

Koen HELSEN

TEKST AANGENOMEN DOOR DE COMMISSIE

HOOFDSTUK I

Algemene bepalingen

Artikel 1

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Artikel 2

Voor de toepassing van dit decreet wordt verstaan onder :

- 1° voorziening : een organisatie die erkend is door de Vlaamse Gemeenschap en die activiteiten uitoefent op het domein van de zorgverstrekking, de gezondheidsopvoeding, de preventieve gezondheidszorg, het gezin, het maatschappelijk welzijn, het onthaal en de integratie van inwijkelingen, de personen met een handicap, de bejaarden, de jeugdbescherming, en de sociale hulpverlening aan gedetineerden met het oog op hun sociale reïntegratie, bedoeld in artikel 5, § 1, I en II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, met uitzondering van organisaties die activiteiten uitoefenen op het domein van het medisch verantwoord sporten en centra voor leerlingenbegeleiding ;
- 2° zorg : zorg-, dienst- of hulpverlening, verstrekt door een voorziening ;
- 3° gebruiker : een natuurlijke persoon of een rechtspersoon die, al dan niet vrijwillig, een beroep doet op een voorziening ;
- 4° sector : een domein als bedoeld in 1° of een onderdeel ervan.

HOOFDSTUK II

Missie

Artikel 3

§ 1. Onverminderd de naleving van de erkenningsnormen die op haar van toepassing zijn, is een voorziening, overeenkomstig haar opdracht, verplicht aan iedere gebruiker verantwoorde zorg te verstrekken, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, van ras of geaardheid en zonder onderscheid van de vermogenstoestand van de betrokkene.

§ 2. De verantwoorde zorg, bedoeld in § 1, voldoet aan de vereisten van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Bij het verstrekken van die zorg zijn respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit, de bejegening, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en -behandeling, de informatie aan en de inspraak van de gebruiker en iedere belanghebbende uit zijn leefomgeving gewaarborgd.

§ 3. Voorzieningen en gebruikers hebben elk een aandeel in de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg, onverminderd de verantwoordelijkheid van de overheid.

HOOFDSTUK III

Intern kwaliteitsbeleid

Artikel 4

Elke voorziening doet aan kwaliteitszorg, gericht op verantwoorde zorg als bedoeld in artikel 3. Kwaliteitszorg is dat deel van de managementfunctie dat bepalend is voor het vaststellen en uitvoeren van het kwaliteitsbeleid, bedoeld in artikel 5, § 1. Voor het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid zijn een kwaliteitsmanagementsysteem als bedoeld in artikel 5, § 2, en een zelfevaluatie als bedoeld in artikel 5, § 3, nodig.

Artikel 5

§ 1. Het kwaliteitsbeleid omvat de intenties van een voorziening met betrekking tot kwaliteit en wegen daar naartoe, formeel uitgedrukt in een verklaring van het management. Het kwaliteitsbeleid dient in overeenstemming te zijn met het algemeen beleid van de voorziening en moet een basis leggen voor formulering van de kwaliteitsdoelstellingen. Het steunt op de deelname van alle medewerkers en streeft naar voordelen voor de gebruikers, de medewerkers, de voorziening en de samenleving. Het kwaliteitsbeleid bestaat uit ten minste een missie, een visie, doelstellingen en een strategie.

§ 2. Het kwaliteitsmanagementsysteem is nodig voor de vaststelling en uitwerking van het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsdoelstellingen en om die doelstellingen vervolgens te bereiken. Het systeem bestaat uit de organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures en processen.

§ 3. Een zelfevaluatie is een systematische evaluatie van de processen, structuren en resultaten van de voorziening en wordt door de voorziening zelf verwezenlijkt. De voorziening toont door middel van een zelfevaluatie aan hoe ze haar processen, structuren en resultaten bewaakt, beheerst en voortdurend verbetert.

In deze zelfevaluatie toont de voorziening minimaal aan :

- 1° hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de kwaliteit van de zorg ;
- 2° hoe ze de gegevens, bedoeld in 1°, aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren ;
- 3° welk stappenplan met tijdspad ze opstelt om de doelstellingen, bedoeld in 2°, te bereiken ;
- 4° hoe en met welke frequentie ze evalueert of de doelstellingen bereikt zijn ;
- 5° welke stappen ze onderneemt indien een doelstelling niet bereikt is.

§ 4. Het kwaliteitsbeleid, het kwaliteitsmanagementsysteem en de zelfevaluatie krijgen gestalte in een kwaliteitshandboek, dat bekrachtigd wordt door de hoogste leiding binnen de voorziening.

Artikel 6

§ 1. Per sector kan de Vlaamse regering vereisten opleggen met betrekking tot het kwaliteitshandboek, bedoeld in artikel 5, § 4.

§ 2. Per sector kan de Vlaamse regering een lijst opstellen van aspecten van zorg die een bijzondere maatschappelijke waarde hebben. In dat geval bepaalt de Vlaamse regering :

- 1° de wijze waarop de voorzieningen met betrekking tot die aspecten van zorg systematisch gegevens verzamelen, registreren en ter beschikking stellen, onverminderd de toepassing van de wetgeving tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten aanzien van de verwerking van persoonsgegevens ;
- 2° het minimum aantal aspecten van zorg uit de door haar opgestelde lijst, die de voorzieningen in de zelfevaluatie moet opnemen.

§ 3. De vereisten, bedoeld in § 1, alsook de lijst van aspecten van zorg, de wijze van verzamelen, registreren en ter beschikking stellen van gegevens en het minimum aantal in de zelfevaluatie op te nemen aspecten van zorg, bedoeld in § 2, kunnen enkel na overleg met de betrokken sectoren worden bepaald. Daarbij wordt er rekening gehouden met de aard en de grootte van de voorzieningen.

HOOFDSTUK IV

Toezicht en evaluatie

Artikel 7

§ 1. De Vlaamse regering organiseert het toezicht op de naleving van de bepalingen van dit decreet en van de besluiten die krachtens dit decreet zijn genomen.

Een voorziening stelt aan de Vlaamse regering alle gegevens ter beschikking die voor het toezicht noodzakelijk zijn. Ze staat de gemachtigden van de Vlaamse regering toe ter plaatse de kwaliteit van de zorg en de kwaliteitszorg te evalueren en alle stappen te ondernemen die daarvoor nodig zijn.

Met het oog op het toezicht en de evaluatie, bedoeld in het eerste en het tweede lid, kan de Vlaamse regering per sector bepalen welke gegevens de voorzieningen dienen te verzamelen en te

registreren en op welke wijze ze die gegevens verzamelen, registreren en ter beschikking stellen, onverminderd de toepassing van de wetgeving tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten aanzien van de verwerking van persoonsgegevens.

§ 2. De evaluatie, bedoeld in § 1, tweede lid, is een beoordeling die op basis van stukken en op een objectiverende wijze bepaalt in welke mate de voorziening de kwaliteit van de zorg waarborgt ten aanzien van geëxpliciteerde vereisten. Elke evaluatie resulteert in een evaluatierapport. Dat evaluatierapport moet op actieve wijze aan de inrichtende macht, de medewerkers en de gebruikers van de voorziening bekend gemaakt worden.

Artikel 8

De Vlaamse regering informeert eenmaal per legislatuur het Vlaams Parlement door middel van een verslag over de kwaliteit van de zorg die door de voorzieningen wordt verstrekt. Dat verslag bevat een samenvatting van de evaluatierapporten, bedoeld in artikel 7, § 2, en een globale evaluatie van de kwaliteitszorg van de voorzieningen.

HOOFDSTUK V

Sancties

Artikel 9

Onverminderd de toepassing van de erkenningsnormen, kan een erkenning enkel worden behouden of verlengd, als de voorziening voldoet aan de bepalingen van dit decreet en van de besluiten die krachtens dit decreet zijn genomen.

De Vlaamse regering kan per sector bepalen dat, indien een voorziening niet aan de in het eerste lid bedoelde bepalingen voldoet, de erkenning niettemin kan worden behouden of verlengd voor een door haar te bepalen maximumtermijn, op voorwaarde dat de voorziening zich ertoe verbindt om binnen die termijn aan de bepalingen te voldoen. Voor het bepalen van de maximumtermijn kan de Vlaamse regering rekening houden met de aard van de voorziening.

Artikel 10

§ 1. Onverminderd de toepassing van artikel 9 kan aan een voorziening die niet voldoet aan de bepalingen van dit decreet en van de besluiten die krachtens dit decreet zijn genomen, een administratieve geldboete van 100 tot 100.000 euro worden opgelegd.

Het bedrag van de opgelegde administratieve geldboete wordt vastgesteld met inachtneming van het aantal en de ernst van de inbreuken op die bepalingen.

Een administratieve geldboete kan slechts aan een voorziening worden opgelegd nadat :

- 1° de voorziening werd aangemaand om zich binnen een bepaalde termijn aan de niet-nageleefde bepalingen te conformeren ;
- 2° de voorziening zich binnen de bepaalde termijn niet aan die bepalingen heeft geconformeerd ;
- 3° de voorziening de gelegenheid heeft gehad om te worden gehoord.

De Vlaamse regering bepaalt de nadere regels voor het opleggen en het betalen van de administratieve geldboete. Ze wijst de ambtenaren aan die de geldboete kunnen opleggen.

§ 2. Indien een voorziening de opgelegde administratieve geldboete niet tijdig betaalt, wordt de geldboete bij dwangbevel ingevorderd. De Vlaamse regering wijst de ambtenaren aan die een dwangbevel kunnen geven en uitvoerbaar verklaren. Een dwangbevel wordt betekend bij deurwaardersexploot met bevel tot betaling.

§ 3. De vordering tot voldoening van de administratieve geldboete verjaart na verloop van vijf jaar, te rekenen vanaf de dag waarop ze is ontstaan. De verjaring wordt gestuit op de wijze en onder de voorwaarden, bepaald in artikel 2244 en volgende van het Burgerlijk Wetboek.

Artikel 11

De Vlaamse regering kan aan een voorziening verplichtingen opleggen met het oog op het voldoen, binnen de bepaalde termijn, bedoeld in artikel 9, tweede lid, en artikel 10, § 1, derde lid, 1° en 2°, aan de bepalingen van dit decreet en van de besluiten die krachtens dit decreet zijn genomen.

HOOFDSTUK VI

Opheffings- en overgangsbepalingen

Artikel 12

§ 1. De volgende regelgeving wordt opgeheven :

1° het decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen ;

2° het decreet van 29 april 1997 inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen, gewijzigd bij het decreet van 22 december 1999.

§ 2. De Vlaamse regering bepaalt de maatregelen die nodig zijn om de overgang van de in § 1 vermelde decreten naar dit decreet op een coherente manier te laten verlopen.

§ 3. De uitvoeringsbesluiten van de in § 1 vermelde decreten blijven van kracht totdat ze opgeheven worden. Voor de toepassing van artikelen 7, 9, 10 en 11 worden ze gelijkgesteld met besluiten die krachtens dit decreet zijn genomen.

Artikel 13

In afwijking van artikel 9 kan de erkenning van een voorziening die activiteiten uitoefent op het domein van het gezin, het maatschappelijk welzijn, het onthaal en de integratie van inwijkelingen, de personen met een handicap, de bejaarden, de jeugdbescherming of de sociale hulpverlening aan gedetineerden met het oog op hun sociale reïntegratie, bedoeld in artikel 5, § 1, II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, en die niet voldoet aan de bepalingen van dit decreet en de besluiten die krachtens dit decreet zijn genomen, behouden blijven of verlengd worden zolang de termijn, bedoeld in artikel 7, § 2, van het decreet van 29 april 1997 inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen, niet is verstreken. Tot zolang kunnen ten aanzien van die voorzieningen artikelen 10 en 11 niet worden toegepast.

HOOFDSTUK VII

Slotbepaling

Artikel 14

De Vlaamse regering bepaalt per sector de datum waarop dit decreet in werking treedt.

BIJLAGE

Parlementaire vraagstelling mevr. Sonia Becq met betrekking tot het toepassingsgebied van het kwaliteitsdecreet.

Het decreet is van toepassing op voorzieningen die erkend worden door de Vlaamse Gemeenschap en die activiteiten uitoefenen in het domein van de zorgverstrekking, de gezondheidsopvoeding, preventieve gezondheidszorg, het gezin, het maatschappelijk welzijn, het onthaal en de integratie van inwijkelingen, de personen met een handicap, de bejaarden, de jeugdbescherming en de sociale hulpverlening aan gedetineerden met het oog op hun sociale reïntegratie, bedoeld in artikel 5, §1, I en II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen.

- de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen
- de rust- en verzorgingstehuizen
- de centra voor geestelijke gezondheidszorg
- teams en samenwerkingsinitiatieven thuiszorg
- netwerken palliatieve zorgen, beschut wonen

- de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand
- maatschappelijk opbouwwerk
- voor algemeen welzijnswerk
 - de autonome centra
 - de ingebouwde centra
 - teleonthaal
- de voorzieningen die ressorteren onder Kind en Gezin
 - de consultatiebureaus
 - kinderdagverblijven
 - diensten voor opvanggezinnen
 - buitenschoolse kinderopvang
 - vertrouwenscentra kindermishandeling
 - adoptiediensten
 - centra voor kind en gezinsondersteuning
- voor de bejaardenvoorzieningen, de voorzieningen in de thuiszorg
 - rusthuizen
 - dagverzorgingscentra
 - kortverblijven
 - de service flats
 - woningcomplexen met dienstverlening
- voor het gezinsbeleid
 - de diensten voor gezinszorg
 - centra voor ontwikkelingsstoornissen
 - centra voor integrale gezinszorg
 - centra voor gezinseducatie
 - opleidingsinstituten gezinszorg
 - lokale en regionale dienstencentra
 - diensten voor oppashulp
 - dagverzorgingscentra
 - centra voor kortverblijf

- de voorzieningen die ressorteren onder het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap...
- voor de etnisch culturele minderheden
 - Vlaams minderhedencentrum
 - de integratiediensten
 - de integratiecentra

Vallen NIET onder de toepassing van dit decreet:

- de centra voor leerlingenbegeleiding (alhoewel ze ook deels taken vervullen op het vlak van de preventieve gezondheidszorg). Voor hen geldt het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding. In dit laatste decreet is een apart hoofdstuk gewijd aan de kwaliteitszorg.
- Ook de voorzieningen op het gebied van het medisch verantwoord sporten worden uit het toepassingsgebied van het decreet gelaten. De voorzieningen werkzaam op het vlak van de medisch verantwoorde sportbeoefening zijn de controlelaboratoria en de keuringscentra. Er is momenteel maar één erkend controlelaboratorium in Vlaanderen (Universiteit Gent, Faculteit Diergeneeskunde, Vakgroep Farmacologie, Farmacie en Toxicologie). De aandacht voor de kwaliteitszorg ligt daar eigenlijk volledig vervat in de erkenningsnormen, die erg strikt zijn (zie het besluit van de Vlaamse regering van 23 oktober 1991 houdende uitvoering van het decreet van 27 maart 1991 inzake de medisch verantwoorde sportbeoefening, zoals laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse regering van 23 november 2001).

Het gaat om voorzieningen die erkend zijn door de Vlaamse Gemeenschap met inachtneming van de sectorale erkenningsvoorwaarden. Deze erkenningsvoorwaarden zijn verplichtingen die bij wet, decreet of uitvoeringsbesluit worden opgelegd aan voorzieningen met het oog op hun erkenning binnen de sector waarin ze werkzaam zijn. Zodra een voorziening erkend wordt, wordt van haar verwacht dat ze zich spoedig aan alle bepalingen van het decreet, waarvan het ontwerp voorligt, en aan alle uitvoeringsbesluiten van het decreet, conformeert.

Voorzieningen die niet erkend worden door de Vlaamse overheid maar wel subsidies ontvangen, worden in dit decreet niet gevat. Als het een aanzienlijk bedrag of een belangrijk project voor subsidie betreft, bestaat de mogelijkheid dat het subsidiebesluit bepalingen met betrekking tot de kwaliteit bevat, conform de bepalingen in dit decreet.
