

VLAAMSE RAAD

ZITTING 1992-1993

23 NOVEMBER 1992

ONTWERP VAN DECREET

houdende de algemene uitgavenbegroting
van de Vlaamse Gemeenschap voor het begrotingsjaar 1993

VERSLAG

namens de Commissie voor Welzijn en Gezondheid
uitgebracht door mevrouw L. Maximus en de heer A. Arts
aan de Commissie voor Financiën en Begroting

Samenstelling van de Commissie :

Voorzitter : de heer M. Olivier.

Vaste leden : de heer A. Arts, mevrouw S. Creyf, mevrouw T. Merckx-Van Goey, de heren M. Olivier, H. Van Wambeke ;
de heer L. Hancké, mevrouw L. Maximus, de heren G. Swennen, J. Van der Sande ;
de heren G. Anthuenis, E. Flamant, A. Van Aperen ;
de heer K. Van Overmeire ;
de heer J. Valkeniers ;
de heer M. Maertens.

Plaatsvervangers :

de heren H. Brouns, L. Goutry, mevrouw A. Leysen, de heren B. Vandendriessche, J. Van Hecke ;
de heren F. Dielens, R. Landuyt, M. Logist, J. Peeters ;
de heren E. De Groot, J. Devolder, mevrouw A. Gijsbrechts-Horckmans ;
de heer R. Bosman ;
de heer E. Van Vaerenbergh ;
mevrouw M. Aelvoet.

Zie :

15-A (BZ 1992)

- Nr. 1 : Ontwerp van decreet + Bijlagen 1 tot XXIV
- Nrs. 2 tot 5 : Amendementen
- Nr. 6-A : Verslag namens de Commissie voor Binnenlandse Aangelegenheden en Ambtenarenzaken
- Nr. 6-B : Verslag namens de Commissie voor Buitenlandse en Europese Aangelegenheden
- Nr. 6-C : Verslag namens de Commissie voor Cultuur
- Nr. 6-D : Verslag namens de Commissie voor Economie, Energie en Werkgelegenheid
- Nr. 6-E : Verslag namens de Commissie voor Huisvesting, Ruimtelijke Ordening en Landinrichting
- Nr. 6-F : Verslag namens de Commissie voor Leefmilieu en Natuurbehoud
- Nr. 6-G : Verslag namens de Commissie voor de Media
- Nr. 6-H : Verslag namens de Commissie voor Onderwijs, Vorming en Wetenschapsbeleid
- Nr. 6-I : Verslag namens de Commissie voor Openbare Werken en Vervoer

Zie ook :

13-A (BZ 1992)

- Nr. 1 : Toelichtingen + Errata + Erratum

16-A (BZ 1992)

- Nr. 1 : Administratieve begroting
- Nr. 2 : Wijzigingen

17-A (BZ 1992)

- Nr. 1 : Verslag van het Rekenhof + Erratum

DAMES EN HEREN,

De Commissie besprak op donderdag 22 oktober 1992 dat deel van de begroting waarvoor mevrouw L. Detiège, Vlaamse Minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden bevoegd is. Hierover wordt verslag uitgebracht door mevrouw L. Maximus.

Op vrijdag 23 oktober 1992 begon de bespreking van de materies die behoren tot de bevoegdheden van mevrouw W. Demeester-De Meyer, Vlaamse Minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin. De heer A. Arts werd voor deze materie als verslaggever aangeduid. De bespreking werd voortgezet op donderdag 5 november. Op die dag hadden ook de stemmingen over beide onderdelen plaats.

DEEL 1: WAT BETREFT DE MATERIE DIE BEHOORT TOT DE BEVOEGDHEID VAN DE VLAAMSE MINISTER VAN TEWERKSTELLING EN SOCIALE AANGELEGENHEDEN

1. TOELICHTING DOOR DE VLAAMSE MINISTER VAN TEWERKSTELLING EN SOCIALE AANGELEGENHEDEN

A. Beleidsaccenten inzake kansarmoedebeleid

EEN KANSENBELEID VOOR VLAANDEREN

INLEIDING

Met de uitvoering van het Sociaal Urgentieprogramma heeft de Vlaamse Regering zich geëngageerd om een antwoord te bieden op de problemen van maatschappelijke achterstelling die zich aandienen en een belangrijk deel van haar bevolking treffen. De toenemende dualisering van de samenleving tussen de „haves” en de „have-nots” weerspiegelt zich in achterstandswijken met als typische kenmerken : hardnekkige werkloosheid, verpaupering en verloedering van de woonomgeving, het wegwijnen van sociale netwerken, marginalisering van bepaalde bevolkingsgroepen, vreemdelingenhaat.

Deze toenemende tweedeling moet een halt worden toegevoerd. Hiervoor moet resoluut gekozen worden voor een versterken van de mogelijkheden van de meest kwetsbare groepen in onze samenleving, zodat zij opnieuw aansluiting vinden met de rest van de bevolking. Elke andere formule, bv. die de dualisering tracht tegen te gaan door zich te concentreren op het middenveld en aldus het continuüm te herstellen, gaat er impliciet van uit dat een samenleving het zich kan veroorloven een deel van haar bevolking op te geven en aan haar lot over te laten. Los Angeles heeft bewezen dat een samenleving zich dit niet kan permitteren. Vanzelfsprekend moet er tegelijkertijd voor gezorgd worden dat sociale achterstelling in de toekomst wordt uitgesloten. Dit is per definitie een lange termijnopdracht.

Het voeren van een efficiënt en doelmatig kansarmoedebeleid kan een slagvaardig instrument betekenen in de bestrijding van sociale ongelijkheid. In zo'n kansarmoedebeleid moet het aanreiken van kansen centraal staan. Kansarmoede moet in deze context immers begrepen worden zoals de Vlaamse Intersectoriële Commissie Armoedebestrijding (V.I.C.A.) het in haar nota van maart '91 omschreef : „Het

probleem van kansarmoede ligt niet zozeer in het aanreiken van een bepaald welvaarts- of zelfs welzijnsniveau, maar wel in het structureel ontbreken van kansen om dit niveau te bereiken. Armoede of ruimer kansarmoede is in eerste instantie een probleem van sociale ongelijkheid.” Dit structureel ontbreken van kansen, deze sociale ongelijkheid situeert zich op verschillende vlakken. Inkomen is er daar één van, naast tewerkstelling, huisvesting, onderwijs, welzijn, gezondheid, cultuur. Over het aanreiken van kansen gaat het Sociaal Urgentieprogramma, dat fundamenteel een kansenbeleid wil zijn.

HET KANSENBELEID VAN DE VLAAMSE REGERING

1. Inleiding

Het afgelopen decennium werden bressen geslagen in de zorgzame samenleving, de verzorgingsstaat dreigt een kreupel paard te worden, dat het in de sprint moet afleggen tegen de economisch en bugettair weinig hoopgevende werkelijkheid.

De sociale ongelijkheid en toenemende dualisering die in deze situatie welig zijn gaan tieren, worden door sommige burgers vandaag de dag derwijze ervaren dat zij zich vragen stellen rond en zich afzetten tegen ons democratisch en maatschappelijk model. Dat de moeilijke leefomstandigheden en de schijnbare uitzichtloosheid van hun situatie, mensen in achterstandsituaties doet verzanden in moedeloosheid, on geloof en cynisme, moet niemand doen verbazen. In deze gegevenheid echter dreigen defaitisme en doemdenken de overhand te halen en wordt het failliet van ons maatschappijmodel door sommigen nu reeds niet onwelwillend ingewacht.

Als beleidsverantwoordelijken kunnen we ons echter niet zonder slag of stoot gewonnen geven, integendeel het is onze verantwoordelijkheid en onze plicht om krachtadig en met een duidelijke voorkeur voor doen in plaats van praten, op te treden om de leefomstandigheden van de achtergestelden te verbeteren. Die verantwoordelijkheid ligt bij allen die in Vlaanderen beleidsverantwoordelijkheid dragen, de Vlaamse, de provinciale en de lokale overheden. De uitdagingen inzake kansarmoedebestrijding zijn omwille van de veelzijdigheid of multi-aspectualiteit van het begrip en omwille van de omvang ervan van die aard dat iedereen binnen zijn bevoegdheden en mogelijkheden moet helpen aan het waarmaken van het kansenbeleid. De kansarmoedegelden op zich zijn daarvoor ontoereikend, hoewel er ook met die middelen nog meer en beter aan de bestaande noden kan worden tegemoetgekomen. Het nog efficiënter en doelmatiger doen inzetten van deze middelen, is bij uitstek een uitdaging voor de lokale besturen en de in deze bevoegde Vlaamse ministers en administratie. In het kader van deze begroting worden daartoe een aantal nieuwe instrumenten uitgewerkt.

Om niet enkel nu maar ook en vooral in de toekomst kansarmoede en sociale achterstelling uit te sluiten moet ook binnen de betrokken departementen en beleidsdomeinen het kansenbeleid worden uitgebouwd. Op dit vlak werden reeds diverse maatregelen uitgewerkt inzake huisvesting, tewerkstelling, onderwijs, welzijn en cultuur. Bijkomende voorstellen moeten worden gelanceerd, die in de loop van 1993 verdere concrete invulling en uitwerking moeten krijgen.

2. Kansenbeleid is een tweesporenbeleid

In het kader van dit kansenbeleid wordt via twee sporen gewerkt. Ten eerste worden een aantal krijtlijnen getrokken

voor kansarmoedebeleid vanuit de respectievelijke departementen. Het legt het accent op een aantal selectieve initiatieven van kansarmoedebestrijding binnen de (sociale) huisvesting, het onderwijsbeleid en het tewerkstellingsbeleid. Daarnaast worden eveneens initiatieven voorzien inzake welzijn, gezondheid en cultuur. Ten tweede wordt de werking van de kansarmoedefondsen geïntensifieerd en bijgestuurd.

2.1. Kansenbeleid vanuit de respectievelijke departementen

2.1.1. Coördinatie en organisatie van het kansenbeleid

In het kader van de uitvoering van het Sociaal Urgentieprogramma ter bestrijding van de kansarmoede of het kansenbeleid werden door de Vlaamse regering enkele belangrijke beslissingen getroffen.

Om de coördinatie van het kansarmoedebeleid op niveau van de Vlaamse Regering te realiseren, besliste de Vlaamse Regering op 9 april 1992 op voorstel van de Vlaamse minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden het volgende :

- De Vlaamse minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden wordt belast met de coördinatie van het Sociaal Urgentieprogramma inzake kansarmoedebestrijding.

- Het college van Secretarissen-generaal wordt gevraagd tegen 15 mei 1992 een volledige inventaris voor te leggen van de maatregelen en projecten die bijdragen tot de bestrijding van de kansarmoede. De Vlaamse Intersectoriële Commissie Armoedebestrijding (VICA) zal hierbij als coördinerend orgaan optreden.

- De leden van de Vlaamse Executieve zullen aan de Vlaamse minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden tegen uiterlijk 15 mei 1992, hun beleidsintenties inzake het Sociaal Urgentieprogramma kenbaar maken. Deze voorstellen zullen voor advies worden voorgelegd aan de VICA.

- Op basis van deze inventaris wordt de Vlaamse minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden belast een beleidsnota Sociaal Urgentieprogramma” op te maken uiterlijk tegen 15 juni 1992.

- De Vlaamse minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden wordt belast een voorstel m.b.t. de versterking van de Administratieve Cel Armoedebestrijding uit te werken.

In uitvoering van deze beslissing van de Vlaamse Executieve werd een nota opgemaakt door de VICA, belast met de coördinatie van het kansarmoedebeleid op niveau van de administratie en werden de beleidsintenties overgemaakt door de Vlaamse ministers bevoegd voor Huisvesting, Onderwijs, Tewerkstelling, Sociale Aangelegenheden, Gezondheidsinstellingen, Preventieve Gezondheidszorg, Welzijn, Cultuur, Brusselse Aangelegenheden, Binnenlandse Aangelegenheden evenals van de Voorzitter van de Executieve. Op basis van deze informatie werd een nota opgesteld „Een kansenbeleid voor Vlaanderen. Beleidsoriëntaties”, die op 8 juli door de Vlaamse Executieve werd goedgekeurd. De nota bevat geen sluitende oplossingen voor „het” kansarmoedebeleid in Vlaanderen. De nota wil wel de knelpunten aanduiden die noodzakelijk moeten worden opgehelderd om in de loop van deze legislatuur een samenhangend en efficiënt Sociaal Urgentieprogramma tegen kansarmoede te kunnen uitvoeren. De probleemstellingen werden opgemaakt op basis van een vergelijkende oefening tussen VICA-nota en de beleids-

intenties van de Ministers, de fondsenwerking en de situering van het Vlaamse kansarmoedebeleid in zijn nationale en supra-nationale context. Daarbij werd ruim aandacht geschonken aan de sectoroverschrijdende aspecten van het kansarmoedebeleid.

2.1.2. Algemene bevindingen m.b. t . het kansenbeleid vanuit de departementen :

1) Nood aan conceptuele helderheid m.b.t. de begrippen kansarmoede/kansarme

Uit de lezing van zowel de VICA-nota als van de beleidsintenties van de Vlaamse ministers blijkt dat het begrip „kansarmoede” niet eenduidig door de beleidmakers en uitvoerders wordt begrepen. Deze verschillen in invulling van het begrip „kansarmoede” bestaan niet enkel tussen de diverse beleidsdomeinen, ook binnen eenzelfde beleidsdomein is het niet steeds gelijklopend. Vooral hierdoor sluiten de voorstellen tussen bepaalde beleidsdomeinen soms niet op elkaar aan. De VICA zelf heeft dit probleem reeds onderkend en wijst op de nood aan conceptuele helderheid m.b.t. de doelgroep van het armoedebeleid. De VICA stelt in haar nota : „Om een adequaat armoedebeleid te gaan voeren en om zicht te krijgen op de effecten van het armoedebeleid moeten de begrippen (kans)armoede/(kans)arme conceptueel verhelderd worden. Een definiëring, maar ook een differentiëring van het armoedebeleid dringt zich op”. In het kader van een efficiëntere werking in de toekomst, wordt binnen de schoot van de VICA een werkgroep opgericht, belast met de operationalisering van het begrip kansarmoede. Een nota wordt ingewacht tegen 15 november.

2) Kansarmoedebeleid en migrantenbeleid : onlosmakelijk verbonden, maar niet gelijk

De verhouding tussen kansarmoedebeleid en migrantenbeleid is er ontegensprekelijk één van duidelijke raakvlakken. Kansarmoedebeleid richt zich immers tot alle personen, ongeacht hun nationaliteit, die zich in een gecumuleerde achterstellingssituatie bevinden. De beleidsbrief „migrantenbeleid” van de Vlaamse minister Demeester, belast met de coördinatie van het migrantenbeleid, richt zich tot „alle legaal in ons land verblijvende personen die zich omwille van hun sociaal-economische en/of etnische afkomst in een achterstandspositie bevinden.” De dimensies nationaliteit en etnische afkomst van deze groep werken nog als versterkende factor, zoals de beleidsbrief „migrantenbeleid” verder aanstipt. Bijkomende en specifieke maatregelen zijn in dit opzicht verantwoord en noodzakelijk. In de mate echter dat maatregelen in het kader van de kansarmoedebestrijding voor alle risicogroepen mogelijk zijn, zijn algemene maatregelen de meest aangewezen weg. Onderlinge discriminatie en verdringing tussen de subgroepen moet immers zoveel mogelijk vermeden worden. Het is vanuit beleidsoogpunt daarenboven onaanvaardbaar systematisch kansarme migranten tegen kansarme autochtonen uit te spelen. Omwille van de evidente raakvlakken die er bestaan tussen kansarmoedebeleid en migrantenbeleid is nauwe samenwerking tussen beide bevoegde Vlaamse ministers dan ook aangewezen.

3) Grote kwantitatieve en kwalitatieve verschillen in de uitwerking en voorstellen rond bepaalde deelaspecten

Een aantal beleidsdomeinen of aspecten ontbreken nog. Met betrekking tot sommige aspecten van het kansarmoedebeleid bestaan nog een aantal weinig betreden paden, waar nog beleidsruimte open ligt zoals gezondheidszorg, de problematiek van de kansarme jongeren, de socio-culturele par-

ticipatie. In het kader van het kansarmoedebeleid is ook op deze vlakken een inhoudelijke verdieping nodig, ook moeten minder voor de handliggende thematieken een plaats moeten krijgen binnen dit beleid. Bovendien is het ook ondenkbaar het kansarmoedebeleid op lokaal vlak los te zien van de schuldproblematiek van de grote steden.

De voorstellen die ter tafel liggen vertonen zowel in kwantiteit als in kwaliteit grote verschillen. Sommige voorstellen zijn zeer concreet uitgewerkt, andere eerder inhoudelijk, enkele eerder vrijblijvende intentieverklaringen, die niet concreet worden ingevuld. Dit verschil in niveau van de voorstellen maakt inhoudelijke prioriteitsafwegingen op dit ogenblik erg moeilijk. In de toekomst moet ernaar gestreefd worden om een wetenschappelijk onderbouwd beleid op basis van kwantificeerbare doelstellingen, effectenmeting en onderzoek te voeren. Daarnaast moeten vooral concrete voorstellen uitgewerkt worden die onmiddellijk in het beleid te implementeren zijn.

4) Weinig aandacht voor structurele verbanden over de beleidsdomeinen heen

Kansarmoedebestrijding is per definitie omwille van het multi-aspectuele karakter niet te vangen binnen uni-aspectuele oplossingen en vraagt dan ook samenwerking en overleg over de departementen heen en binnen, zowel als tussen de verschillende beleidsniveaus. Hieraan wordt nog te weinig aandacht besteed.

Die samenwerkingsmogelijkheden zijn nochtans ten dele aan te geven. Zo kan een duidelijk *appèl* voor constructieve samenwerking gedaan worden tussen tewerkstelling en huisvesting door de creatie van opleidings-, werkervarings-, en arbeidsplaatsen in renovatieprojecten. Samenwerkingsverbanden tussen het onderwijs en het welzijnsdomein bestaan nu reeds met betrekking tot het schoolopbouwwerk, maar zijn eveneens denkbaar met betrekking tot de problematiek van het spijbelen en de kleine criminaliteit. Daarop zou eveneens een bijdrage vanuit het cultuurdepartement, meer bepaald vanuit het kansarm jongerenwerk en de sport, zinvol kunnen aansluiten. Dit zijn slechts enkele denkpijsten.

Kansarmoedebeleid kan pas succesvol zijn wanneer de Executieve erin slaagt incentives te geven naar samenwerking tussen verschillende departementen, om samenwerking op het uitvoerend vlak verder ingang te doen vinden en een geïntegreerde aanpak tot stand te brengen. Hierbij kan inspiratie geput worden uit de ervaring van sectoroverschrijdende projecten die in het kader van het Vlaams Fonds voor de Integratie van Achtergestelden en het Vlaams Fonds voor de Integratie van Kansarmen op lokaal vlak tot stand werden gebracht. Nagegaan moet worden hoe de aanpak en ontwikkelde methodieken in deze projecten kunnen veralgemeend worden in het beleid. Dit impliceert dat de effecten van projecten en ontwikkelde methodieken ook gemeten kunnen worden. Precies op dit vlak stellen zich problemen en is diepgaander wetenschappelijk onderzoek inzake effectiviteitsmeting en effectrapportering noodzakelijk.

2.1.3. Themagroepen

Om op deze vaststellingen een passende oplossing te geven, besliste de Vlaamse Executieve om in de schoot van de VICA themagroepen op te richten rond relevante beleidsaspecten van het kansarmoedebeleid, die de problematiek zullen verdiepen en in deelrapporten beleidsrelevante oplossingen zullen voorstellen. De themagroepen zullen samengesteld zijn uit beleidsverantwoordelijken (Kabinet van de bevoegde Minister, Administraties, Pararegionales), mensen uit het werkveld en externe deskundigen.

Volgende themagroepen worden momenteel opgericht : Huisvesting, Onderwijs, Tewerkstelling en Opleiding, Cultuur, Jeugd en Sport, Welzijn, Gezondheid en Convenantenbeleid. Indien noodzakelijk kunnen nog bijkomende themagroepen worden opgericht. De deelrapporten die door deze themagroepen worden opgemaakt, zullen worden verspreid.

De VICA zal de voorstellen bundelen in een syntheserapport Aanbevelingen voor het kansenbeleid van de Vlaamse regering, op basis waarvan de coördinerend Vlaamse minister aanbevelingen doet.

2.2. Kansenbeleid via de kansarmoedefondsen

Voor de bestrijding van de kansarmoede op lokaal vlak werd, in uitvoering van de beleidsnota en van het Vlaams actieprogramma, door de vorige Executieve overgegaan tot de oprichting van diverse kansarmoedefondsen. De impuls die uitging van deze initiatieven kan bezwaarlijk overschat worden. Fondsen hebben diverse voordelen.

2.2.1. Voordelen van fondsen erkennen en benutten

a. Flexibiliteit door projectmatig werken

Fondsen werken op basis van projecten. Binnen het VFIK kaderen die in een projectenplan en een beleidsnota. Van projectmatig werken gaat een bijzondere dynamiek uit, omdat projecten soepeler dan structuren kunnen inspelen op nieuwe situaties. Via projecten kan geëxperimenteerd worden met nieuwe methodes en nieuwe werkvormen, die een aanvulling, een verrijking kunnen betekenen ten aanzien van de reeds bestaande werking.

b. De kansarmoedefondsen zijn tijdelijk en laten toe gecor-dineerd te werken, over de structuren heen.

Fondsen hebben een tijdelijk karakter en hebben zowel preventieve als curatieve doelstellingen om binnen een vast-gestelde tijdsspanne oplossingsgerichte impulsen te geven. Fondsen kunnen derhalve nooit de bestaande werkingen ver-vangen. Structuren werken vaak sectorieel. Kansarmoede-fondsen laten een gecoördineerde aanpak toe, wat een basis-voorwaarde is voor het voeren van een coherent beleid inza-ke kansarmoede.

c. De kansarmoedefondsen valoriseren de samenwerking met het privé-initiatief.

Fondsen laten toe de deskundigheid die aanwezig is bij een groot gedeelte van de privé-organisaties, te valoriseren en geven garanties voor een pluralistische aanpak.

2.2.2. Fondsenwerking evalueren en bijsturen, een voort-durende opdracht

Kansarmoedebeleid op het terrein waarmaken impliceert onder andere dat de experimenteerruimte die via de fondsen ter beschikking staat, ten volle wordt benut. Die experimen-teerruimte situeert zich vooral in de mogelijkheid om nieuwe dingen op te zetten, bestaande werkwijzen verder te verdie-pen, nieuwe methodieken te ontwikkelen, samenwerkings-modellen uit te proberen of, zoals de VICA stelt : „Belang-rijk is dat de fondsen een vernieuwende, sectoroverschrijden-de aanpak kunnen stimuleren in plaats van echte of verdoken bijpassingen van reguliere subsidiëringen te zijn.”

Die experimenteerruimte wordt binnen de huidige fond-senwerking nog te weinig benut. Daarvoor zijn verschillende

redenen aan te halen : onvoldoende vertrouwdheid bij lokale besturen, gekoppeld aan een gebrek aan logistieke ondersteuning vanuit de overheid, waardoor op andere plaatsen en binnen andere structuren verworven inzichten, methodieken, ... niet of te weinig worden overgedragen. Logistieke ondersteuning werd tot op heden door diverse koepelorganisaties en provinciale besturen geboden zonder daarvoor te worden gehonoreerd. Onvoldoende draagkracht van sommige reguliere werkingen is ongetwijfeld een tweede belangrijke reden.

Gebrek aan effect-evaluatie, een derde. De meerwaarde van fondsen ten volle waarmaken vereist dat op deze drie problemen een passend antwoord wordt geboden. De meerwaarde tot stand gebracht door fondsenwerking moet tevens gehonoreerd worden en ingang vinden in de bestaande werkingen en regelgeving, anders gaat het meerwaarde-effect op termijn verloren. Dit stelt zich momenteel acuut m.b.t. de in het kader van het Vlaams Fonds voor de Integratie van Achtergestelden opgestarte en aflopende projecten.

2.2.3. De gerealiseerde meerwaarde van fondsen valoriseren

Vlaams Fonds voor de Integratie van Achtergestelden

M.b.t. de aflopende VFIA-projecten besliste de Vlaamse Executieve op 8 juli het volgende : „De als waardevol geëvalueerde VFIA-projecten buiten VFIK-gemeenten verder te zetten, zoveel mogelijk binnen de bestaande structuren en reglementeringen. Hiertoe zullen besprekingen worden aangevat met de bevoegde Vlaamse ministers, teneinde na te gaan hoe de bestaande reglementering kan worden aangepast en welke nieuwe regelgeving moet worden uitgewerkt. Deze werkwijze zal in eerste instantie een weerslag hebben op de budgetten van de bevoegde departementen. Gegeven echter dat de inpassing van de waardevolle projecten niet overal even voor de hand ligt, is het aangewezen, bij wijze van overbrugging, een depannagekrediet te voorzien”.

In de begroting '93 werd hiervoor een bedrag van 25 mio ingeschreven.

Het eerste deel van de evaluatie van de aflopende VFIA-projecten (projecten ingediend in 1989) door de cel Armoebestrijding van de Administratie van Welzijn en Gezin, werd inmiddels afgerond. Gesprekken met de bevoegde Ministers zullen binnenkort worden verdergezet. Met de Vlaamse minister Demeester werden reeds gesprekken aangeknoopt m.b.t. de migrantenprojecten en de projecten ingediend door OCMW's. Voor de lokale integratiecentra werden in de begroting '93 extra middelen voorzien. Het Bijzonder Fonds voor Maatschappelijk Welzijn voorziet 112 mio voor kansarmoedeprojecten. Sommige gemeentebesturen hebben zich geëngageerd om met de middelen uit de bijzondere dotatie de niet door dit Fonds gedekte kosten op zich te nemen.

Met het depannagekrediet van 25 mio zullen enkel aflopende VFIA-projecten in niet-VFIK-gemeenten worden betoelaagd. Daarenboven zullen enkel de als waardevol geëvalueerde projecten in aanmerking genomen worden, waarvoor geen geëigend subsidiekanaal bestaat of in het vooruitzicht wordt gesteld, zoals bv. schoolopbouwwerk en sociale werkplaatsen, dit in afwachting van een passende reglementering.

2.2.4. Fondsenwerking in de toekomst : beleidsoriëntaties

Vlaams Fonds voor de Integratie van Kansarmen

2.2.4.1. Beleidsoriëntaties op korte termijn : het VFIK optimaliseren

1) De achterstand stapsgewijs inlopen

De uitvoering van de projectenplannen liep in sommige gemeenten aanzienlijke vertraging op. Aan deze vertraging liggen diverse oorzaken ten grondslag. De laattijdige uitvaardiging van de uitvoeringsbesluiten van het VFIK-decreet (in december 1990), het niet voldoende vertrouwd zijn van overheden en openbare besturen met het werken via een projectmatige aanpak, de soms moeizame totstandkoming van beleidsnota's en projectenplannen, conform de criteria van het decreet en de uitvoeringsbesluiten, en t.a.v. de administratie, het manifeste personeelstekort bij de Administratieve Cel Armoedebestrijding in verhouding tot de opdrachten, zijn de voornaamste oorzaken van de vertraging.

De achterstand die is in ontstaan in de uiteindelijke goedkeuringen uitvoering van de projectenplannen 1991 en 1992, zal stapsgewijs worden ingelopen. In het kader van het Sociaal Urgentieprogramma van de Vlaamse Regering is het belangrijk dat het kansarmoedebeleid versneld wordt uitgevoerd. De achterstand schept bovendien bijkomende moeilijkheden, niet in het minst voor de gemeenten en de OCMW's die hun begroting per kalenderjaar moeten opmaken.

a. Projectenplannen tijdig opmaken

De achterstand inlopen vereist enerzijds dat de projectenplannen sneller worden opgemaakt, wat een bijzondere inspanning zal vragen van de OCMW's en de gemeenten. Voor 1993 zal er op toegezien worden dat de projectenplannen van alle lokale besturen vóór maart 1993 worden ingediend. In een omzendbrief zullen de lokale besturen daartoe de nodige instructies krijgen. De lokale besturen moeten hiertoe voldoende ondersteuning krijgen. Daartoe zijn o.a. regelmatige contacten tussen de lokale besturen en de Administratieve Cel noodzakelijk.

b. De projectenplannen sneller beoordelen en goedkeuren

Anderzijds moet de beoordeling en de goedkeuring van de ingediende projectenplannen sneller verlopen. Dit is bij uitstek een uitdaging voor de Administratie en de bevoegde Vlaamse ministers. De Administratieve Cel Armoedebestrijding werd hiertoe versterkt met 2 bestuurssecretarissen. Om de procedure tot goedkeuring van nieuwe projecten en projectenplannen sneller te laten verlopen, zullen de gemeenten en de OCMW's aan de Administratie een pre-advies kunnen vragen op basis waarvan ze kunnen bijsturen alvorens het plan voor te leggen aan de bevoegde lokale raden.

2) De projecten inhoudelijk en kwalitatief bijsturen

Hoger werd reeds gewezen op het feit dat sommige projecten te weinig meerwaarde creëren die via fondsenwerking verwacht kan worden.

a. Vernieuwende, sectoroverschrijdende projecten opzetten

Er moet vooral gestreefd worden naar het opzetten van projecten met een vernieuwende aanpak of methodiek, naar projecten die sectoroverschrijdend werken en inspelen op verschillende problematieken tegelijkertijd.

Dergelijke sectoroverschrijdende projecten combineren bijvoorbeeld een project inzake het verbeteren van de huisvestingscondities in een bepaalde buurt met een praktijkgericht opleidings- en tewerkstellingsproject voor laaggeschoolde, langdurige werkloze bewoners uit die zelfde buurt. Zo worden enerzijds de woningen opgeknapt, maar worden tegelijkertijd de tewerkstellingskansen van laaggeschoolde, langdurig werklozen verbeterd.

Vernieuwende projecten kunnen er eveneens in bestaan nieuwe methoden, een nieuwe aanpak in te voeren in de bestaande werking.

Een voorbeeld daarvan is arbeidsbemiddeling voor OCMW-cliënten door de sociale dienst van het OCMW in samenwerking met de VDAB of het plaatselijk weer-werk-team.

b. Bij voorkeur duurzame projecten realiseren

Met de VFIK middelen moeten zoveel mogelijk projecten opgezet worden die duurzaam zijn. Projecten dus die na afloop van de VFIK-financiering kunnen worden verdergezet. Dit betekent niet dat de VFIK-middelen enkel voor infrastructuur worden gebruikt, maar wel dat de vaak dure startkosten (o.a. aankoop of inrichting van een gebouw) worden betoelaagd, zodat de initiatiefnemers nadien enkel de minder zware werkings- en personeelskosten moeten betalen om de werking verder te zetten.

Zo kan bijvoorbeeld de aankoop en inrichting van een sportcentrum in het kader van een project rond vrijetijdsbesteding van jongeren worden gefinancierd.

c. doelstellingen en doelgroepen voortdurend bewaken

Er moet ook constant over gewaakt worden dat projecten de doelgroep en de doelstellingen blijven bereiken. Projecten moeten dan ook regelmatig geëvalueerd en bijgestuurd worden. Projecten moeten zich immers aan de doelgroep aanpassen en niet omgekeerd, anders dreigen de meest sociaal achtergestelden opnieuw uit de boot te vallen.

3) Het VFIK als onderdeel van het Sociaal Urgentieprogramma of het kansenbeleid

De Vlaamse Regering stelt in haar Regeerakkoord dat het armoedebeleid ruimtelijk gedifferentieerd uitgebouwd zal worden tot op het wijkniveau.

a. tot op het wijkniveau

Voor in stedelijke milieus is kansarmoede geconcentreerd en identificeerbaar in wijken. Precies in deze wijken dient de cumulatie van problemen, die kansarmoede typeert, zich het scherpst aan. Om een efficiënt beleid te voeren, is het dan ook noodzakelijk, waar het aangewezen is, de aandacht vooral op die wijken te richten en vooral daar maatregelen en initiatieven te ontwikkelen en te versterken.

b. ook op lokaal vlak coördineren wijkontwikkelingsplannen.

Op lokaal vlak dient het kansenbeleid ook beter gecoördineerd te worden. In eenzelfde wijk bestaan soms verschillende quasi identieke projecten die van elkaars bestaan niet op de hoogte zijn en/of naast mekaar werken. Een geïntegreerd en gecoördineerd beleid voeren op lokaal vlak vergt overleg en samenwerking.

De uitvoering van dit Sociaal Urgentieprogramma zal op lokaal vlak dan ook gestalte moeten krijgen in wijkontwikkelingsplannen. Dit wijkontwikkelingsplan heeft tot doel de diverse initiatieven die in een wijk in het kader van de ver-

schillende beleidsdomeinen werden en worden opgestart beter op elkaar af te stemmen, om ook op lokaal vlak tot een globaal en dynamisch beleid te komen. De wijkontwikkelingsplannen zijn niet volledig nieuw. Ze zijn eerder een verfijning van de reeds opgemaakte beleidsnota's, die al heel wat relevante informatie bevatten.

c. lokaal partnership waarmaken : thematisch en wijk-overleg

Het wijkontwikkelingsplan moet tot stand gebracht worden in nauw overleg en via samenwerking tussen de betrokken partijen. Dit veronderstelt een lokaal partnership, zowel in thematische overleggroepen als in wijkoverleggroepen.

De thematische overleggroepen strekken ertoe een concreet wijkgericht actieprogramma per beleidsdomein voor te stellen en vooral m.b.t. het aanbod coördinerend en sturend op te treden. De thematische overleggroepen worden waar mogelijk best opgehangen aan bestaande structuren zoals de Lokale Stuurgroep in het kader van de weer-werkactie.

Daarnaast dienen wijkoverleggroepen tot stand te komen waarin de buurtbewoners zelf een ruime vertegenwoordiging hebben en dat als inspraakkanaal moet dienen en een platform is voor het formuleren van de wensen van de bewoners.

d. vanuit de Vlaamse overheid : logistieke en wetenschappelijke ondersteuning bieden

Om een efficiënt en doelmatig kansenbeleid op lokaal vlak tot stand te brengen is bijkomende ondersteuning van de lokale initiatiefnemers noodzakelijk en moet het gevoerde beleid regelmatig worden geëvalueerd en bijgestuurd. Dit laatste vergt bijkomend wetenschappelijk onderzoek. Vooral nog ontbreekt immers een instrument om de effecten van kansarmoedebeluid te meten.

Voor bijkomende ondersteuning en wetenschappelijk onderzoek werd in de begroting 1993 een niet-gesplitst krediet van 20 mio voorzien. Dit krediet zal aangewend worden om bestaande ondersteuning te honoreren, een sociaal coördinatieteam uit te bouwen, belast met de coördinatie van het kansenbeleid op lokaal vlak, en voor een efficiëntie- en doelmatigheidsonderzoek van het lokale kansenbeleid.

Ondersteuning

° Bovenlokale ondersteuning honoreren

Diverse structuren en organisaties (KBS, Viboso, de Riso's, VBSG, POW, VIW, Uit de Marge, VCIM, . . .) hebben tot nog toe de taak van ondersteuning op zich genomen bij het uitwerken en opzetten van projecten, het begeleiden en vormen van projectwerkers inzake aanpak en methoden. Veelal zonder dat zij hiervoor (financieel of in personeel) werden gehonoreerd. Deze opdracht werd dan ook meestal vrijwillig aan het takenpakket toegevoegd. De deskundigheid van deze organisaties wordt via deze ondersteuning en begeleiding ten dienste gesteld van het werkveld en draagt ontegensprekelijk bij tot inhoudelijke kwaliteit die geboden wordt en nog moet versterkt worden. Er zal nagegaan worden hoe de ingebrachte deskundigheid van intermediaire structuren en organisaties (op Vlaams, provinciaal en bovenlokaal vlak) kan worden gevaloriseerd. Dit kan eventueel via een selectieve en geconditioneerde verhoging van de werkingstoelagen.

° Een sociaal coördinatieteam voor de Vlaamse Gemeenschap

Bij de uitvoering van de projecten in het kader van de kansarmoedefondsen, wordt ondanks de inbreng van de administratie, de nood aangevoeld aan ondersteuning van loka-

le besturen en de VFIK-coördinatoren. Daarom wordt voorgesteld een sociaal coördinatieteam aan te stellen. Hun taak bestaat er in om samen met de Administratieve Cel Kansarmoede, het projectteam binnen de Vlaamse Administratie en de lokale VFIK-coördinatoren er op toe te zien dat de knelpunten op lokaal vlak worden voorkomen of weggewerkt. Dit sociaal coördinatieteam dient tevens contacten te onderhouden met regionale, provinciale en lokale organisaties die zich inzetten in de bestrijding van kansarmoede. Zij dienen er zorg voor te dragen dat, in de lijn van de reeds eerder besproken doelstellingen van het Sociaal Urgentieprogramma, tot afstemming kan worden gekomen tussen de doelstellingen van het kansarmoedebeleid van de Vlaamse Gemeenschap en de lokale noden.

Waar op lokaal vlak de noodzakelijke deskundigheid ontbreekt, kan beroep gedaan worden op het sociaal coördinatieteam dat tevens zorg draagt voor een bevruchtende uitwisseling van ideeën en ervaringen, om de lokale deskundigheid verder te bevorderen. Op lokaal vlak kunnen zij de bestaande overlegvormen en coördinatoren ondersteunen in geïntegreerd en gecoördineerd werken. De dienstverlening geboden door dit sociaal coördinatieteam richt zich in de eerste plaats tot die gemeenten waarop de nadruk ligt voor de uitvoering van het Sociaal Urgentieprogramma. Daarnaast maken zij zich verdienstelijk ten behoeve van de andere gemeenten die gestalte willen geven aan een coherent en geïntegreerd kansarmoedebeleid, inhakend op de instrumenten die lokaal, provinciaal of regionaal werden ingezet. In die zin kan ook ondersteuning geboden worden aan VFIA-projecten.

Dit sociaal coördinatieteam bestaat uit deskundige bemiddelaars die zowel thuis zijn op het vlak van procesbegeleiding met de lokale actoren als op het vlak van de instrumenten met betrekking tot het lokale en Vlaamse kansarmoedebeleid. Zo hebben zij onder meer de functie van gedocumenteerde gesprekstafel en dienen zij bij te dragen tot het verstrekken van grotere bekendheid en onderlinge uitwisseling van goede lokale project- en programma-ideeën.

° Projectteam in de matrix-structuur

Ook binnen de verschillende departementen en administraties is ondersteuning noodzakelijk voor het realiseren van het Sociaal Urgentieprogramma. Daarom wordt voorgesteld een projectteam kansarmoedebestrijding in het kader van de matrixstructuur op te zetten, dat bestaat uit deskundige ambtenaren van de verschillende betrokken administraties.

Concreet betekent dit dat binnen elke departement een verantwoordelijke ambtenaar wordt aangeduid die, in nauw overleg met de leidend ambtenaar vertegenwoordigd in de VICA, ermee belast wordt binnen zijn of haar departement, toe te zien op en opvolging te geven aan de maatregelen in uitvoering van het kansenbeleid.

Het projectteam moet instaan voor het uitbouwen en implementeren van een werkbare structuur doorheen het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap in functie van de continue inventarisatie, coördinatie en bijsturing van het gevoerde beleid binnen de Vlaamse Gemeenschap. Het projectteam dient tevens contacten te onderhouden met de Administratieve Cel Armoedebestrijding en met het sociaal coördinatieteam, voor het uitwisselen van informatie, ideeën, strategieën. Samen zullen ze de ruggegraat vormen van het kansarmoedebeleid.

Waar mogelijk zal de deskundigheid van de project-inspecteurs van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap even-

eens ingebracht worden bij de uittekening en realisatie van het lokaal kansenbeleid dat verder reikt dat de kansarmoedefondsen.

Wetenschappelijk onderzoek

Het realiseren van het Sociaal Urgentieprogramma ter bestrijding van de kansarmoede vereist dat **kwantificeerbare** doelstellingen regelmatig worden geëvalueerd. Op basis van evaluaties kan zowel op beleids- als op uitvoerend vlak regelmatig worden bijgestuurd en kan de implementatie van nieuwe aanpakken en methodieken in de reglementering worden verantwoord. Dit impliceert dat aan effect-rapportering en effect-meting wordt gedaan. M.b.t. het meten van effecten van maatregelen in het kader van kansarmoedebestrijding, is bijkomend wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk.

2.2.4.2. Beleidsoriëntaties op middenlange termijn : evaluatie en bijsturing van procedure en criteria

Het regeerakkoord van 29 januari voorziet daarenboven dat „de procedure en de criteria van het Vlaams Fonds voor de Integratie van kansarmen zullen worden geëvalueerd en bijgestuurd, teneinde het kansarmoedebeleid beter aan de lokale noden aan te passen”.

1) de efficiëntie van het huidige VFIK onderzoeken

Een ernstige evaluatie en bijsturing vereist een evaluatie op wetenschappelijke basis en op basis van de werking in 1991 en 1992. Dit evaluatieonderzoek zal plaatsvinden in 1993.

Deze evaluatie houdt een toetsing in van de besluitvorming op Vlaams niveau en de uitwerking ervan op lokaal vlak en peilen naar de efficiëntie van beide.

2) de doelmatigheid in functie van een lokaal kansarmoedebeleid onderzoeken

Daarnaast moet ook nagegaan worden of het huidige kansarmoedebeleid, zoals geconcipieerd door de Vlaamse overheid en de lokale besturen, effectief is. Dit vereist tevens een antwoord in het licht van het einde van de kansarmoedegelden die ter beschikking kwamen via de St. Catharinabonus. Na 1998 houden deze fondsen immers definitief op te bestaan. Nu reeds moet nagedacht worden over de continuïteit van een kansarmoedebeleid op Vlaams en lokaal vlak. Het is immers een illusie te denken dat kansarmoede tegen het einde van deze eeuw volledig gebannen zal zijn.

Wel moet er vanuit gegaan worden dat kansarmoede tegen die tijd aantoonbaar kan verminderd zijn. Dit impliceert wel dat nagegaan wordt welke maatregelen daartoe binnen de huidige regelgeving en subsidiëring dienen te worden genomen, enerzijds om via de reguliere werkingen kansarmoede te blijven remediëren, anderzijds om ervoor te zorgen dat de regelgeving en subsidiëring geen kansarmoede blijft produceren.

3) Selectiviteit en continuïteit in het beleid waarborgen

Aan de Vlaamse Executieve werd voorgesteld om m.b.t. de verdeling van de VFIK-aandelen 1993 nu reeds een beslissing te nemen.

Het decreet van 31.7.90, decreet tot instelling van een Vlaams Fonds voor de Integratie van Kansarmen, bepaalt in artikel 6 dat de lijst van VFIK-gemeenten om de 2 jaar dient te worden herzien. De lijst werd voor de eerste maal vastgelegd voor 1991-1992, en moet voor 1993-1994 opnieuw worden opgemaakt.

Op deze evaluatie en bijsturing voor de vastlegging van de nieuwe lijst kon niet gewacht worden. Een ernstige evaluatie en bijsturing vereist een wetenschappelijke evaluatie op basis van de werking 1991 en 1992. De VFIK-gemeenten moeten zo vlug mogelijk geïnformeerd worden omtrent de mogelijke verderzetting van de huidige projecten. Om de continuïteit van het beleid niet in het gedrang te brengen en anderzijds de ambities van het Vlaams regeerakkoord met betrekking tot de evaluatie en de bijsturing van de fondsenwerking te kunnen realiseren, zal aan de Vlaamse regering worden voorgesteld om de lijst te bepalen voor de duur van één jaar. De verdeling van de bedragen over de VFIK-gemeenten zal berekend worden op basis van de verdelingscriteria van het decreet.

4) Impulsen vanuit de Vlaamse overheid geven : het convenantenbeleid

De Vlaamse regering is mede verantwoordelijk voor de effecten die het kansarmoedefondsenbeleid en het kansenbeleid op lokaal vlak hebben. De Vlaamse overheid moet dan ook zelf impulsen geven om de kansen op het welslagen van allerlei initiatieven te vergroten. De klemtoon ligt daarbij voor wat de Vlaamse overheid betreft, op het formuleren van realistische en meetbare doelstellingen en op de garanties die kunnen worden geboden dat deze doelstellingen en de vooropgestelde doelgroep zullen worden bereikt.

Uit deze voorstellen kan worden afgeleid dat er meer nadruk komt te liggen op resultaatsverbintenissen die tot stand komen in een context waarbij er ruimere onderhandelingsmarges tussen de diverse overheden voorhanden zijn dan thans in het kader van de kansarmoedefondsen gebruikelijk is.

Er moet gezocht worden naar een formule die de bekommernissen van de Vlaamse overheid m.b.t. het realiseren van het kansenbeleid op lokaal vlak, zichtbaar en dicht bij de burger, harmoniseert met de inzichten, bekommernissen en deskundigheid die op lokaal vlak en bij lokale besturen leven en aanwezig zijn op dit vlak. Deze bekommernissen hoeven niet in tegenstelling te zijn, integendeel. In dit verband ligt er een interessante denkpiste open, die reeds in andere beleidsdomeinen en in andere landen werd uitgetoetst m.n. die van de convenanten. In de begroting 1993 werd een budget van 150 mio fr. voorzien voor het opzetten van experimenten in het kader van convenantenbeleid. Deze extra middelen moeten gekaderd worden in de uitbreiding van de VFIK-middelen die in het regeerakkoord in het vooruitzicht werden gesteld.

SAMENVATTING EN BESLUIT

Het kansenbeleid is het instrument dat de Vlaamse regering inzet in de strijd tegen sociale ongelijkheid en toenemende dualisering. Het kansenbeleid kan een slagvaardig instrument zijn indien resoluut wordt gekozen voor de meest achtergestelden, geopteerd wordt voor doen in plaats van praten en indien elke beleidsverantwoordelijke constructief meewerkt aan het slagen van kansenbeleid.

In de uitvoering van het kansenbeleid van de Vlaamse regering werd geopteerd voor een tweesporenbeleid via de departementen en via de fondsen.

Voor wat de departementen betreft zijn er de specifieke initiatieven van de diverse bij het kansenbeleid betrokken Vlaamse ministers in hun eigen beleidsdomeinen, initiatieven

op het vlak van sociale huisvesting, tewerkstelling, onderwijs, cultuur, welzijn en gezondheid zoals voorzien in het regeerakkoord. Daarnaast moeten bijkomende maatregelen worden uitgewerkt binnen de in oprichting zijnde themagroepen. Deze voorstellen zullen volgend voorjaar in een rapport, 'Aanbevelingen voor het kansenbeleid' worden gebundeld en voorgelegd aan de leden van de Vlaamse regering.

Voor wat de werking van de fondsen betreft werd in het kader van een valorisatie van de gerealiseerde meerwaarde van fondsenwerking, een evaluatie van de aflopende VFIA-projecten doorgevoerd, zullen gesprekken aangeknoopt worden met de bevoegde Vlaamse ministers teneinde waardevolle projecten en methodieken ingang te doen vinden in de reguliere werkingen en subsidiëringen en werd een depannagekrediet van 25 mio ter beschikking gesteld in de begroting '93, om projecten die in geen enkele reglementering thuishoren alsnog te laten verder werken in afwachting van aangepaste regelgeving en subsidiëring.

Voor wat het VFIK betreft wordt gewerkt aan een verdere optimalisering, door het stapsgewijs inhalen van de achterstand, het inhoudelijk en kwalitatief bijsturen en de inschakeling op lokaal vlak van het VFIK in het kansenbeleid teneinde een gecoördineerd en geïntegreerd beleid tot stand te brengen. Een efficiënt en doelmatig kansenbeleid op lokaal vlak realiseren vereist dat de Vlaamse overheid de nodige logistieke en wetenschappelijke ondersteuning biedt, waarvoor de middelen in de begroting zijn voorzien nl. 20 mio. De ondersteuning zal gerealiseerd worden via het honoreren van de reeds bestaande bovenlokale ondersteuning, via het aanstellen van een sociaal coördinatieteam en wetenschappelijk onderzoek dat ons in staat moet stellen effecten van kansarmoedebeleid te meten en op basis daarvan te evalueren en bij te sturen. Daarnaast moet de Vlaamse overheid ook zelf impulsen geven aan het lokaal kansenbeleid. Experimenten met convenanten waarvoor 150 mio is voorzien worden in dit kader onderzocht voor concrete uitwerking.

In de loop van 1993 zal conform het regeerakkoord, de procedure en de criteria van het huidige VFIK worden geëvalueerd en bijgestuurd op basis van een wetenschappelijk onderzoek van de huidige werking (efficiëntie en doelmatigheid in functie van een lokaal kansenbeleid). Om de continuïteit van het beleid in de huidige VFIK gemeenten te verzekeren zal aan de Vlaamse Executieve worden voorgesteld de lijst te bepalen voor de duur van één jaar.

B. Beleidsaccenten inzake het preventief gezondheidsbeleid

1. INLEIDING

Preventief gezondheidsbeleid moet gedragen worden door een lange termijnvisie en moet worden onderbouwd en geconcretiseerd via een lange termijnstrategie.

Het spreekt dan ook voor zich dat de basisuitgangspunten van dit beleid dezelfde zijn als deze verwoord en reeds gedeeltelijk uitgewerkt in de nota „Toelichting bij de begroting 1992 — beleidsaccenten inzake Preventief Gezondheidsbeleid”.

We geven deze hieronder nog eens bondig samengevat weer.

Voor de uitwerking van het globale preventieve gezondheidsbeleid in 1993 werd gekozen voor een grondigere bena-

dering van deelthema's binnen dit preventiebeleid onder vorm van aparte beleidsnota's. Zo wordt de „doelstellingen-nota inzake gezondheidsbevordering” die onlangs ook door het Vlaams Instituut voor gezondheidspromotie werd uitgewerkt, een belangrijk eerste document in een reeks van documenten waarin op basis van een inventaris van gegevens betreffende de gezondheidsproblematiek, de prioriteiten voor de gezondheidspromotie in Vlaanderen wordt uitgetekend. Deze nota wordt integraal aan de Commissieleden bezorgd (zie bijlage 1 van dit verslag). In het kader van de begrotingsbesprekingen voor 1993 wordt bovendien reeds een eerste beleidsnota met betrekking tot het AIDS-beleid in Vlaanderen toegevoegd.

Naar aanleiding van de Europese week voor Alcohol- en drugpreventie zal aan de leden van de Vlaamse Raad eveneens een beleidsnota met betrekking tot alcohol- en drugpreventie worden voorgelegd.

Deze begeleidende nota met betrekking tot de begroting 1993 legt dan ook slechts de krachtlijnen vast van het preventief gezondheidsbeleid, zoals dat tot uiting komt in de diverse begrotingsposten.

2. VLAAMS REGEERAKKOORD — BELEIDSACCENTEN INZAKE PREVENTIEF GEZONDHEIDSBELEID. (toelichting begroting 1992)

Als vertrekbasis voor de beleidsnota „Preventief Gezondheidsbeleid” steunden we op het Vlaams Regeerakkoord.

De Vlaamse regering wil naast de preventie ten aanzien van alcohol en ander druggebruik van de AIDS-preventie één van haar belangrijkste prioriteiten maken in het gezondheidsbeleid. Bijzondere prioriteit zal verder gelegd worden bij een gezondheidsbeleid dat drempelverlagend is ten aanzien van maatschappelijk kwetsbare groepen en inzonderheid migranten. We willen initiatieven nemen om sociale, economische en culturele factoren die ongelijkheid voor gezondheid veroorzaken, weg te werken.

Inzake het preventief gezondheidsbeleid worden tekorten en moeilijkheden op volgende terreinen onderkend :

- op gebied van coördinatie van initiatieven ;
- overzicht over het totaal terrein ;
- prioriteitsbepaling, algemene planning en evaluatie ;
- wetenschappelijke ondersteuning en terugkoppeling ;
- het bereiken van de meest maatschappelijk kwetsbaren.

De krachtlijnen voor een nieuw beleid pogen aan vermelde knelpunten te verhelpen.

Voor wat betreft de gezondheidspromotie wordt gestreefd naar :

- een verbreden van het maatschappelijk draagvlak ;
- een meer planmatige werking ;
- een verhoging van de kwaliteit ;
- een betere coördinatie ;
- een grotere rechtszekerheid ;
- een opener en flexibeler benadering ;

Naast de hierboven vermelde algemene opties werden in de beleidsnota 1992 ook een aantal vernieuwende en gespecificeerde krachtlijnen geformuleerd.

Een van de meest essentiële elementen in de visie ontwikkeld binnen de beleidsnota, is de evolutie van een preventief handelen gericht op het afwenden van ziekte(verschijnselen) naar meer globale strategieën gericht op clusters van factoren die gezondheidsbevorderend werken.

De in tijd en lokaliteit vaak geïsoleerde GVO-interventies dienen stilaan vervangen te worden door meer globale en op lange termijn werkende methodieken en interventies. Met deze benadering sluit de Vlaamse Executieve ook aan bij de progressieve visie op gezondheidsbeleid die door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) wordt verdedigd.

In de beleidsnota worden enkele specifieke themata weerhouden die speciale aandacht verdienen in het preventief gezondheidsbeleid (bijv. kanker, hart- en vaatziekten, infectieziekten, perinatale zorg, AIDS, geestelijke gezondheidszorg, verslavingsproblematiek, medisch verantwoorde sportbeoefening). Daarnaast werden specifieke doelgroepen aangeduid, die omwille van een verhoogd gezondheidsrisico meer dan normale aandacht verdienen in het gezondheidsbeleid. Binnen het gezondheidsbevorderend beleid werd de nadruk gelegd om maatschappelijk kwetsbare groepen, voor wie (een combinatie van) sociale, economische en culturele factoren aanleiding geven tot ongelijkheid inzake ziekte en gezondheid. Migranten werden in deze optie als meervoudig maatschappelijk kwetsbaar geduid. Ten aanzien van deze maatschappelijk kwetsbare groepen werden enkele actiemogelijkheden in de beleidsnota aangegeven. Ook jongeren zijn voor het gezondheidsbevorderend beleid een groep die extra aandacht verdient.

Om een coherent preventief gezondheidsbeleid te voeren, beschikt de overheid over een aantal instrumenten en actoren met betrekking tot monitoring en gezondheidspromotie die helpen bij de onderbouwing en de uitvoering van dit beleid. In de beleidsnota werd dan ook vrij uitvoerig ingegaan op het uitbouwen van een coherent systeem van gezondheidsindicatoren en op de bijsturing van het wetenschappelijk onderzoek dat het preventief gezondheidsbeleid moet ondersteunen.

Eén van de belangrijkste partners bij het ontwikkelen van een gecoördineerd gezondheidsbevorderend beleid is het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, dat de samenwerking tussen de organisaties en acties, actief op het terrein van de gezondheidspromotie moet stimuleren, onder meer via een doordacht erkennings- en subsidiëringsbeleid op basis van duidelijke inhoudelijke prioriteiten. Ook de specifieke opdracht van Kind en Gezin, het medisch schooltoezicht, de gezondheidsinspectie, kankerpreventie-organisaties en preventiewerkers uit de welzijnssector en de centra van geestelijke gezondheidszorg werd geschetst. Belangrijk daarbij is dat hun werking in functie van de beleidsprioriteiten zal worden bijgestuurd en dat het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden tussen deze actoren een essentiële beleidsdoelstelling wordt.

De ontwikkelde visie op gezondheidspromotie stelt dat gezondheid en gezondheidsbevorderende strategieën multiaspectueel zijn. Dit betekent dat zoveel mogelijk rekening moet worden gehouden met de globaliteit van de situatie, gezondheid wordt door vele clusters van zeer diverse factoren bepaald.

Aandacht voor het gehele leef-, woon- en werkmilieu van mensen is voortvloeiend uit deze visie fundamenteel. De beleidsnota benadrukt dan ook het belang van de ontwikkeling van een preventief gezondheidsbeleid, dat beroep doet op een aantal netwerken die belangrijk zijn voor wat betreft

de gezondheid van mensen en aansluiten bij de „sociale weefsels” waarin mensen functioneren.

Het wegwerken van de zogenaamde „exogene factoren” uit het leef-, en arbeidsmilieu, die gezondheidsbedreigend zijn, behoort tot de fundamenteën van een breed gezondheidsbevorderend beleid.

3. SPECIFIEKE BELEIDSPRIORITEITEN VOOR 1993

Binnen de globale visie die hierboven geschetst werd, worden een aantal specifieke opties hierna afzonderlijk toegelicht en uitgewerkt. Een aantal van deze opties kregen in 1992 reeds een eerste aanzet.

3.1. *Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie*

— In 1992 werd het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, opgericht bij besluit van de Vlaamse Executieve van 31 juli 1991 inzake gezondheidspromotie, operationeel. Om de coördinatie-opdracht van het VIG ten aanzien van projecten en voorzieningen die op basis van het besluit worden erkend en gesubsidieerd, mogelijk te maken, werd veel energie besteed aan de organisatorische uitbouw van het Instituut. In diverse werkgroepen werden afspraken gemaakt met betrekking tot de administratieve, logistieke en methodologische ondersteuningsfunctie van het Instituut. Het besluit van 31 juli 1991 werd aangepast om een oplossing te bieden aan het acute huisvestingsprobleem van het Instituut en de B-voorzieningen die er deel van uitmaken. Daartoe werd de forfaitaire werkingssubsidie van het VIG opgetrokken tot 8 mio BEF en verviel de voorwaarde dat de B-voorzieningen 80 % van hun basissubsidie dienen te besteden aan personeelsuitgaven.

— Aan het VIG werd krachtens het besluit van 31 juli 1991 de opdracht toevertrouwd om een „doelstellingennota inzake gezondheidsbevordering” uit te werken, waarin concrete en meetbare doelstellingen worden aangegeven die de gezondheidspromotie dient na te streven. Op basis van deze doelstellingennota zouden vanaf juli 1992 projecten worden betoelaagd voor langere termijn. Omwille van de opstartfase van het VIG en de te krappe termijn voor de uitwerking van deze doelstellingennota werden de lopende projecten tot eind 1992 verlengd.

— Op 2 april 1992 werd, binnen het Instituut, de Wetenschappelijke Raad geïnstalleerd. Deze Raad is samengesteld uit academici gekozen uit een waaier van disciplines die direct of indirect verband houden met de Gezondheidspromotie.

Deze Raad kreeg onder meer tot opdracht de doelstellingennota van het VIG, voorbereid door de wetenschappelijke medewerkers van het Instituut, te adviseren, criteria uit te werken in functie van de toekomstige betoelaging van projecten en de „oproep voor projecten” te stofferen vanuit wetenschappelijk relevante gegevens.

Om het Instituut ook een breed maatschappelijk draagvlak te bezorgen werd een aanzet gegeven tot het installeren van een Intersectoriële Raad.

— Op 8 oktober 1992 werd op basis van de „doelstellingennota” en rekening houdend met het advies van de Wetenschappelijke Raad van het Instituut, door de Gemeenschapsminister bevoegd voor het preventief gezondheidsbeleid „een oproep voor projecten” geformuleerd.

Alhoewel de Wetenschappelijke Raad, op basis van het beschikbare cijfermateriaal, moest besluiten dat duidelijke doelstellingen en criteria slechts kunnen geformuleerd worden mits verduidelijking van een aantal concepten en mits kwantitatieve en kwalitatieve aanvulling van de beschikbare gegevens, geeft deze doelstellingsnota de krachtlijnen voor het gezondheidsbeleid van de komende jaren. Op basis van deze prioritaire themata en terreinen zullen ingediende projecten worden beoordeeld en betoelaagd. De doelstellingsnota werd integraal bij deze toelichting bij de begroting '93 opgenomen, aangezien zij de beleidskeuzes van de komende jaren oriënteren. De geformuleerde „oproep voor projecten” luidt als volgt :

„Op basis van de doelstellingsnota wordt een oproep geformuleerd tot voorstellen van projecten die kunnen onderverdeeld worden in de hierna omschreven drie categorieën :

1. Gelet op het belang in de gezondheidsstatus van onze bevolking van leefstijlfactoren als niet roken, gezonde eetgewoonten, verantwoord omgaan met alcohol, andere drugs en geneesmiddelen, gezonde en veilige sexualiteit en gezonde en veilige fysieke activiteit, geestelijke gezondheid en veiligheid in de privésfeer en gezien het belang van een continue en intensieve inspanning ten aanzien van deze thema's is het aangewezen om deze als prioritaire thema's voor algemene oproep te beschouwen. Vermits continuïteit een belangrijk gegeven is dient de nodige aandacht te worden besteed aan mogelijke structurele onderbouwing op langere termijn.

II. Een specifieke oproep wordt gedaan voor projecten die specifiek kunnen tegemoetkomen aan de nood aan een coherente visie en gecoördineerde acties en strategieën op de volgende terreinen ;

- voeding ;
- geestelijke gezondheid ;
- veiligheid in de privésfeer ;
- sociaal culturele en economische ongelijkheid voor gezondheid ;
- lokale strategieën voor gezondheidsbevordering ;

Deze projecten zullen voornamelijk tot doel hebben op relatief korte termijn een basis voor verdere uitbouw te leggen.

III. Gezien het belang van voortdurende innovatie op het terrein van de gezondheidsbevordering en gezien het belang van sommige topics voor specifieke bevolkingsgroepen, zullen in beperkte mate steeds projecten kunnen erkend worden die aan een acute behoefte trachten te voldoen.

Daarnaast wordt geëxpliciteerd aan welke formele voorwaarden de projecten zullen moeten voldoen. Fundamenteel hierbij zal zijn dat in de formulering meetbare en operationaliseerbare doelstellingen dienen te worden geformuleerd. Tevens moet binnen een project een aanzet tot evaluatie voorzien worden. De doelpopulatie dient zoveel mogelijk betrokken worden bij de formuleringen van de doelstellingen van het project. Tenslotte wordt een eenvormigheid qua vorm voorgesteld waarin een projectvoorstel dient te worden overgemaakt aan de administratie.

De projecten zullen worden geselecteerd op basis van het advies van de Wetenschappelijke Raad. Zij kunnen voor een bedrag van maximum 5 mio BEF worden betoelaagd gedurende maximum 3 jaar. Voor 1993 werd voor het functioneren van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, de voorzieningen en de hogervermelde projecten een bedrag

van 144 mio BEF ingeschreven op basisallocatie 33.58 van sectie 42.2. Alhoewel de ingeschreven kredieten in 1992 160 mio BEF bedroegen, betekent dit toch een verhoging van het beschikbare budget met 11 mio BEF, aangezien de projecten en voorzieningen in het kader van het AIDS-preventiebeleid vanaf 1993 op een apart begrotingsartikel worden betoelaagd (zie verder).

3.2. Naar een geïntegreerd AIDS-beleid

Binnen de kredieten voorzien voor gezondheidspromotie (op basis van het besluit van 31 juli 1991) werden een aantal AIDS-preventie initiatieven ontwikkeld of verdergezet.

Voornaamste nieuw initiatief hierin was de uitvoering van de algemene sensibiliseringscampagne naar de bevolking, op basis van TV- en radiospot en een brochure, die werd verspreid bij alle Vlaamse huisgezinnen.

Ten aanzien van een aantal aspecten werd, op basis van recent "marktonderzoek,, , het oorspronkelijke concept van de campagne drastisch bijgestuurd.

In de rand van de campagne worden door verschillende AIDS-organisaties initiatieven opgezet voor doelgroepen (prostituées, homo's, jongeren). Voor de algemene publiekscampagne werden de artsen (schriftelijk en via audio-visuele middelen) gebriefd in verband met het uitvoeren van HIV-testen. Deze briefing werd ondersteund met een cartex onder vorm van een beslissingsvorm met praktische richtlijnen rond HIV-testing. Vanaf 1992 werden ook de niet-gouvernementele organisaties die werkzaam zijn op het vlak van seropositieven en AIDS-patiënten gesubsidieerd vanuit de begroting van de Gemeenschapsminister, bevoegd voor preventief gezondheidsbeleid.

Daarnaast werd, via overleg met de verschillende betrokkenen uit de sector, een aanzet gegeven tot het ontwikkelen van een geïntegreerd AIDS-beleid voor 1993.

In de begroting 1993 werden de kredieten, berekend voor preventief AIDS-beleid en begeleiding op een aparte basisallocatie (33.59) gehergroepeerd. Daardoor wil de Vlaamse Gemeenschap haar -weliswaar bescheiden- inspanning in het kader van het AIDS-beleid visualiseren en controleerbaar maken. De kredieten (27 mio BEF) die in het kader van het besluit van 31 juli 1991 betreffende de gezondheidspromotie aan AIDS-preventie werden gespendeerd aan voorzieningen en projecten, werden verhoogd met 20 mio BEF. Rekening houdend met de uitdagingen geschetst in de AIDS-beleidsnota, die in het kader van de begrotingsbesprekingen 1993 aan de leden van de Vlaamse Raad wordt overgemaakt, en met de meest opvallende lacunes in het AIDS-beleid in Vlaanderen, zullen de supplementaire middelen prioritair besteed worden aan het lanceren van een condoomcampagne om het preventiegedrag, vooral van jongeren, te stimuleren. Daarnaast zal de organisatie van de zorg en de begeleiding van seropositieven en AIDS-patiënten financieel en logistiek worden ondersteund. Om het AIDS-beleid gecoördineerd te doen verlopen zal in 1993 gestart worden met de uitbouw van de AIDS-cel, waardoor het totale werkveld op elkaar kan afgestemd worden. Bovendien wordt in 1993 ook 25 mio BEF (33.34) besteed aan wetenschappelijk AIDS-onderzoek in het kader van een samenwerkingsakkoord met de Nationale regering.

3.3. Alcohol en drugpreventie

Via betoelaging van projecten en erkenning van het VAD als B-voorziening binnen het VIG, werden in 1992

een aantal projecten verdergezet, waaronder coördinatie van de preventiewerkers verbonden aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg, sensibilisering van de gemeentebesturen via “Drink Wijs acties,, actie-onderzoek rond drugsputters en AIDS.

In 1992 werd Gemeenschapsminister Detiège voorzitter van de Intercommunautaire Coördinatie Commissie voor Alcohol- en Drugpreventie.

De ICC werd op 19 december 1989 opgericht en bestaat uit de ministers verantwoordelijk voor de volksgezondheid in hun Gemeenschap, samen met de betrokken administraties en de koepelorganisaties, representatief voor deze problematiek. Het is de bedoeling te komen tot een geconcentreerde preventiestrategie voor de drie gemeenschappen en als gesprekspartner te functioneren met internationale instanties. Verder heeft de ICC tot doel het harmoniseren van epidemiologisch onderzoek en gegevens en het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek.

Binnen deze commissie werd werk gemaakt van het uitwerken van verschillende initiatieven in het kader van de Europese week voor Alcohol en Drugpreventie. Belangrijke initiatieven zijn een studiedag over “Drugs en Media,, en een Rondetafel met betrekking tot het ontwikkelen van beleidsplannen inzake drugbeleid in het Onderwijs.

Aangezien dit evenzeer een prioriteit betreft voor het toekomstig preventief gezondheidsbeleid wordt hierover een aparte nota voorgesteld naar aanleiding van de Europese week.

Binnen de weerhouden themata in de hierboven geciteerd “oproep voor projecten,, werd ook “verantwoord omgaan met alcohol, andere drugs en geneesmiddelen,, opgenomen. Binnen de kredieten beschikbaar op basisallocatie 33.58. zullen initiatieven die rekening houden met volgende uitgangspunten worden weerhouden.

Doelstelling van de programma's moet zijn het leren verantwoord omgaan met middelen. Hierbij aanvaarden we dus het bestaan van een “drug taking society,,. Het gebruik van middelen zal nooit kunnen worden uitgebannen. Specifiek ten aanzien van jongeren is de doelstelling verantwoord en begeleid experimenteren, binnen een duidelijk en congruent wettelijk kader. Experimenteergedrag is voor jongeren een noodzakelijke fase binnen hun ontwikkeling. **Middelengebruik** dient dan ook in deze context bekeken en in die zin ook gededramatiseerd. In deze optiek moet er voor gezorgd worden, zeker ten aanzien van kwetsbare groepen voor wat betreft het omgaan met middelen, dat het zorgsysteem laagdrempelig is en aansluit bij de leefwereld van deze jongeren. Hiertoe moet een wetgeving worden ontworpen die **congruenter** dan nu het geval is samenvalt met de scheidingslijn experiment versus gezondheidsbedreigend gedrag.

Naast de dedramatisering is er vanuit **gezondheidsbevorderend** perspectief ook dringend nood aan een **decriminalisering** van middelengebruik. Epidemiologisch onderzoek geeft nog altijd aan dat het gebruik van legale en algemeen aanvaarde middelen (alcohol, tabak en geneesmiddelen) het grootste aandeel uitmaken van de gezondheidsbedreigende gedragingen bij de Vlaamse bevolking.

Vanuit het gezondheidsbeleid verdienen interventies die zich hierop richten dan ook de voorkeur.

Overleg met de ministers van de nationale regering moet leiden tot een afstemmen van juridische, politionele en gezondheidsmaatregelen op federaal en gemeenschapsniveau.

Onderzoek leert dat ten aanzien van elk middelengebruik de motivatie tot stoppen (of tot niet gebruiken) het nastreven van een globale goede gezondheid is. Algemene gezondheidspromotie geniet dan ook de voorkeur op afschrikkingstrategieën en informatiecampagnes. Tevens leert onderzoek dat programma's die jongeren leren omgaan met de complexiteit van het sociaal maatschappelijk leven het meest succesvol zijn vanuit preventief oogpunt.

Naast deze principiële en inhoudelijke uitgangspunten die een leidraad zullen zijn bij het betoelagen en ondersteunen van initiatieven, wordt verder voorzien in een aantal concrete beleidsmaatregelen.

* In samenspraak met VIG en VAD zal werk worden gemaakt van een duidelijke coördinatiefunctie met een langetermijnopdracht waarbij optimaal gebruik zal gemaakt worden van de voorziene preventiewerkers, toegevoegd aan de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

* Bij de betoelaging van projecten zal de voorkeur gegeven worden aan samenwerkingsverbanden tussen verschillende instanties binnen de regio met betrekking tot de problematiek. Centrale spil van deze samenwerkingsverbanden kunnen dan de centra geestelijke gezondheidszorg van de regio zijn ; deze hebben een curatieve en preventieve opdracht en beschikken over multidisciplinaire teams voor zorgverschaffing.

3.4. Gezondheidspromotie via het netwerk "school,,

Binnen de budgetten voorzien voor gezondheidspromotie werden in 1992 een aantal initiatieven gecontinueerd die aansluiten bij de "netwerk-idee,, in het kader van de gezondheidsbevordering.

De studiedag "Onze School Gezonde School,, georganiseerd door Proges, in maart 1992, betekende de feitelijke start van het Gezonde Scholenproject in Vlaanderen. Dit project dat kadert in een breed Europees verband wordt uitgevoerd door VZW Proges, B-voorziening binnen het VIG en betoelaagd door de Vlaamse Gemeenschap. Begin september werden 12 pilootscholen geselecteerd en werd gestart met de uitvoering van het project. Bovendien werden de resultaten van de "Helena,,-enquête voorgesteld. Dit onderzoek, binnen een breed internationaal netwerk uitgevoerd, verschaft een massa gegevens over de algemene gezondheidstoestand en de gezondheidsgedragingen van onze Vlaamse jongeren. De resultaten van dit onderzoek werden in een brochure gepubliceerd.

De uitbouw van samenwerkingsverbanden met de scholen zal in 1993 worden verdergezet op basis van de kredieten voor gezondheidspromotie. Speciale aandacht zal daarbij ondermeer gaan naar verslavingsproblematiek, stimuleren van condoomgebruik. Het "geïntegreerd project voor het onderwijs,, van de Gemeenschapsminister van Onderwijs geeft daarbij een gepast financiële en organisatorische ondersteuning voor deze samenwerkingsvormen.

3.5. Kankerpreventie

3.5.1. Projecten VIG i.v.m. kankerpreventie

In de doelstellingennota van het VIG en in de "oproep voor projecten,, worden een aantal aanbevelingen geformuleerd i.v.m. kankerpreventie. Deze projecten betreffen vooral de aspecten van een gezonde leefstijl (antitabakcampagne, verbetering van de voeding, bescherming tegen carcinogene stoffen, etc.. .)

3.5.2. Platform kankerpreventie

In samenwerking met het Vlaams Adviescomité voor kankerpreventie wordt een brede bevraging georganiseerd bij alle betrokken kankerpreventieorganisaties. Dit moet uitmonden in een consensusdocument dat zowel de primaire als secundaire kankerpreventie beoogt en stimuleert.

3.5.3. Baarmoederhalskankeropsporing

Actueel is omtrent baarmoederhalskankeropsporing heel wat voorbereidend onderzoek verricht. Uit dit onderzoek blijkt dat een veralgemeende screening haalbaar is. Het stadium is bereikt waarop uit de onderzoeksfase moet worden getreden en een coördinerende structuur voor bevolkingsonderzoek moet worden opgezet. Aan het VACK is hieromtrent een voorstel tot financiering en structuur gevraagd. Deze structuur dient ruimtelijk goed te zijn verspreid en ingebed in gemeentelijke en provinciale initiatieven. De kostprijs van deze cervix kanker screening is wellicht substantieel en bij komende middelen zullen hiervoor noodzakelijkerwijze moeten worden gevonden.

Een gedeelte van de huidige kredieten voor onderzoek op vlak van de kankerpreventie (VACK : 61 miljoen, wetenschappelijk onderzoek : 8,6 miljoen) zullen eventueel worden geheroriënteerd naar de financiering van deze bevolkingscreening. Daarnaast zal in overleg met de nationale overheid een werkbare lange termijnvisie op basis van een duidelijke financiering worden uitgewerkt.

3.5.4. Borstkankerpreventie

Enkele centra zijn volop bezig met projecten rond borstkankeropsporing. De aangewezen methode is hier de single-shot mammografie (een radiologische opname, een diagnostische mammografie omvat meerdere opnames en is een stuk duurder)

De knelpunten hier zijn :

1. momenteel bestaat het fenomeen van de 'wilde' screening. Elke arts kan op gelijk welk moment, en om onduidelijke redenen, een terugbetaalde diagnostische mammografie aanvragen. Deze niet-gestructureerde vorm van screening vanuit de curatieve gezondheidszorg dreigt de optimale bestrijding van het probleem borstkanker te hypothekeren en leidt tot overdiagnose en overbehandeling. De kosten hierdoor, ten laste gelegd van de gezondheidszorg zijn niet verantwoord.

2. voor de georganiseerde screening dient een coördinerende structuur te worden opgezet (analoog als voor baarmoederhalsscreening), voor de uitvoering van het bevolkingsonderzoek, kwaliteitsbewaking en evaluatie.

3. de single shot mammografie moet worden uitgevoerd door radiologen, met een (nog te erkennen) subspecialisme screeningsradiologie.

De problematiek van financiering van deze screening overstijgt het vlak van de Gemeenschappen en heeft implicaties op het vlak van de nationaal georganiseerde gezondheidszorg. Eens uit de onderzoeksfase zal een grondige discussie moeten worden gevoerd met de federale overheid bevoegd voor het ZIV. Oplossingen voor deze verschillende knelpunten worden verder voorbereid.

3.5.5. Projecten VACK

In 1993 zullen de organisaties, verenigd in het VACK, verder werken aan projecten van primaire en secundaire kankerpreventie. Aan de inbreng van de huisartsen wordt veel belang gehecht. Dit wordt benadrukt door een substantiële betoelaging aan het WVVH (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen). De toelagen zijn mede bepaald door de middelen die aan de hogervermelde veralgemeende screening zullen moeten worden besteed.

Voor 1993 werden op basisallocatie 33.30 en 43.07 dezelfde kredieten voorzien.

3.5.6. Kankerregistratie

Het kankerregister is een noodzakelijk instrument voor de planning van de preventieve actie en grondige evaluatie van de kankerscreening. Het kankerregister laat toe incidentie, prevalentie en overlevingsgegevens te bepalen. Het bestaande registratiesysteem (sinds 1983) gebeurt op basis van gegevensverstrekking door de mutualiteiten en wordt beheerd door het Belgisch Werk tegen Kanker (BWK). Het BWK stelt een zekere onderregistratie vast (gebrek aan bijkomende informatiebronnen, het niet systematisch doorgeven van de kankergevallen door de adviserende geneesheren)

Knelpunten in de bestaande kankerregistratie zijn :

1. selectieve onderregistratie : enkel gegevens van gehospitaliseerde patiënten ;
2. lange administratieve weg ;
3. motivatie en opleiden van administratief en medisch personeel van de mutualiteiten ;
4. nationale overheid brengt haar rol i.v.m. de registratie ter discussie. Dit leidt tot onzekerheid i.v.m. het voortbestaan van het register.

3.6. Gezondheidsmonitoring

Een goed preventief gezondheidsbeleid moet kunnen steunen op een actuele gezondheidsmonitoring. Idealiter kan een netwerk van diverse registraties deze gegevens opleveren.

In 1993 zal verder werk worden gemaakt van de uitbouw van dit netwerk. Een belangrijke hoeksteen hierin is het COOV, (centrum voor operationeel onderzoek inzake volksgezondheid), een samenwerkingsverband tussen Administratie Gezondheidszorg en het IHE (Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie).

In een eerste fase zal in samenwerking met het VRGT (Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding) de verwerking van geboorte- en sterftecijfers worden geoptimaliseerd en versneld. Het COOV zal verder methodologische ondersteuning geven aan en als draaischijf functioneren voor de diverse registrerende organismen zoals het Belgisch Werk tegen Kanker, Medisch Schooltoezicht, Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie enz.

Voor de financiering van het IHE werd in de begroting 1993 -net zoals in 1992- een krediet voorzien van 94,4 mio BEF. Binnen deze enveloppe zal de financiering van de Vlaamse Gemeenschap worden geheroriënteerd in functie van de beleidsprioriteiten inzake preventief gezondheidsbeleid. In het kader van de registratie en monitoring zal daarbij onder meer speciale aandacht besteed worden aan de regi-

stratie op basis van de huisartsenpeilpraktijken en het AIDS-register. De betoelaging van het COOV binnen deze IHE-enveloppe bedraagt circa 25 mio BEF.

3.7. Medisch schooltoezicht

Met de verschillende betrokkenen uit het werkveld en de Administratie werden de verschillende knelpunten en probleemgebieden bij de regelgeving, organisatie en uitvoering van de wetgeving op het Medisch Schooltoezicht nader bekeken. Op basis van de aldus bekomen gegevens en rekening houdend met de budgettaire enveloppe, zullen in overleg met betrokkenen een aantal algemene beleidsopties en visies uit het preventief gezondheidsbeleid ook worden geconcretiseerd in het medisch schooltoezicht. Binnen het kader van deze beleidsnota beperken we ons vooralsnog tot het vermelden van de verschillende probleemgebieden en knelpunten.

3.7.1. Opdracht en functie van het MST

Een brede interpretatie van de wetgeving en de begripsinvullingen maakt het MST verantwoordelijk voor primaire, secundaire en tertiaire preventie. Dit betekent : vaccinatiebeleid, GVO-opdrachten, screenen en monitoren van schoolpopulaties, vroegtijdig opsporen van problemen, begeleidingsopdrachten.

Er dient duidelijkheid en afbakening te komen in deze vele opdrachten. Het MST dient beter gesitueerd tussen de drie polen : 1) monitoring,, , 2) “individueel onderzoek,, (sec. preventief), 3) “Gezondheidspromotie,, (prim. preventief, GVO)

Er moet gekozen worden tussen “globale, algemeen geldende opdrachten,, en het voorzien van meer “specificiteit,, ten aanzien van equipes geconfronteerd met bevolkingsgroepen met bepaald risicogedrag of met risico op “ongelijkheid voor wat betreft gezondheid,,.

De automatisering en informatisering van het registreren zal verder worden uitgebouwd en begeleid. Er moet in dit kader echter werk gemaakt van een betere omschrijving van doelstellingen van deze registratie. De gegevens dienen algemeen dienstbaar te worden in functie van een gezondheidsbeleid op lange termijn. Vanuit de algemene bezorgdheid voor een “kansenbeleid,, moet binnen deze registratie een verruiming naar sociaal,economische- en culturele ongelijkheid voor gezondheid voorzien worden.

De opdracht van het MST naar het Deeltijds Onderwijs is nog altijd omschreven in termen van “mogelijkheden die worden voorzien,,. Dit maakt dat een belangrijke groep jongeren niet op een “sluitende,, manier voorwerp zijn van onderzoek, screening, enz.

3.7.2. De organisatie van het MST ten aanzien van het Gemeenschapsonderwijs.

De situatie waarbij de toepassing en uitvoering van de wetgeving op het MST in het gemeenschapsonderwijs enerzijds en in het vrije net en het officieel gesubsidieerd onderwijs anderzijds, verschillend is georganiseerd zorgt voor heel wat onduidelijkheden, bevoegdheidsbetwistingen en slecht lopende communicatie. Binnen het gemeenschapsonderwijs vormt het MST immers een geïntegreerd en functioneel on-

derdeel met de PMS-equipes, waardoor de Gemeenschapsminister, bevoegd voor Onderwijs de financierende instantie is.

Daarentegen behoort het MST van het vrij en officieel gesubsidieerde onderwijs tot de bevoegdheid van de Gemeenschapsminister, bevoegd voor preventief gezondheidsbeleid.

De knelpunten situeren zich op volgende terreinen :

- * statuut van de geneesheer is in beide netten verschillend ;
- * verschillende registratie, registratie op “twee snelheden” ;
- * verschil in bijscholingsfaciliteiten ;
- * betwisting wat betreft controle- en inspectiebevoegdheid ;

In elk geval moet werk gemaakt worden van een algemene optimalisatie van de organisatiestructuur van het medisch schooltoezicht dat ressorteert onder de bevoegdheid van de Gemeenschapsminister van preventief gezondheidsbeleid.

Voor de MST equipes actief in vrij en gesubsidieerd onderwijs voorziet de wetgeving in een samenwerking met de PMS-equipes verantwoordelijk voor deze onderwijsnetten. (art. 17 en 18 van het BVE 1985).

Dit impliceert het voorzien van samenwerking tussen diensten met gedeeltelijk overlappende opdrachten, waarbij de wetgeving ook een impliciete hiërarchie creëerde.

Vanuit de gedachte van „efficiënte besteding van schaarse middelen”, dient via bilateraal overleg met de Gemeenschapsminister voor Onderwijs gewerkt aan een verbeterde en werkbare samenwerkingsmodellen.

3.7.3. De subsidiëring van de MST-equipes

De subsidiëring wordt geregeld op basis van het aantal gepresteerde onderzoeken. Het decreet van 13 juli 1988 voorziet in een subsidiëring op basis van het aantal leerlingen onder toezicht. Door het ontbreken van uitvoeringsbesluiten is deze regeling, door de meeste betrokkenen in het veld gewenst, nog steeds niet in uitvoering gebracht. Hieraan zal, rekening houdend met de budgettaire enveloppe, een definitieve oplossing gegeven worden in 1993.

Binnen het veld worden bovendien een aantal vragen gesteld met betrekking tot statuut van de arts, verloning van het personeel, verruiming van de coördinatietijd en samenstelling van de equipe. Deze aspecten zullen in overleg met betrokkenen en rekening houdend met de budgettaire ruimte verder bestudeerd worden.

Voor 1993 wordt er alvast werk gemaakt van de uitvoeringsbesluiten met betrekking tot het betoelagen van de MST-equipes per aantal leerlingen onder toezicht. Er zal ook voorzien worden in een verruiming van de coördinatietijd. Beide maatregelen zullen genomen worden binnen de beschikbare enveloppe. Op de begroting 1993 werd van de financiering van het Medisch Schooltoezicht op de basisallocaties 33.56 (vrij gesubsidieerd onderwijs) en 43.01 (officieel gesubsidieerd onderwijs) respectievelijk 792,3 en 62,3 mio BEF voorzien.

3.8. Vaccinatiebeleid

Om de beschermingsgraad tegen mazelen, bof en rubella te verhogen besliste de Vlaamse Gemeenschap tot een bijkomend krediet van 10 miljoen, voor het ter beschikking stellen van het trivalent vaccin als herhalingsinspuiting op twaalfjarige leeftijd.

Dit voornemen wordt tijdelijk doorkruist door het terugtrekken van het trivalent voorzien door de firma Smith-Kline-Beecham, wegens potentiële bijwerkingen van dit vaccin. Om de continuïteit van de leveringen voor 1992 niet in het gedrang te brengen, werden onderhandelingen met de firma's die kunnen instaan voor de levering van vaccins in de Vlaamse Gemeenschap, opgestart.

Eerder werd het contact met Smith-Kline-Beecham ten bewarende titel opgezegd, teneinde dit opnieuw te kunnen **negociëren**. Hiertoe wordt momenteel een algemene offerte-aanvraag opgemaakt. Het totale budget voor vaccinatie in de begroting 1993 bedraagt 56,8 mio BEF.

3.9. Medisch Sociale projecten

In 1992 werd in overleg met de Gemeenschapsminister, bevoegd voor gezondheidsinstellingen, een herverdeling doorgevoerd van de onderzoeksprojecten en overeenkomsten binnen de basisallocaties 12.22.59 en 12.21.58, in functie van een betere aansluiting bij de respectievelijke bevoegdheden van beide Gemeenschapsministers. In 1992 kon met betrekking tot de medische sociale projecten slechts een beperkte inhoudelijke heroriëntering worden doorgevoerd, aangezien de budgettaire omvang van de reeds goedgekeurde onderzoeksprojecten en lange termijnovereenkomsten ruimschoots de beschikbare financiële enveloppe van 40 mio BEF overschreed. Ondertussen werd werk gemaakt van een operationeel model waarbij de beschikbare kredieten voor onderzoek vanaf 1993 beter zullen worden aangewend ter ondersteuning van het preventief gezondheidsbeleid. Door de Administratie werden procedures en criteria ontwikkeld die de kwaliteit van het onderzoek en de juridische en administratieve afhandeling van de dossiers moeten ten goede komen.

De ingediende onderzoeks- en projectvoorstellen zullen voor advies worden voorgelegd aan de bestaande adviesorganen zoals het VACK, de Wetenschappelijke Raad van het VIG, de Wetenschappelijke Stuurgroep AIDS, de Raad voor Medisch Verantwoorde Sport, enz. Daardoor zal vanaf 1993 een aanwending van de beschikbare kredieten (40 mio BEF) ten voordele van de beleidsprioriteiten inzake preventief gezondheidsbeleid mogelijk worden.

3.10 Medisch verantwoorde sportbeoefening

Verantwoorde sportbeoefening is een belangrijk middel om individuele en collectieve gezondheid te bevorderen. In uitvoering van het decreet op het medisch verantwoorde sporten wordt de nadruk gelegd op het belang van optimale medische begeleiding ter voorkoming van het gebruik van schadelijke stoffen. In 1992 werd gestart met een concrete informatieverstrekking naar de sportfederaties en de controleartsen, met betrekking tot de vele verplichtingen vervat in de nieuwe wetgeving terzake.

Alle erkende controle-artsen werden op de hoogte gebracht, zodat zij zouden beschikken over de gebruiksaanwijzingen in verband met de nieuwe geldende bepalingen inzake de dopingreglementering. Er werd een griffie geïnstalleerd om de administratieve verwerking van de sportieve sanctiëring geolied te laten verlopen. Het softwarepakket „sportdatabank” werd ontworpen. De ganse procedure van dopingcontrole, van opdracht tot sanctie, werd hierdoor geïnformeerd. Om een accurate preventiecampagne voor te bereiden werden de verschillende Europese sportstructuren aangeschreven teneinde de meest bruikbare aandachtspunten te

vertalen naar de Vlaamse situatie. Op 7 juli 1992 werd de „Disciplinaire Raad” en de „Disciplinaire Commissie” geïnstalleerd. Consequente sportieve bestraffing van dopingdossiers is hiermee een feit geworden.

— In het kader van het stimuleren van een medisch verantwoorde sportbeoefening zal op basis van de uitgebrachte adviezen door de Raad voor Medisch Verantwoorde Sportbeoefening in 1993 vooral werk worden gemaakt van volgende initiatieven :

* het ontwerpen van een nieuwe reglementering inzake bokssport ;

* het opstellen van nieuwe leeftijdsgrenzen voor jonge wielrenners ;

* het opstarten van een campagne ter preventie van het gebruik van anabole steroïden bij het beoefenen van de „Body-Building”.

3.11 Kansarmoede, migranten en gezondheid

— Recent onderzoek, vooral in onze buurlanden, toont ondubbelzinnig het bestaan aan van socio-economische en culturele ongelijkheden inzake ziekte en gezondheid. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie benadrukt deze problematiek en wil „meer sociale gelijkheid inzake gezondheid” realiseren, ook in de Westerse wereld.

De ongelijkheid in gezondheidssituatie is vaak verbonden met verschillen inzake socio-economische posities. Mensen met lage inkomens, werklozen, bestaansminimumtrekkers, sommige groepen bejaarden en ook migranten bevinden zich vaker onderaan de socio-economische ladder en zijn daardoor ook kwetsbaar voor wat betreft hun gezondheidssituatie. Anderzijds is ook de toegang tot gezondheidsvoorzieningen moeilijker voor sommige groepen in onze samenleving.

Het is dan ook belangrijk om de notie „maatschappelijke kwetsbaarheid” in te bouwen bij de uitwerking van een preventief gezondheidsbeleid dat sociale ongelijkheden wil uitbannen. Bij de ontwikkeling van gezondheidsindicatoren zal aan de operationalisering van deze factoren speciale aandacht worden besteed ondermeer via de huisartsenpeilpraktijken.

— In het kader van de doelstellingennota van het VIG wordt dan ook voor 1993 een specifieke oproep gericht naar projecten die het beleid kunnen helpen bij het ontwikkelen van een efficiënte strategie naar deze soms moeilijk bereikbare doelgroepen. Klaarblijkelijk geeft een lokale „community aanpak” hierbij de beste garanties op succes. Daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor de wijkgezondheidscentra.

— Binnen de Vlaamse Executieve werd de coördinatie van het migrantenbeleid toevertrouwd aan Gemeenschapsminister voor Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin. In het kader van haar coördinatie-opdracht werd een omstandige nota overgemaakt aan Gemeenschapsminister Demeester.

— Samen met de Gemeenschapsminister verantwoordelijk voor de gezondheidsinstellingen dient ervoor gewaakt dat er niet steeds nieuwe specifieke voorzieningen worden geïnstalleerd. Dit werkt immers meestal drempelverhogend en integratieremmend. Samenwerkingsverbanden dienen gestimuleerd. Vanuit deze redenering zal het project „interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg”, opgestart in 1991 vanuit een samenwerkingsakkoord tussen de Gemeenschapsministers verantwoordelijk voor tewerkstelling, gezondheidsbeleid en onderwijs, worden verdergezet.

— Tevens is er een eerste evaluatie voorzien en een aanzet tot structurele continuering en uitwerking van een institutioneel en professioneel statuut voor de bemiddelaars. Gerichte registratie, uitwerken van specifieke methodieken en wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de noties maatschappelijke kwetsbaarheid en sociale, economische en culturele ongelijkheid zullen gestimuleerd worden. Binnen het VIG zal een werkgroep opgericht worden die zich specifiek buigt over de problematiek van ongelijkheid. Hierbij dient het Centrum voor Etnische Minderheden en Gezondheid nauw betrokken. Op deze manier zal het Centrum een rechtstreeks adviserende rol kunnen vervullen met betrekking tot het te voeren preventief gezondheidsbeleid. In de oproep voor projecten, voorzien binnen de wetgeving met betrekking tot Gezondheidspromotie en in het opstellen van criteria voor betoelaging van toekomstige projecten, moet het „gelijke kansen beleid” met betrekking tot migranten een plaats krijgen. Voorzieningen, erkend binnen het VIG zullen worden aangespoord om de behoeften inzake gezondheidspromotie van migranten structureel in hun werking te betrekken. Fundamenteel in het werken van (latente) racistische houdingen en vooroordelen is het openstellen van alle professionele groepen in de gezondheidszorg voor migranten. In dit kader zal een besluit aan de Vlaamse Executieve worden voorgelegd om de equipes van het MST toegankelijk te maken voor migranten.

II. BESPREKING

1. Wat het luik over de kansarmoede betreft

De eerste spreker stipte aan dat de OCMW's weinig hebben aan het Bijzonder Fonds in vergelijking met wat het Gemeentefonds voor de gemeentebesturen betekent. Hij is van mening dat de 15 gemeenten te veel bevoordeeld worden in vergelijking met de hulp aan de kleine gemeenten die, zij het niet zo zwaar, toch ook te kampen hebben met vormen van kansarmoede.

Daaruit volgde de bijna klassiek geworden vraag van een ander lid, namelijk of de lijst van de 15 gemeenten niet moet worden herzien. Waarop de Minister antwoordde dat dit afhangt van de gewijzigde toestand in de verschillende criteria, zoals het aantal bestaansminimumtrekkers, het aantal migranten, enzovoort.

Een lid stelde nog de volgende concrete vraag met betrekking tot de VFIK-gemeenten : met welk gemiddelde van werklozen werd rekening gehouden bij de indeling van de gemeenten bij de VFIK-gemeenten, omdat het risico bestaat dat bij lichte fluctuatie gemeenten, met terugwerkende kracht, uit de boot vallen terwijl ze al financiële engagements hebben aangegaan. Het antwoord van de Minister luidde : het probleem is opgelost met gewogen gemiddelden wat precies de zin was van het decreet.

Een volgende spreker herinnerde aan de parallelle circuits die ontstaan tussen enerzijds de gemeenten en anderzijds de OCMW's. Overlappingsen en daaruit voortvloeiende hinder in de hulpverlening worden geregeld aangeklaagd. Onder meer zijn de statuten verschillend tussen bijvoorbeeld het contractueel personeel van stad en OCMW en VFIK, wat spanningen tussen personeel en beleidsvoerders teweegbrengt.

Het lid had bovendien enkele concrete vragen omtrent de begroting zelf.

In 1992 was 1,2 miljard frank voorzien voor VFIK-projecten. Hoeveel daarvan is thans opgebruikt ?

In 1993 is 150 miljoen frank extra ingeschreven voor extra-impulsen ter bestrijding van kansarmoede. Wat houdt dat concreet in ? Er is bovendien 20 miljoen frank ingeschreven voor wetenschappelijk onderzoek. Veel projecten zijn al studieprojecten. Waarom dan dit supplementair krediet ?

Er wordt 25 miljoen frank voorzien voor uitlopende projecten voor integratie van achtergestelden. Dit is een gevaarlijk precedent, want dit kan voortduren en oplopen tot vele tientallen miljoenen. Wat zijn de criteria om die uitlopende projecten nog te onderhouden ?

Tot slot vroeg het lid nog of de inzet van vele mensen en de besteding van dit groot budget ernstig gecontroleerd wordt.

Een ander lid wees op een bepaling uit het regeerakkoord die zegt dat de toepassingscriteria van de kansarmoede zouden geëvalueerd worden en zo nodig bijgestuurd. Maar door onduidelijke formuleringen in het decreet is de bepaling van het aantal bestaansminimumtrekkers niet zo eenvoudig. Het is nochtans een belangrijk element in de toepassing van het decreet en daarom dringt het lid aan op rechtszekerheid terzake.

Op deze vragen antwoordde de Minister het volgende. Het spreekt vanzelf dat het niet de bedoeling mag zijn datgene wat gedaan wordt door gemeente en OCMW nog eens over te doen. In de aanlooperperiode kan het misschien eens gebeuren. Maar er zijn thans twee fasen te onderscheiden : het beleidsplan en het projectenplan waar de coördinatie langs de gemeenten om gebeurt. Er is dus een brede raadpleging van gemeenten en OCMW's.

Wat de eerste fase 1991-1992 betreft is er een zekere vertraging die te wijten is aan het opstarten zelf. De huidige stand van zaken is de volgende : voor 1992 zijn goedgekeurd en vastgelegd : Beringen, Willebroek, Hamme, Lokeren en Genk (gedeeltelijk). De plannen die bij de administratie werden ingediend zijn de projectplannen 1992 voor Gent, Antwerpen, Maasmechelen, Mechelen, Hasselt, Leuven en Genk (tweede deel). Tegen einde oktober komen nog 3 gemeenten aan bod, namelijk Temse, Lier en Vilvoorde.

Wat de bedragen betreft : Antwerpen krijgt 424 miljoen frank, Genk partieel 46 miljoen frank, Gent 211 miljoen frank, Hasselt 36,8 miljoen frank, Leuven 57,5 miljoen frank, Lier 16,5 miljoen frank, Maasmechelen 40 miljoen frank, Mechelen 62,7 miljoen frank, Sint-Niklaas 49 miljoen frank, Temse 15 miljoen frank, Vilvoorde 17,8 miljoen frank.

Voor volgend jaar wordt verwacht dat de inlooperperiode sneller zal verlopen. Aan de gemeenten zelf wordt gevraagd vlugger te werken. Ze zullen tijdig weten welke bedragen ze kunnen inschrijven in hun begroting.

De voorziene bedragen voor 1993 zullen even groot zijn als vorig jaar. De zogenaamde uitdovende projecten uit het VFIA zullen na evaluatie overgenomen kunnen worden en indien nodig voortgezet, ofwel verdwijnen. Voor de begroting 1993 is het een relatief klein bedrag, namelijk 25 miljoen frank dat als een vorm van depannage wordt voorzien.

Er is een begrotingspost voor convenantenbeleid, namelijk een bedrag van 150 miljoen frank waarvan niet bepaald is hoe de verdeling ervan zal gebeuren, maar die zal steunen op afgesloten akkoorden. Het komt erop aan de problemen van kansarmoede wetenschappelijk te benaderen en de middelen efficiënt aan te wenden. Daartoe werd in 1993 20 miljoen frank op de begroting voorzien.

Het toezicht op de besteding van de middelen geschiedt door 8 inspecteurs van wie er 5 een maandelijks controle uitvoeren ter plaatse. Hun bevindingen over de **aanloopperiodes** zullen kunnen aangewend worden bij de evaluatie die een aanduiding zal geven voor de mogelijke aanpassing van de criteria.

Het decreet zelf zal na de opgedane ervaring desnoods moeten aangepast worden.

Een lid vroeg vervolgens aan de Minister hoeveel van die maximum vastgelegde bedragen voor de gemeenten **opgebruikt** zijn. Maar dat kan de Minister op dit ogenblik niet zeggen.

Het lid vroeg ook meer uitleg over de inhoudelijke betekenis van dat zogenaamd convenantenbeleid. De Minister verduidelijkte dit en zei dat bepaalde aspecten uit de kansarmoedeproblematiek niet aan bod komen. Om daaraan te verhelpen zullen contracten afgesloten worden met de lokale besturen. Op dit ogenblik is er nog geen project aldus uitgewerkt. Samenwerking is nodig voor de hogere overheid die een bepaald beleid wil voeren. Maar daartegenover staat dat de gemeente met problemen in dialoog moet treden met deze overheid. De Minister kan wel de algemene toestand kennen en algemene krachtlijnen bepalen, maar de juiste omschrijving en de juiste lokalisatie van elk probleem ligt voor een groot deel bij de lokale overheid. Het is de bedoeling met het convenantenbeleid een verbinding tot stand te brengen tussen wat de Vlaamse Gemeenschap wenst te bereiken en wat de lokale besturen weten over problemen, met voorstellen voor een oplossing. Het regeerakkoord bepaalde een aantal prioriteiten, namelijk sociale huisvesting, kansarmoede en onderwijs. Wanneer binnen het projectenplan een aantal dingen zijn waar men bijvoorbeeld wijkgericht wil werken, en dit komt niet genoeg naar voor in de algemeenheid van het beleid, dan kan men specifieke afspraken maken om dat bepaald punt tot zijn recht te laten komen.

In een laatste tussenkomst sprak een lid nogmaals de hoop uit dat volgende jaren een eerste grote evaluatie zou gemaakt worden over wat de VFIK-projecten op het terrein verwezenlijken.

Maar in het bijzonder vroeg hij aandacht voor het feit dat in de VFIK een aantal projecten inzake sociale werkplaatsen niet werden weerhouden. De begroting voorziet een post van 25 miljoen frank waarin dit eventueel zou kunnen worden opgenomen. Hij vraagt dat deze post minstens de leefbaarheid van die sociale werkplaatsen zou garanderen en dat men zou nagaan hoeveel geld er in de toekomst zal moeten worden voorzien.

De Minister herhaalde dat de evaluatie van de projecten bezig is en in versneld tempo zal doorgevoerd worden.

Wat de bemerking rond de sociale werkplaatsen betreft antwoordde de Minister dat de problemen die er zeker zijn, moeten opgevangen worden langs de normale weg. Ook hier moet de evaluatie later meer duidelijkheid brengen.

2. Wat het luik over het preventief gezondheidsbeleid betreft

In een uitvoerige repliek maakte een lid de volgende bedenkingen.

De Minister pleit terecht voor meer aandacht voor de gezondheidspromotie, en daarom werd het budget voor deze materie gevoelig verhoogd. Maar er rijzen toch enkele vragen, en op de eerste plaats met betrekking tot de middelen.

Op nationaal vlak zijn de uitgaven voor de gezondheidszorg, met name die voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering, enorm. Omgerekend is het bedrag per inwoner en per jaar ongeveer 40.000 frank.

Als dit vergeleken wordt met het Vlaams budget, waar het bedrag voor die post 1,3 miljard frank bedraagt, dan komt men tot 230 frank per Vlaming per jaar. Dat is een wanverhouding. Vandaar de vraag van het lid of voor de Minister het huidige karig Vlaams budget toereikend is in functie van wat zij wil bereiken inzake preventie.

Zou het niet goed zijn, aldus het lid, dat er een zekere koppeling zou ontstaan tussen bepaalde inkomsten en de uitgaven van preventiebeleid. Opbrengsten van bepaalde belastingen op gezondheidsbedreigers zouden rechtstreeks moeten kunnen worden aangewend voor preventie, analoog met bijvoorbeeld de zogenaamde milieuheffingen.

Inzake het Aids-preventiebeleid is de begroting een antwoord op de vele vragen vanuit het concreet werkveld om een duidelijk zicht te krijgen op deze basisallocatie. Maar toch moet benadrukt worden dat preventieprojecten de meeste slaagkansen krijgen wanneer ze ingebouwd en geïntegreerd zijn in bestaande structuren en initiatieven. Dit is trouwens een waarborg voor een duurzame voortgezette aanpak.

Het budget voor het medisch schooltoezicht bedraagt 850 miljoen frank. Dit is een groot bedrag. Het is een verantwoord bedrag omdat het de gezondheid van jonge mensen ten goede komt. Maar het lid stelde dat naast de louter medische onderzoeken ook meer middelen zouden moeten beschikbaar zijn voor de eigenlijke gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Kan de Minister voor deze post de opsplitsing geven met betrekking tot deze twee onderdelen ?

Het lid besloot zijn interventie met enkele vragen rond het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie. Hij juicht de oprichting toe van het instituut dat door de Minister thans tot stand gekomen is naar een idee van haar voorganger. Uiteraard moet men begrip opbrengen voor de moeilijkheden die eigen zijn aan elke aanlooperperiode, maar toch zijn er enkele vragen te stellen rond de 140 miljoen frank die in de begroting hiervoor is ingeschreven.

In hoeverre zal deze Commissie mede het beleid kunnen bepalen van het VIG ? Spreker hoopt dat de Commissie in de toekomst in gesprek kan treden met de verantwoordelijken van het instituut bij de bespreking van de middelen die hen ter beschikking worden gesteld.

Kan de Minister nu reeds zeggen hoeveel aanvragen tot subsidiëring reeds bestaan. Voor hoevelen en voor welk bedrag werd reeds goedkeuring gegeven en van welke aard zijn deze aanvragen ? Het lid is van mening dat naast Aids, drugs, roken en kanker er nog enkele bedreigingen voor de gezondheid bestaan en dat men via subsidiëring het preventiebeleid kan en moet uitbreiden.

Tenslotte hield spreker een pleidooi voor interdepartementale samenwerking. De fysieke conditie van onze jongeren schijnt niet optimaal te zijn. Bloso hoopt daar iets aan te doen met zijn sportcampagne. In hoeverre bestaat er samenwerking met dit initiatief en met mogelijk andere die hetzelfde doel beogen ?

De volgende tussenkomst betreft het drugbeleid. Een lid verwees naar de werkzaamheden van de Commissie Onderwijs, Vorming en Wetenschapsbeleid waarvan hij eveneens deel uitmaakt. Daar wordt het onderwijs letterlijk belast met

allerlei problemen die het wel wil oplossen maar niet kan oplossen. Aids, bewegingsarmoede, verkeersopvoeding, het zou allemaal door het onderwijs moeten opgelost worden, maar met weinig middelen. Zou het niet beter zijn met enige creativiteit de preventie buiten het onderwijs te houden? De leerkrachten kunnen al die taken niet aan.

Voor de volgende spreker daarentegen is precies het onderwijs de geschikte plaats om de jeugd voor te lichten. Met wat goede wil van het onderwijzend personeel zelf moet in de school volgens het lid meer mogelijk zijn inzake preventie op gezondheidsgebied. In een onmiddellijke repliek vanuit de Commissie werd gezegd dat men in deze aangelegenheid geen verwijtende vinger mag uitsteken in de richting van de leerkrachten.

Een lid stelde vast dat voor de eerste keer in de Vlaamse begroting een duidelijke beleidslijn voor een Vlaams preventiebeleid te zien is. Bovendien werd daarbij de onmisbare link gelegd naar de nationale bevoegdheden toe en rekening gehouden met noodzakelijke contacten met Wallonië.

Ingaande op de concrete inhoud van dit beleid betreunde spreker dat de kanker-registratie in het verleden zo gebrekkig gebleven is. Daarom is het een positief punt in de beleidsverklaring van de Minister dat dit instrument in deze ziektebestrijding eindelijk naar waarde wordt geschat. Terecht wordt gewezen naar gedragspatronen. Die kunnen aangeleerd worden bij de jeugd en de leerkrachten hebben daar inderdaad een functie te vervullen. Echte preventie is echter nog iets anders dan de losse initiatieven en ongecontroleerde screenings die wildweg georganiseerd worden.

In de beleidstoelichting van de Minister is een korte tekst opgenomen over alcohol- en drugspreventie. Daarin wordt gesproken over decriminalisering. In hoeverre is een Vlaams Minister daarvoor bevoegd, aldus de vraag van een lid.

Aansluitend bij wat reeds over preventie werd gezegd, herinnerde een volgende spreker eraan hoe in het verleden de TBC teruggedrongen werd dank zij de preventie die aan gespecialiseerde teams werd toevertrouwd. Dit oude voorbeeld was efficiënt. Zelfs in de tijd waarin de geneeskunde nog niet de afdoende middelen kende waarover men nu beschikt. Met de schaarse geneesmiddelen en met veel voorlichting onder meer over gedragingen werd het cijfer van 20.000 TBC-doden op 5 miljoen inwoners in 1880 in enkele decennia teruggebracht tot 6.000 op 8 miljoen inwoners. Hij betreurt dat deze formules van gespecialiseerde teams verlaten wordt.

De Minister gaf antwoord op de gemaakte opmerkingen en de gestelde vragen.

Het gebrek aan middelen inzake preventie is een algemeen thema in de tussenkomsten van de leden. Vele pleiten voor een verschuiving van curatieve naar preventieve zorg. Dat zijn thema's die niet uitgepraat kunnen worden zonder contact met de federale regering en de RIZIV. Maar stel dat we meer uitgeven aan preventie dan kunnen we minder uitgeven aan curatieve zorgen.

Eén op de tien mensen sterven aan oorzaken die zouden kunnen vermeden worden. Daarin zitten verkeersongelukken, zelfmoorden, kankers die zouden kunnen voorkomen of genezen worden.

Eén van de conclusies inzake Aids-problematiek is dat een epidemie dreigt indien men niet ingrijpt. Preventie en voorlichting is hier een must.

Wat het oude voorbeeld van de TBC-bestrijding betreft. De Minister antwoordde dat men ook vandaag moet zoeken naar de geëigende vorm van preventie en bestrijding.

School en voorlichting gaan nauw samen. De bevoegde Minister inzake Onderwijs heeft aan de Vlaamse Regering voorgesteld een bepaalde voorrang te verlenen aan onder meer gezondheidsaspecten van de leerlingen. Dit behoort niet tot de bevoegdheid van deze Commissie, maar het weze gezegd dat drugsbestrijding daarin aan bod komt.

Het bereiken van jongeren langs de scholen is niet altijd evident. Een bepaalde groep jongeren reageert automatisch negatief als een initiatief van de school komt. Het gezin heeft ook nog een rol te spelen in de preventie tegen drugs, alcohol, enzovoort.

Het volgende punt is het medisch schooltoezicht. 90 procent van het bedrag dat in de begroting terug te vinden is betreft personeelskosten. Praktisch zijn er een aantal problemen, want het PMS is ook terug te vinden in de begroting van onderwijs. Het zou inderdaad wenselijk zijn dat het medisch schooltoezicht ingeschakeld wordt in het preventiebeleid.

De Minister beaamde de opmerkingen in verband met de screening en de monitoring. Er moet daar inderdaad anders tewerk gegaan worden gezien de beperkte middelen. De Minister verwacht de project-aanvragen vóór 26 oktober.

Decriminalisering, inzake verslaving betekent in de visie van de Minister het volgende : als een jongere in de school betrappt wordt kan men sancties toepassen, gaande tot verwijdering uit de school. Meer en meer wordt nu getracht het probleem binnen de school zelf op te lossen.

Maar veel leerkrachten voelen zich niet verantwoordelijk omdat ze van oordeel zijn dat het medisch schooltoezicht daarvoor aangewezen is. Sedert het besluit van 1985 heeft het medisch schooltoezicht inderdaad een aantal nieuwe taken toegewezen gekregen. Daarin is bepaald dat de helft van de tijd moet gaan naar klinische onderzoeken en de rest naar leerling-gebonden activiteiten, zoals contact met de ouders en met de school. Vijf procent van de tijd moet gaan naar de relatiebekwaamheid en sexualiteitsbeleving. Daarnaast zijn er nog andere taken, maar het is niet de bedoeling om de plaats van de leraar in te nemen, alhoewel het in het verleden op bepaalde punten misschien die indruk kan geven hebben.

DEEL II : WAT BETREFT DE MATERIE DIE BEHOORT TOT DE BEVOEGDHEID VAN DE VLAAMSE MINISTER VAN FINANCIEN EN BEGROTING, GEZONDHEIDSINSTELLINGEN, WELZIJN EN GEZIN

1. TOELICHTING DOOR DE VLAAMSE MINISTER VAN FINANCIEN EN BEGROTING, GEZONDHEIDSINSTELLINGEN, WELZIJN EN GEZIN

1. De rol van de overheid in de welzijnszorg

Vroeger . . .

Welzijnszorg is zo oud als de mensheid zelf. Zij uitte zich in het verleden vooral vanuit een caritatieve invalshoek en richtte zich in hoofdzaak op materiële steun aan de armen. Zowel religieuze congregaties als welstellende burgers hebben een onuitwisbare rol gespeeld in de uitbouw van weeshuizen, rusthuizen, tehuizen voor gehandicapten. Daarnaast ontwikkelden de gemeentelijke overheden langs de Commissies van Openbare Onderstand een lange traditie van hulp aan en opvang van verpauperde burgers.

De solidariteitsgedachte die de arbeidersbewegingen naar voren schoven, diende zich sinds einde vorige eeuw meer en meer aan, naast de loutere caritatieve benadering. Dit bracht met zich mee dat de overheid ook meer regulerend en verdelend begon op te treden.

en nu . . .

De sociale wetgeving, met als hoogtepunt de invoering van het stelsel van sociale zekerheid met zijn tegemoetkoming aan essentiële levensbehoeften, was een concretisering van deze eisen van solidariteit onder alle bevolkingslagen. Door de goedkeuring van de OCMW-wetgeving (8 juli 1976) werd het individuele recht op materiële hulp uitgebreid tot een recht op maatschappelijke dienstverlening en kreeg het OCMW de opdracht binnen de gemeente zorg te dragen voor een globaal welzijnsprogramma. Naast de materiële worden ook immateriële noden en psyche-sociale elementen voorwerp van de hulpverlening.

De sociale zekerheid kan als breedmazig financieel opvangsysteem in gevallen van tegenspoed niet of onvoldoende rekening houden met particuliere noodsituaties of met specifieke noden van bijzondere groepen in de samenleving. In de jaren zestig en zeventig ontstonden daarom geleidelijk tal van door de overheid gesubsidieerde welzijnsvoorzieningen die een antwoord moesten geven op particuliere behoeften : de opvang van kinderen, gehandicapten, bejaarden, de organisatie van advies- en consultatiebureaus voor jongeren, relationele problemen, sociale noodtoestanden, de praktische organisatie van de thuishulp, e.a. Deze fijnregeling van het sociaal beleid beoogde vooral de kwaliteit van het leven te bevorderen door het verlenen van professionele hulp in plaats van financiële hulp. Dit welzijnswerk groeide in de schaduw van het grote sociale beleid. Naast het verzekeren van een minimum inkomen (wat een nationale aangelegenheid is) worden door de overheid (eerst nationaal, nu hoofdzakelijk door de gemeenschappen) ook rechtstreeks subsidies verleend aan instellingen en diensten ter dekking van hun werking. De inzet van middelen is enorm. De Vlaamse Gemeenschap besteedt in 1992 38.174 miljoen fr. aan welzijnszorg en 5.697,7 miljoen fr. aan gezondheidsvoorzieningen. In 1993 wordt dit respectievelijk 45.994,0 en 6.774,0 miljoen frank.

En in de toekomst . . .

De behoeften of vragen naar welzijns- en gezondheidszorg zullen nog toenemen.

Volgende factoren spelen hierbij een belangrijke rol :

— De burgers stellen steeds hogere kwaliteitseisen, zodat de welzijnsbehoeften meer verwijzen naar de algemene verbetering van de levenskwaliteit.

— De evolutie van de individualistische samenleving eist meer vaardigheden van het individu. Algemeen kan worden verwacht dat er minder mensen zullen slagen in deze meer complexe samenleving. De kansen op het falen zullen veel nadrukkelijker onder de aandacht van de welzijns- en gezondheidszorg gebracht worden.

— Tenslotte is er de demografische ontwikkeling die onvermijdelijk een toename zal betekenen van de nood aan ondersteuning en verzorging van de derde en vierde leeftijd. Daarbij komen de mantelzorg en de mogelijkheden voor opvang thuis, maatschappelijk en economisch onder druk te staan.

Kan het aanvullend welzijnsbeleid evenwel ongebreideld blijven groeien naast de sociale zekerheid waarvan de uitgaven pijlsnel stijgen, als men weet dat ze zich allebei tot hetzelfde doelpubliek richten, dezelfde basisdoelstellingen inzake kwaliteit van het leven nastreven en, niet te vergeten, allebei een beroep doen op overheidsfinanciering die de middelen op haar beurt moet halen bij de burgers en het bedrijfsleven.

Groeien : ja, maar . . .

De echte budgettaire marges waarover de overheid, zowel nationaal als regionaal, beschikt, beperken zich tot het inflatieritme.

Als men weet dat in de sociale sector de bestemming van het grootste gedeelte van de beschikbare fondsen reeds door vroegere beleidsopties gehypotheceerd is, dan is het duidelijk dat de beweegruimte bijzonder klein is geworden. De context waarin wij vandaag moeten werken, noopt tot een fundamentele maatschappelijke keuze. Ofwel evolueren wij naar een samenleving naar Scandinavisch model, waar een groot aanbod aan voorzieningen aanwezig is, maar waar de burger bereid is er hoge financiële offers voor te brengen. Ofwel is de burger daartoe niet bereid en verkiest hij het te stellen met veel minder sociale voorzieningen, ofwel evolueren we naar het Duitse model, met een strak budgettair kader, of meer extreem, naar Amerikaans model. Geen van deze modellen is geschikt voor de Vlaamse Gemeenschap.

We moeten daarom kiezen voor een eigen Vlaams model, waarbij de overheid ervoor moet zorgen dat de fundamentele van een sociaal beleid behouden blijven. Ieder van ons draagt ook een deel verantwoordelijkheid voor zijn welzijn en gezondheid. De overheid moet erover waken dat eenieder hier toe gelijke kansen krijgt en wie hierin zelf niet slaagt, moet zij stimuleren of ondersteunen. In deze filosofie moet de overheid ten overstaan van het welzijns- en gezondheidsaanbod eerder een bewakende en ondersteunende rol spelen. Dat wat spontaan vanuit de bevolking groeit moet gerespecteerd worden of het onder de vorm van vrijwilligerswerk of van professionele diensten is. De overheid moet de draagkracht der individuen en gezinnen verhogen en niet alles willen vervangen door een rigide kader van gereguleerde diensten en taken die, willen ze erkend en gesubsidieerd blijven, niet buiten de hun toegewezen taken of marges mogen treden.

2. Voor welke keuzen wordt de overheid geplaatst ?

Binnen deze context zullen fundamentele keuzen moeten worden gemaakt en moet de Vlaamse Gemeenschap die bevoegd is voor het welzijns- en gezondheidsbeleid, duidelijke signalen geven.

1. welzijnssector versus de andere
2. algemene versus specifieke voorzieningen
3. flexibiliteit versus rigiede reglementering
4. thuiszorg versus instellingenzorg
5. kwaliteit versus kwantiteit
6. netwerken versus versnippering

In een maatschappij waarin de noden en mogelijkheden zo verscheiden zijn, zal men nooit een volmaakt antwoord vinden en zal de oplossing nooit in één bepaald extreem standpunt te vinden zijn. Vertrekkende vanuit de stelling dat de overheid eerst en vooral er moet voor zorgen dat individuen wegens hun ziekte, handicap of verminderde zelfredzaamheid, niet gemarginaliseerd worden (stelsel sociale zekerheid) en zich volwaardig kunnen integreren in onze maatschappij en ervan uitgaande dat haar directe steun t.o.v. het voorzieningenaanbod een subsidiaire rol moet spelen, zullen de keuzen toch voornamelijk in een eerder bepaalde richting moeten overhellen.

Bij de hiervoor vermelde antagonismen zal het beleid voorrang geven aan :

Ad. 1 : welzijn én de anderen :

De zorg voor het welzijn overstijgt de welzijnssector. De overheid zal de bevolking steeds opnieuw moeten overtuigen dat ze mede verantwoordelijkheid draagt voor haar welzijn en gezondheid. Individueel moet gewezen worden op risicofactoren. De nadruk moet gelegd worden op een voorkomingsbeleid in alle domeinen die het welzijn en de gezondheid kunnen bedreigen. Een dergelijke welzijnsbenadering overstijgt uiteraard een louter sectorieel beleid en vergt overleg en samenwerking op lokaal, regionaal, nationaal, Europees en mondiaal vlak.

Ad. 2 : algemene voorzieningen :

Niet op elk individueel probleem zal een geïndividualiseerd aanbod klaar staan. Dit is trouwens niet meer betaalbaar. De overheid zal er wel over waken dat mensen ondersteund worden om zelf een oplossing te zoeken voor hun problemen en dat ze geholpen worden om op de juiste tijdstippen een beroep te doen op de aangepaste voorzieningen. Daarvoor dienen de laagdrempelige basisvoorzieningen die voor iedereen moeten toegankelijk zijn, ongeacht hun filosofische of ideologische overtuiging. Zij moeten regionaal evenwichtig gespreid zijn. Gespecialiseerde voorzieningen moeten een selectief opnamebeleid voeren en slechts uitgebouwd worden in functie van aangetoonde behoeften.

Ad. 3 : flexibiliteit :

Voortdurend ontstaan nieuwe methodieken of therapieën of worden nieuwe specifieke segmenten van de welzijns- en gezondheidszorg aangeboord. Deze mogen niet telkens aanleiding geven tot nieuwe werksoorten en afzonderlijke reglementeringen. Zij moeten zoveel mogelijk als bijzondere opdrachten van andere voorzieningen worden uitgebouwd, zodat niet ontstaat versnippering. Men moet tegelijk ook minder relevant geworden zorgsystemen durven afbouwen of na een aantal jaren in het algemeen aanbod van laagdrempelige voorzieningen laten opnemen. Parallele hulpverleningscir-

cuits moeten zoveel mogelijk worden weggewerkt. Vrijkomende middelen zullen ingezet worden voor vernieuwende initiatieven. Dat proces kan enkel welslagen indien de instellingen bereid zijn zich te heroriënteren. Dat kan des te gemakkelijker en zonder al te groot verlies van werkgelegenheid, indien ze deel uitmaken van grotere organisatorische of functionele eenheden. Via de reglementering moeten de voorzieningen zelf een grotere verantwoordelijkheid krijgen in het invullen van een taak die ze krijgen t.o.v. een bepaalde doelgroep of categorie. De reglementering mag m.a.w. niet meer zo stringent van aard zijn dat zelfs de therapievorm of methodiek opgelegd worden. Hier geldt de therapeutische vrijheid en verantwoordelijkheid van de beroepskrachten.

Ad. 4 : thuiszorg :

De meest flexibele vorm van welzijns- en gezondheidszorg is de thuiszorg. In het thuismilieu krijgt men ook de meeste prikkels tot zelfzorg. Veel meer aandacht moet gaan naar gezinsondersteuning in plaats van gezinsvervanging. Residentiële opvang moet voorbehouden blijven aan wie voorlopig geen woonst heeft, thuis wegens de te lage graad van zelfredzaamheid niet voldoende kan verzorgd worden of niet kan terugvallen op thuisverzorgers omdat deze tijdelijk of blijvend niet wensen of niet in staat zijn een zorgenbehoevende op te vangen.

Ad. 5 : kwaliteit :

Er moet een permanente kwaliteitszorg ontstaan. Dit is een opdracht zowel voor de personeelsleden als de directies. De overheid moet dit stimuleren en hen hiertoe de nodige bijscholing laten volgen. Kwaliteitsaanbod moet kunnen worden gerealiseerd door voldoende gekwalificeerd en vooral gemotiveerd personeel. Een goede jobomschrijving en flexibele organisatiestructuren moeten demotivatatie en burn out voorkomen. Daarom dient gestreefd naar uitwisselbaarheid van personeel binnen grotere netwerken. Een verdere harmonisatie van lonen en werkvoorwaarden voor gelijkwaardige opdrachten, zal stapsgewijze moeten gerealiseerd worden. Dit zal de flexibiliteit van de tewerkstelling bevorderen.

Ad. 6 : netwerken :

Om een aanbod te bieden dat afgestemd is op de reële behoeften, zijn afsprakenregelingen en netwerkvorming wenselijk. Dit moet vermijden dat de hulpvrager niet van het ene naar het andere centrum wordt doorverwezen en steeds opnieuw als een „subsidie-bevoorrade“ voor de voorziening beschouwd worden. Het subsidiëringssysteem van de overheid moet hiermee rekening houden zoniet wordt het een prestatiegerichte welzijns- en gezondheidszorg in plaats van een zorg op maat. Overconsumptie moet alsoo ook vermeden worden.

3. Wat biedt de begroting 1993 ?

Bij de opstelling van de begroting 1993 heb ik getracht rekening te houden met de filosofie en beleidskeuzen die ik hier zonet beschreven heb.

Bijzondere Jeugdzorg

De dotatie aan het Fonds Bijzondere Jeugdbijstand stijgt met 103,3 miljoen fr. t.o.v. 1992. Dit moet de verdere verschuiving naar hoger gekwalificeerde zorg toelaten. In 1975

behoorde zowat 50 % van het opvoedend personeel tot klasse 2B en 3. Nu behoort 70 % tot klasse 1 en 20 % tot klasse 2A en nog slechts 10 % tot klasse 2B en 3. Deze verschuiving is deels te verklaren door het feit dat personeel in dienst op 1 december 1991 na een zekere dienstanciënniteit een categorieverhoging kreeg. Ook de omkadering per gast is verbeterd omdat het personeelskader bij het invoegen treden van het besluit van 22 mei 1991 behouden mocht blijven, ook al moest de capaciteit in de arrondissementen met overcapaciteit dalen met 16 %.

Dankzij de uitvoering van de specifieke CAO kreeg vooral het begeleidende en het logistieke personeel een aantal weddesupplementen die ofwel bestaan voor ambtenaren, belast met identieke functies (maandpremie, premie voor zaterdag- en avondwerk) ofwel voortvloeien uit het arbeidsrecht (loontoeslag voor zon- en feestdagen). In 1993 is geen budgettaire ruimte voor een nieuwe specifieke CAO voorzien. Aangezien de loonevolutie in deze sector gekoppeld is aan deze van de ambtenaren, zullen zij uiteraard mee kunnen genieten van de afspraken die in de algemene ambtenaren CAO gemaakt worden. Een verdere forfaitarisering van de bijzondere kosten en vereenvoudiging van de berekening van de dagprijs moet een grotere verantwoordelijkheid geven aan de instellingen.

In samenwerking met de jeugdrechters en comités voor bijzondere jeugdzorg moet de instellingenzorg binnen het in het decreet vastgelegde programmatiecijfer blijven en moet opname voorbehouden worden voor de jongeren waarvoor ambulante zorg tijdelijk niet voldoende is.

Een goede registratie moet ook de hulpverlening kunnen helpen bij het snel opsporen van beschikbare plaatsen. Het moet eveneens een toetsing van het beleid in een bepaalde regio t.o.v. andere regio's toelaten. Via het detecteren van risicofactoren kan een voorkomingsbeleid worden opgezet. Daarom heb ik aan de Executieve de principiële goedkeuring gevraagd voor het automatiseringsproject in de sector. Aangezien dit gekoppeld is aan een zekere forfaitarisering van kostenvergoedingen, heb ik tegelijk aan de erkenningscommissie een nieuw ontwerp van besluit voorgelegd houdende erkenning en subsidiëring van de voorzieningen voor bijzondere jeugdbijstand. Dit ontwerp is door de administratie opgesteld na ruim overleg met de sector. Op basis van de adviezen van de erkenningscommissie en van de Raad van State, zal ik in 1993 een definitieve versie ter goedkeuring voorleggen aan de Vlaamse Regering.

Gezins- en bejaardenhulp

In het gezinsbeleid zal ik specifiek aandacht besteden aan de gezins- en bejaardenhulp en aan de kinderopvang. Overeenkomstig het regeerakkoord zal het aantal subsidieerbare uren gezins- en bejaardenhulp zowel einde 1992 als einde 1993 telkens met 3 % verhoogd worden. De versterking van de gezins- en bejaardenhulp past binnen de beleidsprioriteit inzake thuiszorg. De uitbreiding is volgens de studie van het Centrum voor Gezins- en Bevolkingsstudies nodig om gelijke tred te houden met de vergrijzing. Het betekent m.a.w. nog geen verruiming van het aanbod per bejaarde. Bij de verdeling van het bijkomende urenpakket zal rekening worden gehouden met de historische verhoudingen, doch zal ook een rechtzetting gebeuren van regionale ongelijkheden.

Uit een onderzoek blijkt dat er op arrondissementale basis discrepanties bestaan van 3,1 uren (in arrond. Halle — Vilvoorde) tot 11,6 uren (in arrond. Maaseik) per bejaarde ouder dan 60 jaar. Zelfs rekening houdende met verschillen

in aanbod aan instellingenzorg, en met de gezinsstructuur, bestaan er **nog** niet te verantwoorden verschillen.

Ik wens ook de aandacht te vestigen op het feit dat deze sector een vrij grote afhankelijkheidsgraad vertoont t.a.v. middelen die van buiten de begroting welzijn komen. Tijdens de urenstop van de jaren zeventig, was het te beschikking stellen van personeel via het Interdepartementeel Begrotingsfonds (IBF) uiteraard zeer welkom (1.258.259 uren op totaal van 8.731.037). Deze IBF-ers maken na al die jaren integraal deel uit van de werking. Ook dank zij de GESKO-statuten die terbeschikking gesteld werden voor de poetsdiensten, konden de gezins- en bejaardenhelpsters zich op andere taken toeleggen. Mocht ook nog op de Maribeloperatie ingegrepen worden, komt nog eens een pakket van 214.351 uren in het ongewisse. Een situatie waarin een te groot deel van het aanbod afhankelijk wordt van externe factoren, is niet gezond. Het geeft ook een vertekend beeld van de inzet van middelen die naar een bepaalde sector gaan en kan zelfs als een concurrentievervalsing bestempeld worden t.o.v. sectoren die geen impulsen krijgen van derden.

Er zal onderhandeld worden met de gemeenschapsminister, bevoegd voor tewerkstelling, teneinde deze middelen over te hevelen naar de functionele programma's voor tewerkstelling.

Het budget voor gezins- en bejaardenhulp is met 356 miljoen fr. gestegen. Binnen deze marges zal onderzocht worden of naast de noodzakelijke kwantitatieve uitbreiding, een kleine verhoging van de forfaitaire toelage kan toegestaan worden.

Kind-zorg

Op het vlak van de kinderopvang stelt de regeringsverklaring een uitbreiding met 1.500 plaatsen per jaar voorop. Dit zal in 1993 kunnen worden gerealiseerd enerzijds dankzij de verhoogde dotatie (+ 90,4 miljoen fr.) en anderzijds dankzij een lichte aanpassing van de ouderbijdrage (+ 6 %). Deze bijdrage is verantwoord omdat kinderopvang meestal gevraagd wordt door gezinnen waarvan beide ouders werken. Uiteraard blijft men rekening houden met sociale motieven zoals voor alleenstaande ouders. Tegelijkertijd wordt een verhoging van de tussenkomst in de werkingskosten van de kinderdagverblijven en de vergoeding van de onthaalmoeders onderzocht. Er kan wel fundamenteel de vraag gesteld worden of er geen rechtstreekse bijdrage zou kunnen gevraagd worden vanwege het bedrijfsleven. Via een parallel circuit zoals het RWK en het Tewerkstellingsfonds past het bedrijfsleven wel bij, doch zonder enig overleg met de organiserende overheid.

Het is eveneens via dit circuit dat allerlei nieuwe initiatieven inzake buitenschoolse opvang en opvang van zieke kinderen tot stand komen. Daarnaast wordt via het werkgelegenheidsbeleid van de Vlaamse Gemeenschap de oprichting van centra voor buitenschoolse opvang gestimuleerd, door het ter beschikking stellen van werklozen (weer-werk-centra). Dit schept verwarring en valse verwachtingen op een ogenblik dat de Vlaamse regering nog geen standpunt heeft ingenomen m.b. t. de conclusies van de Ronde Tafelconferentie. Er bestaat een consensus omtrent de uitgetekende taakverdeling en verantwoordelijkheden m.b.t. de bestaande voorzieningen. Welzijn kan nu reeds buitenschoolse opvang realiseren voor 3-6 jarigen via de kinderdagverblijven en diensten voor onthaalmoeders. Mits aanpassing van de bestaande reglementering zou dit kunnen worden uitgebreid tot 12-jarigen. Kind en Gezin is de toezichthoudende instantie.

Onderwijs organiseert nu reeds buitenschoolse opvang voor 3-12 jarigen. Het is een ruim verspreid aanbod, doch soms nog te weinig pedagogisch onderbouwd en te schools. Het zou zich ook moeten beperken tot enkele uren vóór en na de school en de woensdagnamiddag.

Cultuur organiseert nu reeds allerlei initiatieven buiten de schoolperiode via speelpleinwerking en jeugdverenigingen. De doelstellingen liggen vooral op het domein van het jeugdwerk. Het aspect van buitenschoolse opvang is een secundair effect dat hopelijk de kwaliteit van het aanbod niet zal aantasten.

De huidige werkgelegenheidsprojecten zouden hierin moeten opgenomen worden. In de Ronde Tafelconferentie pleit men evenwel ook voor een tweede spoor nl. de centra voor buitenschoolse opvang, georganiseerd door het lokaal beleid, weliswaar in overleg met andere voorzieningen. Ook gemeenten kunnen initiatiefnemers zijn.

De volledige uitbouw van beide sporen is budgettair niet haalbaar (1 miljard fr.) en ook niet gewenst.

Zonder te willen vooruitlopen op de beslissing van de Vlaamse Executieve, ben ik van oordeel dat dringend moet onderzocht worden of men via verdere rationalisatie en kwaliteitsverbetering van bestaande voorzieningen geen afdoend antwoord kan geven op de vraag naar buitenschoolse opvang. Zowel op lokaal als op regionaal vlak is overleg nodig om zo goed mogelijk in te spelen op de noden.

Er zijn noch in de begroting welzijn, noch in cultuur of onderwijs bijkomende en specifieke budgetten voorzien voor de uitbouw van de buitenschoolse opvang. Binnen de begroting voor werkgelegenheidsprogramma's worden wel specifieke middelen gereserveerd voor de uitbouw van gemeentelijke projecten inzake buitenschoolse opvang. Hieromtrent kan de vraag worden gesteld of dit niet vooruitloopt op de beslissing van de Vlaamse Regering.

Bejaardenzorg

In de bejaardenzorg tekent er zich een enorme druk af op de investeringskredieten. Ondanks een verhoging van de machtigingen met 2,9 % t.o.v. 1992, blijft de vraag groter dan het aanbod. De grote vraag naar nieuwbouw is zichtbaar geworden naar aanleiding van het invoeren van een kortlopend impulsprogramma (5 jaar) voor rustoordbedden en serviceflats. Er zijn tot op heden principiële toezeggingen gegeven voor 7.532 rustoordbedden en voor 7.874 serviceflats. Daar bovenop wachten nog 2.578 rustoordbedden en 2.526 serviceflats voor aanvragen op een toezegging die ik uiteraard niet kan geven aangezien het bouwprogramma beperkt is tot tweemaal 5.000 eenheden.

Een transfer van het klassieke systeem naar het alternatieve biedt onvoldoende oplossing. Enerzijds mogen brandbeveiligings-, herconditionerings- en verbouwingswerken aan bestaande instellingen niet worden afgeremd. Anderzijds vereist iedere verhoging met 1 eenheid in het alternatieve systeem een compensatie van 5 x 275.000 fr. of 5 x 285.000 fr., al naargelang het een rustoordbed of serviceflat betreft. De rekening is vlug gemaakt ; een verhoging van het impulsprogramma met 500 rustoordbedden zou per jaar een compensatie vergen van 500 x 5 x 275.000 fr. of 687.500.000 fr. terwijl het machtigingsniveau in het klassieke systeem voor 1993 slechts 1.403.000.000 fr. bedraagt.

Verschuivingen in budgetten brengen geen oplossing ten gronde aan het probleem, vermits er een wachtlijst bestaat

voor een totaal van 10.150 eenheden. Ook in het klassieke systeem is er tot 1995 een encours van 2.967 miljoen fr.

Moeten er dan meer investeringskredieten komen ? „Ja” is het eenvoudigste antwoord. Rekening houdende met de SERV-norm is het antwoord „neen”.

We zullen derhalve moeten zoeken naar alternatieven zoals een herziening van het subsidiëringsmechanisme met eventuele forfaitisering en grotere verantwoordelijkheid inzake kostenbeheersing bij de initiatiefnemer. Ook subsidiëringspercentages moeten voor herziening vatbaar zijn in functie van de beleidsprioriteiten waarbij mijn voorrang uitgaat naar de opvang van de meest zorgenbehoevenden.

Er zal bovendien moeten worden gezocht naar oplossingen die een dure instellingenzorg tot een minimum kunnen herleiden. Ik sta klaar om experimenten op te starten waarbij bejaarden opgevangen worden in gezinnen of in een formule van groepswoningen met conciërge, of in een woning met toezicht vanwege gezinnen. Allerlei formules zijn denkbaar waarbij mits enige kostenvergoeding, een beroep gedaan wordt op de draagkracht van bepaalde gezinnen. Er moet een nauwe band bestaan met rustoorden waarin de bejaarden tijdelijk of bij te hoge zorgenbehoevendheid snel kunnen opgenomen worden. Dit voorkomt dat bejaarden te vlug het zelfstandig wonen opgeven. Het opzetten van deze experimenten mag echter geen extra werkbelasting voor de intramurale sector met zich meebrengen. Ook ambulante diensten moeten bij de werking kunnen worden betrokken (bv. de Diensten voor Gezins- en Bejaardenhulp). De gezinsverpleging in het Openbaar Psychiatrisch Centrum in Geel kan model staan.

De toewijzing van de beschikbare investeringskredieten zal gebeuren op basis van objectieve criteria. Bij de alternatieve financiering : de datum van de principiële toezegging, de regionale spreiding, vervangingsbouw. In het klassieke systeem wordt voorrang verleend aan brandveiligheidswerken, afwerking van opgestarte bouwwerken en noodzakelijke werken gericht op erkenningsnormen.

Gehandicaptenzorg

Vanaf 1 januari 1993 zal het gehandicaptenbeleid in zijn geheel worden uitgevoerd door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap. Dit moet een geïntegreerde aanpak mogelijk maken. Ik heb ervoor gezorgd dat deze nieuwe instelling niet met een schuldenberg moet starten. Via een éénmalige inhaaloperatie zullen alle achterstallen uit het verleden van het Fonds 81 met name 2.042 miljoen fr. worden vereffend. Voor de saldo's m.b.t. 1992 wordt nog eens een bedrag van 350 miljoen fr. ingeschreven zodat de instellingen hun eindafrekening zullen ontvangen voor het daaraan voorafgaande werkingsjaar. Deze bedragen zullen evenwel slechts uitbetaalbaar worden gesteld nadat het VFSIPH aangetoond heeft alle nodige maatregelen getroffen te hebben om nieuwe achterstanden te voorkomen. Men moet niet alleen tot een juistere budgettering komen via een versnelde berekening van dagprijzen en een zekere forfaitisering. De uitgavenstroom van de laatste jaren kan niet langer dezelfde opwaartse spiraal blijven vertonen. Er moet ten gronde worden nagedacht hoe gezinsondersteunende activiteiten en zelfstandige woonvormen meer en meer de instellingenzorg voor personen met een lichtere handicap kunnen overnemen, mede om hun integratie in de maatschappij te bevorderen. Binnen de instellingenzorg moet de prioriteit dan gaan naar de meest zorgenbehoevenden. De begeleiding zal in de toekomst dus het beste gebeuren door

gespecialiseerde mensen waar nodig en door algemene hulpverleners, vrijwilligers of de betrokkenen zelf, waar het kan. De voorziening moet een ondersteuning vormen voor de gehandicapten en niet omgekeerd. Vandaar dat ik aan de sector bijkomende middelen (+431,2 miljoen fr.) heb willen geven voor de verdere uitbouw van diensten thuisbegeleiding, begeleid wonen, zelfstandig wonen, dagcentra en bezigheidstehuizen. Ook hier zullen experimenten moeten helpen zoeken naar nieuwe formules van gezinsondersteuning en opvang in gezinnen met draagkracht.

Binnen het bestaande voorzieningenpakket en de budgettaire enveloppe moet een heroriëntering mogelijk zijn gericht op de zich nieuw aangekondigde noden. Samenwerkingsverbanden zullen worden gestimuleerd om flexibiliteit t.o.v. het personeel te garanderen.

Net zoals bij de bejaardenzorg, bestaat er in de gehandicaptensector een grote encours van meer dan 3,8 miljard fr., alleen al voor de Fonds 81-voorzieningen, terwijl de jaarlijkse machtiging slechts 350 miljoen fr. bedraagt. Uiteraard hecht ik ook veel belang aan preventie en vroegdetectie waardoor de ontwikkeling van het kind optimaal kan worden begeleid.

Voor het werk van personen met een handicap moeten stimuli worden gegeven voor een doorstroming naar het gewone arbeidscircuit. De SERV pleit in zijn advies ook voor begeleiding op de arbeidsplaats. Ook de opleiding zou via een individualiserende en sterk praktijkgebonden aanpak moeten gebeuren. Hiervoor is de samenwerking met het bedrijfsleven nodig. De arbeid van personen met een handicap in het gewone bedrijfsleven moet verder aangemoedigd worden via de bestaande stimuli zoals de CAO 26 (vergoeding voor rendementsverlies) en tegemoetkoming in aanpassing van de arbeidspost.

Met betrekking tot de beschutte werkplaatsen zal gezocht worden naar methoden om de leefbaarheid te verhogen. Net zoals in de marktsector zal op termijn moeten worden gestreeft naar een loonsubsidiëring op basis van individueel produktiviteitsverlies. Teneinde de integratie niet alleen in het professionele leven maar ook in het maatschappelijke leven te bevorderen, worden de middelen voor sociale hulp verhoogd met 140 miljoen fr. Er zal evenwel een zekere selectiviteit moeten worden ingevoerd. Het principe van complementariteit t.o.v. de RIZIV-tussenkomsten, blijft geldig.

Samenlevingsopbouw

Het budget voor samenlevingsopbouw blijft quasi constant (enkel indexering). Aangezien zij erkend zijn op basis van hun methodiek, moeten zij soepel kunnen inspelen op nieuwe probleemgroepen of thema's en voornamelijk op deze waarop andere voorzieningen onvoldoende vat krijgen. Veelal zijn deze te passief of hebben te weinig basiswerking. Samenlevingsopbouw doet een beroep op de zelfverantwoordelijkheid en zelfredzaamheid en moet zo op termijn hulp van buitenuit overbodig maken of kunnen afbouwen.

Algemeen welzijnswerk

Het algemene welzijnswerk staat voor een grote uitdaging. Tegen 1 januari 1994 moeten de uitvoeringsbesluiten op het decreet klaar zijn. De sector kan niet langer in de ambiguïteit leven.

Zonder afbouw te doen aan de huidige ter beschikking gestelde middelen moet men tot een grotere doorzichtigheid komen. Het is niet goed dat iedereen zich zoals nu met alles

wil bezighouden. Er moet een duidelijke taakomschrijving komen van wat deze laagdrempelige basiswerkingen moeten doen. Zij kunnen zich daar bovenop wel specialiseren t.o.v. een bepaalde doelgroep of probleemcategorie. Deze specialisatie moet verlopen binnen een breder regionaal samenwerkingsverband. De voorzieningen moeten ook soepel inspelen op nieuwe behoeften of nieuwe methodieken t.o.v. bepaalde problemen. Zij moeten dynamiek brengen binnen de sector. Projecten moeten na evaluatie een vastere basis krijgen binnen de geregementeerde sector.

Een „rijke” gemeenschap als de onze kan het zich niet veroorloven er daklozen op na te houden. In de begroting 1993 heb ik bijkomende middelen ter beschikking gesteld van het residentiële welzijnswerk omdat ik voorrang wil geven aan de meest kansarmen namelijk de thuislozen, landlopers. Een recht op onderdak is de meest primaire menselijke behoefte. Om de diensten in staat te stellen deze toenemende groep op te vangen en de eerste stap naar integratie te doen zetten, zal de capaciteit worden uitgebreid, zullen werkmiddelen verleend worden (nu nul fr.) en zal de mogelijkheid gegeven worden gekwalificeerd personeel te betalen. Thuislozen zijn immers een zeer kwetsbare en moeilijk toegankelijke groep.

Ook +18-jarigen die niet in behandeling waren bij een instelling van bijzondere jeugdbijstand of hieraan niet langer wensen verbonden te blijven, kunnen terecht in centra voor residentieel werk voor jong volwassenen. Zij helpen hen in hun groei naar zelfstandigheid en voorkomen dat deze adolescenten op een ogenblik dat ze nog zelf op zoek zijn naar hun identiteit, in de criminaliteit of drugverslaving terechtkomen.

Voor het geheel van deze kwetsbare categorie worden bijkomende middelen ter beschikking gesteld ter waarde van 76,9 miljoen fr. Het aanbod aan ambulant welzijnswerk is m.i. globaal gezien voldoende. Via netwerken en regionale samenwerkingsverbanden moeten er afspraken komen inzake specialisatie.

Harmonisatie van de loonsubsidiëring in de sector zal kritisch bekeken worden en mag zeker geen hypotheek leggen op de nieuwe uitvoeringsbesluiten. Ook kan men zich de vraag stellen of de mogelijkheid tot een bijdrage van de cliënt op basis van zijn draagkracht niet moet worden onderzocht. Niet alle personen die op zoek zijn naar de gepaste hulpverlening zijn financieel onbemiddeld.

Vrijwilligerswerk

In de regeringsverklaring werd beloofd dat het vrijwilligerswerk erkend en ondersteund zou worden. Ik ben klaar met een ontwerp van decreet aangaande het vrijwilligerswerk.

Dit wordt gedefinieerd als „het geheel van activiteiten die in een gestructureerd verband, in het kader van de welzijns- en gezondheidssector, onverplicht en onbezoldigd uitgevoerd worden door natuurlijke personen die, met uitsluiting van een bestuursfunctie, zich actief willen inzetten voor het welzijn van individuen of groepen”.

In het ontwerp van decreet worden de minimale vereisten vastgelegd waaraan een organisatie moet voldoen die uitsluitend of in hoofdzaak werkt met vrijwilligers om een bepaald doel te realiseren. De vrijwilligersorganisatie staat in voor recrutering en onthaal, opleiding en vorming van de vrijwilligers.

De organisatie sluit met iedere vrijwilliger een contract af, waarin onderlinge afspraken worden vastgelegd inzake beschikbaarheid in tijd en omgeving, aansprakelijkheid van en voor de vrijwilliger, verzekering, vergoeding voor onkosten, recht op inspraak van de vrijwilliger, ontmoetingen met andere vrijwilligers, opleiding en vorming. De vrijwilligersorganisatie pleegt overleg met personen die beroepsmatig werkzaam zijn in het werkveld. Enkel voor de autonome vrijwilligersorganisaties wordt een kostendekkende subsidiëring voorzien die vooral moet worden aangewend voor de premie voor de verzekering en de werking. De Vlaamse Executieve sluit overeenkomsten af met organisaties in functie van door haar vooropgestelde beleidsprioriteiten. Ingebouwde vrijwilligersorganisaties kunnen via de sectoriële reglementering ondersteund worden mede om zo tot betere afspraken te komen met het professionele net.

De subsidie wordt bepaald in het raam van een met de overheid af te sluiten overeenkomst. Via een dergelijk convenantenbeleid kunnen oriëntaties worden gegeven in functie van beleidsprioriteiten. Het laat toe soepel en tijdelijk in te spelen op acute problemen (vb. vrijwilligers voor opvang van vluchtelingen).

Migranten

Tot slot wens ik in het kader van mijn bevoegdheid inzake migrantenbeleid melding te maken van het feit dat ik de verdere uitbouw van integratiecentra zal realiseren. Zij kunnen andere voorzieningen stimuleren meer open te staan voor migranten en het beleid adviseren omtrent de specificiteit van de problemen waarmee deze groep geconfronteerd wordt.

Initiatieven die projectmatig opgestart zijn via het Vlaams Fonds voor Integratie van Achtergestelden zullen kunnen bevoegd worden indien ze beantwoorden aan de **erkenning**-criteria voor integratiecentra. Hiervoor is 20 miljoen fr. extra voorzien.

In overleg met Gemeenschapsminister DETIEGE moet een oplossing worden gezocht voor de waardevolle **prive**-initiatieven die niet kunnen voortgezet worden via de **VFIK**-projecten of via het Bijzonder Fonds voor Maatschappelijk Werk. De Vlaamse Regering keurde in het programma voor Kansarmoedebestrijding naast de **VFIK**-dotatie (1.128,5 miljoen fr.) ook 150 miljoen fr. aanvullende **VFIK**-middelen, 25 miljoen fr. voor lokale kansarmoedebestrijdingsprojecten (depannagekrediet) en nog eens 20 miljoen fr. voor regionale ondersteuning van projecten goed.

Dit brengt een enorme scheeftrekking van de openbare sector t.o.v. de privé teweeg ! Binnen de welzijnssector is voor allerlei soorten experimenten in alle mogelijke **welzijns**-domeinen slechts 57 miljoen fr. beschikbaar !

Gezondheidszorg

Binnen mijn bevoegdheid voor gezondheidszorg zal ik het investeringsprogramma voor ziekenhuizen onverminderd voortzetten. Voorrang wordt gegeven aan brandveiligheid, afwerking van reeds gestarte bouwwerken, bouwwerken die noodzakelijk zijn in het raam van een reeds gewijzigde erkenning.

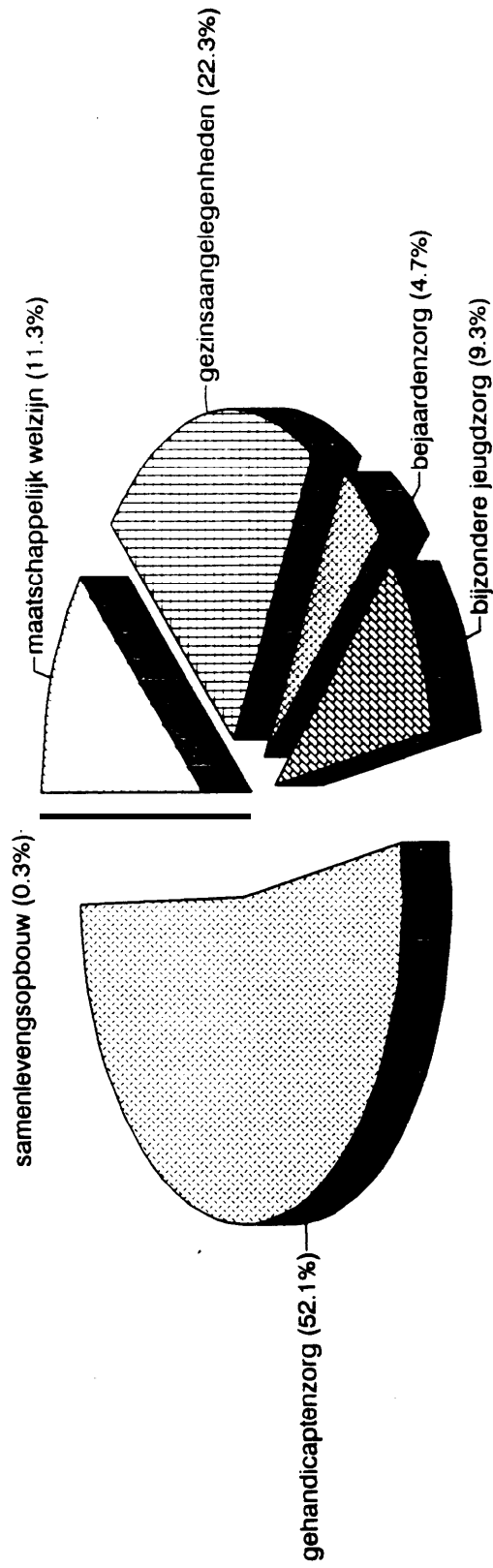
Net zoals in alle andere investeringsprogramma's zijn de machtigingen verhoogd, met name met 2,9 % en is de lening omgezet in rechtstreekse subsidiëring. Hierdoor wordt het kunstmatig onderscheid in subsidiëeringsformule tussen de

privé- en openbare ziekenhuizen weggewerkt. Dit zal vanaf 1994 voor gevolg hebben dat de betalingskredieten snel zullen stijgen, aangezien alle uitgaven nu binnen de begroting worden gebracht. De stijging van de betalingskredieten in 1993 is een gevolg van de verhoging van de vastleggingsmachtingen voor de ziekenhuizen (eind 1991) met 1,2 miljard fr.

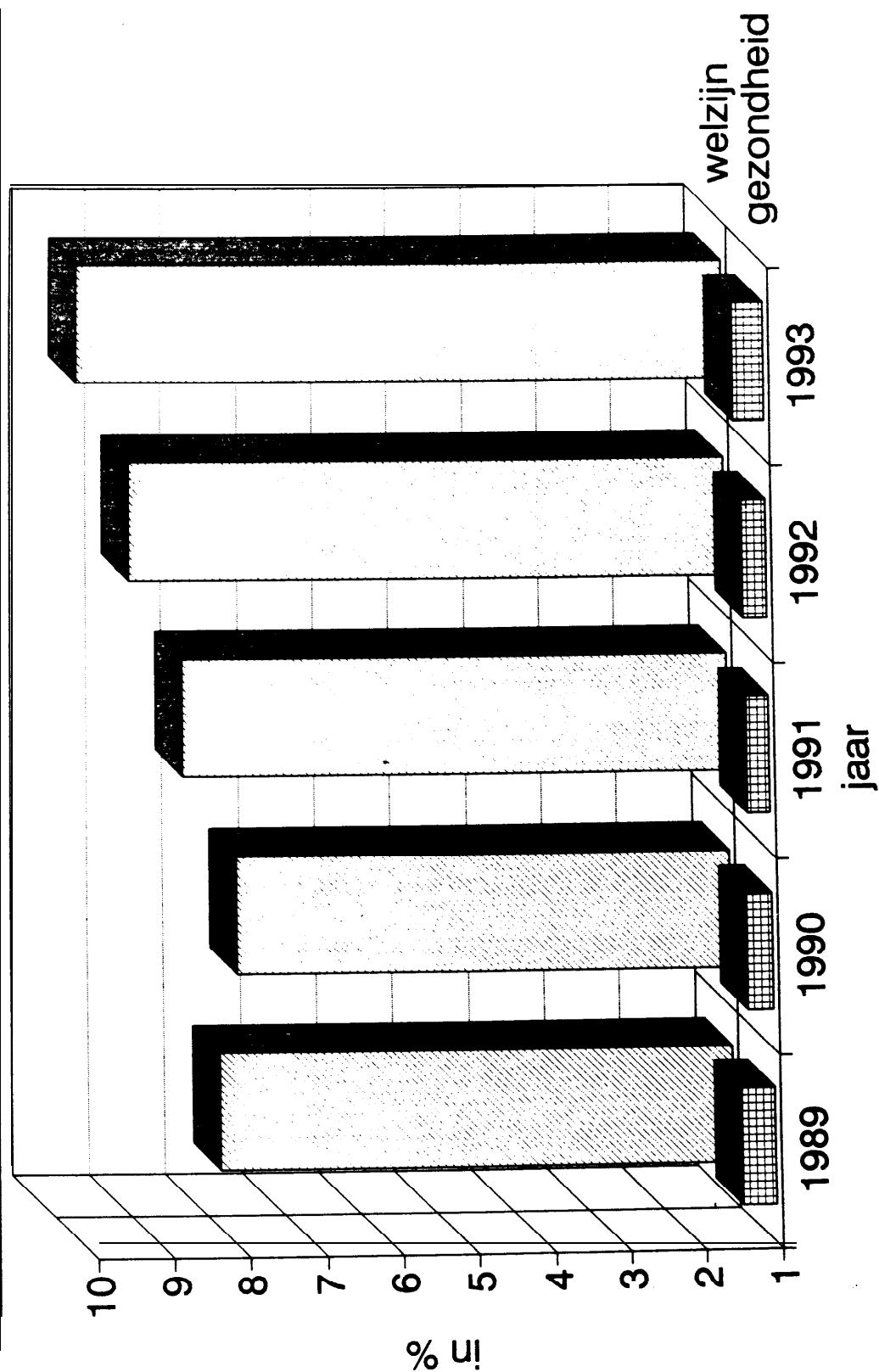
Inspelend op de beleidsopties om voornamelijk de thuiszorg te ondersteunen en regionale samenwerkingsverbanden te bevorderen, heb ik beslist om de programmatie voor samenwerkingsinitiatieven voor thuisverzorging te verhogen van 60 tot 100. Tot nu toe heb ik 55 initiatieven erkend. Hierdoor zullen in nog meer regio's de organisaties worden aangespoord om samen te werken rond concrete hulpvragen. Via een registratie zullen we begin 1993 een zicht krijgen op het aantal reeds tot stand gekomen zorgenplannen. Samen met de Hoge Raad en alle betrokken beroepsorganisaties wordt verder gezocht naar duidelijke afspraken, omtrent invulling van de functie van zorgenbemiddelaar, de score voor hulpbehoevendheid.

Voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg is een éénmalige inhaalbeweging gebeurd omdat het budget in 1992 onderschat was. Eindafrekeningen bleken plots veel hoger te liggen dan vorige jaren, voornamelijk wegens het te laag inschatten van de gemiddelde anciënniteit van de personeelsleden. Daarenboven moeten de talrijke equipe-uitbreidingen van 1991 en 1992 nu volledig op jaarbasis worden berekend. Deze correcties vergden reeds zo'n budgetverhoging (+ 156 miljoen fr.), dat geen andere nieuwe initiatieven, zoals het invoeren van een coördinatiefunctie of de harmonisering van de lonen t.o.v. de psychiatrische instellingen, konden worden doorgevoerd.

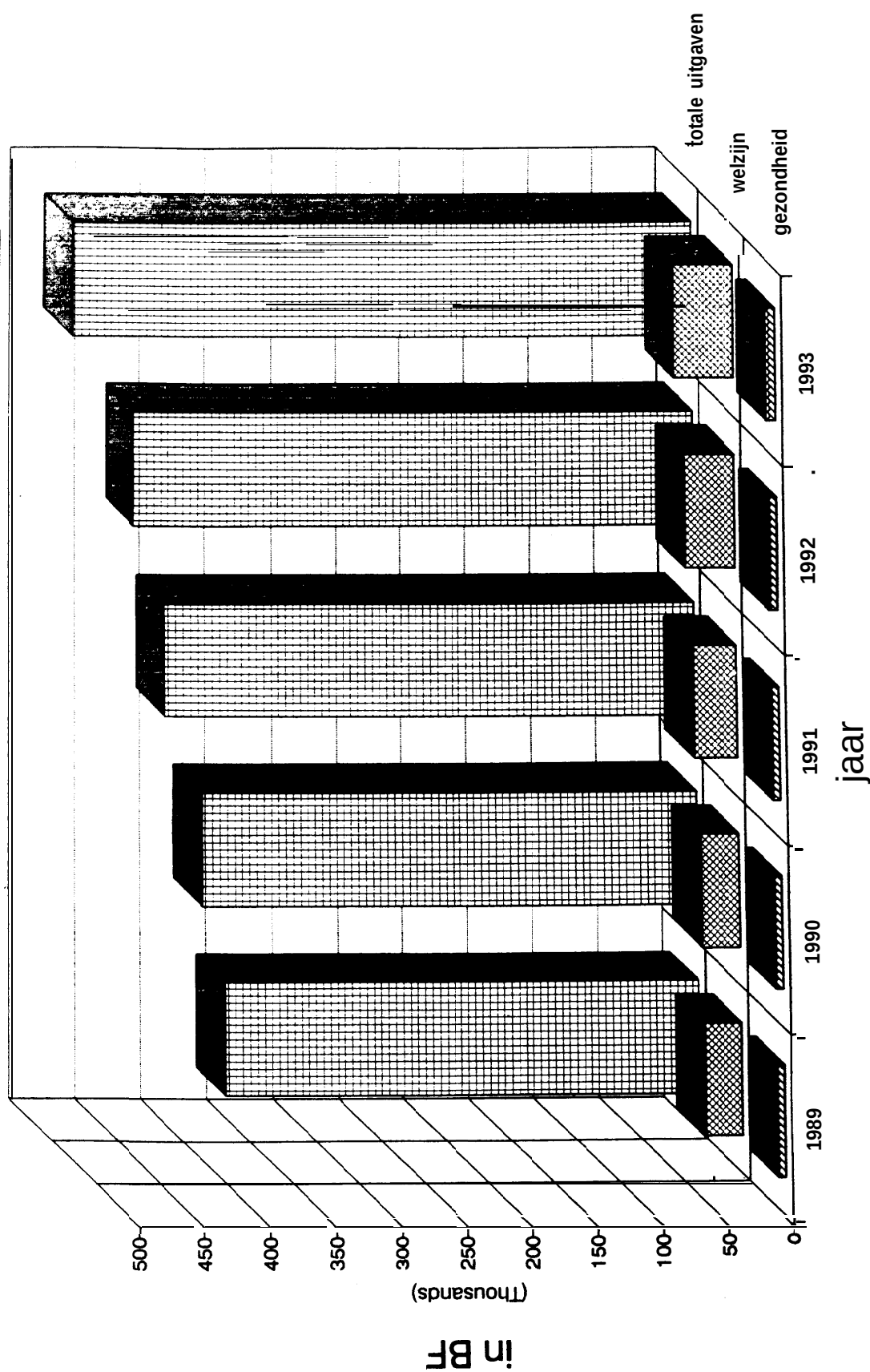
verdeling van het welzijnsbudget 1993



bandeewelzijn en gezondheid in de totale uitgaven Vlaamse Gemeenschap



Evolutie begroting welzijn, gezondheid en Vlaamse Gemeenschap



Evolutie van de betalingskredieten voor welzijn en gezondheid t.o.v.
de totale uitgaven van de Vlaamse Gemeenschap

Jaar	Welzijn	Procentueel aandeel	Gezondheid	Procentueel aandeel	Vlaamse Gemeenschap
1985	17229.60	21.92	2546.00	3.24	78616.70
1986	19033 .00	23.79	3826.60	4.78	79996.50
1987	19132.70	20.78	3629.50	3.94	92085.10
1988	19832.10	21.19	4132.20	4.42	93583.60
1989	28118.10	7.75	5147.10	1.42	362893.30
1990	28534.20	7.51	5042.80	1.33	379797.90
1991	33463.10	8.20	5216.20	1.28	407911.50
1992	38375.30	8.89	5656.70	1.31	431545.30
1993	45994.00	9.60	6774.00	1.41	479127.50

Verdeling van het welzijnsbudget
over de verschillende sectoren 1993

maatschappelijk welzijn	5199.4
gezinsangelegenheden	10259.3
bejaardenzorg	2166.1
bijzondere jeugdzorg	4257.3
gehandicaptenzorg	23972.3
samenlevingsopbouw	139.6

II. BESPREKING

Een eerste spreker vroeg een volgehouden inspanning voor uniforme regelgeving in de welzijnssector waarbij de personeelskosten en een groot deel van de werkkosten door de overheid zouden overgenomen worden na de procedure van erkenning en subsidiëring die elke willekeur bij gebrek aan regelgeving zou uitsluiten. Aan een groot deel van deze wensen is intussen tegemoet gekomen zowel door decreetgeving als door uitvoeringsbesluiten. Dat is een positieve instelling. Maar aan de Minister vraagt hij thans een overzicht van de sectoren waar nog geen regelgeving bestaat.

Zijn tweede bemerking betrof zijn vrees voor versnippering van de uitgaven door de schuld van de verzuiling. Spreker erkent dat het middenveld dat ligt tussen de overheid en de commerciële sector moet overgelaten worden aan spontane initiatieven, zoals VZW's. Maar in de mate van het mogelijke moeten deze initiatieven gecoördineerd kunnen worden door overheidsinstanties onder meer om overlappings te vermijden, en liefst ziet spreker hier pluralistische initiatieven ontstaan. Maar het middenveld zelf blijft onmisbaar, mag niet door de overheid vervangen worden. Men mag de fouten van het verleden niet overnemen, aldus het lid.

Hij betreunde ook de argwaan waarbij zeer dikwijls de ene de andere bespiedt en verwijt meer subsidies of hulp gekregen te hebben om ideologische redenen.

In zijn derde opmerking onderstreepte hij het belang van de ambulante sector boven de residentiële sector. Hij stelt vast dat dit nieuw verzorgingsmodel in de afgelopen jaren een vast beleidspunt geworden is.

Vervolgens pleitte hij voor de goede kwaliteit van de zorgenverstreking. Dit vereist op de eerste plaats een goede scholing en bezoldiging van het personeel, en een goede leiding door de verantwoordelijken van de diensten of de instellingen. Maar ook een vorm van intercollegiale toetsing moet in de welzijnssector ingang vinden. Er bestaan reeds werkzame modellen van beroepskringen.

Naar aanleiding van het recente vliegtuigongeval nabij Amsterdam vroeg hij of hier al voldoende aandacht werd geschonken aan het zeer belangrijk nevenprobleem van traumaverwerking bij rampsituaties en of het kabinet van de Minister de ervaring van Nederland volgt om er nuttige lessen uit te halen. Deze vraag houdt verband met wat in de beleidsnota gezegd werd over flexibiliteit. Niet iedereen is geschikt om polyvalent op te treden en omschakeling vraagt opleiding en tijd.

Tot slot gaf hij als zijn mening te kennen dat bijsturen, coördineren, bewaken en financieren op plaatselijk vlak het best door OCMW kan gebeuren. Eventueel kan het gebeuren door een forum waarin alle welzijnsinstellingen van de gemeente betrokken zijn, en a fortiori ook het OCMW. De omstandigheden kunnen bepalen wat de voorkeur verdient, maar principieel verkiest spreker dat de rol aan de OCMW's toegewezen blijft.

De volgende spreker maakte de filosofische bedenking dat de grote groep werklozen die door de gemeenschap terecht ondersteund worden, een potentiële groep hulpverleners uitmaken voor gezins- en bejaardenhulp. Hij vraagt zich af waarom van deze reserve geen gebruik gemaakt wordt maar integendeel de schatkist tweemaal aangesproken wordt, eenmaal voor de werklozensteun en een tweede maal voor de behoeftedekking aan thuiszorg.

Daarnaast maar in dezelfde context maakte hij een kritische bedenking bij de vergelijking van de cijfers inzake gezins- en bejaardenhulp tussen de arrondissementen Vilvoorde en Maaseik. Waarom heeft deze laatste streek zoveel meer steun nodig voor gezins- en bejaardenhulp, terwijl ze anderszijds een veel groter werkloosheidscijfer kent ? Is dat geen puur cliëntelisme, vroeg spreker.

Waarop de onmiddellijke repliek volgde van de Minister die zei dat in landelijke gebieden de caritatieve beweging van oudsher meer actief was en dat men deze traditioneel gegroeide situatie moet erkennen en eerbiedigen.

Een ander lid vroeg of eventuele misbruiken niet eerder in urbane streken zoals Vilvoorde te situeren zijn, want, gezins- en bejaardenhulp beantwoordt aan een behoefte. Het zou kunnen dat een ietwat hoger percentage aan gezins- en bejaardenhulp in Limburg te wijten is aan het gebrek aan RVT- en ziekenhuisbedden die in het centrum van het land veel talrijker zijn, kostelijker zijn en misschien ook iets te maken hebben met cliëntelisme.

Een volgende tussenkomst betrof de sectie gehandicaptenzorg. In de begroting is 350 miljoen frank voorzien om de achterstallen van de voorbije jaren weg te werken. Daarmee is het verleden van de baan. Maar het Vlaams Fonds krijgt geen financiële middelen om in de toekomst de voorschotten versneld uit te betalen. Het Vlaams Fonds zal dus vlug dezelfde problemen ondervinden als het Fonds '81, namelijk een schuldenberg aan achterstallen. Het Vlaams Fonds beschikt over geen enkele financiële speelruimte. Men stelt hoge verwachtingen in het nieuw Fonds maar de vrees bestaat dat dit tot ontgoochelingen zal leiden.

Vooraleer zijn bemerkingen over de begroting te formuleren wou een lid laten opmerken dat een politieke partij die de woorden „eigen volk eerst” als slogan hanteert, niet deelneemt aan een debat waar het welzijn van de gemeenschap besproken wordt.

Het lid vroeg meer aandacht en inzet voor de 10.000 autistische patiënten in Vlaanderen.

De reeds besproken discrepantie tussen de verschillende arrondissementen inzake gezins- en bejaardenhulp moet ook volgens dit lid nader bekeken worden.

Wat het probleem thuiszorg versus instellingenzorg betreft was spreker het eens met de versterking van de thuiszorg, afgezien van de vragen over de kostprijs. De middelen zijn beperkt. Is het niet mogelijk om de sociale huisvestingsprogramma's die oplopen tot 15 miljard frank tot op bepaalde hoogte gelijklopend te maken met de nieuwe woonvormen zoals service-flats, seniorentehuizen, enzovoort.

Een lid citeerde de grote dotatie die aan de gemeenten wordt toegewezen : voor 1993 bedraagt dit meer dan 37 miljard frank, zijnde een stijging van 1,5 miljard frank ten overstaan van 1992, terwijl het Bijzonder Fonds 1,9 miljard frank bedraagt, zijnde een stijging van 81 miljoen frank. Dat wil zeggen dat de OCMW's weer bijzonder benadeeld worden. Zijn bezwaren gelden niet het feit zelf van de armoedebestrijding maar wel de vaststelling dat steeds dezelfde gemeenten begiftigd worden, niettegenstaande er ook andere gemeenten met allerlei vormen van kansarmoede te kampen hebben. Het percentage van het VFIK moet volgens spreker herzien worden ten voordele van het bijzonder fonds.

Zijn tweede bemerking betrof de bejaardenzorg. Er is een contradictie wat de rustoordbedden betreft. Niemand betwist

het feit dat de bejaardenzorg een groeiende behoefte wordt, maar in de toekenning van de rustoordbedden volgt men die vaststelling niet. De aanvragen overstijgen budgettaire mogelijkheden, maar al die aanvragen zijn niet steeds acuut. Vandaar de noodzaak om eens na te gaan in welke regio's echte behoeften bestaan.

Hierbij aansluitend hield een lid nogmaals een pleidooi voor meer verantwoordelijkheid van de familie zelf inzake thuisverzorging. Hierover moet ook gesproken worden als men debatteert over aantal en kostprijs van RVT-bedden, aldus het lid.

Hij betreurde het feit dat men in de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg nagelaten heeft aan de bestaande A-diensten een mobiele ploeg toe te voegen die de patiënt thuis zou opvolgen. Hij is van oordeel dat er teveel centra zijn en dat de beste oplossing de gemengde formule is.

Volgens een ander commissielid kan heel het debat over de welzijnssector herleid worden tot de vraag : wat verwachten wij van de overheid en welke soort van solidariteit wensen wij ? Maar we moeten wel rekening houden met het feit dat de rol die de overheid toebedeeld is, niet altijd dezelfde is op federaal, Vlaams of Waals niveau.

Wat de landloperij betreft die uit het strafrecht is gehaald, stelt zich thans het probleem van het bestaansminimum van de daklozen. Dit mag niet zonder meer overgelaten worden aan gemeenten en OCMW's en aan de private liefdadigheidsinstellingen. Op Vlaams niveau moet aangevuld en ingevuld worden wat de wetwijziging op dit vlak teweegbracht of verwaarloosd heeft te doen. Hoeveel staan we terzake op grond van het communautair akkoord ?

Bij de bespreking van de vorige begroting waren de conclusies van de Ronde Tafel-gesprekken inzake de organisatie van de buitenschoolse kinderopvang nog niet bekend. Nu voorziet de begroting voor Welzijn voor 1993 niets voor deze opvang. Nochtans is het een materie die deze Commissie aanbelangt. Het is niet aanvaardbaar dat de kinderopvang enkel zou behandeld worden als een tewerkstellingsprobleem.

Hoeveel staat men met de uitvoeringsbesluiten op het decreet betreffende het algemeen welzijnswerk ? Volgens de Minister zullen alle besluiten getroffen zijn tegen 1 januari 1994. Maar het is de zorg van het lid dat bepaalde groepen welzijnswerkers over geen geldige rechtsgrond beschikken. Zij denkt vooral aan de hulpverleners en aan jong volwassenen die eind december 1992 hun rechtsgrond verliezen volgens het decreet van 28 juni 1990 op de Bijzondere Jeugdzorg.

In hoeverre zal de aangekondigde wijziging van de Mariel-regeling een gevolg hebben voor de verzorgingssector ?

De Minister antwoordde dat vanuit de Vlaamse Regering om een afwijking gevraagd werd met betrekking tot de capitatieve bijdrage voor de onvrijwillige deeltijds werklozen. Hierop heeft de federale Minister een negatief antwoord gegeven. De vragen aan de Eerste Minister en aan de Minister van Sociale Zaken werden nog niet beantwoord.

Een commissielid vond dat het tijd wordt om een soort referentiekader te creëren voor het personeel dat niet rechtstreeks in dienst werkt van de Vlaamse Gemeenschap maar dan wel door die gemeenschap gesubsidieerd wordt in de talrijke Vlaamse VZW's. Waarom geen gelijkwaardig statuut voor iedereen in de Vlaamse gemeenschap ?

Inzake de gelijkschakeling van de subsidiëring van de personeelslast voor de autonome centra voor maatschappelijk werk met andere voorzieningen in het algemeen welzijnswerk vroeg een lid of de Minister met de mutualiteiten overleg wil plegen en hen vragen wat voor hen het verlengde van de gezondheidszorg is en wat zuiver maatschappelijk werk is. Mocht dit tot duidelijke definities leiden, dan zou hieruit een onderscheid in de subsidiëring kunnen voortvloeien zodat de autonome centra die niet verbonden zijn met mutualiteiten een andere, namelijk vollediger subsidiëring kunnen verwachten.

Een soortgelijk probleem stelt zich voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg, met als gevolg onder meer het vaststellen van het honorarium van de psychiaters. Deze dokters verdienen niet de helft van wat hun collega's in de ziekenhuizen verdienen. Ook hier is er een discriminatie in de subsidiëring.

Tot slot van deze eerste vragenronde formuleerde een lid nog enkele concrete punten. Inzake service-flats ging men destijds uit van het principe dat ze goedkoop en alleszins betaalbaar moesten zijn voor hen die ze nodig hebben. Is dat nog zo ?

Wat is, inzake gesubsidieerde kinderopvang, begrepen in de kostprijs per dag en per kind afgezien van de bijdrage van de ouders ?

Is subsidiëring van tijdelijke opvang van bejaarden als **tussenformule** niet haalbaar ? Met tijdelijke opvang wordt hier bedoeld : de wintertijd bijvoorbeeld.

Wat heeft de Minister op het oog met de 3,56 miljard frank reserves bij de beschutte werkplaatsen ?

Waar men oorspronkelijk had gepland om nu de Vlaamse Minister voor Financiën en Begroting, **Gezondheidsinstellingen**, Welzijn en Gezin aan het woord te laten voor een antwoord op de reeds gestelde vragen en de opmerkingen, wensten meerdere Commissieleden bij het begin van de tweede dag in het begrotingsdebat eerst hun vragenlijst uit te putten, zonder daarbij expliciet onderscheid te maken tussen een algemene bespreking of een gedetailleerd overzicht van de tabellen. De Vlaamse Minister zou dan later de vragen globaal beantwoorden.

Verontrust door een krantenbericht vroeg een lid of de Vlaamse regering zinnens is in de sector van de Bijzondere Jeugdbijstand de uitbouw van de niet-residentiële opvang van probleemjongeren terug te schreeven.

Een ander lid verwees naar de federale maatregelen waardoor de RIZIV-tegemoetkomingen werden herschikt. Volgens dit lid zijn die maatregelen bijna exclusief gericht tegen de kleinschalige tehuizen, waardoor ongeveer een derde van alle Vlaamse instellingen worden bedreigd in hun voortbestaan en de huisvesting van ongeveer 50.000 bejaarden in het gedrang komt. Het is naar de mening van het lid de plicht van de Minister, hierover een overleg op te starten met de federale regering om in het kader van de nieuwe conventie die vanaf 1 januari 1993 de forfaits voor de rusthuizen moet regelen, een versoepeling te bepleiten ten aanzien van de kleinschalige rusthuizen.

Tevens herinnerde het lid eraan dat de voorganger van de Minister toezeggingen gedaan heeft voor 7.500 bijkomende service-flats voor bejaarden. Maar als er slechts een budget ter beschikking is voor 5.000 flats, wat zal er dan gebeuren met de andere 2.500 toezeggingen ?

de gezinnen wiens inzet niet betaald wordt. Het moet mogelijk gemaakt worden dat als de reële kosten het forfaitair bedrag overschrijden dit dan ook terugbetaald wordt. De pleeggezinnen mogen niet gedemotiveerd worden door ze alleen te zien als een kostenbesparende formule voor de begroting.

Spreker pleitte voor erkenning van de pleegouders als praktijkdeskundigen en dit gekoppeld aan een juridisch statuut voor het pleeggezin, zoals dat in Nederland al bestaat en eigenlijk door de Europese resolutie „On Placement of Children” van 3 november 1977 al is voorzien.

Verder drong het lid aan op de verplichting tot nazorg via een thuisbegeleidingsdienst wanneer een kind, in zijn natuurlijk milieu terugkeert.

Daarna behandelde het lid een tweede luik van de pleegzorg : de achterstelling van de personeelsomkadering en de werkingskosten van de diensten voor pleegzorg. De huidige hervormingsplannen zullen volgens spreker tijd noch geld overlaten voor vorming van pleegouders en kandidaat-pleegouders. Hij acht het noodzakelijk dat de hervormingsplannen met het platform Bijzondere Jeugdzorg op een rondetafel uitgepraat worden om tot een consensus te komen.

Wat de beschutte werkplaatsen betreft formuleerde het lid vier opmerkingen.

Ten eerste moet de overheid een campagne starten om een mentaliteitsverandering bij de burger tot stand te brengen ten opzichte van de beschutte werkplaatsen. Beschutte werkplaatsen als „concurrentievervalsers” bestempelen getuigt van een zeer corporatistische en individualistische instelling ten opzichte van de anders-valide medemens. Bovendien moet vermeden worden dat tewerkstelling van een gehandicapte door bedrijven aanzien wordt als een storend element en klanten-verontrustend.

Ten tweede is er het probleem van inkomsten vanuit de verzekeringssector en de rol van het RIZIV, een probleem dat reeds door een vorige spreker werd aangekaart.

Het derde probleem betreft de inkomsten van de gehandicapte zelf. Het is voor het lid totaal onaanvaardbaar geworden dat anders-validen die hetzelfde werk doen en dezelfde beloning krijgen soms wel en soms niet kinderbijslag of een invaliditeitsuitkering ontvangen.

En het lid beëindigde zijn tussenkomst met de vraag hoe men naast het bijpassen en het weer rendabel maken van de sector van de beschutte werkplaatsen in de toekomst de verloning of de subsidiëring zal aanpassen. Lineaire maatregelen kunnen de sector niet rendabel maken want elke beschutte werkplaats is anders.

Hierbij aansluitend verwees een volgende spreker naar het SERV-rapport van juni 1992 en hij stelde aan de Minister de vraag welke houding de overheid zelf aanneemt inzake tewerkstelling en integratie van minder-validen.

Zijn tweede vraag betrof het statuut van de vrijwilligers. Wat is de precieze inhoud van de denkpiste die naar aanleiding van de begroting in het licht wordt geplaatst ?

Wat de bejaardenzorg betreft vroeg het lid enige toelichting over de afhankelijkheidsverzekering. Federaal schijnt dit niet bedoeld te zijn voor de medische kosten maar wel voor de randkosten, en dan betreedt men toch de bevoegdheid van de Minister voor Welzijn. Heeft de Minister daarover bepaalde beleidsintenties ?

De volgende spreker formuleerde een reeks vragen rond welbepaalde sectoren.

Op de eerste plaats sprak hij zijn tevredenheid uit omdat een vast krediet is ingeschreven ten behoeve van het CBGS.

Wat het jeugdbeleid betreft had hij vragen rond de speciale actieprogramma's die in 1991 gestart zijn op basis van conventies. Per jaar is 15 miljoen frank ter beschikking gesteld voor preventieprojecten die het strikt regionale niveau overstijgen en lopen tot 1994, namelijk rond zelfmoordpreventie bij jongeren, rond drugpreventie bij tieners, en rond gokverslaving in Limburg.

De Minister onderbrak de spreker zeggende dat het beslissingen zijn die haar voorganger heeft genomen en die nu moeten betaald worden.

In verband met de bejaardenzorg — programma 41.3 — citeert het lid enkele woorden uit de toelichting : „een onderzoek naar het losmaken van de programmatie voor de niet-subsidieerbare rustoorden”. Is deze zinsnede een wending in het beleid dat door de voorganger van de Minister werd gevolgd toen deze zei dat hij de commerciële sector niet wou bevoordelingen ?

In de sector van de bejaardenflats en rustoorden met de alternatieve financiering van respectievelijk 285.000 frank en 275.000 frank per jaar, bedraagt de last in 1993 462 miljoen. Wat wordt dit in de volgende jaren ?

De Minister antwoordde dat naarmate financieringsovereenkomsten met de initiatiefnemers worden ondertekend, bedragen worden vastgelegd. Het is een last die over 5 jaar gespreid is en in de vastlegging volledig gelijk verdeeld is. Als het totaal pakket 7 miljard frank is dan is dat over 5 jaar verdeeld 1,4 miljard frank. De begroting legt het bedrag vast waartoe men zich engageert. De vereffeningen volgen later.

Een lid stelde in verband met de gehandicaptenzorg — programma 41.5 — dat er een inspanning gedaan is om een einde te maken aan de achterstallen van het oude fonds. Maar de betrokken sector vreest dat er niet genoeg middelen zijn voorzien om het ontstaan van nieuwe achterstallen in het nieuw fonds te voorkomen.

Met betrekking tot het algemeen welzijnswerk stelt een lid een vraag over de toelagen aan diensten en instellingen voor ambulante welzijnzorg. In de eerste plaats blijven de OCMW's betoelaagd. Daarnaast heeft men de ingebouwde en autonome centra. Eerstgenoemde behoren tot de mutualiteit en hun aantal is driemaal groter dan dat van de autonome. Dank zij de financiering der administratiekosten van de ziekenfondsen hebben deze ingebouwde centra geen budgettaire problemen. De autonome centra daarentegen hebben een doorsneetekort van 25 tot 30 procent.

Spreker pleitte ervoor de formele gelijkheid door een inhoudelijke gelijkheid te vervangen. Hierop werd vanuit de Commissie positief gereageerd en de mogelijkheid werd geopend om in de loop van de debatten een amendement voor te bereiden.

Naar het forensische welzijnswerk gaat niet veel geld. Slechts 37 miljoen frank. De sector is vrij jong en vormt een uitdaging voor het beleid op korte termijn. Er ontstaat thans een tendens om de criminaliteitsproblemen vanuit het justitiële meer naar het maatschappelijke vlak te verplaatsen. Gezien de toenemende communautarisering moet ook onze gemeenschap dat beleid herzien : drie à vier mensen voor een gevangenisbevolking van 1.400 personen in de provincie Antwerpen. Er zijn ook te weinig centra voor slachtofferhulp.

In de sector geestelijke gezondheidszorg — programma 42.10 — bestaat de vraag naar gelijkschakeling van hun **bar**ema's met de werkers uit de psychiatrische ziekenhuizen.

Hierop reageerde de Minister onmiddellijk met een voorstel om eens een algemeen debat te organiseren over de geestelijke gezondheidszorg met daarin de centra voor geestelijke gezondheidszorg. We moeten eens omschrijven wat we onder algemeen welzijnszorg verstaan en ook onder geestelijke gezondheid.

Het lid antwoordde hierop dat het gaat om het principe van gelijk loon voor gelijk werk. Er is inderdaad een **be**voegdheidsprobleem, maar ofwel legt men de lat hier gelijk op de eerstelijnszorg ofwel op federaal vlak op de tweede lijn.

Wat de lokale integratiecentra voor migranten betreft heeft de voorganger van de Minister het principe ingevoerd van een beperkte subsidiëring van 95 procent met de gedachte aan een lokale verankering waarbij aan de lokale besturen een bijdrage van 5 procent gevraagd wordt.

Staat de Minister nog achter deze zienswijze ? Wetende dat sommige gemeenten ook die 5 procent bijdrage durven verwaarlozen is het misschien wenselijk te denken aan een 100 procent subsidiëring.

De volgende spreker behandelde het hoofdstuk Kind en Gezin. Meer bepaald vroeg ze aandacht voor het probleem van de kinderopvang. Voor alle flexibele situaties in de **be**drijven zou een adequate oplossing qua kinderopvang moeten bestaan. De begroting biedt weinig vernieuwing aan. Nochtans worden er voorstellen gedaan zoals mini-kribben, kribben die de eisen van het modaal gezin zo goed mogelijk benaderen, en alternatieven die de onbetaalbaarheid van sommige huidige systemen kunnen opvangen. Met de verhoging van de ouderbijdrage zijn de problemen niet opgelost. Uitbreiding van het aantal opvanggezinnen en verhoging van het aantal kinderen per opvangmoeder lost de problemen evenmin op. Overigens nu reeds rijst ernstig de vraag naar de kwaliteit en de motivatie in deze vorm van kinderopvang.

En tot slot vroeg het lid aandacht voor de kinderkribbes in Brussel die met echte overlevingsproblemen te kampen hebben.

Een lid vroeg hoeveel samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging tot nog toe goedgekeurd werden en of het systeem bevredigend is.

Ook vroeg hij of het waar is dat in Limburg KS-gelden zullen aangewend worden voor service-flats.

De volgende tussenkomst bestond uit een nieuwe reeks precieze **be**merkingen.

Binnen de sector van de Bijzondere Jeugdzorg zijn er door communicatiestoornissen en misverstanden enkele verwarde toestanden ontstaan die in de toekomst zou moeten vermeden worden.

In de sector **gezins**- en bejaardenhulp geeft men te weinig aandacht aan de poetsdiensten.

Het lid wil de precieze cijfers kennen van de evolutie inzake de erkende plaatsen en inrichtingen voor **gehandicap**tenzorg voor de jaren 1990 en volgende.

Wordt de betoelaging van de persoonlijke alarmsystemen voor gehandicapten nog voortgezet ?

Is in het kader van de Bijzondere Jeugdbijstand verdere begeleiding mogelijk vanuit het opvanghuis waarin de personen verbleven hebben ?

Eén van de moeilijkheden die voortvloeien uit de overgang van het vroegere Rijksfonds naar het Vlaams Fonds is de aanpassingspremies voor woningen voor personen met een zware handicap. Vroeger kon men na de voltooiing van de werken nog een aanvraag doen. Het besluit van de Vlaamse Executieve van 24 juni 1991 wil nu dat de vraag vooraf wordt ingediend. In de overgangsperiode heeft de administratie geen rechte lijn gevolgd. Een ander besluit dringt zich volgens spreker op.

In het kader van het algemeen welzijnswerk denkt spreker aan een adviesdienst voor vrouwen in echtscheiding. Kan deze gesubsidieerd worden ?

Het is evident dat een doorstroming vanuit de beschutte werkplaatsen naar het gewone arbeidscircuit een lovenswaardige beleidsoptie is. Maar het is evenzeer waar dat gezien de stijgende werkloosheid deze groep de minste kansen zal krijgen in het gewone arbeidsproces.

Tot slot vroeg spreker een gesprek rond het rapport Andersson met eventueel een communiqué naar de sector toe.

De volgende spreker kon het voorstel omtrent een adviesdienst voor vrouwen in echtscheiding niet bijtreden omdat ze van oordeel was dat men niet voortdurend nieuwe vormen van hulpverlening moet creëren. Bovendien past het onderwerp volgens haar volledig in de bevoegdheidssfeer van de bestaande Centra voor Levens- en Gezinsvragen.

Verder klaagt ze het feit aan dat de non-profit sector die destijds met premies werd aangemoedigd om deeltijdse werknemers aan te werven wegens het uitblijven van consequente nevenmaatregelen nu verplicht is deze deeltijdsen af te stoten.

Een lid vroeg naar de stand van zaken bij de provinciale evaluatiecommissies.

De laatste vraagsteller had het over het migrantenbeleid. Er wordt een krediet van 27 miljoen frank voorzien voor culturele en etnische minderheden alsmede voor gezinshereniging. Dat is hetzelfde krediet als voor vorig jaar, maar toen was dat een stijging van 15 miljoen frank. Wat zijn de intenties van de Minister ?

De integratiecentra zijn geregeld bij besluit van de Executieve van 18 juli 1990. Is er op het krediet nog ruimte voor nieuwe erkenningen ? Zou het niet beter zijn dit besluit te vervangen door een decreet ?

In maart van volgend jaar zal het Koninklijk Commissariaat voor de Migranten verdwijnen. Zijn er reeds afspraken gemaakt voor het Vlaamse centrum voor Migranten om bepaalde leemten op te vangen ?

Uiteindelijk kwam de Minister aan het woord voor haar antwoord op de vragen en bedenkingen van de Commissie. Zij groepeerde haar antwoorden per thema.

Het eerste antwoord betrof het OCMW. Een lid had erop gewezen dat de Minister in haar toelichting bij de aanvang van deze bespreking, niets gezegd heeft omtrent het Bijzonder Fonds voor Maatschappelijk Welzijn. Als voogdijminister over de OCMW's hecht zij hieraan uiteraard veel belang. Maar omwille van de bondigheid bleef de inleiding beperkt tot deze thema's waarvoor in de begroting bedragen zijn voorzien die afwijken van het constante beleid. Voor het BFMW is dit niet het geval. De evolutie van de dotatie is decretaal geregeld. Het groeipercentage ligt hoger dan de index der consumptieprijzen. De dotatie bedraagt in 1993 1.957,4 miljoen frank. Dit is 4,34 procent meer dan in 1992.

gezondheidszorg (47,2 miljoen frank). Samen goed voor ongeveer 1,3 miljard frank. Daarnaast zijn er nog de investeringskredieten. OCMW's zijn actieve bouwheren inzake bejaardenvoorzieningen en ziekenhuizen. In 1992 bedroegen de investeringskredieten voor openbare ziekenhuizen 1.051,5 miljoen frank en voor de bejaardenvoorzieningen 467,2 miljoen frank.

Een nieuw gegeven voor het welzijnsbeleid is de in het vooruitzicht gestelde communautarisering van de organieke wetgeving inzake OCMW's. Het staat nog niet vast of de gemeenschappen volledige vrijheidsmarges zullen krijgen ofwel de federale overheid een aantal basisbepalingen zal opleggen teneinde het recht op maatschappelijk welzijn gelijk te houden voor alle burgers, ongeacht van welke gemeenschap ze deel uitmaken.

Hoe dan ook, het zal alvast de Vlaamse Gemeenschap toelaten een aantal specifieke opdrachten te geven aan deze lokale besturen. Dit kan bijvoorbeeld interessant zijn om hun coördinerende en stimulerende taak inzake thuiszorg, kinderopvang, jeugdwerk, enzovoort, te ondersteunen of te specificeren.

Daarnaast zullen we ook alert moeten zijn voor de financiële toestand van de OCMW's, in het bijzonder van deze die rustoorden, RVT's of ziekenhuizen beheren. Zal de federale overheid reglementerend optreden via de ziekenhuiswet of het probleem van deficiten overlaten aan de gemeenschappen ?

De Minister beantwoordde vervolgens de vele vragen die gesteld werden rond de kinderopvang. Vooraleer te antwoorden op de concrete vragen die terzake vanuit de Commissie werden gesteld, reageerde de Minister op recente berichten rond de organisatie van de kinderopvang door bedrijven. Vragen naar een werkgeversbijdrage is niet verkeerd. Maar als daarbij gezegd wordt dat deze middelen niet naar de gemeenschappen mogen gaan maar wel naar de bevoegde Minister van de federale regering die dan op zijn manier de kinderopvang zou organiseren, dan gaat men volgens de Minister te ver. Als men naast de Vlaamse en naast wat nog gedaan wordt vanuit de Vlaamse tewerkstellingsprojecten, ook nog een federale organisatie opricht, dan krijgt men een verwarde situatie met zodanige versnippering van middelen dat van voldoende en goede kinderopvang in Vlaanderen geen sprake meer kan zijn.

De organisatie van kinderopvang is decretaal toegewezen aan Kind en Gezin. In de begroting 1993 van deze pararegionale is 2,3 miljard frank ingeschreven voor dagopvang, respectievelijk voor kinderdagverblijven en diensten voor opvanggezinnen. Dit is 168,5 miljoen frank meer dan in de aangepaste begroting 1992 (controle augustus) van Kind en Gezin. Deze bedragen hebben voornamelijk betrekking op het loonaandeel. De werkingskosten van de kinderdagverblijven worden normaal volledig gedragen door de ouderbijdragen. Kind en Gezin past een verrekening toe tussen kinderdagverblijven met relatief hoog gemiddelde ouderbijdragen en deze met een minder begoede populatie. Een deel van de verrekende ouderbijdragen wordt gebruikt voor uitbreiding van de capaciteit. Van de 635,5 miljoen frank geïnde ouderbijdragen in 1991 behielden de kinderdagverblijven 523,8 miljoen frank. De werkingskosten van de kinderdagverblijven stegen met 8,1 procent ten opzichte van 1990.

In de totale kostprijs van de kinderdagverblijven (2.010,9 miljoen frank in 1991) werd 74 procent rechtstreeks gefinancierd door Kind en Gezin en 26 procent door ouderbijdragen. In 1990 zagen deze verhoudingen er als volgt uit : 72,8 procent Kind en Gezin en 27,2 procent ouderbijdragen.

Een kind kost de overheid per dag 803,3 frank in een kinderdagverblijf. Dit zijn hoofdzakelijk loonkosten. De ouders betalen gemiddeld 343,5 frank per dag (zie bijlage 2).

Hiervan blijft gemiddeld 82,4 procent in de instellingen voor hun werkingskosten en wordt 17,6 procent door Kind en Gezin geherinvesteerd in dagopvang.

De kostprijs voor 1 dag opvang per kind in de diensten voor opvanggezinnen is opmerkelijk goedkoper voor de overheid, met name 184,1 frank. De ouderbijdrage bedraagt in de diensten gemiddeld 367 frank. Dit wordt aan de onthaalmoeder uitbetaald. Kind en Gezin past bij tot een vaste vergoeding (zit in 184,1 frank) zodat het opvanggezin niet afhankelijk is van de inkomenssituatie van de ouders.

Kind en Gezin paste in 1991 bij de ouderbijdragen van de diensten 144,8 miljoen frank bij. Dit is 26,7 procent meer dan het jaar voordien. Daarnaast subsidieert Kind en Gezin de omkadering van de diensten, samen goed voor 384,7 miljoen frank.

De diensten inden in 1991 767,4 miljoen frank aan ouderbijdragen. In de diensten dekken de ouderbijdragen aldus 66,6 procent van de totale kost. In 1990 bedroeg dit aandeel 65,3 procent.

Met al deze bijdragen van overheid en ouders werden in 1991 1.050.000 dagen (voltijds equivalent) gerealiseerd in kinderdagverblijven en 2.090.000 dagen in diensten voor onthaalmoeders. In 1992 zal het aanbod op basis van laatste kwartaalberekening, met 7 procent gestegen zijn bij de kinderdagverblijven en met 20 procent in de diensten. Op basis van de toegestane principeakkoorden en recente erkenningen zal het aantal plaatsingsdagen in 1993 in de kinderdagverblijven stijgen tot 2.170.000 (+ 7 procent) en in de diensten tot 2.750.000 (+ 10 procent ten opzichte van 1992).

Het aantal plaatsingsdagen in dagopvang zal tussen 1991 en 1993 aldus toenemen met 1.780.000 eenheden of met 56,7 procent terwijl de subsidies van de overheid in dezelfde periode stijgen met 427,0 miljoen frank of met 22,8 procent.

De vraag naar dagopvang zal blijven stijgen enerzijds door de toenemende buitenhuisactiviteit van beide ouders en anderzijds door het dalend aandeel van opvangmogelijkheden bij grootouders, familieleden en derden.

In 1990 namen zij nog 55,5 procent op van de kinderen. Een jaar later is dit aandeel gedaald tot 52,8 procent terwijl het aandeel van de door Kind en Gezin erkende opvanggezinnen en kinderdagverblijven in de buitenhuisopvang stijgt van 26,8 procent tot 29,4 procent.

Om deze bijkomende opvangcapaciteit te kunnen realiseren — het Vlaamse regeerprogramma stelt 1.500 plaatsen per jaar voorop — is de dotatie aan Kind en Gezin verhoogd met 90,4 miljoen frank bovenop het bedrag waarop ze bij constant beleid recht hebben (+ 4 procent lonen, + 2 procent werking). Daarnaast herinvesteert Kind en Gezin een deel van de verrekenende ouderbijdragen van de kinderdagverblijven. Kind en Gezin berekende dat in 1993 1.641 nieuwe plaatsen in kinderdagverblijven en 840 plaatsen in diensten voor opvanggezinnen kunnen gerealiseerd worden dankzij nieuwe erkenningen of uitbreidingen van bestaande voorzieningen. Kostprijs : 210,6 miljoen frank. Bovenop de verhoogde dotatie is het aldus nodig bijkomende middelen in te zetten via een verhoging van de ouderbijdragen. De ouderbijdrageschalen werden voor het laatst aangepast op 1 februari 1990 (Ministerieel besluit van 29 december 1989). De bedra-

gen worden jaarlijks geïndexeerd mede om de stijgende werkingskosten van de kinderdagverblijven en de vergoeding aan de onthaalmoeders die eveneens geïndexeerd wordt, te bekostigen.

Het voorstel is de basisbedragen te verhogen met 6 procent met ingang van 1 januari 1993. Het effect hiervan is dat Kind en Gezin 50 miljoen frank meer ontvangsten zal halen uit de verrekening van ouderbijdragen in de kinderdagverblijven en 52 miljoen frank minder zal moeten bijpassen voor de vergoeding van de onthaalmoeders. Dus een bijkomende marge van 102 miljoen frank.

Gelijktijdig wenst de Minister ook de werkingstoelage voor kinderdagverblijven te verhogen. Het spilbedrag voor de verrekening wordt met ingang van 1 januari 1993 312 frank per dag, terwijl de bovenvork in 1992 302 frank per dag bedraagt (benedenvork : 292 frank per dag). Een gewone indexering van de bovenvork zou in juli 1993 tot een bedrag van 308 frank per dag geleid hebben.

Het nieuwe spilbedrag is gebaseerd op een berekening van een door Kind en Gezin redelijk geachte werkingstoelage van 300 frank per dag met ingang van 1 januari 1991. Dit bedrag gekoppeld aan een indexering sinds die periode ($300 \text{ frank} \times 1,04$) komt overeen met 312 frank. Op 1 juli 1993 wordt dit $312 \text{ frank} \times 1,02 = 318,2 \text{ frank}$. De meeruitgave op jaarbasis wordt geraamd op 20 miljoen frank.

Daarnaast wenst zij ook de dagvergoeding voor de onthaalgezinnen te verhogen met 10 frank. Kind en Gezin vult de door de diensten geïnde ouderbijdragen momenteel aan tot 441 frank per dag en per kind. Dit bedrag wordt met ingang van 1 januari 1993 opgetrokken tot 450 frank. Dit leidt tot verhoogde uitgaven met 20 miljoen frank.

Deze meeruitgaven (40 miljoen frank) zullen binnen de begroting van Kind en Gezin gecompenseerd moeten worden. Er zijn vooreerst vermoedelijke reserves (Nationale Loterij : 100 miljoen frank ; projecten buitenschoolse opvang 1992 : 20 miljoen frank). Daarnaast zijn er marges te verwachten ingevolge het niet-indexeren van de **inkomensschalen** voor de ouderbijdragen, waardoor steeds meer gezinnen in een hogere bijdrageschaal terechtkomen. Indien **herschikkingen** nodig zijn, zal dit gebeuren naar aanleiding van de budgetcontrole 1993.

Tegelijk wil de Minister de druk op het vinden van nieuwe onthaalmoeders iets verminderen door het maximum aantal kinderen per onthaalmoeder te verhogen van 3 tot 4 met een maximale aanwezigheid van 6 kinderen tegelijk, eigen kinderen onder de drie jaar inbegrepen. Dit leidt niet tot een meeruitgave. Het helpt de capaciteitsuitbreiding met 1.500 bijkomende plaatsen te realiseren.

Ook de ontvankelijkheidsvoorwaarden voor uitbreiding van bestaande diensten voor opvanggezinnen zullen versoepeld worden.

Een lid onderbrak de Minister met een bijkomende vraag : zijn er op het vlak van kinderopvang nieuwe contacten geweest met de federale Minister van Financiën in verband met de aftrekbaarheid van de bijdrage van de ouders ? De Minister antwoordde dat ze bij de federale Minister zal pleiten om het bedrag te indexeren.

Daarnaast stelde zich het probleem van de buitenschoolse opvang.

De bestaande reglementering voor kinderdagverblijven en diensten van opvanggezinnen laat nu reeds buitenschoolse opvang toe voor nul tot zesjarigen. In 1991 werden 6.806 kinderen op deze manier opgevangen. Kind en Gezin is het controlerende orgaan. De subsidiëring loopt via de gewone reglementering met dien verstande dat buitenschoolse opvang gelijkgesteld wordt met een 1/3 dag-prestatie.

Binnen de diensten voor opvanggezinnen vertegenwoordigt buitenschoolse opvang 8,6 procent van het aantal plaatsingsdagen (133,1 miljoen frank subsidies)) en binnen de kinderdagverblijven 1,7 procent van de plaatsingsdagen (25,3 miljoen frank).

De scholen zorgen in belangrijke mate voor opvang vóór en na de schooltijd, sommige ook op woensdagnamiddag. De opvang is niet gereguleerd en aldus niet gebonden aan kwaliteitsnormen en ook niet gesubsidieerd (met uitzondering voor het middagtoezicht). Gesubsidieerde vrije scholen en het gemeenschapsonderwijs kunnen gemeentelijke of provinciale toelagen krijgen.

Vanuit Cultuur bestaat reeds lang een kwaliteitsvol aanbod via jeugdvakanties, speelpleinwerking en jeugdverenigingen. Er werden vorig jaar 37 miljoen deelnemersuren gesubsidieerd. De begroting voor jeugdwerk bedroeg in 1991 : 103 miljoen frank. De subsidiëring dekt ongeveer een derde van de kostprijs.

Over de tewerkstellingsprogramma's bestaan geen verklarende documenten. Er zou een protocol ondertekend zijn voor 1.033 GESKO's specifiek bestemd voor buitenschoolse opvang. Momenteel zijn er 146 FTE toegewezen aan 26 projecten buitenschoolse opvang. Naargelang de subsidiepremie, zou het protocol slaan op 548 à 625 miljoen frank. Via de impulsgebieden wordt nog eens 60,2 miljoen frank beschikbaar gesteld voor buitenschoolse opvang (periode 1991-1993).

De Vlaamse regering heeft nog geen standpunt ingenomen. Op de interkabinettenwerkgroep stond men achter het schema zoals voorgesteld door de Ronde Tafel Conferentie, doch met dit belangrijke verschil dat eerst het eerste spoor met de bestaande voorzieningen in voldoende mate en kwaliteitsvol moet uitgebouwd worden. De kwaliteit van de buitenschoolse opvang in scholen moet zeker verbeterd worden door het invoeren van minimale pedagogische kwaliteitsnormen. Pas achteraf kan de oprichting van centra voor buitenschoolse opvang besproken worden. Hoe dan ook moet vermeden worden dat via Tewerkstelling een dubbel circuit uitgebouwd wordt dat buiten de kwaliteitscontrole van de bestaande controlerende overheden ligt.

Momenteel wordt volop het debat gevoerd rond het aanbod terwijl de behoeften aan buitenschoolse opvang in feite nog niet onderzocht zijn. Het gemeentelijke niveau is zeker het best geplaatst om deze behoeften te detecteren, het bestaande aanbod te inventariseren en het geheel beter op elkaar te doen afstemmen. De middelen om dit te realiseren moeten vanuit Tewerkstelling gemobiliseerd worden en prioritair aan bestaande reglementeringen gekoppeld worden.

Een lid van de Commissie had vragen gesteld omtrent de voortzetting van de hulpverlening aan jong-volwassenen na 31 december 1992. Daarop antwoordde de Minister dat het onjuist is te beweren dat deze sector wordt afgebouwd. Vergelijking van de budgetten, de uitgaven en de saldi, toont aan dat er een gestadige stijging is, en de 4,2 miljard frank die voor dit jaar is voorzien bewijzen dat de sector niet verwaarloosd wordt.

In de Vlaamse Regering heeft de Minister vóór het zomer-reces een besluit ingediend tot forfaitarisering van een aantal kosten en de herschikking van een aantal punten in de sector, met het doel de Vlaamse Executieve attent te maken op deze gevoelige materie en te verwittigen dat het plan voor informatisering voor het einde van dit jaar moet kunnen opstarten. Door een verschoonbaar misverstand werd over dit initiatief verkeerde informatie verspreid. De waarheid is dat de zaak werd ingeleid maar dat er nog geen beslissing werd genomen omdat de procedure van raadpleging en verbetering nog aan de gang is.

De slaagkansen van deze hulpverlening bedragen naar schatting 20 procent wat in vergelijking met het buitenland een hoge score is. De sector helpt ongeveer 6.000 jongeren waarvoor een budget voorzien is van ongeveer 4,2 miljard frank, een bedrag dat als uitgave waarschijnlijk nog hoger zal liggen door de saldi van 1992.

Het decreet inzake Bijzondere Jeugdbijstand van 4 april 1990 stelt in artikel 30 dat personen die vóór de leeftijd van 18 jaar hulp en bijstand kregen, georganiseerd door de jeugdrechtbank of het Comité, hierop verder beroep mogen doen tot een bepaalde maximum leeftijd in functie van de verblijfs-vorm :

- permanent toezicht op kamer wonen (20 jaar),
- verblijven bij betrouwbaar persoon (20 jaar),
- verblijven in open inrichting (20 jaar),
- begeleid zelfstandig wonen (21 jaar).

Deze maatregel blijft geldig om de continuïteit in de hulpverlening te verzekeren. Zij die na hun 18e verjaardag beroep willen doen op begeleid zelfstandig wonen zullen zich moeten richten tot diensten die deze woonvorm organiseren vanuit het algemeen residentieel welzijnswerk.

Artikel 47 van het decreet stelde immers dat slechts tot 31 december 1992 voor jongeren tussen 18 en 21 jaar op verwijzing van het Comité, bijstand en hulp kan worden georganiseerd binnen Bijzondere Jeugdbijstand. Deze maatregel wordt met 1 jaar verlengd. De autonome centra voor begeleid zelfstandig wonen, opgericht vanuit Bijzondere Jeugdbijstand, krijgen daardoor tot 1 januari 1994 de tijd om een nieuwe erkenning te vragen in het kader van het residentieel welzijnswerk.

Het is interessant vast te stellen dat het aantal jong-volwassenen dat na hun 18e jaar nog in een voorziening van Bijzondere Jeugdbijstand wil blijven wonen stagneert rond 590 jongeren. In 1989 bedroeg dit aantal nog 1.300.

Een lid had meer specifiek vragen gesteld omtrent de subsidiëring van de centra voor maatschappelijk werk. De Minister antwoordde dat in de ontwerp-begroting 1993 geen extra middelen voorzien zijn om de loonsubsidiëring voor de autonome centra op te trekken tot 100 procent. Het probleem is haar wel bekend en de federatie van autonome centra werd reeds op het kabinet ontvangen.

Voor deze, zij het wellicht terechte looneisen, werden geen extra middelen ingezet omdat de Minister voorrang wil geven aan de meest achtergestelden in de sector van het algemeen welzijnswerk. Het is niet logisch dat het residentieel welzijnswerk tot op heden geen werkingstoelagen krijgt terwijl zij thuislozen moeten opvangen. Er is in het residentiële welzijnswerk ook sterke nood aan uitbreiding van capaciteit in-gevolge de maatregelen inzake de afschaffing van de landlo-

perij. De overname van de autonome centra voor begeleid zelfstandig wonen uit de Bijzondere Jeugdbijstand rechtvaardigde een transfer van middelen van het Fonds voor Bijzondere Jeugdbijstand naar het residentieel welzijnswerk.

De Minister is bereid te onderzoeken of er binnen het ongewijzigd beleid marges te vinden zijn om, zij het gefaseerd, tegemoet te komen aan de vraag tot een hogere loonsubsidie van de 87 personeelsleden (64 FTE) uit de 14 autonome CMW's en tot een meer geïndividualiseerde vorm van betoelaging ter vervanging van de huidige forfaitaire formule.

Binnen dezelfde budgettaire enveloppe zitten de jongerenadviescentra die een vrij lage werkingstoelage ontvangen, het justitieel welzijnswerk dat dringend uitbreidingen vraagt en de Tele-onthaaldiensten. Dit maakt de keuze uiteraard niet eenvoudig aangezien deze vragen ook beantwoorden aan een reële nood.

Er is trouwens ook een onderzoek wenselijk naar de wijze waarop de ingebouwde centra al of niet kunnen genieten van de voordelen van een inbedding in een grotere organisatie. Het zou eveneens interessant zijn te weten welke socio-economische groepen zij bereiken. Deze gegevens moeten de vraag naar een overheidssubsidie van de ingebouwde CMW helpen objectiveren.

Het algemeen welzijnswerk omvat een zeer ruim werkveld. Bepaalde werksoorten beantwoorden niet meer aan echte noden. De JIAC'S bijvoorbeeld richten zich thans niet meer tot de jongeren ; zij richten zich nu tot de jong-volwassenen en hun begeleiders. De begeleiding van de echtgescheiden vrouwen zou een taak voor de CLG's moeten zijn, maar we hebben daar vastgesteld dat het onderscheid tussen een CMW en een CLG niet altijd zo vanzelfsprekend is. Over centra voor geestelijke gezondheidszorg wordt gezegd dat ze in de eerste lijnshoren om dat ze een rol vervullen die vergelijkbaar is met wat gedaan wordt in de CLG. Van daar dat men moet nagaan welke rol al deze werkvormen vervullen en wat hun toekomstige opdracht is. Het is alleszins nu niet het moment om een andere vorm van subsidie uit te dokteren. Moeten we ons niet op de eerste plaats bezinnen over het welzijnsaanbod als dusdanig ? Deze bedenking is niet ingegeven door besparingsdrang maar wel door de wens om de beschikbare middelen aan te wenden daar waar ze nodig zijn. Het is tijd, aldus de Minister om het welzijnsaanbod te ontleden en te onderzoeken op welke manier de bevolking het best kan gediend worden. De Minister heeft zich voorgenomen dit pleidooi in de komende maanden op vele plaatsen te houden. Het probleem is niet dat de mensen geen hulp kunnen vinden, maar wel dat de meesten niet weten waar ze die hulp kunnen vinden.

Inzake bejaardenopvang werden vragen gesteld naar formules van kortopvang voor bejaarden en de kostprijs van een serviceflat voor de gebruikers. Sommige rustoorden voorzien binnen hun erkende capaciteiten beperkte mogelijkheden voor kortopvang. Deze formule is interessant voor de ondersteuning van de thuiszorg en kan vroegtijdige definitieve opname voorkomen. Deze formules worden door de Vlaamse Gemeenschap niet gesubsidieerd. Net zoals voor de rustoorden verleent zij bouwsubsidies, doch geen werkings- of personeelstoelagen. De rustoorden moeten zelfhdedruipend zijn via de bijdrage van de bewoners. De prijs die overeengekomen wordt met de bejaarde dient voorafgaandelijk goedgekeurd te worden door Economische Zaken. De Gemeenschap heeft geen enkel impact op deze prijsvorming. Hieromtrent kunnen vragen gesteld worden aangezien het feit dat

bouwsubsidies verleend worden een gunstige invloed zou moeten hebben op de prijs.

In de mate dat de bejaarde voldoet aan een bepaalde graad van afhankelijkheid, betaalt het RIZIV een kleine tegemoetkoming voor de bijkomende verzorgingskosten. Deze tegemoetkoming verschilt al naargelang de bejaarde al of niet ligt in een erkend RVT-bed.

De vraag van het Commissielid omtrent de gevraagde prijzen in service-flats kan de Minister om dezelfde redenen momenteel niet beantwoorden. Zij heeft opdracht gegeven aan het Centrum voor Gezins- en Bevolkingsstudies een onderzoek te verrichten naar het profiel en de socio-economische status van de bewoners van serviceflats. Dit kan interessante informatie verlenen omtrent de bereikte versus beoogde doelgroep en tot nadenken stemmen omtrent de opportuniteit van een verdere overheidssubsidiëring (investeringen).

Op vraag van sommige leden van de Commissie deelde de Minister hen een samenvatting mee van het rapport van Arthur Anderson omtrent de micro- en macro-economische situering van de beschutte werkplaatsen. Het betreft een studieopdracht die door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap gegeven werd. De Raad van Bestuur bespreekt momenteel de onderzoeksresultaten.

De Minister hoopt dat hieruit een goed advies zal voortvloeien en dat vrij spoedig hierover overleg kan gepleegd worden met de voogdijoverheid, zodat hieruit de passende beleidsconclusies kunnen getrokken worden.

Het is interessant vast te stellen dat, wanneer het rapport spreekt over beschutte werkplaatsen met een goede gezondheid, het zowel gaat om werkplaatsen met een positief bedrijfsresultaat als met een goed financieel resultaat. Zij vormen overigens de grootste groep. Maar er zijn er ook met een goed financieel en een slecht bedrijfsresultaat. De 3,5 miljard frank slapende middelen zouden volgens het rapport beter moeten geïnvesteerd worden wat impliceert dat een betere begeleiding inzake management wenselijk is. De vraag is nu wie dit moet doen. De beknopte samenvatting van de resultaten van dit onderzoek vindt u in bijlage 3 aan dit verslag toegevoegd.

De beoordeling of er voldoende doorstroming is naar het gewone bedrijfsleven, is vrij moeilijk. De beschutte werkplaatsen kunnen slechts behoorlijk functioneren dankzij de diversiteit van de werknemers die er nu zijn. Het onderscheid maken tussen sociale werkplaatsen en beschutte werkplaatsen is vrij moeilijk.

Wat de tewerkstelling van gehandicapten in het overheidsapparaat betreft, bestaat er een bevoorrecht aanwervingsbeleid zowel op het federaal als op het provinciaal en lokaal niveau. De Vlaamse Gemeenschap gaat een verplicht quotum vaststellen. Bij de overname door de Gemeenschap van nationaal overheidspersoneel werden ook gehandicapten overgenomen en men wil het vroegere nationale percentage evenaren. De administratieve gezondheidsdienst houdt in haar reglementering rekening met de speciale situatie van de gehandicapten bij het toekennen en behoud van bepaalde jobs, en dit is een grote maatschappelijke evolutie.

De CAO 26 biedt ook mogelijkheid tot een financiële hulp voor tewerkstelling in de private instellingen.

De Minister diende ook te antwoorden op de vragen over de middelen van het Vlaams Fonds en wat toegekend wordt.

Duidelijke afspraken werden daar gemaakt : functionele revalidatie hoort thuis in de ziekteverzekering (RIZIV), de rest in het huidige Fonds voor personen met een handicap.

Wat de achterstallen in de gehandicaptenzorg betreft : gepoogd wordt optimaal de voorschotten uit te betalen zodat geen nieuwe achterstallen ontstaan. Maar als de Raad van Bestuur van het Vlaams Fonds meent dat ze nieuwe erkenningen moet toestaan, zonder dat hiervoor middelen voorzien zijn, dan is thans het antwoord van de Minister dat dit niet meer kan. In het verleden werden nieuwe erkenningen toegestaan ten belope van 600 bijkomende plaatsen voor de jaren 1991, 1992 en 1993. Als het budget nieuwe uitbreidingen voorziet in bepaalde sectoren ten belope van ongeveer 230 miljoen frank, dan is dat voor de subsidiëring van nieuwe plaatsen die erkend zijn door de voorganger van de Minister maar nu pas operationeel worden. Als in de loop van 1992 door de Minister beslist werd geen nieuwe erkenningen toe te staan, dan moet dit ook door de Raad van Bestuur en het Vlaams Fonds voor 1993 nageleefd worden. Deze noodzakelijke rustperiode 1992-1993 zal klaarheid brengen. De Minister heeft zeer recent een dagprijs voor een semi-internaat ondertekend voor meer dan 5.000 frank per dag. Het ging om een centrum met 10 plaatsen waarin slechts 2 of 3 kinderen werden opgenomen. Dit geeft aanleiding tot ernstige bedenkingen over de erkenningen. Het is inderdaad mogelijk dat er een tekort is van honderden plaatsen, maar dat moet concreet aangetoond worden.

De Minister bereidt een decreet voor over het vrijwilligerswerk. Het beoogt de erkenning van het vrijwilligerswerk. Daarbij wordt gedacht aan het afsluiten van overeenkomsten met organisaties die het vrijwilligerswerk promoten. Er zullen voorwaarden opgenomen worden die de vrijwilligers beschermen en zekerheid bieden. Het ontwerp zal voor advies aan de SERV en de Raad van State voorgelegd worden. Maar ook deze Commissie zal gevraagd worden haar mening daarover uit te spreken.

Over het belang van de afhankelijkheidsverzekering kan de Minister zich nog geen idee vormen. Als het aanvaardbaar is moet het op het vlak van de Gemeenschap georganiseerd worden.

De vraag werd gesteld waarom er ongelijke behandeling bestaat tussen ambulante en residentiële zorg. Het is duidelijk gewild omdat binnen de beperkte middelen het residentieel welzijnswerk meer middelen nodig heeft omdat men hoe langer hoe meer geconfronteerd wordt met thuislozen die onderdak vragen.

Een lid replikeerde hierop. Als Merksplas en Wortel afgeschaft worden, kan de Vlaamse Gemeenschap dan niet eigen opvangcentra oprichten ? Is daarover overleg met de federale regering ? Waarop de Minister antwoordde dat dit niet het geval is geweest. De middelen voor de zorg van deze thuislozen werden niet aan de Gemeenschap overgedragen.

Indien de federale Minister van Justitie de bedoeling zou hebben om deze gebouwen andere bestemmingen te geven, dan zal de Minister daartegen protesteren.

Een lid voegde daar aan toe dat naar zijn oordeel wel het gedwongen aspect van behuizing van de landlopers moest opgeheven worden, maar dat het gebouw niet mag gesloten worden en onderdak moet blijven bieden voor vrijwillig verblijf.

Een lid had gevraagd of alle studietoelagen kritisch worden beoordeeld. De Minister is van mening dat men vooral

moet gebruik maken van eigen onderzoekscentra. Persoonlijk maakt ze daarvan intens gebruik. Wat het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies doet is voortreffelijk. Als er opdrachten worden uitbesteed moeten ze dienstig zijn aan het beleid.

Over de samenwerkingsinitiatieven in de thuisverzorging gaf de Minister de volgende informatie : er zijn thans 55 bestaande samenwerkingsinitiatieven, er zijn er nog een aantal in onderzoek. De programmatie is opgetrokken van 60 naar 100. De begroting in 1992 was 46 miljoen frank, in 1993 is het 55 miljoen frank. Een evaluatie is op dit ogenblik voorbarig omdat de initiatieven nog niet voldoende zijn uitgebouwd.

De Minister ziet geen enkele reden waarom met KS-middelen service-flats moeten opgericht worden.

De dagverzorgingscentra voor bejaarden zijn gereguleerd en moeten volgens de Minister meer kansen krijgen omdat de ambulante bejaardenzorg optimaal moet georganiseerd worden en de verschillende vormen van zorgenverstrekking op elkaar moeten afgestemd worden.

Het personenalarmsysteem blijft gesubsidieerd zoals voorheen. Per jaar komen er 600 nieuwe toestellen bij.

In de repliek op de antwoorden van de Minister wees een lid op de nieuwe accenten die het beleid van de Minister in gunstige zin typeert. Op de eerste plaats sprak hij zijn voldoening uit over de intentieverklaring om na doorlichting klaarheid en rust te scheppen in de welzijnssector. Maar spreker sprak de hoop uit dat dit niet zou leiden tot het bevriezen van de kredieten.

Een tweede aanvullende bemerking van het lid was deze : het wordt de hoogste tijd dat eens duidelijk uitgemaakt wordt waar, vooral in verband met het forensisch welzijnswerk, de grens ligt tussen de bevoegdheid van de federale Minister van Justitie en de bevoegdheid van de Minister die verantwoordelijk is voor de gecommunautariseerde welzijnszorg.

En tenslotte wees hij nog op de afdeling gezinszaken — programma 41.40.33.01 — waar 56,4 miljoen frank ingeschreven staat ter bevordering van het gezinsleven. Voor dit krediet werd nooit een goede verantwoording gegeven. Spreker ziet in deze post een voorbeeld van besteding aan diensten uit de wildgroei.

Hierop antwoordde de Minister dat deze bedragen besteed worden aan SVV, KAV, en andere waarvan de Minister denkt dat daar eveneens zinvolle diensten verstrekt worden. Deze subsidies zijn niet meer gestegen in 1993.

Aansluitend bij de uitspraak van de Minister dat een ernstig onderzoek moet ingesteld worden naar het doel en het publiek van sommige diensten waarschuwde een lid ervoor om met het badwater het kind niet weg te werpen. Elke dienst ontstond uit een behoefte. Weliswaar evolueert elke maatschappij, maar reorganisatie mag niet gebeuren zonder de medewerking van de betrokkenen zelf. Het feit dat men vele jaren lang het niet nodig achtte om aan reorganisatie en uitzuivering te gaan doen is niet zonder betekenis. Er zijn nog altijd mensen die uit de boot vallen. Mogelijk worden die in de toekomst niet nog meer bedreigd. En spreker maakte hierbij de persoonlijke bedenking dat in de medische wereld precies de opsplitsing in specialisaties de vooruitgang van die sector in het belang van de mens schijnt te zijn.

Bij sommige commissieleden was tijdens de bespreking de vraag gegroeid om nieuwe vormen van subsidiëring uit te voeren voor bepaalde onderdelen van de welzijnszorg. De Minister antwoordde dat ze zich daartegen zou verzetten omdat zij van mening is dat vooraleer er gepraat kan worden over nieuwe vormen van subsidiëring er eerst een dringend onderzoek moet gedaan worden naar de efficiëntie van de reeds bestaande en gesubsidieerde voorzieningen. Het zal dan blijken dat men eerder moet denken aan ombuigen van bepaalde diensten met verschuivingen van subsidies. En dit alles betekent geenszins een afbouw van de sector.

Enkele leden vroegen ook ten behoeve van de CMW's een bijkomend krediet van 18 miljoen frank om een stap te zetten naar 80 procent in de loonsubsidiëring. Dit zou dan volgens de Minister betekenen dat de werkingstoelagen op hetzelfde niveau blijven als nu. Maar volgens een lid mogen die enigszins verminderd worden. Niemand schijnt te weten waarom de CMW's niet ten volle zijn betoelaagd zoals dat met de JIAC's, het forensisch welzijnswerk, de CLG's, Tele-onthaal, enzovoort, het geval is. Maar de eerste stap naar gelijke behandeling kan de Minister nu niet zetten. Hierover zal moeten onderhandeld worden om na te gaan hoe het eventueel voor de toekomst wel kan gebeuren.

Een lid vroeg daarna een korte schorsing van de vergadering om onderling overleg te plegen over een mogelijk amendement.

Na de schorsing legde de Minister een verklaring af. Ze verklaarde zich bereid de mogelijkheden te onderzoeken om de 18 miljoen frank, nodig voor een eerste fase van gelijk-schakeling tot 80 procent in de loonsubsidiëring voor de autonome centra te voorzien, mits compensatie gevonden wordt bij andere uitgaven. De Minister zal onderzoeken of zulke verhoging ten aanzien van de autonome centra, zonder gelijke verhoging voor de ingebouwde centra geen probleem is ten aanzien van het besluit, en of ergens mogelijkheden bestaan in het budget. Het gevraagde bedrag is niet groot maar het heeft niettemin zijn weerslag op andere posten. En dat zou dan ook weer leiden tot discussies. Zij maakt ook de bedenking dat gezien de gerichtheid van de centra naar het kansarme publiek, ook middelen zouden moeten kunnen gemobiliseerd worden uit het programma ter bestrijding van kansarmoede.

Hieruit besloot de Commissie dat er geen amendement wordt ingediend. De verklaring van de Minister zal in het verslag opgenomen worden maar er zal nog niet vermeld worden waar de compensatie zal gebeuren.

III. STEMMINGEN

De aan de Commissie toegewezen gedeelten van de decreetsbepalingen en van de begrotingstabel van de algemene uitgavenbegroting werden bij indicatieve stemming aangenomen met 8 stemmen bij 1 onthouding.

Bij de stemmingen werd geen onderscheid gemaakt tussen de materies die ofwel tot de bevoegdheid van de Vlaamse Minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden ofwel tot de bevoegdheid van de Vlaamse Minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin behoren.

Bij indicatieve stemming verklaarde de Commissie eveneens met 8 stemmen bij 1 onthouding dat de administratieve begroting in overeenstemming is met de inhoud en de doelstellingen van de haar toegewezen gedeelten van de algemene uitgavenbegroting.

De verslaggevers,

L. MAXIMUS

A. ARTS

De voorzitter,

M. OLIVIER

BIJLAGE 1

Doelstellingennota inzake gezondheidsbevordering (VIG)

**VIG
VLAAMS
INSTITUUT VOOR
GEZONDHEIDSPROMOTIE**

**GEZONDHEID VOOR ALLEN
IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP**

**KRACHTLIJNEN VOOR EEN
GEZONDHEIDSBEVORDEREND BELEID**

- DEEL I -

**POSITIEF GEADVISEERD DOOR
DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD**

Brussel, 8 oktober 1992

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD	78
INLEIDING	81
I. NAAR EEN NIEUWE VISIE OP BEVORDERING VAN GEZONDHEID	84
Doel van de gezondheidsbevordering	84
Vertrekpunt voor een gezondheids- bevorderend beleid	86
Een gezondheidsbevorderend beleid : strategie en middelen	87
- Strategie	87
- Middelen en instrumenten	89
Draagwijdte van een gezondheids- bevorderend beleid	93
Belangrijke principes in de gezondheidsbevordering	94

II. DE SITUATIE IN VLAANDEREN	95
Gezondheid in de Vlaamse Gemeenschap	95
Belangrijkste gezondheidsproblemen en hun determinanten	99
- Relatie leefwijze en gezondheid	99
- Relatie leefomstandigheden en gezondheid	101
Ongelijkheid inzake ziekte en gezondheid in Vlaanderen	102
III. PLANNING VOOR DE TOEKOMST	103
Strategische stappen	103
- Monitoring, kwaliteitsbewaking en evaluatie .	104
- Uitbouwen van een infrastructuur voor gezondheidsbevordering	105
- Regelmatige consultatie en feedback	106
- Informatie, opleiding en feedback	107
- Onderzoek	108
Doelstellingen en prioriteiten inzake gezondheidsbevordering in Vlaanderen	109
Referenties	110
<u>Bijlage</u> : Nieuwe Versie Targets Health for All 2000	114
(Wereldgezondheidsorganisatie).	

VOORWOORD

Door het Besluit van de Vlaamse Executieve van 31 juli 1991 inzake gezondheidspromotie, werd aan het VIG de opdracht toevertrouwd om een 'doelstellingennota inzake gezondheidsbevordering' uit te werken. Idealiter omvat een doelstellingennota concrete en meetbare doelstellingen die de gezondheidspromotie dient na te streven en die een indicatie zijn voor de gezondheidstoestand en voor de levenskwaliteit van de bevolking. Om onder meer voorgaande opdracht uit te voeren moet het VIG, zoals aangegeven in het Besluit, beschikken over een Wetenschappelijke Raad die hem kan adviseren bij de uitvoering van deze opdracht.

Toen het VIG in januari 1992 operationeel werd, werd, gezien de 'oproep voor projecten reglementair' gebaseerd moet zijn op een 'doelstellingennota', onmiddellijk werk gemaakt van deze opdracht. Ter voorbereiding van de doelstellingennota werd door het VIG het beschikbare cijfermateriaal in Vlaanderen betreffende de voornaamste gezondheidsproblemen en de determinanten van deze problemen verzameld en werden op basis hiervan een aantal maatregelen geformuleerd om verbetering in de bestaande toestand aan te brengen. Op 2 april 1992 werd een Wetenschappelijke Raad geïnstalleerd bestaande uit academische deskundigen, gekozen uit een waaier van disciplines die direct of indirect verband houden met de gezondheidspromotie. Na bespreking van het cijfermateriaal in de Wetenschappelijke Raad van het VIG formuleerde de Raad echter het besluit dat enerzijds, vooraleer doelstellingen en maatregelen kunnen geformuleerd worden, eerst een aantal concepten moeten verduidelijkt worden en dat, anderzijds, het beschikbare materiaal ruim onvoldoende is en kwalitatief niet steeds aan de normen beantwoordt, om een gezondheidsbevorderend beleid op te steunen.

Er werd voor geopteerd om op lange termijn een reeks documenten uit te werken waarin volgende inhoud moet verwerkt worden : een beschrijvende inventaris betreffende de gezondheidsproblematiek en het expliciteren van modellen die helpen om de gegevens te analyseren en te interpreteren, een omschrijving van gezondheid gekaderd in een meer algemeen welzijnsconcept, een basisfilosofie voor de gezondheidspromotie, prioriteiten voor de gezondheidspromotie in Vlaanderen, een integraal pakket van maatregelen ter verwezenlijking van de prioriteiten.

Dit document is een eerste document in de reeks die de basis moet leggen voor een efficiënt gezondheidsbevorderend beleid.

In dit document zijn volgende punten uitgewerkt : een visie op bevordering van gezondheid, de belangrijkste tendensen uit een analyse van de gezondheidstoestand van de Vlamingen en een beschrijving van de determinanten van de belangrijkste gezondheidsproblemen, strategische stappen nodig voor de uitbouw van een gezondheidsbevorderend beleid, een verwijzing naar de doelstellingen van de Wereldgezondheidsorganisatie die de basis kunnen vormen voor de uitwerking van doelstellingen inzake gezondheidspromotie voor Vlaanderen. Een belangrijke groep binnen de Wetenschappelijke Raad van het VIG meent dat er op dit ogenblik geen voldoende wetenschappelijke basis aanwezig is voor het formuleren van doelstellingen voor Vlaanderen en van prioriteiten voor de gezondheidsbevordering. In deze nota worden dan ook geen doelstellingen en prioriteiten aangegeven.

Dit document zal het onderwerp uitmaken van een brede consultatie. Bij de uitvoering van een gezondheidsbevorderend beleid zijn veel organisaties, instanties en individuen betrokken. Zonder partners op de diverse niveaus van beleidsvoering, in de gezondheidszorg, in de lokale gemeenschappen, in de bedrijven, in de socio-culturele verenigingen enzovoort kan weinig gerealiseerd worden. Een ruime consultatie bij het opmaken van het beleid is dan ook een voorwaarde voor succes in de toekomst.

**Lea Maes
Wetenschappelijk directeur**

**Dr. Stan Ansoms
Waarnemend Voorzitter**

INLEIDING

Het bereiken en het behouden van een goede gezondheid is één van de grote sociale uitdagingen. Gezondheid is steeds een zorg geweest van zowel de bevolking als van de overheid. Die zorg werd echter meestal ingevuld vanuit de invalshoek ziekte en dood en het beleid ter zake werd meestal gevoerd door het ter beschikking stellen van voorzieningen.

Dit heeft ertoe geleid dat we in Vlaanderen een kwalitatief hoogstaand en gediversifieerd zorgaanbod hebben, zowel curatief als preventief. Beleidsmatig werd echter het meest aandacht geschonken aan de curatieve zorg, dit valt af te leiden uit het feit dat veruit het grootste gedeelte van 'het totale budget voor gezondheidszorg naar de curatieve zorg gaat.

Door de technische ontwikkelingen in de curatieve gezondheidszorg en de spectaculaire resultaten in een aantal aspecten van de zorgverlening heeft de bevolking een bijna onbegrensd vertrouwen ontwikkeld in deze aanpak waardoor de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid verwaarloosd wordt en de aandacht voor preventie bij de bevolking beperkt is.

De preventieve gezondheidszorg heeft zich tot nu toe, met succes, vooral beziggehouden met het bestrijden van besmettelijke ziekten, het verminderen van de kindersterfte en het verhogen van de gemiddelde levensduur.

Door het gewijzigd panorama van de gezondheidsproblemen en door de vaststelling dat ongelijkheid ten aanzien van ziekte en dood nog steeds niet is uitgewist staan we voor nieuwe uitdagingen. Gezondheidsbevordering is gegroeid uit een zoektocht naar middelen om de nieuwe uitdagingen in de preventieve gezondheidszorg aan te kunnen.

De oorzaken van de huidige gezondheidsproblemen zijn zo divers dat gezondheid een belangrijke verantwoordelijkheid is geworden van verantwoordelijken voor sectoren als verkeer, landbouw, onderwijs, sociale zaken, financiën, industrie enzovoort

De oplossingen voor de nieuwe problemen liggen bijgevolg grotendeels buiten het gezondheidszorgsysteem. Zij vragen, naast een inzet van de individuen zelf, politieke wil en actie en een bijdrage vanuit verschillende sectoren.

In de klassieke preventieve gezondheidszorg werd vaak het onderscheid gemaakt tussen primaire preventie, secundaire preventie en tertiaire preventie waarbij de primaire preventie voornamelijk bestaat uit het voorkomen van gezondheidsproblemen, de secundaire preventie uit het zo vroeg mogelijk opsporen van gezondheidsproblemen en de tertiaire preventie uit het voorkomen van verwickelingen in geval van gezondheidsproblemen. Ook in de gezondheidsbevordering kan men deze onderverdeling aanhouden. In de gezondheidsbevordering ligt de klemtoon op het voorkomen van gezondheidsproblemen, doch daar waar dit om technische, ethische, financiële of andere redenen niet mogelijk is moet men uiteraard zo vroeg mogelijk de problemen opsporen en verdere verwickelingen van gezondheidsproblemen voorkomen. Vaak zullen zelfs maatregelen op de drie terreinen moeten genomen worden om een efficiënt beleid te kunnen voeren.

Het gezondheidsbevorderend beleid (met al zijn aspecten) moet bovendien gezien worden, als een onderdeel van het gezondheidsbeleid, dat op zichzelf een onderdeel is van een sociaal beleid of welziensbeleid. Het sociaal beleid is op zijn beurt één van de onderdelen van het collectieve beleid. Idealiter zijn alle componenten van een globaal beleid op elkaar afgestemd, zodat ze elkaar kunnen ondersteunen en versterken. Dit betekent meteen dat overleg en coördinatie op de diverse niveaus van beleidsvoering een noodzakelijk zijn.

Voorwaarde voor elk goed beleid is dat het vertrekt van een analyse van de uitdagingen waar we voor staan en dat er een coherente visie ontwikkeld wordt over de beste aanpak van deze uitdagingen. Dit rapport is een onderdeel van een reeks documenten die de basis moeten leggen voor een efficiënt gezondheidsbevorderend beleid.

I. NAAR EEN NIEUWE VISIE OP BEVORDERING VAN GEZONDHEID

DOEL VAN DE GEZONDHEIDSBEVORDERING

Het uiteindelijke doel van een beleid inzake gezondheidsbevordering is een bijdrage te leveren tot het verbeteren en in stand houden van de gezondheid en het welzijn”) van de Vlaamse bevolking.

Gezondheid heeft zowel fysische, psychische als sociale dimensies en wordt gezien als een bron en een produkt van het leven van elke dag. Gezondheid, zoals omschreven door de Wereldgezondheidsorganisatie, als een toestand van een zo optimaal mogelijk fysiek, mentaal en sociaal welzijn, waarbij iedereen de kans moet hebben om als mens de capaciteiten te ontwikkelen en te gebruiken met een maximaal aantal vrijheidsgraden en keuzemogelijkheden.

Deze omschrijving houdt in dat bijvoorbeeld ook gehandicapten gezond kunnen zijn, in menselijke begrippen, wanneer zij maximaal de kansen krijgen om zich als mens te kunnen ontwikkelen. Omgekeerd betekent dit ook dat iemand die, medisch gezien, geen ziekte heeft maar niet de vrijheid of de kansen heeft om zich als mens te ontwikkelen, ziekteverschijnselen kan vertonen,

-
1. In de moderne Westerse samenleving verwijst welzijn naar de integratie van het individu in een sociale orde :iedere burger heeft het recht om op een volwaardige wijze deel te nemen aan het sociaal leven. Dit veronderstelt dat ieder over een voldoende inkomen beschikt om in zijn levensonderhoud te voorzien, zijn levenssituatie als veilig ervaart, zijn affectieve behoeften kan bevredigen, ervaart te leven in een rechtvaardig geachte sociale orde en ten slotte de persoonlijke autonomie en zelfontplooiing kan ontwikkelen (1).

Het werken aan deze doelstelling betekent niet dat alle ziekte wordt uitgebannen en dat aan het leven elke uitdaging ontnomen wordt. Maar het betekent wel dat zoveel mogelijk structurele en persoonlijke determinanten van ziekte worden aangepakt.

Hierbij moet zowel aandacht gaan naar het verhogen van de kwaliteit van de levensjaren, als naar het verhogen van het aantal levensjaren.

Gezondheid is niet alleen een fundamenteel menselijk recht, het is bovendien van cruciaal belang bij een verdere sociale, economische en culturele ontwikkeling van Vlaanderen.

VERTREKPUNT VOOR EEN GEZONDHEIDSBEVORDEREND BELEID

Om dit beleid uit te tekenen moet vertrokken worden van alle factoren die gezondheid beïnvloeden.

Voor beleidsdoeleinden is het noodzakelijk dat de ingewikkelde, en steeds wisselende interacties van de verschillende factoren die een invloed hebben op gezondheid, vereenvoudigd kunnen weergegeven worden zonder echter de realiteit al te veel geweld aan te doen. Het eenvoudige model dat bekend geworden is door de Canadese toenmalige minister van volksgezondheid, Lalonde, voldoet nog steeds aan deze voorwaarden.

Het model vertrekt van een viertal groepen van factoren die een invloed hebben op de gezondheid nl. :

- 1) de groep van de exogene of omgevingsfactoren zoals de culturele, sociale en economische ontwikkeling, de leefsituatie en het fysieke milieu ;
- 2) de groep betreffende leefstijl, waarin ondermeer de rook-, eet- en drinkgewoonten zijn verdisconteerd en de manier waarop men met psychische spanningen omgaat, maar ook en niet in het minst, het levensperspectief, de sociale relaties enzovoort De inhoud van deze groep wordt bepaald door enerzijds de persoonlijkheidsstructuur en anderzijds door de culturele, sociale en economische ontwikkelingen ;
- 3) de groep van de endogene variabelen, waarin de biologische determinanten van gezondheid thuishoren, waaronder de genetische factoren ;
- 4) de groep van alle activiteiten die uitgaan van het gezondheidszorgstelsel.

EEN GEZONDHEIDSBEVORDEREND BELEID : STRATEGIE EN MIDDELEN

Strategie

In de nieuwe visie op het bevorderen van gezondheid wordt duidelijk de voorkeur gegeven aan preventie.

De keuze voor een preventieve aanpak wordt gerechtvaardigd door :

- 1) het in het verleden geleverde bewijs van effectiviteit bij belangrijke aspecten van de volksgezondheid. In het verleden werd bewezen dat een goede huisvesting, hygiënische maatregelen, massale vaccinatieprogramma's en ook gezondheidsvoorlichting en -opvoeding een belangrijke bijdrage hebben geleverd in de beheersing van gezondheidsproblemen ;
- 2) de grote aanvaardbaarheid voor het individu. Vanuit individueel standpunt bekeken is het beter ziekte te voorkomen dan te genezen. De persoonlijke emotionele, sociale en financiële kost van ziekte kan hierbij vermeden worden ;
- 3) grotere mogelijkheid om gezondheidswinst te boeken. In de gezondheidszorg moet steeds meer uitgegeven worden om nog gezondheidswinst te boeken. Grote verbeteringen in de gezondheidsstatus van de bevolking kunnen eerder verwacht worden van het voorkomen van ziekte, 'dan van behandeling.

Dit alles betekent niet dat er geen vragen meer te stellen zijn bij de mogelijkheden van een gezondheidsbevorderend beleid. Met de huidige kennis is het echter de juiste keuze en verder onderzoek moet de technieken en middelen van gezondheidsbevordering verfijnen en preciseren.

In de gezondheidsbevordering wordt ook gekozen voor een bevolkinasstrateaie dit wil zeggen dat geopteerd wordt voor (socio-economische, gedrags- en leefstijl-georiënteerde) maatregelen die betrekking hebben op en ten gunste zijn van een zo groot mogelijke groep. De bevolkingsstrategie heeft tot doel de risicofactoren bij de ganse populatie te verminderen. Een oriëntatie op risico-groepen is enkel een aanvullende strategie of wordt gebruikt in die gevallen waarvan het belang duidelijk is aangetoond.

De keuze voor een bevolkingsstrategie wordt onder meer verantwoord door het feit dat zelfs individuele gedragsfactoren van ziekte omgevingsgebonden zijn (vb. de voedselkeuze wordt in grote mate bepaald door het aanbod aan voedsel) zodat zuiver individuele strategieën niet efficiënt kunnen zijn, kleine verschuivingen in de distributie van risicofactoren kunnen ervoor zorgen dat minder mensen in de hoge risicogroepen vallen. Gezondheidsgedragingen zijn ook in belangrijke mate cultureel en sociaal gebonden : zonder wijzigingen in het sociaal en cultureel klimaat, zonder wijziging in bepaalde waarden en normen, kunnen vaak geen lange termijn resultaten bereikt worden. Bovendien is het voor veel risicofactoren van de huidige gezondheidsproblemen bewezen dat er een relatie bestaat tussen gemiddelde waarden voor een populatie en het aantal risicopersonen, voor wat betreft alcoholgebruik bijvoorbeeld. werd een duidelijke relatie vastgesteld tussen het gemiddeld alcoholgebruik van een populatie en het aantal zware drinkers. Hoe hoger het gemiddeld gebruik, hoe meer risicodrinkers er te noteren vallen.

Middelen en instrumenten

Heel wat middelen en instrumenten staan ter beschikking van een gezondheidsbevorderend beleid. Sommige van deze middelen zijn voornamelijk gericht op het beïnvloeden van individuen, andere zijn voornamelijk gericht op het beïnvloeden van de omgeving. Een combinatie van middelen zal meestal noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld maatregelen die een wijziging in de omgeving aanbrengen zoals het rookverbod in openbare plaatsen zullen met een voorlichtingscampagne gepaard moeten gaan.

De belangrijkste middelen en instrumenten zijn :

- economische en sociale maatregelen :

Het is essentieel dat een sociaal en economisch klimaat gecreëerd wordt dat de gezondheid beschermt en bevordert. Beleidsvoerders op nationaal, gemeenschaps- en lokaal niveau hebben hier een essentiële rol te vervullen, samen met de producenten van goederen en diensten. Een gezond algemeen klimaat kan bijvoorbeeld beïnvloed worden door een prijzenbeleid, een landbouwbeleid, fiscale maatregelen (vb. op alcohol en tabak), wetgeving (vb. reclamebeperking op ongezonde produkten, verbieden van het verkopen aan dumpingprijzen van vetoverschotten, verplichting tot het dragen van de veiligheidsgordel), door sociale maatregelen als het waarborgen van een gezonde woning en een minimum inkomen voor elke burger, maatregelen die een zinvolle integratie van bejaarden in het dagelijkse leven mogelijk maken enzovoort.

milieu-maatregelen :

Een fysieke omgeving (thuis, op het werk, op de weg, op publieke plaatsen) die bijdraagt tot de gezondheid is essentieel. Hieronder vallen de traditionele maatregelen van openbare gezondheidszorg zoals de watervoorziening, industriële veiligheid, controle op de pollutie, hygiëne bij behandeling van voedingswaren enzovoort

Meer actuele maatregelen zijn : maatregelen voor natuurbehoud, maatregelen tegen luchtvervuiling, maar ook het organiseren van veilige speelplaatsen in steden, het ter beschikking stellen van sportaccommodatie, een rookverbod op openbare plaatsen enzovoort

organisatie-ontwikkeling :

Organisaties, bedrijven, onderwijsinstellingen, enzovoort zouden gezondheid als één van hun doelstellingen moeten hebben. Het is essentieel dat organisaties dit beseffen in het belang van hun personeel, hun klanten, hun patiënten of leden. Het wordt dan mogelijk om een beleid te implementeren voor gezondere producten, gezondere dienstverlening, gezondere keuzen zoals : het organiseren van rookvrije zones; mogelijkheden voor fysieke activiteit, het organiseren van een gezonde dagindeling, het geven van adviezen aan het personeel voor een gezondere omgang met elkaar, enzovoort.

opbouwwerk en participatiebevordering :

Persoonlijke betrokkenheid bij de acties is één van de voorwaarden voor succes. Voorbeelden van opbouwwerk in dit kader zijn de ondersteuning van en samenwerking met lokale groepen, zelfhulpgroepen, vrijwilligersgroepen. Samenwerking met lokale opinieleiders heeft ook een belangrijke plaats in het stimuleren van een gezonde leefstijl op lokaal niveau. Ook het ontwikkelen van lokale netwerken en het organiseren van informele sociale ondersteuning zijn onderdelen van deze strategie.

massamediale informatie en voorlichting :

De media kunnen het bewustzijn ten opzichte van bepaalde gezondheidsproblemen verhogen, zij kunnen een klimaat creëren voor verandering, zij kunnen informatie geven en aanzetten tot gedragsverandering. Dit kan zowel via algemene informatieprogramma's, advertenties, gastprogramma's, maar ook via ontspanningsprogramma's. Het aanleren van vaardigheden kan ook gebeuren door 'leren op afstand'. Nochtans is enkel het gebruik maken van de media niet voldoende om tot gedragsverandering te komen en zijn ondersteunende, gemeenschapsgerichte initiatieven noodzakelijk om mediaprogramma's te ondersteunen.

opvoeding en vorming :

Dit houdt onder meer het verbeteren van de kennis en begrip van de factoren die gezondheid bepalen in en het aanleren van een aantal persoonlijke vaardigheden die op deze factoren kunnen inspelen. Het bevorderen van een positief zelfwaardegevoel en het aanleren van een aantal vaardigheden (vb. copingvaardigheden, leren omgaan met stress en prestatiedruk of relativering van carrièredruk), die mensen in staat stellen meer controle uit te oefenen op hun leven zijn ook centrale punten in deze educatieve strategie.

- individuele dienstverlening :

Deze is ter beschikking om praktische hulp en steun te geven. Zij houdt ondermeer elementen in van de traditionele preventieve geneeskunde (vb. vaccinaties, gezinsplanning, screening van hoge bloeddruk) maar ook meer leefstijlgebonden diensten (advies in verband met stoppen met roken, gewichtscontrole, omgaan met stress, bewegingsadviezen). Deze dienstverlening kan zowel uitgaan van de gezondheidssector, de sociale sector, de commerciële sector, als van vrijwilligersgroepen, zelfhulpgroepen, buurtgroepen.

Gezondheidspromotie vertegenwoordigt een bemiddelende strategie tussen mensen en hun omgeving. Zij synthetiseert persoonlijke keuze en sociale verantwoordelijkheid voor een gezondere toekomst. Met andere woorden tracht de gezondheidsbevordering via een nieuwe dynamiek de gezondheid te bevorderen door wijziging in de wijze van leven en in de condities waaronder men moet leven.

DRAAGWIJDTE VAN EEN GEZONDHEIDSBEVORDEREND BELEID

Bepaalde aspecten van een gezondheidsbevorderend beleid kunnen zich richten op :

svstemen : .

vb. thuismilieu, bedrijven, scholen, het gezondheidszorgsysteem, de lokale gemeenschap, het milieu, onderzoek, beleid, informatiesystemen, enzovoort

bevolkingsgroepen en individuen :

vb. jongeren, volwassenen, bejaarden, migranten, buurtbewoners, kansarme groepen, enzovoort

gezondheidsvraaastukken :

vb. tabak, veiligheid, beweging, alcohol, AIDS, geestelijke gezondheid, hart- en vaatziekten, enzovoort

BELANGRIJKE PRINCIPES IN DE GEZONDHEIDS- BEVORDERING

participatie :

alle maatschappelijke geledingen en individuen moeten zoveel mogelijk betrokken worden bij het bepalen van de gezondheidsnoden en bij de besluitvorming die gevolgen heeft voor hun gezondheid.

gelijkheid :

gezondheidsbevorderende programma's moeten enerzijds een bijdrage leveren tot het verminderen van de sociale ongelijkheid ten aanzien van ziekte en dood en, anderzijds, bijdrage tot de toegankelijkheid van de bronnen voor gezondheid.

denk globaal, maar lokaal :

het is duidelijk dat veel gezondheidsproblemen het lokale niveau overstijgen, zelfs het Vlaamse en nationale overstijgen. Een globale strategie moet bijgevolg uitgewerkt worden. Dit betekent niet dat er enkel op de 'hoogste niveaus' moet gedacht en gehandeld worden. Globale strategieën moeten lokaal kunnen aangepast worden, zelfs gebaseerd zijn op lokale situaties. Het is ook in de lokale gemeenschap dat wijzigingen in levensstijl geconcretiseerd kunnen worden en lokale acties kunnen een globaler veranderingsproces in gang zetten.

- intersectorialiteit :

diverse beleidssectoren moeten bij het tot stand komen van een gezondheidsbevorderend beleid betrokken worden en de realisatie van gezondheidsbevorderende programma's op alle niveaus zal om praktische redenen uit deelprogramma's bestaan. In deze context is coördinatie een sleutelbegrip en structuren zullen daarvoor moeten gecreëerd worden.

II. DE SITUATIE IN VLAANDEREN

GEZONDHEID IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Hierna worden, in grote lijnen, de belangrijkste uitdagingen voor de gezondheidsbevordering in Vlaanderen aangegeven. In een technisch rapport zal dit meer cijfermatig en gedetailleerder worden uitgewerkt.

Voor het beschrijven van de gezondheid van de Vlamingen moeten we vooral gebruik maken van negatieve indicatoren. De meeste beschikbare indicatoren zijn gebaseerd op gegevens betreffende sterfte. De ontwikkeling van positieve indicatoren voor gezondheid staat nog in haar kinderschoenen. Bovendien moeten we vaststellen dat we in Vlaanderen over bijzonder weinig en geen recente gegevens beschikken om de gezondheid te beschrijven en te analyseren.

Alhoewel de zorgverlening in Vlaanderen van hoge kwaliteit is en de levensduur voortdurend is toegenomen, stellen er zich toch nog toe een aantal te voorkomen gezondheidsproblemen.

De levensverwachting bij de geboorte (gebaseerd op cijfers van 1987) van de Vlaamse mannen is 73,2 jaar en van de vrouwen 79,5 jaar (2). De voornaamste oorzaken van overlijden zijn ischemische hartziekten en longkanker bij de man en cerebrovasculaire aandoeningen en ischemische hartziekten bij de vrouw:

Gezien meer dan 70 % van alle sterfte gebeurt na de leeftijd van 64 jaar, is de vermijdbare sterfte een belangrijk concept in de planning en evaluatie van een gezondheidsbeleid. Het geeft immers weer in welke mate er inspanningen werden gedaan om die oorzaken van sterfte die te vermijden zijn, ook daadwerkelijk aan te pakken. In 1990 werd voor België berekend dat 12,3 % van de sterfte in de leeftijdsgroep 0 tot 64 jaar te voorkomen is (3). Belangrijke oorzaken van vroegtijdige sterfte zijn verkeersongevallen en zelfmoord bij de man, borstkanker, verkeersongevallen en zelfmoord bij de vrouw.

Een leeftijdsspecifieke analyse laat toe de belangrijkste doodsoorzaken per leeftiidsaroep te bepalen.

Leeftijd	Mannen	Vrouwen
1-14 jaar	Verkeersongevallen Kanker	Verkeersongevallen Kanker
25-24 jaar	Verkeersongevallen Zelfmoord Kanker	Verkeersongevallen Kanker Zelfmoord
25-44 jaar	Zelfmoord Kanker Verkeersongevallen Hart- en vaataandoeningen	Kanker (vnl. borst) Zelfmoord Hart- en vaataandoeningen Verkeersongevallen
45-64 jaar	Kanker (vnl. long) Hart- en vaataandoeningen (vnl. ischemische hartziekten)	Kanker (vnl. borst) Hart- en vaataandoeningen (vnl. ischemische hartziekten)
65 jaar en ouder	Hart- en vaataandoeningen (vnl. ischemische hartziekten) Kanker (vnl. long)	Hart- en vaataandoeningen (vnl. cerebrovasculaire, ischemische hartziekten, hartinsufficiëntie) Kanker

Wat betreft gezondheidsproblemen bij de Vlaamse burgers zijn er weinig gegevens beschikbaar. Om toch enig beeld te krijgen van de omvang en rangorde van de diverse ziektecategorieën worden hierna enkele gegevens vermeld uit een huisartsenonderzoek en uit een registratie van de gezondheidstoestand van de werknemers zoals die werd geregistreerd via arbeidsgeneeskundige diensten.

Uit een onderzoek bij huisartsen (4) doorgevoerd blijkt, dat in verhouding tot het totaal van de arts-patiëntcontacten, de problemen van het ademhalingsstelsel verantwoordelijk zijn voor het grootst aantal contacten. Op de tweede plaats komen de aandoeningen van hart- en bloedvaten, op de derde plaats komen problemen van het bewegingsapparaat en op de vierde plaats komen de als specifiek psyche-sociaal aangebrachte problemen.

Uit gegevens bekomen via arbeidsgeneeskundige diensten (5) blijkt dat pijnklachten van het loco-motorisch stelsel relatief frequent zijn, maar ook hoofdpijn, hoest, varices, cariës en eczeem komen veel voor. Volgens de arbeidsgeneesheer is 1,4 % van de onderzochte werknemers fysiek of psychisch overbelast.

Een andere invalshoek voor het bekijken van gezondheidsproblemen bij volwassenen zijn de invaliditeitsgegevens. De beschikbare invaliditeitsgegevens slaan op gans België (6). Opgesplitste resultaten naar de gemeenschappen zijn niet ter beschikking. De gegevens hebben enkel betrekking op rechthebbende arbeiders, zowel loontrekken als zelfstandigen, met tenminste 66 % werkonbekwaamheid sinds 1 jaar. Uit de gegevens betreffende de oorzaken van invaliditeit blijkt dat de ziekten van het beenderstelsel en de bewegingsorganen op de eerste plaats komen, op de tweede plaats komen psychische stoornissen en op de derde plaats komen de cardio-vasculaire aandoeningen.

Wat betreft gezondheidsproblemen bij kinderen, zijn op dit ogenblik enkel gegevens beschikbaar van studies die een deelproblematiek van de gezondheidstoestand bij kinderen onderzoeken.

Recent werd een epidemiologisch onderzoek doorgevoerd naar gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 6 tot 12 jaar (7). Uit dit onderzoek blijkt dat 15,4 % ernstige gedrags- en emotionele problemen heeft. De voornaamste problemen zijn : agressie, sociaal isolement, hyperactiviteit en depressie.

Wat betreft tandcariës en tandvleesziekten werd in 1990 een studie doorgevoerd over gans Vlaanderen bij 5 en 12-jarigen (8).

Uit dit onderzoek blijkt dat bij de 5-jarigen gemiddeld ruim 1,5 melktand gecarieerd is, gevuld werd of verwijderd omwille van cariës. 59 % van de 5-jarigen is cariësvrij. De cariës is terug te vinden in een beperkte groep jongeren. Bij de 12-jarigen blijkt dat gemiddeld ruim 2,5 tand gecarieerd is, de verzorgingsgraad bij de meisjes is beter. Bij de 12-jarigen is de groep 'cariësvrijen' geslonken tot 25,4 %. Opmerkelijk is dat de 12-jarige migrantenkinderen een hoger percentage cariësvrijen hebben. Bij de 12-jarigen is het tandvlees vrij gezond bij iets minder dan 60 %. Bij 8 % van de 12-jarigen werd een ernstige vorm van tand . vleesontsteking vastgesteld.

Uit voorgaande beschrijving van de gezondheidsproblemen (op basis van de in Vlaanderen beschikbare gegevens) waarmee de Vlamingen geconfronteerd worden, kunnen we afleiden dat cardio-vasculaire aandoeningen, kanker, ongevallen, zelfmoord, ziekten van het bewegingsapparaat, respiratoire problemen en psyche-sociale problemen de voornaamste gezondheidsproblemen zijn. Alhoewel niet af te leiden uit mortaliteits- en morbiditeitsgegevens moet dit lijstje nog aangevuld worden met AIDS en dit op basis van de besmettelijkheid en de mogelijk snelle verspreidingswijze van deze ziekte.

BELANGRIJKSTE GEZONDHEIDSPROBLEMEN EN HUN DETERMINANTEN

De voornaamste determinanten van de meest voorkomende gezondheidsproblemen hebben zowel te maken met leefwijzen als met leefomstandigheden. Leefwijzen hangen meer of minder samen met leefomstandigheden, zoals psychische, sociaal-culturele, sociaal-economische en milieufactoren. de grens tussen (individuele) leefwijzen en (algemene) levensomstandigheden is niet scherp aan te geven.

Relaties leefwijze en gezondheid

Hierna worden een aantal determinanten van gezondheidsproblemen weergegeven zoals ze in de literatuur naar voren komen. Wanneer dit op het niveau van de persoon bekeken wordt, kunnen we vaststellen dat er vaak samenhangende groepen van (riskante) gedragingen voorkomen. Bovendien is het zo dat eenzelfde gedragsvorm een invloed kan hebben op verschillende gezondheidsproblemen (vb. roken en voedingsgedrag). Bij het bepalen van de interventiestrategieën moet hiermede rekening gehouden worden.

Op basis van de literatuur kan volgend overzicht van leefwijzen worden opgemaakt die op een vrij directe wijze te maken hebben met de meeste voorkomende gezondheidsproblemen (er zijn nog meer indirecte verbanden, zoals bijv. de relatie tussen roken en gebrek aan sociale vaardigheden, bijgevolg heeft dit laatste ook een relatie met hart- en vaatziekten en kanker) :

<u>Roken</u>	- hart- en vaatziekten - kanker - chronisch respiratoire aandoeningen
<u>Eetgewoonten</u>	- hart- en vaatziekten - kanker - chronisch respiratoire aandoeningen (allergieën) - ziekten van het bewegingsstelsel
<u>Alcohol/druggebruik/ geneesmiddelen</u>	- kanker - ongevallen - zelfmoord - psyche-sociale aandoeningen
<u>Beweging</u>	- hart- en vaatziekten - ziekten van het bewegingsstelsel
<u>Sociale vaardigheden/ probleemoplossende vaardigheden/coping/ isolement/enzovoort</u>	- hart- en vaatziekten - zelfmoord - psyche-sociale aandoeningen
<u>Onveilig gedrag</u>	- ongevallen - AIDS

Cijfergegevens betreffende het voorkomen van bovengenoemde leefwijzen bij de Vlaamse populatie worden in een tweede, technisch, rapport weergegeven.

Relatie leefomstandigheden en gezondheid.

Op basis van een uitvoerig literatuuronderzoek (9) is vastgesteld dat volgende leefomstandigheden (waarschijnlijk) een correlatie hebben met gezondheid :

het al dan niet hebben van werk
opleidingsniveau
arbeidsomstandigheden
ervaren en werkelijke vrijheid om te beslissen
behoren tot kansarme (minderheids)groeperingen
ervaren van eigen bestaan als zinvol, erkend worden
gezinsleven, interactie, andere leefgemeenschappen, relaties
sexueel gedrag / normen
wederzijdse verantwoordelijkheid
fysiek binnen- en buitenmilieu
gevoel van veiligheid (sociaal, oorlogsdreiging)
economische situatie
verdeling van armoede en rijkdom
aanwezigheid van professionele hulp
bestaande verzekeringsstelsels
organisatie gezondheidszorg
nieuwe, complementaire vormen van hulpverlening
toekomstperspectief
arbeidsethos
snelle sociale verandering
mobiliteit

ONGELIJKHEID INZAKE ZIEKTE EN GEZONDHEID IN VLAANDEREN

Alhoewel het een internationaal gegeven is dat maatschappelijk kwetsbare groepen minder kansen hebben op gezondheid, zijn de gegevens betreffende sociale ongelijkheid in Vlaanderen schaars om niet te zeggen onbestaand.

De relaties tussen kansarmoede en gezondheid zijn complex. Het analyseren van de mechanismen die spelen valt buiten het bestek van dit rapport. Een beleid inzake gezondheid zal zich moeten integreren in een algemeen kansenbeleid ten einde de ongelijkheden te verminderen.

Een speciaal probleem binnen het geheel van factoren die inspelen op de relatie kansarmoede en gezondheid vormt de cultuurskloof die er bestaat tussen de gezondheidswerkers en de kansarme groepen. Het is bijvoorbeeld bekend dat de visie op gezondheid van laaggeschoolden en bejaarden het verst afstaat van de visie van de gezondheidswerkers (10). Het is ook bekend dat er met migrantenpopulaties communicatieproblemen bestaan die niet enkel aan taalmoeilijkheden te wijten zijn (11). Deskundigheidsbevordering van hulpverleners op dat vlak is bijgevolg aangewezen.

Zeker voor kansarme bevolkingsgroepen vormt het beïnvloeden van individueel, gezondheidsbedreigend gedrag een probleem. De verwevenheid van individuele gedragsfactoren, psychologische factoren, gevolgen van interactie met personen uit de omgeving en sociale invloeden zijn hier het grootst. Vanuit ethische, theoretische en praktische overwegingen blijkt dat enkel een aanpak, gericht op het bestrijden van de kansarmoede in zijn geheel, een goede strategie is. Uit de internationale literatuur blijkt ook dat zoveel mogelijk moet gewerkt worden op een niveau dat het meest kansen biedt op participatie en interactie. De 'community-approach' heeft hier bewezen de beste strategie 'te zijn.

III. PLANNING VOOR DE TOEKOMST

STRATEGISCHE STAPPEN

Het opmaken van een strategische planning is een complexe oefening, die verschillende factoren in rekening moet brengen om dan uiteindelijk een oordeel te kunnen vellen over de beste weg. Volgende factoren zijn voor deze beoordeling belangrijk : de schaal van het probleem, de verwachtingen van het publiek, de effectiviteit van de verschillende actiemogelijkheden, de bereidheid van de diverse partners tot actie en zeker niet in de laatste plaats de wijzigingen die zich voordoen in het maatschappelijke gebeuren. Dit laatste houdt in dat zowel rekening moet gehouden worden met de demografische evoluties, met wijzigingen in het sociale en economisch gebeuren, als met andere maatschappelijke megatrends, zoals op cultureel vlak, op het vlak van de informatietechnologie enzovoort. Tenslotte, en niet in het minst, zal men in de planning rekening moeten houden met de mobiliseerbare personeels- en financiële middelen voor de realisatie van de plannen.

Op dit ogenblik beschikken we niet over alle nodige informatie, maar het verkrijgen van de essentiële informatie voor een meer adequate planning maakt deel uit van de strategische planning.

Rekening houdend met de bestaande kennis en uitgaande van de voorgaande doelstellingen en rekening houdend met de principes van gezondheidsbevordering namelijk participatie, gelijkheid, globaal denken en lokaal handelen en intersectorialiteit, moeten op korte termijn volgende stappen worden gezet :

1. Monitorina, kwaliteitsbewaking en evaluatie

Een efficiënt gezondheidsbeleid is slechts mogelijk op basis van kwalitatief goede en voldoende gegevens over de huidige gezondheidsstatus van de bevolking en betreffende de determinanten van de gezondheid. Op dit ogenblik zijn er belangrijke hiaten in de benodigde gegevens.

De indicatoren moeten zo gekozen worden dat zij een evaluatie mogelijk maken op het niveau van de gezondheidsstatus en op het niveau van de determinanten van gezondheid. Structurele veranderingen in gang zetten en individuenbewegen hun gedrag aan te passen is geen eenvoudige zaak. Vaak zullen afzonderlijke projecten niet het verhoopte eindresultaat opleveren, het globale effect van verschillende gelijktijdige en opeenvolgende projecten kan echter wel positief zijn, daarom moet zowel geëvalueerd worden op het niveau van afzonderlijke acties als op het globale niveau.

Acties :

- 1.1. Een kwalitatief hoogstaande en actuele databank in verband met gezondheid moet worden uitgebouwd, hiervoor moeten de bestaande registratiesystemen worden aangevuld en uitgebreid.
- 1.2. Binnen het VIG moet een Werkgroep Monitoring worden opgericht om vast te leggen welke indicatoren aanvullend moeten verzameld worden en gevolgd worden.

- 1.3. Eenvoudige, in de praktijk hanteerbare, evaluatieschema's en kwaliteitsnormen moeten worden uitgewerkt.

2. Uitbouwen van een infrastructuur voor gezondheidsbevordering

Een infrastructuur voor gezondheidsbevordering is per definitie geen aparte structuur, het betreft eerder 'antennes' die een zekere motorfunctie en bewakingsfunctie kunnen uitoefenen.

De infrastructuur voor gezondheidsbevordering bestaat uit overheidsdiensten, niet-gouvernementele organisaties en de ganse private sector, gaande van verzekeringsmaatschappijen, bedrijven, zorgverlening enzovoort tot buurtgroepen en zelfhulpgroepen. Gezien de uitgebreidheid en diversiteit van de infrastructuur is coördinatie op verschillende niveaus belangrijk.

Acties :

- 2.1. Elk van deze componenten van de infrastructuur moet, op zijn of haar niveau, een gezondheidsbeleid, een gezondheidsprogramma, personeel (betaald of vrijwillig) en een verantwoord budget voor gezondheid uitbouwen. Elke (grote) organisatie moet een herkenbaar orgaan voor gezondheidsbevordering aanduiden of oprichten.
- 2.2. Binnen de Vlaamse regering moet een coördinerend orgaan worden opgericht waarin alle beleidsmaatregelen die een impact hebben op gezondheid kunnen besproken worden. Dé bestaande regeling voor milieu-effectrapporten moet uitgebreid worden met een luik gezondheidseffecten.
- 2.3. De bestaande Interministeriële Conferentie voor Volksgezondheid (tussen de Vlaamse regering en de nationale regering) moet geactiveerd worden om een daadwerkelijke coördinatie tot stand te brengen tussen de beleidsmaatregelen op het Vlaams en het nationaal niveau.

- 2.4. Een Intersectoriële Raad voor Gezondheidsbevordering, verbonden aan het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie moet opgericht worden. Deze Intersectoriële Raad moet de reeds vertegenwoordigde partners in het VIG aanvullen en versterken.
- 2.5. De bestaande zorgverlening, voornamelijk de eerste-lijnsgezondheidszorg, moet zich meer oriënteren op de gezondheidsbevordering. Binnen de bestaande zorgverlening moeten de mechanismen bestudeerd worden die de organisatie, de kennis, de attitudes en de vaardigheden van de beroepsbeoefenaren kunnen ombuigen ten gunste van de gezondheidsbevordering.

3. Reaelmatiae consultatie en feedback

Diverse partners, op verschillende niveaus, zijn bij de uitwerking en uitvoering van een gezondheidsbevorderend beleid betrokken, regelmatige consultatie van alle betrokkenen en feedback over wat gerealiseerd werd dringt zich bijgevolg op.

Acties :

- 3.1. Op regelmatige tijdstippen moeten op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap of van deelgebieden ervan, en binnen de diverse sectoren betrokken bij de gezondheidsbevordering studiedagen en bijeenkomsten worden ingericht die informeren, motiveren en feedback geven.

4. Informatie, opleiding en vorming

Gezondheidsbevordering is een taak van velen, maar niemand is er voor opgeleid en weinigen weten wat er van hen verwacht wordt. Informatieverspreiding, opleiding en vorming zijn bijgevolg een noodzaak.

Er is zowel nood aan een algemene basisopleiding inzake gezondheidsbevordering als aan meer gespecialiseerde opleidingen aangepast aan specifieke doelgroepen.

Acties :

- 4.1. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie moet actuele informatie in verband met gezondheidsbevordering voor iedereen gemakkelijk toegankelijk maken, dit rekening houdend met en gebruik makend van de bestaande informatiesystemen, op regionaal, nationaal en internationaal vlak.**
- 4.2. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie moet een basisopleiding voor gezondheidsbevordering, geschikt voor diverse beginnende beroepsbeoefenaren, bevorderen.**
- 4.3. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie moet voorzien in kortdurende en aan concrete noden beantwoordende opleidingen en trainingen voorzien in samenwerking met de bestaande opleidingsinstituten.**
- 4.4. (Een) demonstratieproject(en) moet(en) worden opgezet waarin innovatieve methoden en strategieën kunnen worden uitgetest, dat (die) kan (kunnen) fungeren als opleidings- en vormingsmiddel.**

5. Onderzoek

In de inleidende paragraaf betreffende de strategische planning werd reeds gezegd dat een efficiënte planning enkel kan gebeuren op basis van gegevens betreffende de schaal van de gezondheidsproblemen; rekening houdend met de verwachtingen van het publiek, met de effectiviteit van de verschillende actiemogelijkheden, met de mogelijkheden tot actie en met de wijzigingen in het maatschappelijk gebeuren.

De vraag naar effectiviteit van de interventies moet voortdurend gesteld worden, er moet voortdurend vernieuwing en verbetering mogelijk zijn; er moet bijgevolg ruimte zij om de ontwikkeling van nieuwe technieken, methoden, aanpakken enzovoort in wisselwerking te laten gebeuren met onderzoek.

Acties :

- 5.1. Een onderzoeksprogrammering die een gezondheidsbevorderend beleid ondersteunt moet worden uitgewerkt en uitgevoerd in samenwerking met de bestaande onderzoeksinstituten.**
- 5.2. Voor de prioritaire programma's voor de periode vanaf 1995 moet, vanaf 1992, een voorafgaand onderzoeksprogramma worden uitgewerkt dat de prioritaire programma's theoretisch en methodisch ondersteunt.**
- 5.3. Voor de prioritaire programma's voor de periode vanaf 1992 moet een evaluatieprogramma worden uitgewerkt.**

DOELSTELLINGEN EN PRIORITEITEN INZAKE GEZONDHEIDSBEVORDERING IN VLAANDEREN

Zoals hierboven aangegeven beschikken we in Vlaanderen over bijzonder weinig gegevens op basis waarvan kwantitatieve en meetbare doelstellingen kunnen geformuleerd worden. Er is in Vlaanderen geen wetenschappelijke basis aanwezig noch voor het vaststellen van doelstellingen noch voor het vastleggen van prioritaire acties en interventies.

Voorlopig zal moeten gewerkt worden met hetgeen uit voorgaande gegevens kan gedistilleerd worden en met hetgeen uit partieel onderzoek betreffende de determinanten van de gezondheidsproblemen kan afgeleid worden.

Zowel beleidsmatig als voor interventies kan men zich voorlopig inspireren op de doelstellingen zoals die door de Wereldgezondheidsorganisatie werden geformuleerd voor Europa. Deze doelstellingen zijn in bijlage opgenomen.

Referenties :

- (1) Baert, H., Vael, L., (1990), **De Welzijnszorg in de Vlaamse Gemeenschap. Toekomstoriëntaties**, Kluwer, Deurne.
- (2) Van Oyen, H., J. Tafforeau, W. Aelvoet en G. Felten, (1992), **Overlijden en oorzaaksspecifiek overlijden in de Vlaamse Gemeenschap, 1987**, COOV, Ad. Gezondheidszorg, I.H.E., Brussel.
- (3) Mackenbach, J.P., M.H. Bouvier-Colle en E. Jougl, (1990), 'Avoidable' mortality and health services : a review of aggregate data studies, *Journal of Epid. and Community Health*, 44, 106-111.
- (4) De Maeseneer, J., (1989), **Huisartsgeneeskunde : een verkenning**, Proefschrift, U. Gent, Faculteit Geneeskunde.
- (5) Jacques, P., P. Van Helshoecht, B. Viaene, G. Moens, (1991), **De Gezondheidstoestand van werknemers, gemeten via een arbeidsgeneeskundig registratiesysteem**, Cahiers voor Arbeidsgeneeskunde, Blad XXVIII, 3, 171 e.v.
- (6) INAMI, **Données statistiques sur les invalides, année 1988**, Belgique.
- (7) Hellinckx, W., A. De Munter, H. Grietens, (1991), **Gedrags- en emotionele problemen bij kinderen**, Garant, Leuven-Apeldoorn.
- (8) De Clerck, D. en G. Goffin, (1991); **Epidemiologisch onderzoek naar de mondgezondheidstoestand en het preventieve gedrag van 5- en 12-jarige kinderen in Vlaanderen**, persdocument, Brussel.

- (9) **Van Es, J.C., C.W. Kramers, G.W. de Weert-van Oene, R.F. Schreuder, R.A. te Velde,(1990), Leefomstandigheden, Leefwijzen en Gezondheid, Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Rijswijk.**
- (10) **Nuyens, Y. et al (1980), De Eerste Lijn is Krom, Van Loghum Slaterus.**
- (11) **Ferrant, L., Aspecten van Communicatie, (1988). In : BILGI ALISVERISI, Hulpverlening en gezondheidspromotie met Turkse migranten, Koning Bouwdeijnstichting, Brussel.**

**VIG
VLAAMS
INSTITUUT VOOR
GEZONDHEIDSPROMOTIE**

**GEZONDHEID VOOR ALLEN
IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP**

**KRACHTLIJNEN VOOR EEN
GEZONDHEIDSBEVORDEREND BELEID**

- BIJLAGE BIJ DEEL I -

BIJLAGE : Wereldgezondheidsorganisatie
1992 - Nieuwe Versie Targets
Health for All 2000

- Target 1.** By the year 2000, differences in health status between countries and between groups within countries should be reduced by at least 25 %, by improving the level of health of disadvantaged nations and groups.
- Target 2.** By the year 2000, all people should have the opportunity to develop and use their own health potential in order to lead socially, economically and mentally fulfilling lives.
- Target 3.** By the year 2000, people with disabilities should be able to lead socially, economically and mentally fulfilling lives with the support of special arrangements that improve their relative physical, social and economical opportunities.
- Target 4.** By the year 2000, there should be a sustained and continuing reduction in morbidity and disability due to chronic disease in the Region.
- Target 5.** By the year 2000, there should be no indigenous cases of poliomyelitis, diphtheria, neonatal tetanus, measles, mumps and congenital rubella in the Region and there should be as sustained and continuing reduction in the incidence and adverse consequences of other communicable diseases, notably HIV-infection.

- Target 6.** By the year 2000, life expectancy at birth in the Region should be at least 75 years and there should be a sustained and continuing improvement in the health of all people aged 65 years and over.
- Target 7.** By the year 2000,, the health of all children and young people should be improved, giving them the opportunity to grow and develop to their full physical, mental and social potential.
- Target 8.** By the year 2000, there should be sustained and continuing improvement in the health of all women.
- Target 9.** By the year 2000, mortality from diseases of the circulatory system should be reduced, in the case of people under 65 years by at least 15 %, and there should be progress in improving the quality of life of all people suffering from cardiovascular disease.
- Target 10.** By the year 2000, mortality from cancer in people under 65 years should be reduced by at least 15 % and the quality of life of all people with cancer should be significantly improved.
- Target 'II.** By the year 2000, injury, disability and death arising from accidents should be reduced by at least 25 %.
- Target 12.** By the year 2000, there should be a sustained and continuing reduction in the prevalence of mental disorders, an improvement in the quality of life of all people with such disorders, and a reversal of the rising trends in suicide and attempted suicide.

- Target 13.** By the year 2000, all Member States should have developed, and be implementing, intersectoral policies for the promotion of healthy lifestyles, with systems ensuring public participation in policy-making and implementation.
- Target 14.** By the year 2000, all settings of social life and activity, such as the city, school, workplace, neighbourhood and home, should provide greater opportunities for promoting health.
- Target 15.** By the year 2000, accessible and effective education and training in health promotion should be available in all Member States, in order to improve public and professional competence in promoting health and increasing health awareness in other sectors.
- Target 16.** By the year 2000, there should be continuous efforts in all Member States to actively promote and support healthy patterns of living, through balanced nutrition, appropriate physical activity, health sexuality, good stress management and other aspects of positive health behaviour.
- Target 17.** By the year 2000, the health-damaging consumption of dependence-producing substances such as alcohol, tobacco and psychoactive drugs should have been significantly reduced in all Member States.

- Target 18.** By the year 2000, all Member States should have developed, and be implementing, policies on the environment and health that ensure ecologically sustainable development, effective prevention and control of environmental health risks and equitable access to health environments.
- Target 19.** By the year 2000, there should be effective management systems and resources in all Member States for putting policies on environment and health into practice.
- Target 20.** By the year 2000, all people should have access to adequate supplies of safe drinking-water and the pollution of groundwater sources, rivers, lakes and seas should no longer pose a threat to health.
- Target 21.** By the year 2000, air quality in all countries should be improved to a point at which recognized air pollutants do not pose a threat to public health.
- Target 22.** By the year 2000, health risks due to microorganisms or their toxins, to chemicals and to radioactivity in food should have been significantly reduced in all Member States.
- Target 23.** By the year 2000, public health risks caused by solid and hazardous wastes and soil pollution should be effectively controlled in all Member States.

- Target 24.** By the year 2000, cities, towns and rural communities throughout the Region should offer physical and social environments supportive to the health of their inhabitants.
- Target 25.** By the year 2000, the health of workers in all Member States should be improved by making work environments more healthy, reducing work-related disease and injury and promoting the wellbeing of people at work.
- Target 26.** By the year 2000, all member States should have developed, and be implementing, policies that ensure universal access to health services of quality, based on primary care and supported by secondary and tertiary care.
- Target 27.** By the year 2000, health service systems in all Member States should be managed most-effectively, with resources being distributed according to need.
- Target 28.** By the year 2000, primary health care in all Member States should meet the basic health needs of the population by providing a wide range of health-promotive, curative, rehabilitative and supportive services and by actively supporting self-help activities of individuals, families and groups.
- Target 29.** By the year 2000, hospitals in all Member States should be providing cost-effective secondary and tertiary care and contribute actively to improving health status and patient satisfaction.

- Target 30.** By the year 2000, people in all Member States needing long-term care and support should have access in appropriate services of a high quality.
- Target 31.** By the year 2000, there should be structures and processes in all Member States to ensure continuous improvement in the quality of health care and appropriate development and use of health technologies.
- Target 32.** By the year 2000, health research should strengthen the acquisition and application of knowledge in support of health for all development in all Member States.
- Target 33.** By the year 2000, all Member States should have developed, and be implementing, policies in line with the concepts and principles of the European health for all policy, balancing lifestyle, environment and health service concerns.
- Target 34.** By the year 2000, management structures and processes should exist in all Member States to inspire, guide and coordinate health development, in line with HFA principles.
- Target 35.** By the year 2000, health information systems in all Member States should actively support the formulation implementation, monitoring and evaluation of health for all policies.
- Target 36.** By the year 2000, education and training of health and other personnel in all Member States should actively contribute to the achievement of health for all.

Target 37. By the year 2000, in all Member States a wide range of organisations and groups throughout the public, private and voluntary sectors should be actively contributing to the achievement of health for all.

Target 38. By the year 2000, all Member States should have mechanisms in plans to strengthen ethical considerations in decisions relating to the health of individuals, groups and populations.

BIJLAGE 2

Kinderopvang — dagopvang

PRIJS DAGOPVANG

1. Laatste bekende jaar 1991 : (d.i. 4e kwartaal 1990 t/m 3e kwartaal 1991 = boekjaar).

A. Kinderdagverblijven : (exclusief diensten voor opvanggezinnen verbonden aan KDV).

± 1.850.000 equivalent voltijdse opvangdagen ; 1.487.000.000 frank subsidie. Kostprijs overheid 803,3 frank per dag per kind.

De ouders betalen gemiddeld 343,5 frank, waarvan de instellingen 283,1 frank mogen behouden voor werkingskosten. 60,4 frank per dag en per kind wordt geherinvesteerd in dagopvang.

Besluit : Kostprijs (betaald) 803,8 frank + 283,1 frank = 1.086,9 frank. De kostprijs per plaats, per jaar : 140.601,4 frank (10.576 plaatsen).

B. Diensten voor Opvanggezinnen : (inclusief diensten voor opvanggezinnen verbonden aan KDV).

± 2.090.000 equivalent voltijdse opvangdagen ; 384.700.000 frank subsidie. Kostprijs overheid : 184,1 frank per dag per kind.

Gemiddelde ouderbijdrage : 367 frank.

Besluit : Huidige kostprijs per dag, per kind : 184,1 frank + 367 frank = 551 frank.

C. Kostprijsselementen :

* Kinderdagverblijven :

overheid : 803,8 fr. = 99,2 % weddekosten
0,8 % medisch sociaal toezicht en tegemoetkomingen gehandicapten

ouders : 283,1 fr. (v.d. 343,5 fr.) voor de werkingskosten van de KDV

* Diensten voor Opvanggezinnen :

overheid : 184,1 fr. = 38,6 % weddekosten
37,6 % werking of bijpassing bij de ouderbijdragen voor opvanggezinnen
23,6 % administratiekost

ouders : 367 fr. voor het opvanggezin en herverdelend effect.

II. Ramingen over 1992 en 1993 (voor overheid) zonder rekening te houden met eventuele verhoging van de ouderbijdragen en/of verandering van de vorken.

Kinderdagverblijven :

	1991	1992 (raming)	1993 (raming)
Equival. volt. opvangdagen	1.050.000 d.	2.010.000 (7 %)	2.170.000 (7 %)
Subsidie	1.487,0 M.	1.675,3 M.	1.857,5 M.
Per dag	803,8 fr.	833,5 fr.	856,0 fr.
Ouderbijdragen	343,5 (283,1)	361,7 (-70,4 = 291,3)	373 (-75 = 298)

Diensten voor Opvanggezinnen

	1991	1992	1993
Equival. volt. opvang- dagen	2.090.000 d.	2.500.000 (20 %)	2.750.000 (10 %)
Subsidie	384,7 M	418 M	441,2 M
Per dag	184,1 fr.	167,0 fr.	160,4 fr.
Ouderbijdragen	367,0 fr.	385 (+ 5 %)	404 (+ 5%)

BIJLAGE 3

Beknopte samenvatting van de resultaten van de studie
Socio-economische analyse van de beschutte tewerkstelling
en doorlichting van het bedrijfsbeheer van de beschutte werkplaatsen,

uitgevoerd door **Andersen** Consulting in opdracht van het
Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie
van Personen met een Handicap

Het doel van deze studie is enerzijds het evalueren van de macro-economische situatie waarin de sector Beschutte Tewerkstelling zich in zijn globaliteit momenteel bevindt. Anderzijds wordt op micro-economisch vlak onderzocht welke parameters een verklaring bieden voor het al dan niet economisch succesvol zijn van de Beschutte Werkplaatsen.

De nadruk van de studie ligt dus duidelijk op het economische vlak. Het sociale aspect en de definitie van rendementscriteria voor individuele gehandicapten behoorden niet tot de reikwijdte van de opdracht.

Dit document vat de belangrijkste conclusies van het macro-economische en micro-economische onderzoek samen.

De financiële situatie van de Beschutte Werkplaatsen, zowel in het micro- als in het macro-deel, werd geanalyseerd aan de hand van de door hen overgemaakte balansen en documenten. Vooral op gebied van de balansen laat zich echter een absoluut gebrek aan eenvormigheid gevoelen. Onvoldoende transparantie en een soms onduidelijke verwerking van bepaalde boekhoudkundige gegevens zijn hiervan een rechtstreeks gevolg. Gepleit moet worden voor een door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een handicap opgelegd uniform boekhoudplan, nauw aansluitend bij de vorm die door de wet op de jaarrekeningen van 1976 aan gewone ondernemingen wordt opgelegd.

1. Macro-economische analyse van de Beschutte Werkplaatsen.

De macro-economische analyse omvat twee luiken, namelijk :

- Kwantitatieve Analyse : evaluatie financiële situatie van de sector van de Beschutte Werkplaatsen op zich, in vergelijking met de financiële situatie van de Belgische Economie in het algemeen en van de verschillende economische sectoren waarin de Beschutte Werkplaatsen actief zijn ;

- Kwalitatieve Analyse : bestudering van de macro-economische variabelen die de toekomstige context waarin de Beschutte Werkplaatsen opereren beïnvloeden.

De conclusies met betrekking tot de financiële situatie van de sector van de Beschutte Werkplaatsen kunnen als volgt worden samengevat :

- * Het balanstotaal van de sector Beschutte Tewerkstelling stijgt over de onderzochte jaren. De stijging in 1990 is eerder beperkt.

- * De Beschutte Werkplaatsen hebben een opvallend hoge liquiditeit. In de sector is ongeveer 3,5 miljard „slapend kapitaal” aanwezig. Ondanks deze comfortabele financiële positie is het kasbeheer in de sector van de Beschutte Werkplaatsen niet optimaal.

Gezocht moet worden naar manieren waarop dit kapitaal kan worden gemobiliseerd. Daarbij moet echter rekening worden gehouden met het feit dat een aantal Werkplaatsen louter dankzij de financiële opbrengsten van deze fondsen het hoofd boven water houden. Onoverwogen wegnemen van deze financiële middelen impliceert dan ook onvermijdelijk een verhoging van het percentage verlieslatende Beschutte Werkplaatsen.

Tenslotte dient met betrekking tot deze geldmiddelen (liquide middelen en geldbeleggingen) nog te worden opgemerkt dat deze disproportioneel verdeeld zijn over de verschillende Beschutte Werkplaatsen. De grotere Beschutte Werkplaatsen beschikken proportioneel per persoon over meer geldmiddelen.

- * De personeelskosten zijn in de sector Beschutte Werkplaatsen in 1991 met 16 % toegenomen, ten opzichte van een stijging in het totale personeelsbestand met slechts 3 %. Deze vaststelling doet vermoeden dat het personeel in de sector het laatste jaar beter werd betaald.

- * De Beschutte Werkplaatsen kunnen niet zonder loonsubsidiëring. Gegeven de huidige loonpolitiek (waarover Andersen Consulting geen uitspraak doet) compenseert het huidige niveau van betoelaging grosso modo het rendementsverlies van de Beschutte Werkplaatsen. De exploitatieratio's die dankzij de subsidiëring worden gerealiseerd kunnen de vergelijking met het geheel van de Belgische ondernemingen best doorstaan.

- * Het eindresultaat van de sector Beschutte Werkplaatsen is systematisch afgenomen. Oorzaak van deze achteruitgang is een gevoelige daling in het bedrijfsresultaat, die slechts gedeeltelijk gecompenseerd wordt door een stijging in het financieel en het uitzonderlijk resultaat.

De daling van het bedrijfsresultaat is, net als voor het geheel van de Belgische ondernemingen, te wijten aan een sterkere stijging van de bedrijfskosten ten opzichte van de bedrijfsopbrengsten. Men slaagt er dus niet in de toename van de kosten door te rekenen in de verkoopprijzen.

Deze negatieve trend lijkt zich ook door te zetten voor het geheel van de Belgische economie en bijgevolg ook voor het merendeel van de economische sectoren waarin de Beschutte Werkplaatsen actief zijn. De toekomst van de verschillende sectoren waarin de Beschutte Werkplaatsen actief zijn, ziet er vrij pessimistisch uit.

De analyse van de macro-economische variabelen leidt tot de conclusie dat de situatie van de Beschutte Werkplaatsen erg onzeker is :

* De factor overheid is vrij instabiel geworden. De produktiefactor arbeid is onderhevig aan veranderingen door de vernieuwde inschrijvingsprocedure. Ook de produktiefactor kapitaal is instabiel : een simulatie voor 1992 naar aanleiding van de afschaffing van de economische recessiepremie (5 % op lonen en sociale lasten) doet vermoeden dat de achteruitgang in de sector zal versneld worden.

* De klanten worden steeds veeleisender. De Beschutte Werkplaatsen worden als toeleveringsbedrijven in belangrijke mate met deze toenemende druk geconfronteerd.

* De toenemende automatisatie en het stijgende aanbod van goedkope arbeidskrachten vanuit lage loonlanden vormen een ernstige bedreiging voor de Beschutte Werkplaatsen. Deze bedreiging speelt bovendien ook rechtstreeks in op de eigen activiteiten van de klanten van de Beschutte Werkplaatsen.

* De toekomst van de Beschutte Werkplaatsen wordt in wezenlijke mate bedreigd door de opkomst van een aantal parallelle circuits. De grijze zone die bestaat met betrekking tot de afbakening van doelpubliek en activiteiten van de verschillende voorzieningen voor gehandicapten draagt alleszins bij tot deze dreiging.

2. Micro-economische analyse van de Beschutte Werkplaatsen.

Het doel van de micro-economische analyse is te komen tot het profiel van de economisch succesvolle Beschutte Werkplaatsen. Voor de definitie van economisch succesvol baseren we ons uitsluitend op het bedrijfs- en financieel resultaat. Het bedrijfsresultaat weerspiegelt daarbij de prestaties van het huidige boekjaar, terwijl het financieel resultaat in grote mate een reflectie is van de werking van de Beschutte Werkplaatsen in het verleden.

Op basis van deze definitie van economisch succesvol werden de Beschutte Werkplaatsen onderverdeeld in 6 clusters.

Met behulp van statistische methoden werd onderzocht of er tussen de onderscheiden clusters significante verschillen bestaan voor een aantal financiële ratio's en voor een aantal variabelen afgeleid uit het quantum-view model van Miller en Friesen.

Deze analyse, gebaseerd op de antwoorden van de Beschutte Werkplaatsen op een uitvoerige vragenlijst, toont duidelijk aan dat er voor een aantal financiële ratio's en voor een aantal situatie-, organisatie- en beleidsvariabelen wel degelijk significante verschillen bestaan (90 % statistische zekerheid) tussen de verschillende clusters :

* Cluster 1 : de Beschutte Werkplaatsen in goede gezondheid

De Beschutte Werkplaatsen uit deze cluster (positief bedrijfs- en financieel resultaat) zijn veeleer grote Werkplaatsen, die wellicht dankzij hun omvang een diversificatiepolitiek kunnen voeren en daarbij uitstijgen boven de kritische massa die nodig is voor het verwerven van de nodige know-how en specialisatie. Die diversificatie leidt naar een eerder beperkte afhankelijkheid van de klanten en naar een hoge mate van interne differentiatie.

Deze Werkplaatsen worden goed beheerd. Het management neemt gezonde beslissingen en volgt de zaken nauwgezet op, hierbij gesteund door een sterk uitgebouwde informatica.

Het economisch succes van deze werkplaatsen staat arbeidsintegratie van de gehandicapte geenszins in de weg. Zowel interne als externe marktdoorstroming komen het meest voor in deze cluster.

* Cluster 2 : de Beschutte Werkplaatsen in redelijke conditie

De Beschutte Werkplaatsen uit cluster 2 (positief bedrijfsresultaat groter dan negatief financieel resultaat) zijn vooral de kleine Werkplaatsen, die zich toelagen op een beperkt aantal gelijkaardige activiteiten. Zij werken voor een beperkt aantal klanten en zijn dus potentieel kwetsbaar.

Het beheer van deze Werkplaatsen gebeurt op een vrij informele manier. Door de beperkte omvang van de Werkplaats volstaat dit echter om de zaken onder controle te houden en tijdig bij te sturen. De relatief lage omkadering staat economisch goed presteren niet in de weg.

* Cluster 3 : de Beschutte Werkplaatsen met een ondermijnde gezondheid

Cluster 3 (Werkplaatsen met een positief bedrijfsresultaat dat wordt te niet gedaan door een groter negatief financieel resultaat) bestaat uit een te beperkt aantal werkplaatsen om er een volledig profiel van te kunnen schetsen. Deze cluster is een mengvorm van cluster 2 en cluster 4.

* Cluster 4 : de Beschutte Werkplaatsen op sterven

De Werkplaatsen met een negatief bedrijfs- en financieel resultaat (cluster 4) vormen een economisch rampgebied. Deze vooral middelgrote Werkplaatsen hebben duidelijk af te rekenen met typische K.M.O.-groeipijnen. De vrij hoge mate van diversificatie en interne differentiatie leiden niet tot het verwachte succes. Deze middelgrote Werkplaatsen blijven onder het niveau van de kritische massa, die zou toelaten in elke activiteit gespecialiseerd te kunnen werken.

De Werkplaatsen in deze cluster kampen bovendien met een duidelijk management-probleem, met een leiding die de zaken niet echt onder controle lijkt te hebben. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de lage voorraadrotatie en de gebrekkige performantiecontrole. Informatisering heeft in deze cluster nog weinig ingang gevonden.

De meeste Werkplaatsen in deze cluster lijken structureel in deze cluster vast te zitten. De hoop op een spontane miraculeuze genezing is dus eerder klein.

* Cluster 5 : de Beschutte Werkplaatsen die dringende verzorging nodig hebben

De Werkplaatsen uit cluster 5 (negatief bedrijfsresultaat groter dan positief financieel resultaat) zijn stilaan aan het wegzakken. Zij zijn vrij heterogeen van omvang, maar zijn algemeen eerder middelgroot. Hoewel zij opereren in een homogene omgeving, met slechts een matige differentiatie, is de afhankelijkheid van de klanten eerder beperkt.

Op managementgebied wordt vrij goed gescoord. Succes van het gevoerde beleid blijft echter duidelijk achterwege.

Opvallend is de hoge graad van omkadering, die vooral uit validen bestaat. Zonder ons uit te spreken over het eventuele sociale nut hiervan, lijkt op economisch vlak een soort gulden middenweg overschreden.

* Cluster 6 : de Beschutte Werkplaatsen met een onderhuidse ziekte

De Werkplaatsen uit cluster 6 (negatief bedrijfsresultaat kleiner dan positief financieel resultaat) kunnen teren op hun financieel resultaat. De kleurloze indruk die deze Werkplaatsen maken, wekt de indruk van een management dat door deze financiële bescherming in slaap wordt gesust. Zo gebeurt de recrutering erg informeel en is de performantiecontrole quasi uitsluitend op het financiële gericht. De afhankelijkheid van de klanten is vrij groot, ondanks een — alweer — middelmatige diversificatie en interne differentiatie.

Ook in deze cluster is de mate van omkadering erg hoog. In verhouding tot het aantal gehandicapten komt in deze cluster het hoogst aantal validen voor.

Wij danken U voor de mogelijkheid die U ons hebt geboden om deze studie uit te voeren. Wij houden er ook aan U te bedanken voor de medewerking die U aan het onderzoek hebt verleend.

Met de meeste hoogachting,

Andersen Consulting

GUIDO T. GIJSEMANS