

VLAAMSE RAAD

ZITTING 1990-1991

21 NOVEMBER 1990

ONTWERP VAN DECREET

**houdende de algemene uitgavenbegroting van de Vlaamse Gemeenschap
voor het begrotingsjaar 1991**

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn en Gezondheid
uitgebracht door de heer A. Deneir
aan de Commissie voor Financiën en Begroting**

DAMES EN HEREN

De Commissie besprak op dinsdag 30 oktober 1990 de materie die voor bespreking en indicatieve stemming werd toegewezen aan Gemeenschapsminister J. Lenssens. Op woensdag 31 oktober 1990 waren de bevoegdheden van Gemeenschapsminister H. Weckx aan de beurt.

Samenstelling van de Commissie :

Voorzitter : de heer W. Peeters.

Vaste leden : de heren A. Deneir, P. Hermans, mevrouw T. Merckx-Van Goey, de heren J. Van Hecke, R. Vannieuwenhuyze, H. Van Wambeke ;

de heer H. Adriaensens, mevrouw A. Duroi-Vanhelmont, de heren L. Hancké, J. Van der Sande ;

de heren J. Devolder , E. Flamant , A. Van Aperen ;

de heren H. Lauwers, W. Peeters.

Plaatsvervangers :

de heren Jos Bosmans, G. Cardoen, J. De Roo, M. Didden, mevrouw A. Leysen, de heer J. Van Looy ;

mevrouw M. De Meyer, de heren F. Dielens, G. Moens, J. Sleecx ;

de heren E. De Groot, P. Vandermeulen, W. Van Renterghem ;

de heren H. Candries, R. Vandekerckhove.

Zie :

8 (1989-1990)

- Nr. 1 : Ontwerp van decreet + Bijlagen
- Nrs. 2 en 3 : Amendementen
- Nr. 4-A : Verslag namens de Commissie van Buitenlandse en Externe Aangelegenheden
- Nr. 4-B : Verslag namens de Commissie voor Cultuur
- Nr. 4-C : Verslag namens de Commissie voor de Media
- Nr. 4-D : Verslag namens de Commissie voor Onderwijs en Vorming

6 (1989-1990)

- Nr. 1 : Toelichtingen

INHOUD

Blz.

DEEL 1 — Wat betreft de bevoegdheidssector van de Gemeenschapsminister van Welzijn en Gezin

1. Toelichting door Gemeenschapsminister J. Lenssens

1. Algemene inleiding	
Sector Bijzondere Jeugdbijstand (sectie 51)	5
Sector Bejaardenzorg (sectie 52)	6
Sector Gezinsbeleid (sectie 53)	7
Sector Gehandicaptenzorg (sectie 54)	8
Sector Samenlevingsopbouw (sectie 55)	9
Sector Maatschappelijk Welzijn (sectie 56)	9
a) Het ambulant welzijnswerk	
b) Residentiële welzijnszorg	
c) Het migrantenbeleid	
d) Het armoedebeleid	
Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies	12
II. Bespreking	
Algemene opmerkingen	12
Sectie 51 : Bijzondere Jeugdbijstand	13
Sectie 52 : Bejaardenzorg	15
Sectie 53 : Gezinsaanlegenheden	18
Sectie 54 : Gehandicaptenzorg	21
Sectie 55 : Samenlevingsopbouw	23
Sectie 56 : Maatschappelijk welzijn en sectie 57 : Kansarmoede	23
III. Stemming	27
IV. Bijlagen	28

DEEL II — Wat de Gezondheidssector betreft, bevoegdheden van de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid en Brusselse Aangelegenheden

1. Inleidende uiteenzetting door Gemeenschapsminister H. Weckx

1. De bevoegdheden en de Staatshervorming	32
II. Samenwerkingsovereenkomsten	
1. Samenwerking tussen de nationale overheid en de gemeenschappen	
1.1. Problemen	33
1.2. Interministeriële conferentie	34
2. Samenwerking tussen de federale, communautaire en regionale overheden	35
3. Samenwerking tussen de Gemeenschappen	35
4. Internationale samenwerking	36
III. Krachtlijnen in de exclusieve bevoegdheden	36
IV. Focuspunten van het Gezondheidsbeleid in de Vlaamse Gemeenschap	
1. Gezondheidsmonitoring	37
2. GVO-nieuwe stijl of de gezondheidspromotie	38
3. Van dopingbestrijding naar medisch verantwoorde sportbeoefening	39
4. Thuisgezondheidszorg : coördinatie en ondersteuning	40
5. Geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie	42
5.1. Profiel van de intramurale psychiatrie	42
5.2. Modernisering van de infrastructuur	43
5.3. Een krachtig reconversiebeleid	43
5.4. Een nieuw statuut voor de openbare psychiatrie ziekenhuizen	44
5.5. Een kans tot samenwerking tussen de extra- en intramurale sector	44
5.6. Forse groei van de centra voor geestelijke gezondheidszorg	45
5.7. Samenwerking met de eerste en met de derde lijn	46
V. Categorieel Beleid	
1. Zwangerschap en perinataal beleid	47
2. Menselijke erfelijkheid	48
3. Kinderen en jeugd	48
4. Actieve bevolking	48
5. Bejaarden	49
6. Bijzondere risicogroepen	49
6.1. Migrant en gezondheid	49
6.2. Vrijwilligers	50

VI. Besluiten	51
VII. Statistische gegevens	51
Geestelijke gezondheidszorg	51
Tabel : Evolutie van de begroting van de Vlaamse Gemeenschap (in miljoen F)	
Tabel : Spreiding van de erkende CGG in Vlaanderen (Executievebesluit van 6 juli 1988)	
Thuisgezondheidszorg	52
Tabel : Erkende diensten voor thuisverpleging (Executievebesluit 6 oktober 1988)	
Tabel : Erkende samenwerkingsinitiatieven	
Medisch schooltoezicht	53
Tabel : Verdeling over de verschillende subsidiecategorieën	
Tabel : Tetanos-vaccinaties — Schooljaar 87 — 88	
Tabel : Tetanos-vaccinaties — Schooljaar 88 — 89	
Tabel : Rubella-vaccinaties — Schooljaar 87 — 88	
Tabel : Rubella-vaccinaties — Schooljaar 88 — 89	
Tabel : Hepatitis B-vaccinaties — Schooljaar 87 — 88	
Tabel : Hepatitis B-vaccinaties — Schooljaar 88 — 89	
Tabel : Bof — Mazelen — Rubella (Trivalent vaccin) Schooljaar 87 — 88	
Tabel : Bof — Mazelen — Rubella (Trivalent vaccin) Schooljaar 88 — 89	
Tabel : Subsidieerbare personeelsleden	
Tabel : Overzicht van de Algemeen Preventieve- en bijkomende onderzoeken	
Aidspreventie	
Grafiek : Toename van het aantal seropositieve gevallen	58
II. Algemene bespreking	
De bevoegdheden en de staatshervorming	59
Samenwerkingsovereenkomsten	59
Thuisverzorging	61
Normen ziekenhuizen	63
Drug- en alcoholproblemen	64
Zelfdodingen	64
III. Bespreking secties en artikelen	
A. Secties	
Sectie 10 — Kabinetsuitgaven van de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid en Brusselse Aangelegenheden	65
Sectie 58 — Volksgezondheid	65
Koninklijke Academie voor Geneeskunde en Centra voor Antropogenetica	
Perinataal onderzoek	
Sectie 59 — Medisch-sociaal beleid	65
Centra voor geestelijke gezondheidszorg	
Medisch schooltoezicht	
Gezondheidspromotie, Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en Aidspreventie	
Vroegtijdige kankeropsporing	
Financiering IPAC	
Aidspreventie	
IV. Stemmingen	68

DEEL 1 — Wat betreft de bevoegdheidssector van de
Gemeenschapsminister van Welzijn en Gezin

1. Toelichting door Gemeenschapsminister J. Lenssens

1. ALGEMENE INLEIDING

Alvorens in detail in te gaan op de verschillende beleidsdo-
meinen kan kort verwezen worden naar de basisbeginselen
van het welzijnsbeleid zoals die ook reeds bij de inleiding
vorig jaar aan bod kwamen.

— Een personalistische mensvisie waarbij vertrokken
wordt vanuit de waardigheid en het zelfbeschikkingsrecht van
elke mens.

— Een gezinsgerichte visie.

— Een gedifferentieerde aanpak.

De verbetering van loon- en arbeidsvoorwaarden zal wor-
den verdergezet.

SECTOR BIJZONDERE JEUGDBIJSTAND (SECTIE 51)

Door het decreet van 28 maart 1990 tot wijziging van het
decreet van 27 juni 1985 inzake Bijzondere Jeugdbijstand
werd voornoemd decreet van 1985 met 2 belangrijke luiken
aangevuld.

Enerzijds werd een regeling uitgewerkt met betrekking tot
een nieuwe bevoegdheid betreffende de gerechtelijke jeugd-
bijstand, anderzijds werd voorzien in een specifieke opvang-
regeling om de gevolgen van de verlaagde burgerlijke meer-
derjarigheid op te vangen voor jongeren uit de sector Bijzon-
dere Jeugdbijstand.

Op 4 april 1990 werden de bestaande decreten inzake Bij-
zondere Jeugdbijstand officieel gecoördineerd.

In 1991 zullen nog diverse bepalingen van deze gecoördi-
neerde decreten verder moeten uitgevoerd worden.

Het gerechtelijk luik van het decreet kan voorlopig niet in
werking worden gesteld. Daartoe moet gewacht worden op
Nationale Wetgeving inzake de procedureregels voor de
Jeugdrechtbanken. De rest van het nieuwe decreet werd in-
middels in werking gesteld. De reglementering van de bemid-
delingscommissie werd aan het nieuwe decretaal kader aan-
gepast. Op 1 december 1990 zullen ze definitief van start
gaan. Door deze commissies wordt de toegang tot de jeug-
drechtbanken versmald en wordt aan hulpverlening op vrij-
willige basis zoveel mogelijk kansen geboden.

Ook de reglementering van de comités voor Bijzondere
Jeugdzorg zal aan het nieuwe decretale kader worden aange-
past.

In 1990 werd het personeelskader van deze diensten gevoe-
lig uitgebreid en werd met de effectieve aanwerving van
consulenten begonnen. 28 werden inmiddels aangesteld en
22 worden op dit ogenblik via het VWS aangewezen. In het
najaar van 1990 zullen tevens de secretariaten worden uitge-
breid.

Inzake de voorzieningen heeft de erkenningscommissie in
1990 een advies voorbereid inzake een herstructurering van
de voorzieningen Bijzondere Jeugdbijstand.

In de geest van het nieuwe decreet zal meer aandacht dienen besteed te worden aan ambulante en semi-ambulante werkvormen.

In 1991 kan na advies van de erkenningscommissie dan een begin gemaakt worden met de reglementering van de nieuwe in het decreet voorziene hulpvormen zoals ondermeer de thuisbegeleidingsdiensten. De nieuwe erkenningen zullen moeten gebeuren binnen vooraf vastgestelde **programmatische** normen en binnen de bestaande budgettaire marge.

In de begroting '91 werd tevens voorzien dat vanaf 1 januari, onder meer ingevolge het decreet van 27 juni 1990 inzake het Vlaams Fonds voor de sociale integratie van personen met een handicap, het stelsel van dubbele erkenningen wordt opgeheven.

De kredieten die voorheen door het Bestuur Bijzondere Jeugdbijstand werden betaald aan voorzieningen **gehandicaptenzorg**, zullen vanaf dan rechtstreeks door voornoemd Fonds worden toegewezen. (495 miljoen naar Fonds 81 en 45 miljoen frank naar Kind en Gezin).

In de begroting werden voor de voorzieningen tevens de nodige kredieten voorzien voor uitvoering van het tweede luik van de sociale akkoorden in verband met de loon- en weddevoorwaarden alsmede in verband met de tewerkstelling.

Teneinde de continuering van de werking van het Fonds Bijzondere Jeugdbijstand te verzekeren wordt het Fonds omgevormd tot een parastatale A.

Teneinde tegemoet te komen aan de problemen die zich stellen inzake de exploitatie en pedagogische werking van de Gemeenschapsinstellingen Bijzondere Jeugdbijstand worden deze instellingen omgevormd tot diensten met afzonderlijk beheer.

Belangrijke vernieuwing in de tegemoetkoming 1991 vormt de inschrijving van een krediet van 15 miljoen frank voor algemene preventie. Bedoeling is, om in de **preventieactiviteiten** van een aantal comités voor bijzondere jeugdzorg, meer mogelijkheden te geven en anderzijds aanvullende **preventieprogramma's** op te zetten en/of te betoelagen.

SECTOR BEJAARDENZORG (SECTIE 52)

In het programma bejaardenzorg zijn enkel de middelen die specifiek voor de bejaarden worden ingezet, gegroepeerd.

Daarenboven vindt men de middelen voor heel wat meer algemene welzijnsdiensten waarop ook bejaarden beroep doen in andere programma's terug.

In dit verband dient in het bijzonder gewezen op de diensten gezin- en bejaardenhulp die men onder het programma gezinsbeleid terugvindt.

Het bejaardenbeleid zal zeker meer uitgebreid aan bod komen bij de verdere bespreking van de beleidsnota „60+ Perspectief” in deze commissie.

In deze toelichting wordt enkel verwezen naar de **specifieke** budgettaire aspecten.

Daarbij gaat op de eerste plaats de aandacht naar het programma voor de bouw van wooneenheden met dienstverlening voor bejaarden.

Door het besluit van 4 april 1990 wordt een programma opgestart waardoor met alternatieve financiering 5.000 service-flats voor bejaarden zullen kunnen worden gerealiseerd. Dit programma heeft in de sector een grote respons losgewerkt zodat reeds voor 2.000 wooneenheden aan verschillende initiatiefnemers principiële belofte van toelage werd verleend.

Een 3.500-tal aanvragen wachten daarenboven op dit ogenblik reeds op een principieel akkoord.

In de begroting 1991 worden de eerste middelen (50 miljoen frank) voor de realisatie van dit programma ingeschreven.

Ook in de rustoordsector zijn we op dit ogenblik echter geconfronteerd met zware tekorten aan opvangmogelijkheden.

In het programmadecreet zal worden voorgesteld om de mogelijkheden tot alternatieve financiering ook tot de rustoordsector uit te breiden.

Een bijzondere werkgroep bestaande uit economen en bouwdeskundigen bestuderen op dit ogenblik de mogelijkheden ter zake.

Het is de bedoeling uiterlijk in het voorjaar van 1991 ook de voorstellen van de werkgroep met een aangepaste reglementering neer te leggen.

Verder zal de bijzondere aandacht gaan naar de betoelaging van dagcentra die tot op heden slechts facultatief worden ondersteund.

SECTOR GEZINSBELEID (SECTIE 53)

De gezinsgerichte aanpak van het Vlaamse beleid kan men niet alleen evalueren aan de hand van de middelen die specifiek in dit programma zijn voorzien.

Tenslotte is alle beleid gericht op de persoonsontplooiing voor de individuen en in die zin is een gezinsdimensie nooit ver weg.

Ik verwijs naar onder meer het onderwijsbeleid, het huisvestingsbeleid, het gezondheidsbeleid maar ook naar het tewerkstellings- en het economisch beleid die alle gezinsaspecten hebben.

In het specifieke gezinsbeleid gaat op de eerste plaats onze aandacht naar de gezinnen met jonge kinderen.

De gemeenschapsinstelling Kind en Gezin speelt een sleutelrol in de begeleiding van deze gezinnen.

Door de recente maatregelen inzake uitbreiding van de kinderdagopvang worden daarenboven via Kind en Gezin meer gezinnen in staat gesteld om een werkopdracht buiten het gezin met de opvoeding van hun kinderen te combineren.

Het aantal plaatsen wordt uitgebreid met $\pm$ 8.800.

Wat de kindermishandeling betreft zullen de middelen van de zes centra kindermishandeling samen verhoogd worden met 10 miljoen frank, dit wil zeggen met 33 %.

Aan de andere kant staan de oudere gezinnen.

Deze worden dikwijls geconfronteerd met problemen door ziekte of zorgbehoefte.

Ook voor deze mensen worden specifieke oplossingen gezocht om maximaal hun gezinsleven te behouden.

Hierbij spelen de diensten **gezins-** en bejaardenhulp een centrale **rol**.

Voor de vrije diensten werd het uren-contingent ingevolge de Maribeloperatie recent met 3 % uitgebreid.

Ook het beleid inzake deze dienstverleningsvorm zal bij de verdere bespreking van het ouderenbeleid meer specifiek aan bod komen.

Tenslotte wil ik ingaan op de gezinsopvoeding.

De reglementering ter zake werd grondig aangepast zodat de middelen die nu in de begroting staan ingeschreven zeer specifiek zullen worden aangewend in het kader van de **relat**ionele, pedagogische en seksuele vorming in de gezinnen.

SECTOR GEHANDICAPTENZORG (SECTIE 54)

Het decreet van 27 juni 1990 houdende de oprichting van het Vlaams Fonds (BS 8 augustus 1990) maakt het mogelijk om begin 1991 de Vlaamse opvangstructuur operationeel te maken waardoor gefaseerd en achtereenvolgens de bevoegdheden van het Rijksfonds en van het Fonds 81 kunnen worden overgenomen en in de begroting 1991 de nodige schikkingen getroffen.

De uitvoering van het decreet zal in meerdere fasen geschieden. Nadat in een eerste fase de instelling zal worden opgericht, de Raad van Bestuur, de Ambtenaren-Generaal aangeduid, wordt verder en op advies van de Raad van Bestuur de toegang tot dit Fonds geregeld, en wordt verder uitvoering gegeven aan regelen inzake begroting, comptabiliteit, enzovoort.

In de begroting 1991 werden de nodige schikkingen **getro**ffen om deze gefaseerde opstart mogelijk te maken.

De begroting 1991 voorziet voor het Fonds voor medisch, sociale en pedagogische zorg voor gehandicapten de budgettaire middelen om de afspraken te honoreren die werden gemaakt inzake :

- de subsidiëring van de loons- en arbeidsvoorwaarden ;
- bijkomende tewerkstelling in de bestaande instellingen ;
- uitbreiding van de opvangcapaciteit van volwassen mentaal gehandicapten.

Nadat met het programmadecreet van 20 december 1989 de decretale basis werd gelegd om ook ambulante **hulpverle**ningsvormen zoals de thuisbegeleiding, het begeleid wonen en zelfstandig wonen voor personen met een handicap te betoelagen via het Fonds 81 werd door de Executieve in de loop van het jaar 1990 de nodige besluiten getroffen, die toelaten diensten voor thuisbegeleiding, de diensten voor begeleid wonen voor licht verstandelijk gehandicapten en de diensten voor zelfstandig wonen voor fysisch gehandicapte personen te erkennen en betoelagen met ingang van 1991. De bijkomende kredieten werden voorzien voor een gefaseerde uitbouw (voor 1991 ± 48 miljoen frank).

In uitvoering van het Vlaams regeerakkoord werd in 1989 voor de dagprijsberekening van de instellingen Fonds 81 een vereenvoudigde wijze van berekenen ingevoerd.

Tot het nieuwe financieringsstelsel (NFS) kan facultatief worden toegetreden. 60 % van de totale capaciteit trad het eerste jaar reeds toe.

Het NFS werd tijdelijk ingevoerd, namelijk voor de dossiers van de jaren 1987, 1988 en 1989 wordt eind 1990 geëvalueerd.

De praktijk wijst uit dat door dit stelsel het mogelijk is voor de administratie drie keer meer dagprijsdossiers te berekenen dan voorheen waardoor de saldobetaling ook bespoedigd worden.

SECTOR SAMENLEVINGSOPBOUW (SECTIE 55)

Zoals in het verleden zal de aandacht van de samenlevingsopbouw hoofdzakelijk uitgaan naar de meest achtergebleven groepen.

Actueel wordt de laatste hand gelegd aan een decretale regeling voor de sector.

Opzet van deze regeling, die is uitgewerkt in samenspraak met de Hoge Raad voor de Samenlevingsopbouw, is rechtszekerheid te bieden.

1991 wordt een overgangsjaar, in afwachting van de goedkeuring van deze regeling.

SECTOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN (SECTIE 56)

De evoluties die zich in de sector Maatschappelijk Welzijn in het jaar 1991 aftekenen en die hun wortels vinden in het algemeen welzijnsbeleid van de afgelopen jaren, situeren zich rond drie zwaartepunten : de nieuwe ontwikkelingen in het ambulante en residentiële welzijnswerk, het migrantenbeleid en het armoedebelaid.

a) Het Ambulant Welzijnswerk

De sector Maatschappelijk Welzijn in het algemeen en het Ambulant Welzijnswerk in het bijzonder kenmerken zich sinds jaren door een grote versnippering en een onvoldedige betoelaging.

Reeds in de loop van dit jaar, op de begroting 1990, werden extra-middelen uitgetrokken om de laagst-gesubsidieerde sectoren van het welzijnswerk beter te betoelagen. Aldus kan de basistoelage voor de Centra voor Maatschappelijk Werk en voor de Jongeren Informatie- en Adviescentra drastisch worden opgetrokken.

Deze betere betoelaging, die meer bepaald voor de sector van de Jongeren Informatie- en Adviescentra ook gepaard moet gaan met grotere rechtszekerheid, door hun betoelaging via een besluit van de Executieve te regelen. Dit vormt een stap in de richting van een verdere harmonisering van de sector van het Ambulant Welzijnswerk.

Het is de bedoeling op korte termijn tot een decreet op het Ambulant Welzijnswerk te komen.

Hierbij zal vooropgesteld worden dat het Algemeen Welzijnswerk zich prioritair moet richten naar de meest kansarme, achtergestelde en risicodragende bevolkingsgroepen.

De binnen dit harmoniseringsdecreet erkende instellingen, zullen in principe moeten openstaan voor alle welzijnsproblemen, doch zullen zich kunnen specialiseren op het terrein van de materiële en algemene sociale problemen, van de psyche-sociale problemen, van persoonlijke of relationele aard of van deze die het gevolg zijn van gezondheidsproblemen.

b) Residentiële Welzijnszorg

In uitvoering van het nieuwe Besluit van de Vlaamse Executieve van 4 april 1990 inzake de Centra voor Residentieel

Welzijnswerk, dat gepaard ging met de verdubbeling van het beschikbare krediet in 1990, zullen tegen begin 1991 alle onthaalhuizen voor daklozen een nieuwe erkenning bekomen hebben.

Bij deze nieuwe erkenningen zal het subsidieerbaar personeelskader beter afgestemd zijn op het opgenomen publiek (alleenstaanden, vrouwen met kinderen) of op de specifieke doelstelling van het centrum (bijvoorbeeld crisisopvang). Bovendien zullen ook een 15-tal centra erkend worden voor Beschut Wonen.

Deze maatregelen zullen ertoe leiden dat, op kruissnelheid, vanaf 1991, de opnamecapaciteit van de onthaalhuizen verhoogt van 1.150 tot ongeveer 1.500 plaatsen. Het personeelsbestand zal in globo met minstens 25 full-time equivalenten toenemen.

In 1991 zullen ook de Opvangcentra voor Jongeren via een Executievebesluit gereguleerd worden.

Voor de jong-volwassenen zullen de resterende 16 plaatsen Begeleid Zelfstandig Wonen toegekend worden aan de Opvangcentra voor Jongeren of Diensten voor Begeleid Zelfstandig Wonen — Bijzondere Jeugdbijstand, op basis van de regionale behoeften.

c) Het Migrantenbeleid

Op het vlak van het categoriaal migrantenbeleid zullen we verder initiatieven nemen, zowel op beleidscoördinerend als op budgettair vlak.

Vooreerst blijven de interdepartementale commissie migranten alsook de permanente executiewerkgroep, periodiek de stand van zaken opmaken van de vooruitgang die er inzake het migrantenbeleid binnen elk bevoegdheidsdomein van de Vlaamse Executieve geboekt is.

Op het budgettaire vlak zal in de loop van 1991 verdere uitvoering worden gegeven aan het besluit van de Vlaamse Executieve houdende de voorwaarden inzake erkenning en subsidiëring van integratiecentra voor migranten.

Voor het komende begrotingsjaar is voor het categoriaal migrantenbeleid een budget van 116,5 miljoen frank voorzien. In vergelijking met twee jaar terug is dat bijna een verdrievoudiging.

Dit bedrag zal besteed worden voor de erkenning van een momenteel in oprichting zijnde Vlaams Centrum voor de Integratie van Migrantten. Dit centrum zal op landelijk niveau de coördinatie, de kadervorming, de sensibilisering, de documentatie en andere functies, nodig voor de goede werking van alle categoriale migrantenvoorzieningen, waarnemen.

Daarnaast zullen in een geselecteerd aantal regio's regionale centra opgericht worden. Deze zullen de bestaande begeleidingsdiensten voor migranten continueren, met daarnaast een aantal nieuwe erkenningen.

Het grootste deel van het categoriaal migrantenbudget zal nochtans besteed worden aan de oprichting van een belangrijk aantal lokale integratiecentra, die belast zullen worden met het eerstelijnswork.

Deze laatste zullen, tesamen met de regionale centra en met derden tevens instaan voor de coördinatie van de taallessen voor migranten.

Waar nodig zullen zij deze zelf ook aanbieden, alhoewel deze binnen de filosofie van het migrantenbeleid van de Vlaamse Executieve vooral moeten kaderen binnen het alge-

meen beleid, dit betekent binnen de bijscholing voor werkloze migranten en binnen de basiseducatie voor andere migranten. Het categoriaal migrantenbeleid moet inzake het aanbod van taallessen enkel residuair optreden.

Het grootste deel van de budgettaire inspanning voor migranten zal zich nochtans blijven situeren op die terreinen waar de kansarmoede en migrantenproblemen **tesamen** worden bestreden.

d) Het Armoedebeleid

In 1991 zal een tweede pakket projecten binnen de 500 miljoen frank die in 1990 was ingeschreven op de begrotingspost „Allerhande uitgaven en tussenkomsten voor OCMW's en gemeenten in het kader van de strijd tegen de kansarmoede”, kunnen opstarten.

Het overzicht van de ingediende projecten van 1989 en 1990 reveleert een grote en onophoudelijke stroom van zeer degelijke en inventieve voorstellen vanwege vele OCMW's en gemeenten.

Frequent worden initiatieven opgezet die de gecoördineerde concentratie beogen van welzijnsvoorzieningen in de ruime zin op de armoedeproblematiek. Daarnaast kunnen vooral initiatieven gemeld worden in de sfeer van de thuislozenzorg en op het vlak van opleiding en tewerkstelling.

Wat betreft deze laatste categorie, hebben de gemelde projecten de kans geboden tot een verdrievoudiging van het bestaand aantal sociale en leerwerkplaatsen.

Op die manier is het voor de eerste maal dat het **Welzijns**-departement betrokken wordt in Europese initiatieven en dit op een budgettair significante wijze.

Deze projecten die **tesamen** een bedrag omvatten van 1 miljard frank, zullen vanaf 1991 hun verlenging vinden in het bij decreet opgerichte Vlaams Fonds voor de Integratie van Kansarmen.

Dit Fonds zal tot en met 1988 jaarlijks 1.125 miljoen frank verdelen over 15 gemeenten, die geselecteerd worden omwille van het gelijktijdig voorkomen van een grote graad van kansarmoede en hoge concentratie van migranten.

Deze grote concentratie aan middelen is nodig om structureel in te grijpen in de problemen van kansarmoede en **ras**-**sen**haat.

Op basis van globale meerjarenplannen, waarin alle relevante partners betrokken worden, zullen gemeente en OCMW jaarlijks een pakket aan initiatieven kunnen indienen die voor 100 % zullen betaald worden. Deze initiatieven zullen zich, gegeven de omvang van de middelen, voor de helft kunnen situeren binnen investeringsprojecten.

Zowel OCMW als gemeente als private partners zullen er op gepaste wijze moeten in betrokken worden.

Naast de creatie van deze nieuwe armoedefondsen, wordt op budgettair vlak blijvend het belang onderstreept van de rol die de OCMW's moeten vervullen inzake de strijd tegen de kansarmoede.

De criteria van het Bijzonder Fonds voor Maatschappelijk Welzijn die sinds 2 jaar zijn vastgelegd, kennen blijvend ongeveer 1 miljard frank als toelage aan de OCMW toe in functie van inkomenssteun, tewerkstelling en andere initiatieven voor het meest kansarme OCMW-cliënteel.

De belangrijke rol die gehecht wordt aan de plaats van de OCMW in de kansarmoedebestrijding, wordt mede onderstreept door de verhoging van het krediet voor het vormingscentrum voor OCMW-personeel.

CENTRUM VOOR BEVOLKINGS- EN GEZINSSTUDIEN

Een aparte plaats in het domein van het wetenschappelijk onderzoek betreffende het maatschappelijk welzijn wordt ingenomen door het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudien. Het CBGS is een wetenschappelijke instelling van de Vlaamse Gemeenschap, die naast demografisch onderzoek ook onderzoek inzake algemene welzijnsproblemen verricht.

Het budget voor het CBGS werd vanaf 1990 drastisch verhoogd, dit met het oog op het voorbereiden van de 5-jaarlijkse Europese bevolkingsenquête (de zogenaamde NEGOTVI, de nationale enquête gezinsontwikkeling), die telkenmale voldoende nieuwe statistische gegevens oplevert voor tal van nieuwe inzichten in bevolking en gezin. Het CBGS speelt inzake dit onderzoek op mondiaal vlak een leidende rol.

Vanaf 1991 zal het CBGS naar Frans model starten met een demografisch jaarboek.

Tevens zal het CBGS instaan voor de verwerking van de sinds 1989 voor de eerste maal systematisch opgezette OCMW-registratie.

II. Bespreking

Het verslag van de bespreking van deze sector zal thematisch in plaats van chronologisch worden weergegeven.

ALGEMENE OPMERKINGEN

In diverse tussenkomsten werd de toename van de kredieten voor de welzijns- en gezinsaanlegenheden toegejuicht. De balans van het zeer dynamisch gevoerde beleid was volgens een Commissaris duidelijk positief. Dit was volgens deze interpellant zowel te danken aan de inzet van de Gemeenschapsminister als van de betrokken administratie. Hierbij aansluitend werd verwezen naar de drie zeer belangrijke decreten, respectievelijk inzake de bijzondere jeugdzorg, het beleid inzake personen met een handicap en de kansarmoedebestrijding, die tijdens de vorige zitting van de Vlaamse Raad werden goedgekeurd. Een ander lid van de Commissie merkte met tevredenheid op dat bij de uitstippeling van het beleid in belangrijke mate werd en wordt rekening gehouden met opmerkingen van de Commissarissen voor Welzijn en Gezondheid. De recent doorgevoerde vernieuwingen inzake reglementering en de plannen voor de toekomst zijn, luidens de interpellant, betekenisvol daar die onder andere een grotere objectivering van de subsidiëringsreglementen betekenen.

Verwijzend naar de opmerkingen van het Rekenhof in zijn 147ste Boek met betrekking tot de prefinanciering door het Gemeentekrediet (Stuk 14 (1990-1991) — Nr. 1, pagina 23 e.v.) werden vragen gesteld naar de eventuele uitbreiding van de alternatieve financieringsmethode die recent werd ingevoerd voor de subsidiëring van de serviceflats, naar andere domeinen in de welzijns- en gezondheidssector. In concreto werd gevraagd of er bijvoorbeeld reeds verkennende gesprekken werden gevoerd met de geïnteresseerde financiële instellingen, i.c. de BAC. Met deze vraag alludeerde de Commissaris op een dagbladartikel waarin de BAC zich als toekomstige financierder van de non-profitsector voorstelde.

De Gemeenschapsminister antwoordde dat de klassieke financieringswijze, waarbij de debudgettering vrij vaak werd toegepast, in de toekomst niet langer zal volstaan om de behoeften in de sector op een behoorlijke wijze te lenigen.

In een eerste faze zullen de alternatieve financieringsmethoden worden toegepast op huisvestingsprojecten met het oog op het bestrijden van de verkrotting. Hierbij zullen de OCMW's vrij kunnen bepalen met welke financiële instelling zij willen samenwerken. Een zevental instellingen komt hiervoor in aanmerking. Het Gemeentekrediet zal wellicht het grootste aandeel op zich nemen. De totale budgettaire kostprijs voor het bouwen van vijfduizend serviceflats, verspreid over verscheidene jaren, wordt op zeven miljard frank geraamd.

Hierbij aansluitend werd de vraag gesteld of de privé-sector als bouwheer van serviceflats wel voldoende aandacht zal opbrengen voor het invullen van de witte vlekken in het Vlaamse voorzieningennet.

Een evenwichtige spreiding van serviceflats wordt, volgens de Gemeenschapsminister, verzekerd daar de bouw ervan gebonden is aan een regionale programmatie.

De Gemeenschapsminister trad de stelling van een Commissaris bij toen hij onderstreepte dat beleidsvoorbereidende onderzoeken bij voorrang moeten worden toegewezen aan het internationaal vermaarde Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudiën.

Antwoordend op diverse vragen met betrekking tot het Welzijnscongres stelde de Gemeenschapsminister dat zowat driehonderd mensen uit de sector tijdens de voorbije tien à twaalf maanden aan de voorbereiding ervan hebben gewerkt. Een veertienhonderd mensen zullen worden uitgenodigd om het Congres, dat zal plaatsvinden op 22 en 23 november aanstaande in het Internationaal Congrescentrum te Gent, bij te wonen. De leden van de Vlaamse Executieve en van de Commissie voor Welzijn en Gezondheid zullen als waarnemers uitgenodigd worden voor de slotzitting. In de slottoespraak zal de Gemeenschapsminister voornamelijk aanduiden op welke wijze de politieke overheid bij de beleidsconceptie met de congresbesluiten rekening zal houden.

Zoals gevraagd gaf de Gemeenschapsminister nadere toelichtingen omtrent de uitvoering van de akkoorden met de vakbonden van 8 mei 1989. De in deze akkoorden ingeschreven toepassing van baremieke verhogingen, conform de CAO's voor de Vlaamse ambtenaren voor 1990 en 1991, zal nu, samen met de andere loonsverhogingen specifiek voor de sector, resulteren in een zeer belangrijke weddeverhoging. In de eerstvolgende weken zal het gecumuleerde effect van deze verhogingen nauwkeurig berekend worden en bekend worden gemaakt. De middelen voor deze indexaanpassing zullen in het kader van de budgetcontrole 1991 in de begroting worden ingeschreven.

SECTIE 51 : BIJZONDERE JEUGDBIJSTAND

Diverse vragen werden gesteld betreffende de wijze waarop het decreet van 28 maart 1990 tot wijziging van het decreet van 27 juni 1985 inzake bijzondere jeugdbijstand wordt uitgevoerd.

— Het huisvesten van de Bemiddelingscommissie in hetzelfde gebouw als het Comité voor de Bijzondere Jeugdzorg in Antwerpen houdt volgens een interpellant het gevaar in dat de basisfilosofie van het nieuwe decreet, waartoe de eerste stap reeds werd gezet in het decreet van 1985, in concreto het versmallen van de toegang tot de jeugdrechtbank, materieel wordt ondergraven. De Gemeenschapsminister antwoordde dat de algemene administratieve diensten verantwoordelijk zijn voor het vinden van een geschikt on-

derkomen voor de twintig nieuwe Bemiddelingscommissies en voor de veertien Comités. Dit is vooral in bepaalde regio's geen eenvoudige taak. Nader onderzoek zal moeten uitmaken of het in het concrete geval te Antwerpen een louter tijdelijke maatregel betreft.

— Verduidelijking werd gevraagd met betrekking tot de wijze waarop het budget voor het preventief beleid zal worden aangewend. Zullen nieuwe diensten voor **thuisbegeleiding** worden opgericht of wordt dit een bijkomende opdracht van de vaste afgevaardigden ? Hebben de huidige Comités ter zake een verantwoordelijkheid ?

Hierbij verwees de Gemeenschapsminister naar de **primiteit** van de minst ingrijpende maatregel die als basisoptie werd ingeschreven in het nieuwe decreet. Een analoge optie geldt inzake het beleid ten aanzien van personen met een handicap. De desbetreffende uitvoeringsbesluiten worden in overleg met de sector voorbereid. De comités hebben in het algemeen een preventieve opdracht (zie bijlage 1).

— Bestaan er criteria waaraan eventuele initiatieven in het kader van het preventief beleid moeten beantwoorden ?

Ruimere pilootprojecten zullen wellicht gefinancierd worden met de beschikbare vijftien miljoen frank.

— Een verdere precisering werd gevraagd van de onderzoeken vermeld in de toelichting bij basisallocatie 12.27.51.

De lijst van de in 1989 gesubsidieerde onderzoeken wordt toegevoegd aan dit verslag (zie bijlage 2).

— Een Commissaris informeerde naar de stand van zaken betreffende de procedure die aanhangig is gemaakt bij het Arbitragehof inzake het decreet van 28 maart 1990. Een ander commissielid stelde dat deze procedure en de diverse soortgelijke hangende dossiers het bewijs leveren van het vertrouwen dat gesteld wordt in het Arbitragehof om bevoegdheidsbetwistingen tussen de Nationale Regering en de Executieven te beslechten. De spreker meende, zoals zij dit vroeger reeds in deze Commissie herhaaldelijk heeft opgemerkt, dat dit geen belemmering mag zijn voor de Vlaamse Gemeenschap om de haar, conform de Staatshervorming, verruimde bevoegdheden verder in te vullen en/of uit te oefenen. Dit is, luidens de interpellant, zeer belangrijk met betrekking tot de uitvoering van het tweede luik van het decreet van 28 maart 1990 waarbij de voortzetting van de hulpverlening aan jongvolwassenen mogelijk wordt gemaakt. Het vastleggen van de procedureregels inzake deze voortgezette hulpverlening is een nationale aangelegenheid. Aan de Gemeenschapsminister vroeg zij om aan te dringen op een spoedige afhandeling van dit dossier in het Overlegcomité. Tot slot wees zij erop dat de heer M. Wathelet, Minister van Justitie, in de Kamercommissie geen bevredigend antwoord heeft gegeven op haar vraag betreffende de timing van een wetgevend initiatief ter zake.

De Gemeenschapsminister onderstreepte dat deze bevoegdheidsbetwisting enkel betrekking heeft op **proceduri  le**, met andere woorden, louter technische aspecten van de bevoegdheidsverdeling inzake Bijzondere Jeugdbijstand. Net zoals hij dit reeds deed in de voorbije maanden zal de Gemeenschapsminister verder bij zijn nationale collega van Justitie aandringen op een constructief overleg ter zake.

— Een nadere toelichting werd gevraagd bij basisallocatie 33.01.51.

Met dit krediet wenst de Vlaamse Gemeenschap een soort sociale zekerheid te bieden aan de leden van de kloostergemeenschappen die reeds jaren zonder enige vergoeding

werken in deze instellingen. Een dergelijk krediet werd eveneens ingeschreven in vroegere begrotingen van de Vlaamse Gemeenschap.

— In een tussenkomst werd aandacht gevraagd voor de onrust bij het personeel van de Gemeenschapsinstellingen voor Bijzondere Jeugdzorg naar aanleiding van de plannen tot fusie van deze instellingen zoals voorgesteld in het ontwerp van decreet bestuurlijk beleid.

In zijn repliek wees de Gemeenschapsminister erop dat de vragen van het personeel niet zozeer betrekking hebben op het ontwerp van decreet zelf, maar eerder op de wijze waarop deze administratieve fusie concreet zal worden uitgevoerd. Rationalisering en verhogen van de kwaliteit van de pedagogische begeleiding zijn de basisdoelstellingen van deze hervorming. Hiertoe zal in de nieuwe personeelsformatie meer ruimte voorzien worden voor pedagogisch personeel van het niveau van klasse 1 opvoeders. Verder zullen de nieuwe pedagogische comités belast worden met het adviseren van de directie. Tot op heden konden dergelijke adviezen slechts gevraagd worden aan de bevoegde inspecteur van de administratie in Brussel. De huidige personeelsbezetting ligt tachtig procent hoger dan die van de privé-instelling met de moeilijkste jongeren. Er zijn 301 personeelsleden, dit is 1 per 0,74 kinderen. De actuele bezettingsgraad bedraagt slechts vierenzestig procent van de potentiële opvangcapaciteit. Dit zal wellicht in de eerstvolgende jaren, onder andere als gevolg van de basisopties genomen in het kader van het decreet van 28 maart 1990 en de wet van 19 januari 1990 tot verlaging van de leeftijd van de burgerlijke meerderjarigheid tot achttien jaar, afnemen tot vijfenveertig procent. Op langere termijn zal alles mogelijk kunnen samengebracht worden in één fysisch complex met diverse afdelingen.

Nadere toelichting werd gevraagd nopens dit laatste aspect van het antwoord van de Gemeenschapsminister. De betrokken Commissaris vroeg zich af of dit niet ingaat tegen de wens van de sector om te allen tijde een aparte behandeling te voorzien voor de jongeren op wie een gerechtelijke maatregel van toepassing is en die op wie een maatregel van het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg van toepassing is. In een andere tussenkomst werd gepleit voor het behoud van een degelijke technische en beroepsopleiding. Dit is immers van groot belang voor de slaagkansen van deze jongeren wanneer zij de instelling verlaten.

Zelfs wanneer wordt gewerkt op één campus is, volgens de Gemeenschapsminister, een gedifferentieerde aanpak in afzonderlijke entiteiten mogelijk. Op dit ogenblik staan 71 leraren in voor dertien opties inzake technische opleiding ten behoeve van 172 jongeren. In Beernem wordt bij wijze van experiment gewerkt met een polyvalent atelier. Aan de jongeren worden zowel algemene basistechnieken alsook sociale vaardigheden aangeleerd die het toetreden tot het gewone onderwijs moeten voorbereiden. Dit experiment zal in de toekomst wellicht een ruimere toepassing krijgen.

SECTIE 52 : BEJAARDENZORG

Naast enkele louter begrotingstechnische vragen maakte de financieringsproblematiek van de bejaardenzorg het voorwerp uit van diverse tussenkomsten. Hierbij werd vooral gevraagd naar bij komende informatie omtrent de verruimde toepassing van het alternatieve financieringssysteem voor de bouw van serviceflats dat recent mogelijk werd gemaakt. De noodzaak van een betaalbare zorg, zowel in hoofde van de overheid als van de betrokkenen zelf, werd herhaaldelijk

bepleit. Verder werd gevraagd naar het aandeel van de middelen uit het Bijzonder Fonds voor Maatschappelijk Welzijn, dat wordt aangewend ten behoeve van het bejaardenbeleid. Een Commissaris, daarbij gesteund door een collega, drong aan op een normering van de toegangscriteria voor de voorzieningen, in het bijzonder voor de serviceflats.

Ter zake formuleerde de Gemeenschapsminister de volgende antwoorden :

- Dit ontwerp van begroting werd opgesteld overeenkomstig de bepalingen van de wet van 28 juni 1989 houdende wijziging van de wet van 28 juni 1963 tot wijziging en aanvulling van de wetten op de Rijkscomptabiliteit, van de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut en van de wet van 15 mei 1846 op de Comptabiliteit van de Staat, en tot de opheffing van de wet van 31 december 1986 tot regeling van de voorlopige kredieten. Als gevolg hiervan worden kredieten voor bepaalde uitgaven gebundeld in één globale basisallocatie en dit maakt de begroting soms wel iets minder doorzichtig in vergelijking met vroegere begrotingen. Zo omvat het krediet voor het Vlaams Fonds voor de Bouw van Ziekenhuizen onder andere de gelden bestemd voor de bouw van serviceflats, het herconditioneren, het uitbreiden en het bouwen van rusthuizen. De mogelijkheid om in de toekomst de reële kredieten, zowel inzake ordonnanceringskredieten als vastleggingsmachtigingen, per deelactiviteit en per subsector (meer bepaald de openbare sector en de non-profit privé-sector) indicatief mee te delen aan de Commissie, zal worden onderzocht.

— De nieuwe financieringsmethode met betrekking tot de serviceflats voorziet in een jaarlijkse rentesubsidiëring van 285.000 frank per flat door de Vlaamse Gemeenschap gedurende een termijn van vijf jaar. De klassieke methode voorziet in een subsidiëring van zestig procent van de bouw- en verbouwkost. De openbare en de privé-sector, beperkt tot de non-profit, leveren respectievelijk vijftig procent van de ingediende aanvragen. Deze initiatiefnemers zijn meestal reeds actief in de klassieke rusthuizensector. Hieruit blijkt duidelijk de complementariteit tussen de intra- en extra-murale voorzieningen. Een nota inzake de goedgekeurde dossiers, onder andere met cijfers per soort initiatiefnemer en per provincie zal aan de Commissie worden bezorgd (zie bijlage 3).

— De Gemeenschapsminister deelde de bekommernis van de commissieleden inzake de betaalbaarheid van de bejaardenzorg. Hij onderschreef tevens de noodzaak om in de beleidsconceptie tijdig deze grote uitdaging in te calculeren. Gezien de beperktheid van de budgettaire middelen, die een niet louter actueel gegeven is maar naar alle waarschijnlijkheid ook in de komende decennia zal gelden, wordt nu reeds een beroep gedaan op financiële deskundigen bij het zoeken naar alternatieve financieringsmogelijkheden voor de verdere uitbouw van een gediversifieerd net van voorzieningen, dus met inbegrip van de intra- en de extra-murale voorzieningen en de vele tussenvormen.

— De recente beslissing van de heer W. Claes, Minister van Economische Zaken, tot blokkering van de dagprijzen in de rusthuizen betekent, zoals terecht aangestipt door een Commissaris, een bijkomende financiële last voor de centrumgemeenten met een OCMW-rusthuis. Het feit dat in de Prijzencommissie, belast met het adviseren van de Minister inzake aanvragen tot prijsverhogingen, geen vertegenwoordigers van de bejaardensector zitting hebben, is een reeds lang bestaande klacht. De Gemeenschapsminister wees erop dat deze adviezen hoofdzakelijk op basis van zuiver economische

overwegingen geformuleerd worden. De eigenheid van de non-profitsector, die in toenemende mate zware taken moet verzorgen, wordt hierbij ten onrechte niet in rekening gebracht. Op langere termijn zullen samenwerkingsafspraken tussen de Nationale Overheid en de Executieven onvermijdelijk zijn teneinde de betaalbaarheid van de zorgenverstrekking te waarborgen via het uitbreiden van de RIZIV-tussenkomensten. Volgens de Gemeenschapsminister kan de Vlaamse Gemeenschap, gezien haar beperkte bevoegdheden en budgettaire middelen inzake bejaardenzorg, nu maar evenmin in de toekomst een eigen dagprijssubsiëringssysteem uitwerken.

— Met betrekking tot de problematiek van de herconditionering van de rusthuizen, in concreto de brandbeveiligingswerken, wees de Gemeenschapsminister op het recente samenwerkingsprotocol dat hij afsloot met de heer L. Tobback, Minister van Binnenlandse Zaken. Daarin werd onder andere bepaald dat de inspecteurs van de nationale administratie ook in de toekomst zullen instaan voor de controles in de Vlaamse Gemeenschap. De erkenningen zullen slechts worden ingetrokken indien fundamentele tekortkomingen worden vastgesteld.

— Momenteel wordt ongeveer 1 miljard frank via het Bijzonder Fonds voor Maatschappelijk Welzijn besteed aan het migrantenbeleid en 850 miljoen frank aan het bejaardenbeleid. De subsidiëring blijft hier echter beperkt tot de OCMW's.

Hierbij aansluitend herhaalde de Gemeenschapsminister de toezegging die hij deed naar aanleiding van de bespreking van het decreet van 31 juli 1990 tot instelling van het Bijzonder Fonds voor Maatschappelijk Welzijn inzake het voorafgaandelijk overleg plegen met de Commissie bij een eventuele herziening van de verdelingscriteria. Verder wees de Gemeenschapsminister erop dat de actuele subsidiëring van de dagcentra voor bejaarden gebeurt op facultatieve wijze. Een reglementering is evenwel noodzakelijk. Twee jaar geleden werd de subsidiëring voor de maaltijdenverdeling afgeschaft daar dit behoort tot de verantwoordelijkheid van de lokale gemeenschap inzake welzijnszorg. Niettemin meende de Gemeenschapsminister dat alle OCMW-activiteiten best in rekening kunnen worden gebracht bij de verdeling van de middelen van het Fonds zoals dit nu reeds gebeurt. De mate waarin dit moet gebeuren voor de diverse ontplooiende activiteiten is voor bespreking vatbaar.

Een Commissaris kon niet akkoord gaan met een eventuele afschaffing van de subsidiëring voor de dienstencentra daar deze een belangrijke bijdrage leveren voor de integratie van de bejaarden in de lokale gemeenschap. Aandacht voor deze integratiefunctie moet worden opgebracht bij een eventuele herziening van de verdelingscriteria. Hierbij aansluitend stelde de Gemeenschapsminister dat zeker niet kan getwijfeld worden aan het nut van dergelijke centra. Wel kunnen vragen gesteld worden omtrent de waarde van de actuele uiterst kleine subsidies.

— De artikels 3 en 10 van het decreet van 25 maart 1985 houdende regeling van de erkenning en subsidiëring van voorzieningen voor bejaarden volstaan, volgens de Gemeenschapsminister, om een objectief opnamebeleid te garanderen. Een Commissaris oordeelde dat de recente ontwikkelingen zijn vrees rechtvaardigen dat de financiële draagkracht van de bejaarden steeds meer en meer het enige beoordelingscriterium dreigt te worden. De eerbiediging van de ideologische, filosofische en godsdienstige overtuiging van de betrokkenen vormt nu, in tegenstelling tot lang vervlogen tijden, geen probleem meer.

Volgens de Commissaris die deze problematiek ter sprake had gebracht, bieden deze decretale bepalingen onvoldoende zekerheid. Hij begreep de weigering om de opnamenormen sterker te reglementeren niet, gezien de eensgezinde overtuiging dat het opnamebeleid geenszins discriminerend mag zijn. Indien geen positief gevolg wordt gegeven aan zijn verzoek zal hij het beleid ter zake niet verder kunnen steunen. Een ander commissielid ondersteunde deze stelling daar hier, in tegenstelling tot de reglementering ten aanzien van de huisvestingsmaatschappijen, geen mogelijkheden tot het instellen van een procedure tot beroep voorzien zijn.

Hierop repliceerde de Gemeenschapsminister dat dit overbodig is gezien er in de praktijk geen gevallen van discriminatie bestaan en dergelijke verdere bureaucratisering het vrij initiatief te sterk zou beknotten.

De Commissievoorzitter stelde voor deze discussie eventueel op een later tijdstip te heropenen.

SECTIE 53 : GEZINSAANGELEGENHEDEN

In diverse tussenkomsten werd een verklaring gevraagd voor het feit dat de dotatie voor Kind en Gezin zoals bepaald in het voorliggende ontwerp van begroting niet overeenstemt met het desbetreffende cijfer in de begroting van de parastatale. De bruikbaarheid van laatstgenoemd document werd in vraag gesteld. Een Commissaris vroeg waar de opbrengsten van de verkoop van patrimoniale goederen in de begroting van Kind en Gezin konden worden teruggevonden. Met betrekking tot basisallocatie 33.01.53 werd gevraagd om voor alle duidelijkheid in de libelle te vermelden dat dit krediet, conform het Besluit van de Vlaamse Executieve van 7 februari 1990, betrekking heeft op de activiteiten ter bevordering van de relatiebekwaamheid in het kader van het voorkomingsbeleid ten aanzien van ongewenste zwangerschappen.

De overige tussenkomsten hadden betrekking op het inhoudelijke aspect van het gezinsbeleid.

Een stand van zaken werd gevraagd inzake kinderopvang, meer bepaald in welke mate aan de behoeften wordt voldaan. Er werd tevens een overzicht gevraagd van de diverse voorzieningen met vermelding van de initiatiefnemers, de personeelsbezetting, de reële en potentiële opvangcapaciteit, het aantal sociaal verpleegkundigen (469 full-time betrekkingen) die betaald worden via het Interdepartementaal Begrotingsfonds, de indexgebondenheid van de bijdragen van de ouders. Voorts werd gevraagd naar de mogelijkheid om een programmienorm te bepalen. Tevens werd een verklaring gevraagd bij de verhoging van de middelen voor private kinderkribben, terwijl die voor de openbare initiatieven opnieuw werden verminderd.

Diverse commissieleden drongen, net zoals zij dit naar aanleiding van de vorige begroting deden, aan op een beleidsnota van Kind en Gezin.

De denataliteit werd door een Commissaris ingeroepen om de middelen voor Kind en Gezin over te hevelen naar de bejaardensector. De overige commissieleden verwierpen deze stelling met dezelfde argumenten als zij vorig jaar ontwikkelden toen een gelijkaardige vraag werd gesteld in het kader van de bespreking van de ontwerpbegroting. Voor hen blijft Kind en Gezin een noodzakelijke beleidsinstelling daar problemen inzake voor- en naschoolse kinderopvang, kindensterfte, verwaarlozing en mishandeling van kinderen, om er maar enkele te noemen, een specifiek beleid verantwoorden waarbij Kind en Gezin een belangrijke verantwoordelijkheid dient op te nemen. De overheveling van deze kredieten naar

gezondheidszorg zou, volgens een andere Commissaris, wel verantwoord zijn. De interpellant beriep zich hierbij op de vaststelling dat Kind en Gezin, naast enkele welzijnstaken, voornamelijk actief is op het vlak van de volksgezondheid.

Een Commissaris vroeg of de Gemeenschapsminister een afname verwacht van de activiteiten van de diensten voor Gezins- en Bejaardenhulp, daar eenzelfde subsidiekrediet als in 1990 werd voorzien ondanks de verhoging van de subsidie per activiteit. Hiermee alludeerde hij op bepaalde geruchten, onder andere verspreid via een persbericht van de Bond van Vormings- en Ontwikkelingsorganisaties, dat in het komende jaar geen nieuwe diensten zouden worden erkend. Een wijziging van de reglementering inzake subsidiëring van deze diensten zou, volgens een ander commissielid, de aanwerving van geschoold personeel aanmoedigen. Dit zou de kwaliteit van deze diensten verhogen. In plaats van de actuele forfaitaire subsidie zou een terugbetaling van de reële personeelskosten moeten worden voorzien.

Aansluitend op deze sectiebespreking werd gepleit voor een gecoördineerd preventiebeleid inzake ongewenste zwangerschappen. Dit is volgens de Commissaris dringend noodzakelijk daar niet alleen binnen het kader van de welzijnszorg diverse diensten en voorzieningen hierbij een rol worden toebedeeld, maar deze bevoegdheid onder drie Gemeenschapsministers ressorteert. De vraag werd gesteld of dergelijke versnippering niet contra-productief is.

Tot slot vroeg een commissielid naar de mogelijkheden tot afhandeling van adoptiedossiers bij diensten die niet erkend werden via de recente Ministeriële Besluiten.

Op deze vele vragen formuleerde de Gemeenschapsminister volgende antwoorden :

— De dotatie voor Kind en Gezin is kleiner dan de gevraagde dotatie die het uitgangspunt vormde voor de begroting vastgesteld door de raad van bestuur. In november zal de raad van bestuur haar begroting aanpassen aan de dotatie die in dit ontwerp van begroting staat ingeschreven.

— De steeds groter wordende participatie van de vrouwen, inclusief de moeders van jonge kinderen, aan het economische leven, de toename van het aantal eenoudergezinnen, het toenemende aantal „jonge” grootouders dat zelf nog beroepsactief is, de economische hoogconjunctuur en de fiscale hervorming zijn evenzovele factoren die de vraag naar kinderopvang bepalen. De reële behoeften inzake kinderopvang kunnen bij gebrek aan de nodige onderzoeksinstrumenten moeilijk worden vastgesteld. Bijgevolg is het niet mogelijk een programmatienorm te bepalen. Tijdens de voorbije maanden werd de opvangcapaciteit in de diensten voor onthaalmoeders met vijftig procent verhoogd. De norm van maximaal twee kinderen per onthaalgezin werd op drie gebracht. Daarenboven werden 100 miljoen frank bijkredieten via het bijblad 1990 vrijgemaakt. Indien nodig kan in het kader van de budgetcontrole de mogelijkheid voor nieuwe inspanningen op dit vlak worden onderzocht. De gevraagde cijfergegevens, inzake de uitbreiding van de kinderopvang tijdens de periode 1989-1990, worden aan dit verslag toegevoegd (zie bijlage 4).

— De welvaartsgroei en de toenemende mobiliteit verklaren ten dele de vermindering van het aantal prenatale consultaties in de diensten van Kind en Gezin. Terzelfdertijd werd in het kader van de rationalisering het aantal consultatiediensten verminderd. Reeds in 1988 werd Kind en Gezin door de Vlaamse Executieve gevraagd om zijn activiteiten bij voorrang toe te spitsen op de risicogroepen, meer bepaald de

migranten en de autochtone zwakkere bevolkingsgroepen. De vraag tot het houden van een hoorzitting met verantwoordelijken van Kind en Gezin werd door de Gemeenschapsminister ondersteund.

— De reglementering betreffende de diensten voor Gezins- en Bejaardenhulp worden, luidens de verklaring van de Gemeenschapsminister, correct toegepast. Ook in de toekomst zal dit het geval zijn. De beperktheid van de beschikbare budgettaire middelen, namelijk 80 miljoen frank, zal een objectieve selectie bij de beoordeling van de aanvragen tot uitbreiding van de bestaande diensten en deze tot erkenning van nieuwe diensten onvermijdelijk maken. Wellicht zal hier, net zoals dit gebeurt bij de uitvoering van andere decreten, moeten worden beslist de subsidie per dienst te verkleinen teneinde een toename van het aantal erkende diensten mogelijk te maken.

— Inpikkend op de vraag inzake wijziging van de subsidie-reglementering betreffende de diensten wees de Gemeenschapsminister op volgende bijkomende inkomstbronnen :

- de bijdragen van de hulpvragers (die komen integraal toe aan de diensten) ;
- de desgevallende inkomsten uit afspraken die bestaan tussen een dienst en lokale overheden in gemeenten waar het OCMW zelf geen dergelijke dienstenverstrekking organiseert ;
- de middelen uit het Fonds voor Collectieve Uitwisseling die op jaarbasis ongeveer 200 miljoen frank bedraagt ;
- de inkomsten uit eventuele overeenkomsten met bepaalde ziekenfondsen.

Een eenvormige reglementering is, volgens de Gemeenschapsminister, noodzakelijk. De beperkte budgettaire middelen maken evenwel een integrale subsidiëring van de reële personeelskosten onmogelijk. Een herziening van de bijdragetarieven, vastgesteld in 1983, zoals gesuggereerd door een ander commissielid, zou volgens de Gemeenschapsminister niet automatisch een verhoging van de inkomsten voor deze diensten tot gevolg hebben. Een zekere flexibiliteit van deze bijdragen wordt nu reeds verzekerd gezien de jaarlijkse aanpassing op basis van de verplichte verklaring omtrent de financiële situatie van de hulpvrager. De verhoging van de contingent-uren, in uitvoering van de Maribeloperatie, betekende op jaarbasis ongeveer 230.000 bijkomende uren.

— Het preventief beleid inzake ongewenste zwangerschap is, volgens de Gemeenschapsminister, niet zo versnipperd als op een eerste gezicht wel zou kunnen lijken. Hij wees erop dat de desbetreffende nota's door hem en de twee collega's met wie hij deze bevoegdheid deelt, met name de heren D. Coens, Gemeenschapsminister van Onderwijs en H. Weckx, Gemeenschapsminister van Volksgezondheid, op 28 maart 1990 gelijktijdig ter goedkeuring werden voorgelegd aan de Vlaamse Executieve. In 1991 zal voor de uitvoering van deze beleids optie in het totaal 180 miljoen frank worden voorzien. Tot slot stelde de Gemeenschapsminister voor om deze nota's in deze Commissie te bespreken naar aanleiding van de bespreking van het door de heer W. Peeters ingediende voorstel van decreet houdende erkenning van voorlichtingsdiensten voor zwangere vrouwen in een noodsituatie (Stuk 314 (1989-1990) — Nr. 1) en het voorstel van decreet ingediend door de heer F. Aerts houdende vaststelling van **erkenningsnormen** voor een voorlichtingsdienst zoals bedoeld bij artikel 2 van de wet van 3 april 1990 betreffende de **zwangerschapsafbreking** (Stuk 338 (1989-1990) — Nr. 1).

— In uitvoering van het decreet van 3 mei 1989 houdende erkenning van adoptiediensten besliste de **Gemeenschapsminister** negen erkenningsaanvragen goed te keuren. De dossiers aanhangig bij de twee niet-erkende diensten zullen overeenkomstig de overgangsbepalingen van het decreet afgehandeld worden. In een persbericht werden de negen erkende adoptiediensten nominatim vermeld alsook het telefoonnummer van een infodienst van Kind en Gezin.

SECTIE 54 : GEHANDICAPTENZORG

Met betrekking tot deze sectie werden volgende vragen gesteld :

De door de **VZW** Vlaams Informatie- en Communicatiecentrum voor Handicap en Technologie gevraagde kredietverhoging werd slechts gedeeltelijk toegekend. Een Commissaris uitte de vrees dat dit de produkt- en dienstenontwikkeling ten behoeve van personen met een mentale handicap in het gedrang zou kunnen brengen.

Diverse tussenkomsten handelden over de subsidiëring van ambulante diensten, met name de Thuisbegeleidingsdiensten, de Focuswoonprojecten en de Diensten voor begeleid wonen voor personen met een mentale handicap via het Fonds voor medische, sociale en pedagogische zorg voor mindervaliden (het zogenaamde Fonds 81).

Volgens een lid van de Commissie is de versnippering van de middelen voor de ambulante en de residentiële sector problematisch. Er werd tevens gevraagd naar concrete cijfers inzake de verdeling van de middelen uit het zogenaamde Fonds 81 over de diverse voorzieningen.

In diverse tussenkomsten kwamen volgende aspecten inzake Focuswoonprojecten aan bod : de mogelijkheid tot subsidiëring van de zeer dure centrale oproepingssystemen, de verdere uitbouw van deze projecten, de mogelijkheid tot het erkennen van een koepelorganisatie, het overleg met de Gemeenschapsminister van Huisvesting.

Verscheidene Commissarissen wensten informatie inzake de uitvoering die gegeven wordt aan het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap. Hierbij herhaalde een interpellant haar vroegere pleidooi om een grote vertegenwoordiging van de gebruikers in de raad van bestuur te waarborgen. Verwijzend naar de bevindingen van de recente Studiedag georganiseerd door de v.z.w. Klop op de Deur uitte zij de vrees dat de instellingen hun eigen belangen al te zeer zullen laten primeren bij de behandeling van de meeste dossiers. Een objectieve beoordeling van de dossiers door de Provinciale Evaluatiecommissies zou volgens haar slechts verzekerd zijn met betrekking tot ingewikkelde dossiers.

Er werd tevens gevraagd naar een stand van zaken betreffende de Beschutte Werkplaatsen.

De antwoorden van de Gemeenschapsminister op deze vragen kunnen als volgt weergegeven worden :

— In overleg met de sector werd geopteerd om het Vlaams Informatie- en Communicatiecentrum voor Handicap en Technologie onder de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk op te richten. De opdracht van dit centrum is complementair met het Handinet-project van de Europese Gemeenschap. In de nabije toekomst zal de v.z.w. wellicht vijf regionale terminals, verbonden met haar centrale databank, opstellen. De aandacht voor personen met een mentale han-

dicap is zeker gewaarborgd. Tot op heden werden de grootste successen voornamelijk geboekt op het terrein van de ontwikkeling van nieuwe technologische hulpmiddelen ten behoeve van personen met een fysieke handicap.

— In 1990 werden de subsidies aan de Thuisbegeleidingsdiensten, de Diensten voor Zelfstandig Wonen van personen met een fysieke handicap en die voor het Begeleid Wonen van personen met een mentale handicap gesubsidieerd op experimentele basis. Verscheidene Executievebesluiten reglementeren de subsidiëring voor deze diensten via middelen van het zogenaamde Fonds 81. Een exacte inschatting van de nodige kredieten was enkel mogelijk voor de diensten voor Begeleid Wonen.

Bijgevolg werd het krediet voor de basisallocaties 41.03.54 en 41.04.54 enkel pro memorie in het ontwerp van begroting ingeschreven. De cijfers omtrent de precieze verdeling van deze middelen over de diverse diensten worden toegevoegd aan dit verslag (zie bijlage 5). Daar reeds vele initiatieven werden opgezet vooraleer een geëigende reglementering werd ontwikkeld, zijn er, volgens de Gemeenschapsminister, geen grote verschuivingen te verwachten van de residentiële naar de ambulante sector. Binnen de gehandicaptensector zal er wel een belangrijke verschuiving zijn van de voorzieningen voor kinderen naar die voor de volwassenen. Hierbij aansluitend wees de Gemeenschapsminister erop dat de Vlaamse Executieve steeds de programmatienormen in functie van de gewijzigde behoeften kan aanpassen.

— In overleg met de sector werd de nood aan plaatsen in Focuswoonprojecten geraamd op tweehonderd vijftig eenheden. De lange psychologische voorbereidingstijd die de betrokkenen nodig hebben bij het nemen van een beslissing om alleen te gaan wonen, laat veronderstellen dat er op korte termijn geen verhoging van de programmatienorm nodig zal zijn. Het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap heeft een belangrijke verantwoordelijkheid inzake het adviseren van de Vlaamse Gemeenschap bij de verdere uitbouw van een gediversifieerd voorzieningennet. Een koepelorganisatie voor de Focuswoonprojecten is volgens de Gemeenschapsminister bijgevolg overbodig. Wellicht kan het nuttig zijn om binnen het Vlaams Fonds een specifiek adviescomité voor deze ambulante diensten op te richten. Conform het decreet komt het de raad van bestuur van het Vlaams Fonds toe om de beslissing ter zake al of niet te nemen. De coördinatie tussen de diverse betrokken departementen, inclusief de huisvesting, moet worden verzekerd door het Vlaams Fonds. De uitvoeringsbesluiten tot oprichting van het Vlaams Fonds zullen binnenkort aan de Vlaamse Executieve voorgelegd worden. Het besluit inzake de samenstelling van de raad van bestuur zal, overeenkomstig de desbetreffende decreetbepalingen, genomen worden. De vertegenwoordiging van de gebruikers is hierbij gewaarborgd.

De decreetbepalingen inzake de opdracht en samenstelling van de Provinciale Evaluatiecommissies bieden, aldus de Gemeenschapsminister, voldoende waarborgen voor een objectieve beoordeling van de dossiers. Deze multi-disciplinair samengestelde Commissies moeten immers te allen tijde de sociale integratie van de betrokkene als belangrijkste maatstaf nemen.

— De subsidiëring van de werking van de Revalidatie-Centra gebeurt via het Rijksfonds voor de Sociale Reclassering van de Minder-Validen. De Vlaamse Gemeenschap is verantwoordelijk voor de subsidiëring van de investeringskosten. De coördinatie tussen de Nationale Overheid en de

Vlaamse Gemeenschap is geregeld via een **samenwerkingsakkoord**. De Beschutte Werkplaatsen vallen echter volledig onder de verantwoordelijkheid van de Vlaamse Gemeenschap. De overdracht van de middelen voor de taken van het Rijksfonds die zullen worden overgenomen door het Vlaams Fonds werd vastgelegd in het kader van de bijzondere wet van 16 januari 1990 betreffende de financiering van Gemeenschappen en Gewesten. Het bedrag van deze over te hevelen middelen ligt vast. Eventuele bijkomende inkomsten, in concreto uit de bijdragen van de verzekeringsmaatschappijen, zullen toekomen aan de nationale schatkist. De aanwending van de reserves van het Rijksfonds die aan de Vlaamse Gemeenschap zullen toekomen, is reeds bepaald.

SECTIE 55 : SAMENLEVINGSOPBOUW

In zijn toelichting had de Gemeenschapsminister een ontwerp van raamdecreet voor deze sector aangekondigd. Hierop aansluitend vroeg een Commissaris of het verder bestaan van het Antwerpse Regionale Instituut voor Samenlevingsopbouw in de nieuwe reglementering verzekerd zal worden. Geconfronteerd met de vele problemen in de grootste Vlaamse stad heeft dit **Riso**, tijdens de voorbije jaren, immers talrijke initiatieven ontwikkeld.

De bestaande samenlevingsopbouwstructuren werden ontwikkeld op basis van beslissingen genomen door Gemeenschapsminister K. Poma tijdens de periode 1982-1983. Hierbij werd geopteerd voor provinciale structuren. Om historische redenen werd eveneens voorzien in de oprichting van een **Riso** voor de stad Antwerpen. Het nieuwe decreet beoogt rechtszekerheid te geven aan de bestaande initiatieven. Er zal hierbij geen ruimte gelaten worden voor het subsidiëren van verenigingen zonder winstoogmerk. Het kleine beschikbare budget van 130 miljoen frank zal geen grondige structurele wijzigingen mogelijk maken.

SECTIE 56 : MAATSCHAPPELIJK WELZIJN EN SECTIE 57 : KANSARMOEDE

Diverse tussenkomsten hadden betrekking op technische begrotingsaspecten. Een Commissaris vroeg een verklaring voor de nominatim vermelding van de subsidiëring voor Teleonthaal (zie basisallocatie 33.0256) terwijl de kredieten voor vele andere ambulante diensten gebundeld zijn in één basisallocatie (zie 33.01.56). Diverse Commissieleden wensten precieze cijfers te verkrijgen inzake de verdeling van de 609,7 miljoen frank onder de diverse diensten en instellingen voor ambulante welzijnszorg. Deze informatie is, volgens de interpellanten, noodzakelijk opdat de verantwoordelijken van de betrokken diensten en voorzieningen hun werking zouden kunnen voorbereiden. Nadere toelichting werd gevraagd omtrent de aanwending van de middelen ingeschreven in de basisallocaties 12.25.56 en 12.28.56. Hierbij aansluitend vroeg een ander Commissielid naar de reden voor de belangrijke verhoging van het krediet voor basisallocatie 12.26.56.

Diverse tussenkomsten hadden betrekking op het door de Gemeenschapsminister aangekondigde ontwerp van raamdecreet. Hierbij kwamen volgende aandachtspunten aan bod : de mogelijkheid tot harmonisering van de weddesubsidies (meer bepaald het voorzien van een 100 procent-norm zoals dit nu reeds het geval is voor bepaalde initiatieven), de gevolgen van een herziening van de loonschalen (in concreto de verhoging van de eigen financiële inbreng van de diensten), de doorzichtigheid van de hierbij aangewende budgettaire middelen, het wegwerken van de witte vlekken op het terrein.

Specifieke vragen werden gesteld met betrekking tot volgende voorzieningen : het justitiële en forensische welzijnswerk (in concreto de wensen van de sector inzake het oprichten van een erkenningscommissie en het verzekeren van een geëigende begeleiding voor de daders van misdaden enerzijds en voor de slachtoffers anderzijds), de onthaalhuizen (meer bepaald de gevolgen van de afschaffing van de wet van 27 november 1891 inzake landloperij), het voorkomingsbeleid inzake ongewenste zwangerschappen (het uitblijven van het inwerkingtreden van bepaalde maatregelen terwijl 1 oktober 1990 als streefdatum was vooropgesteld), de Jongeren Informatie- en Adviescentra (onder andere de nood aan een nieuwe reglementering ter vervanging van het verouderde puntensysteem dat nu van toepassing is, de vraag naar concrete cijfers inzake de subsidies die deze diensten voor het begrotingsjaar 1990 zullen ontvangen), de therapeutische gemeenschappen (in het bijzonder hun toekomst binnen het kader van de residentiële voorzieningen).

Het migrantenbeleid werd uitvoerig behandeld. Volgende aspecten kwamen hierbij aan bod. Het verbeteren van de beleidscoördinatie, zowel binnen de Vlaamse Gemeenschap als tussen de diverse overheden van de verscheidene bestuursniveaus in Vlaanderen en in België, werd door diverse Commissieleden bepleit. Dit was, volgens hen, een absolute noodzaak voor het aanpakken van de prangende taalproblemen van de volwassen migranten en het grote vervreemdingsprobleem van de jonge migranten die zich „niet meer” thuisvoelen in de wereld van hun ouders en zich „nog niet” thuisweten in de wereld van hun Vlaamse leeftijdsgenoten. Ten aanzien van de oprichting van het Vlaamse Integratiecentrum voor Migrant en gelijkaardige centra op provinciaal en lokaal niveau werden verscheidene vragen gesteld. Volgende aandachtspunten kwamen hierbij aan bod : het al of niet structureel inbouwen van samenwerkingsmogelijkheden tussen de diverse centra, het formeel vastleggen van de financiële participatie van de lokale besturen als medeverantwoordelijken inzake het migrantenbeleid in Vlaanderen.

Volgende antwoorden werden geformuleerd door de Gemeenschapsminister.

- Dit ontwerp van begroting werd, zoals reeds gezegd, opgesteld conform de desbetreffende wetsbepalingen. De beleidsopbouw tot harmonisering van de sector heeft, samen met voormelde wetsbepalingen, een bundeling van de financiële middelen ten behoeve van verscheidene „soortgelijke” diensten en voorzieningen in enkele „grotere” basisallocaties tot gevolg. Dit heeft, volgens de Gemeenschapsminister, het grote voordeel dat de eventuele lobbying binnen de desbetreffende subsector met het oog op het wijzigen van de geplande verdeling van het beschikbare krediet, enkel kan gebeuren aan de hand van inhoudelijke argumenten, in concreto de aanwijsbare behoeften, en niet op basis van cijfermatige vergelijking van de diverse dealkredieten. Eventueel kunnen dergelijke cijfers bij de bespreking van volgende begrotingsontwerpen informatief aan de Commissieleden worden meegedeeld. In 1991 zal het krediet van 609,7 miljoen frank ongeveer als volgt worden verdeeld :

- * Centra voor Maatschappelijk Welzijn :
± 308 miljoen frank ;
- * Centra voor Levens- en Gezinsvragen :
± 217 miljoen frank ;
- * Jongereninformatie- en Adviescentra :
± 35 miljoen frank ;
- * Centra voor Forensisch Welzijnswerk :
± 33 miljoen frank ;

* Saldo (niet-bestemde kredieten) :

± 15 miljoen frank.

De verdeling van deze reservekredieten zal in de loop van 1991 in overleg met de sector worden bepaald, net zoals dit in 1990 gebeurde.

— Tijdens de voorbije maanden werd met de zes Tele-ont-haaldiensten uitvoerig overleg gepleegd teneinde een consensus te bereiken inzake een nieuwe reglementering. Op basis van de huidige reglementering zou in 1991 de subsidiëring van de wedden ongeveer 16,5 miljoen frank vergen, terwijl 13,3 miljoen frank nodig zou zijn voor een „gedeeltelijke” vergoeding van de geregistreerde telefoonoproepen. De volledige uitbetaling van het forfait van 250 frank per oproep zou ongeveer 35 miljoen frank kosten. Dergelijke wanverhouding kan niet langer aangehouden worden. Het principiële akkoord, dat bereikt werd na maanden onderhandelen, werd door de diensten eenzijdig opgezegd toen zij vernamen dat er nog 15 miljoen frank niet-bestemde kredieten voor de ambulante sector te verdelen viel. De Gemeenschapsminister stelde dat het overleg kan worden hervat op basis van het vroegere voorakkoord. Hierbij aansluitend herhaalde een Commissaris zijn vroegere kritiek op dergelijk subsidiëeringsmechanisme. Het in rekening nemen van het aantal telefonische oproepen is, niettegenstaande de kritiek op het huidige systeem, volgens de Gemeenschapsminister wel verantwoord, daar de vele vrijwilligers die deze oproepen beantwoorden een specifieke vorming en permanente begeleiding nodig hebben.

— De 8 miljoen frank voorzien in basisallocatie 12.25.56 zal toelaten om nieuwe initiatieven, die niet vallen binnen het toepassingsgebied van de bestaande decreten, alsnog te subsidiëren. Indien na verloop van tijd uit een evaluatierapport blijkt dat een dergelijk innoverend project waardevol is, kan eventueel worden besloten een specifieke decretale regeling uit te werken.

— Met het krediet van 20 miljoen frank, voorzien voor basisallocatie 12.28.56, zullen onder andere de organisatiekosten van het Welzijnscongres, dat zal plaatsvinden op 22 en 23 november aanstaande, worden betaald. Meer concrete gegevens omtrent de verdere aanwending van deze middelen worden toegevoegd aan dit verslag (zie bijlage 6)

— In 1990 werd slechts 2 miljoen frank voorzien voor vormingsinitiatieven van de Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten ten behoeve van mandatarissen en personeelsleden van de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn. De aanvragen voor subsidiëring overschreden in ruime mate de mogelijkheden van het beschikbare krediet in 1990. Een kredietverhoging was bijgevolg verantwoord.

— Een algemene toepassing van de 100 procent-norm voor subsidiëring van de lonen is, volgens de Gemeenschapsminister, uitgesloten. De daartoe noodzakelijke 250 miljoen frank kan immers onmogelijk worden vrijgemaakt op het kleine budget voor maatschappelijk welzijn. Het opzetten van samenwerkingsverbanden zal, naast het uitvoeren van enkele fusie-operaties, in de toekomst de enige mogelijke uitweg zijn. In het raamdecreet zullen dergelijke rationaliseringsprincipes ingeschreven worden. De concrete invulling ervan zal via diverse uitvoeringsbesluiten moeten worden gerealiseerd. Een advies ter zake wordt reeds door een ad hoc werkgroep voorbereid.

— In principe is de Vlaamse Executieve, op basis van de diverse decreten inzake Welzijnsaangelegenheden, bevoegd om erkenningen te verlenen. De Executieve is meestal gehouden haar beslissingen ter zake te motiveren. Objectieve criteria liggen aan de basis van de besluitvorming. De leden van de Vlaamse Raad kunnen, zo zij dit wensen, steeds een interpellatie houden om nadere toelichtingen te vragen omtrent dergelijke beslissingen. Dit maakt, volgens de Gemeenschapsminister, het oprichten van een erkenningscommissie voor elke deelsector overbodig. Dit geldt dus ook in concreto met betrekking tot de Centra voor Slachtofferhulp. In de sector bestaat, volgens de Gemeenschapsminister, geen eensgezindheid omtrent het al of niet apart begeleiden van de daders van een misdaad enerzijds en van de slachtoffers anderzijds. Slechts in één Centrum worden beide doelgroepen naast elkaar begeleid. De Gemeenschapsminister sloot met de heer M. Wathelet, Minister van Justitie, een protocol waarin onder andere afgesproken werd tot het verbeteren van het statuut van de welzijnswerkers in de penitentiaire instellingen.

— De eventuele afschaffing van de wet van 27 november 1891 inzake landloperij zal onvermijdelijk de opdrachten van het welzijnswerk in Vlaanderen verzwaren. In een brief vroeg de Gemeenschapsminister zijn nationale collega van Justitie, de heer M. Wathelet, nadere toelichtingen omtrent zijn intenties. Hierbij werd duidelijk onderstreept dat elke overdracht van verantwoordelijkheden van het nationale niveau naar de gemeenschappen slechts aanvaardbaar is mits de overeenkomstige budgettaire middelen gelijktijdig worden overgeheveld. Desnoods zal de Gemeenschapsminister, bij het uitblijven van een bevredigend antwoord van zijn nationale collega, het dossier op de agenda van het Overlegcomité plaatsen.

— Met de federaties van de Centra voor Levens- en Gezinsvragen en van de Centra voor Geboorteregeling en Sexuele Opvoeding alsook met de bevoegde diensten van de Administratie van de Vlaamse Gemeenschap werd gedurende verscheidene maanden overleg gepleegd teneinde de personeelsformaties van deze diensten aan te passen in functie van hun verruimde opdracht, in concreto hun rol bij het uitvoeren van het voorkomingsbeleid inzake hun rol bij het uitvoeren van het voorkomingsbeleid inzake ongewenste zwangerschappen. De beschikbare budgettaire middelen lieten niet toe om aan alle centra twee bijkomende halfzijdse betrekkingen toe te kennen. Een eigen voorstel van de federaties bleef uit. Bijgevolg besloot de Gemeenschapsminister elk centrum een halfzijdse personeelslid extra toe te kennen. Deze beslissing, die een sterkere structurele onderbouw van de centra beoogt, zal met een maand vertraging worden uitgevoerd. De resterende kredieten zullen toelaten om, in de loop van 1991, op basis van de behoeften een zestal bijkomende personeelsuitbreidingen toe te staan.

— De coördinatie van het migrantenbeleid wordt, luidens de Gemeenschapsminister, onder andere verzekerd via de permanente interkabinettenwerkgroep van de Vlaamse Executieve en de interdepartementale commissie voor migranten in de Administratie van de Vlaamse Gemeenschap. Overleg wordt eveneens gepleegd met de andere overheden zowel binnen de Vlaamse Gemeenschap, in concreto met de provinciale en lokale besturen, als met die buiten de Vlaamse Gemeenschap, onder andere de Nationale Regering, de Franse Gemeenschapsexecutieve, de Brusselse en de Waalse Gewestexecutieve. Ook met internationale organisaties, onder andere de Europese Gemeenschap, en buitenlandse overheden worden gesprekken gevoerd.

— Inzake het organiseren van taallessen voor volwassen migranten ligt de hoofdverantwoordelijkheid duidelijk bij de Gemeenschapsminister van Tewerkstelling, meer bepaald bij de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding, en bij de Gemeenschapsminister van Onderwijs, in het bijzonder bij de Centra voor Basiseducatie. Bijgevolg kan volgens de Vlaamse Executieve de Gemeenschapsminister van Welzijn en Gezin slechts aanvullende subsidiëringmogelijkheden aanbieden. Hierbij wordt gedacht aan een subsidie van 75 frank per uur en per migrant. Dit beperkte krediet zal bijgevolg niet toelaten de bestaande grote noden fundamenteel te lenigen. Het zal wel toelaten om enkele waardevolle initiatieven te steunen die niet of onvoldoende kunnen worden gesubsidieerd via het te kleine budget voor Basiseducatie in de ontwerpbegroting voor 1991.

— Hierbij aansluitend wees de Gemeenschapsminister op de belangrijke middelen die de Vlaamse Gemeenschap via het Fonds voor de Integratie van de Kansarmen zal investeren. Vanaf 1991 tot en met 1998 zal jaarlijks een bedrag van 1.128.500.000 frank worden verdeeld onder 15 Vlaamse gemeenten, inclusief de voorafname telkens van 40 miljoen frank voor de Vlaamse Gemeenschapscommissie. Bij de toewijzing van deze kredieten zullen enkel deze initiatieven worden weerhouden die een onmiskenbare meerwaarde garanderen inzake de integratie van kansarmen, met inbegrip van de migranten.

— In 1989 en 1990 werd telkens een budget van 500 miljoen frank via het zogenaamde Fonds Lenssens verdeeld onder initiatieven van gemeentebesturen en Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, eventueel in samenwerking met bestaande particuliere initiatieven die de bestrijding van kansarmoede en de integratie van migranten nastreven. Deze lokale initiatieven zullen wellicht in de toekomst, namelijk na afloop van de subsidiëring via het zogenaamde Fonds Lenssens, verder kunnen worden gesteund in het kader van de Basiseducatie, het Vlaams Fonds voor de Integratie van Kansarmen en het Bijzonder Fonds voor Maatschappelijk Welzijn.

— Uit het voorgaande blijkt, volgens de Gemeenschapsminister, duidelijk de grote verscheidenheid inzake ontplooi-de kansarmoedebestrijdingsinitiatieven, inclusief de migrantenprojecten. De doelstelling is evenwel steeds dezelfde, meer bepaald de integratie van de kansarmen onder de eigen bevolking en binnen de migrantenpopulatie.

— Tot slot wees de Gemeenschapsminister erop dat de politieke wil nu, in tegenstelling tot vroeger, bij de leden van de Vlaamse Executieve duidelijk aanwezig is om een daadwerkelijk kansarmoedebestrijdingsbeleid te voeren. Het zal evenwel nog enige jaren duren vooraleer de vruchten van dit beleid duidelijk zichtbaar zullen zijn.

III. Stemming

De decretale bepalingen en de daarbij horende secties worden eenparig aangenomen door de 8 aanwezige leden.

Met dezelfde eenparigheid wordt de eenvormigheid met de administratieve begroting aangenomen.

IV. Bijlagen

BIJLAGE 1

OVERZICHT VAN DE ACTIVITEITEN VAN DE COMITES BIJZONDERE JEUGDZORG INZAKE ALGEMENE PREVENTIE IN 1989 EN 1990

Inleiding

Met algemene preventie worden bedoeld : de activiteiten die kaderen in de taken van het comité omschreven in artikel 4, 3° en 4° van de decreten inzake bijzondere jeugdbijstand gecoördineerd op 4 april 1990. Deze omschrijving luidt als volgt :

„3° de omstandigheden en toestanden die negatief inwerken op de fysieke integriteit, het psyche-sociaal welzijn en de ontplooiingskansen van minderjarigen, ter kennis brengen van private organisaties en van de overheid, met het oog op initiatieven om deze toestanden en omstandigheden te voorkomen en te bestrijden ;

4° in plaatselijk of in regionaal verband met dergelijke initiatieven samen te werken, ze te ondersteunen, te bevorderen en desgevallend te coördineren .”

De ruime formulering van de opdracht maakt het voor de op 1 december 1988 in werking getreden comités niet eenvoudig om er op korte termijn een concrete invulling aan te geven. In een eerste fase zijn de activiteiten er dan ook op gericht geweest binnen het comité te komen tot een eensgezinde visie op algemene preventie. Dergelijke bezinning was ondermeer nodig om te vermijden dat de activiteiten van de comités zouden overlappen met deze van andere instellingen en organisaties. In de loop van 1989 is dit zoekproces tevens begeleid geweest door onderzoekers van de Gentse Rijksuniversiteit onder de leiding van Professor Verhellen.

Overzicht

1. Bekendmaking

De bekendmaking van de comités met hun vernieuwde taak- en bevoegdheidsomschrijving, organisatie en werking binnen de nieuwe decretale kontekst was voor de meeste comités een belangrijke opgave. Hiervoor werden ondermeer volgende middelen gebruikt :

- samenstellen en verspreiden van een folder en ander informatiemateriaal ;
- voordrachten in scholen en voor diverse verenigingen ;
- vergaderingen met welzijnsinstellingen, gemeentelijke overheden, politie, gerechtelijke instanties en alle mogelijke sleutelfiguren ;
- persconferenties ;
- aanwezigheid op infobeurzen.

2. Doorlichting van de regio.

Deze omvatte ondermeer :

- onderzoek naar de bestaande voorzieningen voor welzijnszorg, hun werking en hun bereikte publiek ;
- onderzoek naar de problemen die door deze voorzieningen worden vastgesteld ;
- inventaris van leemten en behoeften in het netwerk van voorzieningen, specifiek voor wat betreft de jongeren.

De resultaten van deze doorlichting werden door verschillende comités, na interne bespreking, tevens voorgelegd aan de betrokken voorzieningen en beleidsverantwoordelijken.

3. Onderzoek

Naast voornoemde algemene doorlichting verrichtten sommige comités onderzoek over een specifiek probleem, zoals :

- de situatie van migrantenjongeren ;
- de leefsituatie van kinderen en jongeren in sociale woonwijken ;
- gebruik van alcohol en andere drugs bij jongeren ;
- vrijetijdsbesteding van jongeren ;
- gokverslaving ;
- verkeersveiligheid ;
- spijbelen op school ;
- buitengezet worden op school ;
- het plaatsen van kinderen in residentiële inrichtingen buiten de bijzondere jeugdbijstand ;
- hulpverlening inzake kindermishandeling.

De bevindingen van deze onderzoeken waren voor de comités aanleiding tot het organiseren van :

- informatie- en sensibiliseringsactiviteiten ;
- besprekingen met rechtstreeks betrokkenen en beleidsverantwoordelijken.

4. Overleg

Naar aanleiding van bekendmaking van de eigen werking, doorlichting van de regio of onderzoek namen de comités deel aan diverse overlegstructuren. Deze hadden ondermeer betrekking op :

- het algemeen beleid ter bevordering van jeugdwelzijn ;
- het creëren van voorzieningen om tegemoet te komen aan vastgestelde noden en leemten in het bestaand netwerk ;
- het maken van werkafspraken omtrent hulpverlening.

5. Specifieke problemen

Naast de veiligheid van activiteiten begrepen in bovenstaand overzicht, kunnen nog enkele specifieke projecten worden vermeld :

- uitreiking van een trofee aan een „volwaardig initiatief naar kinderen” ;
- samenstelling van werk- en lespakketten omtrent alcoholgebruik ;
- medewerking aan vorming van hulpverleners ;
- stimuleren van de organisatie van buurtwerk.

BIJLAGE 2

ONDERZOEKEN 1989

1. Arthur Andersen C ^o .	1.900.000	frank	Rapporterings- en monitoring systeem voor sector Bijzondere Jeugdzorg
2. KU Leuven	944.000	frank	Monografie Bijzondere Jeugdbijstand
3. KU Leuven	1.500.000	frank	Ondersteuning en evaluatie van de bemiddelingscommissies
4. UIA Antwerpen	1.240.000	frank	Informatisering van de preventietaken van het comité bijzondere jeugdzorg

ONDERZOEKEN 1990

KU Leuven	1.500.000	frank	Ondersteuning en evaluatie van de bemiddelingscommissie
-----------	-----------	-------	---

BIJLAGE 3

STAND VAN ZAKEN SERVICEFLATS – PRINCIPIELE AKKOORDEN

Verleende principiële akkoorden

Provincie	OCMW	Gemeente	VZW	Totaal
Antwerpen	559	—	149	708
Brabant	29	20	112	141
Limburg	143	20	43	206
oost-Vl.	438	—	189	627
West-Vl.	103	—	347	450
Overzicht	1.272	20	840	2.132

BIJLAGE 4

EVOLUTIE KINDERDAGOPVANG
(Subsidieerbare capaciteit)

	Kinderdag- verblijven	Opvanggez. (Kribben)	Opvang- gezinnen
31.12.1988	8.707	228	5.970
31.12.1989	9.269	468	12.186
30.06.1990	9.467	918	13.146
In realisatie	+ 770	—	—

BIJLAGE 5

Fonds 81 11.261,4 waarvan voor :

- Focus- of Zelfstandig Wonen : 57 miljoen frank
- Begeleid Wonen : 48 miljoen frank
- Thuisbegeleiding : 53 miljoen frank

en de rest voor :

- alle andere vormen van residentiële en semi-residentiële hulpverlening.

BIJLAGE 6

GOEDGEKEURDE ONDERZOEKSPROJECTEN
wo 1989

1. HIVA-KUL
Ontwerp & (experimentele) implementatie van een nieuw model en procedure voor inschrijving in het Fonds 81 (Vl. Fonds) 1.490.000
2. KU LEUVEN
Evaluatie van de Diensten voor Thuisbegeleiding in Vlaanderen 750.000
3. KU LEUVEN
Onderzoek naar de mogelijkheden van ortho(ped.)agogische stimulering van ernstig mentaal gehandicapte volwassenen 3.447.000
4. MENS EN RUIMTE
Explorerend onderzoek naar het lokale welzijnsbeleid met betrekking tot migranten in geselecteerde OCMW's in gemeenten met hoge concentratie van migranten, met een doorlichting van het cliëntenprofiel 1.245.000
5. KU LEUVEN
De rol van de OCMW's in de Armoedebestrijding 1.910.000
6. KU LEUVEN
Beeldinformatie met betrekking tot hulpmiddelen voor gehandicapten 2.912.000
7. KU LEUVEN
(Addendum)
Coördinatie en vereenvoudiging van de omzendbrieven betreffende het Fonds voor Medische, Sociale en Pedagogische Zorg voor Gehandicapten 348.000
8. UIA
Interventiestudie ter bevordering van Gezondheidsgedrag bij migrantenvrouwen en hun kinderen 600.000
9. MENS EN RUIMTE
Lokaal Armoedeoverleg „Eerste typemodellen LAO” 1.200.000
10. CBGS
Vruchtbaarheidsregelend gedrag 1.872.227
11. KU LEUVEN
Programmatorische voorbereiding Welzijnscongres 1.100.000
12. KU LEUVEN
Welzijns(zorg)beleid in de Vlaamse Gemeenschap : „Inventaris en doorlichting” 2.066.500
13. HIVA-KUL
Europees Seminarie en colloquium : „Services for the Elderly” 200.000

14. KU LEUVEN-LUCAS	
Geïntegreerde armoedebestrijding : evaluatie en optimalisering	2.750.000
15. HIVA-KUL	
Generatie-armoede en bijzondere jeugdzorg. Ervaringen, opinies en behoeften van ouders en excliënten	1.250.000
16. KU LEUVEN	
Inventaris van de begeleidende maatregelen bij ongewenste zwangerschap	100.000
17. ITC	
Symposium „Burn Out”	410.000

DEEL II — Wat de gezondheidssector betreft, bevoegdheden van de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid en Brusselse Aangelegenheden

1. Inleidende uiteenzetting door Gemeenschapsminister H. Weckx

1. DE BEVOEGDHEDEN EN DE STAATSHERVORMING

De hertekening van het Belgische bestuurslandschap is sedert 1970 volop aan de gang. De evolutie in deze hertekening en de opsplitsing tussen persoonsgebonden- en grondgebonden bevoegdheden, maken het voor de buitenstaanders maar zelfs ook voor insiders, niet altijd gemakkelijk om uit te maken wie op welk ogenblik verantwoordelijke beleidsvoerder is voor wat. Inzake de bevoegdheden omtrent de gezondheidszorg liggen de zaken zeer ingewikkeld.

De bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen betekende een eerste fase in de overheveling van bepaalde bevoegdheden inzake het gezondheidsbeleid naar de gemeenschappen.

Wat specifiek de gezondheidszorg betreft zijn de gemeenschappen bevoegd zowel voor de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen als voor de gezondheidsopvoeding en de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg.

De nationale overheid is evenwel nog verantwoordelijk voor de organieke wetgeving, de ziekte- en invaliditeitsverzekering, de financiering van de exploitatie, de basisregelen betreffende de programmatie en de financiering van de infrastructuur alsook voor nationale erkenningsnormen met betrekking tot de hiervoor genoemde bevoegdheden.

Concreet betekent dit dat de Gemeenschapsminister verzorgingsinstellingen kan opnemen in de programmatie, erkennen en sluiten. Hij kan eigen reglementeringen uitvaardigen zowel m.b.t. de intra- als extramurale sector in zoverre deze passen binnen de basiswetgeving en geen invloed hebben op de nationale financiering (RIZIV, Volksgezondheid).

De gemeenschappen beschikken eveneens over een Fonds voor de Bouw van Ziekenhuizen en Medisch-sociale Inrichtingen waarmee zij, mits respect van de nationale normen, subsidies kunnen verlenen voor nieuwbouw, verbouwing, herconditionerings- en brandbeveiligingswerken evenals voor uitrustingen en medisch-technische diensten van verzorgingsinstellingen.

Wat de belangrijke derde golf in de staatshervorming betreft werden er wat de gezondheidssector betreft geen nieuwe bevoegdheden overgedragen naar de gemeenschappen.

Op het feitelijke vlak was er toch de overdracht van een zekere beslissingsbevoegdheid. Via de bijzondere wet van 26 januari 1989 houdende financiering van gemeenschappen en gewesten zijn er wel middelen geheel of gedeeltelijk overgeheveld naar de gemeenschappen die voorheen bestemd waren voor Volksgezondheid Nationaal. Concreet gaat het om het Fonds voor Geneeskundig Wetenschappelijk Onderzoek, de Koninklijke Academie voor Geneeskunde, het Instituut voor Hygiene en Epidemiologie, de aidsreferentiecentra, de centra voor antropogenetica.

De financieringswet voorzag daarenboven de mogelijkheid dat voorheen bicommunautair erkende instellingen in Brussel konden kiezen voor een unicommunautair statuut en aldus voor de ene of de andere gemeenschap. De correlatieve

middelen werden in overleg met de gemeenschappen overgeheveld. Concreet gaat het in de gezondheidssector om 7 Vlaams-Brusselse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Uit wat voorafgaat kan worden afgeleid dat de teksten van de Grondwet en van de bijzondere wet inzake de gezondheidszorg op het eerste gezicht enigszins bedrieglijk kunnen voorkomen. Alle bevoegdheid gaat naar de gemeenschappen behalve enkele uitzonderingen. De uitzonderingen zijn evenwel zo belangrijk dat zij eerder de algemene regel zijn. Inzake curatieve zorg, de budgettaire kolos in de gezondheidszorg, is de basiswetgeving een federale aangelegenheid. De bevoegdheid van de gemeenschappen is op dat terrein een afgeleide bevoegdheid met een beslissingskarakter. De speelruimte is zeer eng. Totaal anders liggen de bevoegdheden inzake preventie. Hier speelt de autonomie van de gemeenschappen volop. Uiteraard zijn er tal van schemerzones, overlappingsen, grensgebieden en interferenties. Uit deze zeer verdeelde en gedeelde bevoegdheid vloeit onbetwistbaar de noodzaak voort aan afspraken, samenwerking en overleg. Tussen de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten (leefmilieu) werden er dus :

- protocols afgesloten,
- samenwerkingsakkoorden ondertekend en
- interministeriële conferenties belegd.

In volgend punt gaan wij op deze bindtekens dieper in.

Tenslotte dient onderstreept dat de bevoegdheidsproblematiek niet exclusief een constitutionele aangelegenheid is. Ook thematisch zijn er tal van raakvlakken binnen de gemeenschaps- en gewestbevoegdheden tussen de gezondheidszorg en materies zoals het milieubeleid en de bijstand aan personen. Op deze raakvlakken gaan wij niet nader in.

II. SAMENWERKINGSOVEREENKOMSTEN

1. Samenwerking tussen de nationale overheid en de gemeenschappen

1.1. Protocols

Omwillen van de gedeelde bevoegdheid tussen de nationale overheid en de gemeenschappen is het aangewezen dat er protocols afgesloten worden met het oog op een vlotte samenwerking.

Op 16 juni 1989 sloot de Vlaamse Gemeenschapsminister van Volksgezondheid samen met zijn collega's van de Franse en de Duitstalige Gemeenschap drie protocols af met de nationale Minister van Sociale Zaken.

Een eerste algemeen protocol m.b.t. het te voeren gezondheidsbeleid heeft betrekking op de verdere vrijwillige afbouw van acute ziekenhuisbedden met daarbij horende stimuli, het invoeren van het begrip functies (i.p.v. diensten) in de ziekenhuizen, de omschrijving van nieuwe verzorgingsmogelijkheden zoals daghospitalisatie, het in het vooruitzicht stellen van een hernieuwd geriatriebeleid met in het bijzonder de RVT-problematiek en evaluatie van de V-diensten, de evaluatie van moeder- en kinddiensten, de ombuiging van de programmatie van zware medische apparatuur naar erkenning van diensten, de toekomstige bestemming van de S- en H-diensten (specialisatie en gewone verzorging) alsook over experimenten in de thuisgezondheidssector.

Wij moeten vaststellen dat tot nu toe de nationale overheid geen uitvoering heeft gegeven aan dit protocol. Vanuit de Vlaamse Gemeenschap werd reeds meerdere malen met aan-

drang gevraagd de huidige programmatienorm (2 per duizend inwoners) voor de rust- en verzorgingstehuizen te verhogen. De vraag naar deze norm van voorziening is zeer groot in Vlaanderen. Met de reeds erkende RVT-bedden (10.295) benaderen wij vrij dicht het maximaal toegelaten aantal. Er zijn evenwel nog een 1.500-tal bedden opgenomen in de programmatie. De RVT-bedden kunnen enkel ontstaan in het kader van de afbouw van bestaande en erkende ziekenhuisbedden of de niet-opening van geplande **ziekenhuisdiensten**.

Niettemin zijn er nog aanvragen binnen voor 6.000 bijkomende RVT-bedden. Een optrekking van de **programmatienorm** van 2 tot 3 per duizend inwoners is meer dan verantwoord, temeer daar in rusthuizen zeker nog 20.000 personen verblijven die beantwoorden aan de RVT-criteria en waaraan een beperktere forfaitaire vergoeding wordt gegeven. Dit betekent een discriminatie t.a.v. de patiënten die hetzelfde ziekteprofiel vertonen en niet op dezelfde zorgverlening kunnen beroep doen tegen een redelijke prijs.

Daarenboven bestaat er, mede omwille van de koppeling aan de afbouw van de acute ziekenhuizen, een regionaal ongelijke spreiding. De beperkte pool van 285 RVT-bedden die de nationale Minister medio 1990 bijkomend ter beschikking heeft gesteld van de Vlaamse Gemeenschap, volstaat helemaal niet om de grote behoefte te dekken en de regionale ongelijke spreiding te rectificeren.

In dit algemene protocol werden eveneens de grote krachtlijnen vastgelegd m.b.t. het reconversiebeleid in de psychiatrie. Dit laatste luik is gerealiseerd via een reeks koninklijke en ministeriële besluiten (10 juli 1990) die enerzijds een verplichte en anderzijds een vrijwillige afbouw van bedden in psychiatrische instellingen en diensten in algemene ziekenhuizen regelt. Naast een verbeterde omkadering van de resterende T-diensten (chronische patiënten), wordt de mogelijkheid gecreëerd voor nieuwe transmurale opvangvormen die de zelfstandigheid van de ex-psychiatrische patiënten wil bevorderen, met name het beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen.

De opdracht van de Vlaamse Commissie voor **Ziekenhuisprogrammatie** zal verruimd worden met het oog op de toepassing van de reconversiemaatregelen in de psychiatrie. In het ontwerp van decreet houdende herinrichting van een Vlaamse Commissie voor Ziekenhuisprogrammering zal eveneens de oprichting van een vaste subcommissie psychiatrie voorzien worden die zich specifiek zal bezighouden met het hiervoor geschetste reconversiebeleid en met de ontwikkeling in het algemeen van de psychiatrische instellingen en psychiatrische diensten in de algemene ziekenhuizen.

Een tweede protocol met de nationale overheid heeft betrekking op de vaststelling en de goedkeuring van de kalender van werken zoals opgelegd via artikel 46bis van de wet op de ziekenhuizen. In dit protocol worden o.m. de enveloppes vastgelegd voor de afschrijvingen van de bouwwerken die de respectievelijke gemeenschappen mogen goedkeuren en subsidieerbaar stellen voor ieder der dienstjaren, vanaf 15 september 1989 tot en met 1995.

In een derde protocol engageren de gemeenschappen zich om de wet op de bescherming van de geesteszieken te helpen uitvoeren.

1.2. Interministeriële conferentie

Door de nationale overheid zijn er meerdere **interministeriële** conferenties opgericht voor deze materies waarvoor

er bevoegdheidsoverschrijdende problemen bestaan. Zo is o.m. een interministeriële conferentie volksgezondheid geïnstalleerd. Deze conferentie komt zelden samen.

Eventuele bevoegdheidsconflicten worden blijkbaar direct op het Overlegcomité Regering-Executieven geagendeerd zonder voorafgaandelijk eerder informeel overleg binnen de schoot van de interministeriële conferentie. De agendering op het Overlegcomité heeft een opschortend effect.

2. Samenwerking tussen de federale, communautaire en regionale overheden

Een samenwerkingsakkoord tussen al deze betrokken overheden werd afgesloten met als doel de werking en de financiering van het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie te regelen voor de periode 1990-1994. In dit protocol wordt de oprichting voorzien van een Comité van Medebeheer waarin alle bevoegde ministers, **gemeenschaps-** en **gewestministers** vertegenwoordigd zijn en gemeenschappelijk het activiteitenprogramma en de begroting van de instelling opstellen. Deze worden ter goedkeuring voorgelegd aan een interministeriële conferentie. Ook de Wetenschappelijke Raad van de Instelling wordt verruimd.

Dit protocol is noodzakelijk omdat de financieringswet 30 % van de middelen heeft overgeheveld naar de gemeenschappen en 10 % naar de gewesten. Het IHE biedt hoofdzakelijk ondersteuning aan de gezondheidsinspecteurs voor de normale maar ook voor occasionele of dringende analyses. Het Instituut kan nuttige informatie verschaffen over epidemiologische gegevens inzake ziekteverschijnselen. Daarnaast is het onontbeerlijk mogelijke effecten van milieuontwikkelingen op de gezondheid van de bevolking te meten en te signaleren.

3. Samenwerking tussen de Gemeenschappen

Ook op terreinen waar de Raden en de Executieven exclusief bevoegd zijn dringt zich samenspraak en samenwerking op. Het is bovendien ondenkbaar en beleidsmatig erg bekrompen om op Europees vlak, weze het in het kader van de Europese Gemeenschap, de Raad van Europa of de Europese regio van de Wereldgezondheidsorganisatie, te streven naar overleg en gemeenschappelijk optreden en op hetzelfde moment het gesprek te weigeren of te ontwijken met een buurman uit dezelfde federale staat.

Het is dan ook tegen deze achtergrond dat de Vlaamse Executieve de motor is voor twee samenwerkingsakkoorden tussen de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap en de Duitstalige Gemeenschap.

Een eerste akkoord heeft betrekking op de alcohol- en drugpreventie. Het voorziet in de oprichting van een coördinatiecommissie waar vertegenwoordigers van de drie gemeenschappen op het niveau van de overheid en de respectieve koepelorganisaties geregeld overleg plegen en hun acties op elkaar afstemmen.

De concrete doelstellingen vermeld in dit samenwerkingsakkoord beogen een uniforme registratie van epidemiologische gegevens, gezamenlijke contacten met nationale en internationale instanties, gemeenschappelijke initiatieven inzake wetenschappelijk onderzoek en geconcentreerde acties die gelijklopend zijn in de drie gemeenschappen.

Het tweede samenwerkingsakkoord inzake **gezondheidsbeleid** beoogt de harmonisering van de medisch verantwoorde sportbeoefening. Zo mogelijk zijn de doelstellingen van dit

akkoord nog concreter dan in het vorige. De ondertekenende partijen verbinden er zich met name toe een identieke lijst van bij dopingpraktijken verboden middelen en substanties op te stellen. Zij wensen te komen tot uniforme procedures inzake monsterneming en te voorzien in de vervanging van strafrechtelijke maatregelen door afdwingbare sportieve sancties. De wederzijdse erkenning van labo's voor de analyses van dopingmonsters is in het vooruitzicht gesteld. Tot slot zullen zowel de disciplinaire maatregelen als de **deelnamecriteria** (bijvoorbeeld leeftijdsgrenzen) geharmoniseerd worden.

Het is duidelijk dat de Gemeenschapsministers, verantwoordelijk voor de volksgezondheid hiermede **tegemoetkomen** aan de verzuchtingen van sportbeoefenaars en -federaties. Tegelijkertijd zetten zij belangrijke stappen naar een meer doelmatige medisch verantwoorde sportbeoefening.

4. Internationale samenwerking

Een samenwerkingsakkoord tussen de Presidentiële Republiek Senegal en de Vlaamse Executieve werd afgesloten op 10 juni 1985, aangevuld met een "lettre d'exécution" van 13 februari 1987. De uitvoering van het project was voorzien voor 2 periodes van telkens 2 jaar. Het einde van dit project is voorzien eind september 1991.

Het project beoogt essentieel de verbetering van de schaarse medische diensten en gezondheidsactiviteiten op drie actieterreinen. Het opzet kadert in het perspectief voor de eerstelijnsgezondheidszorg zoals bepaald door de **WGO**. In de praktijk komt dit neer op het realiseren van volgende doeleinden :

- omkadering en beheer van het net van de **eerstelijnsgezondheidszorg** in het gebied ;
- vorming en supervisie van paramedische kaders die werkzaam zijn op diverse niveaus aan de basis van het **gezondheidssysteem** in het gebied ;
- onderzoek en ontwikkeling van een methodologie voor gezondheidssystemen en voor de participatie van de bevolking.

Voor de logistieke steun werd beroep gedaan op de Vlaamse Vereniging voor Ontwikkelingssamenwerking en Technische Bijstand (VVOB).

In juni 1989 werd een evaluatie van dit ontwikkelingsproject ter plaatse verricht. Het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen verleende zijn medewerking bij deze evaluatie. Een laatste evaluatiezending zal in de loop van januari 1991 onderzoeken of de doelstellingen van het medisch project werden bereikt en de opvolging en overname door de Senegalese regering voorbereiden.

III. KRACHTLIJNEN IN DE EXCLUSIEVE BEVOEGDHEDEN

De ietwat scheefgetrokken bevoegdheidsverdeling kan evenwel geen excuus zijn voor een ontbrekende coherente beleidsvisie inzake het Vlaamse gezondheidsbeleid. Integendeel. De miljardenbegroting van de curatieve geneeskunde, de spectaculaire ontwikkelingen inzake medische technologie, de verrassende inbreng vanuit de biologie mogen ons niet met verblinding slaan. De gezondheidszorg in de **hoogontwikkelde** samenleving naar westers model spitst zich im-

mers toe op het lang leven en meer nog op een kwalitatief lang leven. Lang leven komt dan in feite neer op vroeg leren gezond leven. Binnen de bestaande bevoegdheidsverdeling op het niveau van de gezondheidszorg krijgen de gemeenschappen een unieke kans om de preventie, vooral de primaire preventie, volop in focus te brengen. Van ziektebestrijding naar gezondheidspromotie, zo zou de leuze kunnen luiden van de gemeenschappen. Dit is iets meer dan het drukken van folders of het maken van clips. Een strategie dient uitgetekend. Hefbomen geïdentificeerd. Doelgroepen omschreven. Doeleinden gefixeerd.

Alhoewel het hier een materie betreft die slechts sinds beperkte tijd beleidsaandacht krijgt, kan het belang van dit domein uit de gezondheidszorg moeilijk onderschat worden.

In dit belangrijke deelaspect van de gezondheidszorg, waarvan de waarde eerst intuïtief werd aanvoeld maar gaandeweg steeds nadrukkelijker aantoonbaar is, staan we pas aan het begin van de ontwikkeling en kennis.

Wetenschappelijk onderzoek op basis van gedegen algemene en doelgerichte registratie moet indicaties opleveren inzake de te volgen strategie, de prioritaire doelstellingen en de effectevaluatie.

IV. FOCUSPUNTEN VAN HET GEZONDHEIDS- BELEID IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

1. Gezondheidsmonitoring

Correcte informatie gesteund op betrouwbare gegevens is een onmisbaar boordinstrument voor elke beleidsverantwoordelijke inzake preventieve gezondheidszorg. De bevolking hecht teveel belang aan gezondheid om nog langer het beleidsvoertuig met de ogen dicht door de mist te sturen met als enig baken de intuïtie of de aantrekkelijkheid van de aangeboden projecten en initiatieven.

Geregelde registratie van gezondheidsrelevante parameters bij grote bevolkingsgroepen of bij wijze van steekproef moeten het beleid en de gezondheidswerkers inzicht verschaffen in de gezondheidssituatie van de bevolking.

Nadere analyse van deze gegevens betekent mogelijkheden om met kennis van zaken de prioritaire aandachtspunten aan te geven, een spiegel omtrent efficiëntie aan te reiken aan de individuele gezondheidswerker over het totale gezondheidsapparaat.

Het verzamelen van deze gegevens en hun analyse is een elementaire behoefte voor alle verantwoordelijken op welk niveau ook in de gezondheidszorg. Hierbij hoeft niet direct gezocht naar het verzamelen van nieuwe gegevens.

Een inventaris van het beschikbare materiaal leert dat reeds heel wat gegevens verzameld worden. Zo registreren gynaecologen een aantal significante parameters omtrent bevalling en geboorte. Elke zuigeling wordt vanaf de geboorte gevolgd door artsen en verpleegkundigen van Kind en Gezin. Het medisch schooltoezicht registreert significante parameters over de totaliteit van de Vlaamse schoolbevolking van 3 tot 18 jaar. Onder leiding van de gezondheidsinspectie worden huisartsen ingeschakeld in peilpraktijken rond concrete vragen in de dagelijkse medische praktijk. Gegevens inzake mortaliteit en morbiditeit worden systematisch genoteerd bij elk overlijden. De centra voor geestelijke gezondheidszorg houden een uitgebreide consultantenregistratie bij. Deze opsomming, alhoewel reeds indrukwekkend, is geenszins volledig.

Het is een plicht van de overheid om al dit waardevolle materiaal op een uniforme manier te verzamelen. Wil dit verzamelen zowel op het registratieniveau als bij de verwerking binnen een **doenbaar** tijdsbudget blijven, dan kan alleen informatica een uitweg bieden.

Specifieke en standaardrapportering op basis van deze gegevens moeten toelaten significante biomedische gegevens op ruime schaal op te volgen, inzicht te verwerven in **gezondheidsrelevant** gedrag, probleemvelden en -regio's te identificeren en aan resultaatevaluatie en effectmeting te doen over projecten en programma's die tot doel hebben de situatie positief te beïnvloeden. Deze korte opsomming leidt niettemin tot talrijke opdrachten op het terrein en op het niveau van de verwerking en interpretatie achteraf.

2. GVO-nieuwe stijl of de gezondheidspromotie

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is één van de jongste takken aan de boom van de gezondheidszorg. Mede misschien **omdat** het een kruising is tussen de medische en de gedragswetenschappen werd de ontwikkeling niet geoptimaliseerd. Begrijpelijke onwennigheid bij medici en een even begrijpelijk gebrek aan directe tastbare resultaten vanuit gedragswetenschappelijke hoek hebben de evolutie in dit domein afgeremd. GVO is dan ook tot op vandaag een zaak geweest van gelovigen en ongelovigen in de mogelijkheden van positieve beïnvloeding van gezondheidsrelevant gedrag.

Onder het voor Vlaanderen nieuwe, maar internationaal aanvaarde label "gezondheidspromotie" moet deze sector de plaats innemen die zij terecht verdient en gelijktijdig de standaarden respecteren om tot een volwaardige tak van de gezondheidszorg te behoren.

Op de eerste plaats betekent dit een planmatige aanpak. De gegevens en analyses uit de gezondheidsmonitoring moeten het mogelijk maken de balans van "gezondheids"zaken op te stellen en de prioritaire doelstellingen en -groepen af te bakenen. De ruimte voor **modische** projecten of voor vanzelfsprekend abonnementen wordt in die context wel erg smal.

Op de tweede plaats is gezondheidspromotie geen exclusieve verantwoordelijkheid van de overheid, in dit geval de Vlaamse Gemeenschap. De zorg voor de gezondheid is als het ware te belangrijk om alleen het beleid hiervoor verantwoordelijk te stellen. Het beheer van en de verantwoordelijkheid voor dit bijzonder goed dient dan ook gedeeld te worden door diverse maatschappelijke geledingen. De slogan "gezondheid, je kan er zelf wat aan doen" klopt. Opnemen van eigen verantwoordelijkheid kan echter ondersteund en gedragen worden op school, in de werkomgeving of tijdens de vrije tijd. De verwevenheid van gezondheidsrelevante factoren in het milieu of op de werkplaats zijn voldoende aangetoond om ze au srieux te nemen. Sociale en economische instanties, culturele en wetenschappelijke verantwoordelijken moeten dan ook aangesproken worden om deze verantwoordelijkheid ook daadwerkelijk op te nemen.

Een derde uitgangspunt bij het in nieuwe banen leiden van de gezondheidspromotie is de resultaatevaluatie. Niet in het minst omwille van het belang van de zorg voor de gezondheid zijn blanco checks uit den boze. Projecten, initiatieven of voorzieningen die op dit terrein actief willen zijn of blijven zullen onderworpen worden aan een op resultaat gerichte evaluatie en een erkenning die deze selectiecriteria honoreert.

De hoger geschetste beleidsopties moeten structureel ondersteund en gewaarborgd worden. Hiervoor zal begin 1991 een orgaan worden opgericht om het beheer over de gezondheidspromotie met de overheid te delen, het beleid te adviseren en logistiek te ondersteunen. In de raad van bestuur van dit op te richten orgaan moeten de diverse betrokken maatschappelijke geledingen in de gelegenheid gesteld worden hun verantwoordelijkheid op te nemen.

Een wetenschappelijke raad, verbonden aan deze instantie, zal de raad van bestuur en de verantwoordelijke minister adviseren over prioritaire noden en behoeften, objectief-wetenschappelijke selectiecriteria voor projecten en initiatieven en over de planning op korte, middellange en lange termijn.

Een deskundig bemand secretariaat zal logistieke steun verschaffen aan de raad van bestuur en aan de wetenschappelijke raad. Op dat niveau wordt ook de documentatie inzake gezondheidspromotie verzameld en wordt de inhoudelijke en strategische coördinatie tussen de diverse projecten en initiatieven bewaakt. Dit secretariaat zal in de plaats komen van de te grote versnippering die nu in dit domein bestaat en die een duidelijke onefficiëntie tot gevolg heeft.

Het drieluik wordt geschraagd door werkgroepen waarin de onmisbare promotoren op het terrein elkaar ontmoeten om werkplannen te bespreken, de feitelijke samenspraak en samenwerking te organiseren en de jaarplanning te toetsen aan de praktijkmogelijkheden.

Het gehele instrumentarium, coherent geconcipieerd op basis van de aangegeven uitgangspunten dient de doelmatigheid van de gezondheidspromotie in Vlaanderen op korte termijn te stroomlijnen en te verhogen.

Bestaande initiatieven, projecten en voorzieningen krijgen binnen een groter geheel ruimere kansen om hun doelstellingen te realiseren. Er moeten dwarsverbindingen opgebouwd worden om a.h.w. in een matrixstructuur doel- en leeftijdsgroepen in relatie te brengen met gezondheidsrelevante aandachtsvelden. De benadering van de afhankelijkheidsproblematiek kan aldus alcohol-, drugs- en tabakpreventie in een gecoördineerde strategie realiseren in onderwijs, bedrijven, sociaal-culturele verenigingen en via de media. Een toenevende mate van verdichting kan aldus bereikt worden die culmineert in persoonlijke contacten van artsen en andere gezondheidswerkers.

AIDS- en SOA-preventie kunnen in dezelfde geest strategisch benaderd worden. De basis van deze aandachtspunten dient gelegd in een strategie die relatiebekwaamheid en positieve seksualiteitsbeleving bevordert. Het is duidelijk dat voor al deze deeldomeinen waarin de gezondheidspromotie streeft naar attitudewijzigingen het onderwijs een essentiële, ja onmisbare schakel is en blijft.

3. Van dopingbestrijding naar medisch verantwoorde sportbeoefening.

België en vooral de Vlaamse Gemeenschap hebben, in vergelijking met andere landen, vooruitgeschoven stellingen ingenomen in de strijd tegen dopingpraktijken. Vooral de eigen controles van de Vlaamse Gemeenschap hebben inzicht verschaft in de omvang en verspreiding van de problematiek.

De resultaten van deze controles en vooral het schrijnend gebrek aan effectieve opvolging door de gerechtelijke instanties werken echter demotiverend en wijzen vooral op de lacunes in het tot hiertoe gemobiliseerd instrumentarium.

Naast de dopingbestrijding heeft de overheid, hoofdzakelijk onder invloed van dramatische ongevallen, selectieve aandacht inzake medische begeleiding voor twee **risicosporten** in concrete maatregelen omgezet. Zo zijn er bepalingen inzake leeftijdsgrenzen en geregelde medische controle voor de wielersport en de bokssport. De “algemene” medische sportcontrole is niet langer een vermelding waard. Het is verworpen tot een formaliteit ten behoeve van sportverzekeringen of om sportverantwoordelijken te sussen. Het is beter te spreken van een karikatuur van sportmedische advisering die, veelal neerkomt op het afleveren van attesten na oppervlakkige of telefonische consultatie.

De behoefte aan integratie en stroomlijning is hiermee aangetoond. Zij wordt nog meer manifest indien de wijzigingen inzake sportbeoefening mee verrekend worden. Doorgedreven professionalisering en commercialisering van de sport, veralgemening van de sportbeoefening in recreatief of competitief verband op zeer jonge maar ook en vooral op latere leeftijd zijn belangrijke evoluties die aansporen tot een aangepaste regelgeving van de overheid.

Het nieuwe beleidskader dat een antwoord op de gestelde vragen poogt te bieden is neergelegd in het ontwerp van decreet inzake medisch verantwoorde sportbeoefening.

Dit beleidskader steunt op drie basisopties : integratie, responsabilisering en depenalisering.

Integratie staat voor een decretaal raamwerk waarbinnen de organisch gegroeide reglementeringen vanuit één centrale bekommernis worden samengebracht. De selectieve bepalingen inzake de wielersport, de bokssport en de dopingbestrijding worden afgeschaft. De zorg echter die aan de basis lag van deze initiatieven wordt tenvolte gerespecteerd en wordt samengebracht met andere aspecten die de medisch verantwoorde sportbeoefening moeten schragen.

Met de responsabilisering wordt nagestreefd en ook decretaal ondersteund dat de medisch verantwoorde sportbeoefening een verantwoordelijkheid wordt die gezamenlijk wordt opgenomen door de individuele sportbeoefenaar, door de sportfederaties en hun kaders, door de artsen en door de overheid.

De penale sanctionering wordt verlaten omdat ze al te weinig doelmatig is gebleken. Daarvoor was de opvolging te beperkt of geenszins aangepast aan het statuut van de sportbeoefenaar. Overtredingen in het kader van de medisch verantwoorde sportbeoefening zullen sportief gesanctioneerd worden ; concreet door het verbod om gedurende een bepaalde periode aan enige sportmanifestatie deel te nemen.

In zijn uitgangspunten en bepalingen is het ontwerp-decreet volledig in éénklank met de aanbevelingen ter zake van de Raad van Europa en het Verdrag tegen de Doping van 16 november 1989.

4. Thuisgezondheidszorg : coördinatie en ondersteuning

Lang leven houdt in oud worden. De kwaliteit van het leven bij het oud worden, wordt mee bepaald door het blijven functioneren in de vertrouwde omgeving. De wijze waarop de thuisgezondheidszorg kan georganiseerd worden is dus van het hoogste belang zeker voor de mens met chronisch ziektebeeld.

Vastgesteld moet worden dat in toenemende mate beroep wordt gedaan op de thuisverpleging. Enerzijds omwille van de demografische gegevens, anderzijds omwille van een gewijzigd ziekenhuisconcept (kortdurend, intensieve specialistische behandeling).

Studies tonen aan dat ruim tweederde van alle patiënten in de thuisverpleging ouder is dan 70 jaar. Ongeveer 8 % der bejaarden doet beroep op thuisverpleging. De verzorgingsduur neemt toe wat wijst op de chroniciteit van de aandoeningen. Ongeveer één vierde van de patiënten van de diensten voor thuisverpleging beantwoordt aan de RVT-criteria en beschikt aldus over een beperkte mate van zelfstandigheid. Deze patiënten doen meestal beroep op meerdere professionele zorg- en hulpverleners.

Algemeen wordt vooropgesteld dat 2 4 per duizend inwoners zwaar zorgenbehoevend is.

De nationale overheid neemt de terugbetaling te zijnen laste van de prestaties die in een thuissituatie door huisartsen, verpleegkundigen, kinesisten en andere paramedici waarmee het RIZIV een conventie heeft, verricht worden. In 1989 ging dit over een bedrag van 6 miljard F.

De nationale overheid heeft zowel in de ziekenhuiswet als in de RIZIV-wet bepalingen ingevoegd die allerlei vormen van forfaits mogelijk maken alsook het opzetten van experimenten voor bijzondere modellen van verstrekking en verzorging van geneeskundige hulpverlening. In het protocol met de nationale Minister van Sociale Voorzorg is overeengekomen experimenten op te zetten.

Aan de diverse wettelijke bepalingen inzake thuisgezondheidszorg is nog steeds geen uitvoering gegeven.

Binnen de Vlaamse Gemeenschap werd tot nu toe vooral de nadruk gelegd op de samenwerking tussen de organisaties en diensten die werkzaam zijn op de eerste lijn.

Op 19 november 1986 werd een eerste Executievebesluit getroffen dat de erkenning van samenwerkingsinitiatieven regelt. Deze groeperen erkende diensten voor thuisverpleging, een centrum voor maatschappelijk werk of OCMW, een dienst voor gezins- en bejaardenhulp en een vertegenwoordiger van de huisartsen in de regio. Een verdere structurering van de samenwerking vond haar beslag in het Executievebesluit van 6 juli 1988. Ingevolge dit besluit werden over het hele Vlaamse land 203 diensten voor thuisverpleging en 47 samenwerkingsinitiatieven erkend.

Uit een evaluatieonderzoek van de huidige organisatie van de thuisgezondheidszorg blijkt dat deze niet optimaal functioneert :

- er wordt weinig aan zorgbemiddeling gedaan : gemiddeld worden op jaarbasis 25 patiëntendossiers besproken op de samenwerkingsinitiatieven ;
- de regio's zijn te groot voor goed overleg rond de patiënt. Daarenboven overlappen ze elkaar ;
- de initiatieven zijn te zeer gebonden aan de groepering (superstructuur) en bemoeilijken daardoor het erkennen van nieuwe initiatieven ;
- de samenstelling van de samenwerkingsinitiatieven is te beperkt. Meerdere disciplines en diensten wensen er deel van uit te maken. Er is slechts een beperkte deelname van huisartsen ;
- er is nog geen traditie inzake interdisciplinaire samenwerking; Het zijn vooral de verpleegkundigen, gezins- en bejaardenhelpsters en maatschappelijk werkers die teamoverleg vragen rond de patiënt.

Vertrekkend van deze ervaringen zal het beleid worden bijgestuurd. Nieuwe accenten zullen worden aangebracht. Deze zijn :

- niet de organisatie maar de patiënt dient centraal te staan in de thuisgezondheidszorg. Ook de thuisverzorgers (familie, gezinsleden) worden als volwaardige partners erkend ;
- de nadruk zal liggen op informatiedoorstroming tot op het niveau van de patiënt en op zorgbemiddeling bij zwaar zorgenbehoevende patiënten ;
- de samenstelling van de samenwerkingsinitiatieven zal verruimen zowel voor wat het aantal betrokken disciplines en organisaties als wat de participatie van de zuilen en zelfstandigen betreft. Het samenwerkingsinitiatief wordt ook kleinschaliger qua reikwijdte. Groter dan een gemiddelde gemeente en kleiner dan een provincie ;
- aan de vrijwilligersorganisaties wordt een omkadering gegeven. De samenwerking met de intramurale sector wordt aangemoedigd ;
- er komt een structureel overleg met de overheid via een hoge raad die zal adviseren en evalueren.

Deze principes worden verwerkt in een nieuw besluit dat eerstdaags aan de Executieve wordt voorgelegd. Het zou in voege treden op 1 januari 1991. De financiering van deze initiatieven moet het eerste jaar gebeuren binnen een enveloppe van 40 miljoen F.

5. Geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie

5.1 .Profiel van de intramurale psychiatrische patiënt

Op 30 september 1989 waren 10.225 bedden erkend binnen psychiatrische instellingen en 1.287 bedden in de diensten voor acute psychiatrie in de algemene ziekenhuizen. Dit is 66,5 % van het aantal psychiatrische bedden in België. In de psychiatrische instellingen kent men een verouderde patiëntenpopulatie. Uit een recente enquête van de Administratie Gezondheidszorg van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (1 januari 1990) blijkt dat 30,3 % van de patiënten in de instellingen 65 jaar of ouder is. In de PAAZ-diensten (psychiatrische diensten binnen de algemene ziekenhuizen) vertegenwoordigen de bejaarden daarentegen slechts 17,5 % van de populatie. Opmerkelijk is dat in de instellingen een derde van de patiënten er reeds langer dan tien jaar verblijft. Evenveel mag de instellingen evenwel reeds verlaten in minder dan 12 maanden. Aangezien het om een eenmalige enquête gaat, kon jammer genoeg een eventuele evolutie in de verblijfsduur niet vastgesteld worden.

Profiel intramurale psychiatrische patiënten

Sociaal-economische status

41 %	zonder beroep
31 %	ongeschoold
77,1 %	vervangingsinkomen
77,5 %	geen persoon ten laste

Naast de sociaal-economische status van de psychiatrische patiënten in de intramurale zorg, werd in de* enquête ook nagegaan aan welk ziektebeeld de patiënten beantwoorden.

Ziektebeeld

37,1 %	psychose
9,6 %	affectieve stoornissen
9,3 %	verslavingsproblemen
kinderen	gedragsstoornissen en mentale achterstand

Het lijkt ook interessant om aandacht te hebben voor een aantal bijzondere categorieën, die tamelijk sterk vertegenwoordigd zijn in de intramurale psychiatrische zorg.

Bijzondere categorieën

10,4 %	gecolloceerden
11,7 %	mentaal gehandicapten
7 %	dementen

5.2. Modernisering van de infrastructuur

De laatste jaren was een grote achterstand opgelopen inzake de modernisering van het gebouwenpatrimonium. De aanpassing van de verouderde infrastructuur in de psychiatrische instellingen aan de vernieuwde therapeutische inzichten mocht niet meer uitgesteld worden.

De voorbije twee jaar werd binnen de Vlaamse Gemeenschap een inhaalprocedure uitgevoerd met betrekking tot de noodzakelijke brandbeveiligings- en herconditioneringswerken in de psychiatrische instellingen.

Binnen het kader van een strak budgettair beleid waarin met moeite het globale investeringsniveau van de vorige jaren kon gehandhaafd worden, betekent dit dat de middelen intern herschikt moeten worden.

Het nationale herstructureringsplan zal op korte termijn een bijkomende zware druk leggen op het investeringsprogramma van de Vlaamse Gemeenschap.

Bij de nationaal bevoegde Minister van Volksgezondheid werd daarom sterk gepleit voor een bijkomende marge binnen de opgelegde bouwkalender (zie protocol) zodat tenminste de herstructurering van de psychiatrie niet al te zeer zou afgeremd worden omwille van nationale besparingsoverwegingen. Er werd bekomen dat ieder jaar aan de overeengekomen afschrijvingsenveloppe van de Vlaamse Gemeenschap (54 miljoen F) een bedrag van 5 miljoen F toegevoegd zou worden tot 1995. Deze extra enveloppe moet voorafgenomen worden voor de afschrijving (60/40) van werken in het kader van de omschakeling van psychiatrische bedden op basis van een door de bevoegde Gemeenschapsminister goedgekeurd herstructureringsplan dat de instellingen hem voor oktober 1990 moesten voorleggen.

5.3. Een krachtig reconversiebeleid

De door de nationale overheid aangekondigde algemene budgettaire besparingspolitiek in de psychiatrie, is na lang overleg met de vertegenwoordigers van de sector en met de gemeenschappen gelukkig omgebogen in een, reconversiebeleid.

Dit bestaat enerzijds in de verplichte en versnelde afbouw van de erkende bedden boven het eerder vastgelegde mora-

torium (Dehaene). Deze kunnen omschakelen (1 tegen 1) naar psychiatrische verzorgingsbedden of beschut wonen. Zij hebben evenwel een uitdovend karakter. Daarnaast mogen T-bedden (T-dienst voor neuro-psychiatrie voor behandeling) in de psychiatrische instellingen op vrijwillige basis omschakelen naar PVT of beschut wonen of in zeer beperkte mate naar A-bedden (A-dienst voor neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling), inzoverre dit aan een reële behoefte voldoet.

Deze vrijwillige reconversie wordt via allerlei stimuli (schadeloosstelling, hogere personeelsomkadering voor resterende bedden en afschrijvingsmogelijkheden binnen de bouwkalender) aangemoedigd. De instellingen zullen aan de Gemeenschapsminister hun herstructureringsplan binnen een bepaalde termijn voorleggen.

Bestaande initiatieven (voor 1/1/1990) inzake beschut wonen zullen eveneens in aanmerking komen voor erkenning tot een bepaalde norm (0,1 per duizend inwoners) zonder dat hieraan de afbouw van een bed wordt gekoppeld.

5.4. Een nieuw statuut voor de openbare psychiatrische zieken huizen

Het is zeker een goede zaak dat in deze periode van herstructurering de enige twee gemeenschapsinstellingen, met name in Geel en Rekem, een nieuw statuut zullen bekomen. Dank zij bijzondere bepalingen die in het ontwerp van decreet voor bestuurlijk beleid zijn ingeschreven, zullen de vroegere OPC's soepeler beheersmodaliteiten krijgen, maar tevens een grotere financiële verantwoordelijkheid dragen.

5.5. Een kans tot samenwerking tussen de extra- en intramurale sector

Teneinde deze reconversie in goede banen te leiden, zullen de bestaande advies- en programmatieorganen aan de nieuwe realiteit worden aangepast waarbij een veel grotere osmose tussen extra- en intramurale sector zal worden ingebouwd.

Naast de intramurale psychiatrische sector zullen immers ook de centra voor geestelijke gezondheidszorg actief bij het herstructureringsbeleid worden betrokken. Zo moet in het opgelegde afzonderlijk beheer voor de projecten van beschut wonen tenminste één centrum voor ambulante psychiatrie opgenomen worden.

Ook zal op hen beroep kunnen worden gedaan voor wat de nazorg van de ex-psychiatrische patiënten betreft. In het verleden hebben een aantal centra voor geestelijke gezondheidszorg reeds met eigen initiatieven bewezen dat zij goed geplaatst zijn om dergelijke alternatieve opvangvormen te begeleiden. Zij zijn immers vanuit hun basiswerking steeds sterk begaan geweest met de resocialisatie van de patiënten en de aanmoediging van hun zelfstandigheid.

De centra zullen eveneens een belangrijke rol kunnen spelen bij de uitbouw van ondersteunende activiteiten t.a.v. de patiënten die in beschutte woonvormen verblijven. Deze zijn o.m. dagcentra, sociale werkplaatsen, sociale ontmoetingsinitiatieven en crisisinterventie. Niet in de eerste plaats om redenen van efficiënt beheer, maar vooral om de ex-psychiatrische patiënten een herkenbare structuur en continue opvolgingsmogelijkheden te bieden met vertrouwenspersonen, is het aangewezen dat deze ondersteunende activiteiten zouden tot stand komen binnen een samenwerkingsverband tussen de psychiatrische instellingen en een centrum voor geestelijke gezondheidszorg.

Binnen het kader van de nieuwe nationale **financieringsre-**
geling voor samenwerkingsverbanden kunnen hiervoor mid-
delen voorbestemd worden.

5.6. Forse groei van de centra voor geestelijke gezondheids- zorg

De opdracht van de centra voor geestelijke gezondheids-
zorg is evenwel ruimer dan de sociale psychiatrie.

De patiënten die beroep doen op de extramurale voorzie-
ningen vertonen een ander profiel dan deze die in een instel-
ling opgenomen worden.

Profiel patiënten van de CGGZ
(Analyse Prof. Breda, 1987) Leeftijd en geslacht

27,7 %	jonger dan 20 jaar
4,1 %	bejaarden
46,9 %	mannen
53,1 %	vrouwen

In de volgende tabel worden een aantal dominante catego-
rieën aangegeven zoals ze voorkomen in de **patiëntenpopula-**
tie die beroep doet op de C.G.G.Z.

Sociaal-economische status

67,2 %	gehuwd
30,9 %	inactieven
4,9 %	vrije beroepen
18,5 %	arbeiders
25 %	bedienden

Eén derde van de patiënten dat beroep doet op de centra
voor geestelijke gezondheidszorg heeft voorheen reeds be-
roep gedaan op psychiatrische hulp.

Vroegere psychiatrische hulp

8,9 %	privé-psychiater
8,8 %	CGGZ
7,7 %	psychiatrische instelling
6,1 %	PAAZ-dienst

Ook de aard van de klachten, zoals ze door de centra voor
geestelijke gezondheidszorg worden geregistreerd kunnen in
dominante categorieën worden ondergebracht.

Aard van de klachten

34,1 %	psychische klachten
30,1 %	relationele problemen thuis
7,2 %	relationele problemen werk of school
3,9 %	relationele problemen met omgeving

Volgens standaardindeling, gebruikt bij psychiatrische diagnose, worden in de centra voor geestelijke gezondheidszorg vooral behandelingen uitgewerkt met betrekking tot V-codes (normale variatie), neuroses, affectieve stoornissen en afhankelijkheidsproblemen.

In het Vlaamse land zijn momenteel 83 centra voor geestelijke gezondheidszorg erkend. Hierbij zijn de 7 Brusselse centra begrepen die onlangs geopteerd hebben voor de Vlaamse Gemeenschap. Dit komt neer op circa één centrum per 72.000 inwoners.

De twee voorbije jaren werd ingegaan op enkele noodzakelijke uitbreidingen en de erkenning van drie nieuwe centra in zones met een gering aanbod in verhouding tot de bevolking (Vilvoorde, Maaseik, Ninove). Daarnaast werd prioriteit gegeven aan kwaliteitsondersteunende maatregelen. Zo werden Executievebesluiten uitgevaardigd die de diploma- en kwaliteitsvereisten van het personeel specificeerden en de minimale functionele en architectonische normen vastlegden met betrekking tot de lokalen. Vanaf 1 juli 1990 beschikken de centra tenslotte over voldoende werkingstoelagen die rekening houden met de omvang van de equipe.

In het kader van de positieve maatregelen inzake relatiebekwaamheid en sexualiteitsbeleving zullen de centra verplicht worden patiëntengegevens te registreren. Deze zullen via elektronische informatiedragers gebundeld worden. Dit verloopt in onderlinge afspraak met de koepelorganisaties en de administratie. De centra zullen eveneens bijkomende werkingsmiddelen ontvangen indien ze vorming volgen o.m. in verband met relatiebekwaamheid en sexualiteitsbeleving.

De inhoudelijke werking van de centra zal bovendien ondersteund worden via wetenschappelijke onderzoeksoverdrachten. Zo zullen opdrachten inzake crisisinterventie, slachtofferhulp en in verband met bijzondere doelgroepen verder uitgediept worden.

5.7.Samenwerking met de eerste en met de derde lijn

Aan elke consultant wordt gevraagd een huisarts aan te wijzen die tijdig bij de behandeling wordt betrokken teneinde bij de beëindiging van de behandeling in een centrum, de dagelijkse gezondheidsbegeleiding verder te zetten. Deze samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg is een nieuw element in de uitbouw van de centra voor geestelijke gezondheidszorg waar in de nabije toekomst bijzondere aandacht zal moeten aan besteed worden. Deze problematiek is in bespreking op het Vlaams Comité voor Advies voor de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. De aandacht voor de sociaal-psychiatrische nazorg van ontslagen patiënten uit intramurale instellingen ligt op het eerste gezicht meer voor de hand. Uit de registratie van patiëntengegevens (studie Prof. Breda, 1987) blijkt evenwel dat voor de reconversieperiode slechts 8 % van het cliënteel in de centra uit een psychiatrische instelling komt. Omgekeerd wordt 30 % van de patiënten door een centrum doorverwezen naar een instelling. Eén op drie komt op eigen initiatief en één op vier is op aanraden van een huisarts naar een centrum gestapt voor een ambulante psyche-sociale begeleiding.

V. CATEGORIAAL BELEID

Een andere manier om de effectieve bevoegdheidsuitoefening van de volksgezondheid op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap toe te lichten kan er in bestaan te overlopen

wat er voor een aantal zeer herkenbare doelgroepen in de samenleving gebeurt. Een leeftijdsspecifieke benadering is hier uiteraard zinvol. Zo kan men zich afvragen welke gezondheidsmaatregelen de Vlaamse Executieve treft voor het jonge kind (zwangerschap – bevalling eerste levensjaar). Voor jongeren en adolescenten. Voor bejaarden. Daarnaast zijn er zekere risicogroepen zoals migranten e.a.

1. Zwangerschap en perinataal beleid

Uiteraard is er hier op de eerste plaats de werking van Kind en Gezin die een aantal opdrachten in deze aangelegenheden specifiek door de decreetgever heeft toegewezen gekregen. In die opdrachten zitten zowel gezondheidselementen als elementen van bijstand aan personen (kinderopvang, adoptieproblematiek).

Aan de aandacht van de Vlaamse Raad voor de perinatale problematiek werd gevolg gegeven door de op 16 februari 1990 neergelegde beleidsbrief Perinatale Zorg.

Deze beleidsbrief werd grondig in de Commissie Welzijn en Gezondheid besproken en op 2 mei 1990 in openbare zitting in de Vlaamse Raad behandeld.

Als belangrijkste prioritair aandachtspunt in de beleidsbrief werd de oprichting voorgesteld van een Vlaamse Adviescommissie voor de Perinatale Zorg.

In het Belgisch Staatsblad van 21 september 1990 verscheen het besluit van de Vlaamse Executieve van 31 juli 1990 houdende de oprichting van deze adviescommissie.

De Commissie heeft als opdracht, op vraag van de Gemeenschapsminister die het gezondheidsbeleid tot zijn bevoegdheid heeft, of uit eigen beweging, advies uit te brengen en voorstellen te doen met betrekking tot de perinatale gezondheidszorg, inzonderheid inzake :

- perinatale begeleiding met het oog op een beter inzicht in en een verdere vermindering van de perinatale mortaliteit. In 1986 bedroeg deze 10,4 per duizend van de geboorten in België ;

- de eventuele oprichting en specifieke subsidiëring van perinatale centra

- het bepalen van prioriteiten aangaande het wetenschappelijk onderzoek in de perinatale geneeskunde en de perinatale epidemiologie ;

- de werking van de N- en n-diensten en mogelijke beleidsmaatregelen hieromtrent.

De commissie omvat zestien effectieve leden. Bij de benoeming van de leden van de Commissie dient de aanwezigheid gewaarborgd te worden van één of meer genetici, verloskundigen-gynaecologen, pediaters-neonatologen, geneesheren-epidemiologen, huisartsen, vroedvrouwen, en specialisten in ziekenhuiswetenschappen of menswetenschappen.

Tenminste één van de leden dient ervaring te hebben inzake perinatale zorg bij de migrantenpopulatie.

Twee leden van de Commissie worden benoemd op voordracht van de instelling Kind en Gezin.

In de loop van november 1990 zal deze commissie worden geïnstalleerd en kunnen haar werkzaamheden starten.**

2. Menselijke erfelijkheid

Aansluitend bij het wordingsproces van het menselijk leven kan zeker ook de specifieke werking van de centra voor menselijke erfelijkheid vermeld worden. Ingevolge de rassen schreden waarmee de kennis vooruit gaat inzake ons genetisch patrimonium dienen de mogelijkheden van diagnose maar ook voor begeleiding van patiënten ten eerste ondersteund en verder uitgebouwd.

De opdrachten en normen waaraan deze centra moeten voldoen werden vastgelegd in het KB van 14 december 1987. De centra worden behandeld als een zware medische technische dienst en moeten erkend worden door de Gemeenschapsminister die de Volksgezondheid in zijn bevoegdheid heeft.

Binnen de Vlaamse Gemeenschap zijn er 4 universitaire centra voor menselijke erfelijkheid, nl. de K.U.Leuven, de U.I.Antwerpen, de V.U.Brussel en de R.U.Gent.

Zij hebben zowel een diagnostische functie als een technische (gespecialiseerd laboratorium), psyche-sociale als een epidemiologische en wetenschappelijke functie.

3. Kinderen en jeugd

Voor het jonge kind is de taak die Kind en Gezin vervult reeds aangegeven onder de hoofding “perinatale gezondheidszorg”.

Vanuit het perspectief kinderen en jongeren in de gezondheidszorg is het medisch schooltoezicht een omvangrijk beleidsdomein voor de Vlaamse Gemeenschap. Mede omdat de totale populatie tussen 3 en 18 jaar geregeld onderzocht wordt door een equipe voor medisch schooltoezicht hebben deze diensten een onvervangbare rol in de preventieve gezondheidszorg en de gezondheidspromotie. Buiten het onderwijs kent geen enkel initiatief een penetratiegraad en een bereik die bijna totaal zijn.

De 130 centra voor medisch schooltoezicht onderzoeken jaarlijks 475.000 jeugdigen. Teneinde inhoudelijk een beter inzicht te verwerven in de gezondheidstoestand en het gezondheidsrelevant gedrag van jongeren is het medisch schooltoezicht de belangrijkste partner in de sub IV.1 besproken gezondheidsmonitoring. De eerste partiële gegevens over de gezondheidsmonitoring in het medisch schooltoezicht zullen beschikbaar zijn in de lente van 1991.

4. Actieve bevolking

Vooraf in het kader van de gezondheidspromotie is er doelgerichte aandacht voor het gezondheidsrelevant gedrag van de actieve bevolking. Kankerpreventie, met bijzondere aandacht voor kankers die bij vrouwen kunnen voorkomen, is daar een illustratie van.

Daarnaast wordt gesensibiliseerd voor een evenwichtig voedingspatroon, voor verstandige omgang met alcohol en voor verantwoordelijk seksueel gedrag.

Inzake sportmedische advisering dient het beleid bijgesteld te worden gelet op de maatschappelijke evolutie. Door de stijgende bewustwording dat een degelijke lichamelijke conditie essentieel is voor een goede gezondheid en psychisch evenwicht, neemt de sportbeoefening bij diverse categorieën van de bevolking gaandeweg toe. Ten gronde is dit een toe te juichen ontwikkeling. Nu ook steeds meer personen van 40 jaar en ouder sport beoefenen dringen zich een aantal voorzorgsmaatregelen op.

In het ontwerp-decreet inzake medisch verantwoorde sportbeoefening wordt aan deze doelgroep bijzondere aandacht geschonken. De sport-medische advisering zal deze groep deskundig dienen te begeleiden teneinde sportletsels en, in het slechtste geval, sportongevallen te voorkomen. Sportieve beweging is gezond op voorwaarde dat rekening wordt gehouden met de lichamelijke geschiktheid en de leeftijd van de beoefenaar.

Het spreekt vanzelf dat het au sérieux nemen van de actieve bevolking ook zijn weerslag heeft op de attitudevorming inzake gezondheid bij hun kinderen.

5. Bejaarden

Het bejaardenbeleid inzake gezondheidszorg spitst zich toe op een viertal krachtlijnen :

- het stimuleren van de zelfzorg ;
- het ondersteunen en coördineren van de thuiszorg ;
- het profileren van de eerste- en tweedelijns ambulante zorg ;
- het uitbouwen van een aangepaste intramurale zorg : verzorgend, geriatrisch en psyche-geriatrisch.

Een lang leven moet een waardig leven kunnen zijn. Waardig leven betekent een zo zelfstandig mogelijk leven. Een zelfstandig leven houdt in een maximum mogelijkheid aan maatschappelijke integratie. Een dergelijk programma veronderstelt een zacht geëchelonneerd voorzieningenbestel voor bejaarden.

Om deze redenen investeert de Vlaamse Gemeenschap in :

- de geriatrische opleiding van huisartsen. De huisartsen zijn immers bij uitstek de medische vertrouwenspersoon van de bejaarde ;
- de coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging. De thuissituatie is de meest soliede wijze van persoonlijk en maatschappelijk functioneren van de bejaarde. Een vlotte bundeling van de ambulante diensten kan een meerwaardig alternatief bieden voor de gespecialiseerde intramurale hulp en een noodzakelijk complement voor de inbreng vanuit de thuisverzorgers (gezins- en vrijwilligershulp) ;
- ambulante diensten van het tweedelijnstype zoals de centra voor geestelijke gezondheidszorg dienen eveneens getraind voor een aangepast aanbod inzake bejaardenhulp. Diverse experimenten en onderzoek willen deze dimensie in de centra inbouwen ;
- het opteren voor de zelf- en thuiszorg nemen niet weg dat vanaf een bepaald ogenblik een voldoende aanbod aan intramurale zorg dient voorhanden te zijn. Het optrekken van de programmatienorm van rust- en verzorgingsbedden van 2 tot 3 per duizend, op een regionaal evenwichtige wijze, is hier een eerste noodzakelijke doelstelling ;
- een bijzondere aandacht en prioriteit voor demente bejaarden in RVT-huizen en in psychiatrie is aangewezen.

6. Bijzondere risicogroepen

6.1 .Migranten en gezondheid

De integratie van migranten in de gezondheidszorg, vertoont een dynamische samenhang met de algemene graad van integratie in de maatschappij. De opvattingen over gezondheid alsook het gebruik van de bestaande gezondheids-

voorzieningen en de promotie van gezondheidsbevorderend gedrag zijn rechtstreeks evenredig met de mate van integratie van de migrant.

Hoe dan ook, de sociaal-culturele context determineert het gezondheidsrelevant gedrag. Gezondheidszorg toegankelijker maken voor migranten betekent een voldoende mate van vertrouwdheid met de cultuur van de patiënt en de wijze van communicatie in dat specifieke culturele milieu. Het inlevingsvermogen van de hulpverleners dient hierop ingesteld te zijn opdat de informatiedoorstroming betreffende gezondheidsvoorzieningen en hun werking wordt gewaarborgd.

Deskundigheidsbevordering van gezondheidswerkers is noodzakelijk. De interculturele vorming zal desgevallend een voorwaarde zijn voor subsidiëring en als dusdanig in de overeenkomst of het toelagebesluit opgenomen worden. Op lange en middellange termijn kan een hogere deelname van migranten aan de opleiding van medische en paramedische beroepen in het vooruitzicht gesteld worden. Hun inschakeling in de gezondheidsvoorzieningen is een meer afdoende oplossing. In afwachting zullen interculturele medewerkers opgeleid en ingeschakeld worden om de communicatie tussen de hulpverlener en de migrant mogelijk te maken en te optimaliseren.

Uit onderzoek blijkt dat migranten bijzondere aandacht verdienen inzake perinatale zorg ; de beleidsbrief ter zake verwijst hier expliciet naar. Bijkomende gegevens hieromtrent en mogelijke oplossingen dienen verzameld en opgevolgd te worden via aangepaste registratie.

Ook de toxicomanie is een bijzonder aandachtspunt voor de migranten. Nader onderzoek en de samenwerking tussen de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de preventiewerkers gecoördineerd door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, moeten gegevens opleveren voor de beste benadering ter zake van de migrantenpopulatie.

De negatieve gevolgen voor de gezondheid van onaangepaste tot slechte huisvesting kunnen door de **gezondheidsinspectie** beter worden bewaakt. De gemeenteverhuden dienen ter zake hun verantwoordelijkheid op te nemen.

6.2. Vrijwilligers

De vrijwilligers vormen een belangrijke schakel in een kwaliteitsvolle en humane gezondheidszorg.

Voor deze niet-professionele hulpverleners is een zekere vorm van opleiding wenselijk, doch aangepast aan hun niveau en voor de taken die zij wensen te vervullen. Dit stelt hen in staat de beste zorgen te geven en leert hen met de patiënt, de familie en de professionele hulpverleners te communiceren. Ondanks hun vrijwillige inzet, is het niettemin wenselijk dat zij voor bepaalde risico's verzekerd worden en een zekere vergoeding krijgen voor hun verplaatsing.

Binnen de gezondheidssector worden een aantal initiatieven gesteund die met vrijwilligers werken en hen voor een bepaalde opdracht opleiden. Zo kunnen o.m. de lokale Rode Kruis- en Vlaamse Kruis-afdelingen, de Aidstelefoon, het Foundationinitiatief met buddy-systeem voor Aidspatiënten, de Kraamcentra, de Diensten voor Palliatieve Zorgen vermeld worden.

In het nieuwe Executievebesluit houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisgezondheidszorg, worden de **vrijwilligersorganisaties** uitdrukkelijk betrokken bij de werking van de samenwerkingsinitiatieven en deze laatste stimuleren om vrijwilligers in te schakelen in de thuisgezondheidszorg.

VI. BESLUITEN

De bevoegdheidsspecialist die met budgettaire **dubbelglazen** naar het territorium volksgezondheid van de gemeenschap kijkt, zou het kunnen hebben over een half leeg glas. De gemeenschappen hebben inzake volksgezondheid inderdaad geen volle bevoegdheid.

De positieve gezondheidsdenker, die de bevoegdheid van de gemeenschappen inzake gezondheidszorg zou analyseren in termen van maximale bijdrage voor de gezondheidsverbetering zal optimistisch spreken over een vol glas aan uitdagingen.

Hoe met beperkte (overheids)middelen de gezondheids-toestand van de bevolking verbeteren? Hoe dure ziektebestrijding vermijden door betere gezondheidszorg te promoten? Meer investeren om het curatieve te vermijden is beter dan minder in het curatieve te investeren. Van ziektebestrijding naar gezondheidsbevordering.

Geplaatst worden voor een dergelijke uitdaging is de situatie waarin de gemeenschappen zich nu in België bevinden. Bevoegdheidsschaarste, die van tijdelijke, conjuncturele aard is, aanwenden tot een creatief maatschappelijk antwoord. Hoe de gezondheidszorg minder vermaatschappelijken en meer responsabiliseren? Hoe de cultuur van het langer leven niet als een maatschappelijke eis, niet als een afdwingbaar recht maar als een persoonlijke opdracht beschouwen? Hoe de dwangmatige eis van het tijdelijke eeuwig te maken, veranderen in het eeuwige tijdelijk te zien? Hoe de cultuur van de gezondheidszorg te interioriseren tot een cultuur van de zelfzorg?

In de ombuiging van het curatieve geweld naar de aanhoudende gezondheidspromotie, ligt een geweldige taak weggelegd met een grote eigentijdse waarde. De invulling die hieraan zal worden gegeven is zeker zo betekenisvol als het bestrijden van de differentiële regionale gezondheidsbestedingen en het bepleiten van een meer zinvolle bevoegdheidsopdeling in het federale België.

Binnen de Vlaamse Gemeenschap is hiervoor een aanzet gegeven, door de gezondheidspromotie als expliciet doel te stellen en een begin te maken van een systeem van gezondheidsbewaking op basis van de bestaande instrumenten. Door de voorhanden zijnde hefboomen ten volle te valoriseren, door individuele prestaties om te buigen tot zinvolle macro-informatie, zullen wij de weg effenen voor een meer evenwichtige en aangepaste 21-eeuwse gezondheidszorg waarin de mens centraal zal blijven staan, met aanvaarding van “la condition humaine”, dit is erkenning van de mens zoals hij is : erfelijk en sterfelijk.

VII. STATISTISCHE GEGEVENS

Geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie

Tabel : Evolutie van de begroting van de Vlaamse Gemeenschap

(in miljoenen franken)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Fonds Bouw der ziekenhuizen (investeringen)	1.569,0	1.966,0	2.226,6	2.286,6	2.286,0	2.286,0
Centra geestelijke gezondheidszorg (werkings- en personeelstoelagen)	345,5	374,9	399,0	440,0	483,7	610,9

Niettegenstaande sinds 1988 een strak budgettair beleid inzake investeringen gevoerd wordt door de Vlaamse Gemeenschap, kon de dotatie aan het Fonds voor de Bouw van Ziekenhuizen op hetzelfde niveau gehandhaafd blijven.

De subsidiëring voor de ambulante sector kende, mede dankzij interne verschuivingen binnen eigen budget, wel een hoog stijgingsritme. De subsidiëring nam tussen 1988 en 1990 toe met 170,9 miljoen frank hetzij met 38,8 %.

Tabel : Spreiding van de erkende CGG in Vlaanderen
(Executievebesluit van 6 juli 1988).

Provincie	Programm. norm (1)	Aantal erkende centra 1988	1990	Aantal erkende prestatie- uren 1988	1990
West-Vlaanderen	21	13	13	2.635	2.750
Oost-Vlaanderen	26	19	21	3.934	4.199
Antwerpen	31	19	20	4.329	4.504
Vlaams-Brabant	18	8	9	1.608	1.872
Brussel	5		7		1.605
Limburg	14	11	13	2.075	2.202
Totaal	110	70	83	14.581	17.132

(1) 1 centrum per 50.000 inwoners.

Het aantal erkende centra nam tussen 1988 en 1990 toe met 12. Hierin zitten de 7 Brusselse centra begrepen die voor een unicommunautair statuut opteerden. In geen enkele provincie wordt de programmatie overschreden.

Thuisgezondheidszorg

Tabel : Erkende diensten voor thuisverpleging
(Executievebesluit 6 oktober 1988)

Provincie	Wit-Gele Kruis	SOVER- VLAGE	Solida- riteit voor het Gezin	Totaal
Antwerpen	36	11	2	49
Brabant	18	6	1	25
Limburg	18	12	—	30
Oost-Vlaanderen	21	22	32	75
West-Vlaanderen	10	6	5	21
Totaal	103	57	40	200

Tabel : Erkende samenwerkingsinitiatieven

Provincie	Wit-Gele Kruis	SOVER- VLAK	Solida- riteit voor het Gezin	Totaal
Antwerpen	9	2	—	11
Brabant	8	—	—	8
Limburg	4	3	—	7
Oost-Vlaanderen	12	3	1	16
West-Vlaanderen	1	1	1	3
Totaal	34	9	2	45

De aanvraag tot erkenning van diensten en samenwerkingsinitiatieven dient te gebeuren via groeperingen. Het aantal subsidieerbare samenwerkingsinitiatieven is door het ministerieel besluit van 14 oktober 1988 geplafoneerd op 60 voor het hele Vlaamse land. De thuisverpleging is vooral sterk uitgebouwd in Oost-Vlaanderen en in Antwerpen.

Medisch schooltoezicht

Tabel : Verdeling over de verschillende subsidie categorieën

	Schooljaar '86-'87	Schooljaar '87-'88	Schooljaar '88-'89
Wedde artsen	180.922.202	185.218.291	192.285.889
Wedde verpleegkundigen	164.676.941	164.814.799	170.690.336
Vervoer	33.379.240	32.810.888	33.137.022
Werkingsstoelage	237.224.790	235.179.853	237.676.526
Totaal	616.203.173	618.023.831	633.789.773

Medisch schooltoezicht

Tabel : Tetanos-vaccinaties — Schooljaar 87 — 88

	3e kleuterklas	1e leerjaar	3e secundair	4e secundair	Andere
Totaal aantal personen in elke doelgroep	0	5.275	23.396	21.317	22.040
Aantal personen voor verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	0	727 13,79 %	7.622 32,58 %	7.852 36,84 %	7.780 35,30 %
Aantal personen na verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	0	2.152 40,80 %	2.305 9,85 %	2.234 10,48 %	4.365 19,80 %
Aantal personen verwezen naar behandelend arts waarover geen nadere informatie	0	870 16,50 %	3.699 15,81 %	3.764 17,66 %	4.075 18,49 %
Aantal personen door de equipe gevaccineerd	0	959 18,18 %	7.833 33,48 %	6.945 32,59 %	5.460 24,77 %
Manifeste weigeringen tot vaccinatie	0	567 10,75 %	1.937 8,28 %	522 2,45 %	360 1,63 %

Tabel : Tetanos-vaccinaties — Schooljaar 88-89

	3e kleuterklas	1e leerjaar	3e secundair	4e secundair	Andere
Totaal aantal personen in elke doelgroep	1.034	3.821	21.821	22.296	25.526
Aantal personen voor verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	191 18,47 %	615 16,10 %	7.896 36,18 %	9.872 44,28 %	10.999 43,09 %
Aantal personen na verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	97 9,38 %	2.122 55,54 %	1.842 8,44 %	1.894 8,49 %	3.086 12,09 %
Aantal personen verwezen naar behandelend arts waarover geen nadere informatie	2 0,19 %	679 17,77 %	3.586 16,43 %	3.417 15,33 %	4.687 18,36 %
Aantal personen door de equipe gevaccineerd	744 71,95 %	282 7,38 %	7.610 34,87 %	6.745 30,25 %	6.499 25,46 %
Manifeste weigeringen tot vaccinatie	0 0,00 %	123 3,22 %	877 4,06 %	449 2,01 %	275 1,08 %

Tabel : Rubella-vaccinaties — Schooljaar 87 — 88

	Meisjes 11 jaar	Niet-immune of niet-gevaccineerde meisjes van 12 jaar	Vrouw. kleuter- leidsters op reproductieve leeftijd	Vrouw. pers. leden op reproductieve leeftijd in K.O. en L.O.	Vrouw. leerlingen in le jaar kinderverz . kleuter- en lager normaal onderwijs	Andere
Totaal aantal personen in elke doelgroep	22.616	3.900	138	121	341	2.855
Aantal personen voor verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	1.659 6,74 %	580 14,78 %	52 37,68 %	54 44,63 %	248 72,73 %	1.416 46,6 %
Aantal personen na verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	2.546 10,3 %	444 11,38 %	0 0 %	8 6,61 %	9 2,64 %	115 4,03 %
Aantal personen verwezen naar behandelend arts waarover geen nadere informatie	1.015 4,12 %	262 6,72 %	12 8,70 %	28 23,14 %	55 16,13 %	531 18,6 %
Aantal personen door de equipe gevaccineerd	17.307 70,3 %	2.247 57,62 %	0 0 %	0 0 %	1 0,29 %	361 12,6 %
Aantal personen met positieve immuniteitsproef waarvoor geen vaccinatie werd uitgevoerd	1.583 6,43 %	270 6,92 %	73 52,90 %	31 25,62 %	26 7,62 %	427 14,9 %
Manifeste weigeringen tot vaccinatie	506 2,06 %	97 2,49 %	1 0,72 %	0 0 %	2 0,59 %	5 0,18 %

Tabel : Rubella-vaccinaties — Schooljaar 88-89

	Meisjes 11 jaar	Niet-immu- ne of niet- gevaccineer- de meisjes van 12 jaar	Andere
Totaal aantal personen in elke doelgroep	24.701	4.513	6.081
Aantal personen voor verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	1.828 7,40 %	501 11,10 %	4.104 67,49 %
Aantal personen na verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	2.785 11,27 %	535 11,85 %	143 2,35 %
Aantal personen verwezen naar behandelend arts waarover geen nadere informatie	1.141 4,62 %	265 5,87 %	744 12,23 %
Aantal personen door de equipe gevaccineerd	17.276 69,94 %	2.572 56,99 %	221 3,63 %
Aantal personen met positieve immuniteits- proef waarvoor geen vaccinatie werd uitgevoerd	1.157 4,68 %	572 12,67 %	870 14,31 %
Manifeste weigeringen tot vaccinatie	514 2,08 %	68 1,51 %	9 0,15 %

Tabel : Hepatitis B-vaccinaties — Schooljaar 87-88

	2e jaar ver- pleegkund. richtingen	2e jaar kinderver- zorgster	2e jaar klinisch laborant	mentaal ge- handicapte kinderen verblijvend in MPI	Andere
Totaal aantal personen in elke doelgroep	1.975	36	317	57	976
Aantal personen voor verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	25 1,22 %	0 0 %	0 0 %	2 3,51 %	5 0,51 %
Aantal personen na verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	249 12,61 %	0 0 %	37 11,67 %	0 0 %	160 16,39 %
Aantal personen verwezen naar behandelend arts waarover geen nadere informatie	130 6,58 %	3 8,33 %	0 0 %	0 0 %	12 1,09 %
Aantal personen door de equipe gevaccineerd	1.482 75,65 %	32 88,89 %	274 86,44 %	55 96,49 %	746 76,43 %
Aantal personen met positieve immuniteits- proef waarvoor geen vaccinatie werd uitgevoerd	31 1,57 %	1 2,78 %	0 0 %	0 0 %	22 2,25 %
Manifeste weigeringen tot vaccinatie	58 1,62 %	0 0 %	6 1,89 %	0 0 %	31 3,18 %

Tabel : Hepatitis B-vaccinaties — Schooljaar 88-89

	2e jaar ver- pleegkund. richtingen	2e jaar kinderver- zorgster	2e jaar klinisch laborant	mentaal ge- handicapte kinderen verblijvend in MPI	Andere
Totaal aantal personen in elke doelgroep	2.281	171	287	9	1.894
Aantal personen voor verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	33 1,45 %	1 0,58 %	1 0,35 %	0 0,0 %	98 5,12 %
Aantal personen na verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	127 5,57	7 4,09 %	25 8,71 %	0 0,0 %	156 8,24 %
Aantal personen verwezen naar behandelend arts waarover geen nadere informatie	116 5,09 %	1 0,58 %	0 0,0 %	0 0,0 %	316 16,58 %
Aantal personen door de equipe gevaccineerd	1.920 84,17 %	162 148,5 %	257 89,55 %	9 100,0 %	1.211 59,29 %
Aantal personen met positieve immuniteits- proef waarvoor geen vaccinatie werd uitgevoerd	25 0,92 %	0 0,0 %	2 0,70 %	0 0,0 %	7 0,37 %
Manifeste weigeringen tot vaccinatie	60 2,63 %	0 0,0 %	2 0,70 %	0 0,0 %	106 5,54 %

Tabel : Bof — mazelen — rubella (Trivalent vaccin)
Schooljaar 87-88

	Kinderen le kleu- terklas waarbij een inhaalvaccinatie aangewezen is	Andere
Totaal aantal personen in elke doelgroep	10.372	3.201
Aantal personen voor verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	8.465 81,61 %	2.318 72,41 %
Aantal personen na verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	141 1,36 %	78 2,44 %
Aantal personen verwezen naar behandelend arts waarover geen nadere informatie	1.606 15,48 %	795 24,84 %
Aantal personen door de equipe gevaccineerd	0 0,0 %	0 0,0 %
Manifeste weigeringen tot vaccinatie	51 0,49 %	10 0,31 %

Tabel : Bof — mazelen — rubella (Trivalent vaccin)
Schooljaar 88-89

	Kinderen le kleu- terklas waarbij een inhaalvaccinatie aangewezen is	Andere
Totaal aantal personen in elke doelgroep	14.348	8.029
Aantal personen voor verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	11.933 83,17 %	6.083 75,76 %
Aantal personen na verwijzing gevaccineerd door behandelend arts, gekend door equipe	222 1,55 %	335 4,17 %
Aantal personen verwezen naar behandelend arts waarover geen nadere informatie	2.138 14,90 %	1.591 19,82 %
, Aantal personen door de equipe gevaccineerd	14 0,10 %	0 0,0 %
Manifeste weigeringen tot vaccinatie	41 0,29 %	20 0,25 %

Tabel : Subsidieerbare personeelsleden

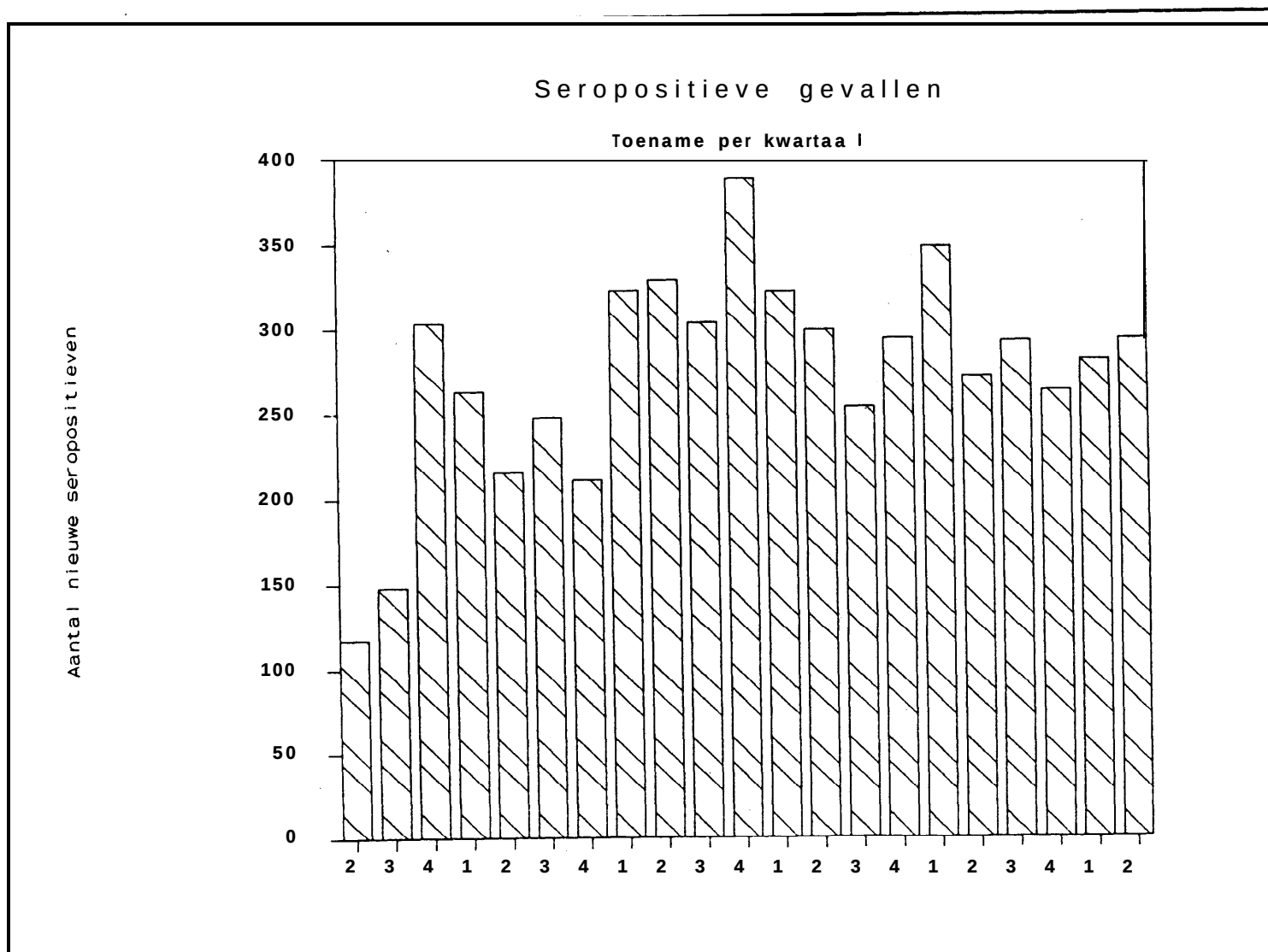
	Schooljaar '86-'87	Schooljaar '87-'88	Schooljaar '88-'89
Aantal artsen	372	348	357
Aantal verpleegkundigen	259	251	253
Aantal bedienden	281	272	267
Voltijds equivalente artsen	151,40	148,67	147,24
Voltijds equivalente verpleegkundigen	151,40	148,67	147,24
Voltijds equivalente bedienden	96,89	95,15	94,23

Tabel : Overzicht van de Algemeen Preventieve en bijkomende onderzoeken

	Schooljaar '86-'87	Schooljaar '87-'88	Schooljaar '88-'89
Kleuter APO	126.199	119.616	118.382
Lager APO	120.240	121.840	122.929
Secundair APO	189.351	185.620	181.500
Hoger APO	24.468	24.903	24.825
Totaal Alg. Prev. Onderzoeken	460.258	451.979	447.635
+ 5 % bijkomende onderzoeken	24.224	23.788	23.560
TOTAAL ONDERZOEKEN	484.482	475.767	471.195

Aidspreventie

Grafiek : Toename van het aantal seropositieve gevallen



Het aantal gekende seropositieven is in bovenstaande grafiek opgenomen vanaf het 2de kwartaal 1985 tot en met het 2de kwartaal 1990. Leeftijd en geslacht zijn gekend van 4.291 personen, hiervan zijn er 3.047 van het mannelijk geslacht en 1.244 van het vrouwelijk geslacht.

II. Algemene bespreking

Eerst en vooral dient vermeld dat elke spreker de **Gemeenschapsminister** dankt voor de verzorgde en informatieve uiteenzetting en hem feliciteert voor het gevoerde beleid.

DE BEVOEGDHEDEN EN DE STAATSHERVORMING

Verschillende leden drukken hun bezorgdheid uit over de ingewikkelde bevoegdheidsafbakening inzake gezondheidsbeleid, enerzijds inzake de toepassing in praktijk van artikel 5, § 1, I — „wat het gezondheidsbeleid betreft” en anderzijds wat de bevoegdheidsafbakening tussen de diverse Executieverleden betreft.

De Gemeenschapsminister antwoordt dat inzake gezondheidszorg de bevoegdheidsverdeling zeer complex is. Zowel tussen het nationale niveau en het gemeenschapsniveau als tussen de leden van de Vlaamse Executieve zelf ligt een precieze afbakening moeilijk.

Zo kent gezondheidszorg onder meer raakvlakken met leefmilieu, welzijn, cultuur en onderwijs.

Om deze moeilijkheden op te vangen werden tussen de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten (leefmilieu) protocols afgesloten, samenwerkingsakkoorden ondertekend en interministeriële conferenties belegd.

Hij stelt zich overigens de vraag of bij een eventuele afslanking van de Vlaamse Executieve na de proportionaliteitsperiode (4 jaar) en het verdwijnen van de zogenaamde keuzepakketten (bijzondere wet van 8 augustus 1980, gewijzigd bij de wet van 8 augustus 1988) het intern bevoegdheidsprobleem niet substantieel zal zijn opgevangen.

Ten slotte breekt hij een lans opdat de Commissie ter zake meer diepgaand onderzoek zou verrichten.

SAMENWERKINGSOVEREENKOMSTEN

Een lid is van oordeel dat, niettegenstaande de samenwerkingsovereenkomsten, het wel de Gemeenschapsminister bevoegd voor de Volksgezondheid is die wikt, maar dat het de nationale Minister voor Sociale Zaken is die nog steeds beschikt. Hij heeft dan ook de indruk dat de intentie om het Vlaamse Gezondheidsbeleid te aligneren op het nationaal beleid niet hard kon worden gemaakt.

Meer in het bijzonder verwijst hij naar het eerste algemeen protocol met betrekking tot het te voeren gezondheidsbeleid dat de Vlaamse Gemeenschapsminister van Volksgezondheid op 16 juni 1989 met zijn collega's van de Franse en Duitstalige Gemeenschap en met de nationale Minister van Sociale Zaken afsloot.

Men heeft hier moeten vaststellen dat de nationale overheid geen uitvoering heeft gegeven aan dit protocol.

In dit verband wordt dieper ingegaan op enerzijds de RVT-problematiek en de evaluatie van de V-diensten en anderzijds het reconversiebeleid in de psychiatrie :

a) de RVT-problematiek en de evaluatie van de V-diensten

Rekening houdend met de grote vraag naar RVT-bedden en het feit dat patiënten die hetzelfde ziekteprofiel vertonen

niet op dezelfde zorgenverlening zouden kunnen rekenen, moet volgens een lid worden geijverd om de voorbijgestreefde norm van 2/1.000 tot 3/1.000 op te trekken. Is er ter zake reeds overleg geweest en wat waren, in bevestigend geval, de resultaten ? Quid wat de reconversie van de V-bedden betreft ?

Een ander lid sluit zich hierbij aan.

Wat meer in het bijzonder de onzekerheid inzake de V-diensten betreft, wijst een lid erop dat hij reeds in 1987 de bevoegde nationale Minister ter zake interpelleerde en hem destijds werd geantwoord dat de zaak werd onderzocht. Blijkbaar is het resultaat van dit onderzoek nog steeds niet bekend.

Nog een ander lid is van mening dat de idee van een verhoging van het aantal RVT-bedden gepaard gaande met een vermindering van het aantal ziekenhuisbedden in wezen zeer goed was. De begroting — zowel de nationale als deze van de gemeenschap — moet immers betaalbaar blijven. In dit verband verwijst hij ook naar de voortdurende vergrijzing van de bevolking : over vijftig jaar zal België 8,5 miljoen inwoners tellen met tweemaal zoveel bejaarden als jongeren beneden de 20 jaar. Daarenboven zullen uiteraard ook de kredieten bestemd voor de pensioenen stijgen. Hij besluit met te stellen dat hoe dan ook in de gezondheidszorg zal moeten worden bespaard.

De Gemeenschapsminister antwoordt dat het de bedoeling is de normen inzake RVT-bedden te herzien in het licht van de enquêtes rond de V-diensten.

Totnogtoe zag de nationale Minister van Sociale Zaken de aanpassing van de RVT-normen niet als een prioriteit. In dit verband zal op 4 december 1990 wel een vergadering plaatshebben waarop langs Vlaamse zijde zal worden gevraagd om 2/1.000-norm naar 3/1.000 op te trekken.

Volledigheidshalve wijst hij er nog op dat er op dit ogenblik aanvragen binnen zijn voor 6.000 bijkomende RVT-bedden en de optrekking van de norm meer dan verantwoord is, temeer daar in rusthuizen zeker nog 20.000 personen verblijven die beantwoorden aan de RVT-criteria.

Wat de V-diensten betreft antwoordt de **Gemeenschapsminister** dat naar verluidt de nationale Minister van Sociale Zaken zal concluderen dat de V-bedden maximaal zullen worden gereconverteerd. Voor Vlaanderen zou dit een afbouw van ongeveer 2.500 naar ongeveer 1.600 bedden betekenen.

Ten slotte merkt hij nog op dat ook bij de V-diensten **heelwat** personen zijn opgenomen die in feite RVT-patiënten zijn.

b) Het reconversiebeleid in de psychiatrie

Een lid herinnert er vooreerst aan dat bovenvermeld algemeen protocol ook de grote krachtlijnen vastlegde met betrekking tot het reconversiebeleid in de psychiatrie en dit luik van het protocol werd gerealiseerd via een reeks koninklijke en ministeriële besluiten (10 juli 1990) die enerzijds een verplichte en anderzijds een vrijwillige afbouw van bedden in psychiatrische instellingen en diensten in algemene ziekenhuizen regelt.

Het lid vreest dat, net zoals dit voorheen in de **ziekenhuis**-sector gebeurde, de intramurale sector zal afbouwen, maar dat onvoldoende middelen zullen worden uitgetrokken om de extramurale sector uit te bouwen.

Ten slotte vraagt nog hetzelfde lid of de Vlaamse Commissie voor Ziekenhuisprogrammering ter zake advies uitbracht en, zo ja, wat dit advies inhoudt ?

Een ander lid snijdt dan het probleem van de **investeringskredieten** aan en meer bepaald de verhouding tussen de openbare- en privé-sector.

In dit verband stelt hij vast dat voor het begrotingsjaar 1990 de openbare ziekenhuizen recht hadden op 25 % van de kredieten en de privé-ziekenhuizen 75 %. Dit werd destijds geargumenteed met te stellen dat de openbare sector minder dossiers indiende en er met betrekking tot de psychiatrie een overwicht bestond in de privé-sector. Voor het begrotingsjaar 1991 verkrijgen de openbare sector en de private sector hetzelfde van de kredieten. Quid ?

Ten slotte wil hij meer uitleg over 127 miljoen frank niet opgevraagde kredieten.

De Gemeenschapsminister zegt dat de Vlaamse Commissie voor Ziekenhuisprogrammering zopas met een aantal **experten-psychiaters** is bijeengekomen. Op de agenda stond het onderzoek van de eerste fase van de reconversie, met name de afbouw van een aantal chronische bedden. De plenaire zitting is voorzien voor 22 november 1990. Nu reeds kan worden gesteld dat naar alle waarschijnlijkheid het eerste reconversieplan nog dit jaar zal worden goedgekeurd.

Wat het probleem van de investeringskredieten betreft wijst de Gemeenschapsminister erop dat dit punt nog niet opgelost is. De Vlaamse Gemeenschap blijft met de beperktheid van haar kredieten zitten ; voor de begrotingsjaren 1991 en 1992 worden ter zake grote moeilijkheden verwacht.

Vooraf naar 1992 toe zijn, met het oog op het **reconversiebeleid** en de realisering van de desinstitutionalisering, grote investeringen in de gezondheidssector noodzakelijk.

De Gemeenschapsminister behandelt in deze samenhang het aspect van de verdeling van de investeringskredieten tussen de openbare en de private sector.

Vooreerst wijst hij erop dat voorrang verlenen aan de psychiatrie bij de Vlaamse Executieve een duidelijke **beleids**optie is. Ook uit de terreinkennis blijkt dat deze voorrang een „must” is.

Hij wijst erop dat de overgrote meerderheid van de psychiatrische instellingen behoren tot de privé-sector.

In de openbare sector kan men slechts de openbare psychiatrische ziekenhuizen van Geel en Rekem, alsmede het OCMW-psychiatrisch ziekenhuis van Antwerpen vermelden.

Kortom, een eventueel overschot aan kredieten in de openbare sector kan om technische redenen niet naar de privé-sector worden overgebracht (terwijl precies in deze privé-sector tekort bestaat).

THUISVERZORGING

Een lid verklaart kennis te hebben genomen van het uiterst belangrijk ontwerp-besluit dat erop gericht is thuisverzorging te stimuleren en te professionaliseren. Het besluit zal op zijn tijd komen en beantwoordt aan een reële behoefte. Positief beschouwt hij vooral dat ook vrijwilligers bij de zaak zullen worden betrokken.

Hetzelfde lid stelt dan de volgende vragen :

1) hoe groot is het samenwerkingsverband (aantal inwoners per entiteit) ?

2) hoe zal inzake thuisverzorging de coördinatie verlopen ?

3) welke contacten werden reeds genomen ?

4) wordt het geneeskundig korps bij deze zaak betrokken en, zo ja, heeft men ter zake enige zekerheid over hun reële inbreng ?

Een ander lid stelt dan op zijn beurt een aantal vragen :

1) op welke wijze zal de zorgenbemiddelaar worden aange-wezen ?

2) zal de zorgenbemiddelaar zijn hulpverleners vrij kunnen kiezen of moet hij overeenkomsten afsluiten met verzorgings-instellingen op het terrein ?

3) hoe ziet de Gemeenschapsminister de relatie tussen de zorgenbemiddelaar en het zorgpakket³

Nog een ander lid breekt dan een lans om ter zake pluralistisch en niet-verzuilingsgericht te werk te gaan. Hij drukt de vrees uit dat de thuisverzorging wel eens de aanzet tot een zuiloverschrijdende werking zou kunnen zijn. Hij betreurt dat het OCMW bij het samenwerkingsverband slechts facultatief wordt betrokken.

Hij besluit met een warm pleidooi om alle diensten per regio verplicht te laten samenwerken, zodanig dat de versnippering niet verder zou blijven bestaan.

Ten slotte wijst een lid nog op het belang van de thuiszorg als instrument bij het preventief en integraal medisch model. De uitbreiding van de samenwerkingsverbanden juicht hij dan ook toe. De zorgenbemiddelaar zal er een scharnierfunctie vervullen.

In verband met de denkpiste naar de OCMW's toe, herinnert het lid er nog aan dat de organieke wet de beoogde samenwerking reeds voorzag.

Vervolgens wijst het lid erop dat, in tegenstelling met de Franse Gemeenschap die zich eerder technocratisch en curatief opstelt, de Vlaamse Gemeenschap voor het integrale preventieve model moet opteren. Dit medisch model is trouwens ook kostenbesparend. Ten slotte wijst hij erop dat ook het medicatiegebruik in Wallonië bij de Franstaligen hoger ligt dan in Vlaanderen.

In zijn antwoord wijst de Gemeenschapsminister er vooreerst op dat iedereen akkoord is dat de vroegere ongecoördineerde toestand niet verder kan. Hij voegt eraan toe dat het zijn **betrachting** is naar meer kleinschalige entiteiten te streven. Als streefdoel wordt de norm 25.000 inwoners per entiteit vooropgesteld. Deze norm werd reeds door de Inspectie van Financiën goedgekeurd. De Minister bevoegd voor de begroting moet echter nog zijn akkoord verlenen. Hij voegt eraan toe dat het ontwerpbesluit ook in een overgangsregeling van 1 jaar voorziet. Ter zake werd uiteraard overleg gepleegd met de structuren, inbegrepen de mutualiteiten.

Hij besluit met te stellen dat de ganse operatie ertoe strekt, veel meer dan voorheen, de patiënt centraal te stellen.

Wat de aanduiding van de zorgenbemiddelaar betreft, wijst hij erop dat ook hier het samenwerkingsverband predominant is. Meer dan één zorgenbemiddelaar is dus mogelijk. Hij voegt eraan toe dat hij deze beginfase als eerder experimenteel beschouwt en precies daarom nog geen werk werd gemaakt van een ontwerp van decreet op de thuisverzorging. De Gemeenschapsminister verwacht eveneens heel wat van de op te richten Hoge Raad voor de Thuisverzorging. Wat de medewerking van de huisartsen betreft, wijst hij erop dat

het Vlaamse huisartsenforum een bevoorrechte gesprekspartner is en de Vlaamse huisartsen duidelijk achter bovenvermeld ontwerp-besluit staan.

Ten slotte voegt hij eraan toe dat de zorgenbemiddelaar niet noodzakelijk een geneesheer moet zijn.

Wat de al dan niet verplichte medewerking van de OCMW's betreft, wijst hij erop dat via de Belgische Vereniging van Steden en Gemeenten over deze aangelegenheid grondig van gedachten werd gewisseld. Geopteerd werd echter voor de medewerking van de OCMW's, met dien verstande dat in de huidige voorwaarden hun verplichte medewerking nog niet wordt ingeschreven. Wel werd een oproep gedaan om de OCMW's in de samenwerkingsverbanden als bevoorrechte partners in te schakelen. In dit verband wijst hij er nog op dat bij een verplicht samenwerkingsverband van 25.000 inwoners per entiteit OCMW's verspreid over verschillende gemeenten tot blokkering zouden kunnen overgaan.

Op de vraag hoe het overlegplatform wordt gevormd, antwoordt de Gemeenschapsminister dat het onder meer zal bestaan uit :

- a) de groep thuisverzorgers ;
- b) het centrum voor maatschappelijk werk ;
- c) de dienst voor bejaarden- en gezinshulp ;
- d) de vertegenwoordigers van de huisartsen uit de streek ;
- e) de vertegenwoordigers van diverse paramedische beroepen ;
- f) de groep apothekers.

Hij voegt eraan toe dat een rapport aan de Minister noodzakelijk zal zijn om erkenning te bekomen. In dit rapport zal men daarenboven ook moeten uiteenzetten waarom eventueel bepaalde groepen niet in aanmerking kunnen komen.

NORMEN ZIEKENHUIZEN

Het gerucht loopt dat de huidige 150-beddennorm zowel voor de openbare als voor de privé-ziekenhuizen tot 200 zal worden opgetrokken. Quid ?

De Gemeenschapsminister bevestigt dat er gedacht wordt aan de verhoging van de norm van 150 tot 200. Operationeel gesproken is men echter absoluut nog niet zover.

Het vorige lid meent dan te weten dat heel wat Vlaamse M-diensten (moederhuizen) de norm van 400 bevallingen per jaar niet halen en bij toepassing van deze nationale norm de Gemeenschapsminister verplicht zal zijn een aantal M-diensten te sluiten.

In dit verband wijst hij erop dat thans het geboortecijfer in Vlaanderen laag ligt en bijgevolg de kans reëel is dat heel wat diensten aan de vooropgestelde maatregel niet zullen ontsnappen. Quid ?

De Gemeenschapsminister bevestigt dat er een brief bestaat van de nationale Minister van Sociale Zaken om voor de M-diensten de bestaande reglementering toe te passen. Voor de Vlaamse Gemeenschap zijn er 11 diensten op een totaal van 86 die niet aan de norm van 400 bevallingen per jaar geraken (jaar 1989).

Hij vreest dan ook dat sommige diensten zullen moeten worden gesloten. Ter zake heeft hij deze instellingen aangeschreven met het oog op het vinden van een oplossing, met name het onderzoek naar de bij het KB van 30 januari 1989

voorzien afwijkings- of herstructureringsmogelijkheden. Indien mogelijk zal de Gemeenschapsminister in een overgangsregeling van 3 jaar voorzien.

Na er te hebben aan herinnerd dat hij uiteraard verplicht is de nationale reglementering toe te passen, stelt hij nochtans dat het zijn bedoeling is in deze aangelegenheid de nationale Minister van Sociale Zaken een globaal plan voor te leggen.

Vervolgens breken vele leden nog een lans enerzijds voor een reglementering van de samenwerking tussen de diensten en anderzijds voor een diversifiëring van de diensten zelf.

Ten slotte meent een lid er te moeten aan herinneren dat de uiteindelijke prioriteit van de beslissingen bij de politici zelf ligt.

DRUG- EN ALCOHOLPROBLEMEN

Een lid vraagt welke bijdrage de Gemeenschapsminister kan leveren in het drug- en alcoholprobleem. Meer in het bijzonder denkt hij aan de MST-diensten (medisch schooltoezicht).

Een ander lid pleit voor meer coördinatie tussen het preventief beleid en de ambulante sector.

Vervolgens verklaart dit lid inzake preventie problemen te hebben met de situering van de verschillende niveaus van de welzijnszorg, meer in het bijzonder wat de centra van geestelijke gezondheidszorg betreft.

Een ander lid voegt daaraan toe dat vooral de grens tussen de preventieve en de curatieve zorg of hulpverlening zeer moeilijk ligt.

Ten slotte vraagt dit lid hoe het categoriaal beleid naar kinderen en jeugd zal worden doorgevoerd.

De Gemeenschapsminister antwoordt dat de preventiewerkers voor drug- en alcoholproblemen thans definitief in de centra voor geestelijke gezondheidszorg zijn opgenomen, waar zij nu reeds meer dan twee jaar hebben gefunctioneerd. Hun statuut is thans gelijkwaardig aan dat van het personeel van de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

De opdracht van de centra voor geestelijke gezondheidszorg ligt gedeeltelijk op het preventieve vlak, en gedeeltelijk in de tweedelijnszorg. De materie is inderdaad complex. In een volgende fase zal men streven naar coördinatie over de diverse departementen heen. Thans blijft men beperkt tot ordenen, coördineren en het uitzetten van beleidslijnen waarbinnen mensen moeten kunnen functioneren.

ZELFDODINGEN

Een lid wijst erop dat in ons land het aantal zelfmoorden heel hoog ligt. Hij vraagt of reeds werd gepeild naar de specifieke factoren die aan de grondslag liggen. Quid ?

De Gemeenschapsminister antwoordt dat dit probleem voor het beleid niet rechtstreeks vatbaar is, en dat dan ook moeilijk een concreet maatregelenpakket kan worden voorgesteld voor dit complex probleem. Ter zake bestaat er wel een recente UIA-studie die hij zal laten nakijken.

III. Bespreking secties en artikelen

A. Secties :

Sectie 10 — Kabinetsuitgaven van de **Gemeenschapsminister** van Volksgezondheid en Brusselse Aangelegenheden

Bij deze sectie worden geen vragen gesteld op opmerkingen geformuleerd.

Sectie 58 — Volksgezondheid

Koninklijke Academie voor Geneeskunde en Centra voor Antropogenetica

Een lid vraagt waarom kredieten bestemd voor de Koninklijke Academie voor Geneeskunde (BA 110358 en BA 123258) en toelagen bestemd voor de erkende centra voor Antropogenetica (BA 333458 en BA 430158) werden opgesplitst.

De Gemeenschapsminister antwoordt dat de reden begrotingstechnisch is, en een onderscheid moet worden gemaakt tussen de openbare sector en de private sector.

Perinataal onderzoek

Hetzelfde lid vraagt waartoe de 24 miljoen frank niet-gesplitste kredieten voor „Studies en onderzoekingen i.v.m. het gezondheidsbeleid” dienen (BA 122158).

De Gemeenschapsminister preciseert dat met de kredietverhoging hoofdzakelijk het perinataal onderzoek zal worden gestimuleerd.

Sectie 59 — Medisch-sociaal beleid

Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

Inzake de centra voor geestelijke gezondheidszorg vraagt een lid waarom niet eerder wordt geopteerd om de bestaande centra uit te breiden in plaats van een aantal nieuwe centra op te richten.

De Gemeenschapsminister wijst erop dat de twee voorbije jaren weliswaar werd ingegaan op de noodzakelijke erkenning van drie nieuwe centra (Vilvoorde, Maaseik, Ninove), maar dat voor het begrotingsjaar 1991 voorrang wordt verleend aan de uitbreiding van de bestaande equipes en dit ten belope van het geraamde saldo van circa 30 miljoen frank.

Medisch schooltoezicht

Een lid vraagt waarom de kredieten voor het medisch schooltoezicht voor het betoelaagd onderwijs met ongeveer 12 procent stijgen en deze voor de openbare instellingen belast met het medisch schooltoezicht met slechts ongeveer 4 procent.

De Gemeenschapsminister herinnert er vooreerst aan dat het medisch schooltoezicht onder diverse departementen is terug te vinden.

Ter zake is hij echter van mening dat het volledig schooltoezicht voor de 3- tot 18-jarigen best onder het gezondheidsbeleid zou ressorteren. Thans vallen de PMS-centra onder de Argo ; in het betoelaagd onderwijs ressorteert het medisch schooltoezicht onder het Vlaams departement bevoegd voor de Volksgezondheid.

Ten slotte voegt hij eraan toe dat het relatief hoge procentuele verschil onder meer te wijten is aan enerzijds het treffen van een aantal positieve maatregelen met betrekking tot relatiebekwaamheid en sexualiteitsbeleving die ingevolge een beslissing van de Vlaamse Executieve met ingang van 1 september 1990 aan de centra voor medisch schooltoezicht werden opgedragen, en anderzijds aan de toekenning van eindejaarsloelagen voor de werknemers van de centra, net zoals dit voorheen reeds het geval was in de openbare sector.

Gezondheidspromotie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en Aidspreventie

Hetzelfde lid vraagt waarom een onderscheid wordt gemaakt tussen de basisallocatie 010159 — Allerhande uitgaven in verband met gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van de bevolking (niet-gesplitst krediet van 22,0 miljoen frank) en de basisallocatie 335859 — Toelagen ten behoeve van de gezondheidspromotie (niet-gesplitst krediet van 68,1 miljoen frank).

De Gemeenschapsminister wijst er vooreerst op dat voor het begrotingsjaar 1991 in totaal op deze posten 90,1 miljoen frank is voorzien, hetgeen een stijging impliceert van 19,5 miljoen frank ten opzichte van het begrotingsjaar 1990.

Het is de bedoeling reeds naar het begrotingsjaar 1992 toe deze kredieten onder één groot artikel te globaliseren. Om technische redenen heeft men echter voor het begrotingsjaar 1991 voor een overgangsregeling moeten opteren.

Vervolgens vraagt een lid hoeveel van de 68,1 miljoen frank niet-gesplitste kredieten bij de basisallocatie 335859 — Toelagen ten behoeve van de gezondheidspromotie — voor Aidspreventie zijn voorzien.

De Gemeenschapsminister verwijst inzake Aidspreventie naar de grafiek bij zijn inleidende uiteenzetting, met als titel „Toename van het aantal seropositieve gevallen”: Hieruit blijkt dat de stijging van het aantal seropositieve gevallen aanzienlijk blijft, maar wel trager is gaan toenemen.

Hij voegt eraan toe dat inzake de strijd tegen Aids en de Aidspreventie het principieel akkoord van de Minister van Sociale Zaken om de kosten van de werking van het Aidsreferentiecentra ten laste te nemen van de ziekteverzekering nieuwe perspectieven opent. Dit akkoord laat toe in de gezondheidspromotie en de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding de preventieopdracht als de meest uitgesproken verantwoordelijkheid van de Gemeenschap beter en effectiever uit te bouwen.

Inzake Aidspreventie worden voor het begrotingsjaar 1991 meer middelen vrijgemaakt. Een belangrijk gedeelte hiervan kadert in de gezondheidspromotie. In het geheel van de gezondheidspromotie is Aids een substantieel onderdeel. Daarenboven is het de bedoeling voor het begrotingsjaar 1992 inzake Aidspreventie nieuwe accenten te leggen. Voor het begrotingsjaar 1991 was de inschrijving bij de basisallocatie 335859 — Toelagen ten behoeve van de gezondheidspromotie — begrotingstechnisch niet anders mogelijk.

Vroegtijdige kankeropsporing

Inzake vroegtijdige kankeropsporing vraagt een lid naar de nieuwe accenten die ter zake worden gelegd.

De Gemeenschapsminister antwoordt dat op jaarbasis, net zoals in 1990, 61 miljoen frank is ingeschreven (basisallocatie 333059 ten belope van 44,1 miljoen frank niet-gesplitste kredieten en basisallocatie 430759 ten belope van 16,9 miljoen frank niet-gesplitste kredieten).

Inhoudelijk zal echter een groter accent worden gelegd op de primaire preventie. Ook zal de kankerregistratie en de noodzaak om de huisartsen (vanuit hun eerstelijnszorg) meer te betrekken bij de kankerpreventie, meer benadrukt worden.

De secundaire preventie zal volledig kaderen in het programma „Europa tegen kanker”.

Een lid wijst erop dat tuberculose weer zijn kop opsteekt en vraagt welke instantie ter zake voor de coördinatie zal instaan. Valt er daarenboven een wijziging naar de inhoud te verwachten ?

De Gemeenschapsminister antwoordt dat, inzake respiratoire gezondheidszorg, voor de Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding een belangrijke en ook coördineerde taak is weggelegd. In de loop van dit jaar heeft zich overigens een grondige wijziging voorgedaan in de doelstellingen van de Vlaamse Vereniging voor Tuberculosebestrijding (WT), hetgeen zich onlangs heeft vertaald in het aannemen van een nieuwe benaming : Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT). De oude VVT heeft inderdaad haar activiteiten uitgebreid in het domein van de niet-tuberculeuse respiratoire aandoeningen.

Financiering IPAC

In verband met de financiering van IPAC vraagt een lid of voor het begrotingsjaar 1990 de voorziene gelden reeds werden uitbetaald.

De Gemeenschapsminister antwoordt dat ter zake het besluit aan de Executieve wordt voorgelegd. In feite gaat het om een soort reglementair toelagebesluit *avant-la-lettre*.

Hij verbindt er zich daarenboven toe om voor het begrotingsjaar 1991 het besluit vroeger te laten opstellen en een regeling inzake voorschotten te voorzien, zodanig dat het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen niet verder als geldschietster zal moeten fungeren.

Aidspreventie

Een lid vraagt of er een concreet engagement bestaat om de 55 miljoen frank bijkomende middelen inzake gezondheidspromotie geheel of alleszins hoofdzakelijk aan Aidspreventie te besteden.

Ter staving van zijn verzoek wijst het lid erop dat uit recent Amerikaans onderzoek is gebleken dat de kans enorm groot blijft dat besmettingen tot Aids leiden (San Francisco, focusgroep, homo's).

Ten slotte breekt hetzelfde lid een lans om inzake Aidspreventie één afzonderlijk en duidelijk artikel in te schrijven in de plaats van uitgesplitste posten.

De Gemeenschapsminister antwoordt dat Aidspreventie ingekapseld zit in het geheel van de gezondheidspreventie. Alleszins zullen aan de Aidspreventie de nodige middelen worden verstrekt.

Ter zake zal worden gewerkt met een programma op lange termijn. Ten slotte wijst hij erop dat de Vlaamse Gemeenschap ook zal investeren in het nationaal Aids-researchprogramma.

Nog in verband met de Aidspreventie vraagt een ander lid of er wijzigingen konden worden vastgesteld in de gedragingen van de burgers.

De Gemeenschapsminister antwoordt dat uit onderzoek is gebleken dat ter zake attitude-veranderingen plaatsvonden.

Een lid illustreert dit door er op te wijzen dat, uitgezonderd bij heroïneprostituées, de preventieve attitude in prostitutie-middelen blijkaar perfect functioneert.

Vervolgens voegt de Gemeenschapsminister eraan toe dat vooral in de USA de drugsputers en hun sexuele partners de risico-groepen bij uitstek blijven.

Ten slotte wijst hij er nog op dat het zijn bedoeling is, kortelings in het kader van een globaal gezondheidspromotiebeleid, een Aidspreven'tienota bij de Vlaamse Raad in te dienen, dit wil zeggen een beleidsnota met in bijlage een concreet actieprogramma, dat uitgewerkt is door de Aids-en wetenschappelijke stuurgroep.

IV. Stemmingen

Ter stemming gelegd worden de decreetsartikelen over het gezondheidsbeleid en de kredieten bestemd voor de bestaans- en activiteitenprogramma's eenparig aangenomen door de 12 aanwezige leden.

Met dezelfde eenparigheid werd de conformiteit aan de administratieve begroting aangenomen.

De Verslaggever,

A. DENEIR

De Voorzitter,

W. PEETERS
