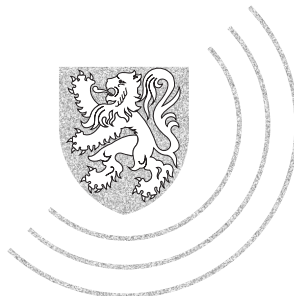


V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2003-2004

3 februari 2004

ONTWERP VAN DECREET

betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders

VOORSTEL VAN DECREET

– van mevrouw Ingrid van Kessel c.s. –

houdende organisatie, erkenning en subsidiëring van wijkgezondheidscentra

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen
uitgebracht door mevrouw Ria Van Den Heuvel**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : de heer Koen Helsen.

Vaste leden :

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

de heren Jacques Devolder, Koen Helsen, mevrouw Erna
Van Wauwe, de heer Bob Verstraete ;

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

de heren Carlo Daelman, Jan Van Duppen ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel ;

de heer Jan Roegiers.

Plaatsvervangers :

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

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

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

mevrouw Yamila Idrissi, de heer Chokri Mahassine ;

mevrouw Ann De Martelaer ;

de heer Kris Van Dijck.

Zie :

1882 (2003-2004)

- Nr. 1 : Ontwerp van decreet
- Nr. 2 : Verslag over hoorzitting
- Nrs. 3 en 4 : Amendementen

364 (1999-2000)

- Nr. 1 : Voorstel van decreet

INHOUD

	Blz.
I. Toelichting door mevrouw Adelheid Byttebier, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen	4
II. Algemene bespreking	9
III. Artikelsgewijze bespreking en stemming	16
IV. Stemming over het geheel	28
Tekst aangenomen door de commissie	29

DAMES EN HEREN,

Op 4 december 2003 en op 8, 22 en 27 januari 2004 behandelde de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen het ontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders (*Parl. St. VI. Parl. 2003-2004, nr. 1882/1*) en het voorstel van decreet van mevrouw Ingrid van Kessel c.s. houdende organisatie, erkenning en subsidiëring van wijkgezondheidscentra (*Parl. St. VI. Parl. 1999-2000, nr. 364/1*).

Het ontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders (*Parl. St. VI. Parl. 2003-2004, nr. 1882/1*) werd als basistekst weerhouden. De goedkeuring ervan houdt het impliciete verwerpen in van het niet als basistekst weerhouden voorstel van decreet (*Parl. St. VI. Parl. 1999-2000, nr. 364/1*).

Op 8 januari 2004 hield de commissie een hoorzitting over dat ontwerp van decreet (*Parl. St. VI. Parl. 2003-2004, nr. 1882/2*).

De amendementen bij het ontwerp van decreet zijn opgenomen in *Parl. St. VI. Parl. 2003-2004, nrs. 1882/3 en 4*.

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

De minister benadrukt dat het om een kaderdecreet gaat dat handelt over de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. Het zijn vooral de technieken om samen te werken die decretaal verankerd worden. De vormen van samenwerking worden niet vastgelegd, wel worden de verschillende aspecten van samenwerken uitgewerkt.

Met dit ontwerpdecreet wordt een belangrijke stap gezet, omdat er momenteel geen wettelijke bepaling bestaat van het begrip eerstelijnsgezondheidszorg. In 1976 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie het begrip gelanceerd (primary health care) als basis van de gezondheidszorg. In de Vlaamse regelgeving wordt ook in de VIPA-regelgeving enkel het begrip ambulante gezondheidszorg gehanteerd.

De Raad van State stelt duidelijk dat de gemeenschappen bevoegd zijn om de eerstelijnsgezondheidszorg te regelen. De Vlaamse regelgeving moet wel altijd rekening houden met de federale bevoegdheden. Er zijn veel raakvlakken.

Er wordt voor gekozen om vanuit de eerste lijn de zorg dicht bij de mensen te brengen. Anderzijds moet de zorg ook aangepast zijn aan de noden. In de praktijk kent men vooral de monodisciplinaire benadering. Op zich is dat geen probleem voor zover er zich een duidelijk afgebakend zorgprobleem voordoet. Toch stelt men vast dat heel wat zorgvragen alsmaar complexer worden. Een monodisciplinaire benadering zal in zo'n geval ofwel zorg verlenen die niet voldoende is aangepast aan de nood van de gebruiker, ofwel de gebruiker te snel doorverwijzen naar een hoger zorgniveau, ofwel de gebruiker doorverwijzen van de ene naar de andere zorgaanbieder op de eerste lijn. Geen enkele van deze drie mogelijkheden biedt voldoende kwaliteitsgaranties. Echter, door bij complexe zorgsituaties multidisciplinair samen te werken kan, binnen de eerstelijnszorg, in de meeste gevallen een adequaat antwoord op de individuele nood worden gegeven. Door het stimuleren van overleg, taakafspraken, gegevensuitwisseling en netwerkvorming, kan de complementariteit van de verschillende actoren doelmatiger ingezet worden.

Tussen de federale regering en de deelregeringen werd op 25 juli 2001 een protocol afgesloten over de eerstelijnszorg. Het doel van dit protocol is een betere zorgverlening. Zo engageert de federale overheid zich ertoe uitvoering te geven aan de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT's). De GDT's functioneren binnen een afgebakend gebied en beantwoorden aan een aantal kenmerken. Dit ontwerpdecreet respecteert dit en geeft dus geen aanleiding tot het vastleggen van nieuwe gebieden en nieuwe structuren. Kenmerken van de GDT's die op dit moment federaal zijn vastgelegd, zijn : minstens huisartsen en verpleegkundigen vertegenwoordigen, de samenwerking tussen de zorgverstrekkers bevorderen, structureel samenwerken met thuisvervangende voorzieningen, activiteiten registreren en multidisciplinaire en gebruikergerichte samenwerking organiseren en ondersteunen.

De Vlaamse overheid van haar kant engageert zich in het vermelde protocol onder meer om :

- de zorgzones te bepalen en erover te waken dat deze het hele grondgebied bestrijken ;
- de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging te erkennen ;
- wetgeving op te stellen die toelaat bijkomende opdrachten te enten op de werking van de GDT's.

Het voorliggend ontwerp van decreet, en in het bijzonder het hoofdstuk IV over de 'samenwerkings-initiatieven eerstelijnsgezondheidszorg' samen met het decreet betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmering van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen van 23 mei 2003, beogen dit engagement vanwege de Vlaamse overheid te realiseren.

Dit betekent dus dat er wel degelijk wordt verder gebouwd op wat in Vlaanderen is gegroeid, bijvoorbeeld de samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging (SIT's) en de palliatieve netwerken. Tegelijk zal dit decreet een decretale basis bieden aan deze initiatieven die tot nu toe enkel via besluiten zijn geregeld. Dit ontwerpdecreet dat voor een multidisciplinaire aanpak kiest, moet dan ook gezien worden als een samenwerkingsdecreet dat voornamelijk de volgende zaken regelt : samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsverbanden eerstelijnsgezondheidszorg, en ondersteunende partnerorganisaties.

De minister overloopt verder de hoofdstukken van het ontwerpdecreet. In het eerste hoofdstuk worden een aantal begrippen gedefinieerd. In artikel 2, 15°, worden de ziekenfondsdiensten voor maatschappelijk werk en woonondersteuning, verder ziekenfondsdiensten genoemd, omschreven. Uit recente contacten met de betrokken diensten blijkt dat zij het inhoudelijk eens zijn met de decreet-tekst, maar de toevoeging "verder ziekenfondsdienst genoemd" liever laten vallen. Ze verkiezen dus dat verder in de tekst de volledige omschrijving wordt gebruikt. Het lijkt de minister geen probleem hierop in te gaan, maar zij laat dit over aan de bespreking in deze commissie.

Verder wil de minister wijzen op het onderscheid tussen zorgaanbieders en zorgverstrekkers. Samen-vattend zit het zo : het begrip zorgaanbieders omvat naast de zorgverstrekkers op de eerste lijn – dit zijn de 'klassieke RIZIV-verstrekkers' – ook de organisaties, diensten en personen binnen de welzijnssector die eerstelijnszorgen aanbieden en zo de eerstelijnsgezondheidszorg vergemakkelijken, mogelijk maken of ondersteunen. De minister denkt hierbij aan de gezinszorg, de lokale dienstencentra, de rustoorden, enz.

Hoofdstuk II betreft de opdrachten, doelstellingen en werkingsbeginselen van de eerstelijnsgezondheidszorg. Artikel 3 geeft de gebruiker een recht op kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg, garandeert zijn vrije keuze en moedigt zijn medeverantwoordelijkheid en zelfzorgvermogen aan (§ 1). De zorg wordt waar nodig en mogelijk thuis ook

aangeboden (§ 2) en er worden bijzondere inspanningen gedaan om de toegankelijkheid te bevorderen vooral voor personen die leven in achtergestelde situaties (§ 3).

Deze opdrachten worden geconcretiseerd in artikel 4 waar onder meer een link wordt gelegd naar het decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid en er sprake is van het begeleidingsplan, taakafspraken, het zorgplan, het zelf verwijzen en het ingaan op verwijzingen.

Artikel 5 bepaalt onder meer dat de Vlaamse regering in bijzondere omstandigheden ook artsen-specialisten, in het kader van het zorgcontinuüm, kan inschakelen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze mogelijkheid kan nuttig zijn bijvoorbeeld in het kader van de psychiatrische thuiszorg en specifieke situaties binnen de ouderenzorg.

Hoofdstuk III gaat over de samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering. De minister benadrukt dat met dit ontwerpdecreet geen types van samenwerkingsverbanden opgelegd worden. Wel worden ze mogelijk gemaakt. Nu al bestaan verschillende samenwerkingsverbanden op het terrein. Men kan drie vormen onderscheiden. In de meeste gevallen beperkt dit zich tot een associatie van zorgverstrekkers van dezelfde discipline die samen hun beroep uitoefenen in hetzelfde praktijkgebouw. Soms wordt de samenwerking uitgebreid met zorgverstrekkers van een andere discipline. Sommige zorgverstrekkers werken samen rond bepaalde items zoals praktijkpermanentie, gemeenschappelijk secretariaat en gemeenschappelijk dossierbeheer zonder dat ze zich in een zelfde praktijkgebouw vestigen. Dit wordt soms een 'netwerk van praktijken' genoemd (in Nederland HGRO : huisartsengroepen). De meest geïntegreerde vorm van multidisciplinaire samenwerking vormen de wijkgezondheidscentra.

De beoogde vormen van samenwerkingsverbanden worden in het decreet zelf niet geregeld. Wel wordt vastgelegd dat, indien de Vlaamse regering samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering erkent, de erkenningsvoorwaarden bepalingen zullen bevatten die onder meer betrekking hebben op :

- de juridische vorm (bijvoorbeeld een feitelijke vereniging of vereniging zonder winstgevend doel) : de Vlaamse regering kan bepalen welke juridische vorm bepaalde samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering dienen aan te nemen ;

- de permanentie van de zorgverlening ;
- de graad van multidisciplinaire werking binnen de praktijk of het samenwerkingsverband ;
- in welke mate en op welke wijze de gegevens in het individueel gezondheidszorgdossier toegankelijk zijn voor medewerkers die bij de zorgverlening betrokken zijn. Hierbij zal de Vlaamse regering zeker rekening houden met de gevoeligheid van de verschillende gegevens en met de inachtneming van de regelgeving inzake het beroepsgeheim en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ;
- de doelgroep van gebruikers tot wie het samenwerkingsverband zich voornamelijk richt : zo wordt momenteel bepaald dat wijkgezondheidscentra recht hebben op een subsidiëring van infrastructuur indien onder meer de verhouding van rechthebbenden en gerechtigden met verhoogde verzekeringstegemoetkoming, als bedoeld in artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ten opzichte van het totale aantal bij het centrum ingeschreven rechthebbenden en gerechtigden, hoger ligt dan het landelijk gemiddelde voor de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, na standaardisering voor leeftijd en geslacht ; de Vlaamse overheid vindt het belangrijk het aspect van de doelgroep in rekening te brengen ;
- de vestigingsplaats van het samenwerkingsverband of de delen er van. Zo kan vastgelegd worden dat bepaalde samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering dienen gevestigd te zijn in éénzelfde gebouw terwijl bij andere samenwerkingsverbanden, al dan niet onder bijkomende voorwaarden, een praktijkuitoefening in verschillende gebouwen kan toegelaten worden.

De wijze van subsidiëren van de eventueel te erkennen samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering zijn in dit decreet niet omschreven. Uiteraard zal dit afhangen van de erkenningsvoorwaarden die zullen worden omschreven en van de evoluties binnen de RIZIV-reglementering.

Wat de huisartsgeneeskunde betreft, zijn de meeste experts het eens over het feit dat naast een betaling per medische prestatie er een financiering komt per dossier, of met andere woorden per gevolgde patiënt, en een financiering voor het functioneren van de praktijk.

Momenteel voorziet het RIZIV reeds in de betaling voor het beheer van het Globaal Medisch Dossier (GMD) en zijn er forfaitaire (praktijk)vergoedingen ingevoerd in het kader van de accreditering.

Wat kan Vlaanderen daar aan meerwaarde aan toevoegen ? Vanuit de Vlaamse Gemeenschap is bijkomende ondersteuning mogelijk voor die opdrachten in de praktijkvoering die betrekking hebben op de Vlaamse prioriteiten. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om :

- 'target-payment' voor het behalen van vooraf bepaalde doelstellingen op het terrein, bijvoorbeeld inzake preventie of in het kader van specifieke zorgprogramma's voor bepaalde doelgroepen ;
- om een informatiseringstoelage in het kader van de elektronische uitwisseling van registratiegegevens, als incentive voor de realisatie van doelstellingen van het beleid ;
- of om huurtoelagen of infrastructuursubsidies voor die situaties waarbij in bepaalde gebieden er een onderaanbod van eerstelijnszorgen zou kunnen ontstaan ;
- enzovoort.

Hoofdstuk IV gaat over de verschillende taken die de SEL's kunnen opnemen. Zij vormen een hoeksteen van dit ontwerp van decreet. Deze samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheid (SEL's) overstijgen het praktijkniveau binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en richten zich binnen hun werkgebied, op de organisatorische activiteiten die de eerstelijnsgezondheidszorg ondersteunen. De SEL's zijn dus niet rechtstreeks gericht op de patiënt, maar op de samenwerking tussen de zorgverleners, met als bedoeling weliswaar een optimale zorgverlening met oog voor zelfbeschikking, zelfzorg, medeverantwoordelijkheid en autonomie.

De opdrachten van de SEL's worden geconcretiseerd in twaalf taken (artikel 10, § 1). De heer Pieter Vandenbulcke, kabinetsmedewerker, overloopt ze :

- 1° een eerste taak of functie 'overlegplatform voor de zorgaanbieders' heeft tot doel het overleg te bevorderen tussen zorgaanbieders onderling. Dat kan gaan om overleg tussen zorgaanbieders van dezelfde discipline, maar ook tussen zorgaanbieders van verschillende disciplines. Het kan ook gaan over overleg tus-

sen het SEL als geheel met een bepaalde groep van zorgaanbieders ;

- 2° een tweede taak betreft het organiseren, ondersteunen en opvolgen van gestructureerd overleg met het oog op afstemming van de zorg op de noden van de bevolking in het werkgebied van het SEL. Dit gaat iets verder dan de eerste taak. In sommige gevallen kan dit leiden tot een samenwerkingsovereenkomst tussen verschillende partners. Bijvoorbeeld kan een SEL een overeenkomst sluiten met een ziekenhuis over het ontslagmanagement. Het gestructureerd overleg kan zeer ruim zijn. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat men overleg pleegt met het buurtopbouwwerk of met de politie in verband met de drugproblematiek ;
- 3° een derde opdracht behelst de zorgafstemming op het niveau van de gebruiker zelf. De formulering van dit punt komt misschien wat bijzonder over, maar het is een bijna letterlijke overname van de federale regelgeving inzake de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT's). Daardoor kunnen de GDT's perfect samenvallen met de SEL's en kan er een eenheid in structuur verkregen worden.

De verschillende zorgaanbieders kunnen op vraag van de zorgvrager bijeenkomen om overleg te plegen, om taakafspraken te maken of een zorgplan op te stellen. (De SIT's werken nu ook al met een zorgplan.) Het is de bedoeling dat de zorgvrager zelf het initiatief neemt om een zorgplan te laten opstellen. De zorgvrager zelf kiest wie het zorgplan zal beheeren en opvolgen. Er wordt dus niet aan een welbepaalde beroepsgroep het alleenrecht gegeven voor de 'zorgbemiddeling' ;

- 4° een vierde taak is het bewaken van de procedures die betrekking hebben op de evaluatie van het zelfzorgvermogen en/of de uitwerking en het opvolgen van een zorgplan. Het is de bedoeling dat het SEL 'onder gelijken' het systeem van het werken met zorgplan en het evalueren van zelfzorgvermogen mee zal bewaken ;
- 5° de vijfde taak heeft betrekking op het beschikken van een geactualiseerd bestand van zorgaanbieders uit het werkgebied. Uiteraard kan men gebruik maken van bestaande sociale kaarten. Het SEL zal het bestand ter beschikking stellen van zorgaanbieders, mantelzorgers en vrijwilligers ;
- 6° het SEL stimuleert via de zesde taak de zorgaanbieders om te handelen volgens weten-

schappelijk verantwoorde praktijkrichtlijnen uitgewerkt door de partnerorganisaties (zie verder). Daar waar de partnerorganisaties ook opdrachten hebben ten aanzien van gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers, zal het SEL ook zorgen voor de promotie van de adviezen en richtlijnen van de partnerorganisaties voor deze doelgroepen ;

- 7° de zevende taak behelst de multidisciplinaire vorming. Dat betekent niet dat de verschillende zorgaanbieders niet meer zelf instaan voor hun eigen vorming. Het accent van de taak van het SEL ligt op het afstemmen van de multidisciplinaire aspecten ;
- 8° de achtste taak heeft betrekking op gegevensregistratie en -uitwisseling en is conform met de registratieopdracht van de GDT's. Uiteraard wordt gestreefd naar een registratie die zowel voor het Vlaamse als voor het federale niveau bruikbaar is zodat een dubbele registratie uitgesloten wordt ;
- 9° de negende taak voorziet in een adviestaat ten aanzien van de Vlaamse overheid over de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders ;
- 10° een tiende taak gaat over het bewaken van de permanentieregeling van de zorgaanbieders. Het is niet de bedoeling dat het SEL bijvoorbeeld de huisartsenwachtdienst zou overnemen. Als reeds huisartsenwachtdiensten bestaan, dan kunnen bijvoorbeeld de investeringen voor de permanentie, in middelen en mensen, wellicht ook dienstig zijn voor andere zorgaanbieders ;
- 11° de elfde taak beoogt een klachtenmeldpunt en een klachtenbemiddeling met betrekking tot de opdrachten van de SEL's. Dit ontslaat de zorgaanbieder niet om een eigen klachtenbemiddelingssysteem op te zetten. Als een gebruiker klachten heeft over het niet goed lopen van de samenwerking kan hij bij het SEL terecht ;
- 12° ten slotte krijgt het SEL de opdracht de permanentie voor activiteiten van het dagelijks leven (ADL) te bewaken en ervoor te zorgen dat de ADL-permanentie voor het thuismilieu wordt georganiseerd. Uiteraard is dat pas mogelijk als bepaalde randvoorwaarden vervuld zullen zijn.

De laatste drie taken zijn echter niet meteen van kracht (zie artikel 27).

De minister benadrukt dat de SEL's die taken niet alleen en zelf moeten uitvoeren. Artikel 11 bepaalt dat ze taken kunnen delegeren en samenwerken met andere organisaties, bijvoorbeeld voor de registratie. De provinciebesturen zijn geïnteresseerd om bij de uitvoering van de opdrachten van de SEL's betrokken te worden, en vroegen om in het ontwerpdecreet vermeld te worden omdat zij reeds opdrachten in dat verband opnemen. Partnerorganisaties kunnen hierbij ook een rol spelen, bijvoorbeeld voor complexe zorg of chronische zorg, zoals de palliatieve zorg.

Een SEL is samengesteld uit plaatselijke vertegenwoordigers van zorgaanbieders, mantelzorgers en gebruikers en vrijwilligers. In een SEL moeten minstens de volgende zeven categorieën van zorgaanbieders zijn vertegenwoordigd :

- de diensten voor gezinszorg ;
- de huisartsen ;
- de lokale dienstencentra ;
- de openbare centra voor maatschappelijk welzijn ;
- de rusthuizen al dan niet met RVT-bedden ;
- de verpleegkundigen en vroedvrouwen ;
- en de ziekenfondsdiensten voor maatschappelijk werk en woonondersteuning.

Indien in het werkgebied van de SEL een bepaalde categorie van zorgaanbieders niet voorkomt moet die uiteraard niet vertegenwoordigd zijn. Indien een bepaalde categorie van zorgaanbieders niet aan het samenwerkingsinitiatief wenst te participeren, dan kan het SEL toch erkend worden mits naast de huisartsen en de verpleegkundigen en vroedvrouwen drie van de vijf andere zorgaanbieders vertegenwoordigd zijn.

Artikel 13 bepaalt de regels voor het omschrijven van de werkgebieden van de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg. Dit zal gebeuren conform het decreet van 23 mei 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen (Belgisch Staatsblad 6 juni 2003). Het is de bedoeling dat ook de preventieve netwerken, met name de LOGO's (LOcoregionaal Gezondheidsoverleg en Organisatie) zich in de toekomst afstemmen op deze indeling in zorgregio's, zodat hun werkgebied samenvalt met dat van enkele SEL's (voor elke LOGO bijvoorbeeld gemiddeld een drietal SEL's). Er wordt gestreefd naar een volledige dekking van het Vlaamse Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Voor de grootstedelijke gebieden Brus-

sel, Antwerpen en Gent kan de Vlaamse regering bepalen dat er afdelingen van SEL's opgericht worden. Conform het vermelde zorgregiodecreet zal dit wellicht resulteren in een model waarbij in de toekomst tussen de 60 en de 110 SEL's zullen worden gevormd. De GDT's zullen dan hetzelfde werkgebied hebben. Om de meest geschikte indeling te kunnen realiseren zal in 2004 een implementatieproject opgezet worden.

Hoofdstuk V regelt de eerder genoemde 'partnerorganisaties', organisaties met rechtspersoonlijkheid, erkend door de Vlaamse overheid, die als centrum van expertise fungeren omwille van minstens één van de hiernavolgende competenties :

- de deskundigheid om ondersteuning te bieden aan samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, netwerken, zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers of vrijwilligers die actief zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg ;
- het aanleveren van gegevens inzake gezondheidszorg.

Kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg veronderstelt een wetenschappelijke onderbouwing van de werkmethode. Om deze betrachting mee te helpen realiseren, zullen die partnerorganisaties erkend en ondersteund worden die blijf geven van een wetenschappelijke ingesteldheid en een betekenisvolle bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg. Voorbeelden van mogelijke partnerorganisaties kunnen zijn : de Federatie voor Palliatieve zorgen of de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen.

In de volgende hoofdstukken wil het ontwerpdecreet een aantal instrumenten vastleggen om een goede, transparante relatie te garanderen tussen de Vlaamse overheid en de eerstelijnsgezondheidszorg, de samenwerkingsverbanden op praktijkniveau, de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en de partnerorganisaties. Deze bepalingen vertonen een analogie met een aantal bepalingen uit het decreet betreffende het preventief gezondheidsbeleid.

Ook de overheid wenst haar beleid zo veel mogelijk te baseren op wetenschappelijk onderbouwde gegevens en stellingen. Om dit mogelijk te maken, moet de overheid kunnen beschikken over een aantal relevante en geaggregeerde registratiegegevens aangeleverd door de zorgaanbieders. Dit decreet voorziet in hoofdstuk VI (artikelen 16 en 17) in de mogelijkheid om ook daaromtrent afspraken te maken en gegevensstromen te doen ontstaan. Tegelijk wordt, door een operationeel informatie-

systeem, geregeld dat de zorggegevens de gebruiker volgen en waar nodig en met oog voor de privacy, ook beschikbaar zijn voor de andere zorgaanbieders.

Hoofdstuk VII regelt de verantwoordingsplicht en het toezicht, hoofdstuk VIII de administratieve sancties, hoofdstuk IX de procedures inzake erkenning, schorsing en intrekking van erkenning, en hoofdstuk X de overgangsbepalingen en bepalingen inzake de inwerkingtreding. In afwachting van een nieuwe regelgeving worden de taken van de ziekenfondsdiensten voor maatschappelijk werk en woonondersteuning verder waargenomen door de ICAW's (ingebouwde centra maatschappelijk welzijn of centra voor algemeen welzijn in het kader van ziekenfondsen) conform de wens van de ziekenfondsen.

II. Algemene bespreking

– Uiteenzetting door de heer Felix Strackx

Volgens de heer Felix Strackx draait alles rond de vraag of de patiënt beter wordt van dit ontwerpdecreet. In dit geval is het antwoord positief, meent het lid. Het ontwerpdecreet bevat lovenswaardige principes : samenwerking, coördinatie, gegevensuitwisseling, enzovoort. Eigenlijk zijn dit evidenties, waarvan men zich kan afvragen of ze wel in een decreet moeten worden opgenomen. De Vlaams Blok-fractie zal het ontwerpdecreet goedkeuren. Vraag is wel of het ontwerpdecreet snel gerealiseerd zal worden. Op de hoorzitting bleek duidelijk dat verschillende sprekers middelen verwachten voor de uitvoering ervan. Er zijn middelen nodig en die zijn er niet. In theorie is het dus een prachtig decreet, maar het valt af te wachten wat de praktijk zal brengen.

– Uiteenzetting door mevrouw Ingrid van Kessel

Mevrouw Ingrid van Kessel betreurt dat het om een kaderdecreet gaat, terwijl er in deze materie al veel geregeld is via besluiten (SIT's, groepspraktijken (federaal), wijkgezondheidscentra, enzovoort). Het lid had gehoopt dat in het ontwerpdecreet concreter zou worden ingegaan op bepaalde zaken. Met dit kaderdecreet is het voor het Parlement moeilijk te weten welke richting men zal uitgaan. Voor de preventieve gezondheidszorg paste een kaderdecreet beter. Het lid hoopt in de loop van de bespreking verduidelijking te krijgen.

Mevrouw Ingrid van Kessel onderscheidt twee lijnen in het ontwerpdecreet : de organisatie en samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg, en

een decretale basis voor de SIT's (samenwerkingsinitiatieven thuisverzorging). Wat de organisatie en samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg betreft kan men niet voorbijgaan aan de discussie over de plaats van de huisarts in de toekomst. De heer Van Duppen beweerde op de hoorzitting dat dit ontwerpdecreet achterhaald is ; de realiteit vandaag is dat veel huisartsen uit de praktijk stappen. Met dit ontwerpdecreet probeert Vlaanderen heel moeizaam stapjes te zetten, maar mevrouw Ingrid van Kessel is van oordeel dat het probleem veel fundamenteeler is. Het is cruciaal het gesprek aan te gaan met de federale overheid over de versteviging van de positie van de huisarts en dan in te spelen op de lijnen die uitgetekend worden.

Eén van de oorzaken dat huisartsen uit het beroep stappen is, denkt de spreker, dat zij kiezen voor andere disciplines, technisch gerichte disciplines die beter gefinancierd worden. De huisartsenpraktijk wordt globaal genomen ondergefinancierd. Een betere financiering en omkadering moet met het federale niveau afgestemd worden. Is dit gebeurd voor dit ontwerpdecreet ? Wat is de visie van de minister hierover ? In de toelichting zei de minister dat rekening gehouden wordt met de evoluties binnen het RIZIV, maar spreker vindt daarvan weinig terug in de tekst. Het heeft weinig zin op Vlaams niveau moeizaam stapjes te zetten als er niet eerst een gesprek met het federale niveau gevoerd wordt.

Mevrouw Ingrid van Kessel kan niet uit het ontwerpdecreet afleiden dat er afstemming is met het federale niveau, zeker niet als men het antwoord op de vraag om uitleg van het heer Koen Helsen ernaast legt over VIPA-financiering voor de groepspraktijken (vraag nr. 295 (2003-2004)). De minister antwoordde dat geen VIPA-subsidies worden gegeven voor groepspraktijken. Op basis van dit decreet weet het lid niet of er nu wel of niet infrastructuursubsidies gegeven zullen worden aan samenwerkingsverbanden op de eerste lijn. Mevrouw Ingrid van Kessel zou het in ieder geval een verkeerde keuze vinden om infrastructuursubsidies toe te kennen aan groepspraktijken. Het VIPA beschikt jaarlijks over een budget van ongeveer 55 miljoen euro ; nog 150 miljoen euro is beloofd aan ouderenvoorzieningen. Waar eindigt dit als men ook nog groepspraktijken zou subsidiëren ? Overigens sluit dit niet aan bij de weg die de federale overheid bewandelt. Het eigen voorstel van decreet van het lid bouwt voort op de bestaande VIPA-reglementering voor wijkgezondheidscentra. Overigens is de impact van de subsidiëring van een heel andere orde dan die voor de groepspraktijken het geval zou zijn.

Mevrouw Ingrid van Kessel vraagt zich trouwens af wat bedoeld wordt met groepspraktijk. Kan een samenwerking tussen twee solopraktijken rekenen op erkenning en eventueel subsidiëring (cf. vraag van het Vlaams Huisartsen Parlement op de hoorzitting) ? Wordt er rekening gehouden met de federale besluiten ?

Tweede invalshoek voor het ontwerpdecreet is het bieden van een decreetale basis voor de SIT's, wat mevrouw Ingrid van Kessel positief vindt. In de toelichting wordt wel verduidelijkt waarom SIT (samenwerkingsinitiatieven in de thuisverzorging) SEL (samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg) wordt en waarom voor SEL wordt gekozen en niet voor GDT (geïntegreerde diensten voor thuisverzorging), maar spreker vindt dat de terminologie een groot kluwen wordt. Met de SEL is het de bedoeling dat de verschillende actoren gaan samen zitten om de zorg af te stemmen in het belang van de patiënt. Het voornaamste punt van kritiek van mevrouw Ingrid van Kessel hierop is dat dit pas kan slagen als er voldoende zorgaanbod is. Tijdens deze zittingsperiode is de groei van de capaciteit in de thuiszorg van 1 percent naar 1,5 percent geëvolueerd, terwijl er decretaal 4 percent groei was vastgelegd. Volgens het tijdschrift Thuiszorg van Kluwer wachten 4000 gezinnen op thuiszorg. Volgens de christelijke mutualiteit is een jaarlijkse groei van 5,5 percent nodig om aan de behoeften te kunnen tegemoetkomen. Afstemming van zorg is zeer moeilijk als er onvoldoende aanbod is.

Het is de bedoeling dat het overleg en de afspraken op het niveau van de SEL de patiënt ten goede komen. Eén van de pijnpunten van de SIT's is dat het overleg een ver-van-mijn-bed-gebeuren is, meent mevrouw Ingrid van Kessel. Op de hoorzitting verklaarde de vertegenwoordigster van de Landelijke Thuiszorg dat het zorgplan nauwelijks wordt gebruikt door de zorgverleners zelf. Het opmaken van zorgplannen is een vereiste voor subsidiëring. Mevrouw Ingrid van Kessel vindt dat het ontwerpdecreet meer mogelijkheden moet creëren ten goede van de patiënt. In de definitie van zorgplan is sprake van begeleidingsplannen, maar verderop worden zorgplan en begeleidingsplan door elkaar gehaald, vindt de spreker. Mevrouw Sonja Becq vraagt eveneens verduidelijking over het verschil tussen begeleidingsplan, zorgplan en de schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieders en organisaties in het kader van het gestructureerd overleg.

In het verleden was het moeilijk om de artsen te motiveren om deel te nemen aan het overleg in de

SIT's, zegt mevrouw Ingrid van Kessel. De financiering speelt daarbij een rol. Het ontwerpdecreet stelt dat 'een vertegenwoordiger' van de artsen aanwezig moet zijn op het SEL-overleg. Was dat ook niet zo voor de SIT ? Als een vertegenwoordiger van de artsen niet onmiddellijk betrokken is bij de patiënt, hoe komt dat de patiënt ten goede ? Men zou lessen moeten trekken uit de ervaring met de SIT's.

Mevrouw Ingrid van Kessel heeft ook bemerkingen bij de taken van de SEL's. In vergelijking met de SIT's worden er taken toegevoegd. Is dat wel haalbaar ? Spreker vindt het niet realistisch om de permanentieregeling als taak toe te kennen aan de SEL's. De SEL's zouden ook moeten instaan voor klachtenbemiddeling over hun eigen functioneren. De SEL is dus rechter en partij, wat niet geoorloofd is, vindt het lid. Op de hoorzitting werd dit ook aangehaald. CD&V zal een amendement indienen om die taken voor de SEL's uit het ontwerpdecreet te lichten.

Wat de financiering betreft zouden 1,9 miljoen euro RIZIV-middelen naar de SEL's gaan. Mevrouw Ingrid van Kessel vraagt hoe die middelen verdeeld zullen worden over Vlaanderen en Wallonië. In Vlaanderen zijn er 22 GDT's en in Wallonië zijn er 4 GDT's. Zowel mevrouw Anne Dedry van de Landelijke Thuiszorg als professor Delepeleire merkten op dat in Vlaanderen meer regeltjes in het spel zijn en dat in Wallonië minder poespas gemaakt wordt over de verdeling van de middelen. Hoeveel middelen gaan nu al naar de SIT's en hoeveel komt daar bovenop ? De minister van Welzijn heeft ooit gezegd dat de financiering van de SIT's in de toekomst niet meer alleen op basis van het aantal zorgplannen zou verlopen. Hoe zullen de middelen in de toekomst verdeeld worden over de verschillende SEL's ?

Het stimuleren van samenwerking op het niveau van de eerstelijnszorg en samenwerking tussen de actoren in de thuiszorg samenhangend met de eerstelijnszorg vindt de CD&V-fractie belangrijk, maar dit ontwerpdecreet is als kaderdecreet zo moeilijk te beoordelen. Om die reden en de andere redenen die mevrouw Ingrid van Kessel opgesomd heeft, zal de CD&V-fractie het ontwerpdecreet allicht niet goedkeuren.

– Uiteenzetting door de heer Jan Van Duppen

Dit ontwerpdecreet doet de heer Jan Van Duppen denken aan het lied "Het is weer voorbij, die mooie zomer...". Het ontwerpdecreet kan als een positief kader gezien worden dat een aantal ope-

ningen biedt waarmee een bepaalde tendens kan worden ingezet als het op federaal niveau verder evolueert. Niemand zal ontkennen dat Vlaanderen over te beperkte middelen beschikt en dat er veel middelen nodig zijn. Er moeten keuzes gemaakt worden en homogene bevoegdheden zouden dat vergemakkelijken. Zowel op Vlaams als op federaal niveau zijn grondige wijzigingen noodzakelijk. Dit ontwerpdecreet is wél interessant omdat het een aantal stellingen inneemt, waarvan de belangrijkste de integratie van het hele verhaal is. Dat is een goede stap, hoewel het vijf-zes jaar geleden al had moeten gebeuren. De evolutie nu in de gezondheidszorg is van die aard dat men zich moet bezinnen over de organisatie van het aanbod. Door de vergrijzing zal men geconfronteerd worden met terechte desinteresse voor rusthuizen en het verlangen zo lang mogelijk thuis te blijven. Dat zal een fundamenteel andere visie op de organisatie van de gezondheidszorg vergen. Aangezien het om een chronisch probleem gaat, is een andere financiering van de eerstelijnsgezondheidszorg noodzakelijk. Men moet afstappen van de louter prestatie-gerichte financiering. Tijdens het werkbezoek aan Denemarken en Zweden bleek dat dit mogelijk is op een bijzonder efficiënte, relatief goedkope en zowel voor patiënt als zorgverstrekker gunstige wijze. Men is er zelfs bezig met de afbouw van rust- en verzorgingsinstellingen. Dit ontwerpdecreet kan een kader bieden waarbinnen fundamenteel gewijzigde opties op Vlaams niveau beantwoord kunnen worden. Het is tegelijk koffiedik kijken, want het hangt in grote mate af van hetgeen op federaal niveau zal gebeuren. Spreker wil het ontwerpdecreet als een intentieverklaring beschouwen voor het geval het 'opnieuw zomer mocht worden'. Spreker meent het ontwerpdecreet in die zin wel te kunnen steunen. Hij hoopt dat de volgende regering hierin een grote verantwoordelijkheid wil opnemen.

– Uiteenzetting door mevrouw Ria Van Den Heuvel

Mevrouw Ria Van Den Heuvel is van oordeel dat voorliggend ontwerpdecreet goedkeuring verdient, al is het maar omdat het begrip eerstelijnsgezondheidszorg voor het eerst gestalte krijgt in de Vlaamse decreetgeving. Er wordt een belangrijke stap gezet. Er wordt een kader aangereikt waarin zorg op maat gestalte krijgt. Spreker onderschrijft twee belangrijke accenten die de minister in haar toelichting aanbracht : zorg dicht bij mensen en zorg aangepast aan de noden van de mensen (en niet omgekeerd). Ook het multidisciplinaire karakter van zorg krijgt hier gestalte, wat een grote stap vooruit is. Er worden geen nieuwe structuren opgericht, maar de bestaande worden in een samenwer-

kingsverband gebracht. Eigenlijk zou men het een samenwerkingsdecreet kunnen noemen. Spreker wil niet beweren dat voorgaande opmerkingen van anderen onterecht zouden zijn, maar het ontwerpdecreet biedt wel een startbasis waarmee verdergegaan kan worden. Voor mevrouw Ria Van Den Heuvel is dit ontwerpdecreet op het niveau van de eerstelijnszorg een mijlpaal. Volgens het lid waren de sprekers op de hoorzitting over het algemeen tevreden met het ontwerpdecreet, hoewel hier en daar misschien nog wijzigingen mogelijk zijn.

– Uiteenzetting door mevrouw Riet Van Cleuvenbergen

Volgens mevrouw Riet Van Cleuvenbergen komt het ontwerpdecreet zeer negatief over op het werkveld. De huisartsen die al zo onder druk staan (ze vinden zelfs geen vervanging voor verlofperiodes) ervaren dit als de zoveelste regelnevel vanuit Brussel. Nu al werken gemotiveerde mensen in de SIT's met bepaalde afspraken. Spreker vraagt zich af of het wel wenselijk is van bovenaf nieuwe afspraken op te leggen. Bovendien worden bijkomende taken opgelegd. Men kan niets hebben tegen de principes in dit ontwerpdecreet, maar er worden nieuwe regels opgelegd.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen sluit zich aan bij de opmerking van mevrouw van Kessel over het tekort aan zorgaanbod. Zorg dicht bij de mensen en zorg aangepast aan de noden – zoals de minister vooropstelt en mevrouw Ria Van Den Heuvel aanhaalt –, met keuzevrijheid voor de patiënt, is pas mogelijk als er voldoende zorgaanbod is.

Als dit een Vlaams ontwerpdecreet is, dan is het kwaliteitsdecreet van toepassing, stelt mevrouw Riet Van Cleuvenbergen. Dat betekent ook bijkomend werk en minder uren voor de zorg zelf. Hoe lost de minister dat op ? Volgens het protocol tussen de federale overheid en de gemeenschappen over de eerstelijnsgezondheidszorg van 25 juli 2001 zou op termijn gestreefd worden naar kwaliteits-evaluatie op populatieniveau. Volgens mevrouw Riet Van Cleuvenbergen verwijst dit ook naar het kwaliteitsdecreet.

Volgens hetzelfde protocol tussen de federale overheid en de gemeenschappen over de eerstelijnsgezondheidszorg is het op termijn de bedoeling de gegevensverzameling over de ambulante sector verder uit te werken, zegt mevrouw Riet Van Cleuvenbergen. Gegevensverzameling is zeer interessant voor het beleid, geeft spreker toe, maar dit is een bijkomende administratieve opdracht waardoor er minder tijd is voor effectieve zorgverle-

ning. Bij de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's), waar het lid mee vertrouwd is, heeft men berekend dat per team één voltijdse zorgverlener vrijgesteld moet worden om aan de administratieve verplichtingen te voldoen. En dit terwijl er wachtlijsten zijn wegens personeelstekort.

Het protocol van 25 juli 2001 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg stelt ook dat op termijn gestreefd zal worden naar de uitbouw van structurele organisatie en afstemming van het overleg tussen eerste, tweede en derde lijn. Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vindt hiervan weinig terug in voorliggend ontwerpdecreet. Op de hoorzitting vroeg het lid hoe het zit met de psychosociale zorg. In het decreet geestelijke gezondheidszorg heeft de Vlaamse overheid ervoor geopteerd dat CGG's op de tweede lijn gesitueerd zijn; de CLB's, huisartsen, enzovoort, zijn de eerste lijn. Hoe wordt de link gelegd met de tweede en de derde lijn?

Een ander probleem is het feit dat het federale niveau een andere omschrijving heeft van wat eerstelijnszorg is. Eerstelijnszorg is voor hen ambulante zorg. In Vlaanderen is dat anders, merkt mevrouw Van Cleuvenbergen op. De CGG's, ambulante voorzieningen bijzondere jeugdzorg, enzovoort, worden door de Vlaamse Gemeenschap als tweede lijn beschouwd. Hoe wordt daarmee omgegaan? Bijzondere jeugdzorg behoort tot welzijn, maar heeft veel te maken met geestelijke gezondheidszorg. Door gebrek aan opvang in de CGG's belanden jongeren in de bijzondere jeugdzorg. Volgens het lid worden bepaalde doelgroepen vergeten in dit ontwerpdecreet.

Op de hoorzitting bleek dat de spoedgevallendiensten dikwijls zorgverstrekking van de eerste lijn opnemen. Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vraagt wat daaraan gedaan wordt.

De SIT's werken niet overal even goed, maar de SIT in Limburg wordt door sommigen als een model naar voren geschoven. Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen merkt op dat de Limburgse SIT niet functioneert volgens de regels van dit ontwerpdecreet. In Limburg heeft men een aantal zaken toegevoegd, zoals de voorwaarde van een zorggarantiemodel. De zorgverstrekkers maken zelf samen de taakafspraken. Het lid ontkent dat het OCMW de draaischijf zou zijn. Het OCMW kan wel worden ingeschakeld als het voor de uitvoering functioneel belangrijk is.

Bovengenoemd protocol bepaalt ook dat er overleg is met de andere gemeenschappen, zegt mevrouw Riet Van Cleuvenbergen. Welke afspraken

werden gemaakt met de andere gemeenschappen rond dit ontwerpdecreet?

– Uiteenzetting door de heer Koen Helsen

Volgens de heer Koen Helsen kan dit ontwerpdecreet als kaderdecreet uitgewerkt worden zodat voldaan kan worden aan de noden en behoeften van de patiënt. De omvorming van SIT naar SEL is positief, met een ruimer takenpakket.

Inspeland op de opmerking van mevrouw Van Cleuvenbergen meent de heer Koen Helsen dat het in het algemeen de bedoeling is regelgeving te beperken. Hij gaat ervan uit dat de minister bij de uitwerking van dit ontwerpdecreet de zorgverstrekkers niet extra zal belasten.

De heer Koen Helsen vraagt ook om verduidelijking over de financiering van de groepspraktijken. De problematiek van het VIPA is algemeen gekend. De financiering mag niet ten koste gaan van andere voorzieningen zoals rusthuizen en ziekenhuizen.

De aanpak en de financiering moet zorgen voor een grondige herziening van de hele eerstelijnszorg (cf. de heer Van Duppen). Het probleem van de vergrijzing mag men niet over het hoofd zien. Dit kaderdecreet biedt daartoe de mogelijkheden.

– Verdere discussie over de herziening van de gezondheidszorg

Inspeland op het betoog van de heer Van Duppen en de stelling van de heer Helsen over een 'grondige herziening' vindt mevrouw Ingrid van Kessel dat Vlaanderen mee in dit debat moet stappen. Het lid verwacht hierin meer initiatief van de minister. Hoe ziet Vlaanderen de financiering van de gezondheidszorg? Het lid vindt niet dat men volledig moet afstappen van de prestatiefinanciering. Ze gelooft wel in een betere basisfinanciering, zoals de weg die nu ingeslagen wordt door middelen toe te kennen via het globaal medisch dossier. Als de prestatiefinanciering wegvalt bestaat het gevaar dat artsen zich als ambtenaren met een nine to five job gaan opstellen. Het zou ten koste van de inzet kunnen zijn. Bij honderd procent prestatiefinanciering dreigt het andere uiterste waarbij artsen alleen nog presteren omwille van het geld. De gulden middenweg moet bewandeld worden. Op sommige vlakken zijn de wijkgezondheidscentra een goed voorbeeld, hoewel men dat model niet kan veralgemenen. De financiering per patiëntendossier is een optie waarvoor men al voor een deel gekozen heeft.

Als men groepspraktijken en samenwerkende solo-praktijken zou willen ondersteunen, dan kan men beter een informatiseringstoelage voor registratie toekennen dan een subsidie voor de infrastructuur. Overigens heeft het lid de indruk dat Groen! en sp.a de eventuele inzet van VIPA-subsidies enigszins anders beoordelen dan de VLD. Er zijn nog heel wat vragen. Als die niet beantwoord worden, blijft dit ontwerpdecreet een lege doos in de plaats van een mijlpaal.

De heer Jan Van Duppen is het niet met vorige spreker eens dat 'de hond alleen zou kwispelen als hij een klontje voorgeschoteld krijgt'. In de eerste lijnsgezondheidszorg werken heel wat gedreven zorgverleners. De erkenning van collega's en van patiënten is op lange termijn de belangrijkste drijfveer om in die sector te werken. Spreker is geen voorstander van een louter forfaitaire financiering. Er zullen altijd stimulansen nodig zijn en er is ook een overgangperiode nodig met een zeer gevarieerd palet. De kern van het probleem is dat nu ongeveer 80 percent van de huisartsen ouder dan 45 jaar is en 50 percent ouder dan 50 jaar. Na vijf jaar beroepservaring stapt 80 percent van de jonge huisartsen uit het beroep. Een van de belangrijkste redenen is dat ze niet meer bereid zijn of in staat zijn (om familiale en andere redenen) om 24 op 24 uur paraat te staan, zelfs niet 'met klontjes'. De overheid is dus verplicht om andere (organisatorische, infrastructurele, enzovoort) incentives te geven om het beroep interessant te maken. In Nederland is de situatie reeds heel alarmerend. De vroegere minister, nu commissaris van de koningin in Noord-Brabant, mevrouw J.R.H. Maij-Weggen, verklaarde bij haar inauguratie dat het tekort aan huisartsen ongelooflijke vormen begint aan te nemen. Over vijf jaar zouden duizenden mensen in Nederland geen huisarts meer kunnen hebben. Zij zal 150 huisartsen recruterende uit België. De jong afgestudeerde artsen zijn zelfs 'met massa's suikerklontjes' niet meer bereid om het beroep uit te oefenen. Facilitatoren en goede omkadering zijn essentieel. De wijze van financiering is in dit verhaal op lange termijn waarschijnlijk minder belangrijk. In Denemarken en Zweden is er een gezonde mengeling gevonden tussen enerzijds een forfaitaire financiering, anderzijds een infrastructurele omkadering. Het niveau van de organisatie van de eerste lijnsgezondheidszorg zijn de gemeenten, dicht bij de mensen. De heer Jan Van Duppen is van oordeel dat men die piste zal moeten bewandelen.

Mevrouw Ingrid van Kessel werpt op dat Vlaanderen niet te vergelijken is met Denemarken of Nederland of gelijk welk ander land. Hoelang wordt er al niet gepleit om de toegang tot de tweede lijn

alleen via de eerste lijn te laten verlopen? De Vlaming zweert bij zijn keuzevrijheid. Het Deense model zal hier nooit slagen. Spreker is het er wel mee eens dat er faciliteiten gegeven moeten worden en dat samenwerking gestimuleerd moet worden. Wat Nederland betreft, daar heeft men de numerus clausus te ver doorgetrokken. In België daarentegen is er een periode van het andere uiterste geweest – België stond aan de wereldtop wat het aantal capita per huisarts betrof –, waarbij het aantal patiënten per huisarts de nodige kritische massa bijna niet meer haalde. Mevrouw Ingrid van Kessel meent dan ook dat Vlaanderen nog lang niet een tekort aan huisartsen kent.

Het lid is wel de mening toegedaan dat een betere financiering van de huisartsen (voor andere dan technische prestaties) aan de orde is. Er zijn niet alleen problemen bij de huisartsen, maar ook bij geriatriers, psychiaters, enzovoort, voor alle niet technische prestaties. Vlaanderen moet het gesprek aangaan voor een betere verloning van de intellectuele prestaties. Homogene bevoegdheden zouden het verhaal vanzelfsprekend vergemakkelijken.

De heer Jan Van Duppen zegt dat het verhaal van mevrouw van Kessel een oud verhaal is dat niet meer beantwoordt aan de huidige realiteit. Het budget voor gezondheidszorg kan hooguit nog 10 à 15 percent stijgen. Een derde van de middelen die nu naar tweede en derde lijn gaan, zullen naar de eerste en tweede lijn moeten verschuiven als men wil voldoen aan de vergrijzende Vlaamse bevolking.

De Vlaming verkeert in de illusie dat hij beter en sneller af is door onmiddellijk bij de tweede en derde lijn aan te kloppen, zegt de heer Jan Van Duppen voorts. Op termijn krijgt hij wel door dat de tweede en derde lijn een jungle is, waar men een gids nodig heeft om te waarschuwen voor de gevaren onder meer van roofdieren die op geld uit zijn.

Antwoord van de minister en repliek van leden

Mevrouw Adelheid Byttebier, Vlaams minister voor Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, is verheugd dat na de aanvankelijke terughoudendheid in sommige betogen naderhand toch het belang van het ontwerpdecreet onderstreept werd. Op de hoorzitting kwam ook tot uiting dat de huisartsen en de gezinszorg dit ontwerpdecreet belangrijk vinden voor de uitbouw van hun werk en het opzetten van netwerken. Er is steun voor het ontwerpdecreet, zeker ook bij het werkveld.

De minister ontkent dat met het ontwerpdecreet dubbel werk geleverd zou worden. Wel integendeel. Door het opzetten van netwerken worden de verschillende disciplines ondersteund in hun eigen opdracht. Het gaat evenmin om een dubbele kost. Momenteel komen de middelen uit verschillende bronnen. De SIT's ontvangen momenteel 2,133 miljoen euro, de palliatieve zorgen 761 duizend euro en in het kader van het convenant voor het samenwerkingsverband voor zorgen aan dementierenden wordt ongeveer 250 duizend euro uitgetrokken. Deze middelen blijven. Daar bovenop komen de federale middelen voor de GDT's. In Wallonië zijn er inderdaad slechts vier GDT's. De Vlaamse overheid heeft ervoor gekozen om de GDT's te laten overeenkomen met de bestaande SIT's. Een aantal van de opdrachten van de GDT's zijn reeds opdrachten van de SIT's. De middelen voor de GDT's kunnen dus echt als extra middelen beschouwd worden en er wordt geen dubbel werk verricht.

Is dit ontwerpdecreet een lege doos ? VELO (Vlaams Eerstelijnsoverleg) werkt nu reeds aan een project om na te gaan op welk niveau de opdeling gemaakt kan worden. De resultaten van het 'implementatieproject van de toepassing van het zorgregiodecreet bij de samenwerking tussen zorgaanbieder op de eerste lijn' worden verwacht half november 2004, voor zeker 75 percent van de zorgregio's. De lokale partners worden betrokken bij dit lopende project. Zij bepalen welk zorgniveau hun het beste past, of dat nu het niveau van een kleine stad is of een nog kleinschaliger niveau. Dit ontwerpdecreet wordt dus nu al 'uitgetest' ; de eerste resultaten zullen dit jaar al gekend zijn.

Men moet steeds voor ogen houden dat er twee benaderingen meespelen : ten eerste, hoe zorgen we voor een interdisciplinair netwerk, en ten tweede, hoe zorgen we voor een netwerk rond de patiënt ? In dit ontwerpdecreet gaat het bij de SEL's vooral over het eerste, maar de derde SEL-taak en de samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering gaan over het tweede.

Er werd gewezen op verschillen tussen Vlaanderen en het federale niveau wat de begrippen eerste en tweede lijn betreft. Volgens de minister is de Vlaamse Gemeenschap de weg aan het bereiden met de opdeling eerste en tweede lijn. Als dit ontwerpdecreet goedgekeurd wordt dan wordt het begrip eerstelijnsgezondheidszorg voor het eerst decretaal (wettelijk) vastgelegd. De federale overheid maakt de opdeling tussen extra- en intramurale gezondheidszorg, die door de feiten achterhaald is. De opdeling eerste, tweede en derde lijn is zeker even belangrijk.

Met de vergrijzing van de bevolking zullen de verschillende niveaus van zorgverlening steeds meer nodig zijn. De vergrijzing zal niet leiden tot nood aan meer intramurale zorg, maar wel aan meer netwerken, meer multidisciplinair werken rond één persoon. Net daarvoor legt dit ontwerpdecreet de fundamenten.

Wat de financiering betreft biedt dit kaderdecreet een mogelijkheid, maar of dat nu gaat om de infrastructuur van groepspraktijken, dat moet verder bij de artikelsgewijze bespreking uitgediscussieerd worden, meent de minister. Het is wel een feit dat het VIPA zeer bevraagd wordt en niet alle vragen kan beantwoorden (ziekenhuizen, rusthuizen, enzovoort). Men moet overbelasting van het VIPA vermijden.

De financiering van het zorgberoep zelf is vooralsnog vooral een federale bevoegdheid, zegt de minister. Welke parameters zijn belangrijk ? De minister is voorstander van financiering volgens dossiers. Het globaal medisch dossier is een eerste opening in die richting. Voor de financiering is het aantal prestaties ook belangrijk, evenals de samenwerking. Ook op federaal vlak zijn eerste stappen gezet in die richting, bijvoorbeeld met de vergoedingen voor wachtdiensten.

De heer Pieter Vandenbulcke, kabinetsmedewerker, verduidelijkt verder namens de minister het onderscheid tussen zorgplan en begeleidingsplan en de schriftelijke overeenkomst in het kader van het gestructureerd overleg. De SEL's werken op twee niveaus. Enerzijds is er het organisatorische niveau, nl. ervoor zorgen dat de zorg aangeboden wordt aangepast aan de noden op niveau van de bevolking. Daarvoor is het gestructureerd overleg met andere zorgaanbieders en met de tweede of derde lijn soms noodzakelijk (tweede taak in § 1 van artikel 10). De afspraken op dit overleg worden indien nodig vastgelegd in een schriftelijke overeenkomst.

Mevrouw Sonja Becq vraagt of de afspraken tussen SIT's en bijvoorbeeld ziekenhuizen inzake ontslagmanagement daar een voorbeeld van zijn. De heer Pieter Vandenbulcke bevestigt dit. Wat de SIT's spontaan zijn gaan doen, wordt nu decretaal verankerd.

Het begeleidingsplan en het zorgplan daarentegen zijn gesitueerd op het niveau van de individuele zorgverstrekking, zegt de heer Vandenbulcke verder. Het ontwerpdecreet beoogt niet in de zorgverstrekking zelf tussen te komen, maar wel de samenwerking te verbeteren. Daarom wordt gestipuleerd dat in de eerstelijnsgezondheidszorg gewerkt wordt met een begeleidingsplan. Voor de huisarts is dat

zijn dossier. In dat plan noteert de huisarts wat hij zelf nodig acht – in overleg met de patiënt – voor de behandeling. Het is niet de bedoeling om al die gegevens toegankelijk te maken voor iedereen. Het is het eigen dossier van de hulpverlener. Als men samenwerkt met anderen worden alle nodige gegevens samengebracht in een zorgplan. Het begeleidingsplan blijft binnen de setting waar een bepaalde zorg verstrekt wordt, het zorgplan is de communicatie tussen de verschillende zorgaanbieders zodat de zorgverstrekking goed afgestemd wordt. Het opnemen van het begrip begeleidingsplan is dus ingegeven door het feit dat verschillende sectoren hun gegevens niet kunnen of willen overdragen aan anderen. Anderzijds is ook een goede afstemming nodig, vandaar het zorgplan.

Mevrouw Sonja Becq vraagt waarom het begeleidingsplan in het ontwerpdecreet wordt opgenomen, tenzij er iets tegenover staat of er bepaalde eisen worden aan gesteld. De heer Pieter Vandenbulcke antwoordt dat de vereiste van een medisch dossier reeds geregeld wordt in de federale erkenningscriteria voor huisartsen. Om te kunnen samenwerken op Vlaams niveau wordt dat dossier het begeleidingsplan genoemd. Anders zou men de huisarts nooit kunnen vatten om samen te werken met andere zorgverleners dan de gezondheidszorgberoepen omdat dat niet in de federale regelgeving vervat kan worden. Daarom wordt bepaald dat de eerstelijnsgezondheidszorg werkt met een begeleidingsplan. Hoofdstuk I van het ontwerpdecreet definieert onder meer de instrumenten om zorgverleners te kunnen aansporen tot samenwerking in het kader van de SEL's. Hoofdstuk II handelt over de samenwerking zelf.

Op de vraag van mevrouw Van Cleuvenbergen over de link naar de geestelijke gezondheidszorg, antwoordt de heer Pieter Vandenbulcke dat de definitie van gezondheid heel ruim wordt opgevat zodat het ontwerpdecreet ook van toepassing is op de geestelijke gezondheidszorg op de eerste lijn. In de opdrachten van de SEL's wordt de link gelegd met de tweede lijn, dus ook met de centra voor geestelijke gezondheidszorg. De heer Pieter Vandenbulcke verwijst naar artikel 10, paragraaf 1, de tweede opdracht. Daar wordt bepaald dat de SEL's gestructureerd overleg plegen met de andere zorgaanbieders en met het gespecialiseerd zorgaanbod. Daaronder vallen de centra voor geestelijke gezondheidszorg vermits het decreet op de geestelijke gezondheidszorg de CGG's als tweede lijn gedefinieerd heeft.

De heer Vandenbulcke beaamt dat het kwaliteitsdecreet ook van toepassing is op dit ontwerpdecreet, maar als er geen praktijkvormen erkend worden, zijn ze geen voorziening zoals bepaald in

het kwaliteitsdecreet en is het kwaliteitsdecreet niet meteen van toepassing. Bovendien stipuleert het kwaliteitsdecreet dat bij de toepassing rekening moet worden gehouden met de grootte en de draagkracht van de verschillende sectoren. De uitvoering zal dus gedoseerd moeten verlopen.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vindt dat dit elkaar tegenspreekt. De heer Vandenbulcke geeft toe dat het woord dosering misschien niet goed gekozen is. Het kwaliteitsdecreet is maar van toepassing op voorzieningen die erkend zijn. Bij de uitvoering zal daarbij rekening gehouden worden met grootte en draagkracht van de sectoren. Als men een solo-praktijk erkent, zal de methodiek van kwaliteitsbewaking anders zijn dan voor een ziekenhuis. Dat is de 'gradatie' in de uitvoering.

De tussenkomst van de heer Berden namens de verpleegkundigen op de hoorzitting toont aan dat een slecht georganiseerde eerstelijnsgezondheidszorg leidt tot een overbevraging van de spoedgevallendiensten. De heer Pieter Vandenbulcke zegt dat het juist de bedoeling is dit te voorkomen door de netwerking op de eerste lijn.

Mevrouw Ingrid van Kessel vindt dat de antwoorden van de minister niet veel meer duidelijkheid gegeven hebben. De minister zegt dat de infrastructuur voor monodisciplinaire praktijken niet via het VIPA gesubsidieerd kunnen worden omdat er onvoldoende middelen zijn. Maar wat wordt het dan wel? Financiering op basis van het aantal dossiers? In verband met de SEL's moeten er volgens de minister netwerken opgezet worden, maar de minister gaat niet in op het tekort aan aanbod. Moet er rond de tafel gezeten worden om afspraken te maken over de schaarste? Hoe zal de financiering van de SEL's verlopen? Hoe wordt de ongeveer 4,5 miljoen euro over de verschillende SEL's verdeeld? Op basis van het aantal zorgplannen waar men momenteel geen goede ervaringen mee heeft bij de SIT's? Of hoe dan wel? Wat is een groepspraktijk voor de minister? Mevrouw Ingrid van Kessel heeft daar geen antwoord op gekregen.

De voorzitter verwijst voor de financiering van de samenwerkingsverbanden naar artikel 7. Het gaat hier om een kaderdecreet waarin per definitie niet alles vast ligt. Mevrouw Ingrid van Kessel beaamt dit. Men weet helemaal niet hoe, wat, op basis waarvoor. Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen verduidelijkt dat de CD&V-fractie enkel vraagt naar de huidige middelen die in het kader van dit ontwerpdecreet aangewend zullen worden, los van bijkomende die waarschijnlijk nodig zullen zijn. Hoe denkt men eraan die te verdelen?

De minister antwoordt dat ze niet wil wachten om samenwerking te stimuleren tot alle noden ingevuld zijn. Het budget is overigens aan het stijgen op verschillende domeinen. Momenteel is er nu al samenwerking op het niveau van de SIT's en er zijn inderdaad nog noden wat het zorgaanbod betreft. In die situatie is men net gebaat met samenwerking. Uiteraard zou de situatie in de zorgverstrekking nog verbeteren door meer middelen, maar de positie van de zorgverlener wordt alvast versterkt door samenwerking.

Over welke financiering gaat het ? De minister heeft gezegd dat zorgverstrekking prioritair gefinancierd wordt per dossier. Dat past in de filosofie dat vertrokken wordt van de patiënt. Daarnaast komt financiering geënt op prestatie en wanneer er een nood aan is op samenwerkingsverbanden. De minister wees er reeds op dat op federaal vlak reeds in die zin gewerkt wordt. Als het kaderdecreet uitgevoerd wordt en er bepaald wordt welke samenwerkingsverbanden hoe erkend en gesubsidieerd worden, dan zal dit zeker stapsgewijs moeten verlopen samen met de federale beleidskeuzes. Vlaanderen kan hierin niet geïsoleerd optreden. Het belang van het kaderdecreet is gelegen in het feit dat de mogelijkheden voor erkenning en subsidiëring verworven zijn. De verdere modaliteiten voor erkenning en subsidiëring zullen later beslist worden.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen merkt tot slot op dat 4 miljoen euro voor coördinatiekosten zeer weinig is. Men mag er redelijkerwijs van uit gaan dat er 7 à 8 voltijds equivalenten aan personeel nodig zijn om dit alles te ondersteunen. Met het genoemde bedrag ziet het ernaar uit dat het veeleer om één persoon per provincie zal worden, wat volgens de spreker veel te weinig is.

III. Artikelsgewijze bespreking en stemming

HOOFDSTUK I

Algemene bepaling en definities

Artikel 1

Artikel 1 wordt zonder opmerkingen aangenomen met 11 stemmen.

Artikel 2

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen acht het zinvol om in 2° over het begeleidingsplan, de term "dossier" te gebruiken. De huidige formulering leidt volgens haar tot te veel onduidelijkheid. Wat 5° betreft, vraagt zij dat enige toelichting wordt verstrekt over de schalen die daar zullen worden gebruikt. Er bestaan immers heel wat schalen en hier luidt het dat een uniform stramien zal worden gebruikt op basis van objectieve en meetbare criteria.

Mevrouw Ingrid van Kessel beaamt dat het hantieren van schalen een bijzonder pijnpunt is. Welke weg zal daarvoor worden opgegaan ? Werd daarover overleg gepleegd met de federale overheid ? Zij vraagt tevens of de definitie van kwaliteitsvolle zorg (7°) kan worden toegelicht. Het gaat hier blijkbaar om dezelfde definitie als bijvoorbeeld in het kwaliteitsdecreet, maar daar wordt dat begrip gehanteerd in het hoofdstuk over de missie. Bij de voorliggende omschrijving valt op dat expliciet wordt gesteld dat kwaliteitsvolle zorg onder meer maatschappelijk aanvaard moet zijn. In de memorie van toelichting wordt in dat verband gesteld dat dit niet betekent dat wordt geraakt aan de diagnostische en therapeutische vrijheid van de arts. Wat wordt met die omschrijving dan wel bedoeld ?

Minister Adelheid Byttebier zegt dat kwaliteitsvolle zorg ook een dynamisch begrip is. Er kan niet zomaar worden vastgelegd wat daaronder moet worden verstaan, tenzij het gaat om een specifiek resultaat dat wordt beoogd. De definitie moet zodanig zijn dat ze maatschappelijke discussie mogelijk maakt. Afhankelijk van waarover het op een specifiek moment gaat, kan dat genormeerd worden en meetbaar zijn. Bij de algemene definities kan die meetbaarheid echter nog niet worden opgenomen.

Mevrouw van Kessel wijst erop dat in de memorie van toelichting wordt gesteld dat de maatschappelijke aanvaardbaarheid inhoudt dat bij het verlenen van zorg, de voorziening dient na te gaan of de zorg die men voorstelt aanvaard wordt door de maatschappelijke omgeving. Gaat men dan zorg voor een deel laten afhangen van een weging door de maatschappij ? Dat houdt toch geen steek ?

Minister Byttebier zegt dat dit geen steek zou houden ingeval de definitie van kwaliteitsvolle zorg daartoe zou zijn beperkt. In 7° wordt echter gesteld dat, afgezien van de maatschappelijke aanvaardbaarheid, ook rekening wordt gehouden met doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit en gebruikersgerichtheid. De maatschappelijke aanvaardbaarheid is dus maar één element, naast diverse an-

dere. Wat dat specifiek betekent, zal blijken bij de uitvoering.

Mevrouw van Kessel repliceert dat het haar inziens geen zin heeft en zelfs gevaarlijk is om, bijvoorbeeld bij de zorg die een arts aan een patiënt verstrekt, de maatschappelijke aanvaardbaarheid te laten spelen. Het is de wetenschap die moet bepalen wat onder kwaliteitsvolle zorg moet worden verstaan, niet de maatschappelijke weging. Zij stelt dan ook voor om in 5° ", maatschappelijke aanvaardbaarheid" te schrappen.

Een amendement, ingediend door mevrouw Ingrid van Kessel, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, strekt ertoe in artikel 2, 2°, 'begeleidingsplan' te vervangen door 'begeleidingsdossier'.

Mevrouw van Kessel verduidelijkt dat de terminologie 'begeleidingsplan' te veel verwarring doet ontstaan met 'zorgplan' zoals bedoeld in het ontwerp van decreet. Een 'begeleidingsplan' is blijkbaar een dossier dat door de zorgverstrekker gehanteerd wordt om elementen aan te reiken naar het zorgplan.

Het amendement wordt aangenomen met 11 stemmen.

Een amendement, ingediend door mevrouw Ingrid van Kessel, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, strekt ertoe in artikel 2, 7°, 'maatschappelijke aanvaardbaarheid' te schrappen.

Mevrouw Sonja Becq geeft als toelichting dat de kwaliteit van de zorg niet kan worden afgemeten aan de maatschappelijke aanvaardbaarheid.

Het amendement wordt verworpen met 9 stemmen tegen 3.

Een amendement ingediend door de heer Jan Roegiers, mevrouw Ria Van Den Heuvel en de heren Jan Van Duppen en Koen Helsen, strekt ertoe in artikel 2, 15°, ", verder ziekenfondsdienst genoemd" te schrappen.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel wijst erop dat het gebruik van de beknopte terminologie, in casu de term "ziekenfondsdienst", gevoelig blijkt te liggen. Die term komt blijkbaar te beperkend over en verwijst te veel naar de opdrachten en taken die de ziekenfondsdiensten vervullen in uitvoering van de federale wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. Bij artikel 12, § 2, eerste lid, en bij artikel 26,

tweede lid, zal dezelfde wijziging worden voorgesteld.

Het amendement wordt aangenomen met 11 stemmen.

Een amendement, ingediend door mevrouw Ingrid van Kessel, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, strekt ertoe in artikel 2, 18°, 'begeleidingsplannen' te vervangen door 'begeleidingsdossiers'.

Het amendement wordt aangenomen met 11 stemmen.

Het geamendeerd artikel 2 wordt aangenomen met 11 stemmen.

HOOFDSTUK II

Opdrachten, operationele doelstellingen en werkingsbeginselen van de eerstelijnsgezondheidszorg

Artikel 3

Een amendement, ingediend door mevrouw Ingrid van Kessel, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, strekt ertoe een § 4 toe te voegen, die luidt als volgt :

"Het jaarlijks bijkomend aantal te subsidiëren uren voor de diensten voor gezinszorg bedraagt minstens 4 % van het totaal aantal subsidiabele uren van het voorafgaande jaar, zonder dat de programmatie kan overschreden worden.

Onverminderd het bepaalde in het eerste lid, legt de Vlaamse regering elk jaar het totaal aantal subsidiabele uren voor het volgend jaar vast.

De minister bepaalt jaarlijks per erkende dienst voor gezinszorg het maximum aantal subsidiabele uren waarover de dienst beschikt voor het aanbieden van persoonsverzorging en huishoudelijke hulp. Bij het toekennen van het jaarlijks bijkomend urencontingent houdt de minister onder andere rekening met een evenredige beschikbaarheid van uren in relatie tot de noden die vastgesteld worden in de provincies van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad."

Mevrouw Ingrid van Kessel zegt dat dit amendement ook had kunnen worden voorgesteld bij hoofdstuk III, voor artikel 7. In elk geval wordt het

belangrijk geacht om als er afspraken worden gemaakt over de samenwerking op de eerste lijn, ook een verplichting voor de overheid op te nemen inzake de groei van het aanbod. In een kaderdecreet moet er plaats zijn voor een dergelijke algemene bepaling, die van cruciaal belang is.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen wijst erop dat in § 3 wordt gesteld dat de zorgverstrekkers bijzondere inspanningen leveren om de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg te optimaliseren, "in het bijzonder voor personen die leven in achtergestelde situaties". Hoe ziet men dat concreet? Denkt men daarbij aan samenwerking met OCMW's, Centra Algemeen Welzijnswerk of met andere diensten? Men kan dat toch niet alleen laten afhangen van individuele zorgverstrekkers?

De heer Pieter Vandenbulcke, raadgever van de minister, beaamt dat het de bedoeling is om de individuele zorgvertrekkers te engageren tot samenwerking met andere hulpverleners om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. De sociale toegankelijkheid blijkt immers dikwijls een probleem te zijn in de gezondheidszorg. Wanneer een arts bijvoorbeeld vaststelt dat een probleem van astma in een gezin te maken heeft met de slechte toestand van het gebouw, dan zal zijn zorg niet toegankelijk zijn als hij er geen oog voor heeft dat die mensen ook zorg nodig hebben buiten zijn medische domein. Medicijnen kunnen in een dergelijk geval uiteraard wel helpen, maar ze kunnen geen oplossing bieden voor het probleem. Een ander voorbeeld is dat voor de consultatie-uren rekening wordt gehouden met de normale arbeidstijden, zodat werknemers niet altijd vakantie moeten nemen of een ziekenbriefje nodig hebben om naar een arts te kunnen komen. Voor bepaalde kansarme groepen zullen specifieke initiatieven nodig zijn.

Minister Adelheid Byttebier wijst erop dat in artikel 3 wordt gesteld dat iedereen recht heeft op eerstelijnsgezondheidszorg, dat die zorg kwaliteitsvol moet zijn en dat men niet blind mag zijn voor de sociale en economische parameters. Een paragraaf toevoegen over de noodzaak van een groei met minimum 4 procent voor de diensten voor gezinszorg, acht zij hier niet zinvol. Van die doelstelling, die overigens al sinds 1998 bij decreet wordt geformuleerd, moet in een andere context werk worden gemaakt.

Mevrouw van Kessel beklemtoont dat deze regering daar duidelijk niet voor gaat. Met enig triomfalisme werd immers een stijging van de groei van 1 naar 1,5 procent aangekondigd. Dat is nog een heel eind verwijderd van 4 procent.

Het amendement, ingediend door mevrouw Ingrid van Kessel, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, wordt verworpen met 8 stemmen tegen 3.

Artikel 3 wordt ongewijzigd aangenomen met 9 stemmen tegen 2.

Artikel 4

Mevrouw Ingrid van Kessel zegt dat er met de formulering van paragraaf 2 onduidelijkheid blijft over het verschil tussen begeleidingsplan en zorgplan. Blijkens de door de heer Vandenbulcke verstrekte toelichting, wordt met 'begeleidingsplan' het dossier van de zorgverstrekker bedoeld. In deze paragraaf worden beide begrippen op een dergelijke manier naast elkaar gebruikt, dat er op nieuw verwarring is.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vraagt of het zo is dat zorgverstrekkers, al dan niet op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, een begeleidingsplan kunnen opmaken en de taakafspraken met andere zorgverstrekkers en andere instanties kunnen vastleggen in een zorgplan.

Minister Adelheid Byttebier beklemtoont dat voor de buitenwacht van belang is dat het in dit ontwerp van decreet gaat om samenwerkingsverbanden, waarvoor zorgplannen worden opgemaakt. Dat er ook nog individuele begeleidingsplannen bestaan, is in wezen van secundair belang.

Mevrouw Sonja Becq meent dat bij de regelgeving over de SIT's was bepaald dat de zorgplannen worden opgemaakt door een instantie naar keuze van de patiënt. In dit ontwerp wordt echter nergens de vrije keuze van de gebruiker gegarandeerd. Daarom zal een amendement worden ingediend om de gebruiker een keuzemogelijkheid te bieden.

Mevrouw Van Cleuvenbergen vraagt in verband met de laatste zin van dit artikel, wat er gebeurt als er te weinig zorgaanbod is? De verantwoordelijkheid wordt hier naar de zorgverstrekker verlegd, terwijl het – kwantitatieve – zorgaanbod niet afhangt van de zorgverstrekker.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel onderstreept dat die discussie al uitgebreid is gevoerd bij de algemene bespreking en dat het geen zin heeft die hier nog eens over te doen.

De voorzitter wijst erop dat er rekening mee moet worden gehouden dat het hier om een kaderdecreet gaat. Bovendien heeft de minister inderdaad al voldoende verduidelijking gegeven.

Een amendement, ingediend door mevrouw Ingrid van Kessel, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, strekt ertoe in artikel 4, § 2, 'begeleidingsplan' te vervangen door 'begeleidingsdossier'.

Het amendement wordt aangenomen met 11 stemmen.

Een amendement, ingediend door mevrouw Ingrid van Kessel, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, strekt ertoe in artikel 4, § 2, na de zin "Het zorgplan kan op eigen initiatief (...) opgestart en/of opgevolgd.", in te voegen: "Voormelde zorgverstrekker wordt aangewezen door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger."

Mevrouw Sonja Becq zegt dat met dit amendement wordt beoogd de gebruiker een keuzemogelijkheid te bieden.

Het amendement wordt verworpen met 8 stemmen tegen 3.

Het geamendeerd artikel 4 wordt aangenomen met 9 stemmen, bij twee onthoudingen.

Artikel 5

Mevrouw Ingrid van Kessel vraagt dat paragraaf 2 nader wordt toegelicht.

Minister Adelheid Byttebier antwoordt dat hier een principe wordt aangegeven, dat na de inwerking-treding van dit kaderdecreet nader zal worden uitgewerkt.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen acht het in het kader van dit decreet essentieel dat die bijdrage van de artsen-specialisten altijd op vraag van de eerstelijns zal moeten gebeuren. Bovendien zal zo'n bijdrage van de artsen-specialisten haars inziens altijd beperkt moeten blijven tot een advies, want de verantwoordelijkheid blijft altijd bij de eerstelijnsgezondheidszorg.

Minister Byttebier wijst erop dat hier in de memorie van toelichting uitgebreid op wordt ingegaan. Daar wordt gesteld:

"Artsen-specialisten behoren niet tot de eerstelijnsgezondheidszorg. In bepaalde situaties, van daar de omschrijving 'bijzondere omstandigheden', kan het zinvol en wenselijk zijn artsen van bepaalde specialistische disciplines in te schakelen om de eerstelijnsgezondheidszorg mee te helpen realiseren. Zo kan bijvoorbeeld een geriater een multidisciplinair overleg bijwonen of een psychiater betrokken worden bij het overleg in de psychiatrische thuiszorg. Dit overleg kadert binnen de SEL-werking (artikel 9, § 2, en 10, § 1, 2°). Deze eventuele bijdrage van de arts-specialist kadert in het realiseren van een zorgcontinuüm en doet geen afbreuk aan de positie van de huisarts als spilfiguur van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling andere organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod dan artsen-specialisten, in bepaalde omstandigheden, een plaats te geven binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

Deze laatste zin is ter verduidelijking toegevoegd na het advies van 15 oktober 2002 van de Vlaamse Gezondheidsraad."

Artikel 5 wordt ongewijzigd aangenomen met 9 stemmen, bij twee onthoudingen.

Artikel 6

Mevrouw van Kessel vraagt wat concreet wordt bedoeld met de tekst in paragraaf 1 van dit artikel. Welke meerwaarde heeft deze zin?

De minister zegt dat hier weliswaar niets nieuws staat, maar dat het niettemin belangrijk werd geacht om daar in dit artikel aan te herinneren.

Artikel 6 wordt ongewijzigd aangenomen met 9 stemmen, bij twee onthoudingen.

HOOFDSTUK III

Samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg

Artikel 7

Een amendement, ingediend door mevrouw Ingrid van Kessel, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en mevrouw Riet Van Cleuven-

bergen, strekt ertoe in artikel 7, § 1, de woorden "de infrastructuur en/of " weg te laten.

De indieners van dit amendement zien de noodzaak in dat prioritair werk moet worden gemaakt van het normaliseren van het VIPA-budget voor onder meer de ouderenvoorzieningen en het nakomen van de lopende engagementen in het kader van het VIPA (cf. schriftelijk advies van de VVSG). Ze vinden het normaal dat een deugdelijk bestuur eerst de lopende verplichtingen nakomt, vooraleer nieuwe initiatieven te nemen waarvan men de budgettaire weerslag niet kan inschatten.

Mevrouw van Kessel vraagt in verband met § 1 welke vorm van samenwerking op de eerste lijn infrastructuursubsidiëring kan krijgen en aan welke voorwaarden die dan moeten voldoen. Met andere woorden, wanneer is er sprake van een groepspraktijk ?

De minister wijst erop dat dit bij de algemene bespreking al aan bod is gekomen. Het is de bedoeling om gelijke pas te houden met de federale overheid.

Mevrouw van Kessel vraagt of er VIPA-middelen naar monodisciplinaire groepspraktijken zullen kunnen gaan ? Zal het dan ook kunnen dat een vorm van samenwerking tussen solopraktijken ook dergelijke subsidies zal krijgen ?

De minister antwoordt dat het in dit kaderdecreet alleen gaat om de mogelijkheid tot erkenning en subsidiëring van samenwerkingsverbanden. De precieze modaliteiten zullen in een later stadium moeten worden bekeken.

Mevrouw van Kessel constateert dat de mogelijkheid open blijft, wat toch een niet onbelangrijke vaststelling is. In de eerste paragraaf van dit artikel staat ook dat de werking van de infrastructuur kan worden gesubsidieerd. Bij de toelichting door de minister werden onder meer target-payment en informatiseringstoelage voor registratie als voorbeeld gegeven. Kan daarbij nog wat meer uitleg worden gegeven ? Aan welke voorwaarden moet worden voldaan voor een dergelijke toelage ?

De minister herhaalt dat de modaliteiten voor later zijn. Voorts is ook deze problematiek al uitvoerig aan bod gekomen.

Mevrouw van Kessel stelt vast dat het begrip kaderdecreet hier blijkbaar bijzonder breed wordt

geïnterpreteerd. Het blijft onduidelijk wat de minister onder een groepspraktijk verstaat. Sluit zij zich aan bij de definiëring die daar via een KB op federaal niveau aan gegeven is of gaat zij een eigen definitie geven ? In dat KB staat onder meer dat een groepspraktijk zich op een zelfde vestigingsplaats moet situeren. Is zij het daarmee eens ? Volgt zij haar voorgangster in haar stelling dat de Vlaamse regelgeving op de federale wetgeving moet worden afgestemd en gaat zij dat dan hier ook doen ?

Mevrouw Ria Van Den Heuvel onderstreept dat het niet opgaat een minister aan te spreken over uitspraken van een voorganger. Het gevoerde beleid is uiteraard een andere zaak, maar uitspraken blijven voor rekening van de persoon in kwestie.

De minister antwoordt op de vraag van mevrouw van Kessel dat zij voorstander is van samenwerking en wil nagaan wat de evolutie op federaal gebied is in dit verband. Afstemmen op of samenwerken, is overigens niet hetzelfde als zich plooiën naar. Naarmate de federale overheid concrete stappen zet, zal worden nagegaan hoe daar best op wordt gereageerd.

De heer Koen Helsen meldt dat hij zich kan aansluiten bij het voorstel om de woorden "de infrastructuur en/of " weg te laten in de eerste paragraaf van dit artikel. Dat voorstel werd opgevangen in een verderstrekkend amendement.

Een amendement ingediend door de heer Jan Roegiers, mevrouw Ria Van Den Heuvel, de heer Jan Van Duppen en heer Koen Helsen, strekt ertoe in artikel 7, § 1 :

- na het woord "erkennen" in te voegen : "met inbegrip van samenwerkingsverbanden tussen individuele en/of associaties van zorgverstrekkers," ;
- te schrappen "de infrastructuur en/of".

De heer Koen Helsen licht toe dat met het eerste deel van dit amendement wordt beoogd dat alle vormen van samenwerking aan bod kunnen komen, zoals ook in de memorie van toelichting wordt aangegeven op pagina 14.

De heer Felix Strackx suggereert om de aanvulling voor het woord "erkennen" in te voegen, in plaats van erna. Dat zou zijns inziens de leesbaarheid bevorderen.

Het amendement wordt aangenomen met 11 stemmen.

Hierdoor wordt het amendement van mevrouw van Kessel c.s. impliciet ingetrokken.

Het geamendeerd artikel 7 wordt aangenomen met 11 stemmen.

HOOFDSTUK IV

Samenwerkingsinitiatieven
eerstelijnsgezondheidszorg

AFDELING I

Algemene bepalingen

Artikel 8

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen wijst erop dat het decreet betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen inmiddels gestemd is. Hoewel was gesteld dat het begrip van de zorgregio's naargelang van het decreet telkens opnieuw zou worden bevestigd, blijkt het in de praktijk al te worden gehanteerd. De werkgebieden, zorgregio's dus, die buiten de provinciegrenzen gaan, leveren enorm veel problemen op het terrein op. Vlaanderen heeft zich onder meer geëngageerd voor het verder uitwerken van gegevensverzameling voor de ambulante sector. In alle provincies worden daarvoor gegevens bijgehouden. Als nu met andere gebieden dan provinciegrenzen zal worden gewerkt, zullen heel andere concepten moeten worden opgezet voor de gegevensinzameling, met alle problemen die daarmee gepaard gaan. Als in dit artikel zou worden opgenomen dat de provinciegrenzen gerespecteerd worden, zal dat de zaken heel wat vergemakkelijken. Dat zou overigens ook best in andere decreten gebeuren, bijvoorbeeld wanneer het om bijzondere jeugdzorg en om onderwijsaangelegenheden gaat. Nu worden er niet alleen financiële middelen verspild, maar is er ook dubbel werk van registratie. Voor de SIT's worden de provinciegrenzen gerespecteerd; kan dat ook hier voor het gezond verstand niet gebeuren?

Minister Byttebier zegt dat hier verder wordt gewerkt op het decreet inzake de zorgregio's. Voor de uitwerking is aan het Vlaams Eerstelijns Overleg (VELO) een project toegekend om na te gaan wat

dit in de praktijk betekent. De problemen waar mevrouw Van Cleuvenbergen naar verwijst hebben met 18 gemeenten te maken. Over dit ontwerp van decreet is al overleg gepleegd met de provinciebesturen en zij zijn mee in dit verhaal.

Artikel 8 wordt ongewijzigd aangenomen met 9 stemmen, bij twee onthoudingen.

Artikel 9

Mevrouw Ingrid van Kessel vraagt over welke de instrumenten het SEL beschikt om waar te kunnen maken wat hier in paragraaf 2 staat, te weten het afstemmen van het aanbod van de zorgaanbieders op de noden van de bevolking en van de individuele gebruiker.

Minister Byttebier zegt dat dit in artikel 10, § 1, 2°, wordt geconcretiseerd.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen merkt op dat in artikel 9 ook wordt gesteld dat de SEL's als neutraal aanspreekpunt voor de gebruikers zullen fungeren. Dat komt niet terug in artikel 10. Wat betekent dit in concreto? Moeten de de SEL's continu bereikbaar zijn om als neutraal aanspreekpunt te kunnen fungeren? In § 3 is sprake van bevolkingsgroepen die leven in achtergestelde situaties. Moet daar geen link worden gemaakt met het lokaal sociaal beleid, waar dat toch ook terugkomt?

Minister Byttebier onderstreept dat er een link is met het lokaal sociaal beleid en dat er bovendien ook een link is met de OCMW's, die verplicht lid zijn van de SEL's. In het lokaal sociaal beleid wordt gekozen voor een planlastenvermindering; de OCMW's zitten zowel in het lokaal sociaal beleid als in de SEL's en kunnen dat dus meteen koppelen. Wat het neutraal aanspreekpunt betreft: dat zal later concreet worden uitgewerkt; in dit stadium is het vooral belangrijk dat het om een neutraal aanspreekpunt moet gaan.

Een amendement, ingediend door mevrouw Ingrid van Kessel, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, strekt ertoe § 2 weg te laten in artikel 9.

Het amendement wordt verworpen met 8 stemmen tegen, 2 stemmen voor en 1 onthouding.

Artikel 9 wordt ongewijzigd aangenomen met 9 stemmen, bij twee onthoudingen.

Artikel 10

Mevrouw Ingrid van Kessel is van oordeel dat § 1, 2°, geen concretisering is van artikel 9, § 2. Hier gaat het immers om het organiseren en opvolgen van overleg, terwijl het in de tweede paragraaf van artikel 9 over het aanbod gaat. Dat zijn toch twee verschillende zaken? Artikel 10 gaat in hoofdzaak over de taken van de SEL's. Die taken lijken omvangrijker dan die welke toebedeeld waren aan de SIT's. Als dat inderdaad zo is, zouden daar ook meer middelen moeten tegenover staan. Komen er meer middelen en zo ja, op basis waarvan zullen die worden verdeeld? Financiering op basis van het aantal zorgplannen dat men opmaakt, is niet de meest optimale manier.

In verband met § 1, 3°, informeert de spreker naar de schaal die zal worden gehanteerd. Onder meer bij de hoorzitting werd gesteld dat het hanteren van bijvoorbeeld de Katz-schaal niet optimaal is. In de schoot van het RIZIV zou er al geruime tijd een werkgroep op zoek zijn naar een meer optimale schaal. Hoe staat het daarmee? Welke schaal zal worden gehanteerd en zijn daarover afspraken gemaakt met het federale niveau? Wat § 1, 6°, betreft, vraagt mevrouw van Kessel welke partnerorganisaties daar worden bedoeld. De memorie van toelichting brengt hier geen verduidelijking, integendeel.

Via een amendement wordt de schrapping voorgesteld van 10° en 11°. Zowel door VELO als door de Gezondheidsraad en de VVSG werd opgemerkt dat het moeilijk of niet doenbaar voor het SEL om de permanentieregeling van de zorgaanbieders te bewaken. In 10° krijgen de SEL's de opdracht om klachten over zichzelf te regelen en worden ze dus rechter en partij.

De heer Felix Strackx sluit zich, inzonderheid voor 10°, aan bij het betoog van mevrouw van Kessel. Het bewaken van de permanentieregeling van de zorgaanbieders is tot nog toe de taak geweest van de Provinciale Geneeskundige Commissie. Zal die commissie dan van die taak worden ontheven?

Minister Adelheid Byttebier zegt dat het hier louter gaat om het bewaken van de permanentieregeling. Het is niet de bedoeling dat de SEL's de organisatie van die permanentie op zich zouden nemen. Waar het SEL vaststelt dat alles goed op elkaar afgestemd is, zal het dus geen bijkomende opdracht hebben. Wanneer die afstemming er niet is, zal het de partners bij elkaar moeten brengen om zich zo te organiseren dat er een permanentie gegarandeerd is.

Wat de evaluatie van het zelfzorgvermogen betreft en de schaal die daarvoor wordt gehanteerd, is het zo dat de RAI-schaal (RAI = resident assessment instrument) momenteel wordt uitgetest op federaal niveau. De eerste echo's dienaangaande zijn positief, maar de experimentele fase loopt nog dit jaar. Als die schaal effectief wordt ingevoerd, zal ze in Vlaanderen worden overgenomen, maar dat zal niet meer tijdens deze legislatuur zijn.

In verband met de vraag naar de omvang van het takenpakket, moet er rekening mee worden gehouden dat het hier om een kaderdecreet gaat en dat de taken vermeld in 10°, 11° en 12° in een latere fase hun uitwerking zullen moeten krijgen. Dat zal voor een deel afhangen van de financiering, maar er kan niet zomaar worden gezegd dat de SEL's meer taken krijgen. Er komen een aantal nieuwe taken bij, maar er zijn ook taken die wegvallen en taken die maar in een volgende fase in werking zullen treden.

De heer Pieter Vandenbulcke beklemtoont dat de huidige middelen voor de SIT's behouden blijven voor de SEL's, terwijl de federale middelen voor de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT) daar bovenop komen. Voor de taken vermeld in artikel 10, § 1, 3°, komen er dus middelen bij. Taken die zijn weggevallen omdat ze zich meer op het niveau van de zorgverstrekker zelf bevinden, zijn bijvoorbeeld de kwaliteitsbevordering, het stimuleren en ondersteunen van het vrijwilligerswerk en de doorverwijsfunctie. Zoals de minister al aangaf, treden de in 10°, 11° en 12° vermelde bijkomende taken maar later in voege. Het bewaken van de organisatie van een dag- en nachtpermanente hulpverlening bijvoorbeeld kan uiteraard maar worden aangevangen als er genoeg mogelijkheden daarvoor zijn. Dat zal dus samenhangen met een toekomstige verhoging van de budgetten daarvoor. De in 6° vermelde taak is ook nieuw en vloeit voort uit de ervaring met het VIG en de LOGO's. Wanneer een partnerorganisatie, bijvoorbeeld de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, wordt ondersteund om methodieken te ontwikkelen, is het ook belangrijk dat die richtlijnen worden geïmplementeerd. Het SEL kan daar een ondersteunende rol in spelen. In de voorbereidende besprekingen is nooit de opmerking gemaakt dat dit geen zinvolle taak zou zijn. De overige taken zijn bijna letterlijk terug te vinden in de huidige taken van de SIT's. Van een toename van taken zonder dat daar extra middelen tegenover staan, is dus geen sprake.

Mevrouw van Kessel beklemtoont dat als de takenpakketten naast elkaar worden gelegd, het lijstje voor de SEL's een stuk langer is. Een bijkomende – en zeker zinvolle – taak is bijvoorbeeld het regis-

treren en uitwisselen van gegevens : dat zou wel eens heel wat bijkomend werk kunnen meebrengen en in dat geval zou het toch normaal zijn dat daarvoor bijkomende middelen worden toegekend. Is er zicht op de financiering : zullen de bijkomende middelen van de GDT's wel volstaan ? Wat gebeurt er met de zorgcoördinator, want die wordt hier nog amper vermeld ?

De minister wijst erop dat het registreren en uitwisselen van gegevens nu al tot het takenpakket van de GDT's behoort en dat de SIT's activiteitenverslagen moeten opstellen. Voortaan zullen de SEL's voor beide instaan, wat de efficiëntie zeker ten goede zal komen. Wat de zorgcoördinator betreft, is het de bedoeling om volgens dezelfde logica verder te werken als nu het geval is bij de SIT's. Afhankelijk van de financiële draagkracht zal erover moeten worden gewaakt dat de zorgcoördinator niet wordt overbelast met vragen waar geen financiële tegemoetkoming tegenover staat.

Een amendement, ingediend door mevrouw Ingrid van Kessel, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, strekt ertoe in artikel 10, § 1, de onderdelen 10° en 11° te schrappen.

Het amendement wordt verworpen met 9 stemmen tegen 2.

Artikel 10 wordt ongewijzigd aangenomen met 9 stemmen, bij twee onthoudingen.

Artikel 11

Mevrouw Ingrid van Kessel merkt op dat de Vlaamse gezondheidsraad in verband met het uitvoeren van taken door een andere rechtspersoon dan het SEL, vraagt aan welke situaties daar wordt gedacht. Kan daarvan een voorbeeld worden gegeven ?

De minister antwoordt dat het niet gaat om het overnemen van de opdracht van de SEL's, wel over specifieke taken, bijvoorbeeld administratieve opdrachten zoals een registratie : op vraag van en in afspraak met het SEL kunnen die taken worden opgenomen door een andere instantie. Hier wordt overigens alleen de mogelijkheid gecreëerd.

Mevrouw van Kessel repliceert dat het toch belangrijk is dat het om een neutrale rechtspersoon gaat, als het een taak betreft als bijvoorbeeld het geactualiseerd bestand van de zorgaanbieders. Daar zal in de uitvoeringsbesluiten op toegezien moeten worden.

De heer Felix Strackx wijst erop dat in de tweede paragraaf expliciet sprake is van ondersteuning door provinciebesturen. Er mag toch worden aangenomen dat op basis van de zorgregio's zal worden gewerkt. Waarom wordt er dan niet uitdrukkelijk van de zorgregio's gesproken ? Het probleem is wel dat de zorgregio's niet helemaal samenvallen met de provincies. Hoe moet het dan met die ondersteuning als dat het geval is ?

De minister antwoordt dat, ingeval het SEL te klein blijkt of als er daartoe andere redenen zijn, een samenwerkingsinitiatief kan worden opgezet. Ook hier moet er rekening mee worden gehouden dat het voorliggend ontwerp een kaderdecreet is. In de toepassing zal ruimte moeten worden gelaten voor voldoende varianten, ook voor samenwerking over de SEL's heen. De passus over de ondersteuning door provinciebesturen is het resultaat van overleg met die besturen. Het is inderdaad zo dat de zorgregio's voor 18 gemeenten niet samenvallen met de provincies. Zoals bij de algemene bespreking al werd gemeld, is daarvoor een project toevertrouwd aan VELO. Voor het overgrote deel van de gemeenten is er geen probleem en het is hoe dan ook vooral belangrijk dat de provinciebesturen bereid zijn om in dit verhaal mee te stappen.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen zegt dat dit andermaal aantoonde dat het decreet over de zorgregio's best wordt bijgestuurd om die regio's te laten samenvallen met de provinciegrenzen. Voor het decreet integrale jeugdhulp bijvoorbeeld, zijn de gerechtelijke arrondissementen van cruciaal belang. Die arrondissementen respecteren de provinciegrenzen. Als dat alsnog voor de zorgregio's zou gebeuren, zou dat veel leed en ongenoegen wegnemen en bovendien een besparing opleveren. De spreker vraagt dan ook dat de oplossing van het gezond verstand wordt gekozen.

De minister zegt hierop dat de keuze is gemaakt op basis van een ernstige studie. VELO zal proberen zorgen voor een maximale invulling. Als daarbij blijkt dat er een variant is, zal daar wellicht aan worden geremedieerd, maar nu kan daar niet op vooruit gelopen worden. Voor de bewuste 18 ge-

meenten moet een sui-generisoplossing worden gevonden. De stelling dat het hier om een groot probleem gaat, wordt overigens niet bijgetreden door de provinciebesturen. Bij het overleg met de provincies blijkt dat die vooral bekommerd zijn om mogelijke oplossingen.

Artikel 11 wordt ongewijzigd aangenomen met 9 stemmen, bij twee onthoudingen.

AFDELING III

Samenstelling

Artikel 12

Mevrouw Ingrid van Kessel vraagt wie wordt bedoeld met de plaatselijke vertegenwoordigers van de zorgaanbieders, in concreto als het om de beroepsgroep van de huisartsen gaat.

De heer Felix Strackx zegt dat er inderdaad een probleem is wat de representativiteit betreft. In § 2 is onder meer sprake van "de huisartsen", "de lokale dienstencentra" : wie wordt bedoeld met die, toch zeer algemene, omschrijving ? Het gebruik van het lidwoord doet veronderstellen dat er een organisatie is die minstens representatief is.

Voorts kunnen organisaties die willen toetreden blijkbaar worden geweigerd. Daarvoor volstaat het dat een gemotiveerde beslissing wordt meegedeeld aan die organisatie en aan de administratie, die daar blijkbaar alleen akte kan van nemen. Is geen bemiddeling voorzien, of een mogelijkheid om protest of beroep aan te tekenen tegen die beslissing ? Wat is de reden van die bepaling ? Welke organisaties komen niet in aanmerking voor toetreding ?

In de derde alinea van § 3 is sprake van organisaties die eventueel niet bereid zijn vertegenwoordigd te worden. Ook dat is een vreemde bepaling : vertrekken van de premisse dat de voorwaarden zullen worden aangepast ingeval er organisaties niet bereid zijn om toe te treden, is betreurenswaardig.

Mevrouw van Kessel sluit zich daarbij aan. Bepaalde organisaties kunnen om gegronde worden geweigerd, andere kunnen zelf weigeren om toe te treden, maar uiteindelijk moet wel minstens de helft van de georganiseerde zorg vertegenwoordigd zijn. De bijna piramidale opmaak van dit artikel roept toch vragen op : van de 8 categorieën die

worden vermeld, moeten uiteindelijk naast de huisartsen en de verpleegkundigen en vroedvrouwen, minstens drie van de resterende categorieën vertegenwoordigd zijn, met per categorie minstens de helft van de georganiseerde zorg die vertegenwoordigd moet zijn. Hoe zal men trouwens uitmaken dat de helft van de georganiseerde zorg vertegenwoordigd is ?

Minister Byttebier beklemtoont dat het SEL vooral ten goede komt van de zorgverleners, in casu door voor een goede samenwerking te zorgen via een multidisciplinair netwerk, met een permanentie, onderlinge afspraken, enzovoort. Het netwerk dat rond de zorgvrager wordt gebouwd is van een andere orde.

De kracht van de formule van de SEL's moet erin bestaan dat een huisarts, die nu vaak alleen moet uitzoeken hoe het staat met bijvoorbeeld een cliënt die in een spoedgevallendienst is opgenomen, er alle baat zal bij hebben om zich in te schakelen in een SEL. Daar zal hij immers alle partners die multidisciplinair nodig zijn voor het zorgnetwerk rond die patiënt, kunnen ontmoeten om afspraken te maken. De afspraken tussen de zorgverleners kunnen, zoals nu al gebeurt bij de SIT's, ook op het niveau van een afvaardiging worden gemaakt. Het maken van afspraken over het afstemmen van multidisciplinaire vormingsinitiatieven bijvoorbeeld, kan gebeuren door een afvaardiging van huisartsen. Dat blijkt in de praktijk goed te werken, tot tevredenheid van de huisartsen.

Wat de vraag betreft van de heer Strackx over het mogelijk weigeren van organisaties, moet voor ogen worden gehouden dat het uitgangspunt van de bewuste bepaling is dat elke organisatie die dat wenst, kan deelnemen. Het vertrekpunt is met andere multidisciplinaire samenwerking van alle betrokkenen. Ingeval die samenwerking wordt belemmerd door een bepaalde participatie, kan daarop een uitzondering worden gemaakt en kan een groepering worden geweigerd. In de uitvoeringsbesluiten zal nader moeten worden geregeld in welke gevallen dat mogelijk is.

Mevrouw van Kessel merkt op dat het besluit van de Vlaamse regering van 18 december 1998 houdende de erkenning en subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg, blijkbaar zal moeten worden aangepast aan dit decreet. De participatie van de diensten gezinszorg aan overleg in een SEL zal in de toekomst als gepresterde uren kunnen worden genoteerd. Dat is logisch, maar blijkbaar moet het gebeuren binnen het toegekende urencontingent. Dat contingent is

immers nu al niet groot en dit komt dus bovenop de huidige krapte.

Op de repliek van minister Byttebier dat de bestaande praktijk binnen de SIT's en de GDT's gewoon wordt voortgezet, antwoordt de spreker dat in het decreet van de thuiszorg staat ingeschreven dat 4% groei nodig is om de behoeften te kunnen dekken. De realiteit is dat er maar 1%, binnenkort 1,5%, groei is. Als binnen die beperkte groei de participatie aan de SEL's ook moet gebeuren binnen het toegekende urencontingent, zal dat ten koste van de dienstverlening gaan.

De minister onderstreept dat in de 1 % groei, de opdrachten voor de coördinatie in de SIT's al begrepen zijn. Dat geldt in de toekomst ook voor de opdrachten voor coördinatie binnen het SEL.

Een amendement ingediend door de heer Jan Roegiers, mevrouw Ria Van Den Heuvel en de heren Jan Van Duppen en Koen Helsen, strekt ertoe in artikel 12, § 2, eerste lid, het woord "ziekenfondsdiensten" te vervangen door "ziekenfondsdiensten voor maatschappelijk werk en woonondersteuning".

Mevrouw Ria Van Den Heuvel verwijst voor de verantwoording naar de toelichting bij het amendement van dezelfde strekking bij artikel 2, 15°.

Het amendement wordt aangenomen met 9 stemmen tegen 2.

Het aldus geamendeerd artikel 12 wordt aangenomen met 8 stemmen, bij 3 onthoudingen.

AFDELING IV

Werkgebied

Artikel 13

Artikel 13 wordt ongewijzigd aangenomen met 8 stemmen, bij 3 onthoudingen.

HOOFDSTUK V

Partnerorganisaties

Artikel 14

Mevrouw Ingrid van Kessel vraagt naar een voorbeeld van mogelijke partnerorganisaties. Waarom wordt in § 3 de formule van een beheersovereenkomst gehanteerd, in plaats van een gewone subsidieregeling? Wat is hier overigens het verschil tussen een beheersovereenkomst en de formule van een convenant? Wat is een resultaatgebied voor de uitvoering van de beheersovereenkomst?

Minister Byttebier antwoordt dat dezelfde formulering en dezelfde logica als in het preventiedecreet wordt gehanteerd. Een convenant is hier hetzelfde als een beheersovereenkomst. Ook in het preventiedecreet is sprake van resultaatgebieden. Ook kan binnen een variatie van resultaatgebieden kan een keuze worden gemaakt. Een aantal mogelijke partnerorganisaties worden in de memorie van toelichting op pagina 23 opgesomd.

Mevrouw van Kessel betreurt dat men voor een vaag kaderdecreet heeft gekozen. Bij het preventiedecreet is dat meer aanvaardbaar, hier gaat het om een decreet van een andere orde. Verder bouwend op de SIT's, zou het perfect mogelijk zijn om een duidelijkere en concretere omschrijving op te nemen van de mogelijke partnerorganisaties, de resultaatgebieden, enzovoort.

Artikel 14 wordt ongewijzigd aangenomen met 8 stemmen, bij 3 onthoudingen.

Artikel 15

Artikel 15 wordt ongewijzigd aangenomen met 8 stemmen, bij 3 onthoudingen.

HOOFDSTUK VI

Registratie en gegevensuitwisseling

Artikel 16

Mevrouw Ingrid van Kessel vraagt verduidelijking bij de tweede alinea van § 1 van dit artikel.

De minister antwoordt dat de Raad van State onduidelijk heeft gesteld dat geen verplichting kan worden opgelegd voor die gegevensuitwisseling als dat financiële implicaties heeft voor de federale overheid. Daarmee rekening houdend, is

hier dus ingeschreven dat dit in dergelijk geval op vrijwillige basis gebeurt. De organisaties zullen ervan moeten worden overtuigd dat dit hun eigen werking ten goede komt.

Mevrouw van Kessel stipt hierbij aan dat een mogelijke oplossing is dat Vlaanderen in bijkomende middelen voorziet voor die organisaties, diensten en personen. Nu gaat men blijkbaar rekenen op de goodwill van die organisaties voor die gegevensuitwisseling.

De minister beaamt dat in een eerste fase op de goodwill wordt gerekend.

Artikel 16 wordt ongewijzigd aangenomen met 8 stemmen, bij 3 onthoudingen.

Artikel 17

Mevrouw Ingrid van Kessel vraagt of het werken met een unieke identificatiecode inmiddels werkzaam is op het federale niveau. Terwijl voor artikel 16 wordt gerekend op de goodwill, wordt hier een verplichting opgelegd. Aan het werken met een unieke identificatiecode zijn ongetwijfeld voordelen verbonden, maar blijkbaar was het geen sinecure om dat door te voeren. In hoeverre is die weg inmiddels afgelegd ?

De minister zegt hierop dat de privacycommissie zich momenteel hierover buigt. Enerzijds is iedereen voorstander van een vereenvoudiging, zodat niet telkens opnieuw dezelfde gegevens moeten worden ingevoerd, maar anderzijds moet ook rekening worden gehouden met het respecteren van de privacy.

Artikel 17 wordt ongewijzigd aangenomen met 8 stemmen, bij 3 onthoudingen.

HOOFDSTUK VII

Verantwoordingsplicht en toezicht

Artikel 18

Mevrouw Ingrid van Kessel vraagt hoe het begrip 'verantwoording' moet worden geïnterpreteerd als er een samenwerking is op het niveau van een groepspraktijk.

De heer Pieter Vandenbulcke zegt namens de minister dat het een daad van goed bestuur is als wordt nagegaan of een gesubsidieerde dienst aan de erkenningsvoorwaarden voldoet en de subsidies correct gebruikt. Om dat mogelijk te maken, zijn zij verplicht om verantwoording af te leggen en de nodige gegevens voor te leggen. Dat is nu ook al gebruikelijk voor de inspectie.

Mevrouw van Kessel beaamt dat dit logisch is als het vanuit een theoretische invalshoek wordt bekeken. Naar de praktijk vertaald, kan het bijvoorbeeld gaan om drie artsen die in een groepspraktijk samenwerken en een erkenning krijgen. Afgezien van die erkenning krijgen die artsen niet veel in de plaats, maar ze moeten wel verantwoording afleggen. Voor de beroepsgroep van de artsen lijkt dit een allesbehalve evidente bepaling.

Artikel 18 wordt ongewijzigd aangenomen met 8 stemmen, bij 3 onthoudingen.

Artikel 19

Artikel 19 wordt zonder opmerkingen aangenomen met 8 stemmen, bij 3 onthoudingen.

Artikel 20

Artikel 20 wordt zonder opmerkingen aangenomen met 8 stemmen, bij 3 onthoudingen.

HOOFDSTUK VIII

Administratieve sancties

Artikel 21

Een amendement, ingediend door mevrouw Ingrid van Kessel, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, strekt ertoe artikel 21 te schrappen.

Mevrouw Ingrid van Kessel merkt op dat § 2 rechtsonzekerheid in het leven roept. Er wordt een ongewenste discretionaire bevoegdheid of zelfs beoordelingsvrijheid in hoofde van de administratie ingesteld. Deze vaststelling moet worden gekop-

peld aan het advies van de Raad van State bij het voorontwerp van decreet.

Met die opmerkingen is voor een deel rekening gehouden, maar ze blijven in hoofddorde wel over-eind. De Raad van State verwees naar de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de gemeenschappen en de gewesten. Luidens artikel 50, § 2, is het de federale overheid die de algemene bepalingen stelt op de controle en inzake het verlenen en het gebruik van subsidies. Deze zijn ook van toepassing op de gemeenschappen en de gewesten (artikel 71, § 1).

De federale wetgever bracht recent een wetgeving tot stand die specifiek geldt voor de gemeenschappen en gewesten. Deze algemene federale bepalingen zijn opgenomen in de wet van 16 mei 2003 tot vaststelling van de algemene bepalingen die gelden voor de begrotingen, de controle op de subsidies en voor de boekhouding van de gemeenschappen en de gewesten, alsook voor de organisatie van de controle door het Rekenhof, artikel 13 in het bijzonder. Dat artikel neemt de inhoud over van artikel 57, eerste lid, van de wetten op de rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991.

Met de nieuwe aanhef van artikel 21 wordt tegemoetkomen aan een deel van het advies van de Raad van State. Het weglaten van het volledige artikel is het logisch doortrekken van het volledige advies. Het ontwerp van decreet voorziet immers in de mogelijkheid van terugvordering of inhouding, terwijl dat de decreetgever nog niet toekomt.

Wetende dat het ontwerp van decreet verplicht gekoppeld moet worden aan de wet van 16 mei 2003, leidt het ongewijzigd aanvaarden van artikel 21 tot een bevoegdheidsoverschrijding die kan worden aangevochten bij het Arbitragehof. Sterker, een aanpassing conform het advies van de Raad van State leidt tot de vaststelling dat artikel 21 een overbodige bepaling wordt en gelezen kan worden vanuit de wet 16 mei 2003, met dien verstande dat de terugvordering of inhouding een verplichting wordt.

Minister Byttebier zegt dat werd tegemoetgekomen aan het advies van de afdeling wetgeving van de Raad van State om dit artikel te herschrijven. Het is op zich niet uitzonderlijk dat de administratie de sancties en de bedragen bepaalt.

De heer Pieter Vandenbulcke zegt namens de minister dat in het licht van het advies van de Raad van

State, twee bepalingen werden geschrapt, omdat de voorzieningen minder streng zouden worden gesanctioneerd dan in de wetgeving op de rijkscomptabiliteit is voorzien. De drie overblijvende verplichtingen die tot een sanctionering kunnen leiden, komen in die federale wetgeving niet voor en zijn daarom behouden gebleven.

Mevrouw Ingrid van Kessel onderstreept dat het streng invullen van de sancties haars inziens een verplichting is voor de overheid. Als die de voorzieningen regels oplegt, moet ze hen ook in de mogelijkheid stellen om de voorwaarden te vervullen, want de sanctie is dat de middelen teruggevorderd kunnen worden.

Het amendement wordt verworpen met 8 stemmen tegen 3.

Artikel 21 wordt ongewijzigd aangenomen met 8 stemmen tegen 3.

Artikel 22

Artikel 22 wordt zonder opmerkingen aangenomen met 8 stemmen, bij 3 onthoudingen.

Artikel 23

Artikel 23 wordt zonder opmerkingen aangenomen met 8 stemmen, bij 3 onthoudingen.

HOOFDSTUK IX

Procedure inzake erkenning, schorsing en intrekking van een erkenning

Artikel 24

Artikel 24 wordt zonder opmerkingen aangenomen met 8 stemmen, bij 3 onthoudingen.

HOOFDSTUK X

Overgangsbepalingen en inwerkingtreding

Artikel 25

Artikel 25 wordt zonder opmerkingen aangenomen met 8 stemmen, bij 3 onthoudingen.

Artikel 26

Een amendement ingediend door de heer Jan Roegiers, mevrouw Ria Van Den Heuvel en de heren Jan Van Duppen en Koen Helsen, strekt ertoe in het tweede lid van artikel 26 het woord "ziekenfondsdiensten" te vervangen door "ziekenfondsdiensten voor maatschappelijk werk en woonondersteuning," en de woorden "ziekenfondsdienst verstaan" te vervangen door "ziekenfondsdienst voor maatschappelijk werk en woonondersteuning verstaan,". Tevens wordt op het einde een komma en volgende woorden toegevoegd ", al dan niet in samenwerking met een of meer regionale dienstencentra, bedoeld in het decreet van 14 juli 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg.".

Mevrouw Ria Van Den Heuvel verwijst voor de verantwoording naar de toelichting bij het amendement van dezelfde strekking bij artikel 2, 15°.

Mevrouw Sonja Becq vermoedt dat voor de volledige benaming "ziekenfondsdienst voor maatschappelijk werk en woonondersteuning" wordt gekozen om verwarring te vermijden met de federale wetgeving rond ziekenfondsen. In het tweede lid van dit artikel wordt in feite gezegd dat de definitie van ziekenfondsdienst in artikel 12 in afwachting van de nieuwe regelgeving anders wordt geïnterpreteerd. Dat was beter meteen in artikel 12 opgevangen.

Het amendement wordt aangenomen met 11 stemmen.

Het aldus geamendeerd artikel 26 wordt aangenomen met 9 stemmen, bij 2 onthoudingen.

Artikel 27

Artikel 27 wordt zonder opmerkingen aangenomen met 9 stemmen, bij 2 onthoudingen.

IV. Stemming over het geheel

Het ontwerp van decreet wordt aangenomen met 9 stemmen, bij twee onthoudingen.

De verslaggever

Ria VAN DEN HEUVEL

De voorzitter,

Koen HELSEN

TEKST AANGENOMEN DOOR DE COMMISSIE**HOOFDSTUK I****Algemene bepaling en definities****Artikel 1**

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Artikel 2

Voor de toepassing van dit decreet wordt verstaan onder :

- 1° administratie : de administratie van de diensten van de Vlaamse regering bevoegd voor de gezondheidszorg ;
- 2° begeleidingsdossier : document dat per gebruiker, op basis van een evaluatie van het zelfzorgvermogen en een omschrijving van de zorgvraag, weergeeft welke passende zorg de zorgaanbieder voorziet aan te bieden of nodig acht en dat kan worden bijgestuurd in functie van de evoluerende zorgbehoefte ;
- 3° gebruiker : iedere natuurlijke persoon die een beroep doet op een zorgaanbieder ;
- 4° eerstelijnsgezondheidszorg : zorg aangeboden door zorgverstrekkers in dat segment van de gezondheidszorg waarop gebruikers een beroep doen voor eerste deskundige opvang, behandeling of meer continue begeleiding van gezondheidsproblemen, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder of door een organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod ;
- 5° evaluatie van het zelfzorgvermogen : een aan een zorgvraag gekoppelde inschatting van de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen van de gebruiker, uitgevoerd volgens een vooraf bepaald uniform stramien en op basis van objectieve en meetbare criteria ;
- 6° gezondheid : toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden bij de mens ;
- 7° kwaliteitsvolle zorg : verantwoorde zorg die rekening houdt met doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid ;
- 8° mantelzorger : een persoon die, vanuit een sociale en emotionele band, één of meerdere personen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven wanneer de zelfzorg ontoereikend blijkt ;
- 9° meer gespecialiseerd zorgaanbod : zorg die doorgaans verleend wordt door of onder leiding van een arts-specialist, een ziekenhuis of een andere organisatie, dienst of persoon die door de regelgeving of door de aard en omstandigheden van de zorg niet tot de eerstelijnszorg wordt gerekend ;
- 10° partnerorganisatie : een organisatie met rechtspersoonlijkheid die als centrum van expertise fungeert omwille van minstens één van de hiernavolgende competenties :
 - a) de deskundigheid om ondersteuning te bieden aan samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, netwerken, zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers of vrijwilligers ;
 - b) het aanleveren van gegevens inzake gezondheidszorg ;
- 11° samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, afgekort SEL : een door de Vlaamse regering erkend samenwerkingsverband van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en eventueel van vertegenwoordigers van mantelzorgers en gebruikers en/of vrijwilligers, dat gericht is op het optimaliseren van de zorg binnen een bepaald geografisch afgebakend werkgebied ;
- 12° vrijwilliger : een persoon die één of meerdere personen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven wanneer de zelfzorg ontoereikend blijkt ;
- 13° woonondersteuning : dienstverlening die er op gericht is de gebruiker in zijn eigen leefomgeving te ondersteunen door middel van informatie, advies en het ter beschikking stellen van hulpmiddelen die betrekking hebben op de activiteiten van het dagelijks leven ;

- 14° zelfzorg : de persoonlijke beslissingen en acties in het dagelijkse leven met het oog op het voorzien in de eigen basisbehoeften, en de daarbij aansluitende eigen activiteiten en vaardigheden ;
- 15° ziekenfondsdienst voor maatschappelijk werk en woonondersteuning : een dienst, opgericht door één of meer ziekenfondsen, die, volgens de maatschappelijke werkmethoden, passende zorg verleent of hiertoe bijdraagt en die woonondersteuning biedt, minstens ten aanzien van hun eigen leden die tijdelijk of blijvend zorg nodig hebben of dreigen nodig te hebben ten gevolge van ouderdom, ziekte of handicap ;
- 16° zorgaanbieder : een zorgverstreker zoals bedoeld in 19°, evenals een organisatie, dienst of persoon, die professioneel zorgen of diensten verleent aan gebruikers en die daardoor de eerstelijnsgezondheidszorg vergemakkelijkt, mogelijk maakt of ondersteunt, met uitzondering van de organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod ;
- 17° zorgcontinuüm : het gelijktijdig of in de tijd gespreid, naadloos op elkaar aansluiten van diverse vormen van zorgverlening ;
- 18° zorgplan : een schriftelijke afsprakenregeling met betrekking tot de geplande zorg voor een gebruiker, die gebaseerd is op één of meer begeleidingsdossiers en die kan worden bijgestuurd afhankelijk van de evoluerende zorgbehoefte ;
- 19° zorgverstreker : een in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzame apotheker, arts, diëtist, kinesist, logopedist, tandarts, verpleegkundige, vroedvrouw of beroepsbeoefenaar van een andere door de Vlaamse regering bepaalde discipline, met uitzondering van de arts-specialist, met inbegrip van feitelijke of juridische entiteiten die hen groeperen in mono- of multidisciplinair verband.

HOOFDSTUK II

Opdrachten, operationele doelstellingen en werkingsbeginselen van de eerstelijnsgezondheidszorg

Artikel 3

§ 1. Iedere persoon, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of

godsdienstige overtuiging, van ras of geaardheid en zonder onderscheid van zijn vermogenstoestand, heeft recht op een kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg en op een respectvolle behandeling en begeleiding.

De vrijheid van keuze van zorg en zorgverstreker wordt in hoofde van de gebruiker geëerbiedigd. De medeverantwoordelijkheid van de gebruiker wordt zo veel mogelijk aangemoedigd, om te komen tot een duurzame en kwaliteitsvolle zorginvulling waarbij samenhang in de zorg en continuïteit in de relatie tussen gebruiker en zorgverstreker centraal staan.

Het zelfzorgvermogen van de gebruiker wordt zo veel mogelijk aangemoedigd en verhoogd opdat hij zo autonoom mogelijk aan de samenleving zou kunnen participeren.

§ 2. De zorgverstrekkers bieden kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg aan. Hiertoe wordt de zorg, indien nodig en mogelijk, aangeboden bij de gebruiker thuis.

§ 3. De zorgverstrekkers leveren bijzondere inspanningen om de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg te optimaliseren, in het bijzonder voor personen die leven in achtergestelde situaties.

Artikel 4

§ 1. Ter uitvoering van de opdrachten, bepaald in artikel 3, vervullen de zorgverstrekkers onder meer de volgende taken :

- 1° het aanbieden van de eerste deskundige opvang bij gezondheidsproblemen ;
- 2° het verzorgen, begeleiden en opvolgen van gebruikers met acute of chronische gezondheidsproblemen ;
- 3° het bijdragen tot het voorkomen van het ontstaan of het verergeren van gezondheidsproblemen ;
- 4° het ondersteunen van de gebruikers bij de zelfzorg, de mantelzorgers, de vrijwilligers en de andere zorgaanbieders ;
- 5° het opnemen van het eigen aandeel in het zorgcontinuüm.

§ 2. De zorgverstrekkers voeren deze taken uit in het kader van hun professionele deskundigheid. In-

dien het in het belang van de gebruiker nodig is, maken ze, al dan niet op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, een begeleidingsdossier op en maken ze onderling taakafspraken, alsook met andere zorgaanbieders en met organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod. De taakafspraken kunnen worden vastgelegd in een zorgplan. Het zorgplan kan op eigen initiatief of op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger door de zorgverstrekker worden opgestart en/of opgevolgd. Indien nodig verwijzen ze gebruikers gericht door. Na verwijzing door een andere zorgaanbieder of door een organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, leveren de zorgverstrekkers adequate zorg.

Artikel 5

§ 1. De Vlaamse regering kan, binnen haar bevoegdheden, nadere regels bepalen met betrekking tot de opdrachten en taken bedoeld in artikelen 3 en 4.

§ 2. De Vlaamse regering kan bepalen onder welke bijzondere omstandigheden artsen-specialisten, in het kader van het zorgcontinuüm, een bijdrage kunnen leveren in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Artikel 6

§ 1. Om de in artikel 3 geformuleerde opdrachten te realiseren verrichten de zorgverstrekkers activiteiten die gericht zijn op de gebruiker en activiteiten die gericht zijn op de goede organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg.

§ 2. De activiteiten die gericht zijn op de gebruiker worden verstrekt op het niveau van de praktijkvoering, waar het individueel contact tussen de zorgverstrekker en de gebruiker plaatsvindt, en, waar nodig, multidisciplinair overleg omtrent de gebruiker wordt gepleegd.

Activiteiten die gericht zijn op de goede organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg, overstijgen de eigen praktijkvoering en gebeuren op een niveau waar de zorgaanbieders binnen een bepaald werkgebied hun werking op elkaar afstemmen.

HOOFDSTUK III

Samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg

Artikel 7

§ 1. De Vlaamse regering kan vormen van samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering erkennen, met inbegrip van samenwerkingsverbanden tussen individuele en/of associaties van zorgverstrekkers, en kan de werking ervan subsidiëren. De Vlaamse regering bepaalt hiertoe de voorwaarden.

§ 2. De Vlaamse regering bepaalt in voorkomend geval de erkenningsvoorwaarden, de regels inzake de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

§ 3. De erkenningsvoorwaarden voor samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering hebben onder meer betrekking op de juridische vorm, de permanentie, de mono- of multidisciplinariteit, de dossiertoegankelijkheid, de doelgroep en de vestigingsplaats.

§ 4. De Vlaamse regering bepaalt in voorkomend geval de subsidie en werkt nadere regels uit aangaande de wijze van subsidiëring.

HOOFDSTUK IV

Samenwerkingsinitiatieven
eerstelijnsgezondheidszorg

AFDELING I

Algemene bepalingen

Artikel 8

§ 1. De Vlaamse regering erkent en subsidieert samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en bepaalt hun werkgebied.

§ 2. De Vlaamse regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de regels inzake de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

§ 3. De Vlaamse regering bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden.

§ 4. Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg hebben de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk.

AFDELING II

Opdrachten en taken

Artikel 9

§ 1. De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg beogen een optimale zorgverlening aan de gebruiker waarbij maximaal een beroep gedaan wordt op zijn zelfbeschikkingsvermogen en waarbij zijn zelfzorgvermogen en medeverantwoordelijkheid zo veel mogelijk worden aangemoedigd en verhoogd opdat hij zo autonoom mogelijk aan de samenleving zou kunnen participeren.

§ 2. De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg nemen, binnen hun werkgebied, initiatieven die er toe bijdragen het aanbod van de zorgaanbieders af te stemmen op de noden van de bevolking en van de individuele gebruiker.

De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg bevorderen, binnen hun werkgebied, de samenwerking tussen de zorgaanbieders onderling, tussen de zorgaanbieders en andere organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd

zorgaanbod, alsook tussen de zorgaanbieders en de gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers.

De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg informeren de bevolking binnen hun werkgebied over het zorgaanbod.

De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg fungeren, voor de aangelegenheden die het niveau van de praktijkvoering of van de individuele zorgaanbieder overstijgen, binnen hun werkgebied als neutraal aanspreekpunt voor gebruikers, mantelzorgers, vrijwilligers, andere hulpverleners en voorzieningen, en voor de Vlaamse overheid.

§ 3. Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg leveren bijzondere inspanningen om de toegankelijkheid van de zorg te optimaliseren, in het bijzonder voor bevolkingsgroepen die leven in achtergestelde situaties.

Artikel 10

§ 1. Ter uitvoering van de opdrachten, bepaald in artikel 9, vervullen de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg met betrekking tot hun werkgebied en met het oog op een kwaliteitsvolle zorg minimaal de volgende taken :

- 1° het fungeren als overlegplatform voor zorgaanbieders ;
- 2° het organiseren, ondersteunen en opvolgen van gestructureerd overleg, onder meer met het oog op het afstemmen van de zorg op de noden van de bevolking, tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en andere organisaties, diensten of personen, waaronder organisaties, diensten of personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, wiens optreden een effect kan hebben op de eerstelijnsgezondheidszorg ;
- 3° het bewaken van de praktische organisatie en de ondersteuning van multidisciplinaire samenwerking, met het oog op het afstemmen van de zorg op de noden van de gebruiker, van zorgaanbieders, mantelzorgers en vrijwilligers en meer in het bijzonder bij :
 - a) de evaluatie van het zelfzorgvermogen ;
 - b) de taakafspraken tussen zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers ;
 - c) de uitwerking en het opvolgen van een zorgplan in overleg met de gebruiker ;

d) het multidisciplinair overleg ter concretisering van a) tot en met c) ;

4° het bewaken van de procedures die betrekking hebben op de evaluatie van het zelfzorgvermogen en/of de uitwerking en het opvolgen van een zorgplan, zoals bepaald door de Vlaamse regering en uitgevoerd door de zorgaanbieders ;

5° het beschikken over een geactualiseerd bestand van de zorgaanbieders en dit ter beschikking stellen aan de bevolking, de zorgaanbieders en desgevraagd, op gestandaardiseerde wijze, aan de administratie ;

6° het aanmoedigen van zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers om een beroep te doen op de ondersteunende expertise van partnerorganisaties en om de hiermee verband houdende richtlijnen te integreren in de zorg ;

7° het maken van afspraken over en het op elkaar afstemmen van multidisciplinaire vormingsinitiatieven ;

8° het registreren en uitwisselen van gegevens ;

9° het verlenen van advies aan de Vlaamse overheid, op verzoek van de Vlaamse overheid of op eigen initiatief, over de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders ;

10° het bewaken van de permanentieregeling van de zorgaanbieders ;

11° het organiseren en ondersteunen van een klachtenmeldpunt en van de klachtenbemiddeling met betrekking tot de opdrachten en taken, bedoeld in artikel 9 en artikel 10 ;

12° het bewaken van de organisatie van een dagen nachtpermanente hulpverlening in het thuismilieu met betrekking tot activiteiten van het dagelijks leven.

§ 2. De Vlaamse regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot de taken, bedoeld in § 1.

§ 3. De Vlaamse regering bepaalt voor welke categorieën van zorgaanbieders en andere organisaties, diensten of personen en voor welke thema's het gestructureerde overleg, bedoeld in § 1, 2°, minimaal resulteert in een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst.

De Vlaamse regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot deze schriftelijke samenwerkingsovereenkomsten.

Artikel 11

De Vlaamse regering kan bepalen welke taken van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg door een andere rechtspersoon dan het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg in kwestie uitgevoerd kunnen worden en onder welke voorwaarden dit kan gebeuren.

In uitvoering van het eerste lid kan, onder de voorwaarden bepaald door de Vlaamse regering en dit na overleg met de provinciebesturen en de Vlaamse Gemeenschapscommissie, het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, naast de ondersteuning door partnerorganisaties, een beroep doen op de ondersteuning of begeleiding van provinciebesturen of, voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, van de Vlaamse Gemeenschapscommissie.

AFDELING III

Samenstelling

Artikel 12

§ 1. De volgende plaatselijke vertegenwoordigers kunnen lid worden van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg en worden hiertoe uitgenodigd :

a) plaatselijke vertegenwoordigers van zorgaanbieders die actief zijn in het werkgebied van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg ;

b) plaatselijke vertegenwoordigers van mantelzorgers en gebruikers ;

c) plaatselijke vertegenwoordigers van vrijwilligers.

Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg neemt elke, in het eerste lid bedoelde, dienst, organisatie of groepering die dit wenst en die zich ertoe verbindt de bepalingen van dit decreet na te leven, op als lid, tenzij er gegronde redenen zijn om deze te weigeren. Een beslissing tot

weigering wordt met vermelding van de redenen meegedeeld aan de dienst, organisatie of groepering in kwestie en aan de administratie.

§ 2. Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg kan pas erkend worden als de diensten voor gezinszorg, de huisartsen, de lokale diensten-centra, de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, de rusthuizen al dan niet met RVT-bedden, de verpleegkundigen en vroedvrouwen en de ziekenfondsdiensten voor maatschappelijk werk en woonondersteuning door plaatselijke afgevaardigden, vertegenwoordigd zijn.

Indien in een werkgebied van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg een of meerdere van de in het eerste lid bedoelde categorieën van zorgaanbieders ontbreken, dan vervalt deze erkenningsvoorwaarde met betrekking tot deze categorie van zorgaanbieders.

Indien in een werkgebied van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg een of meerdere van de in het eerste lid bedoelde categorieën van zorgaanbieders niet bereid zijn vertegenwoordigd te worden, dan vervalt deze erkenningsvoorwaarde met betrekking tot deze categorie van zorgaanbieders, mits naast de huisartsen en verpleegkundigen en vroedvrouwen minstens drie van de resterende categorieën bedoeld in het eerste lid zijn vertegenwoordigd.

§ 3. Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg kan pas erkend worden als voor het werkgebied van het initiatief in kwestie, per categorie van zorgaanbieders die deel uitmaakt van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, minstens de helft van de georganiseerde zorg vertegenwoordigd is.

De Vlaamse regering bepaalt hiertoe nadere regels en kan uitzonderingen bepalen bij de verplichting, bepaald in het eerste lid.

AFDELING IV

Werkgebied

Artikel 13

§ 1. De Vlaamse regering bepaalt het werkgebied van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg op basis van een geografische indeling van het Vlaamse Gewest.

De Vlaamse regering ziet erop toe dat de werkgebieden geografisch op elkaar zijn afgestemd, elkaar niet overlappen en, tenzij dit onmogelijk blijkt, heel het Vlaamse Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad bestrijken.

§ 2. Voor de grootstedelijke gebieden Gent, Antwerpen en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kan de Vlaamse regering bepalen dat de taken van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg van de betreffende grootstedelijke gebieden toevertrouwd worden aan afdelingen van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg.

Hiertoe verdeelt het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg het werkgebied in kleinere deelgebieden wanneer dit nodig blijkt om de kwaliteit van de zorgverlening te optimaliseren.

§ 3. Een gemeente kan slechts deel uitmaken van het werkgebied van één samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg.

HOOFDSTUK V

Partnerorganisaties

Artikel 14

§ 1. De Vlaamse regering kan in het kader van dit decreet partnerorganisaties met rechtspersoonlijkheid erkennen en eventueel hun werkgebied bepalen.

§ 2. De Vlaamse regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de regels inzake de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

§ 3. Enkel een erkende partnerorganisatie waarmee de Vlaamse regering een beheersovereenkomst afsluit, komt in aanmerking voor subsidiëring.

Deze beheersovereenkomst geldt voor minimaal drie en maximaal vijf jaar en omvat minstens :

1° het beleidsplan voor de duurtijd van de beheersovereenkomst dat minstens de volgende gegevens bevat :

a) de resultaatgebieden voor de uitvoering van de beheersovereenkomst ;

- b) de indicatoren met betrekking tot de resultaatgebieden om onder meer de uitvoering van de beheersovereenkomst te kunnen evalueren ;

2° de financieringsvoorwaarden en -modaliteiten, waaronder de bepaling van de subsidie-enveloppe en de mate waarin die, ingevolge indexering en weddendrift, evolueert.

Artikel 15

Het erkenningsbesluit van de partnerorganisatie en/of het beleidsplan, bedoeld in artikel 14, § 3, 1°, vermelden de aard van de deskundigheid van de partnerorganisatie, aan welke doelgroepen de partnerorganisatie minstens ondersteuning biedt en welke haar opdrachten zijn ten aanzien van de Vlaamse overheid.

HOOFDSTUK VI

Registratie en gegevensuitwisseling

Artikel 16

§ 1. Het zorgcontinuüm moet verzekerd worden, onder andere door de uitwisseling van gegevens die noodzakelijk zijn om de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening te verzekeren tussen de zorgaanbieders onderling en tussen de zorgaanbieders en organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod. Deze gegevensuitwisseling gebeurt door middel van een operationeel informatiesysteem dat de uitwisseling optimaal laat verlopen.

Indien de gegevensuitwisseling door organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod een weerslag heeft op de financiering door de federale overheid van de exploitatie, dan gebeurt deze gegevensuitwisseling op vrijwillige basis.

§ 2. De samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, participeren op verzoek van de Vlaamse regering aan de uitbouw en aan de werking van een epidemiologisch informatiesysteem om het gezondheidsbeleid zo veel mogelijk wetenschappelijk te onderbouwen.

§ 3. Met betrekking tot § 1 en § 2 bepaalt de Vlaamse regering, na advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, nadere regels.

Artikel 17

§ 1. De Vlaamse regering kan, in het kader van de operationele en epidemiologische gegevensuitwisseling, bedoeld in artikel 16, samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, verplichten om voor hun identificatie gebruik te maken van een identificatiecode, die hen op een eenvormige en unieke manier vereenzelvigt.

§ 2. Bovendien kan in het kader van de gegevensuitwisseling, bedoeld in artikel 16, en na advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, een gelijkaardig systeem opgelegd worden voor de identificatie van de gebruikers.

§ 3. Met betrekking tot § 1 en § 2 kan de Vlaamse regering nadere regels bepalen.

HOOFDSTUK VII

Verantwoordingsplicht en toezicht

Artikel 18

§ 1. Alle samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, die door de Vlaamse regering erkend en/of gesubsidieerd worden voor opdrachten binnen het kader van dit decreet, moeten verantwoording afleggen en zijn onderworpen aan toezicht.

De Vlaamse regering organiseert het toezicht en de controle op de naleving van dit decreet.

§ 2. De ambtenaren die de Vlaamse regering belast met het toezicht, hebben het recht de in § 1 bedoelde samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties te bezoeken en ter plaatse zelf kennis te nemen van alle stukken en bescheiden die noodzakelijk of relevant zijn voor de uitoefening van hun ambt.

Van hun vaststellingen maken zij een verslag op waarvan een afschrift wordt overgemaakt aan het samenwerkingsverband op het niveau van de praktijkvoering, het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg of de partnerorganisatie in kwestie.

§ 3. De Vlaamse regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot § 1 en § 2.

Artikel 19

De subsidies die de Vlaamse regering toekent aan samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, voor opdrachten binnen het kader van dit decreet, kunnen enkel aangewend worden voor de uitvoering van deze opdrachten.

Artikel 20

§ 1. Onverminderd artikel 18 zijn alle samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, die door de Vlaamse regering gesubsidieerd worden voor opdrachten inzake uitvoering en/of ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg, op eenvoudig verzoek van de Vlaamse regering gehouden tot het kenbaar maken van alle andere financiële middelen dan de middelen die verkregen werden binnen het kader van dit decreet. Alle stukken ter staving moeten op eenvoudig verzoek ter beschikking gesteld kunnen worden.

§ 2. Tenzij dubbele financiering van eenzelfde activiteit wordt aangetoond, worden de buiten dit decreet verworven financiële middelen niet in mindering gebracht van de subsidies die via dit decreet werden verkregen.

§ 3. Het aanleggen van reserves kan worden toegestaan. De Vlaamse regering bepaalt hiertoe nadere regels.

HOOFDSTUK VIII

Administratieve sancties

Artikel 21

§ 1. Onverminderd de toepassing van de federale algemene bepalingen inzake de controle op het verlenen en het gebruik van de door de gemeenschappen en gewesten toegekende subsidies, kan de subsidie van een samenwerkingsverband op het niveau van de praktijkvoering, een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg en een partnerorganisatie, geheel of gedeeltelijk ingehouden of teruggevorderd worden indien een of meerdere van de volgende verplichtingen niet wordt nageleefd :

- 1° de verplichting tot het kenbaar maken van andere financiële middelen, bedoeld in artikel 20, § 1 ;
- 2° het uitwisselen van gegevens in het kader van het epidemiologische informatiesysteem, bedoeld in artikel 16, § 2 ;
- 3° het gebruiken van een identificatiecode voor de gegevensuitwisseling, bedoeld in artikel 17.

§ 2. Het bedrag van de inhouding of terugvordering wordt door de administratie soeverein bepaald, rekening houdend met de ernst van de feiten.

Artikel 22

De erkenning van een samenwerkingsverband op het niveau van de praktijkvoering, een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg en een partnerorganisatie, kan geschorst of ingetrokken worden indien ze niet of niet meer voldoet aan de verplichtingen die voortvloeien uit dit decreet.

Artikel 23

Een administratieve sanctie, zoals bedoeld in artikelen 21 en 22, kan slechts uitgevoerd worden als :

- 1° de betrokkene vanwege de administratie een schriftelijke aanmaning heeft ontvangen de verplichtingen in kwestie na te komen ;
- 2° de betrokkene de verplichtingen in kwestie niet is nagekomen binnen de door de administratie bepaalde termijn ;
- 3° de betrokkene werd uitgenodigd om gehoord te worden door de administratie.

HOOFDSTUK IX

Procedure inzake erkenning, schorsing en intrekking van een erkenning

Artikel 24

§ 1. Met betrekking tot de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en de partnerorganisaties, regelt de Vlaamse regering de procedure inzake erkenning en inzake schorsing en intrekking van de erkenning.

§ 2. De Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen, opgericht bij het decreet van 20 december 1996 houdende oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad en van een Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen, geeft advies met betrekking tot bezwaar- of verweermiddelen die in het kader van deze procedures ingediend worden bij een voorname tot weigering, schorsing of intrekking van erkenning.

HOOFDSTUK X

Overgangsbepalingen en inwerkingtreding

Artikel 25

De volgende besluiten blijven van kracht tot aan hun opheffing :

- 1° het besluit van de Vlaamse regering van 21 december 1990 houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 18 december 1991, 28 december 1997, 7 april 1998 en 30 november 2001 ;

- 2° het besluit van de Vlaamse regering van 3 mei 1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 8 december 1998 en 30 november 2001.

Artikel 26

Het advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, bedoeld in artikel 16, § 3, en artikel 17, § 2, wordt ingewonnen tot de Vlaamse regering een eigen toezichtcommissie opgericht.

In afwachting van het in werking treden van nieuwe regelgeving met betrekking tot de ziekenfondsdiensten voor maatschappelijk werk en woonondersteuning wordt voor de toepassing van artikel 12 onder ziekenfondsdienst voor maatschappelijk werk en woonondersteuning verstaan, het centrum voor algemeen welzijnswerk in het kader van de ziekenfondsen, bedoeld in het decreet van 19 december 1997 betreffende het algemeen welzijnswerk, al dan niet in samenwerking met een of meer regionale dienstencentra, bedoeld in het decreet van 14 juli 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg.

Artikel 27

Dit decreet treedt in werking op de tiende dag na de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad, met uitzondering van artikel 10, § 1, 10°, 11° en 12°, die slechts in werking treden op een door de Vlaamse regering vast te stellen datum.