



Vlaams  
Parlement

vergadering **C14**  
zittingsjaar 2018-2019

Woordelijk Verslag

## **Commissievergadering**

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 16 oktober 2018

## INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de vaccinatie tegen griep bij zorgverleners – 75 (2018-2019)	3
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toekenning van de basissubsidie voor gezinsopvang trap 0 – 90 (2018-2019)	6
VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de meest recente MAHA-studie (Model for Automatic Hospital Analyses) – 91 (2018-2019)	7

**VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de vaccinatie tegen griep bij zorgverleners – 75 (2018-2019)**

**Voorzitter: de heer Bert Moyaers**

**De voorzitter:** Mevrouw Saeys heeft het woord.

**Freya Saeys (Open Vld):** 46 procent van de verpleeg- en zorgkundigen van de spoedgevallendienst in Vlaanderen laat zich niet vaccineren tegen griep. Dat blijkt uit een onderzoek van de Universiteit Antwerpen. De gezondheidsdoelstelling van de Vlaamse Regering wil dat tegen 2020 80 procent van de gezondheidszorgverleners gevaccineerd is tegen seizoensgriep. De reden voor die gezondheidsdoelstelling is evident: griep is voor kwetsbare patiënten een zwaar gezondheidsrisico. De redenen waarom niet meer zorgverleners van de spoedgevallendienst zich laten vaccineren tegen griep zijn nogal verontrustend gelet op de medische opleiding van het personeel: men heeft zelf nog nooit een griep doorgemaakt, men is bang om ziek te worden van het vaccin en men heeft weinig vertrouwen in de werking van het griepvaccin.

In 2016 stelde ik een vraag over de lage vaccinatiegraad van gezondheids- personeel naar aanleiding van een onderzoek van het Leuvens Vaccinologie Centrum en IDEWE in opdracht van het agentschap Zorg en Gezondheid. De redenen waarom zorgverleners zich niet lieten vaccineren, waren grotendeels dezelfde: ze waren er niet van overtuigd dat het vaccin zekerheid geeft om zichzelf en anderen te beschermen, ze vrezen dat het vaccin hun weerstand vermindert en ze onderschatten het eigen risico op griep of hun rol in de verspreiding ervan.

Sindsdien zijn er campagnes gevoerd om het personeel te sensibiliseren en te informeren. Er is duidelijk nog veel werk aan de winkel. Het laag vertrouwen in vaccins is niet typisch Belgisch. Sinds decennia is Europa voor het eerst opnieuw kwetsbaar voor een mazelenepidemie. In de eerste helft van 2018 werden in Europa al 41.000 kinderen en volwassenen besmet met mazelen. Al 37 mensen lieten in de eerste 6 maanden het leven. Voor dat fenomeen worden twee oorzaken vermeld: de onvolledige vaccinatie 10 tot 20 jaar geleden én het verzet van ouders die vrezen dat hun kind autisme zou krijgen van de vaccinatie, ook al is die stelling al meer dan 15 jaar geleden wetenschappelijk weerlegd.

Minister, hoe verklaart u dat gezondheidszorgverleners die medisch geschoold zijn, geen vertrouwen hebben in een vaccin? Wordt hieraan onvoldoende aandacht besteed in de opleiding?

Er zijn campagnes gevoerd om het gezondheidszorgpersoneel te sensibiliseren en te informeren. Welke bijkomende maatregelen denkt u nog te nemen om tegen 2020 de gezondheidsdoelstelling van 80 procent gevaccineerd gezondheidszorg- personeel te halen?

Is het bij campagnes niet belangrijk om het gezondheidszorgpersoneel te wijzen op hun verantwoordelijkheid met betrekking tot kwetsbare mensen die zij verzorgen en het grote gezondheidsrisico dat griep voor deze groep met zich meebrengt?

We zien bij jonge ouders een groot wantrouwen ten aanzien van vaccins. Hoe wilt u dat wantrouwen wegnemen en hen informeren over het belang van vaccinatie voor hun kind en vooral voor die kinderen die wegens gezondheidsproblemen niet kunnen worden gevaccineerd?

**De voorzitter:** Minister Vandeuren heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** We hebben geen pasklaar antwoord op de vraag waarom medisch geschoolde zorgverleners geen vertrouwen hebben in een vaccin. Mogelijk wordt er relatief weinig aandacht besteed aan vaccinatie in de opleiding. Aan de andere kant zien wellicht nog te veel mensen die in de gezondheidssector werken, vaccinaties als nuttig voor wie zelf risico loopt en voor individuele bescherming. Omdat ze denken dat ze zelf relatief weinig risico lopen, laten ze zich mogelijk niet vaccineren. Ze zien deze vaccinatie niet altijd als een maatregel waardoor, de kans vermindert dat personeelsleden deze kwetsbare populatie zouden besmetten.

Dit najaar gaan we verder met de campagne die vorig jaar werd gelanceerd, maar wat ruimer. We richten de campagne nu ook naar de ambulante zorgverstrekkers. Samen met de apothekers hebben we onder andere voorzien in buttons met de tekst 'Ik ben gevaccineerd voor u.'

Het is inderdaad belangrijk om het gezondheidszorgpersoneel te wijzen op hun verantwoordelijkheid met betrekking tot kwetsbare mensen die zij verzorgen en het grote gezondheidsrisico dat griep voor deze groep met zich meebrengt en is opgenomen in de campagne. De buttons 'Ik ben gevaccineerd voor u.' zijn er specifiek op gericht om deze invalshoek bespreekbaar en zichtbaar te maken.

We hebben nog niet in studies gezien dat er bij jonge ouders in Vlaanderen een groot wantrouwen is ten aanzien van vaccins. Jongere mensen zijn meer kritisch en hebben een zeker voorbehoud of twijfel, zeker inzake nieuwe vaccins, en ze zijn bezorgd om nevenwerkingen. Daarom moeten we blijven informeren en ervoor zorgen om blijvend correcte informatie te verspreiden. Het agentschap Zorg en Gezondheid probeert dit te doen via de vaccinatiewebsite voor professionelen. Huisartsen en andere vaccinatoren zijn immers nog altijd de meest betrouwbare bron van informatie voor vele mensen. Ook op de vaccinatiewebsite voor de burgers [www.laatjevaccineren.be](http://www.laatjevaccineren.be) wordt zo veel mogelijk relevante informatie geplaatst waarbij er aandacht is voor de bekommernissen van mensen.

**De voorzitter:** Mevrouw Saeys heeft het woord.

**Freya Saeys (Open Vld):** Ik dank u voor uw antwoord, minister. We moeten daar toch ten volle op inzetten bij die gezondheidszorgverstrekkers.

U zegt dat u in het najaar ook de ambulante zorgverleners zult bereiken. Kunt u daar een beetje concreet over zijn? Welke specifieke zorgverleners gaan dat zijn?

Waar zullen de buttons 'Ik ben gevaccineerd voor u.' verkrijgbaar zijn? Waar worden deze uitgedeeld? Is dat op het moment dat ze zich laten vaccineren op een dienst? Hoe gaat dat praktisch verlopen?

We gaan daar absoluut nog verder moeten op inzetten. Als iemand die medisch geschoold is, al het nut niet inziet van een vaccin, hoe kan deze persoon dan haar of zijn patiënt ervan overtuigen om zich te laten vaccineren? Ik vind dat zeer verontrustend, zeker als we zelf stellen dat een gezondheidsdoelstelling van 80 procent moet worden gehaald tegen 2020. We moeten zeker verder de mensen informeren dat het heel belangrijk is, niet alleen voor henzelf, maar ook voor de verspreiding naar mensen met een verhoogd risico op gezondheidsproblemen. Er is nog wat werk aan de winkel.

**De voorzitter:** De heer Bertels heeft het woord.

**Jan Bertels (sp.a):** Ik denk inderdaad dat we toch even verontrust moeten zijn. De gezondheidsdoelstelling van 80 procent, zoals al aangehaald, tegen 2020 ligt nog veraf. Er zijn twee grote bezorgdheden. Ten eerste is het lage cijfer natuurlijk niet goed. Ten tweede zijn de redenen die zorgverstrekkers geven wat betreft hun lage vaccinatiegraad nog verontrustender. Zij hebben immers een voorbeeldfunctie,

ze zijn medisch geschoold. Maar ze bevestigen als het ware de angst, de onrust en de redenen om niet te vaccineren die bestaan bij een groot deel van de bevolking. Men denkt dat het niet zou werken. Men heeft ook schrik dat men minder weerstand zou kunnen opbouwen tegen iets anders. En men vindt het ook niet nodig omdat men toch gezond is of er niet mee in aanraking komt. Ik vind dat verontrustende redenen. Veel mensen worden daardoor bevestigd in hun verkeerde perceptie van preventie. Die redenen zouden ook u moeten verontrusten als minister bevoegd voor de preventie. Heel de preventiegedachte wordt hier immers ondergraven. Preventie zou niet nodig zijn, want men loopt toch geen gezondheidsrisico. Terwijl net het omgekeerde waar is.

Vandaar mijn vraag aan u, minister. U verwijst wel naar de sensibiliserings- en informatiecampagnes die te vinden zijn op de website. Maar is er al een bevraging of evaluatie geweest met betrekking tot de draagwijdte en de werking van die websites? Want als je kijkt naar de website van het agentschap Zorg en Gezondheid zijn de eerste twee of drie campagnes die verschijnen preventiecampagnes, wat goed is. Maar blijkbaar bereiken ze toch niet het doelpubliek. Het volstaat niet om de doelgroep uit te breiden met de ambulante zorgverstrekkers. Hoe gaat u ervoor zorgen dat die doelgroep van medische zorgverstrekkers ook echt bereikt wordt?

**De voorzitter:** Mevrouw Sleurs heeft het woord.

**Elke Sleurs (N-VA):** Minister, ik zou willen aansluiten bij de collega's en u inderdaad willen oproepen voor een actieve campagne onder de zorgverstrekkers. Ik denk dat het heel belangrijk is dat ten minste die doelgroep zich wel effectief vaccineert. Want het signaal dat je anders geeft aan de bevolking is volledig het tegenovergestelde van wat we wensen. Als zelfs zorgverstrekkers, die toch professioneel op de hoogte zouden moeten zijn, het belang van vaccinatie in twijfel trekken, is dat volgens mij een volledig fout signaal. Ik wil mij aansluiten en u oproepen om actief campagne te voeren bij die groep, zodat de bevolking ook niet meer in twijfel verkeert.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Ik ben het hier absoluut mee eens. Dat gebeurt door naar die voorzieningen, indien mogelijk, campagnemateriaal en documentatie toe te brengen, maar ook door wat breder te gaan naar een algemenere campagne, precies omdat die doelgroep ook heel breed gaat. Zoals ik in mijn eerste antwoord zei, zal bijvoorbeeld specifiek voor de apothekers, waar mensen toch vaak terecht moeten, een actie gevoerd worden met de koepel van de apothekers: zij zullen buttons dragen en de campagne zal in de apotheken ook duidelijk zichtbaar zijn. Ik denk dat het wel cruciaal is dat apothekers meedoen. In de lijn van de campagne van vorig jaar, gaan we proberen om het zorgpersoneel opnieuw te bereiken met die duidelijke boodschap.

**De voorzitter:** Mevrouw Saeys heeft het woord.

**Freya Saeys (Open Vld):** Ik had nog één vraag die nog niet beantwoord is. Welke ambulante zorgverleners worden er specifiek bedoeld?

**Minister Jo Vandeurzen:** We zijn dit aan het bekijken. Het zal waarschijnlijk starten met de apothekers.

**Freya Saeys (Open Vld):** Enkel de apothekers?

**Minister Jo Vandeurzen:** Ik vermoed dat dit de eerste groep is waarmee we nu starten. We bekijken hoe de campagne nog andere groepen kan bereiken.

**De voorzitter:** De vraag om uitleg is afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toekenning van de basissubsidie voor gezinsopvang trap 0 – 90 (2018-2019)**

**Voorzitter: de heer Bert Moyaers**

**De voorzitter:** Mevrouw Saeys heeft het woord.

**Freya Saeys (Open Vld):** Het actieplan voor de ondersteuning van de gezinsopvang voorziet dat een deel van de vrijgekomen subsidies door de daling van het aantal onthaalouders gaat naar de toekenning van een basissubsidie voor bestaande plaatsen in de gezinsopvang die met vrije prijszetting werken en nog geen basissubsidie ontvangen.

Open Vld heeft altijd gepleit voor het prioritair inzetten van middelen voor uitbreidingsbeleid voor de bestaande organisatoren die nog geen enkele subsidie ontvangen of enkel de basissubsidie ontvangen om zo het grote aantal stopzettingen in te dijken. Deze maatregel paste bijgevolg volledig in die filosofie.

Er werd op 25 september 2018 een oproep gedaan aan de doelgroep voor het aanvragen van de basissubsidie. Nu we de voorwaarden voor het verkrijgen van de basissubsidie kennen, vrezen we dat deze maatregel een maat voor niets zal zijn om de eenvoudige reden dat de beoogde doelgroep niet kan voldoen aan de voorwaarden. Het gaat meer bepaald over één specifieke voorwaarde, met name de 220 openingsdagen. Deze is niet haalbaar voor alleen werkende onthaalouders.

Kind en Gezin heeft zich gebaseerd op de bestaande voorwaarden inzake openingsdagen die gelden voor organisatoren die subsidies ontvangen. Het heeft er echter geen rekening mee gehouden dat deze diensten die 220 openingsdagen moeten realiseren in een zorgregio. Omdat niet alle onthaalouders van de dienst in een regio op hetzelfde ogenblik een sluitingsdag hebben, is het halen van die 220 openingsdagen geen probleem voor een dienst. We willen opmerken dat de individuele onthaalouders aangesloten bij een dienst individueel ook geen 220 openingsdagen halen.

Vandaar ook mijn vragen. Beseft Kind en Gezin dat de voorwaarde van 220 openingsdagen niet haalbaar is voor een alleenwerkende onthaalouder? Gelet op het feit dat individuele onthaalouders die aangesloten zijn bij een dienst, ook niet verplicht zijn om 220 openingsdagen te presteren om in aanmerking te komen voor subsidies, waarom wordt die voorwaarde dan wel gesteld aan een alleenwerkende onthaalouder?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** In functie van het actieplan gezinsopvang, opent de Vlaamse Regering nu ook voor zelfstandig werkende gezinsopvang de mogelijkheid om de basissubsidie aan te vragen.

Voor deze subsidie gelden een beperkt aantal voorwaarden, waaronder een minimum jaarlijks aantal openingsdagen hebben.

Minstens 220 openingsdagen is een algemene subsidievoorwaarde voor elke groeps- en gezinsopvang bepaald in het Subsidiebesluit. Die voorwaarde mag worden gerealiseerd over alle locaties van eenzelfde organisator in dezelfde gemeente in geval van groepsopvang of zorgregio bij gezinsopvang. Tot nu werden daar weinig tot geen vragen of problemen over gemeld.

Waar het gaat om groepsopvang is er steeds meer dan één persoon aan het werk, en is het in principe haalbaar om dit te kunnen realiseren. Waar het gaat

om gezinsopvang, waar per locatie in principe slechts één persoon werkt, kan dit minder evident zijn.

Toch is er in de praktijk meestal geen probleem bij de onthaalouders aangesloten bij een dienst, omdat de openingsdagen worden geteld over alle locaties gezinsopvang van dezelfde dienst in dezelfde zorgregio. Omwille van de collectiviteit van zo'n groep onthaalouders is dat normaliter gemakkelijk realiseerbaar.

Voor locaties gezinsopvang zonder subsidie – in concreto, onthaalouders die niet zijn aangesloten bij een dienst – stelt zich het probleem van haalbaarheid van deze 220 openingsdagen per jaar nu wel.

In de praktijk gaat het om ongeveer 500 zelfstandig werkende onthaalouders zonder sui-generisstatuut. Zij werken niet altijd voltijds. Informatie uit de sector zelf meldt dat velen van hen geen 5 dagen per week open zijn. Wie slechts 4 dagen per week opent, zou al 55 weken per jaar open moeten zijn om de basis-subsidie te kunnen krijgen, wat onmogelijk is.

Daarom legt Kind en Gezin eerstdaags aan haar raadgevend comité een aanpassing aan de regelgeving ter advies voor, namelijk het minimum vereiste aantal openingsdagen laten zakken voor wie enkel de basissubsidie gezinsopvang ontvangt, zodat men kan komen tot een haalbaar en realistisch minimumaantal openingsdagen.

De vraag kan ook worden gesteld voor de gezinsopvang met subsidie voor inkomenstarief. Omwille van het grotere volume van de subsidie voor inkomens-tarief, zijn we er echter voorstander van om op deze tweede subsidietrap het vereiste minimum van 220 openingsdagen te behouden.

Overigens zijn er vandaag enkel negen niet-aangesloten onthaalouders met subsidie voor inkomenstarief, en stelt zoals hierboven vermeld het probleem zich niet bij een groep van bij een dienst aangesloten onthaalouders per zorgregio, waar er steeds ook subsidie voor inkomenstarief is.

**De voorzitter:** Mevrouw Saeys heeft het woord.

**Freya Saeys (Open Vld):** Minister, dank u wel voor uw antwoord. Ik ben heel blij dat dit zal worden voorgelegd aan het raadgevend comité. U haalt net dezelfde problematiek aan als ik in mijn vraag om uitleg. Wanneer zal er een besluit komen van het raadgevend comité zodat de mensen zekerheid hebben van de verlaging van die 220 openingsdagen?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Het staat morgen op de agenda van het raadgevend comité.

**Freya Saeys (Open Vld):** Dank u wel.

**De voorzitter:** De vraag om uitleg is afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de meest recente MAHA-studie (Model for Automatic Hospital Analyses) – 91 (2018-2019)**

**Voorzitter: de heer Bert Moyaers**

**De voorzitter:** De heer Bertels heeft het woord.

**Jan Bertels (sp-a):** Minister, de voorstelling van de MAHA-studie (Model for Automatic Hospital Analyses) voor de ziekenhuizen is elk jaar een bijzonder moment, zeker voor de ziekenhuissector. De cijfers hebben betrekking op de gezondheidstoestand van onze ziekenhuizen.

Op 9 oktober stelde Belfius de MAHA-studie voor over de toestand van de ziekenhuizen in het jaar 2017. Er zijn enkele frappante cijfers. De schuldpositie van de ziekenhuizen blijft ongeveer status quo – dat is oké – en ook de omzet is lichtjes gestegen. Daar kunnen we allerlei bedenkingen bij maken, maar we kunnen dat ook als een positief gegeven beschouwen.

De beperkte afname van het aantal ligdagen dat een patiënt gemiddeld in een ziekenhuis doorbrengt, is een gevolg van de kortere verblijfsduur. De stijging van de personeelskost is hoger dan de stijging van de inkomsten.

Er is sprake van een stijging van het aantal ziekenhuizen dat het boekjaar met een negatief resultaat afsloot. Zo waren er 19 ziekenhuizen, of een vijfde van het totaal, die het boekjaar 2017 met een verlies afsloten. De ziekenhuizen met een negatief courant resultaat zijn nog talrijker. Het gaat om 39 ziekenhuizen. In 2016 waren dat er slechts 13. Er is ook een toename van het aantal ziekenhuizen met onvoldoende cashflow.

Er zijn verschillen tussen ziekenhuizen, er zijn zelfs verschillen tussen landsdelen. De potentiële alarmsignalen betreffende de financiële toestand, de trends die al een tijdje bezig zijn, zijn voor de financiële toestand van de ziekenhuizen toch alarmerend en worden elk jaar iets zorgwekkender. Dat kun je lezen in de commentaren van verschillende actoren op het terrein. De grens met het faillissement wordt voor een aantal mensen flinterdun, of is bereikt. Als een Titanic gaan we met de ziekenhuizen naar een ijsberg voor wat de financiële toestand betreft. Het zijn toch titels die ons moeten verontrusten.

In zijn aanbevelingen schrijft Belfius – terecht – dat we moeten gaan voor meer samenwerking. Op die manier zou beschikbare infrastructuur beter benut kunnen worden, een oefening die al deels aan de gang is.

Minister, ik neem aan dat u kennis hebt kunnen nemen van de MAHA-studie en dat u er even geïnteresseerd als ik naar hebt gekeken, en dat u een antwoord voorbereidt vanuit uw Vlaamse bevoegdheden. Welke conclusies trekt u hieruit inzake de financiële ademruimte van de Vlaamse ziekenhuizen? Hoe staat u tegenover het pleidooi van de onderzoekers voor meer samenwerking en meer netwerkfinanciering? Welke initiatieven zult u desgevallend vanuit uw eigen bevoegdheid nemen of versneld invoeren?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Mijnheer Bertels, de MAHA-studie is ons bekend. We lezen hierin dat de ziekenhuizen inderdaad minder financiële ademruimte hebben dan de vorige jaren. Dit zijn evenwel de cijfers van de Belgische ziekenhuizen. De Vlaamse ziekenhuizen scoren opmerkelijk beter dan de Waalse en Brusselse ziekenhuizen. Het gaat in globaal financieel inderdaad wel minder goed, ook de betere ziekenhuizen deden het minder goed.

Hierbij een paar conclusies uit de studie: bij de negentien ziekenhuizen met een negatief resultaat in 2017 zijn zeven Vlaamse ziekenhuizen. Het globale resultaat voor de sector bedroeg 130 miljoen euro, waarvan 102 miljoen voor de Vlaamse ziekenhuizen. Het gemiddelde resultaat bedroeg voor de Vlaamse ziekenhuizen 1,25 procent van de omzet, terwijl dit voor de hele sector 0,9 procent was. De hoofdreden voor de verminderde resultaten is de toename in de personeelskosten.



Die namen voor Vlaanderen toe met 4,1 procent, voor Brussel met 3,2 procent en voor Wallonië met 3,3 procent.

Daarenboven valt ook op dat de ziekenhuisactiviteit in 2017 stagneert en zelfs lichtjes daalt: de opnames met 0,8 procent, de gerealiseerde verpleegdagen met 2,4 procent, de chirurgische daghospitalisatie met 1,1 procent enzovoort.

De ratio cashflow/vervallende langetermijnschuld moet, om goed te zijn, boven de norm van 1,1 liggen. Nationaal was dit gemiddelde 1,44. Het Vlaamse gemiddelde bedroeg 1,61.

Ook de solvabiliteit van de Vlaamse ziekenhuizen was goed: het eigen vermogen zonder subsidies bedroeg gemiddeld 25,3 procent, wat boven de norm van 20 procent ligt.

In de studie worden ook de investeringen in vaste activa besproken. Bijkomend is er 886 miljoen euro of 12,4 procent toename ten opzichte van 2016 voor de hele sector. Die toename is toe te schrijven aan enkele grote projecten.

Dit wat de resultaten van de studie betreft.

U weet dat Vlaanderen ten aanzien van de ziekenhuizen niet over veel financiële hefboomen beschikt. De Vlaamse Gemeenschap is bevoegd voor de financiering van investeringen in de infrastructuur van ziekenhuizen, net als voor de financiering van en investeringen in zware medische apparatuur. Op het overgrote deel van het budget van ziekenhuizen hebben wij dus geen impact.

Wat het aandeel ziekenhuisinfrastructuur betreft, blijft Vlaanderen sterk investeren. Dit vertaalt zich in een blijvende hoge continuïteitsratio op de balansen van de Vlaamse ziekenhuizen. In 2017 is nog voor 429,7 miljoen euro aan kasbetalingen uitbetaald onder het oude systeem van het Budget van Financiële Middelen (BFM) én hebben we de opstart gemaakt met een nieuw model: het instandhoudingsforfait voor alle ziekenhuizen. De lopende investeringsdossiers werden geïntegreerd in het strategische forfait. In totaal is voor de ziekenhuisinvesteringen, boven op de middelen in het oude BFM, kasmatisch in de laatste goedgekeurde begroting in 125,3 miljoen euro voorzien voor het instandhoudingsforfait en in 49,1 miljoen euro voor het strategische forfait. Met de middelen van het strategische forfait wordt in jaarlijkse kasmatische uitbetalingen voorzien, maar daartegenover staan natuurlijk investeringen. In totaal wordt tijdens deze legislatuur alleen al voor de lopende bouwkalenderprojecten een investeringswaarde van om en bij 1 miljard euro aan ziekenhuisinfrastructuur gefinancierd.

Wat we wel hebben geleerd uit de besprekingen met Belfius, is dat we met de sector afspraken zullen maken over de wijze waarop die forfaits in de boekhouding komt om ervoor te zorgen dat dit op een eenduidigere manier gebeurt. Natuurlijk staan, strikt genomen, tegenover die forfaits ook investeringen of onderhoud die moeten worden gefinancierd. Het is belangrijk dat de forfaits niet louter dienen om de lopende exploitatie te financieren.

Vlaanderen is sinds de zesde staatshervorming ook bevoegd voor de organisatie van de eerstelijnszorg en het ouderenzorgbeleid. Vlaanderen wil vanuit deze nieuwe bevoegdheden verder werken aan een zorglandschap dat evolueert in functie van de zorgbehoeften.

De dalende trend die de Belfiusstudie optekent in het verblijf in de geriatrie, kan wellicht deels worden verklaard doordat de ziekenhuissector in Vlaanderen voldoende inspeelt op het Vlaamse flankerende woonzorgbeleid en de hieruit volgende wijziging in de zorgvraag. Zo worden in Vlaanderen tijdens deze legislatuur 9.800 bijkomende woongelegenheden in woonzorgcentra en centra

voor kortverblijf gecreëerd, wordt er voor 55 miljoen euro geïnvesteerd in bijkomende rust- en verzorgingstehuisbedden (rvt-bedden) en worden er voor ongeveer 40 miljoen euro investeringen gedaan in de ouderenzorginfrastructuur. Ten slotte nam ook het budget voor de thuiszorg toe met ruim 60 miljoen euro.

Onze conclusie is dat een deel van het antwoord ligt in een actievere samenwerking en afstemming tussen de ziekenhuizen onderling alsook tussen de ziekenhuizen en eerstelijnsvoorzieningen en -actoren.

Het is wel interessant om te zien dat de verblijfsduur in de geriatrie in Wallonië en Brussel anders begint te evolueren dan in Vlaanderen. Zoals gezegd vermoeden wij dat een deel van de verklaring erin bestaat dat langdurige zorg voor ouderen bij ons meer wordt vertaald in het uitgebreide residentiële aanbod in de ouderenzorg.

Wat uw derde vraag betreft: wij kunnen het pleidooi van de onderzoekers onderschrijven. Samenwerking en netwerkvorming zijn steeds meer nodig en de nodige afspraken moeten worden gemaakt tussen de netwerkpartners in functie van het aanbod en de infrastructuur. Op dit ogenblik is er in Vlaanderen een positieve dynamiek rond samenwerking en netwerkvorming, maar er is ook wel enige onzekerheid en onduidelijkheid die dit vertraagt. We zijn immers afhankelijk van het regelgevend kader van de federale overheid inzake de ziekenhuisnetwerken. U weet dat de Federale Regering voor de vakantie het ontwerp daarover definitief heeft goedgekeurd en ik neem aan dat dit nu in de Kamer van volksvertegenwoordigers wordt besproken.

In afwachting van, maar ook in lijn met de federale regelgeving zijn we in Vlaanderen volop bezig met het ondersteunen van de inhoudelijke voorbereiding van de netwerken. Vlaanderen zet in op de vernieuwing van het instrument van de zorgstrategische planning, dat in de toekomst niet alleen zal worden gebruikt in functie van de investering in de ziekenhuisinfrastructuur, maar ook voor het onderbouwen van de toekenning van planningsvergunningen en -erkenningen.

In Vlaanderen wordt momenteel het regelgevend kader inzake zorgstrategische planning uitgewerkt. Tezelfdertijd wordt aan de potentiële netwerken de mogelijkheid geboden om zich kandidaat te stellen om in de testfase een regionaal zorgstrategisch plan uit te werken. De kandidaturen zijn ondertussen ingediend.

Vanuit de overheid voorzien we middelen om de betrokken netwerken te ondersteunen en te begeleiden bij dit traject. Voor de opmaak van het regionaal zorgstrategisch plan werd een tool uitgewerkt die ter beschikking gesteld zal worden aan de kandidaat-netwerken die geselecteerd worden voor de testfase. Daarnaast zullen de netwerken die geselecteerd worden voor deze testfase, indien gewenst, begeleid worden door een consultant met competenties in het begeleiden van veranderingsprocessen.

Tot slot wil ik nog meegeven dat er een onderzoek loopt om de parameters te toetsen die gehanteerd worden in het financieringsmodel voor de infrastructuur van de ziekenhuizen. Een van de onderzoeksvragen die voorligt, is dat de infrastructuurbetoelaging de vorming van klinische netwerken moet ondersteunen. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het Steunpunt WVG en loopt tot eind oktober 2019.

**De voorzitter:** De heer Bertels heeft het woord.

**Jan Bertels (sp.a):** Dank u wel voor uw antwoord, minister.

Inzake de daling van de ziekenhuisactiviteit en het voorbeeld van de geriatrie, dat u aanhaalt, denk ik dat u een punt hebt dat de andere wijze waarop de

langdurige zorg georganiseerd wordt in Vlaanderen zijn “vruchten” afwerpt. Dat is inderdaad een goede zaak. Hetzelfde geldt trouwens voor de ambulante sector, die in Vlaanderen een deel van de ziekenhuisactiviteiten overneemt. Het is geen probleem om dat zo te stellen. Ik denk dat dat een goede evolutie is, als ze niet te ver gaat en de gezondheid van de patiënten niet schaadt.

Maar, minister, we moeten toch opletten met de rode cijfers van de ziekenhuizen, zeker met betrekking tot het courant resultaat, waarnaar u verwees. Ik denk dat dat al een gevaar voor de zorg is. We moeten daar vanuit Vlaanderen aandacht voor hebben en erover waken dat die goede zorg verstrekt kan blijven worden, ook met betrekking tot de ziekenhuisactiviteiten.

Ik weet even goed als u dat er een federaal luik is met betrekking tot de herziening van de ziekenhuisfinanciering, maar ik wil toch even ingaan op de netwerkvorming zoals u ze zelf hebt beschreven, waarin Vlaanderen ook een belangrijke rol te spelen heeft. U verwijst terecht naar de testfase voor de zorgstrategische plannen. Daarover gaat mijn vraag. Minister, u verwijst naar een tool die ter beschikking gesteld wordt. U verwijst naar consultants die eventueel ter beschikking gesteld kunnen worden en die een veranderingsproces kunnen begeleiden, zoals u het genoemd hebt. Minister, overweegt u om ook directe interne financiering te voorzien voor ziekenhuizen die meedoen aan die zorgstrategische planning? Ze moeten ook hun infrastructuurinvesteringen kunnen aanvragen en uitbouwen voor de toekomst. Want het is niet voldoende om een tool te hebben of consultants bij veranderingsprocessen. We hebben gemerkt bij de vele audits die er gebeuren – en dat is een goede zaak – dat die consultants ook werk geven intern aan het ziekenhuispersoneel zelf en ook bijvoorbeeld bij Zorgnet. U verwijst er zelf naar. Netwerkvorming is een goede zaak en we moeten daarnaartoe, maar dat kost ons in het begin ook man- en vrouwkracht. Dat kost in het begin, in plaats van op te leveren. Minister, mijn vraag is wat uw visie daarop is. Kunnen ziekenhuizen op dat vlak geen steun in de rug gebruiken, los van de klassieke financiering via de BFM, waarnaar u verwijst? Ook daar moet er financiële stabiliteit en zekerheid komen. Daar moet u samen met uw federale collega werk van maken. Kan Vlaanderen met betrekking tot die netwerkvorming geen bijkomende ondersteuning bieden? Verdienen onze Vlaamse ziekenhuizen dat niet?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Voor de transitie naar netwerken voor de loco-regionale zorgopdrachten zijn er drie mogelijke partners die de ziekenhuizen daarin kunnen ondersteunen. De Vlaamse overheid heeft een aanbesteding gedaan, een consultant aangeduid, en een tijdje geleden ook een soort tool gemaakt om de behoeften te analyseren en de patiëntenstromen te bestuderen. Dat voorbereidend werk is dus gedaan. Wij zullen de ziekenhuizen begeleiden bij de opmaak van het regionale zorgstrategische plan. Dat is dus wat wij kunnen doen. Federaal heeft men aangekondigd dat men overweegt om na te gaan of men de ziekenhuizen kan financieren via een budget van financiële middelen. Dat lijkt me ook logisch. We hebben uiteraard ook gesproken met Zorgnet-Icuro, dat zijn leden ook zal ondersteunen.

Wat de consequenties betreft van die samenwerkingsverbanden op de investeringsvragen naar infrastructuursubsidies, zijn er twee dingen. Langs de ene kant zal men in de toekomst de individuele vragen rond strategische forfaits alleen nog kunnen legitimeren als het individueel zorgstrategisch plan past in een regionaal goedgekeurd zorgstrategisch plan. In die zin weet iedereen dus dat de Vlaamse toekenning van strategische forfaits afhankelijk zal zijn van het bestaan van een regionaal plan en van het bewijs dat wat het ziekenhuis strategisch wil, ook past binnen dat regionaal of dat thematisch zorgstrategisch plan. Dat lijkt me dus zeer coherent.

Het tweede heb ik ook al gezegd. Voor die parameters voor die strategische forfaits en die instandhoudingsforfaits hebben we ons nu gebaseerd op de technieken, begrippen en instrumenten die daarvoor bestonden in het vroegere federale systeem. We hebben met de sector afgesproken dat we die parameters gaan bekijken. In die studieopdracht wordt ook bekeken wat, als wij later strategische forfaits of instandhoudingsforfaits toekennen of als men gaat samenwerken, de impact daarvan zal zijn. Dus in die zin lijkt mij dat, vanuit Vlaams standpunt, wel vrij coherent om het op die manier op te bouwen.

**De voorzitter:** De heer Bertels heeft het woord.

**Jan Bertels (sp.a):** Minister, het is effectief zo dat er een aantal zaken gebeuren. Ik kom echter uit een regio waar ik heel goed kan meepraten over de interne noden met betrekking tot het uitrollen van samenwerkingsmodellen of netwerkmodellen. Het is effectief zo dat die consultants en die tools werken in de netwerkster. Ik merk echter hoeveel kostbare tijd en energie men moet stoppen in die interne voorbereiding bij het eigen ziekenhuis of binnen die ster. Daar ging mijn vraag in feite naartoe. Voor de interne voorbereiding voor alle stakeholders binnen het ziekenhuis, om bijvoorbeeld de medische raad of de patiëntenvereniging niet te noemen, hebt u ook veel werk nodig.

En daar werkt uw tool voor de patiëntenstromen op een niveau hoger; de consultants werken op een niveau hoger. Ik denk dat de ziekenhuizen daar nood hebben aan interne financiering, om daar met een goede kennis van zaken en voldoende mankracht te kunnen werken aan netwerkvorming. Ik denk dat daar nog een lacune is. Je kunt dat niet alleen overlaten aan de individuele ziekenhuizen, zoals ze nu gefinancierd worden.

**De voorzitter:** De vraag om uitleg is afgehandeld.