

Versie 6.12

IIBELEIDSVELD GEZONDHEIDS- EN WOONZORG

GROEN

2. ISE Preventie.

2.1. In samenwerking met de departementen Omgeving en Onderwijs zetten we in op een gezondheidsbevorderende leefomgeving en werken we aan een gezonde en milieuverantwoorde voeding op school. Deze actie is gelinkt aan VAPA.

- Graag het totaal bedrag aan middelen vanuit departement WVG wat betreft gezondheidsbevorderende leefomgeving? Welke organisaties worden hiervoor ingezet en welk is het bedrag aan subsidies die ze in 2022 zullen ontvangen?

Het project 'naar een gezonde en duurzame voedselomgeving' werd gegund aan Sciensano, loopt van 15 december 2020 tem 14 december 2023 tbv 248.600 euro. De schoolomgeving wordt hier in kaart gebracht.

Via een engagementsverklaring WVG, Departement Omgeving en Departement Onderwijs zal er gewerkt worden aan een gezonde en milieuverantwoorde voeding op school die in het verlengde ligt met de Green Deal en daar deel van zal uitmaken.

2.2. We subsidiëren het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL) voor het ondersteunen en kenbaar maken van het preventief gezondheidsbeleid bij de verschillende eerstelijns zorgactoren.

- Graag een gedetailleerd overzicht van het totale bedrag aan subsidies die in 2022 aan VIVEL gegeven zullen worden alsook een onderverdeling per deeldoelstelling en organisatie (voor deelprojecten) die subsidies zullen ontvangen.

Samenstelling budget VIVEL	2022
reguliere werking	€ 611.000,00
ex-DAC De middelen van de ex-DAC worden stelselmatig overgebracht naar VIVEL. Verdeling = 2022: 20% VWGC en 80% VIVEL 2023: 100% VIVEL Het budget voor VWGC wordt in een afzonderlijke regeling opgenomen voor 2022 Totaal budget op kruissnelheid voor VIVEL = 399.478,00 euro	€ 319.582,40
Middelen voor opleiding (vanuit ex-éénlijn)	€ 908.907,00
Budget preventie-opdrachten in de eerste lijn	€ 350.000
TOTAAL	€ 2.189.489,40

- In 2022 is er een vermindering van kredieten. Welke opdrachten worden geschrapt?

Er is geen vermindering, maar een stijging van het krediet voorzien.

2.3 Een bijstelling is vereist op basis van de geraamde kostprijs van de HPV-vaccinatie

- Graag toelichting rond de prijsverhoging van het HPV-vaccin

We hebben bij de vorige overheidsopdracht een zeer mooie prijs kunnen bedingen. In de ons omringende landen die later een overeenkomst afgesloten hebben ligt de prijs op dit moment rond de 60 euro. De kans dat wij een betere prijs zullen bedingen is zeer klein. Dit omdat de vraag naar deze vaccins de productiecapaciteit overstijgt temeer daar onder andere China ondertussen ook gestart is met de vaccinatie tegen HPV en een grote afnemer is. Vandaar de meervraag voor de HPV vaccins.

In het voorjaar 2022 zal deze overheidsopdracht toegekend worden en zal er meer zicht zijn op wat de effectieve meerkost zal zijn voor het vaccineren van jongeren tegen HPV.

- Zijn er andere factoren waarom het budget wordt verhoogd?

Neen, het budget werd opgetrokken in functie van een potentiële verhoogde kost naar aanleiding van de vernieuwd uitgeschreven overheidsopdrachten.

- Wat is de evolutie van aantal inenting(en) sinds het begin van de inenting, zowel absoluut als in procent van de middelbare-schoolpopulatie in, sinds het begin van de HPV-vaccinatie?

In september 2010 werd gestart met de vaccinatie van meisjes in een 3 vaccins schema (Gardasil, 4-valent).

In september 2014 werd overgeschakeld van een 3-dosisschema naar een 2 dosis schema (Cervarix, 2-valent)

In september 2018 werd overgeschakeld naar Gardasil 9 (9-valent) met 2 dosis schema voor meisjes en vanaf september 2019 uitgebreid ook voor jongens in een 2- dosisschema.

Hieronder de geleverde aantallen per kalenderjaar (vaccinatie van één doelgroep telkens startend vanaf september).

	Cervarix/Gardasil
2010	55088
2011	95663
2012	93057
2013	92489
2014	81956
2015	65058
2016	64332
2017	61830
2018	68862
2019	112043
2020	116346

Wat het procent van de middelbare-schoolpopulatie betreft is dit moeilijk te berekenen aangezien wij niet beschikken over de koppeling leerling-school. Begin 2022 zullen de cijfers van de vaccinatiegraadstudie bekend zijn en dan zal er een goed zicht zijn op de vaccinatiegraad van de jongeren voor HPV.

Ruwe schattingen laten zien dat de vaccinatiegraad voor meisjes en jongens zeker niet slecht is en nog steeds stijgende van in het begin rond de 80-85% naar 85-90%.

Algemeen

- Waar wordt de 1.000 keuro specifiek gehaald binnen het GE0-1GDF2IA-WT die nu wordt verschoven naar de zorggraden (GE0-1GDF2KA-WT)?

Het gaat over het in 2021 voorziene nieuw beleid inzake de versterking van het zorgbeleid n.a.v. de coronacrisis.

- Wat is de timing voor de samenstelling en werkzaamheden voor de werkgroep 'klimaat en gezondheid'?

Deze werkgroep zal zo snel als mogelijk worden opgericht. De timing is nog niet geheel duidelijk, aangezien het team milieugezondheidszorg nog steeds in crisisopvolging zit. We mikken hiervoor op begin volgend jaar.

- Hoeveel lokale besturen deden in 2021 een lokale gezondheidsenquête? Hoeveel staan er reeds gepland voor 2022?

In 2021 werd er in 7 lokale besturen een lokale gezondheidsenquête afgenomen. Momenteel is er nog geen bevestiging dat de subsidies verder lopen in 2022. Indien de subsidies verder worden gezet, hebben al 6 gemeenten laten weten interesse te hebben.

- Welke preventie-opdrachten zal VIVEL specifiek vervullen in het kader van de verschuiving van 350 Keuro naar hun begrotingsitem GE0-1GDF2KA-WT?

Het gaat grosso modo om de opdrachten die Domus Medica voordien opnam binnen haar beheersovereenkomst met de Vlaamse overheid (die eind 2021 afloopt).

Opdrachten (beknopt):

- Vertegenwoordiging Eerstelijm m.b.t. preventiedossiers
- Opleidingen, handleidingen en vorming voorzien voor eerstelijnsgezondheidszorgwerkers
- Aanbod partnerorganisaties Preventie voor Eerstelijm stroomlijnen
- Ondersteunen Zorgraden bij opnemen taken rond preventieve gezondheidszorg
- Evaluatie van preventiemethodieken in de eerstelijm

- Er verdwijnt 444 Keuro omtrent bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker RIZIV, hoe zal de monitoring verder verlopen?

De verminderde uitgaven situeren zich op de RIZIV-projecten, waarover telkens aparte overeenkomsten gesloten worden. De middelen voor het bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker blijven constant.

- Sinds wanneer is de monitoring van exotische muggen opnieuw opgestart?

Begin september 2021 werd deze opdracht gegund en gestart.

Onder algemene noemer

- Hoeveel bedroeg de totale kostprijs van contactopsporing sinds de opstart in mei 2020? Welk budget wordt er voorzien voor 2022?

Mei 2020 – sep 2021: € 136.682.133,77 (incl. BTW)

Raming 2022 (jan-mei): 37.496.238,17 €

- Wat is de exacte verdeling van 40.000 keuro voor de uitgaven omtrent covid 19?

Op het moment van de afronding van de politieke begrotingsbesprekingen is een globaal budget afgesproken voor uitgaven in het preventief gezondheidsbeleid n.a.v. COVID-19. Dit is dus een gelijkaardige methodiek als de corona-provisie in 2020 en 2021, zij het dat de uitgaven enkel beperkt worden tot het preventief gezondheidsbeleid.

3. ISE Woonzorg en eerste lijn

3.1 Strategische en operationele doelstellingen

SD 1: Kwaliteit

Voor de **residentiële ouderenzorg** vervullen we, na grondige evaluatie van de bestaande **zorgindicatoren**, de aanpassing van de **kwaliteitsindicatoren**. We realiseren in dat kader in 2022 onder meer een bewonersbevraging over kwaliteit van leven in de woonzorgcentra

- **Hoeveel middelen** zijn hiervoor voorzien?

Hiervoor wordt 1,1 miljoen euro gevraagd. Deze middelen kunnen worden opgenomen binnen de relancekredieten.

- Wie **voert deze bewonersbevraging uit**? Wat is de geraamde kostprijs?

Het idee hier is dat we voor deze meting focussen op het bredere concept bewonerstevredenheid met zorg en dienstverlening, waarvan kwaliteit van wonen een onderdeel is. We willen focussen op het in kaart brengen van resultaten waar je als woonzorgcentrum echt een impact op kan hebben, met dus verbeterpotentieel.

Het zal niet realistisch zijn om volgend jaar een volledige bevraging te realiseren. We mikken op een pilotmeting en opstart van de effectieve metingen in de loop van 2022.

We voorzien gedurende een projectduur van 3 jaar twee metingen van bewonerstevredenheid, 1 nul- en 1 follow-up meting.

Voor de eerste meting wordt externe ondersteuning gevraagd, en is het de bedoeling om verschillende methodieken van bevraging uit te testen.

De aanbesteding kan hier echter pas gebeuren bij definitieve goedkeuring van het bedrag van de projectsubsidie.

Voor de tweede meting (jaar 3) nemen we met het VIKZ de tijd om, op basis van de eerste meting, te onderzoeken via welke methodiek en met welke ontwikkelingen, we kunnen komen tot een meer continue, haalbare meting, voornamelijk georganiseerd vanuit het VIKZ zelf.

We gaan met de softwarehuizen na welke mogelijkheden er zijn om te komen tot een meer **betrouwbare en frequente datacollectie van de indicatoren**. We zetten verder in op de uitbouw van gegevensdeling en verhogen de transparantie van de kwaliteitsmetingen. We maken die zoveel als mogelijk online consulteerbaar op één centraal platform zodat de Vlaming de kwaliteit van de zorg zelf kan opvolgen. We streven naar een operationalisering hiervan in de zomer van 2022.

- Hoeveel **middelen zijn voorzien voor de softwarehuizen**?

Momenteel zijn hiervoor nog geen specifieke middelen voorzien. In 2022 zal er met de softwarehuizen nagegaan worden welke mogelijkheden er zijn om te komen tot een meer betrouwbare en frequente datacollectie van de indicatoren. Afhankelijk van de resultaten van dit overleg zal er al dan niet **nog een budget moeten worden bepaald**.

SD 2: Toegankelijkheid

Dementie blijft hoog op de beleidsagenda staan. We finaliseerden recent een nieuw dementieplan.

- Graag een **gedetailleerd overzicht** van de subsidies 2022 aan Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de 9 regionale expertisecentra dementie in Vlaanderen.

omschrijving	VAK 2022
Vlaams Expertisecentrum Dementie	391.379,82
ECD Broes	132.354,39

ECD Tandem	132.354,39
ECD Orion	202.034,88
ECD Memo	301.017,10
ECD Contact	132.354,39
ECD Foton	259.854,39
ECD Sophia	132.354,39
ECD Paradox	132.354,39
ECD Meander	132.354,39
	<hr/>
	1.948.412,55
	<hr/>

- Zijn er nog **andere actoren** die verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van dit dementieplan? Indien ja welk is het bedrag aan subsidies die zij zullen ontvangen?
Er wordt samengewerkt met andere actoren bijv. Alzheimerliga, VIVEL, VAN,... Er is momenteel (nog) geen bijkomend budget voor de subsidiëring van deze actoren voorzien. De acties waarbij eventueel met deze actoren zal samengewerkt worden, moeten trouwens nog verder geconcretiseerd worden.

We zetten tot slot verder in op het vereenvoudigen van de regelgeving voor Woonzorgvoorzieningen inzake financiële en bestuurlijke weerbaarheid en transparantie zonder echter aan de onderliggende basisprincipes te raken. Doelstelling hierbij is te komen tot een juridisch kader dat zowel voor de betrokken voorzieningen als de overheid toepasbaar en controleerbaar is

Op pag 103 van het regeerakkoord staat: *“De Vlaamse Zorginspectie blijft de centrale actor voor kwaliteitscontrole bij alle zorg- en welzijnsactoren. De Vlaamse Zorginspectie wordt uitgerust met financiële expertise zodat ook doelgericht toezicht kan worden gehouden op de correcte besteding van de gesubsidieerde middelen en de financiële transparantie van de voorzieningen, zoals geregeld in het huidige toezicht- en woonzorgdecreet.”*

- Hoeveel middelen heeft de zorginspectie in 2019 – 2020 extra ontvangen om deze opdracht uit te voeren?
- Op pag 103 van het regeerakkoord staat: *“De Vlaamse Zorginspectie blijft de centrale actor voor kwaliteitscontrole bij alle zorg- en welzijnsactoren. De Vlaamse Zorginspectie wordt uitgerust met financiële expertise zodat ook doelgericht toezicht kan worden gehouden op de correcte besteding van de gesubsidieerde middelen en de financiële transparantie van de voorzieningen, zoals geregeld in het huidige toezicht- en woonzorgdecreet.”*
- *In totaal kan Zorginspectie 2 VTE extra aanwerven om in te zetten in het financieel toezicht. De procedures zijn opgestart midden 2021 en worden afgerond in januari 2022. Dit kon door interne reorganisatie naar aanleiding van de uitbreiding van de tewerkstelling ‘Sociale Maribel’ (VR 2021 0503 DOC.0228/1BIS).*
-
- Hoeveel middelen zal de zorginspectie in 2022 voor deze opdracht extra ontvangen. Hoe zullen deze middelen ingezet moeten worden? *Zoals hierboven aangegeven gaat het om 2 VTE die vooral ingezet zullen worden in sectoren die sinds de 6^{de} staatshervorming vanuit Vlaanderen gefinancierd worden, m.n. in de Woonzorgcentra, in de revalidatie, in de geestelijke gezondheidszorg (IBW, PVT,...), in het kader van de financiering infrastructuur in de ziekenhuizen, i.k.v. de mobiliteitshulpmiddelen, etc..*
- Over welke profielen gaan het hier ? Over hoeveel FTE gaat het hier ? *In de procedure gaan we op zoek naar 2 voltijdse economische masters (toegepaste economische wetenschappen, handelswetenschappen, handelingenieur).*

4. ISE Gespecialiseerde Zorg

- Wat is de stand-van-zaken in de fusie tussen het Steunpunt Geestelijke Gezondheid en het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid?

Beide organisaties fuseren op 1/1/2022. De bestuurlijke fusie wordt volop voorbereid. De inhoudelijke opdrachten van de nieuwe fusie organisatie worden bepaald. Er zal een driejarige overeenkomst opgemaakt worden met de nieuwe fusie organisatie voor de periode 2022-2024.

- Wat is het tijdsplan voor de integratie van CGG en CAR's? Waar zal de besparing van 400 keuro gebeuren?

Het betreft hier geen besparing, maar een verschuiving van de inzet van de 400 keuro tussen begrotingsartikels.

Tijdsplan integratie CGG-CAR: voor de zomer 2021 werd een oproep gelanceerd voor projecten samenwerking tussen CAR en CGG. Met deze projectoproep wil de Vlaamse overheid een effectieve samenwerking realiseren tussen CAR en CGG voor zorgvragen van minderjarigen en hun context die de expertise en het aanbod van elke organisatie afzonderlijk overstijgt en leidt tot zorgactiviteiten of -trajecten met gedeelde verantwoordelijkheid waardoor de kwaliteit van zorg en/of begeleiding stijgt voor deze minderjarigen en hun context. Door de samenwerking tussen CAR en CGG te faciliteren wil de Vlaamse overheid zodoende geïntegreerde zorg voor de zorggebruikers en hun context realiseren. De projecten lopen van 1/11/2021 tot 31/12/2022.

- “We zetten stappen om tot een meer betrouwbare en intersectorale registratie in de geestelijke gezondheidszorg te komen.” – op welke termijn? Hoe ziet u dit?

Omwille van de COVID-19 crisis zijn hier nog geen stappen rond ondernomen.

Deze legislatuur kantelen verschillende geestelijke gezondheidsvoorzieningen (revalidatievoorzieningen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven beschut wonen) in de Vlaamse Sociale Bescherming in. Door dit digitaliseringstraject zetten we ook stappen in betere en snellere gegevens van deze voorzieningen i.v.m. de aanvraagprocedure, controle verzekeraarbaarheid en facturatieproces

- Hoe zal de generieke besparing op de Openbare Psychiatrische Zorgcentra Geel en Rekem in de praktijk ingevuld worden?
- Hoe zal de besparing van 3465 keuro op GE0-1GDF2LA-WT in de praktijk ingevuld worden?

Het resterende bedrag betreft hier geen besparing, maar een collectie compensaties van en naar verschillende begrotingsartikels.

- Zo komt er 400K van artikel GE0-1GHF2TI-WT naar dit artikel in het kader van de samenwerking CGG en CAR.
- Verder wordt er 2.907 Keuro gecompenseerd naar datzelfde artikel voor de uitbreiding van de capaciteit van de ggz revalidatievoorzieningen, o.a. de verslavingscentra, De Appelboom en de CAR.
- Vervolgens wordt er ook 80 Keuro gecompenseerd naar artikel GE0-1GDF2KA-WT voor de financiering van het Vlaams Patiëntenplatform. De middelen voor het project “de stem van de patiënt binnen geestelijke gezondheid en verslaving” worden niet meer opgenomen in de projectsubsidie ggz maar in de basissubsidie van het Vlaams Patiëntenplatform vanaf 2021.
- Tot slot wordt 1.286 keuro gecompenseerd naar VSB-artikel GM0-AGHF2TN-WT. Bij begrotingsopmaak 2022 zal de nieuwe pijler REVALIDATIE ZIEKENHUIZEN namelijk inkantelen in het budget van het agentschap Vlaamse Sociale Bescherming. Hieraan gekoppeld zal ook een aandeel van de werkingssubsidies (gekoppeld aan de revalidatieziekenhuizen) voor de Verzekeringsinstellingen/zorgkassen gecompenseerd worden naar het nieuwe artikel/allocatie VSB.

OPEN VLD

1. Algemeen gezondheidsbeleid p. 46

p. 47. Welke **middelen puurt Vlaanderen uit Europese investeringsprogramma's** voor binnen de bevoegdheid welzijn en volksgezondheid en voor welke zaken ?

We bekijken de calls die worden gelanceerd door het meerjaren programma in Volksgezondheid of EU4Health Programma.

Mogelijke samenwerkingen kunnen ook ontstaan via het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling.

De Technical Support Instrument van de Europese Commissie, eerder de Structural Reform Support Programme is ook een potentiëel instrument voor ZG.

Vlaanderen subsidieert **CEBAM** voor het leesbaar maken van wetenschappelijke richtlijnen door een vertaalslag naar patiëntenrichtlijnen. Hoeveel middelen ontvangt CEBAM hiervoor en hoeveel richtlijnen krijgen zo'n vertaalslag ? Zal Vlaanderen extra inspanningen doen om die **patiëntenrichtlijnen** bekend te maken bij zorgverleners (zodat zij ze kunnen meegeven aan hun patiënten) en aan het grote publiek ?

CEBAM krijgt **jaarlijks 145K euro** voor het geven van evidence based gezondheidsinformatie. Eén van hun opdrachten is het vertalen van artsenrichtlijnen naar patiëntenrichtlijnen. Daarnaast zorgen ze bv. ook voor fact checks van berichten in de media. Deze informatie wordt o.a. ter beschikking gesteld via de website Gezondheidwetenschap.be. Er is ook een link gelegd met het Elektronisch patiëntendossier.

Gezondheid en Wetenschap heeft een vijfjarenplan 2017-2022 waarvoor er **jaarlijks een extra subsidie** wordt verleend (**mei 2021-april 2022: 65K**, vorige jaren vergelijkbare bedragen). Dit vijfjarenplan is intussen bijna volledig gerealiseerd en een nieuw plan wordt voorbereid. Eén van de doelstellingen uit dit plan luidt: "Tegen eind 2021 gebruikt elke eerstelijns zorgverlener Gezondheid en Wetenschap als primaire bron voor patiëntinformatie tijdens het contact met de patiënt." G&W zet dit en het komende jaar extra in op de promotie van het gebruik van de patiëntenrichtlijnen. Ze doen dit o.a. via hun uitgebreid netwerk (oa in overleg met het Vlaams Patiëntenplatform en VIVEL).

Er is sprake van "**data science projecten**" en "**artificiële intelligentie**" om beleidsrelevante hypotheses te toetsen en te extraheren en om interne processen te kunnen automatiseren. Kan dat worden

toegelicht ? Wat betekent dit concreet ? Idem dito voor het opstarten van een blauwdruk voor een “**digitale health & care twin**”.

De gezondheidsdoelstellingen vermeld in de beleidsnota 2019-2024 tonen duidelijk aan dat er nood is aan data op het microniveau (individu), dat we die ook moeten gebruiken op het macroniveau (BD WVG) om beleidsaanbevelingen en -beslissingen data gedreven te onderbouwen en de verwerkte data GDPR-proof te delen met het mesoniveau (lokale besturen, zorgraden, ...). Via population health & care management wensen we - vertrekkend vanuit het individu - tendensen te aggregeren naar subpopulaties die dan op hun beurt kunnen geaggregeerd worden naar de totale populatie.

Het belang van individuele data gelinkt aan een subpopulatie vinden we ook terug in verschillende lopende initiatieven en projecten, waaronder op Europees niveau het European Health Data Space^[1] en het GAIA-X Health Data Space^[2], binnen Vlaanderen het voorstel van IMEC rond een Open Health Data Space Flanders^[3] en initiatieven zoals het WeAre-project (cf. infra), het big data project tussen IMA en INTEGO^[4]. Al deze initiatieven hebben als doelstelling individuele data te delen, te koppelen, te verrijken en te verwerken aan de hand van big data technologie om zo data gedreven inzichten te genereren, maar telkens rekening houdend met het privacy en het ethische aspect alsook het beslissingsrecht van de burger m.b.t. tot het al dan niet delen van zijn/haar data.

Vanuit de entiteiten VAZG en het Departement WVG stellen we voor om het ZorgAtlas-platform in te zetten als de ‘digitale sleutel’ naar al de bovenvermelde lopende initiatieven en projecten. Via het ZorgAtlas platform wensen we data te ontvangen en te ontsluiten met verschillende stakeholders op basis van visualisaties, datasets, rapporten, ML-modellen en narrow-AI.

De beoogde ontwikkelingen van de ZorgAtlas sluiten perfect aan op de doelstelling van actie 116 in het plan Vlaamse Veerkracht. Binnen deze actie is immers volgend objectief voorzien: “*Dit alles moet het mogelijk maken om digitale gedeelde informatie in te zetten voor het bepalen en evalueren van het gezondheidsbeleid, bruikbaar te maken voor wetenschappelijk onderzoek en het ondersteunen van de zorg- en hulpverlening.*” De ontwikkelingen rond de ZorgAtlas passen in dit opzet. De algemene doelstelling van het ZorgAtlas-platform is een data gedreven beleid met focus op population health & care management en gekristalliseerd in een digital health & care twin.

Hiervoor wensen we de komende 2 jaar samen met IMEC de inhoudelijke, architecturale en technologische blauwdruk concreet uit te werken. We wensen te onderzoeken in welke mate het ZorgAtlas-platform kan aansluiten op de platformen en services van het Datenutsbedrijf en de Europese initiatieven rond Open Health Data Spaces. Daarnaast willen we ook de informatiearchitectuur binnen VAZG en het DWVG toetsen aan de FAIR-principes.

^[1] [European Health Data Space | Public Health \(europa.eu\)](https://public-health.europa.eu/)

^[2] [GAIA-X - Home \(data-infrastructure.eu\)](https://data-infrastructure.eu/)

^[3] Dit vervangt het CHIRON-project.

^[4] [Historiek – Intego](#)

p. 51 Op artikel GKO-1GDF2IA-WT wordt voorzien in 138.000 VAK en 186.00 VEK met als verklaring “onkosten verbonden aan het beheer van de beleggingsportefuille en de uitgaven voor prijzen, beurzen en kredieten door het KAGB. **Waarom moet het KAGB een beleggingsportefuille hebben ?**

De Academie heeft de opdracht prijzen en beurzen uit te reiken die bij haar gesticht zijn. De prijzen en beurzen worden exclusief gefinancierd uit de opbrengst van de waardevast belegde middelen die door

privaatrechtelijke personen (natuurlijke personen en rechtspersonen) aan de Academie geschonken of bij legaat nagelaten zijn met last tot het uitreiken van die prijzen en beurzen. Deze prijzen en beurzen worden op geen enkele wijze gefinancierd met subsidies van de Vlaamse Overheid. Vermits de prijzen en beurzen gefinancierd moeten worden zonder het geschonken kapitaal aan te tasten, om aldus het duurzame karakter van de prijs of beurs te garanderen, en vermits het hier gaat om het beheer van private middelen die met een specifiek doel zijn geschonken of nagelaten, is het onvermijdelijk dat de Academie een eigen beleggingsportefeuille aanhoudt om daarmee het noodzakelijke rendement te garanderen. De waardeverste belegging gebeurt overeenkomstig de standaarden van ethisch beleggen die gelden voor de Vlaamse Overheid en de organisaties die een maatschappelijk doel nastreven.

2. Preventie p. 52

p. 55 Hebben we cijfers over kindermisbruik/kindermishandeling en latere suïcide ?

Uit onderzoek blijkt dat slachtoffers van seksueel geweld 4 keer meer kans hebben om te overlijden door suïcide en 13 keer meer kans om een suïcidepoging te ondernemen (Kilpatrick, 2000). 23-44 procent van de slachtoffers van seksueel geweld heeft zelfmoordgedachten (Campbell et al, 2009), dat is 1,5 tot 3 keer zoveel als de prevalentie in de Vlaamse bevolking (Gisle, 2014).

<https://www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers/factsheets/factsheet-zelfmoord-en-seksueel-misbruik>

p. 57 We hebben nog altijd een probleem met de **deelnemingsgraad aan bevolkingsonderzoeken**. Om de niet-deelname aan bevolkingsonderzoeken te verbeteren werden vorig jaar **de huisartsen ingeschakeld**. Wat was het **resultaat** daarvan ? Er zijn **proefprojecten** opgezet rond het gebruik van **zelftesten** bij bijvoorbeeld **baarmoederkanker** om het deelnamepercentage te doen toenemen. Zal men nu **structureel** de **zelftesten** voor baarmoederhalskanker inzetten ?

Gezien de huidige covidpandemie werden er met de huisartsen nog geen pilootprojecten opgestart of werden deze tijdelijk opgeschort.

Er zal wel vanaf 2022 een pilootproject worden opgestart waarbij de zelftesten voor baarmoederhalskankerscreening worden verdeeld via de huisartsen. Dit pilootproject (ESSAG-trila) zal 4 jaar lopen en wordt geleid door Ugent (prof. Dr. Sara Willems). De resultaten van dit pilootproject en de algemene omschakeling naar HPV als eerste screeningstest worden afgewacht voor wanneer deze zelftesten zullen worden ingeschakeld.

Wat verwacht u van de studie over het omgaan met **kritisch denken over vaccinatie** ? Moeten we ons ook geen vragen stellen over de **kwaliteit van ons onderwijs** als mensen zo **negatief** staan **tegenover** de **wetenschap**, zelfs bij de zorgberoepen en in het bijzonder bij bepaalde bevolkingsgroepen ?

We verwachten dat de studie ankerpunten biedt voor een specifiek beleid rond anti-vax en dit zowel op de langere termijn als bij acute incidenten daarrond. Het rapport zal meegenomen worden in de voorbereiding naar de gezondheidsconferentie vaccinaties, waar gewerkt zal worden naar een draft van nieuwe Vlaamse Gezondheidsdoelstelling Vaccinaties.

Er wordt een **interfederaal Actieplan** rond **antimicrobiële resistentie (AMR)** opgestart. Wat is daar de stand van zaken ? Naar welke actoren en sectoren zal dit worden vertaald ? Welke extra maatregelen zullen we binnen onze bevoegdheid nemen ?

Vandaag is het zoals u weet nog steeds alle hens aan dek voor het behartigen van de Covid-19 pandemie. Aangezien het dezelfde mensen van Zorg en Gezondheid zijn die voor Vlaanderen binnen de zorg de taken rond het AMR-actieplan zullen opnemen, is er hier voorlopig nog geen vooruitgang gemaakt. Concreet is het AMR-plan opgemaakt rond 10 strategische doelen:

1. **Governance One-Health**
2. **Verstandig gebruik:** stewardshipacties voor een verstandig gebruik van antibiotica om het risico op antibioticaresistentie te bestrijden
3. **Infectiepreventie-en bestrijding:** de invoering van preventieve of curatieve maatregelen om infecties te voorkomen of te bestrijden ontwikkelen en stimuleren om zo antimicrobiële therapie in te perken
4. **Informatiesystemen/monitoring:** een doeltreffende en transparante monitoring invoeren voor een nauwgezette opvolging van het gebruik van antimicrobiële middelen en de vroegtijdig opsporing van resistentie om snel en gericht te kunnen reageren
5. **Audits en controle:** versterkte audits en controles om de opvolging van de maatregelen ter bestrijding van de antimicrobiële resistentie te bevorderen
6. **Bewustwording en opleiding:** gepaste acties rond communicatie en bewustwording en betere professionele opleidingen om iedereen, in zijn domein en naargelang zijn context, actor te maken in de strijd tegen antimicrobiële resistentie
7. **Kwantificeerbare en meetbare doelstellingen** opstellen om het antibioticagebruik terug te dringen
8. **Innovatief en doelgericht onderzoek:** doelgerichte en innoverende onderzoeksprojecten voor meer doeltreffende controlemaatregelen en een beter begrip van de overdrachtsbronnen van resistente micro-organismen tussen mens, milieu, voedselketen en dierpopulaties
9. **Economische en institutionele context:** een economische en institutionele context ontwikkelen die bevorderlijk is voor investeringen en de ontwikkeling van producten en middelen voor de bestrijding van antimicrobiële resistentie
10. **Internationale samenwerking:** internationaal samenwerken om actief bij te dragen aan het behalen van de internationale AMR-doelstellingen

Het zwaartepunt voor het Agentschap Zorg en Gezondheid bevindt zich hoofdzakelijk in krachtlijnen 1 (Governance One-Health), 2 (Verstandig antibioticagebruik: stewardshipacties), 3 (Infectiepreventie-en bestrijding) waaronder handhygiënecampagnes, 5 (audit en controle) en 6 (bewustwording en opleiding). De focus van de sectoren zal toch sterk collectiviteitsgericht (WZC, VAPH) zijn.

We hebben in het verleden al een vraag gesteld over het feit dat we er de afgelopen jaren in geslaagd zijn een goed beleid te ontwikkelen rond HIV op vlak van detectie en behandeling en via de hiv-remmers ook mbt het doorgeven van het HIV. Er blijft nog een **hele groep van besmette mensen die we niet detecteren** (zo'n 1.747). Die groep is zeer divers (migranten uit de SubSahara, sekswerkers, mannen die seks hebben met mannen, ook heteroseksuelen). Bij hen is er een groep die het risico op een besmetting laag inschatten en dus geen vraag stellen naar screening. Zullen we vanuit Vlaanderen nog **maatregelen** nemen om **deze groep op te sporen** en op die manier het aantal besmettingen met HIV verder beperken ?

De preventie van HIV en SOA is sinds het symposium seksuele gezondheid van december 2018 1 van de 5 expliciete aspecten binnen het thema seksuele gezondheid waar we met het Vlaamse beleid aan werken. HIV en SOA voorkomen was dan ook opgenomen in de oproepen einde 2020 en zal volwaardig deel uitmaken van de opdrachten in de 3 nieuwe beheersovereenkomsten vanaf 2022. In Vlaanderen gaan we zo verder de weg in van enerzijds algemeen beleid seksuele gezondheid voor de hele bevolking, maar anderzijds ook gerichte werking naar de doelgroepen die u noemt, nl. mannen die seks hebben met mannen, sub-Sharaanse Afrikaanse migranten en sekswerkers. Vanaf 2022 zullen er nieuwe beheersovereenkomsten zijn met inbegrip van een werking naar de algemene bevolking én de risicogroepen. Specifiek voor de preventie van HIV zijn er acties opgenomen in de beheersovereenkomsten met Sensoa en ITG die voortwerken op de principes van de

combinatiepreventie. Eens de pandemie gestabiliseerd en de evenementen en homohoreca terug opgestart, volgt ook de terreinwerking naar MSM. Vernieuwend is dat deze terreinwerking zal worden uitgebreid naar de ruimere groep van LGBTQI en op termijn ook naar een ruimere groep van kwetsbare migranten. De voorbereidingen worden getroffen om naast het outreachende fysieke terreinwerk, meer online sensibiliserend te werk te gaan. Dit is, door de pandemie, meer op de voorgrond gekomen en het zal een blijver zijn in de toekomst om op die manier meer mensen in de risicogroepen te sensibiliseren. Daarnaast komt er in 2022 ook een variant op de campagne #HIVstopthier die gericht is op personen uit de sub-Saharaanse gemeenschap. Bedoeling is ook om via het nationaal HIV-plan samen te werken met de andere overheden. Naast preventie, zijn er immers noden op het hele continuüm, dus ook m.b.t. detectie, testing, behandeling, zorg en daarvoor zijn afspraken op niveau IMC noodzakelijk. De groep mensen detecteren en sensibiliseren die besmet zijn met hiv, maar het nog niet weten, is dé uitdaging die we vooropstellen, zoals ook door de WHO naar voor geschoven.

We zien dat er een **toename is van gonorrhoe en syfilis**. Hoe wil men daar meer inzetten op preventie? In het verleden werd vooral op jonge mensen en LGBTQI+ werd gefocust, nu blijkt ook de groep van ouderen meer risico te lopen omwille van meer wisselende seksuele contacten die ze vaak zonder voorbehoedsmiddelen hebben aangezien ze op die leeftijd toch niet meer vruchtbaar zijn. **Zal deze doelgroep extra aandacht krijgen in het preventiebeleid?**

Het is zeker zo dat de potentiële doelgroep voor een preventiebeleid naar SOI breder is, maar voor gonorrhoe en zeker, en overweldigend, voor syphilis blijven MSM de meest getroffen groep. In die zin hebben we er op aangedrongen dat het nieuwe HIV-plan ook ruimer zal kijken dan HIV en ook aandacht zal hebben voor de andere SOI. Op die manier is er een verhoogde aandacht voor HIV in combinatie met andere SOI, en vice versa.

Sensoa plant tijdens de nieuwe beheersovereenkomst alvast een nieuwe SOA-publiekscampagne, voortbouwend op de #NuZijnWeZeker campagne van 2021. Eerst zal worden onderzocht over welke preventieve aspecten van soa's er best campagne wordt gevoerd. De actuele epidemiologische gegevens voor de verschillende SOI's worden daarvoor ook ter hand genomen om te zien of een bepaalde SOI best in de kijker wordt geplaatst naar een bepaalde doelgroep. Vervolgens wordt in overleg met andere partners in het Vlaams SOA-overleg gekeken op welke elementen zich een publiekscampagne best richt zoals bijvoorbeeld condoomgebruik, partnerwaarschuwing, omgaan met en praten over een soa met een partner en/of zorgverstreker, stereotypen ontkrachten,...

Welke specifieke **acties** worden opgezet **tegen** de **normalisering** van het **gebruik** van **drugs** in onze **maatschappij** en zeker bij onze **jongeren**?

Universele preventie acties rond drugs vinden plaats binnen de beheersovereenkomst alcohol, drugs, gamen, gokken en psychoactieve medicatie met VAD. Hieronder enkele voorbeelden die werken rond normalisering:

- "Bijzonder zonder" campagne: hierbij wordt de focus gelegd op het feit dat de merendeel van de jongeren geen cannabis gebruikt
 - ➔ In 2022 wordt verder ingezet op de implementatie
- "Tournée minerale" 2022: het thema voor 2022 is "vrije keuze. Binnen de jaarlijkse campagne wordt gewerkt rond de "normalisering" van alcohol
- Nieuwe methodiek lager onderwijs "Nognito" voor de 3^e graad lager en eerste graad middelbaar (nieuwe versie LOL zonder alcohol) waarbij ingezet wordt op het uitstellen van de beginleeftijd
 - ➔ 2022 implementatie
- "Als kleine kinderen groot worden" (gericht op opvoedingsondersteuning van ouders)
 - ➔ Continue opvolging in 2022 met nieuwe filmpjes om de bekendmaking te verhogen

Zie opmerking

3. Woonzorg en eerste lijn, p. 64

Men legt **nieuwe indicatoren vast voor het levenseinde- en palliatieve zorg**. Wat zijn de cijfers over de mogelijkheid binnen WZC om euthanasie te bekomen? In hoeveel WZC is dat mogelijk?

Bij de aanpassing van de indicatoren voor het bevragen in 2022 van de levenseinde- en palliatieve zorg in de woonzorgcentra is er geen specifieke indicator opgenomen van de mogelijkheid om al dan niet binnen een WZC euthanasie te bekomen. Hierover zullen dus geen gegevens ter beschikking zijn.

p. 66 Voor de gezinszorg wordt de uitbreiding van het urencontingent voorzien (wat budgettair voorzien is) en "daarbij brengt men de **vastgelegde omzettingsskalender in rekening**". Wat betekent dat laatste? En hoeveel **extra uren gezinszorg levert dat op**?

In het kader van de omzettingsskalender worden een aantal voorafgaande vergunningen omgezet naar andere zorgvormen, zoals gezinszorg. Zo is er voor 2022 een groei van 4,697 miljoen euro binnen de gezinszorg. Deze middelen zullen omgezet worden in nieuwe initiatieven gezinszorg, extra uren gezinszorg en extra VTE logistiek personeel. Het gaat om 4 nieuwe diensten voor gezinszorg, die 57.713 uren gezinszorg zullen ontvangen in 2022, 50.402 extra uren gezinszorg voor de erkende diensten voor gezinszorg en 14,25 VTE logistiek personeel (aanvullende thuiszorg).

Men gaat kijken hoe de verschillende initiatieven rond **kortverblijf, herstelverblijven en** andere initiatieven rond **respijtzorg** zich tot elkaar verhouden. **Is het de bedoeling de herstelverblijven van mutualiteiten te gaan subsidiëren**?

Het is een inhoudelijke oefening: namelijk om de verschillende vormen van respijtzorg (centra voor kortverblijf types 2 en 3, centra voor herstelverblijf, en andere initiatieven) optimaal op elkaar te laten aansluiten en zo goed mogelijk in te laten spelen op de zorgnoden.

Er wordt voorzien in 1 miljoen euro ter **versterking van de zorgraden**. Wat wordt bedoeld met versterking? Waarvoor zullen de middelen precies worden aangewend?

De Zorgraden hebben in het kader van de corona-crisis bijkomende taken opgenomen. Daarnaast lopen in bepaalde regio's al projecten rond de versterking van de welzijnsactoren in de zorgraad. De versterking die voorzien is dient dus in de continuering van deze taken gezien te worden. Er loopt nu een traject van evaluatie van de verschillende opdrachten van de zorgraden en in functie daarvan zal de toewijzing van de bijkomende middelen gebeuren.

Er wordt 192.000 euro bijkomende vastleggingskredieten en 130.000 euro vereffeningskredieten voorzien voor de palliatieve samenwerkingsverbanden en de multidisciplinaire equipes. Wat is de exacte verdeling tussen beiden? Hoeveel extra capaciteit wordt er op die manier gecreëerd? Laat dat toe om mensen eerder in hun palliatieve fase te begeleiden? en ook meer mensen die geen kankerpatiënt zijn palliatief te begeleiden? Zijn er ook nog extra middelen voor de Leif-punten?

De aangevraagde bijstelling van 192 Keuro is te verklaren door 2 bewegingen, enerzijds een actualisatie van de uitgaven MBE (150K) op basis van de reële uitvoering 2019 inclusief een spilindexoverschrijding in 2020 en anderzijds een stijging voor de PSV (42K) ten gevolge van een actualisatie van de bevolkingsaantallen. Het vereffeningskrediet werd ook verhoogd met 193K.

Er is geen capaciteitsuitbreiding aan gekoppeld want de vergoeding per begeleiding is vastgelegd per MBE. Het aantal begeleiding die per MBE vergoed worden, is gelimiteerd. Maar een MBE moet wel alle

aanvragen aan palliatieve begeleiding aanvaarden, ook al overschrijdt dit het totaal aantal vergoede begeleidingen. Uiteraard horen hier ook niet-kanker-patiënten bij.

Wat is bij de verhoging van het budget met 96.000 euro voor de huisartsenkringen de link met de gewijzigde demografie (+96.000 euro) ?

De subsidie bestaat uit een bedrag per inwoner. Het subsidiebedrag bestaat uit 2 componenten: de werkingsmiddelen en de aanvullende subsidie.

De subsidie van de werkingsmiddelen wordt berekend op de bevolkingsaantallen van het jaar voorafgaand op het werkingsjaar. Deze bevolkingsaantallen worden geraamd met coëfficiënt t.o.v. de voorgaande jaren, in deze 1,006184. Deze werkwijze wordt gevolgd omdat de bevolkingscijfers van 2021 op het moment van de raming nog niet gekend zijn. Voor de raming van de werkingsmiddelen voor de Brusselse Huisartsenkringen wordt gewerkt met de Brusselnorm (30%) van het bevolkingsaantal van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Voor de raming 2022 kan dus enkel teruggevallen worden op de uitgaven 2020 en de demografische evolutie. Kortom worden de uitvoeringscijfers per deel (werkingsmiddelen, centraal oproepnummer) verhoogd met de verwachte bevolking aangroei (coëfficiënt 1,006184).

De aanvullende subsidie bestaat uit een subsidie voor een centraal oproepnummer of bij ontsteltenis van een centraal oproepnummer een subsidie voor een lage bevolkingsintensiteit. Om in aanmerking te komen voor deze aanvullende subsidie per inwoner (centraal oproepnummer) moeten de huisartsenkringen dit aanvragen in het jaarverslag van 2022. De procedure om deze subsidie aan te vragen werd in 2021 eenvoudiger. In 2020 werden 50 op 79 dossiers aangevraagd, een groei met 10% (5 dossiers) is een realistische inschatting. Deze groei wordt nog bevorderd omdat het aantal sterk georganiseerde wachtposten stijgt door een fusiebeweging van de huisartsenkringen t.g.v. het installeren van de eerstelijnszones. Het is om deze reden dat bij BO2022 een aangroei van 10% wordt aangevraagd voor het Centraal Oproepnummer (+/- 86 Keuro). Dit tezamen met de geactualiseerde cijfers voor de werkingsmiddelen (+/- 10 Keuro in vergelijking met BA2021 + index B1 2022) geeft het bedrag van 96 Keuro.

4. Gespecialiseerde zorg p. 71

p. 72 Men, werkt aan een nieuw **toezichtsmodel voor ziekenhuizen** die niet langer geaccrediteerd worden door internationale accreditatie instanties. Op federaal niveau hebben FAGG, FOD Volksgezondheid en RIZIV een Eenheid Audit Ziekenhuizen opgericht. Die voert thematische audits uit. Dat staat naast de gewone inspecties. **Wordt er afgestemd tussen al die diensten federaal en Vlaams ?**

Op dit ogenblik is er geen structurele afstemming tussen de Vlaamse Overheid en het federaal niveau hieromtrent. Er gebeurt wel informatie uitwisseling tussen de overheden nav de audits die door het team audit worden uitgevoerd.

- Men start met de dialoog om voor de algemene ziekenhuizen een aangepast **referentiekader** kwaliteit van zorg inzake vroegtijdige **zorgplanning**, **palliatieve zorg** en **levenseindezorg** te ontwikkelen. **Wanneer** mogen we dat aangepast referentiekader verwachten ?

Op dit ogenblik is de concrete timing nog niet vastgelegd. Bij de ontwikkeling van dit referentiekader

zal er – indien dit niet parallel kan verlopen – rekening gehouden worden met de aanbevelingen vanuit het Vlaams actieplan.

-Vlaanderen kan de **ziekenhuisnormen actualiseren**. Dat zal gebeuren op basis van de studie “Onderzoek over de positionering van het beleidsinstrument “normering” in het algemeen met bijzondere aandacht voor een mogelijke herziening van de ziekenhuisnormen in Vlaanderen. **Aan welke normen wil men raken ?**

De 6de staatshervorming heeft de bevoegdheid voor het normeringsbeleid van de ziekenhuizen overgeheveld naar de gemeenschappen, met uitzondering van de organieke wetgeving, normen met betrekking tot programmering en normen met betrekking tot financiering. Er is op dit ogenblik geen limitatieve lijst van normen die men wil herzien. Vele normen zijn verouderd en zijn toe aan een actualisatie.

De aanpassingen van bestaande normering gebeuren nu in overleg met de sector en in de meeste gevallen ook na overleg met de federale overheid en de andere deelstaten.

p. 73 Het **aanbod van CAR en CGG worden uitgebreid**, vooral in de regio's die verhoudingsgewijs over de minste middelen beschikt. **Welke regio' zijn dat ?**

CAR: in 2021 is 1.700.000 euro vrijgemaakt voor de uitbreiding van de capaciteit van de CAR. De capaciteit van de CAR in de provincies Limburg, Antwerpen en Vlaams-Brabant werd uitgebreid. De CAR in de provincies Oost- en West-Vlaanderen beschikken over een veel grotere capaciteit. In die regio's is bijgevolg niet geïnvesteerd.

CGG: in 2020 werd de capaciteit van alle CGG versterkt (uitbreiding 4,8 miljoen euro). Tegen 2024 komt er nog eens 2,1 miljoen euro bij. De middelen zullen specifiek geïnvesteerd worden in die regio's in Vlaanderen die op vandaag over een minder groot aanbod beschikken. Dat zal zijn in de regio's Kempen, Mechelen, Zuid-West-Vlaanderen, Zuid-Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant-West.

Er komt een **integratie CAR en CGG en rationaliseren ze tot één organisatie**. **Wanneer** zal dat een feit zijn ? Hoe past het eerste en het tweede in elkaar ?

Het voornemen is om de basis voor nieuwe organisatievorm te leggen tegen 1 januari 2024.

Men zal inzetten op meer **betrouwbare en intersectorale registratie in de GGZ**. Dat is essentieel. De federale overheid wil ook **voor geestelijke gezondheidszorg een betere registratie**. Wordt er **overleg** gepleegd ? Worden die **cijfers** ook **samengelegd** bij de interpretatie door zowel de Vlaamse als federale overheid ?

Voorlopig zijn hier nog geen acties rond ondernomen omwille van de COVID-19 crisis. Dit moet nog opstarten en zal in eerste instantie focussen op de mogelijkheden van de Vlaamse Sociale Bescherming om de beschikbare data uit voorzieningen geestelijke gezondheidszorg te digitaliseren en beter te ontsluiten.

p. 75 Voor de **samenwerking tussen CGG's en CAR's** wordt 400.000 euro uitgetrokken. Waarvoor wordt dat extra **budget** precies **ingezet** ?

Voor de zomer 2021 werd een oproep gelanceerd voor projecten samenwerking tussen CAR en CGG. Met deze projectoproep wil de Vlaamse overheid een effectieve samenwerking realiseren tussen CAR en CGG voor zorgvragen van minderjarigen en hun context die de expertise en het aanbod van elke organisatie afzonderlijk overstijgt en leidt tot zorgactiviteiten of -trajecten met gedeelde verantwoordelijkheid waardoor de kwaliteit van zorg en/of begeleiding stijgt voor deze minderjarigen en hun context. Door de samenwerking tussen CAR en CGG te faciliteren wil de Vlaamse overheid zodoende geïntegreerde zorg voor de zorggebruikers en hun context realiseren. De projecten lopen van 1/11/2021 tem 31/12/2022.

De versterking van minder gefinancierde CGG's vergt een bijkomend budget van 408.000 euro. Naar welke CGG's gaan die middelen dan? Kan u de precieze verdeling geven?

Op dit moment kan de precieze verdeling nog niet meegedeeld worden.

Wat zal het impact van beide versterkingen zijn op de wachtlijsten die bestaan bij CGG's? Bedoeling is dat de capaciteit van de betrokken CGG versterkt wordt, waardoor er meer cliënten begeleid kunnen worden. Het is de intentie om de wachttijden van de betrokken CGG te verkorten. Wachttijden is echter een complex gegeven dat bepaald wordt door vraag- en aanbodsfactoren in een bepaalde regio.

Er wordt 2,5 miljoen euro extra voorzien voor investeringen voor GGZ inclusief versterking Leif en palliatieve samenwerkingsverbanden. Hoeveel krijgt elk? Wat zijn de investeringen in GGZ?

Het aandeel voor Leif/palliatieve samenwerkingsverbanden is 500k euro. De concrete inzet van deze middelen wordt nog verder afgesproken. Dat geldt ook voor de 2 miljoen euro investeringen in ggz.

VLAAMS BELANG

2.1. Algemeen gezondheidsbeleid

Blz. 47: "Een onderzoek naar persoonsvolgende financiering binnen de Vlaamse sociale bescherming (VSB) zal in 2022 input opleveren voor het verder ontwikkelen van deze vorm van financiering in de ouderenzorg. Het onderzoek rond het gebruik van BelRAI in de sectoren Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en revalidatie bereidt de toepassing ervan voor en draagt bij tot de integratie van deze sectoren in de VSB. Een onderzoek naar de impact van de zorgorganisatie op de aanpak van de COVID-19-crisis, nog opgestart door het vorige steunpunt, zal ons in staat stellen relevante beleidsconclusies te formuleren."

- **Wat is de timing van deze vooropgestelde onderzoeken?**

De persoonsvolgende financiering kan in de Vlaamse sociale bescherming pas ingevoerd worden, nadat een aantal voorbereidende stappen gerealiseerd zijn:

- Implementatie van de betrokken BelRAI – instrumenten is gefinaliseerd;
- Indeling in zorgzwaartecategorieën is beschikbaar (Resource Utilization Groups in BelRAI)
- Indeling in zorggebonden kosten, organisatiegebonden kosten en woon/leefkosten is beschikbaar.

Zodra aan deze drie voorwaarden is voldaan, kan er gestart worden met pilootprojecten. De implementatiedata voor BelRAI zijn vastgelegd (juni 2023), het onderzoek naar zorgcategorïeën is lopende in de residentiële ouderenzorg en zal in de gezinszorg in 2022 starten. In 2022 zal het Steunpunt WVG de studie mbt de indeling in zorgkosten, organisatiekosten en woonkosten verder uitwerken, met focus op de woonzorg. Het is dan de bedoeling dat voor het einde van deze legislatuur een aantal pilootprojecten geïnitieerd worden.

- **Hoeveel wordt er voorzien voor deze onderzoeken en in welk begrotingsartikel vinden we dit terug? Graag een overzicht per onderzoek.**

De middelen voor onderzoeken binnen het steunpunt zijn opgenomen binnen de aanbesteding voor wetenschappelijk onderzoek waarover een overeenkomst werd gesloten.

Blz. 50: begrotingsartikel GEO-1GDF2IA-WT: “de middelen worden o.a. aangewend voor het operationaliseren van deze operationele doelstelling: OD 1.1. We investeren in **voldoende competent zorgpersoneel** om ook in de toekomst kwaliteitsvolle zorg en dienstverlening te kunnen bieden.”

- Kan de minister de **exacte middelen** die voor deze **doelstelling** worden aangewend meedelen? Alsook de **evolutie** t.a.v. **vorig jaar**?

Het gaat hier over de middelen voor koopkrachtverhogingen die voorzien zijn binnen VIA 5 voor de invoering van de eerste fase IFIC in de geregionaliseerde sectoren. (23,3 miljoen euro)

2.2. Preventie

Blz. 56: “De uitgaven voor de aankoop van dTpa, polio en mazelen, bof en rubellavaccins voorzien voor het vaccineren van asielzoekers bij aankomst in België en de vaccins aangeboden door de Gemeenschappelijke GemeenschapsCommissie (GGC) voor personen die in Brussel verblijven worden aangerekend op begrotingsartikel GEO-1GDF4JA-WT.”

- Welk **budget** wordt er exact voorzien voor het **vaccineren** van **asielzoekers** bij aankomst in België?

In wezen wordt er hiervoor niets uitgegeven, het gaat immers om een budget dat wel voorgeschoten wordt door de Vlaamse overheid wanneer we de bestelde vaccins betalen aan de firma's die ze leveren, maar dat ook jaarlijks gefactureerd wordt aan, en terugbetaald wordt door, FEDASIL. In 2020 ging het concreet om 205.510,89 euro voor afgerond een 88.000 inenting tegen dTpa, 29.000 inenting tegen polio en 87.000 inenting voor mazelen, bof en rode hond.

Blz. 59: We zetten verder in op de **pilootprojecten** ‘**preventie voor kansengroepen**’ en evalueren ze bij afloop.

- Welk **budget** is er verbonden aan deze **pilootprojecten**? Graag een overzicht per project. **Oproep VVSG mbt proportioneel universalisme: 1.716.167,00 € loopt nog tot 2022**

Project	Subsidie	Verlening door Corona	Totale subsidie
Leuven - Start Smiling	100000		100000
ELZ Kortrijk - Een gezonde geest in een gezond lichaam	189446,74	14659	204105,7
Gent - Versterken van gezondheidsvaardigheden in de eerstelijnszone Gent met behulp van gezondheidsgidsen	219030	24357	243387
Zelzate - Gezond wonen in de Debbautshoek	179881,94	14178	194059,9
Mechelen - Samen gezond zwanger	198567,6	15438	214005,6
ELZ Zuid-West-Waasland : Wase Kiem Zuid – Zwangerschapscentrum	147000	15774	162774
ELZ Baldemore - Laat je tanden zien	225400	25500	250900
Brugge - Kwartier Hier	115000	6231	121231

2.3. Woonzorg en eerste lijn

Blz. 65: “In samenwerking met het consortium ‘**Vlaams ITplatform BelRAI**’, bereiden we voor de thuiszorg ook de toepassing van het BelRAI Sociaal Supplement en de BelRAI Home Care voor. Dat impliceert een ICT- en een opleidingsaspect. Deze beleidsuitgaven worden aangerekend op begrotingsartikel GMO- AGHF2TA-WT.”

- Over **welk budget** gaat het hier exact? **Wanneer** zal deze **voorbereiding** rond zijn? De implementatie van het sociaal supplement is gepland voor juni 2022. De implementatie van BelRAI Home Care (diensten gezinszorg) en BelRAI LTCF (residentiële ouderenzorg) is gepland voor juni 2023. De investeringskosten 2022 worden geraamd op 1.500 K. Hiervoor zullen relancemiddelen ingezet worden (project 116 - Elektronisch patientendossier - Geïntegreerd zorg en ondersteuningsplan). De opleidingspakketten worden voorbereid door het kwaliteitscentrum voor diagnostiek. Daarvoor is in 2022 een bedrag van 526 K ingeschreven in de begroting.
-

Blz. 67: “De beleidsuitgaven m.b.t. de **hervorming van de eerste lijn** worden aangerekend op begrotingsartikel GE0-1GDF2KA-WT.”

- **Hoeveel** wordt er exact voorzien voor deze hervormingen?

De hervorming van de eerste lijn is budgetneutraal. Het budget voor de hervorming van de eerste lijn bestaat uit het budget voor de zorgraden en VIVEL. Bij de hervorming van de eerste lijn in 2020 werd een aantal structuren gerationaliseerd om tot een budgetneutrale oefening te komen als financiering voor de hervorming van de eerste lijn. De budgetten zijn opgebouwd vanuit van de middelen van de voormalige SEL's/GDT's/LMN/ex-DAC-middelen en de voormalige middelen van éénlijn.be. Ook wat betreft de hervorming van de palliatieve zorg, de toekomstige zorgcoördinatie en casemanagement en de pilootprojecten m.b.t. de regionale zorgplatformen is het de ambitie om budgetneutraal te werken.

2.4. Gespecialiseerde zorg

Blz.72: Het **Steunpunt Geestelijke Gezondheid en het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid fuseren** op 1 januari 2022 tot 1 partnerorganisatie.

- **Welke gevolgen** zal dit met zich meebrengen, op vlak van **personeel**, **organisatie** en **budget**?

Het budget van beide organisaties zal samengevoegd worden en toegekend aan de fusieorganisatie.

Beide organisaties fuseren op 1/1/2022. De bestuurlijke fusie wordt

vloppend voorbereid. De inhoudelijke opdrachten van de nieuwe fusieorganisatie worden bepaald.

Er zal een driejarige overeenkomst opgemaakt worden met de nieuwe fusieorganisatie voor de periode 2022-2024

Blz. 73: “We maken ook een **versterking** mogelijk van de **forensische werkingen van de CGG**, om sterker in te zetten op behandeling van seksueel delinquenten.”

- Over **welke versterking** gaat het hier? Zal hiervoor **extra personeel** ingezet worden? **Welk budget** wordt hiervoor voorzien?

De subsidie voor de uitbreiding van de forensische werking van de CGG wordt besteed aan het verhogen van het aanbod ten behoeve van de begeleiding en behandeling van seksueel delinquenten, waarvoor op 8 oktober 1998 een samenwerkingsakkoord is gesloten tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik. Hiervoor wordt een recurrent budget van 450.000 euro vrijgemaakt. Dit budget wordt toegekend aan 10 CGG.

Blz. 75: GBO-1GDF2LA-WT: bijstelling efficiëntie en kerntaken-personeel: in het kader van een generieke besparing wordt het budget verminderd met 260 keuro.

- **Kan de minister toelichten welke implicaties deze besparingen hebben op het werkveld? Op basis van welke argumenten werd ervoor gekozen om dit budget te verminderen?**

Het gaat hem over de generieke besparing op koppen afgesproken bij het begin van de legislatuur.

CD&V

Beleidsveld gezondheids en woonzorg - GD

1. Er wordt **extra versterking voorzien voor de zorgraden**. **Hoe** zal de versterking er uit zien? **Waarvoor** zijn de extra middelen concreet bestemd? Zijn er bij de extra middelen voor de zorgraden ook middelen voorzien voor de **vertegenwoordiging** van de **eerstelijnsgezondheidsberoepen** binnen de zorgraden?
De Zorgraden hebben in het kader van de corona-crisis bijkomende taken opgenomen. Daarnaast lopen in bepaalde regio's al projecten rond de versterking van de welzijnsactoren in de zorgraad. De versterking die voorzien is dient dus in de continuering van deze taken gezien te worden. Er loopt nu een traject van evaluatie van de verschillende opdrachten van de zorgraden en in functie daarvan zal de toewijzing van de bijkomende middelen gebeuren. Daarnaast zijn ook projecten lopend binnen de verschillende beroepsverenigingen (750k euro) om hun deelname in de zorgraden te faciliteren en versterken.
2. Er is een project opgestart om de jaarlijkse ontsluiting van de doodsoorzaken sneller te laten verlopen. Dit was ook een belangrijke opmerking bij de evaluatie van het Vlaams **actieplan suïcidepreventie**. **Wie** is **betrokken** bij dit project, wat is de **timing**, en wat is de beoogde **doelstelling**?
Vandaag komen statistieken en analyses over sterftcijfers beschikbaar met twee jaar vertraging. Wanneer andere prioriteiten zich stellen – zoals de COVID-19 pandemie – zelfs pas na drie jaar. Vanuit beleidsstandpunt is dit uiteraard een onaanvaardbare periode en nefast voor een data gedreven beleid: beslissingen die nu genomen worden kunnen slechts getoetst worden aan de realiteit met aanzienlijke vertraging, laat staan dat men op feiten gebaseerd snel kan bijsturen.
Een zeer actueel thema is de beschikbaarheid van suïcide cijfers. Meer algemeen kan de maatschappelijke waarde van deze sterftcijfers niet overschat worden. Bv. voor het onderzoeken van verbanden tussen sterfte en factoren zoals lucht- en bodemvervuiling, hitte, voedingsomgeving en zo veel meer.
Het is belangrijk dat het gehele proces - van de registratie van overlijden tot de publicatie van de cijfers - gemoderniseerd wordt. Noteer dat de focus hier ligt op de interne werking en dus het optimaliseren en automatiseren van de verschillende interne handelingen bij het verwerken van de sterftcertificaten. Hiervoor starten we de nodige interne processen op in 2022. Parallel wensen we ook in 2022 de juridische en architecturale analyse en blauwdruk uit te voeren m.b.t. het digitaliseren van het sterftcertificaat in Vlaanderen.
3. Het **bevolkingsonderzoek aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen** via een bloedstaal wordt uitgebreid. Eerder was er sprake van een tool die zou ontwikkeld worden om op een systematische manier de evaluatie te maken welke aandoeningen in aanmerking komen om gescreend te worden. Is deze **tool** ondertussen **klaar** en wordt deze toegepast om de voorziene uitbreiding te doen?
De tool om prioriteiten te stellen voor uitbreiding van de neonatale screening is ontwikkeld en toegepast. Het resultaat is het voorstel om het bevolkingsonderzoek uit te breiden van opsporen van 7 zeldzame ziekten, bovenop de 12 ziekten die al worden opgespoord. De uitbreiding zal gefaseerd verlopen, in functie van technische haalbaarheid.

- Februari '22: implementatie van opsporen tyrosinemie type 1, tyrosinemie type 2, CPT1-deficiëntie
- Juli '22: implementatie van opsporen SMA
- Voorjaar '23: implementatie van opsporen van SCID, holocarboxylase syntethase, homocystinurie.

De uitbreiding gaat gepaard met een mediacampagne.

4. De subsidie aan Aditi wordt geïntegreerd met de subsidie aan Sensoa. Betekent dit dat beide organisaties geïntegreerd worden tot één organisatie?
Nee, de organisaties zelf gaan niet tot 1 organisatie integreren. Sensoa vzw en Aditi vzw blijven apart bestaan.
Wat hebben we wel geïntegreerd: de subsidie die we vanuit preventieve gezondheid en vanuit VAPH aan Aditi geven, zit nu vervat in de BHO met Sensoa. Dus binnen de BHO met Sensoa, subsidiëren we een deel van de werking van Aditi. (of ook zo gezegd: Sensoa besteedt een deel van haar opdrachten, nl. de werking naar organisaties waar mensen met een beperking verblijven, uit aan Aditi)
5. Er wordt werk gemaakt van een actualisering van de personeelsnormen in de ouderenzorg. Daarbij wordt gesteld dat er niet alleen oog moet zijn voor de medische zorgnoden maar ook voor het creëren van een thuisgevoel. Impliceert dit dat er bij de herwerking van de personeelsnormen ook meer mogelijkheden zullen komen voor mensen zonder medisch profiel om aan de slag te gaan in de ouderenzorg? Bijvoorbeeld mensen zonder een zorgopleiding maar wel met sterke intermenselijke capaciteiten. Deze actualisering vormt het voorwerp van een studie van het Steunpunt WVG waarvan VPPhet eindrapport in het voorjaar 2022 wordt verwacht. Op basis van de beleidsaanbevelingen die dit rapport zal bevatten zal er bekeken worden op welke wijze de erkennings- en financieringsvoorwaarden inzake het vereiste personeel en de inzet ervan aangepast zullen worden.
6. De regelgeving voor woonzorgvoorzieningen inzake financiële en bestuurlijke weerbaarheid en transparantie zal worden vereenvoudigd. Ook wordt gesteld dat er sterkere controle komt op de dagprijzetting. Welke bekommernissen liggen aan de basis van deze plannen? Hoe zal dit concreet vorm krijgen?
Vooraleer maatregelen met betrekking tot weerbaarheid en transparantie worden uitgewerkt en er aanpassingen aan het dagprijsbeleid komen, komt een evaluatie die zal worden uitgevoerd door het agentschap in overleg met de koepelorganisaties in de residentiële ouderenzorg. Het tijdsplan daarvan zal worden bepaald op basis van de beschikbaarheid van zowel de betrokken medewerkers van het agentschap als de koepelorganisaties en hun afgevaardigden en eventuele vertegenwoordigers uit de sector. Gezien de talrijke covid-19-opdrachten waarmee de sector en het agentschap nog steeds geconfronteerd worden, is dit op dit moment nog niet ingepland.
7. Het Impulsfonds voor huisartsen wordt hervormd. Op welke manier zal dit bijdragen tot de vooropgestelde doelstelling van meer geïntegreerde zorg en multidisciplinaire praktijkvoering?

Op 12/11 werd de nota 'Hervorming Impulseo en Oproep pilootprojecten Oprichting Eerstelijnspraktijken' goedgekeurd door de Vlaamse regering. Deze nota VR wordt nog vertaald in 2022 naar regelgevende initiatieven.

Met deze hervorming wil de Vlaamse Regering inzetten op interdisciplinair samenwerken en het optimaliseren van de zorgcapaciteit, en dit door samenwerkingsverbanden te ondersteunen én extra in te zetten op kwaliteitsdenken binnen dit samenwerkingsverband, en dit als volgt:

Een startende erkende huisarts komt in aanmerking voor de renteloze lening van 35.000 euro voor het uitbouwen van de praktijk. Daarbovenop kan 10.000 euro renteloos worden geleend als aan een aantal bijkomende voorwaarden rond samenwerking met een praktijkverpleegkundige of praktijkondersteuning voldaan is. Daarnaast is er een subsidiepremie van 6700 euro voor multidisciplinaire praktijkvormen onder vorm van een tegemoetkoming in de loonkost van een extra

medewerker (één praktijkondersteuner of één praktijkverpleegkundige). De premie kan verhoogd worden met 800 euro indien de huisarts inzet op extra vorming voor de verdere professionalisering van de samenwerking.

Een alternatief voor tegemoetkoming in de loonkost van een extra medewerker, is een premie van 3400 euro die dient geïnvesteerd te worden in een telesecretariaat. Deze premie kan enkel aangevraagd worden door een startende huisarts en dit voor maximaal 5 opeenvolgende jaren. Voor bestaande praktijken die al 5 jaar of langer van deze premie gebruik maken, is een uitdoofscenario voorzien.

Daarnaast wordt er een oproep gelanceerd naar pilootprojecten voor de oprichting van brede eerstelijnspraktijken. Hiermee wordt onderzocht of en hoe er in de toekomst middelen vanuit het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) kunnen aangewend worden om de oprichting van brede eerstelijnspraktijken in gebieden met een tekort aan zorgaanbod te stimuleren. Er zullen door deze pilootprojecten draaiboeken en documentatie ontwikkeld worden voor het opzetten van brede eerstelijnspraktijkvormen.

Het initiatief voor deze pilootprojecten ligt bij huisartsenkringen of groeperingen van huisartsen en de lokale besturen, in samenwerking met en andere actoren.

8. Er worden stappen gezet richting **integratie van de CAR en de CGG**. Hoe zal dit **integratietraject** eruit zien en **hoever** moet deze **integratie** tussen beide gaan?

Tijdspad integratie CGG-CAR: voor de zomer 2021 werd een oproep gelanceerd voor projecten samenwerking tussen CAR en CGG. Met deze projectoproep wil de Vlaamse overheid een effectieve samenwerking realiseren tussen CAR en CGG voor zorgvragen van minderjarigen en hun context die de expertise en het aanbod van elke organisatie afzonderlijk overstijgt en leidt tot zorgactiviteiten of -trajecten met gedeelde verantwoordelijkheid waardoor de kwaliteit van zorg en/of begeleiding stijgt voor deze minderjarigen en hun context. Door de samenwerking tussen CAR en CGG te faciliteren wil de Vlaamse overheid zodoende geïntegreerde zorg voor de zorggebruikers en hun context realiseren. De projecten lopen van 1/11/2021 tem 31/12/2022.

Daarnaast stelt Zorg en Gezondheid een projectmanager aan om het proces tot integratie mee te begeleiden. Doel is een nieuwe organisatievorm te creëren.

N-VA

BBT, p.58: De minister spreekt over de opkomst van 'new emerging pollutants' en het feit dat hij in samenwerking met OVAM de impact ervan kwalitatief en kwantitatief in kaart zal brengen. Kan de minister dit wat van nader toelichten en waarin verschilt dit van huidige manier van werken?

Om een uitspraak te kunnen doen over de gevolgen van blootstelling aan zeer zorgwekkende stoffen (veelal zijn dit new emerging pollutants), is een health impact assessment (HIA) nodig. Een kwantitatieve HIA becijfert de impact van milieublootstelling in termen van te verwachten ziektes, en gerelateerde monetaire kosten. Om een HIA mogelijk te maken, zijn kwantitatieve dosis-respons functies nodig, alsook incidentie of prevalentiecijfers per relevant ziektebeeld. Echter, niet voor alle chemische stoffen en ziektebeelden zijn geschikte dosis-respons relaties beschikbaar, alsook niet steeds de nodige incidentie of prevalentiecijfers, en monetaire kosten per ziekte. Dan is een kwantitatieve HIA niet mogelijk en dient men de HIA kwalitatief te benaderen door bijvoorbeeld gegevens uit de literatuur te hanteren of een indicator te gebruiken. Het uitvoeren van een HIA gaat verder dan een pure risico-analyse. In opdracht van het AZG werkt de partnerorganisatie Milieugezondheidszorg (VITO-PIH-VIGL) momenteel aan een methode om HIA's uit te werken voor die nieuwe pollutanten. Bv. voor PFAS bekijkt de partnerorganisatie in 2021-2022 of het uitvoeren van

een gezondheidsimpactstudie kan overwogen worden om de ernst van de effecten in rekening te brengen bij de keuze van een gezondheidkundige grenswaarde die aan de basis ligt van een bodemnorm. Hiervoor zal dus met OVAM en andere instanties samengewerkt worden. Ook voor andere new emerging pollutants zal samenwerking en afstemming nodig zijn.

BBT, p.73: De minister spreekt over de uitbreiding van de capaciteit van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, prioritair in de regio's die verhoudingsgewijs over de minste middelen beschikken. Kan de minister deze verdeling meegeven?

In 2020 werd de capaciteit van alle CGG versterkt (uitbreiding 4,8 miljoen euro). Tegen 2024 komt er nog eens 2,1 miljoen euro bij. De middelen zullen specifiek geïnvesteerd worden in die regio's in Vlaanderen die op vandaag over een minder groot aanbod beschikken. Dit betreft de regio's: Kempen, Mechelen, Vlaams-Brabant (west), Zuid Oost-Vlaanderen en Zuid West-Vlaanderen.

De exacte verdeling van de middelen over de CGG is nog niet bepaald.

BBT, p.73: De minister spreekt over de vernieuwing van het bestaande online hulpaanbod (alcoholhulp.be, depressiehulp.be, drughulp.be, cannabishulp.be, gokhulp.be). Kan de minister deze vernieuwing wat van nader toelichten en enkele concrete acties in deze benoemen?

De partners zijn momenteel bezig met de opmaak van een beleidsplan voor 2022, het is op dit moment nog niet mogelijk om details te geven over de prioritaire acties die daarin zullen weerhouden worden.

BBT, p.73: De minister spreekt over extra middelen waarmee hij bijkomend inzetten op een laagdrempelig aanbod voor wie psychisch kwetsbaar is of kampt met een verslavingsproblematiek en dit tot en met eind 2023. Over hoeveel middelen gaat het concreet op jaarbasis en hoe worden deze middelen verdeeld?

In het Vlaams Relanceplan is 3,5 miljoen euro voorzien voor de periode tot en met eind 2023 voor eenmalige initiatieven om mensen die reeds psychisch kwetsbaar waren, te ondersteunen. De concrete besteding van deze middelen wordt momenteel nog bepaald.

Algemeen gezondheidsbeleid

- OD 2.1: "We plannen hiervoor geen specifieke acties in 2022. We maken, zoals hiervoor al aangegeven, wel werk van de decretaal voorziene evaluatie van de Vlaamse Raad" –
 - o Er zijn binnen bv VSB ook nog aantal advies- en raadgevende comités die men kan bekijken, ook de raadgevende comités van bijvoorbeeld Zorg en Gezondheid, Opgroeien, VAPH, ... hoe verhouden deze zich ten opzichte van elkaar? Soms komen dezelfde mensen elkaar weer tegen.

Deze oefening moet nog gebeuren. De Vlaamse Raad geeft beleidsadvies, terwijl de raadgevende comités focussen op adviezen over de beleidsuitvoering. Door covid zijn hiervoor nog geen initiatieven genomen. We zullen de aangekondigde fusie naar het agentschap Zorg aangrijpen om het debat over de raadgevende comités te voeren.

- OD 2.3: "Een onderzoek naar persoonsvolgende financiering binnen de Vlaamse sociale bescherming (VSB) zal input opleveren voor het verder ontwikkelen van deze vorm van financiering in de ouderenzorg. Het onderzoek rond het gebruik van BelRAI in de sectoren Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en revalidatie bereidt de toepassing ervan voor en draagt bij tot de integratie van deze sectoren in de VSB." – timing van de onderzoeken? Bekendmaking resultaten?

De persoonsvolgende financiering kan in de Vlaamse sociale bescherming pas ingevoerd worden, nadat een aantal voorbereidende stappen gerealiseerd zijn:

- Implementatie van de betrokken BelRAI – instrumenten is gefinaliseerd;
- Indeling in zorgzwaartecategorieën is beschikbaar (Resource Utilization Groups in BelRAI)

- Indeling in zorggebonden kosten, organisatiegebonden kosten en woon/leefkosten is beschikbaar.

Zodra aan deze drie voorwaarden is voldaan, kan er gestart worden met pilootprojecten. De implementatiedata voor BelRAI zijn vastgelegd (juni 2023), het onderzoek naar zorgcategorieën is lopende in de residentiële ouderenzorg en zal in de gezinszorg in 2022 starten. In 2022 zal het Steunpunt WVG de studie mbt de indeling in zorgkosten, organisatiekosten en woonkosten verder uitwerken, met focus op de woonzorg. Het is dan de bedoeling dat voor het einde van deze legislatuur een aantal pilootprojecten geïnitieerd worden.

Het huidige onderzoek rond de ontwikkeling van een BelRAI GGZ core instrument en modules, voor het gebruik in de gespecialiseerde GGZ loopt tot en met 31.12.2021. Na goedkeuring van het onderzoeksrapport, zal het rapport ook worden vrijgegeven voor publicatie.

BelRai Reva :

De doelstelling van het huidig onderzoeksproject is het ontwikkelde instrument testen op bruikbaarheid en op validiteit bij een representatief staal van patiënten en van types Vlaamse (en federale) voorzieningen voor long term revalidatie in Vlaanderen.

De looptijd van dit project is voorzien op 1 jaar en startte op 1 oktober 2021. Bekendmaking van onderzoeksresultaten is op vandaag voorzien voor eind 2022.

Preventie (pg 52 – 64)

- OD 1.1: “..Samen met het departement Onderwijs implementeren we Gezond leven? Check het even!” – implementatie vanaf januari 2022, evaluatie nadat 1e volledig schooljaar met toepassing van methodiek is afgerond (najaar 2023)?
- OD 2.2: “Voor de setting onderwijs lanceren en verspreiden we een methodiek die mentaal welbevinden bevordert. We ondersteunen leerkrachten met tips, tricks en kant-en-klare materialen, met als doel een (klas)context te creëren waar leerlingen en onderwijzend personeel zich goed in hun vel voelen en zich optimaal kunnen ontplooiën. Ook zetten we in op de verspreiding van ‘blended werken met NokNok’. Deze actie is gelinkt aan JKP.” -
 - o Vraag of aanbodgestuurd? Aanbodgestuurd. ‘Geluk in de klas’ is online te vinden en het is een aanbod waar iedere school beroep op kan doen.
 - o <https://www.gezondleven.be/projecten/noknok> Op de website kunnen jongeren van alles bijleren, op eigen houtje. Is het realistisch dat 12-16 jarigen dit doen? De jongerenwebsite NokNok.be heeft de voorbije jaren nog nooit zoveel bezoekers gehad en is afgestemd op de leefwereld van jongeren met o.a. laagdrempelige testjes, communicatie via influencers en gamification elementen. In het voorjaar van 2021 werd tevens een behoeftebevraging bij jongeren gedaan over Nok Nok. Het evaluatierapport met conclusies en aanbevelingen voor de toekomst werd opgenomen in het jaarplan (najaar 2021 en 2022) van het Vlaams Instituut Gezond Leven, de partnerorganisatie Geestelijke Gezondheidsbevordering. Voor professionals die werken met (kwetsbare) jongeren van 12 tot 16 jaar ontwikkelen we ook ‘blended werken met NokNok’. (Zorg)professionals worden opgeleid om mensen te coachen aan de hand van NokNok (en bijhorende onderbouwde online tools). In een blended begeleiding worden begeleidingsgesprekken gecombineerd met opdrachten en oefeningen van noknok.be waarmee de cliënt zelfstandig online aan de slag kan. Hiermee wordt de zelfredzaamheid van mensen gestimuleerd in combinatie met een extra duwtje in de rug en opvolging waar nodig.

- OD 4.1: “In Hoboken blijven we de halfjaarlijkse lood-in-bloedmetingen bij kinderen opvolgen en zetten we de hieraan gekoppelde zorgondersteuning verder. We organiseren er een HotSpot humane biomonitoringscampagne met een focus op lood en arseen. In Zwijndrecht ondersteunen we zo’n campagne met de focus op PFAS” – gebeurt via een gelijkaardige campagne?

De halfjaarlijkse Lood-in-bloedmetingen is een opvolgonderzoek dat al vele jaren loopt, en dus nog verder gezet zal worden. Daarnaast zetten we in op een éénmalige campagne in diezelfde omgeving rond Hoboken om de blootstellingsroutes, de belasting in de mens, en eventuele gezondheidseffecten goed in kaart te brengen voor lood enerzijds, maar vooral voor arseen. Lood werd tot heden vooral als gidsstof gebruikt voor blootstelling en belasting aan andere metalen in deze omgeving; sinds kort kunnen we dit nu ook apart uitwerken voor arseen. In Zwijndrecht wordt een vergelijkbare campagne opgezet voor PFAS. In sé zijn dit allemaal Humane Biomonitoringsonderzoeken (HBM): meten in de mens. De halfjaarlijkse campagne in Hoboken en bv. de PFAS-analyses in de 5km rond 3M zijn bevolkingsonderzoeken waar men de techniek van HBM voor gebruikt. De fase-2 HBM-campagne in Zwijndrecht en omgeving, en de éénmalig campagne op Lood en Arseen in Hoboken zijn medisch milieukundig wetenschappelijke onderzoeksprojecten waar men een zeer uitgebreide set aan omgevingsmetingen zal koppelen aan merkers van blootstelling en belasting gemeten in de mens, en zo mogelijk verder met gezondheidsimpact. Deze laatste integrale campagnes hebben vooral tot doel het toxicokinetisch model aan te passen, en zo inzicht te verwerven in het belang van bronnen tot de belasting en gezondheidsimpact – dus om bron-effect-modellen te verfijnen. Die eerste campagnes geven een beeld van de integrale blootstelling zonder gedetailleerde milieukoppelingen.

-
- **Beleidsveld gezondheids- en woonzorg**
- Pagina 46 en 67: “We volgen de adviezen van de Vlaamse Planningscommissie ‘medisch aanbod’ op. Rekening houdend met het aantal artsen en tandartsen per specialisme die binnen het federale quotum vallen, kunnen we de vraag en het aanbod in Vlaanderen beter op elkaar afstemmen.” Voor het dossier over **het tekort aan huisartsen** in veel Vlaamse gemeenten keek de minister ook naar het advies van de Vlaamse Planningscommissie (VOU nr. 17 van 12 oktober 2021, via <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/commissies/commissievergaderingen/1558970/verslag/1561992>). **Welke scenario’s of adviezen** heeft de Vlaamse Planningscommissie hier ter zake uitgewerkt? Kan de minister hier **duiding** geven?
- Pagina 49: **versterking zorgraden**. Is dit een **eenmalige compensatie** voor deze versterking of **structureel** extra middelen?
Het zijn structurele middelen
- Pagina 50: **opbrengsten middelen Nationale Loterij**, over hoeveel gaat het hier?

Het gaat jaarlijks over 145K. Dit budget gaat integraal naar Gezondheid en Wetenschap voor het geven van evidence based gezondheidsvoorlichting.

- Pagina 52 en 53: “We voeren een preventief beleid volgens Health in All Policies met het oog op gezondheidswinst op bevolkingsniveau en met aandacht voor kwetsbare doelgroepen. Conform het strategisch plan ‘De Vlaming leeft gezonder in 2025’ zetten we nog meer in op settinggericht werken.” De tussentijdse evaluatie zou voor het voorjaar van 2022 zijn. Op

welke manier kunnen er nog nieuwe doelstellingen worden in opgenomen? Of zal het 'te nemen of te laten' zijn eens de tussentijdse evaluatie er is?

De gezondheidsdoelstelling wordt tussentijds geëvalueerd en op basis daarvan herzien. Daarnaast wordt ze uitgebreid met drie beleidsthema's: mondzorg, valpreventie en geestelijke gezondheidsbevordering. De tussentijdse evaluatie wordt midden 2022 verwacht.

- Pagina 53: "We stemmen het Gezondheidskompas af op de digitale gezondheidsgids van Domus Medica. We onderzoeken of we het project 'groepssessies gezonde voeding voor personen met verhoogd diabetesrisico' regelgevend kunnen verankeren." In dit verband en zeker te vermelden waard is het pilootproject binnen Halt2diabetes dat vrouwen uitnodigt die zich binnen Zoet Zwanger registreerden, voor een leefstijlbegeleidingstraject op het vlak van gezonde voeding in groep, opgevolgd door een diëtist (SV nr. 818 van 28 juli 2021, via <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1750880>). De Vlaamse overheid onderzoekt of er een blijvende gedragsverandering is en/of er voldoende interesse is om op continue basis het programma aan te bieden. Hebben we hier al de eerste resultaten binnen?

Uit een enquête waarin de Zoet Zwanger vrouwen bevroegd werden, blijkt dat maar liefst 4/5 aangeeft nood te hebben aan extra begeleiding op vlak van leefstijl en dat 63,4% aangeeft geïnteresseerd te zijn in de groepssessies Gezonde Voeding op Verwijzing zoals deze momenteel binnen HALT2Diabetes worden aangeboden. Resultaten na deelname aan de groepssessies zijn momenteel nog niet beschikbaar.

- Pagina 54: "We ontwikkelen een preventiebarometer die toelaat zicht te krijgen op de kennis, attitude en motivatie rond de verschillende preventiethema's bij de bevolking en starten met een eerste steekproef." Deze preventiebarometer is reeds pre-corona aangekondigd en kan nu pas worden ontwikkeld. Op welke manier gaan we de meest kwetsbaren mee betrekken in de steekproef?

De meest kwetsbare personen bereiken met een bevolkingsurvey is bijzonder moeilijk. Na advies van een aantal experts hebben we besloten om naast de survey ook te werken met focusgroepen in wijkgezondheidscentra. We werken daarvoor samen met Vereniging voor Wijkgezondheidscentra (VWGC). Een belangrijk aandachtspunt binnen die gesprekken zal uiteraard zijn welke mogelijkheden er zijn om de drempels voor kwetsbare groepen zo laag mogelijk te houden. Deze focusgroepen worden ook georganiseerd door Sciensano en zijn inbegrepen in het budget.

- Pagina 55: "We blijven extra aandacht hebben voor het sensibiliseren van nooit-deelnemers en ontrouwe deelnemers aan de verschillende bevolkingsonderzoeken naar kanker. In 2022 zullen we tijdens de piekmomenten van deze bevolkingsonderzoeken opnieuw campagne voeren waarbij het concept 'BLABLABLA' wordt toegepast. We publiceren de jaarfiche met de belangrijkste resultaten van de bevolkingsonderzoeken naar kanker eind 2022." Is er al onderzocht op welke manier de nooit-deelnemers aan bevolkingsonderzoeken naar kanker - los van sensibilisering- beter kunnen worden bereikt? Weten we wat bij hen al dan niet werkt? Welke methodieken kunnen we op deze doelgroep loslaten?
- Het klopt dat we nog steeds zoekende zijn hoe we de nooit-deelnemers beter kunnen bereiken. Uit eigen onderzoek blijkt dat het inhoudelijke aanpassen van de uitnodigingsbrief en folder geen significant effect heeft op de totale responsgraad.

- We moeten daarom verder inzetten op nieuwe kanalen om deze nooit-deelnemers te bereiken. De vaccinatiecampagne toont aan dat dialoog en het gesprek aangaan werkt. We moeten de nooit-deelnemers actiever gaan benaderen.”
 - Innoverende methodieken zijn noodzakelijk om ondergescreende personen te bereiken. De methodiek ‘community project’ wil drempels tot deelname verlagen door lokale besturen te ondersteunen in hun aanpak. Het project is een samenwerkingsverband van het CvKO, het Vlaams Instituut Gezond Leven en de Logo’s. Doelstelling is een degelijke houvast bieden op maat van het lokale bestuur, om in te spelen op concrete vragen en situaties, en zo in dialoog te kunnen treden met deze personen.
-
- Pagina 56: “In 2022 bereiden we een **geactualiseerde vaccinatie-gezondheidsdoelstelling** voor die we in het voorjaar van 2023 uitvoering willen geven”. Er komt ook een nieuwe vaccinatiegraadstudie uit. Worden de bevindingen van deze studie ook mee genomen in die geactualiseerde vaccinatie-gezondheidsdoelstelling? Ja, er zal rekening gehouden worden met de bevindingen die uit de vaccinatiegraadstudie komen. Hoe gaan we **kwetsbare zwangere vrouwen** meer **overtuigen** van het **belang van vaccinaties**, ook het COVID-19-vaccin (https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20211101_97534834)?
 - Het spreekt voor zich dat de bevindingen van de vaccinatiegraadstudie zullen meegenomen worden in de voorbereiding van de vernieuwde gezondheidsdoelstelling.
 - Ook het belang van vaccinatie tijdens de zwangerschap komt hierbij aan bod.
 - We kunnen al meegeven dat de prenatale consultatiebureau's veel aandacht hebben voor vaccinatie tijd. Zij bieden aan deze zeer kwetsbare zwangeren zowel het dTpa vaccin aan als het griepvaccin (in het griepseizoen).
-
- Pagina 57: “In samenwerking met Sciensano komt er een **actieplan seksueel overdraagbare aandoeningen** om het hoofd te bieden aan de al een decenniumlange toename van gonorrhoe en syfilis, en om het risico op uitbraken en verspreiding van potentieel multiresistente Neisseria gonorrhoeae te reduceren.” In het verlengde van dit vroeg ik aan minister Beke hoe ver men staat met de **ontwikkeling van een screeningsrichtlijn voor huisartsen** voor HIV/HSV/HCV (SV nr. 468 van 8 maart 2021 via, <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1683093>). Door de COVID-19-crisis was er geen ruimte voor het agentschap Zorg en Gezondheid om zich daarmee bezig te houden. Men denkt of men schat in dat er volgend jaar verdere stappen kunnen gezet worden. Acht de minister dit haalbaar? Wordt er nog **overlegd** met bv. **Domus Medica** hierover? En **wanneer** zal de **invoering** van deze richtlijn voor de huisartsen ingaan?

Zoals vermeld in de SV nr. 468, is de stand van zaken nog dezelfde. Het voorbereidend werk voor de ontwikkeling van een screeningsrichtlijn voor huisartsen voor HIV/HSV/HCV moet nog gestart worden. Een datum voor invoering is dan ook onmogelijk te geven. Het agentschap is zoals geweten nog steeds non stop bezig met COVID19.

Er kan wel verwezen worden naar de recente (2019) realisatie van het Kenniscentrum ([Aanpak van seksueel overdraagbare infecties door de eerste lijn: ontwikkeling van een interactieve consultatietool - KCE \(fgov.be\)](#)) Het is een online tool voor het opsporen, behandelen en opvolgen van chlamydia, gonorrhoe, syfilis, HIV en hepatitis A, B en C. De tool werd samen met mensen van het terrein

ontwikkeld en is bedoeld voor zorg- en hulpverleners van de eerste lijn (vooral huisartsen), om te gebruiken tijdens de consultatie. Hij kan gratis worden geraadpleegd.

Met betrekking tot het in ontwikkeling zijnde nationaal HIV-plan, kan ik meegeven dat het monitoringcomité inderdaad een ontwerp van HIV-plan 2020-2026 heeft gepresenteerd in de interkabinettenwerkgroep preventie met de bedoeling een gedragenheid binnen de verschillende overheden te bekomen, net als bij het vorige HIV-plan (2014-2019). Op vraag van de Vlaamse overheid is dat nieuwe HIV-plan opgemaakt met inbegrip van SOA. Op die manier is er explicieter aandacht voor HIV in combinatie met andere SOA en vice versa, die uitbreiding is een mooie verwezenlijking. Op die manier is er echter nog geen sprake van een algemeen nationaal SOA-plan, maar het is toch al iets. Om te komen tot een nationaal SOA-plan is er zowel in het ontwerp van beheersovereenkomst met Sensoa, als in het ontwerp van overeenkomst met Sciensano een opening gecreëerd om daaraan in de toekomst mee te werken, elk vanuit de eigen mogelijkheden. Vanuit Sensoa zou dan expertise verwacht worden in het samenbrengen van informatie over de psychosociale aspecten van optreden, verspreiden en behandelen van SOI, vanuit Sciensano worden dan de epidemiologische data verwacht, eventueel een extra surveillance, opdat het een SOA-plan is dat gebaseerd is op de meest recente epidemiologische gegevens.

Wat betreft de samenwerking in dit alles met Domus Medica, die blijft belangrijk. In het licht van een meer gedragen beleid in kader van preventie van hiv en soa, wordt voor de toekomst meer gekeken naar VIVEL, omdat op die manier meer en andere belangrijke zorgverleners in de eerstelijns kunnen bereikt worden.

- Pagina 59: “In 2021 zijn verschillende lokale besturen gestart met de **lokale gezondheidsenquête**. Het project wordt in **2021** nog **geëvalueerd** en afhankelijk van deze evaluatie verdergezet in 2022.” Wat bracht deze evaluatie op? **Welke conclusies** kunnen we hieruit trekken?

In 2021 werd er in 7 lokale besturen een lokale gezondheidsenquête afgenomen. Momenteel is er nog geen bevestiging dat de subsidies verder lopen in 2022. Indien de subsidies verder worden gezet, hebben al 6 gemeenten laten weten interesse te hebben.

- Pagina 62: afgelopen overeenkomst Integratie en Inburgering: waarover ging deze overeenkomst? Welke opdrachten zaten erin vervat?
 - o Preventiebeleid uitdragen naar inburgeraars
 - o Vergroten dekkinggraad screening voor tuberculose
 - o In het inburgeringstraject aandacht hebben voor de preventiethema's
 - o Sociaal tolken kenbaar maken bij partnerorganisaties
 - o Toetsen van preventiemethodieken mbt geschiktheid voor inburgeraars
 - o Ontsluiten informatie
- Pagina 62: **integratie preventieopdrachten in BHO VIVEL?** **Welke** opdrachten? En **wie** voerde ze daarvoor uit?

Het gaat grosso modo om de opdrachten die Domus Medica voordien opnam binnen haar beheersovereenkomst met de Vlaamse overheid (die eind 2021 afloopt).

Opdrachten (beknopt):

- Vertegenwoordiging Eerstelijns m.b.t. preventiedossiers
 - Opleidingen, handleidingen en vorming voorzien voor eerstelijnsgezondheidszorgwerkers
 - Aanbod partnerorganisaties Preventie voor Eerstelijns stroomlijnen
 - Ondersteunen Zorgraden bij opnemen taken rond preventieve gezondheidszorg
 - Evaluatie van preventiemethodieken in de eerstelijns
- Pagina 62: **HPV**: louter **bijstelling** door **kostprijs** vaccins?

[Zie boven: inderdaad een verwachte stevige toename in de kostprijs wordt op basis van de prijs in andere landen.](#)

- [Pagina 64:](#) “We gaan met de softwarehuizen na welke mogelijkheden er zijn om te komen tot een meer **betrouwbare en frequente datacollectie van de indicatoren**. We zetten verder in op de uitbouw van gegevensdeling en verhogen de transparantie van de kwaliteitsmetingen. We maken die zoveel als mogelijk online consulteerbaar op **één centraal platform** zodat de Vlaming de kwaliteit van de zorg zelf kan opvolgen. We streven naar een operationalisering hiervan in de zomer van 2022.” Is dit een **nieuw platform**? Of zal de website www.zorgkwaliteit.be worden verdiept en bekender worden gemaakt? Indien niet, hoe zullen beiden zich verhouden tegenover elkaar?
- [Pagina 70:](#) **financiering VPP**: voor welke **extra zaken**?
- [De operationele doelstellingen rond geestelijke gezondheid gaan tot 2020 uit van de 1 VTE.](#) Er wordt voorgesteld om vanaf 2021 80.000 euro voor de algemene stem geestelijke gezondheid, die vervat zit in een apart project geestelijke gezondheid, toe te voegen aan de opdrachten en middelen voor de jaarlijkse subsidie van het VPP.
- [Besluit Vlaamse Regering voor het project: “Geestelijke Gezondheid, Participatie, Ervaringsdeskundigheid: Projectsubsidieaanvraag 2021-2022” van het Vlaams Patiëntenplatform .Deze projectsubsidie is aanvullend aan de basissubsidie die het VPP ontvangt van de Vlaamse overheid.](#)
[De projectsubsidie en de basissubsidie zijn vanaf het jaar 2021 aangepast met als doel een duidelijkere afbakening te verkrijgen tussen beide dossiers. Zo is “de stem van de patiënt binnen geestelijke gezondheid en verslaving” \(1,25 VTE\) niet meer opgenomen in de projectsubsidie maar in de basissubsidie.](#)
- [Pagina 70- 71:](#) **gemiddelde kost** van een **dossier renteloze lening** voor **huisartsen**?
- [Een startende erkende huisarts komt in aanmerking voor de renteloze lening van maximum 35.000 euro voor het uitbouwen van de praktijk.](#)
- [Pagina 72:](#) “We blijven werk maken van **kwaliteitseisen voor ziekenhuizen**. In samenspraak met de Zorginspectie en de sector werken we aan een nieuw toezichtmodel voor ziekenhuizen die niet langer geaccrediteerd worden door de internationale accreditatieinstanties.” In mijn schriftelijke vraag (nr. 861 van 7 september 2021) stelt minister Beke dat Vlaamse ziekenhuizen verschillende wegen bewandelen in de concretisering van hun kwaliteitsbeleid, via nieuwe dynamieken en initiatieven. Daarnaast vindt de minister dat er ook moet gekeken worden naar andere instrumenten die de kwaliteit in de ziekenhuizen nog kunnen verbeteren: behandeling van klachten, melding van incidenten, stellen van kwaliteitsdoelen, transparantie inzake het gevoerde kwaliteitsbeleid, het systematisch in ogenschouw nemen van de patiëntervaringen,... Hoe ontwikkelen we samen een **gedragen toezichtmodel** (externe kwaliteitsbewaking) voor ziekenhuizen, rekening houdend met de **verschillende accrediteringssystemen**? Is dit **werkbaar** in de **praktijk** en voor de Zorginspectie?

[Door middel van een gesprekstafel rond kwaliteit van zorg zullen we met alle betrokkenen in overleg gaan rond kwaliteitsverwachtingen om vervolgens alle \(huidige en toekomstige\) instrumenten op die doelen te kunnen enten.](#)

[Als overheid zien we volgende principes alvast als fundamenteel voor een toezichtmodel anno 2021: transparantie en focus op outcome \(met name de resultaten van de zorg voor de eindgebruikers\). Ook een externe toetsing zal altijd noodzakelijk zijn \(een intern kwaliteitsmodel kan nooit vervangend zijn hiervoor\).](#)

De kwaliteitstafel biedt trouwens ook de mogelijkheid tot een permanente dialoog, zodat lopende initiatieven zo goed mogelijk op elkaar kunnen worden afgestemd en ook gericht kan worden ingespeeld op nieuwe ontwikkelingen die zich zeker nog zullen voordoen in de ziekenhuissector.

- Pagina 72: “Naar analogie met wat voor de Woonzorgcentra is ontwikkeld, starten we de dialoog om voor de algemene ziekenhuizen een aangepast referentiekader kwaliteit van zorg inzake vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg te ontwikkelen.” In een schriftelijke vraag nr. 859 van 7 september 2021 lezen we dat minister Beke de aanbevelingen wil afwachten vanuit het Vlaams **actieplan rond vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg** alvorens het referentiekader voor de algemene ziekenhuizen te ontwikkelen. Welke concrete **timing** wordt hier vastgelegd?

Op dit ogenblik is de concrete timing nog niet vastgelegd. Bij de ontwikkeling van dit referentiekader zal er – indien dit niet parallel kan verlopen – rekening gehouden worden met de aanbevelingen vanuit het Vlaams actieplan.

- Pagina 75: generieke besparing OPZ, gelijkmatig over Rekem en Geel?
De besparing loop inderdaad ongeveer gelijkmatig.
- P47: een onderzoek naar persoonsvolgende financiering binnen de Vlaamse sociale bescherming zal in 2022 input leveren voor het verder ontwikkelen van deze manier van financiering in de ouderenzorg. Wanneer zal dit onderzoek concreet afgerond zijn en zullen de resultaten beschikbaar zijn?

Cfr. eerdere antwoorden.

- P55: er wordt gericht op de **duurzame implementatie van preventieve methodieken rond geestelijke gezondheid**. **Hoe** zullen deze **geïmplementeerd** worden? **Wie** is hier het beoogde doelpubliek?
 - o Vanuit het preventieve gezondheidsbeleid hanteren we het principe van proportioneel universalisme. Proportioneel universalisme betekent dat we rond verschillende thema's en doelgroepen werken met methodieken die een impact kunnen hebben op een groot deel van de bevolking (universeel werken), maar dat we tegelijk, binnen die brede aanpak op een specifieke manier aandacht geven aan die groepen die te maken hebben met drempels (proportioneel investeren).
 - o Een duurzame implementatie is bij ieder project binnen het preventief gezondheidsbeleid een belangrijke criteria. In de leidraad voor de ontwikkeling en beoordeling van preventiemethodieken die organisaties hanteren staat dit ook zo beschreven. Binnen iedere methodiek bekijken de organisaties met de desbetreffende belanghebbende (intermediairs en doelgroep) wat de beste implementatiestrategie is.
 - o Om de gezondheidsdoelstelling in het strategisch plan 'de Vlaming leeft gezonder' te bereiken hanteren we voor de implementatie van de preventiestrategieën een settinggerichte aanpak. Settings zijn omgevingen of plaatsen waar mensen wonen, werken, spelen, leren, ... kortom 'leven'. Denk bijvoorbeeld aan een school, werkplek, gemeente, of zorg- of welzijnsinstelling. Settinggericht werken draagt bij tot de succesvolle implementatie van preventieve methodieken en acties. Deze

settinggerichte aanpak ondersteunen we ook door de nieuwe partnerorganisatie: Ondersteuning Settinggericht Werken (PO OSW). Daar zit onder andere de PO Geestelijke Gezondheidsbevordering (PO GGB) in om diens methodieken beter te implementeren.

- Er zijn tal van methodieken die inzetten op de preventieve geestelijke gezondheid waarbij we diverse doelgroepen trachten te bereiken zoals bijvoorbeeld het model de geluksdriehoek (Doelgroep: algemene bevolking vanaf 3 jaar; Implementatie: burger, zorg, onderwijs) en Nok Nok (Doelgroep: jongeren van 12 tot 16 jaar; Implementatie: Burger, zorg, onderwijs). In de nieuwe BHO met de PO GGB staan ook andere doelgroepen in het beleidsplan zoals LGBTQ en mensen die werkzaam zijn in de zorg of zich inzetten als mantelzorger). Deze keuze komt uiteraard voort vanuit een concrete probleemstelling binnen de doelgroep.
- Ook in het voorstel voor het derde Vlaams actieplan suïcidepreventie 2022-2030 dat de komende maanden geconcretiseerd wordt, zijn settinggericht werken en kwetsbare doelgroepen een belangrijke focus.

P64: er wordt in de WZC een bewonersbevraging georganiseerd over de kwaliteit van leven. Wie zal deze bewonersbevraging afnemen? Zullen alle WZC in 2022 bevestigd worden? Wanneer zullen de resultaten beschikbaar zijn? Hoe zal men hier conclusies uit trekken?

Zie antwoord op gelijkaardige vraag van fractie Groen

- P73: er worden verdere stappen gezet in de integratie van de CGG en CAR. Wat is hier de stand van zaken in? Welke stappen zullen in 2022 gezet worden?
Tijdsplan integratie CGG-CAR: voor de zomer 2021 werd een oproep gelanceerd voor projecten samenwerking tussen CAR en CGG. Met deze projectoproep wil de Vlaamse overheid een effectieve samenwerking realiseren tussen CAR en CGG voor zorgvragen van minderjarigen en hun context die de expertise en het aanbod van elke organisatie afzonderlijk overstijgt en leidt tot zorgactiviteiten of -trajecten met gedeelde verantwoordelijkheid waardoor de kwaliteit van zorg en/of begeleiding stijgt voor deze minderjarigen en hun context. Door de samenwerking tussen CAR en CGG te faciliteren wil de Vlaamse overheid zodoende geïntegreerde zorg voor de zorggebruikers en hun context realiseren. De projecten lopen van 1/11/2021 tot 31/12/2022.
Zorg en Gezondheid zal daarnaast een projectmanager aanstellen om het traject tot integratie te begeleiden. Daarmee starten we in 2022 en er zal gewerkt worden op verschillende domeinen waaronder regelgeving, financiering, doelgroepen, ea.
- P77: uitbreiding capaciteit GGZ-revalidatie? Hoeveel voor dit budget? Kostprijs per eenheid indien dit kan worden weergegeven?
 - Uitbreiding revalidatievoorzieningen verslaving: 1.020.000 euro
 - Uitbreiding Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR): 1.700.000 euro
 - Uitbreiding De Appelboom: 180.000 euro
- P77: werkingskost zorgkassen louter te zien ikv de inkanteling (ICT) van revalidatieziekenhuizen in VSB of iets anders? Louter inkanteling, weliswaar met een globale besparing van 1,2 mio, gespreid over de verschillende pijlers VSB.