



Vlaams
Parlement

vergadering **C32 – WEL3**

zittingsjaar 2011-2012

Handelingen

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en
Armoedebeleid

van 18 oktober 2011

INHOUD

Vraag om uitleg van mevrouw Mia De Vits tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de wanpraktijken die er zijn bij de aanwerving van buitenlands zorgpersoneel in Vlaanderen - 90 (2011-2012)	
Vraag om uitleg van mevrouw Griet Coppé tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de situatie van buitenlandse verpleegkundigen in de Vlaamse zorgsector - 161 (2011-2012)	3
Vraag om uitleg van de heer Mark Demesmaecker tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het taalgebruik in zorginstellingen in de Vlaamse Rand - 2858 (2010-2011)	8
Vraag om uitleg van de heer Peter Gysbrechts tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de beperkte middelen voor preventie tegen misbruik van alcohol, drugs en tabak - 78 (2011-2012)	10
Vraag om uitleg van de heer Paul Delva tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de nieuwe oproep voor buitenschoolse opvang in Antwerpen en Gent in het kader van het Generatiepact - 152 (2011-2012)	13
Vraag om uitleg van de heer Paul Delva tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over duurdere kankerbehandeling in Brussel - 187 (2011-2012)	15
Vraag om uitleg van mevrouw Katrien Schryvers tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het beleid ter ondersteuning van ouderen om te verhuizen naar kleinere en/of aangepaste woonentiteiten - 180 (2011-2012)	18
Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de werking van de regionale prioriteitencommissies - 192 (2011-2012)	21
Vraag om uitleg van mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over beeldvorming in de geestelijke gezondheidszorg - 193 (2011-2012)	25
Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de uitbreiding van het aantal uren gezinszorg voor openbare diensten - 214 (2011-2012)	28

■

Voorzitter: de heer Tom Dehaene

Vraag om uitleg van mevrouw Mia De Vits tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de wanpraktijken die er zijn bij de aanwerving van buitenlandse zorgpersoneel in Vlaanderen - 90 (2011-2012)

Vraag om uitleg van mevrouw Griet Coppé tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de situatie van buitenlandse verpleegkundigen in de Vlaamse zorgsector - 161 (2011-2012)

De voorzitter: Mevrouw De Vits heeft het woord.

Mevrouw Mia De Vits: Mijn vraag gaat over het onderzoek dat is uitgevoerd door de Artesis Hogeschool in Antwerpen en waaruit blijkt dat er wantoestanden zijn bij het aanwerven van buitenlandse verpleegkundigen.

Een eerste probleem lijkt de taalverwerving te zijn. De rekruteringsbureaus wensen hier absoluut niet in te investeren en bieden aan de buitenlandse verpleegkundigen taallessen via Skype aan. Een directielid van een zorginstelling gaf volmondig toe dat er geen begeleiding is van deze rekruteringsbureaus en dat verpleegkundigen worden gedropt in een niet-bemeubeld appartement. Zodra de verpleegkundigen aan de slag zijn, trekken de rekruteringsbureaus zich terug en laten alles over aan de werkgever en de verpleegkundige.

Een van de markante vaststellingen in het onderzoek was dat, op één na, geen enkel rekruteringsbureau wou meewerken. Op zich is dit al veelzeggend.

Wanneer we kijken naar de arbeidsvoorwaarden, zien we dat de verpleegkundigen in veel gevallen tegen het laagste barema werken, ook al hebben ze een zekere anciënniteit in hun land van herkomst. Bovendien zouden de rekruteringsbureaus er een aantal onwettelijke praktijken op na houden zoals het vragen van een waarborg aan de kandidaat-verpleegkundige.

Het lijkt me dan ook dat er moet worden ingegrepen. Steeds meer verzorgingsinstellingen moeten vanwege de tekorten op de Vlaamse arbeidsmarkt een beroep doen op bijkomend personeel over de landsgrenzen heen. Dat blijkt ook uit het antwoord dat minister Muyters gaf op een schriftelijke vraag van mevrouw Coppé.

Ik ben absoluut niet tegen het tewerkstellen van buitenlandse arbeidskrachten, maar dan moet dat wel gebeuren zoals de Dienstenrichtlijn het voorschrijft, namelijk met evenwaardige arbeidsvoorwaarden voor evenwaardig werk. Deze rekruteringsbureaus doen dat via detachering. Op die manier omzeilen ze de loon- en arbeidsvoorwaarden.

Minister, in het actieplan ‘Werk maken van werk in de zorgsector’ stelt u duidelijk dat het aanwerven van buitenlandse zorgverstrekkers geen prioriteit is, maar het gebeurt wel. Er zijn ook tekorten op de Vlaamse arbeidsmarkt. In veel gevallen kan men dus niet anders. U belooft daarom de opgedane ervaring van enkele instellingen met buitenlandse werkkrachten te evalueren. Hoe ver staat het met deze evaluatie? Ik heb ook vernomen dat in het kader van Vlaanderen in Actie (ViA) een aantal afspraken met betrekking tot deze problematiek zijn gemaakt. De Vlaamse Regering en de sociale partners zouden zich in het kader van de arbeidsmigratie in de zorg- en welzijnsector engageren om een voorwaardenkader op te stellen. In welke timing wordt hiervoor voorzien? Welke bijkomende stappen zult u, gezien de problemen die er zich stellen bij het aantrekken van zorgpersoneel uit het buitenland, ondernemen om deze problematiek aan te pakken?

De voorzitter: Mevrouw Coppé heeft het woord.

Mevrouw Griet Coppé: Ik verwijs ook naar het genoemde onderzoek van Ria Van Aert, waarin de situatie van Roemeense verpleegkundigen die in de Vlaamse zorgsector worden tewerkgesteld, wordt bestudeerd. Er zijn enkele positieve kanten aan, namelijk de hoge

levenskwaliteit, en negen op de tien ondervraagden vinden de relatie met hun Belgische collega's en de werkgevers goed. Anderzijds zijn er ook enkele pijnpunten. Ze zouden te veel aan hun lot worden overgelaten en de problematiek van de taalkennis zou een barrière zijn bij het uitoefenen van hun beroep.

Ik verwijs ook naar het reeds genoemde actieplan 'Werk maken van werk in de zorgsector', waarin de Vlaamse Regering wil inzetten op voldoende instroom, doorstroom en retentiebeleid en waarbij het aantrekken van buitenlandse zorgverstrekkers geen prioriteit is. Het actieplan vermeldt eveneens dat om goed voorbereid te zijn, het aangewezen lijkt zowel de positieve ervaringen als de knelpunten van de betreffende instellingen in kaart te brengen.

Minister, u liet een gelijkaardig onderzoek uitvoeren. Wat zijn de resultaten van dit onderzoek? Zijn er knelpunten? Welke positieve ervaringen komen naar voren? Geeft dit onderzoek een zicht op het aantal buitenlandse verpleegkundigen dat in Vlaanderen ingezet wordt? Welke conclusies worden uit dit onderzoek getrokken? Zult u met de nieuwe kennis uit beide onderzoeken de Vlaamse visie betreffende het aantrekken van buitenlandse verpleegkundigen bijsturen?

Welke rol kan de Vlaamse overheid spelen om het aantrekken van buitenlandse beroepskrachten in de toekomst vlot te laten verlopen, op voorwaarde dat we hun voor gelijk werk gelijk loon kunnen aanbieden? Het begeleiden van deze buitenlandse beroepskrachten moet met de nodige steun gebeuren.

De kennis van de taal is essentieel voor de kwaliteit van de zorg. Hoe wilt u toezien op een betere taalopleiding voor deze buitenlandse verpleegkundigen?

Zult u de bevoegde rekruteringsbureaus aanspreken op hun verantwoordelijkheid om buitenlandse werknemers te begeleiden in hun zoektocht naar een geschikte woonst, wetende dat er een grote krapte is op de private woonmarkt?

Hoe denkt u over het idee om autochtone peters en meters op de werkvloer in te schakelen voor de begeleiding van buitenlandse verpleegkundigen? Het aantal personen dat in de zorgsector werkt, is krap. Men ziet het ook aan alle werkadvertenties die verschijnen. Het is dan ook heel belangrijk dat, als deze mensen worden aangetrokken, dit kan gebeuren met de nodige maatregelen zoals dat eigenlijk zou moeten.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, minister, collega's, ik wens me graag aan te sluiten bij de gestelde vraag maar zou willen vragen om deze problematiek breder open te trekken.

De resultaten van de studie van de Artesis Hogeschool Antwerpen zijn bekend. Een paar weken geleden hebben we in de commissie Economie een zeer interessante gedachte-wisseling gehad over een gelijkaardige problematiek – wantoestanden met betrekking tot de tewerkstelling van buitenlandse arbeidskrachten in de zorgsector – naar aanleiding van een vraag van mevrouw De Vits. Een beetje tot mijn verwondering gaf minister Muyters een antwoord dat uiteraard volledig in overleg met u is opgesteld.

Minister, er is al verwezen naar uw actieplan 'Werk maken van werk in de zorgsector'. Ik zou u willen vragen om een en ander eens heel duidelijk in kaart te brengen – dat hoeft niet vandaag – zodat we hier met kennis van zaken over deze materie van gedachten kunnen wisselen. Het is een zeer uitgebreide problematiek. Er is enerzijds het probleem van de grote tekorten aan personeel in de zorgsector. Anderzijds zijn er ook de specifieke noden van de sector. Ik verwijs naar een specifieke nood: de talenkennis.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borght: Voorzitter, minister, collega's, ik sluit me ook graag aan bij de vraagstellers, maar zou het ook wel iets ruimer willen bekijken.

Ik trek zeker de studie niet in twijfel, maar we moeten ze toch wel nuanceren. Er zijn uiteraard positieve verhalen in de studie, net zoals er ook negatieve verhalen zijn. We kunnen volgens mij niet om het gegeven heen dat we vandaag met een groot probleem in de sector worden geconfronteerd. Iedereen weet dat. Daardoor moeten we ons ook wenden tot die groep die we niet ten koste van alles hier aan het werk zetten – want dat kan uiteraard niet de bedoeling zijn. Maar ik denk dat we niet anders kunnen als we onze ouders en grootouders de nodige zorg willen geven en ze niet willen laten verkommeren, hetzij thuis, hetzij in een woonzorgcentrum. Zolang we op de eigen arbeidsmarkt niet over voldoende arbeidskrachten beschikken, kunnen we niet anders dan ons te wenden tot een beperkt aantal buitenlandse verzorgenden die we dan op een goede manier moeten begeleiden. Ik weet dat er instellingen zijn die er echt werk van maken en die een soort coach hebben aangesteld die ervoor zorgt dat die mensen degelijk worden ondersteund.

Ik wil het nog even hebben over hun betaling volgens het laagste barema. Ik denk dat we duidelijk moeten zijn en zorgen dat er geen cowboyverhalen worden verspreid. Het is niet zo dat ze worden onderbetaald. Dat kan niet, want het minimumloon ligt vast bij wet. Ik kan wel begrijpen dat men mensen die nog geen 100 procent rendement kunnen geven en voor wie andere collega's nog moeten inspringen, een soort 'stage' laat doen voor een beperkte periode, waarna een evaluatie volgt. Als die gunstig is, kan men het loon verhogen. Deze discussie is ook al meerdere malen binnen de OCMW's gevoerd over het loon van mensen die werken in artikel 60. Moet je hun hetzelfde loon geven als mensen die op de werkvloer staan en waarvan terecht meer wordt verwacht dan van anderen die het door omstandigheden nog niet kunnen?

Minister, we moeten dus de keuze durven maken: gaan we ervoor zorgen dat onze ouders en grootouders zorg krijgen of gaan we zeggen dat buitenlandse werknemers niet mogen en niet kunnen?

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Lies Jans: Voorzitter, minister, collega's, er wordt hier een belangrijke discussie gevoerd. De knelpunten in de zorgsector zijn gekend. Minister, u hebt hier al eens een warm pleidooi gehouden voor de 'zorgambassadeur' en voor de ondernomen acties.

Mevrouw De Vits stelde een terechte vraag. In uw actieplan is de aanwerving van buitenlandse werknemers geen prioriteit. Maar dat is wel een realiteit geworden waarmee wij rekening moeten houden. Dat betekent dat de overheid haar acties daarop moet afstemmen. Ik mis dus een gestructureerde aanpak. Hoe zullen wij die mensen opvangen en op korte tijd het Nederlands aanleren? In de zorgsector is het essentieel dat men de taal kent. Concrete acties en instrumenten ontbreken om dat doel te realiseren. Bent u van plan om concrete acties te ondernemen en een kader uit te tekenen waarbinnen de zorginstellingen moeten blijven indien zij buitenlandse werknemers aanwerven?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, vooraf wil ik toch stellen dat een aantal aspecten van het probleem te maken hebben met het arbeidsrecht en de toepassing ervan. Minimumlonen, detachering en zelfstandige statuten zijn niet typisch voor de zorgsector, maar komen voor in alle sectoren waar buitenlanders worden tewerkgesteld. In dat verband verwijs ik naar het bezoek van minister Muylers aan zijn Nederlandse collega, toen de werking van de interimkantoren in Vlaanderen aan bod is gekomen. Minister Muylers probeert op dat punt met reden een aantal problemen aan te pakken. Het probleem doet zich in veel sectoren voor, en de zorgsector vormt daar geen uitzondering op.

Mevrouw Van der Borcht heeft het over mensen die in een eerste fase minder verdienen omdat zij minder presteren. Men moet een onderscheid maken tussen een stage en een gewone arbeidsovereenkomst. Ik denk niet dat het mogelijk is om de regels van het

arbeidsrecht te overtreden, want dat zijn dwingende regels. Zij zijn van openbare orde, en de handhaving gebeurt door de sociale inspectie.

Op 7 september 2011 vond in samenwerking met het Vlaams Instituut voor Vorming en Opleiding in de Social Profit (VIVO), de VDAB en de European Employment Services (EURES) een bevraging van de zorgsector over het aantrekken van buitenlandse verpleegkundigen plaats. Alle door Vlaanderen erkende voorzieningen en diensten werden gecontacteerd. Ik heb die bevraging hier trouwens vooraf aangekondigd. Met deze vragenlijst wenste ik een zicht te krijgen op het aantal voorzieningen die buitenlandse verpleegkundigen in dienst hebben enerzijds en te peilen naar de positieve en negatieve ervaringen met de aanwerving van verpleegkundigen uit het buitenland, zowel van binnen als buiten de Europese Unie, anderzijds. De actoren konden tot 23 september 2011 deze vragenlijst via een speciaal daartoe aangemaakte weblink invullen.

Wat de resultaten van deze bevraging betreft, kan ik u het volgende meedelen. Van de 1236 enquêtes werden er 443 beantwoord, wat een respons van 35,8 procent oplevert. Van deze groep gaf 18,7 procent te kennen dat men buitenlandse verpleegkundigen in dienst heeft. Twee op drie van deze voorzieningen – 67,9 procent – had slechts twee of minder buitenlandse verpleegkundigen in dienst. Opgedeeld per type voorziening blijken het vooral de algemene ziekenhuizen te zijn die de meeste buitenlandse verpleegkundigen in dienst hebben – 20,9 procent –, gevolgd door de diensten voor thuisverpleging – 18,2 procent. Wat betreft de voorzieningen die geen buitenlandse verpleegkundigen in dienst hebben, kruiste 37,6 procent als reden aan dat men geen tekort aan verpleegkundigen heeft. 40,1 procent van de voorzieningen die geen buitenlandse verpleegkundigen in dienst hebben overweegt om dit eventueel ooit te doen als er op de eigen arbeidsmarkt geen verpleegkundigen meer te vinden zijn. Die laatste zouden dat eerder als noodoplossing doen. Ongeveer 77 procent werft dus geen buitenlandse werknemers aan.

Van de voorzieningen die buitenlandse verpleegkundigen in dienst hebben, rekruteerde ongeveer de helft – 47,5 procent – via een uitzendkantoor of selectiebureau. De meest voorkomende landen waar wordt gerekruteerd, zijn Roemenië – 34,1 procent –, Polen – 30,6 procent – en de Filippijnen – 16,5 procent. Als belangrijkste knelpunt wordt een gebrekkige kennis van het Nederlands vermeld. De taalkennis werd zowel tijdens de selectieprocedure als op het moment dat men aan de slag ging als ondermaats ervaren. In bijna een op twee aanwervingen – 48,1 procent – moest de voorziening een extra taalopleiding bij de start van de buitenlandse verpleegkundige aanbieden. Voor een op vijf voorzieningen – 21,5 procent – is de slechte talenkennis een reden om niet langer in het buitenland te rekruteren.

39,3 procent van de voorzieningen betaalden meer dan 9.000 euro voor de rekrutering van een buitenlandse verpleegkundige. Het betreft de totale kostprijs, voor advertenties, het inhuren van een selectiebureau, de verplaatsingskosten enzovoort. In 77,2 procent van de gevallen werd de buitenlandse verpleegkundige aangeworven met een arbeidsovereenkomst van onbepaalde duur. In 92,4 procent van de gevallen gebeurde dit aan dezelfde loonsvoorwaarden.

Er zijn hier vragen gesteld over het Vlaams beleid. Het is evident dat een beleidsmatige aanpak nodig is. Maar ik moet u toch wijzen op een aantal afspraken. Wat betreft uw vragen in verband met eventuele stappen die zullen worden gezet of het formuleren van conclusies op basis van deze resultaten, moet ik verwijzen naar het engagement dat is aangegaan in het Vlaams intersectoraal akkoord. Daarin is afgesproken dat in het kader van de arbeidsmigratie in de zorg- en welzijnssectoren de Vlaamse Regering en de sociale partners zich engageren om hiervoor een voorwaardenkader op te stellen. Er is daarvoor nog geen concrete timing afgesproken om de evidente reden dat nog niet alle betrokkenen bij het Vlaams intersectoraal akkoord hun goedkeuring hebben gegeven. De voornaamste betrokkenen deden dat ondertussen uiteraard wel al, maar we moeten nog enkele dagen of weken wachten voor ze

dat allemaal doen. De timing zal worden opgenomen bij de definitieve ondertekening van het akkoord en de opstart van de werkzaamheden.

Ik moet wel nogmaals benadrukken dat wat de zorgsector betreft, wij prioritair blijven inzetten op de eigen arbeidsmarktreserve, maar ik herhaal dat er met de sociale partners een akkoord is afgesloten in het kader van VIA. We zullen aan de tafel gaan zitten en u kunt de implementatie verwachten op het ogenblik dat het akkoord effectief operationeel mag worden.

Wat het gebrek aan talenkennis betreft, kan ik u wel medelen dat op dit moment het departement en het Agentschap Zorg en Gezondheid bestuderen of er binnen de door Vlaanderen erkende voorzieningen een norm kan worden opgelegd of toegepast inzake de Nederlandskundigheid van het zorgpersoneel. Ik moet opmerken dat dit ook moet gebeuren binnen de grondwettelijke en de Europese regelgeving, want ook van die kant kunnen er een aantal randvoorwaarden worden geformuleerd. Ik zie de heer Demesmaeker belangstellend kijken, en ik kan bevestigen dat ik hiermee ook al iets zeg dat in het antwoord op zijn vraag aan de orde zal zijn. Er moet rekening mee worden gehouden dat er een aantal kaders zijn, maar dat belet niet dat er wordt nagedacht over de Nederlandskundigheid. Uit de enquête blijkt immers dat dit een belangrijk knelpunt is. In een zorgsituatie is er sprake van een soort kwetsbaarheid en afhankelijkheid en dus mag worden verondersteld dat we bekijken hoe we dit met elkaar in overeenstemming kunnen brengen. We bekijken momenteel op welke manier dat zou kunnen.

Het idee om autochtone peters en meters op de werkvloer in te schakelen, is een waardevol idee dat in de praktijk al frequent wordt toegepast. Uit de bevraging blijkt dat 57 procent van de voorzieningen die een buitenlandse verpleegkundige in dienst hebben, reeds specifieke maatregelen namen ter voorbereiding op de komst van de buitenlandse verpleegkundigen. Het aanstellen van een peter of meter was hierbij de meest genoemde maatregel.

Zoals ook minister Muyters heeft gezegd, werd er naar aanleiding van de verhalen over Bulgaarse en Poolse werknemers aan de inspecties, ook die van ons, gevraagd om een onderzoek te doen. Men is ter plaatse geweest, maar ik heb nog geen formeel verslag van de inspectie ontvangen. Als het verslag binnen is, zullen we het uiteraard – dat blijkt ook uit het antwoord van minister Muyters – inbrengen in het debat dat we moeten voeren over het kader van de randvoorwaarden. We zullen dan eventueel ook bekijken, specifiek voor Welzijn, of het in overeenstemming is met de Vlaamse regelgeving inzake zorg en bijstand, want, zoals ik al heb gezegd bij vorige gelegenheden, staan daar specifieke bepalingen in met betrekking tot registratie en diploma's, en die moeten worden gerespecteerd.

De voorzitter: Mevrouw Coppé heeft het woord.

Mevrouw Griet Coppé: Minister, ik dank u voor het antwoord. Ik ben er ook van overtuigd dat er een globaal kader over arbeidsmigratie, en specifiek over arbeidsmigratie in de zorg, moet komen. De timing zal inderdaad volgen bij de afspraken daarover. Een taaltest vind ik zeker nodig, maar die moet passen binnen een kader waarbij de rechten van de werknemer versterkt kunnen worden. Ze mag niet bestraffend zijn.

Wat we zeker niet uit het oog mogen verliezen, is wat de zorgambassadeur vandaag opneemt, namelijk ervoor zorgen dat er voldoende promotie is voor het beroep en dat het aanbod van opleidingen groter kan worden. Als het dan toch zo is dat buitenlandse werknemers hier steeds meer in algemene ziekenhuizen actief zijn, dan moet er binnen de personeelsdiensten oog zijn voor het ontwikkelen van een diversiteitsplan zodat deze mensen niet aan hun lot worden overgelaten en onethische praktijken vermeden worden.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Voorzitter, minister, uit het antwoord blijkt dat men hier inderdaad mee bezig is, maar ik zou toch met enige aandrang willen vragen om een tandje bij

te steken. We weten dat er een tekort is en dat een tekort niet snel ingevuld wordt. We weten hoe lang de studies van verpleegkundigen duren. Ik zou een warm pleidooi willen houden om hier echt vaart achter te zetten, zo niet vrees ik dat we binnenkort voor nog grotere problemen komen te staan. We moeten er met zijn allen, ook met de minister van Werk, werk van maken om dit terdege aan te pakken en om heel wat praktische zaken uit te werken.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van de heer Mark Demesmaeker tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het taalgebruik in zorginstellingen in de Vlaamse Rand - 2858 (2010-2011)

De voorzitter: De heer Demesmaeker heeft het woord.

De heer Mark Demesmaeker: Voorzitter, minister, mijn vraag sluit naadloos aan op de vorige discussie. U verwees al naar het antwoord. Eigenlijk was de kapstok van deze vraag het antwoord op een schriftelijke vraag eerder dit jaar over de taalproblematiek in zorginstellingen in een regio die meer dan elders in Vlaanderen te kampen heeft met de problematiek van ontnederlandsing en verfransing.

Taal en communicatie tussen zorgverlener en zorgbehoevende is uiteraard heel belangrijk, het is een element van de kwaliteit van de zorgverlening. De concrete aanleiding was een klacht. Als lokaal mandataris hebben we een antennefunctie. We krijgen regelmatig klachten van inwoners die de taalsituatie in een aantal zorginstellingen aanklagen. In een woonzorgcentrum in Overijse hadden heel wat mensen klachten over de gebrekkige kennis van het Nederlands bij het personeel. Het is maar een casus natuurlijk, want het fenomeen is schering en inslag in de hele Vlaamse Rand en ook erbuiten trouwens.

Een internetonderzoek van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) laat eenzelfde geluid horen. Patiënten in Brussel en in de Vlaamse Rand rond Brussel zijn zeer bekommerd om het gebruik van de eigen taal. Ik citeer professor Dirk Devroey in dit onderzoek: “De verzorging in de eigen taal blijkt dan weer hoofdzakelijk een probleem te zijn van de Nederlandstaligen in Brussel en in de Vlaamse Rand. (...) Dit probleem uit zich niet alleen in de ziekenhuizen en de spoedgevallendiensten maar ook in de rusthuizen in Brussel en de Rand werken alsmear meer verzorgenden en verpleegkundigen die geen Nederlands spreken”.

Heel wat mensen zijn daar inderdaad bezorgd over omdat dit tot gevaarlijke situaties kan leiden, ik denk alleen nog maar aan het geven en opvolgen van instructies omtrent geneesmiddelengebruik. In het antwoord dat u gaf op de schriftelijke vraag, zei u onder andere: “Ik onderzoek in samenspraak met het agentschap Zorg en Gezondheid of er een formele norm kan opgelegd worden inzake de Nederlandskundigheid van het zorgpersoneel in een woonzorgcentrum dat erkend wordt door de Vlaamse overheid.” U zei het daarnet al: dat is waarschijnlijk niet evident, maar het lijkt me toch wel zeer cruciaal, net omdat ik vind dat een grondige kennis van de Nederlandse taal een cruciaal element is in de kwaliteit van de zorgverlening.

Minister, u hebt daarstraks al een tipje van de sluier opgelicht, maar wellicht kunt u nu meer in detail gaan.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, uit de studie van de VUB blijkt de grote bezorgdheid van de Vlamingen in Brussel en in de Vlaamse Rand over het feit dat ze geen zorg zullen verkrijgen in hun eigen taal. Ik deel uw mening dat Nederlandsonkundig personeel de continuïteit van de zorg in gevaar zou kunnen brengen. Zeker in de woonzorg is het

persoonlijk contact van het personeel met de resident cruciaal en is het begrijpen van de mensen en het zelf kunnen communiceren een conditio sine qua non.

Zoals ik reeds geantwoord heb op uw vraag over de situatie in het woonzorgcentrum Ofelia in Overijse blijkt dat een aantal ouderenvoorzieningen, niet enkel in de provincie Vlaams-Brabant trouwens, buitenlands personeel hadden aangeworven. Op de werkvloer werd vervolgens vastgesteld dat de uitzendbureaus van buitenlands zorgpersoneel de beloften niet hard konden maken: de dienstige werkervaring of gerichte opleiding was onvoldoende, de beloofde huisvesting was niet georganiseerd en/of de beloofde basiskennis van het Nederlands ontbrak. Dat laatste blijkt uit de enquête ervaren als het meest prangende probleem.

Afhankelijk van de alertheid en bekwaamheid van de beheersinstantie van de ouderenvoorziening in kwestie worden dergelijke problemen onmiddellijk gedetecteerd in de opstartperiode en neemt de voorziening maatregelen om binnen de kortst mogelijke periode de toestand te normaliseren. Dan is het gebruikelijk dat men ofwel ander personeel in dienst neemt, ofwel een behoorlijke inspanning levert om het buitenlandse personeel toch te integreren in het zorgsysteem door ze steeds samen te laten werken met een Nederlandstalig personeelslid en door te voorzien in een goede supervisie. De voorzieningen kunnen ook gebruik maken van de opleidingen die georganiseerd worden door de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB).

De Zorginspectie stelt vast dat problemen in verband met het gebruik van de taal meestal vastgesteld worden in voorzieningen waar ook andere tekortkomingen op de erkenningsvoorwaarden worden vastgesteld en waarbij de taalproblematiek dus nauw verbonden is met een minder goed beheer en het ontbreken van een holistische visie op de zorg.

Zoals reeds geformuleerd in mijn antwoord op uw vraag over het woonzorgcentrum Ofelia onderzoekt de administratie of er een mogelijkheid bestaat om de instellingen te verplichten om enkel Nederlandskundig personeel in dienst te nemen. Zoals ik daarnet al heb gezegd, moet daarbij rekening worden gehouden met de Grondwet en de Europese regelgeving met betrekking tot het vrije verkeer van werknemers.

Het departement brengt thans adviezen uit over de juridische grondslag van een dergelijke norm. Er ligt momenteel nog geen concreet voorstel ter tafel om die norm te formaliseren. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en het agentschap Zorginspectie onderzoeken ook op basis van welke elementen het agentschap Zorginspectie vaststellingen kan doen die onomstootbaar aantonen dat het personeel Nederlandsonkundig is en dat die Nederlands-onkundigheid een dusdanige invloed heeft op de verleende zorg zodat er niet verder voldaan is aan de voorwaarden om door de Vlaamse overheid erkend te worden als woonzorgcentrum.

Uw vraag, die geïnspireerd is door de situatie in Brussel en de Vlaamse Rand, spoort met de vorige vraag. Dat geeft ons een context waarbij we de problematiek van de taalvaardigheid van onze mensen in de welzijnssector wat breder kunnen bekijken dan specifiek vertaald in een puur communautaire dimensie. Het is een verhaal dat te maken heeft met een breder gegeven. We zijn bezig om na te gaan wat we kunnen doen omdat het me in een zorgrelatie essentieel lijkt dat men elkaar kan verstaan en kan communiceren.

De voorzitter: De heer Demesmaeker heeft het woord.

De heer Mark Demesmaeker: Als dat besef er is, dan zijn we al een stap vooruit. We wachten vol spanning op die concrete voorstellen. Ik zou u willen vragen dat niet te laten liggen, maar erop aan te dringen dat men snel tot een werkbaar resultaat zou komen.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

**Vraag om uitleg van de heer Peter Gysbrechts tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de beperkte middelen voor preventie tegen misbruik van alcohol, drugs en tabak
- 78 (2011-2012)**

De voorzitter: De heer Gysbrechts heeft het woord.

De heer Peter Gysbrechts: Voorzitter, minister, collega's, uit een studie van de Gentse criminologen Freya Vander Laenen en Brice De Ruyver blijkt dat de maatschappelijke kostprijs voor het gebruik van alcohol, tabak en drugs oploopt tot 6 miljard euro per jaar, inclusief de indirecte kosten zoals de behandeling van longkankerpatiënten en mensen met een leveraandoening door alcohol, absentisme op het werk, overlast enzovoort.

Volgens Alexander Witpas van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid stierven er in Vlaanderen in 2008 58.000 mensen, van wie 9000 ten gevolge van tabak, alcohol en drugs. In deze groep overleed 89 procent door tabak, 9 procent door alcohol en 2 procent door illegale drugs. Volgens de onderzoekers schort het op het vlak van preventie. In 2008 ging 66,5 procent van het overheidsgeld in dezen naar de strijd tegen alcohol, 29 procent naar de strijd tegen illegale drugs, 1 procent naar tabak en 3,6 procent naar pillen. Bij de overheidsuitgaven voor alcohol ging 88 procent naar hulpverlening, namelijk ontwenningsskuren, en bij die voor tabak ging 69 procent naar veiligheid, namelijk de handhaving van de rookwetgeving. Volgens Marijs Geirnaert van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) is het ontstellend hoe weinig de overheden uitgeven aan preventie: slechts 0,07 procent van alle budgetten bij alcohol tegen 11,5 procent bij tabak.

In 2009 heeft men het Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs 2009-2015 in het leven geroepen, net omdat men toen al een aantal gelijkaardige vaststellingen deed. 67 procent van de bevolking dronk wekelijks alcohol. Bijna 95 procent van de 18-jarigen was al in contact gekomen met alcohol. Voor elke drugsdode waren er vier doden door alcohol en veertig doden door tabak. Maar de meest frappante vaststelling die men toen al maakte, was dat de overheid de meeste beleidsmiddelen stak in beleid tegen drugs, in tegenstelling tot tabak en alcohol, terwijl men vaststelt dat de beperkte gegevens over maatschappelijke kosten en baten van middelen aangeven dat de maatschappelijke kostprijs van alcoholgebruik in alle onderzochte regio's het hoogste ligt, die van tabak op de tweede plaats komt en die van drugs op de allerlaatste plaats.

Vandaag doen we opnieuw diezelfde vaststelling. We zien ook dat de verhouding in sterftecijfers nog steeds dezelfde is als in 2009. Net zoals bij zelfdoding zie ik de goede intentie om via een actieplan iets te realiseren, maar zie ik geen vooruitgang en geen opvolging. Daarom stel ik u de volgende vragen.

Minister, hoe komt het dat er beleidsmatig nog steeds zo weinig middelen naar preventie gaan? Wat is de reden waarom de verhouding tussen de middelen van de drie verschillende deelgebieden is wat ze nu is? Waarom is er op dat vlak blijkbaar nog niets veranderd, hoewel dit ook naar voren kwam in het actieplan in 2009? Is dit actieplan sinds 2009 al geëvalueerd en indien ja, welke bijstellingen zijn er dan uitgevoerd? Indien niet, waarom is er dan nog geen evaluatie gebeurd? Is deze studie misschien geen goede aanleiding om het actieplan eventueel bij te sturen? Welke middelen zullen er tot 2015 nog voor preventie ingezet worden voor deze drie zaken? Wilt u eventueel middelen herverdelen of extra investeren?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, ik wil me aansluiten bij de vraag. Ik heb geïnformeerd naar de studie. Ik neem aan dat de heer Gysbrechts zich op dezelfde gegevens heeft gebaseerd om deze vraag te stellen, zijnde de krantenartikels. De studie zelf is immers nog niet bekend. Ze wordt in december op een groot colloquium voorgesteld. Ik was aanvankelijk van plan die vraag te stellen naar aanleiding van de persberichten. Ik heb de moeite gedaan om de studie

op te vragen, maar men heeft me gezegd dat ik even moest wachten tot december, wanneer ze bekend zal worden.

De heer Gysbrechts stelt een aantal terechte vragen. Voorzitter, ik wil vragen om in december, wanneer we de studie echt hebben, nog de gelegenheid te krijgen om hierover van gedachten te wisselen. Een aantal vaststellingen hebben uiteraard alleen federale consequenties, zoals de kostprijs van de behandeling van kankerpatiënten. Minister, dat heeft niets met uw bevoegdheden te maken.

Eén zaak wil ik wel beklemtonen. Althans als de krantenberichten juist zijn, zou een van de belangrijkste conclusies van professor De Ruyver en mevrouw Vander Laenen zijn dat er hier in dit land veel te weinig middelen worden besteed aan preventie, en daarvoor bent u wel verantwoordelijk. Als die conclusie juist is – u hebt misschien al wel kennis van de studie – had ik graag daarop uw reactie gekregen.

Voorzitter, wat betreft de vierde vraag van collega Gysbrechts, is het misschien nuttig om eens een gedachtewisseling te organiseren wanneer de gegevens van deze uitvoerige studie bekend zijn, en eens te bekijken op welke wijze dit aanleiding kan geven tot het bijstellen van uw actieplan.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: In tegenstelling tot de curatieve gezondheidszorg, waar er zorgverstrekkers, zorgaanbieders, patiënten en mantelzorgers bestaan, zitten de meeste mensen die het meest baat hebben bij preventie, daar niet op te wachten en is er dus ook niet zoveel maatschappelijke druk om het preventiebudget te verhogen en zeker niet om budgetten te switchen vanuit het curatieve aanbod. De meeste mensen die roken, te veel drinken of drugs gebruiken, ervaren dat voor zichzelf niet als een dringend probleem. En diegenen die het niet doen, al helemaal niet. Er bestaat zelfs een opiniestroming die stelt dat wie ongezond leeft, zelf maar moet opdraaien voor de hogere gezondheidskosten. Voor alle duidelijkheid: dat is niet mijn overtuiging.

Als mensen echter in nood zijn, wanneer ze de gevolgen beginnen te ondervinden van hun gebruik of misbruik en wanneer ze medische zorgen nodig hebben, dan is die dringende noodzaak er wel. Dat geldt trouwens voor alle thema's binnen preventieve gezondheidszorg.

Er is in de samenleving bovendien een zeker wantrouwen ten aanzien van het effect van preventie, onterecht overigens. We weten meestal wel welke preventiestrategieën werken, maar heel wat mensen denken dat het allemaal een kwestie is van karakter en vrije keuze, of dat het allemaal niet zo erg gesteld is met de gezondheidsschade. Sommigen kiezen voor een zuiver repressieve benadering.

De wijze van financieren is verschillend en ook de financierende overheid verschilt. In Vlaanderen hebben wij maar een beperkte bevoegdheid op het gebied van zorg, en nog minder op het gebied van regelgeving en controle. Vanuit de Vlaamse overheid kunnen we geen middelen overhevelen van zorgverlening en repressie naar preventie omdat we daar niet bevoegd voor zijn. Er is ooit een poging geweest om een fonds te creëren voor verslavingsprojecten. Ik hoop dat de zesde staathervorming daar wellicht wat beterschap in zal brengen. Er zijn wat dat betreft een aantal dingen in het vooruitzicht gesteld.

De verdeling van de budgetten over de middelen is historisch gegroeid. Tabak, alcohol en drugs waren lang gescheiden werelden en het is nog maar enkele jaren dat we echt een degelijk zicht hebben op de verdeling van de investeringen tussen de verschillende middelen, over de verschillende betrokken overheden heen: federaal, gemeenschap, provinciaal en lokaal. Ook nu zijn er nog vragen over de gevolgde methodologie. Maar de basisverhoudingen kloppen wel, en die zijn inderdaad niet in verhouding met de gezondheidsschade op populatieniveau.

We kunnen die situatie niet op enkele jaren in een betere proportie brengen, en zeker niet vanuit Vlaanderen alleen. Bovendien vergen veel van de meest effectieve preventieve maatregelen niet zozeer bijkomende middelen, maar wel regelgeving en controle op de uitvoering daarvan. Een degelijk reclameverbod bijvoorbeeld, een verkoopverbod voor minderjarigen of een voelbare verhoging van de taxatie voor de legale middelen. Dat zijn allemaal bestaande instrumenten die niet onder onze bevoegdheid vallen.

Als het gaat over universele preventie, is er ook geen scheiding te maken tussen de middelen. Lifeskills-programma's bijvoorbeeld gaan over alle drie de middelen, net als het aanleren van motivationele gesprekstechnieken aan gezondheidswerkers.

Een grondige evaluatie van het actieplan is gepland tegen 2013. We moeten ook de tijd krijgen om uit te voeren wat in het actieplan staat. Het actieplan is goedgekeurd in het voorjaar van 2009. Een rapport over de activiteiten tot eind 2010, dus na anderhalf jaar werking, is opgemaakt door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Als we kijken naar de monitoring van de gezondheidsdoelstellingen, dan zitten we niet zo slecht. We boeken duidelijk vooruitgang als het gaat over alcohol bij jongeren. Roken en druggebruik blijven eerder stabiel.

Wat in ieder geval nu al duidelijk is, is dat we moeten gaan naar een plan dat ruimer is dan enkel preventieve gezondheidszorg, ook al moet, gezien onze bevoegdheden, het accent duidelijk daar blijven liggen. We moeten beter uitwerken wat de link is naar hulpverlening en regelgeving, maar dat kunnen we niet doen zonder de samenwerking met andere overheden.

We moeten nog wachten op de definitieve versie van de studie, die we dan grondig kunnen onderzoeken om de nodige acties af te leiden.

Ik weet niet of de krantenartikels accuraat waren in het citeren van getallen en bedragen.

In het actieplan is vastgelegd dat op het einde van 2015 de structurele investering van de Vlaamse Gemeenschap in de uitvoering van preventie op het terrein, gestegen is met 2 miljoen euro. En wij rekenen erop dat de andere overheden – federaal, provinciaal, lokaal – daarnaast ook hun bijdrage leveren.

De verhoging van het budget verloopt volgens een groeipad, en we zitten daar op schema. Het bedrag dat op de begroting van 2011 is ingeschreven voor de uitvoering van extra maatregelen in het kader van het actieplan bedraagt 1,35 miljoen euro. De intentie blijft overeind om dit ritme aan te houden en de 2 miljoen euro in 2015 te kunnen halen.

De voorzitter: De heer Gysbrechts heeft het woord.

De heer Peter Gysbrechts: Minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik ga akkoord met de stellingname van mevrouw Dillen en uzelf dat we de studie dieper moeten onderzoeken van het moment dat ze beschikbaar is. Dat zal zeker nuttig zijn. De krantenartikels bevatten een interview met de betrokkenen die de studie gemaakt hadden. De cijfers zullen bij benadering toch wel correct zijn.

U spreekt over de beperkte bevoegdheden van Vlaanderen in deze materie. Dat is natuurlijk zo, maar er is wel het actieplan. Als u het hebt over preventie, dan hebt u natuurlijk gelijk wanneer u zegt dat gebruikers in de beginfase geen probleem zien. In het actieplan gaat het natuurlijk ook wel vaak over preventie. Er zijn structurele krachtlijnen en strategische krachtlijnen. Bij de strategische krachtlijnen gaat het over “de impact van de bestaande preventieve acties verbeteren”, “methodieken rond tabak, alcohol en drugs integreren waar mogelijk”, “uitbouwen van rookstopbegeleiding en vroeginterventie voor alcohol- en drugsproblemen” en “systematische aandacht voor specifieke doelgroepen en genderverschillen”. Preventie is een heel belangrijk gegeven in het Vlaams actieplan. Uit de studie blijkt dat preventie toch iets te weinig aandacht krijgt.

Minister, men heeft de noodklok geluid. Ik ben benieuwd naar het verdere verslag en de presentatie van de studie. Het is heel mooi om allerlei actieplannen te hebben, maar we moeten er ook effectief iets mee doen. Het loopt tot 2015. Ik ben blij dat de minister heeft gezegd dat het iets vroeger zal worden geëvalueerd. Ik heb het al meerdere keren gezegd: als er actieplannen zijn, maar er duiken nieuwe feiten op of er komt nieuwe informatie, dan moeten we daar ook rekening mee houden.

Minister Jo Vandeuren: Ik neem aan dat de publicatie er is gekomen naar aanleiding van de drugscongressen in Gent. Ik ben er ook gaan spreken op uitnodiging van professor De Ruyver. De traditie van Gent om rond de drugsproblematiek overleg te organiseren, is niet zo lang geleden hernomen. Ik vind dat een positieve aangelegenheid. Ik heb er op dat moment voor gepleit om binnen het bestaande samenwerkingsakkoord over het geïntegreerd drugsbeleid, opnieuw werk te maken van het stabiliseren van onze drugspolitiek met alle actoren. Het samenwerkingsakkoord is nog niet zo lang operationeel. Ik heb er ook bevestigd dat wat mij betreft, het moment is gekomen dat we met alle overheden de zaken eens moeten stabiliseren. Er zijn ook een aantal projecten die in een meer structurele financiering moeten terechtkomen en niet altijd in een projectmatige.

Er is dus wel aanleiding om het gesprek te voeren, maar het veronderstelt wel een gesprek met alle overheden omdat geen enkel deel op zichzelf staat. Het positieve is dat de context er al is om er inderdaad werk van te maken.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van de heer Paul Delva tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de nieuwe oproep voor buitenschoolse opvang in Antwerpen en Gent in het kader van het Generatiepact - 152 (2011-2012)

De voorzitter: De heer Delva heeft het woord.

De heer Paul Delva: Voorzitter, minister, collega's, eind juli 2011 lanceerde Kind en Gezin opnieuw een oproep in het kader van de tewerkstelling van laaggeschoolde jongeren in de socialprofitsector. Deze oproep gebeurde in het kader van het Generatiepact.

In dit Generatiepact wordt immers elk jaar een globale 'enveloppe' vastgelegd voor de tewerkstelling van laaggeschoolde jongeren in de socialprofitsector. Voor het jaar 2011 zijn er uit deze enveloppe nog restmiddelen beschikbaar voor zeven voltijdse doelgroepwerknemers in de kinderopvang. Deze middelen worden nu blijkbaar ingezet in de steden Gent en Antwerpen door middel van deze oproep. De oproep richt zich tot initiatieven voor buitenschoolse opvang (IBO) en buitenschoolse opvang in erkende kinderdagverblijven (BOKDV) die gesitueerd zijn in de zorggebieden Gent en Antwerpen. Tot 19 september 2011 kon men hiervoor een aanvraag indienen. De oproep is nu afgelopen. Alle informatie over deze oproep was te vinden op de website van Kind en Gezin.

Minister, ik begrijp dat men voor de invulling van de nog te begeven plaatsen, kijkt naar een aantal grootsteden, en dat Kind en Gezin kijkt naar Antwerpen en Gent omdat de kansarmoede daar natuurlijk enorm is. Als men een keuze maakt om zich naar grootsteden te richten – men had ook een andere keuze kunnen maken –, dan vraag ik me af waarom Kind en Gezin zich uitsluitend richt tot die twee steden en niet tot bijvoorbeeld de hoofdstad. Brussel is eveneens een grootstad in het kader van het Vlaamse stedenbeleid. De armoedeproblematiek maakt heel geregeld deel uit van debatten, zowel in de commissie als in de plenaire vergadering. We weten dat er in Brussel een grote nood blijft bestaan aan initiatieven en plaatsen in de Vlaamse zorgsector. Ik houd hier geen pleidooi om middelen naar Brussel over te hevelen, maar als men blijkbaar de keuze maakt om middelen in te zetten

in grootsteden en zorggebieden waar de kansarmoede het grootst is, dan begrijp ik niet waarom Brussel uitgesloten werd in deze oproep.

Wat betekent het beslissingskader van de nieuwe oproep die op de website van Kind en Gezin stond voor de totale verdeling van de Generatiepactmiddelen over de drie grootsteden? Komt er eventueel nog een specifieke oproep voor Brussel? Heeft hierover overleg plaatsgevonden met de sociale partners en/of de Vlaamse Gemeenschapscommissie?

Voor alle duidelijkheid: ik richt me helemaal niet tegen Antwerpen of Gent. Ik begrijp dat men zich naar grootsteden richt. Maar als men dat dan doet, dan begrijp ik niet zo goed waarom men Brussel over het hoofd ziet.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, het Vlaams Instituut voor Vorming en Opleiding in de Social Profit (VIVO), de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de Provinciale en Plaatselijke Overheidsdiensten (RSZPPO) en Kind en Gezin komen op geregelde tijdstippen samen om – naast werkafspraken – een continue monitoring van de middelen in het kader van het Generatiepact te organiseren.

Uit deze monitoring bleek dat er met betrekking tot de oproep 2009-2010 nog middelen voor tien en een halve voltijdequivalenten (vte's) doelgroepwerknemers beschikbaar waren. Gezien het beperkt aantal resterende vte's spraken de sociale partners af om, in eerste instantie, te kijken naar de aanvraagdossiers die ontvangen werden naar aanleiding van de eerste oproep in het kader van het Generatiepact buitenschoolse opvang. Het betreft meer bepaald de dossiers waarbij niet ingegaan werd op de totale vraag naar vte's.

Wat betreft het beperkte aantal vte's dat na verdeling onder deze aanvragers nog zou resterend, werd beslist om in te zetten in de grootsteden. In eerste instantie werden drie en een halve vte's verdeeld op basis van aanvragen waar in de eerste ronde niet het totale aantal gevraagde vte's kon worden toegewezen. Twee dossiers kwamen in aanmerking. Het eerste dossier was van het gemeentebestuur van Rumst. Er werden twee extra vte's aan hen toegekend. Het tweede dossier was dat van vzw De Welvaartskapoen uit Sint-Jans-Molenbeek, waar bijkomend anderhalve vte werd toegewezen aan het initiatief voor buitenschoolse opvang De Verliefde Wolk. Beide organiserende besturen werden geïnformeerd over deze mogelijkheid en hebben zich intussen akkoord verklaard om een bijkomend aantal doelgroepwerknemers aan te werven.

Hierdoor bleven nog zeven vte's over, die verdeeld worden over Antwerpen en Gent. Gezien de mogelijkheid om initiatiefnemers die een dossier indienden in de vorige aanvraagronde hun totale vraag uiteindelijk nog te gunnen, bleek dat Brussel reeds anderhalve vte extra toegewezen kreeg. Op een totaal van acht en een halve vte's die extra toegewezen worden aan grootsteden, verkreeg Brussel bijgevolg reeds een billijk deel. Vandaar dat de bijkomende oproep enkel gericht werd aan Antwerpen en Gent.

De VGC werd niet betrokken, aangezien lokale en provinciale besturen geen partner zijn in de besluitvorming omtrent het kader van het Generatiepact.

De voorzitter: De heer Delva heeft het woord.

De heer Paul Delva: Minister, ik begrijp dat er al anderhalve vte naar Molenbeek is gegaan. U zegt dat Brussel billijk bedeed is. De vraag is wat billijk is. Dat is natuurlijk moeilijk te definiëren, gezien de totaal verschillende situaties waarin steden zich bevinden.

Is het dan zo dat deze keer Brussel niet meer werd meegenomen louter en alleen omdat in de vorige ronde Antwerpen en Gent blijkbaar geen aanvraag hadden gedaan of geen aanvraag hadden gedaan die gehonoreerd konden worden? Is dat dan de reden?

Minister Jo Vandeuren: Mijnheer Delva, u gaat natuurlijk uit van de enorm optimistische stelling dat de minister de toewijzing van een, twee of drie vte's door Kind en Gezin, VIVO en RSZPPO minutieus opvolgt, wat niet echt het geval is.

Als ik het goed begrijp, waren er nog een aantal niet-ingevulde vragen uit de vorige ronde. Men heeft die nu gehonoreerd in de grootsteden. Eerst waren er intussen een aantal helemaal niet-ingevulde vragen ingevuld. Een deel is naar Sint-Jans-Molenbeek gegaan. Toen is vastgesteld dat men in Brussel al anderhalve vte boven de norm zat. Toen is beslist om de restmiddelen te verdelen tussen Gent en Antwerpen, zoals is gebeurd.

De heer Paul Delva: Er blijft natuurlijk de vraag of het allemaal even billijk zal zijn nadat de laatste zeven plaatsen verdeeld zullen zijn tussen de twee andere grootsteden.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van de heer Paul Delva tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over duurdere kankerbehandeling in Brussel - 187 (2011-2012)

De voorzitter: De heer Delva heeft het woord.

De heer Paul Delva: Voorzitter, minister, collega's, het Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving (HIVA) bracht onlangs een studie uit over de ziektekosten voor kankerbehandeling. De Vlaamse Liga tegen Kanker zette recent een campagne op met de slogan 'Kanker maakt arm', om de hoge kosten van het behandelingsproces van kanker aan te kaarten. De actie zette in op een betere financiële bescherming van kankerpatiënten. De liga riep de politici op om werk te maken van hogere uitkeringen en een beperking van de zorgkosten. Het onderzoek van de liga toont duidelijk aan dat veel mensen met kanker in financiële problemen komen, en dat de sociale zekerheid hun onvoldoende bescherming biedt.

In Brussel ligt het prijskaartje voor de behandeling van kanker veel hoger dan in de rest van Vlaanderen. Wie in Brussel het ongeluk heeft om darmkanker te krijgen, zal dat drie keer zo veel kosten als wat iemand elders in Vlaanderen moet betalen. Ik kon dat amper geloven, en probeerde na te gaan wat de redenen zouden kunnen zijn. Dit is deels te verklaren door het feit dat een aantal Brusselse ziekenhuizen veel duurdere supplementen vragen. In de pers lasen we dat het hoge kostenplaatje in Brussel eveneens te wijten zou zijn aan het gebrek aan thuiszorg en mantelzorg in de hoofdstad – een oude kwaal, zoals wij weten –, waardoor veel patiënten tijdens de therapie in het ziekenhuis moeten verblijven. Wie sneller in een ziekenhuis belandt en er ook langer blijft, betaalt natuurlijk meer.

Minister, beschikt u ook over cijfers die aantonen dat een gemiddelde kankerbehandeling in Brussel duurder uitvalt dan in Vlaanderen? Zo ja, hoeveel bedraagt het verschil? Kunt u dit verschil verklaren? In welke mate kunt u bevestigen dat het gebrek aan thuiszorg in Brussel aan de grondslag ligt van de hogere ziekenhuisfactuur, zoals in de pers te lezen stond?

Hebt u cijfers over het tekort aan thuiszorg in Brussel? Welke maatregelen overweegt u te nemen om de thuiszorg in Brussel uit te breiden en verder te ontwikkelen? In welke mate kunt u mee remediëren aan de moeilijke werkomstandigheden in Brussel? Een antwoord bieden is moeilijk, want het gaat om een zeer breed probleem dat met mobiliteit en veiligheid te maken heeft. Hebt u over het tekort in Brussel overlegd met de verschillende thuiszorgorganisaties?

Hebt u over dit vraagstuk overlegd met het bevoegde VGC-collegelid? Hebt u het probleem van de hoge kostprijs van kankertherapieën in het algemeen aangekaart op het federale niveau, opdat het probleem structureel zou worden aangepakt? Naar welke oplossingen hebt u zelf, op basis van uw eigen bevoegdheden, gezocht om de factuur te verlagen?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, minister, collega's, ik sluit mij graag aan bij de heer Delva. Het probleem is ruimer dan de kostprijs van kankerbehandelingen. De Vlaamse Liga tegen Kanker roept op om de kostprijs van kanker te drukken, maar ook andere uitgaven zijn te hoog, zeker in Brussel.

Enkele weken geleden heeft mijn verzekeringsmakelaar mij gezegd dat bij dezelfde maatschappij de prijzen van een hospitalisatieverzekering verschillen naargelang men in Brussel dan wel in de rest van Vlaanderen woont. De verschillen zijn aanzienlijk. Inwoners van Brussel – en misschien ook die van de Vlaamse Rand – betalen veel meer omdat de medische kosten er veel duurder zijn dan in de rest van Vlaanderen. Het gaat dan niet enkel over kanker maar over alle behandelingen, van een blindedarm tot een bevalling. Nochtans moet men in Antwerpen of Gent dezelfde handelingen stellen. Het lijkt me dus belangrijk dat u dit probleem onder de aandacht van uw toekomstige federale collega brengt en streeft naar een structurele oplossing. Die verschillen kunnen niet door de beugel.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Lies Jans: Voorzitter, minister, collega's, het is inderdaad belangrijk dat op basis van dit onderzoek over de kostprijs van kankerbehandelingen het probleem in een breder kader wordt geplaatst. In dat verband raad ik iedereen aan eens naar de website van N-VA-senator Louis Ide te gaan kijken. Daarop staan kostprijzen van behandelingen in Brusselse en Vlaamse ziekenhuizen. Vooral de ereloonsupplementen voor een behandeling in eenpersoonkamers verklaren de verschillen. In Brussel bedragen die 280 procent, in Vlaanderen daarentegen 108 procent. Supplementen voor eenpersoonkamers verschillen ook sterk: in Brussel is het gemiddelde 75,88 euro, in Vlaanderen is dat 29,05 euro. Misschien kunt u nog andere verklaringen aanreiken.

Thuiszorg is belangrijk. Vlaanderen zet enorm in op thuis ouder worden. In Brussel staat de thuiszorg erg onder druk. Ik voer dus een warm pleidooi om vanuit Vlaanderen de thuiszorg in Brussel te bevorderen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, in de studie van professor Pacolet wordt inderdaad de mogelijke link gelegd tussen de hogere ziektekostenfacturen in Brussel en een structureel gebrek aan thuiszorg. De hogere supplementen die worden aangerekend in een deel van de Brusselse ziekenhuizen, lijken alleszins het grootste deel van de verschillen te verklaren. De steekproef betrof echter slechts 79 personen. Volgens de studie ligt voor de totale subpopulatie de bruto eigen bijdrage in Brussel 48 procent hoger dan in Vlaanderen. Het is geweten dat in het algemeen de ereloonsupplementen, de eenpersoonkamer-supplementen en de aanrekeningen van medisch materiaal van ziekenhuis tot ziekenhuis nogal verschillen. De cijfers die mevrouw Jans citeert, gelden niet enkel voor de kankerbehandelingen. Van gewest tot gewest tekent men enorme verschillen op. Dat behoort evenwel niet tot onze bevoegdheden, maar tot de bevoegdheden van de federale overheid, de overlegstructuren voor de ziekenhuizen waar akkoorden tussen artsen en beheerders tot stand komen en de conventiecommissies van het RIZIV.

En dan is er de thuiszorg. In 2009 waren er zeven door de Vlaamse overheid erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg die 138.250,62 uur aan gezinszorg hebben verleend aan inwoners van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest. In 2010 waren er acht erkende diensten actief in het Brusselse Gewest, en werd ongeveer evenveel gezinszorg verleend: 137.643,13 uur. Dit jaar zijn er opnieuw zeven erkende diensten in het Brusselse Gewest actief. Ik verwacht dat in 2011 bijna 10.000 uur gezinszorg meer zullen worden gepresteerd dan in de vorige jaren. Op basis van een extrapolatie van de op dit ogenblik beschikbare cijfers – tot en met 31 augustus 2011 werd 97.702,77 uur gezinszorg verleend – zou het gaan om ongeveer 146.554 uur.

Bij de verdeling van de bijkomende uren gezinszorg – wat altijd gebeurt in overleg met de diensten – voorzie ik elk jaar in een voorafname voor gezinszorg in het Brusselse Gewest. In 2009 hebben de diensten die inspanningen deden om hun bestaande hulpverlening in het Brusselse Gewest uit te breiden of die hun werkingsgebied wilden uitbreiden tot dat gewest, extra uren ontvangen. Die diensten moesten vervolgens aantonen dat zij in een periode van twee jaar 80 procent van die extra uren konden realiseren. Bij de verdeling van de bijkomende uren van 2011 bleek echter dat geen enkele dienst daarin was geslaagd. Bijgevolg kon ik dit jaar geen bijkomende uren voor het Brusselse Gewest aan die diensten toekennen.

Op basis van die vaststellingen is het moeilijk om te zeggen of er in het Brusselse Gewest een tekort aan thuiszorg is, en zo ja, hoe groot dat is. Een verklaring voor het feit dat de diensten er niet in slagen om de voor het Brusselse Gewest toegekende uren volledig te benutten, kan zowel aan de aanbodzijde – de diensten slagen er niet in om in het Brusselse Gewest voldoende gekwalificeerd personeel te vinden – als aan de vraagzijde – de diensten krijgen te weinig hulpvragen van inwoners uit het Brusselse Gewest – te vinden zijn. Vermoedelijk gaat het zelfs om een combinatie van beide factoren.

De vragen en noden van de potentiële gebruikers van woonzorg in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, inclusief de thuiszorg, worden in kaart gebracht. De programmatie-studie over de woonzorg in Brussel is een gezamenlijk initiatief van de ministers Kir, Grouwels, Huytebroeck, Smet en mezelf. Die studie zal medio 2012 worden afgeleverd. Op basis van onder meer deze programmatiestudie, het behoefte-onderzoek van het Kenniscentrum Woonzorg Brussel en specifieke focusgroepen, wordt in december 2012 de Staten-Generaal Woonzorg Brussel georganiseerd. Dit forum wil een antwoord bieden op volgende vragen. Wat zijn de woonzorgnoden van de Nederlandstalige Brusselaars en hoe kunnen de door Vlaanderen erkende Brusselse woonzorgactoren tegen 2020 een kwalitatief en performant antwoord bieden? Welke zijn de kritische succesfactoren om dit doel te bereiken? De conclusies van de staten-generaal moeten op termijn leiden tot concrete beleidsaanbevelingen en een geactualiseerd masterplan voor Brussel.

Ik heb nog niet overlegd met de VGC. De Vlaamse Gemeenschap participeert actief aan de opmaak van een tweede kankerplan, dat vooral een federaal initiatief is. Hierin wordt aandacht besteed aan de kostprijs van de behandeling voor de patiënt. Zo is er het actiepunt dat een betere terugbetaling beoogt van de bijkomende kosten die verbonden zijn aan kankerbehandelingen. Maar dit is en blijft een federale bevoegdheid.

De heer Paul Delva: Ik dank u voor het antwoord. U bevestigt dat de twee door mij vermelde elementen wel degelijk het hoge prijskaartje in Brussel verklaren. Andere verklaringen voert u niet aan. Het gaat dus over de supplementen en de problemen met de thuiszorg. Ik weet natuurlijk dat de hoge supplementen niet tot hun bevoegdheidspakket behoren. Het blijft natuurlijk schrijnend dat de verschillen zo groot kunnen zijn. Ik hoop dat onze collega's van de federale overheid hier eens een goed debat over kunnen voeren, wat ik vind de toestand allesbehalve normaal.

Inzake de uren thuiszorg kampen we natuurlijk met een probleem dat al vele jaren bestaat. Als we kijken naar de gepresteerde uren in Brussel en we kijken ook naar de volledige programmatie, dan worden er jammer genoeg veel te weinig uren gepresteerd. U hebt daar een aantal redenen voor gegeven, zoals weinig vraag vanwege Nederlandstaligen, of toch vanwege mensen die in Brussel een beroep zouden kunnen doen op die thuiszorg. Al die diensten zitten daarmee, ze proberen er creatief mee om te gaan. Ik meen dat er ondertussen ook een vraag is van het Wit-Gele Kruis om actief te worden inzake thuis- en gezinszorg in Brussel. Het is misschien nuttig om binnenkort een gesprek met hen te hebben.

Wat mij getroffen heeft, is dat u zei dat het tekort aan thuiszorg in Brussel moeilijk te evalueren is. Het hangt natuurlijk af van hoe we dit bekijken. Als we ons baseren op de invulling van de programmatie, is er een immens probleem, los van de verdere evolutie van

de bevolking, want ook in Brussel zal er sprake zijn van een steeds toenemende vergrijzing, van vereenzaming, van mensen die al dan niet op jonge leeftijd in kansarmoede belanden. Er is een steeds grotere groep van senioren en die zit te wachten.

Ik begrijp uw antwoord, minister, ik kan er begrip voor opbrengen, maar het biedt weinig toekomstperspectief. Het blijft mijn grote bekommernis dat oudere mensen in Brussel, en zeker oudere zieke mensen, financieel gestraft worden wegens de plaats waar ze wonen. We hadden het vandaag al over billijkheid en rechtvaardigheid. De situatie valt moeilijk te rijmen met een aantal evidente principes waar ook de collega's achter staan.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: We moeten proberen om een objectief beeld te krijgen. De federale overheid, het RIZIV, is voor wat de betaalbaarheid betreft, uiteraard belangrijk. De supplementen en de kamersupplementen hebben niet alleen te maken met de federale overheid, maar met de conventies die worden afgesproken in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen (de Medicomut) en op andere plaatsen. Die hebben te maken met het concrete beleid van de betrokken ziekenhuizen. Het gaat om meer dan alleen een overheid die geresponsabiliseerd is of zou moeten zijn.

U verwijst naar het Wit-Gele Kruis. We moeten goed beseffen dat thuisverpleging bij de federale regelgeving zit. Er is een 'open end' terugbetalingssysteem. Wie de rapporten van de commissie Begroting van het RIZIV leest, zal zien dat het een post is die met 'open end' werkt. Het is iets anders als de diensten ook gezinszorg aanbieden, want dan komen ze in de Vlaamse regelgeving terecht. Het zijn twee verschillende logica's en twee verschillende financieringssystemen. Voor de thuisverpleging bestaat er eigenlijk geen budgettaire klem. Iemand die een zelfstandige verpleegkundige activiteit of dienst organiseert in Brussel, wordt terugbetaald door de ziekteverzekering. Er zit zeker geen rem op aan de kant van de overheid, die bezorgd is om de budgettaire risico's.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Katrien Schryvers tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het beleid ter ondersteuning van ouderen om te verhuizen naar kleinere en/of aangepaste woonentiteiten - 180 (2011-2012)

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Mevrouw Katrien Schryvers: Voorzitter, minister, collega's, mijn vraag gaat over de vrijstelling van successierechten ten voordele van de langstlevende partner voor de nettowaarde van de gezinswoning. Het is een vrijstelling die werd ingevoerd bij het decreet van 7 juli 2006. Vanzelfsprekend waren de bedoelingen heel nobel, namelijk om zeker te garanderen dat de langstlevende partner niet zou moeten overgaan tot de verkoop van de gezinswoning om de successierechten te kunnen betalen. De vrijstelling voor de gezinswoning wordt beoordeeld op het ogenblik van overlijden van de eerststervende. Beide partners moeten op dat ogenblik de gezinswoning effectief bewonen.

Het decreet voorzag destijds al in een aantal uitzonderingen, zoals wanneer de hoofdverblijfplaats van één of beide betrokkenen werd verplaatst naar een rust- of verzorgingsinstelling, een serviceflatgebouw of een woningcomplex met dienstverlening. Men heeft toen dus al oog gehad voor de situatie van zorgbehoevende ouderen wanneer één van de twee partners opgenomen diende te worden in een woonzorgcentrum.

Er zijn echter ook heel wat andere gevallen die buiten beschouwing bleven, zoals de omvorming van een woning naar een zorgwoning of wanneer mensen hun grote woning verkopen voor de verhuis naar een appartement of kleinere woning, of wanneer zij

bijvoorbeeld instappen in een aangepaste woonvorm op basis van een obligatiesysteem. In dat laatste geval wordt de verkoopprijs van de woning tot het actief van de nalatenschap gerekend, wat betekent dat de langstlevende partner successierechten moet betalen op de waarde van het huis, iets wat hij of zij niet had moeten doen als dat niet verkocht zou zijn. Hetzelfde geldt dus voor wie de gezinswoning verkoopt om het wonen in een serviceflat of een andere, kleinere en meer aangepaste woning te bekostigen.

De uitzonderingen waarin het decreet voorziet, zijn uitzonderingen waarbij men wegens een aantal gezondheidsredenen of zorgredenen verhuist naar een andere woning, maar waarbij de gezinswoning effectief in eigendom blijft. In antwoord op een vraag van mij, antwoordde de minister van Financiën immers dat de gezinswoning zich nog daadwerkelijk in het actief van de nalatenschap moet bevinden, opdat de langstlevende partner zou kunnen genieten van de vrijstelling van successierechten.

Op die manier kan het decreet van 7 juli 2006, wellicht ongewild, de verhuis van ouderen naar kleinere woonentiteiten afremmen, terwijl dit zelfstandig, maar kleiner wonen vanuit andere beleidsdomeinen juist gepromoot wordt.

Minister, kent u het probleem? Hoe staat deze regelgeving in verhouding tot de beleidsdoelstellingen dat ouderen op een vlotte manier en ongeremd moeten kunnen kiezen voor een aangepaste woning of moeten kunnen doorstromen naar een zorgwoning of serviceflat?

Zijn aanpassingen aangewezen? Zult u daartoe initiatieven nemen in overleg met de minister van Financiën?

De voorzitter: De heer Strackx heeft het woord.

De heer Felix Strackx: Voorzitter, collega's, het decreet van 7 juli 2006 is geen goed decreet. We hebben ons daar destijds tegen verzet omdat het het begrip 'gezinswoning' heel eng interpreteerde. Er zijn een aantal anomalieën waaraan dringend iets moet worden gedaan. Eén ervan is dat men bejaarde mensen dwingt om de woning die ze bezitten en waar ze al dan niet in wonen, in eigendom te behouden, ook al willen of kunnen ze dat niet omdat aan die woning veel onderhoud en veel kosten zijn. Mensen worden eigenlijk gedwongen om de woning in bezit te houden.

Ik ga daar nu niet dieper op in, ik wil alleen maar zeggen dat we hier in de commissie Algemeen Beleid al verschillende keren over gesproken hebben. Ik heb zelf al een aantal voorstellen van decreet ingediend om aan die anomalieën in het decreet van 7 juli 2006 te remediëren. Het is alleen spijtig dat er geen beweging in de meerderheid te krijgen is. Minister Muyters heeft een studiegcommissie in het leven geroepen om een aantal dingen die niet goed zijn aan de bestaande decreetgeving in het algemeen, te regelen. Die studiegcommissie heeft een rapport uitgebracht, maar verder gebeurt er blijkbaar niets mee. Het ligt stil. Ik weet niet waarom, ik kan alleen maar vermoeden dat de meerderheid onderling verdeeld is. Ik wil nog eens vragen aan de voorzitter van de commissie Algemeen Beleid om mijn voorstellen van decreet te agenderen, want ze remediëren aan het probleem dat door mevrouw Schryvers onder de aandacht werd gebracht.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, dames en heren, ik heb met aandacht de duiding van mevrouw Schryvers gelezen met betrekking tot de toepassing van het decreet van 7 juli 2006 waarbij een vrijstelling van successierechten ten voordele van de langstlevende partner voor de nettowaarde van de gezinswoning werd ingevoerd.

Zoals u aanhaalt, mevrouw Schryvers, wordt de vrijstelling voor de gezinswoning beoordeeld op het ogenblik van overlijden van de eerststervende. Als algemene regel geldt dat beide partners op het ogenblik van het overlijden de gezinswoning effectief moeten bewonen. Voor de residentiële ouderenvoorzieningen bevat het decreet hierop echter een aantal

uitzonderingen, zoals wanneer de hoofdverblijfplaats van één of beide betrokkenen werd verplaatst naar een woonzorgcentrum, een serviceflatgebouw of een woningcomplex met dienstverlening.

Uit het inschrijven van deze uitzonderingen in het decreet, blijkt overduidelijk dat de wetgever hierbij reeds voldoende aandacht heeft geschonken aan de specifieke toepassingsmodaliteiten voor de situatie waarbij één of meer betrokkenen al dan niet tijdelijk naar een residentiële ouderenvoorziening moet verhuizen.

Mijn collega van Financiën heeft u reeds geantwoord dat, opdat de langstlevende partner zou kunnen genieten van de vrijstelling van successierechten, de gezinswoning zich nog daadwerkelijk in het actief van de nalatenschap moet bevinden. Als de woning echter wordt verkocht, wordt de verkoopprijs van de woning tot het actief van de nalatenschap gerekend, wat betekent dat de langstlevende partner daarop successierechten zal moeten betalen.

Deze algemene regeling geldt trouwens voor alle situaties, ongeacht de leeftijd van de betrokkene en ongeacht wat de beweegredenen zijn om de woning te verkopen, dus ook voor de situatie waarbij de overlevende partner, al dan niet oudere, beslist om zijn woning te verkopen en hetzij een kleinere, aangepaste woning te kopen of te huren, hetzij zijn intrek heeft genomen in een residentiële ouderenvoorziening. Ik moet u echter meedelen dat er mij tot op heden nog geen problemen gesignaleerd werden met betrekking tot de toepassing van deze regelgeving.

Ik ben er mij van bewust dat de toepassing van het decreet van 7 juli 2006 voor sommige ouderen mogelijk ongewild een financiële rem zou kunnen vormen voor ouderen om te kiezen voor een kleinere, aangepaste woning of om door te stromen naar een residentiële ouderenvoorziening. Dit kan als gevolg hebben dat een alleenstaande oudere in een te grote onaangepaste woning blijft wonen waarin het niet altijd evident is om de aangewezen zorg en dienstverlening optimaal te verlenen.

Ook vanuit de invalshoek van het beleidsdomein Wonen, vermoed ik dat dit zou kunnen betekenen dat oudere, grote woningen minder snel beschikbaar zijn op de woningmarkt voor jonge gezinnen en dat ze mogelijk zelfs minder snel aangepast en gemoderniseerd worden, onder meer in het kader van de beleidsdoelstellingen die hierover geformuleerd werden door de Vlaamse Regering en de bevoegde minister.

De gesignaleerde problematiek dient derhalve een oplossing te krijgen binnen het beleidsdomein Wonen, en ik nodig het geacht lid dan ook uit om de problematiek bij mijn collega's van Financiën en van Wonen aanhangig te maken, teneinde aanpassingen aan de regelgeving te bepleiten waar dit nodig wordt geacht. In de mate dat daarbij een inbreng vanuit het mijn beleidsdomein nodig zou zijn, ben ik uiteraard bereid om daaraan mee te werken.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Mevrouw Katrien Schryvers: Voorzitter, ik dank de minister voor zijn antwoord en voor het feit dat hij erkent dat dit problemen zou kunnen creëren, die vanzelfsprekend ongewild waren op het moment van de totstandkoming van het decreet. Ik zal de suggestie van de minister volgen om er ook andere ministers verder over te ondervragen en om te zien hoe een oplossing kan worden verkregen.

Mijnheer Strackx, die oplossing kan er ofwel komen via een globaal kader na de studiegcommissie ofwel via een individueel initiatief.

De voorzitter: De heer Strackx heeft het woord.

De heer Felix Strackx: Voorzitter, ik vind het nogal erg. Mevrouw Schryvers heeft het over een onbedoeld neveneffect van het decreet. Ik heb dat toen allemaal gezegd in de commissie! *(Opmerkingen van mevrouw Katrien Schryvers)*

Mevrouw Schryvers, u moet nu niet doen alsof u het nog niet wist.

De laatste opmerking van de minister vind ik een beetje cynisch. Hij zegt dat het parlement zijn collega's van de Vlaamse Regering maar moet aanporren. Het lijkt me een stuk gemakkelijker als de minister zijn collega's zou aanporren om in beweging te komen. Ik wil dit wel doen als parlements lid, maar ik denk dat het toch wel gemakkelijker is vanuit de regering zelf.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de werking van de regionale prioriteitencommissies - 192 (2011-2012)

De voorzitter: Mevrouw Stevens heeft het woord.

Mevrouw Helga Stevens: Voorzitter, minister, collega's, ik heb een nogal technische vraag over de werking van de regionale prioriteitencommissies.

Recent kreeg ik veel signalen uit het werkveld en van verontruste ouders over hun ervaringen met de regionale prioriteitencommissies. Ik geef hier twee van belang zijnde taken weer van de regionale prioriteitencommissies zoals ze staan in het Zorgregiebesluit van 17 maart 2006, zoals gewijzigd door het besluit van de Vlaamse Regering van 18 februari 2011. Artikel 8/2 van het Zorgregiebesluit bepaalt dat de regionale prioriteitencommissie onder meer op verzoek van de contactpersoon een zorgvraag erkent als prioritair te bemiddelen zorgvraag overeenkomstig de richtlijnen die vastgesteld zijn door het agentschap na het advies van de permanente cel en advies geeft aan het agentschap over de toelaatbaarheid van een opname door een voorziening die afwijkt van de bepalingen van artikel 18, tweede lid.

Artikel 18, tweede lid van het Zorgregiebesluit bepaalt dat een voorziening een persoon met een handicap kan opnemen als die behoort tot de hoogst voorkomende prioriteitengroep op de lijst met kandidaten en/of beantwoordt aan de profielbeschrijving van personen voor wie de open plaats is bedoeld, die door de voorzieningen werd vastgesteld in de centrale gegevensbank.

Minister, ik vernam dat de regionale prioriteitencommissies inderdaad zorgvragen erkennen als 'prioritair te bemiddelen zorgvragen', maar soms voor een andere dan de gevraagde zorgvorm of soms niet als 'prioritair te behandelen zorgvraag'. Deze wijziging naar een andere zorgvorm wordt echter niet rechtstreeks gecommuniceerd naar de betrokkene of zijn/haar vertegenwoordiger, met als gevolg dat deze niet in beroep kan gaan tegen deze beslissing. Soms ook verneemt de familie pas heel laat wat er is beslist. Ik vind dat een vreemde gang van zaken en dat het niet echt van klantvriendelijkheid of transparantie getuigt.

Minister, klopt het dat deze beslissing nooit rechtstreeks wordt meegedeeld aan de betrokkene? Waarom niet? Aan wie wordt de beslissing van de regionale prioriteitencommissie dan wel meegedeeld? Wordt deze beslissing gemotiveerd? Hoe wordt dan uiteindelijk de betrokken persoon met een handicap, degene om wie het toch draait, of zijn/haar vertegenwoordiger geïnformeerd en gebeurt dit op formele wijze? Wat met de inspraak van de betrokkene zelf of zijn/haar vertegenwoordiger?

Wanneer wordt een zorgvraag 'prioritair te bemiddelen'? Op basis van welke criteria gebeurt dat? Is er in een duidelijke procedure voorzien zodat iedereen de spelregels kent? Mij lijkt deze procedure niet erg transparant, zodat er een gevoel van willekeur en ondoorzichtigheid ontstaat. Hoe zult u dat gevoel van willekeur en ondoorzichtigheid wegnemen?

Ik ben nieuwsgierig naar uw antwoord.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borghet heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borghet: Voorzitter, minister, collega's, ik wil me graag aansluiten bij de vraag van mevrouw Stevens.

Ik was gisteren in Leuven op een infoavond van het Vlaams Gebruikersoverleg voor Personen met een Handicap (VGPH). Het ging over 'Mijn woonst, mijn toekomst... voor personen met een handicap'. Het was ook voor mij nog een nuttige avond om mijn oor te luisteren te leggen.

Tot mijn verbazing moest ik vaststellen dat er nog heel veel mensen zijn die er totaal geen weet van hebben waarop ze recht hebben. Wat communicatie betreft, kunnen we dus nog een tandje bijsteken, bijvoorbeeld in samenwerking met de mutualiteiten. Ze hebben een belangrijke rol om mensen wegwijs te maken van mensen in wat voor hen soms een wirwar van administratieve rompslomp is.

We hebben het daar ook gehad over de problematiek van de zorgregie en wat er allemaal komt bij kijken. Een van de conclusies was dat er in het kader van het Zorgregiebesluit voor hen toch twee pijnpunten bleven. Het eerste pijnpunt is de problematiek van de wachtlijsten en het 'blijven verdelen van de schaarste'. Zoveel mensen hebben een zorggraad gekregen en kregen een prioritaire doelgroep toebedeeld, maar ze blijven maar wachten.

Een tweede pijnpunt was de zoektocht naar de gepaste ondersteuning. Ook hier moeten we een tandje bijsteken.

Ik weet dat de middelen schaars zijn en dat u doet wat u kunt en dat er ieder jaar wel wat middelen bijkomen, maar het blijft een druppel op een hete plaat. 5000 mensen staan te wachten voor een persoonlijkeassistentiebudget (PAB) en volgend jaar zullen er daarvan maximum 350 een budget krijgen. Het pakt de problematiek ten gronde niet aan. Wat ben je met een regionale prioriteitencommissie als je met je prioriteit toch niets kunt doen?

Minister, ze toonden er een slide die me zal bijblijven. De persoon op de slide vraagt zich af waarom er een contactpersoon, een vraagverduidelijker, een zorgcoördinator, een trajectbegeleider, een zorgconsulent nodig is om toch maar op de wachtlijst te blijven staan. Het illustreert wat de sector meemaakt. We creëren heel veel, maar de mensen weten niet wat er allemaal bestaat en ze blijven maar geconfronteerd worden met de wachtlijsten.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Voorzitter, minister, collega's, ik wil me aansluiten bij mevrouw Stevens, die een specifieke en technische vraag stelt over de prioritaire te bemiddelen zorgvraag, de vroegere knelpunt dossiers.

De prioritaire te bemiddelen zorgvraag en de rol van de regionale prioriteitencommissie worden toegelicht in een omzendbrief van 26 oktober 2010. Ik heb die voor de gelegenheid nog eens nagelezen. Ik heb nog een aantal aanvullende vragen.

In de omzendbrief wordt duidelijk gesteld dat de nieuwe en eenvoudige prioriteitsbepaling nodig is om de meest urgente zorgvragen duidelijker naar boven te kunnen halen. Hierbij zouden de meest prioritaire zorgvragen in gezamenlijk overleg worden aangeduid. Het opzet was om tegen het najaar 2011 – nu dus ongeveer – dit proces af te ronden. Minister, wat is de stand van zaken van deze nieuwe prioriteitsbepaling voor zorgvragen?

Mevrouw Stevens spreekt over de toewijzing aan een andere dan de gevraagde zorgvorm. In de omzendbrief wordt er heel duidelijk gesproken over quota die per zorgvorm worden bepaald. Minister, zijn die quota per zorgvorm al bepaald en worden ze al gehanteerd? Zijn ze voldoende ingeschat? Het is belangrijk dat we vermijden dat de vraag de quota overstijgt, want dan hebben we opnieuw te maken met een trechter.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Voorzitter, collega's, vooreerst wil ik erop wijzen dat de regionale prioriteitencommissies (RPC) binnen de regionale overlegnetwerken gehandicaptenzorg zich momenteel in een opstartfase bevinden. Deze opstartfase kan inderdaad gepaard gaan met enkele kinderziekten. Gezien de complexe, nieuwe opdrachten die deze RPC's krijgen, zullen ze enige tijd nodig hebben om de nodige expertise uit te bouwen. Ik deel uw bezorgdheid en zal er de komende maanden, samen met de veranderingsmanager, op toezien dat de werking van de regionale prioriteitencommissies op een goede manier uitgebouwd wordt, zodat ze de hen toevertrouwde opdrachten op een efficiënte, transparante maar vooral rechtvaardige wijze zullen uitvoeren.

De installatie van de RPC's is een cruciaal element in de uitbouw van de collectieve regionale verantwoordelijkheid. Zij moeten er immers voor zorgen dat de meest dringende zorgvragen aangeduid worden. Die worden dan prioritair. Voorzieningen moeten bij een opname kiezen uit de prioritaire dossiers. Om de opnamekansen voor deze prioritaire vragen te maximaliseren, wordt het aantal dossiers dat als prioritair kan aangeduid beperkt. Op deze manier verschuift de verantwoordelijkheid van het opnamebeleid binnen de voorzieningen voor een stuk naar het regionale niveau.

Daarnaast duiden de RPC's binnen het beschikbare budget kandidaten aan voor een persoonsvolgend convenant. Hier wordt expertise opgedaan in de prioritering van de zorgvragers bij de toekenning van persoonsvolgende middelen.

Uit de evaluatie van de werking van de RPC's zullen belangrijke conclusies kunnen worden getrokken voor het stellen van prioriteiten binnen het uit te werken systeem van persoonsvolgende financiering.

De samenstelling van de commissies waarborgt mijns inziens dat het risico op het ontstaan van willekeur minimaal is. De commissie is immers samengesteld uit een evenredige vertegenwoordiging van de VAPH-diensten (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap) en -voorzieningen, de verwijzende instanties en de vertegenwoordigers van de gebruikersorganisaties, aangevuld met de coördinator zorgregie van het VAPH en ondersteund door de provinciale coördinatiepunten handicap.

De RPC's dienen op regelmatige tijdstippen over hun werkzaamheden te rapporteren bij de provinciale stuurgroep van het regionaal overlegnetwerk gehandicaptenzorg (ROG) en deze bevindingen zullen op Vlaams niveau teruggekoppeld worden in de permanente cel zorgregie. De permanente cel en de coördinatoren zorgregie waken over een afstemming van de verschillende procedures op Vlaams niveau.

Het is inderdaad niet het mandaat van de regionale prioriteitencommissie om de zorgvraag van de cliënt te wijzigen. In de praktijk zien we echter dat momenteel niet steeds voldoende vraagverheldering voorafgaat aan het registreren van een zorgvraag. Om hieraan tegemoet te komen, worden momenteel de zogenaamde 'diensten ondersteuningsplan' opgericht. Als een persoon met een beperking zijn ondersteuningsnoden in kaart wil brengen, zullen deze diensten de persoon kunnen ondersteunen bij het verhelderen van deze vraag. Dat is een belangrijke stap in de richting van meer vraaggestuurde zorg en moet er ook voor zorgen dat de zorgvraagregistratie meer aansluit bij de reële ondersteuningsnoden.

In het kader van de zorgregie is de contactpersoon zorgregie verantwoordelijk voor de belangenbehartiging van de cliënt. Hij of zij staat ook in voor het op de hoogte houden van de zorgvrager over de stand van zaken van zijn/haar dossier, dus ook voor de terugkoppeling van de beslissing van de regionale prioriteitencommissie. De beslissingen van deze commissie worden geregistreerd in de webapplicatie zorgregie, waar ook de motivatie van de beslissing genoteerd wordt. Op eenvoudige vraag aan de contactpersoon of aan het coördinatiepunt handicap kan de zorgvrager een mail of afdruk krijgen, waarin alle gegevens staan die over de persoon in de applicatie zorgregie bijgehouden worden.

Mevrouw Jans, ik denk niet dat we al gegevens hebben. U zult wel begrijpen dat het integreren van de toewijzing van het PAB in het systeem ook nog een heel proces is. U weet dat we de nodige schikkingen treffen. Naarmate we meer en meer in de richting van het vraaggestuurde gaan, is de mening en de visie van de betrokkene op zijn zorgvraag essentieel. In die zin begrijp ik ook de vraag van mevrouw Stevens. Het is niet de bedoeling dat zorgvragen worden gewijzigd zonder overleg met de betrokkene of zijn contactpersoon.

Mevrouw Helga Stevens: Ik dank u voor het zeer duidelijke en ook zeer technische antwoord. In de praktijk is het wel zo dat ouders verontwaardigd zijn. Zij zeggen mij dat zij een bepaalde zorgvraag stellen, maar een ander type van zorg aangeboden krijgen. Kunt u daaraan iets doen? U zegt dat men geen mandaat heeft om de zorgvraag te wijzigen. In de praktijk gebeurt het wel. Bovendien is het zo dat de betrokken families de boodschap krijgen dat zij niet lastig moeten doen. Hoe moeten de mensen omgaan met dergelijke delicate situaties? De mensen hebben met de zorgbehoevende het beste voor, en vrezen dat zij niets zullen krijgen als zij 'lastig' doen.

Ik heb begrepen dat men de zorgvraag enkel na overleg met de betrokkene kan wijzigen. Ik mis evenwel duidelijke afspraken over de rol van de contactpersoon. Is die voldoende onafhankelijk? Ik heb begrepen dat nogal wat contactpersonen banden met instellingen hebben. Er is sprake van belangenvermenging. Is een wijziging van de zorgvraag niet dikwijls het gevolg van het feit dat een instelling geen plaats heeft om aan de vraag te beantwoorden, en de vraag op die manier wijzigt dat een plaats kan worden opgevuld? Men werkt dan aanbodgestuurd, en niet vraaggestuurd. Misschien is het mijn slecht karakter dat deze bedenking oproept. Hoe kan men de onafhankelijkheid van de contactpersonen verzekeren? En welke instrumenten heeft een persoon met een handicap en zijn familie om zicht te krijgen op de werking van de regionale prioriteitencommissie? Zij zijn daar niet bij betrokken, hoewel het wel over hem of haar gaat.

De contactpersoon moet de beslissing meedelen, maar er zijn geen regels over de manier waarop dat moet gebeuren. Ik zou het vanzelfsprekend vinden dat elke beslissing wordt meegedeeld aan de betrokkene en de familie. Ik begrijp dat het systeem nog jong is. Er zijn kinderziektes. Ondertussen is het wel zo dat mensen met vreemde situaties worden geconfronteerd. Bovendien is het zo dat de website van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) nog niet aan de nieuwe situatie is aangepast. De informatiedoorstroming die het VAPH organiseert, is niet optimaal en niet klantvriendelijk. Ik wil u vragen om daaraan te remediëren.

Minister Jo Vandeurzen: Ik begrijp een aantal van de vragen. Stilaan belanden wij in een belangrijk transitieproces, in de richting van een vraaggestuurd systeem. De prioriteitencommissies bestaan nog niet zo lang. De PAB-toewijzingen zullen in het systeem worden geïntegreerd. De zorgvragen zelf moeten worden verduidelijkt. De diensten moeten in volle onafhankelijkheid verduidelijkingen kunnen aanbrenge. Mevrouw Stevens heeft gelijk: naarmate het proces vordert, zullen wij moeten evalueren en nagaan of de besluitvorming transparant is en de betrokkenheid van alle actoren voldoende groot.

Ik denk niet dat het zal uitdraaien op een toestand waarbij een familie zegt wat zij nodig heeft en daaraan dan niet meer mag worden getornd. Dat is het andere uiterste. Het zal om een proces gaan, waarbij de vraag die steunt op de eigen inzichten, moet worden verhelderd, in het licht van wat de adequate antwoorden van de reguliere zorg kunnen zijn. Vandaag zitten wij in een evoluerende toestand. Ik pleit er dus voor om nog even de tijd te nemen, en ook om met de veranderingsmanager op Vlaams niveau na te gaan hoe de zaken evolueren. Een en ander moet zeker worden bijgestuurd, en dat zal gebeuren na een evaluatie.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over beeldvorming in de geestelijke gezondheidszorg - 193 (2011-2012)

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck: Voorzitter, minister, collega's, op 10 oktober had de Werelddag voor Geestelijke Gezondheid plaats. Bedoeling van deze dag is de geestelijke gezondheid in al zijn facetten bij het grote publiek kenbaar te maken. Ook in de media en via andere fora wordt de nodige aandacht besteed aan correcte informatie over en beeldvorming van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. Verschillende verontrustende cijfers over geestelijke gezondheid tonen aan dat aandacht hiervoor broodnodig blijft. Ons land is en blijft koploper in Europa wat bijvoorbeeld het aantal zelfdodingen en geestelijke gezondheidsproblemen betreft. Dat zegt veel over onze prestatie maatschappij en de manier waarop we met deze problemen omgaan.

Het blijft een feit dat in onze samenleving deze problemen moeilijk bespreekbaar zijn en blijven. Een omgang met geestelijke gezondheidsproblemen die stigma's en discriminaties bestrijdt, is moeilijk. Die problemen vormen een reuzegroot taboe. Een constructieve beeldvorming is een belangrijke opdracht van een geestelijk gezonde samenleving. Ondanks de vele inspanningen van de verschillende organisaties en de Vlaamse overheid en de terbeschikkingstelling van hulpinstrumenten kan er echter geen significante trendbreuk in de beeldvorming worden vastgesteld. Deze problemen blijven gehuld in een sluier van stilzwijgen.

De Vlaamse Regering moet in dezen een voortrekkersrol blijven spelen. Als minister van Welzijn hebt u in uw actieplan geestelijke gezondheidszorg voldoende aandacht voor de beeldvorming en preventie. Zo opteert u in uw beleid voor één grootschalig beeldvormingsproject over geestelijke gezondheid voor geheel Vlaanderen. Daarbij rekent u op de samenwerking met verschillende partners. Via de inbreng van familieverenigingen rekent u op een bijdrage tot de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. In uw plan kondigt u aan om het beeldvormingsproject structureel in te bedden, onder meer via de uitbouw van een sociaal inclusiebeleid, over de beleidsdomeinen heen.

Minister, kunt u een stand van zaken geven over het beeldvormingsproject over geestelijke gezondheid? Hoe zal de investering van de Vlaamse overheid zich verhouden tot de inbreng van andere investeerders? Welke partners worden bij het project betrokken? Welke acties werden al ondernomen voor de uitbouw van het aangekondigde sociaal inclusiebeleid? Met welke collega's van de Vlaamse Regering hebt u hierover al overlegd, en wat leverde dat op? In welke mate denkt u dat een beleidsdomeinoverschrijdende aanpak over beeldvorming aanleiding kan geven tot een andere kijk op geestelijke gezondheidsproblemen in onze samenleving?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, minister, collega's, deze vraag is terecht. Al jaren horen wij hier zeggen dat geestelijke gezondheidszorg uit de taboesfeer moet worden gehaald. Ik beweer niet dat u nog niets hebt ondernomen, maar u moet een tandje bijsteken. De cijfers tonen aan dat de problemen toenemen. Concrete acties kunnen mensen erg ondersteunen. Ik dring dan ook aan op acties die op het terrein iets in beweging brengen.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Mevrouw Katrien Schryvers: Voorzitter, minister, collega's, ik onderschrijf de stelling dat het probleem groot is. Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen dragen nog al te vaak een stigma. Vlaanderen heeft beleidsmatig een voortrekkersrol te spelen. Het is wel een verantwoordelijkheid over alle beleidsdomeinen en bevoegdheidsdomeinen heen, van de

federale overheid tot de lokale overheden. Hoe wilt u ervoor zorgen dat al die actoren een tandje zullen bijsteken?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, ik ben het vaak eens met de commissieleden, maar op dit punt maak ik toch een ietwat andere analyse. De Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid (VVGG) en het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Annendael zijn, op mijn vraag, gaan samenwerken om een grootschalig beeldvormingsproject geestelijke gezondheid uit te werken. Beide organisaties hebben, samen met een campagnebureau, dit jaar een campagneplan met bijhorende strategieën opgesteld. De kernboodschap van de campagne is dat men zorg moet dragen voor zijn geestelijke gezondheid.

Mensen voelen zich goed in hun vel wanneer draagkracht en draaglast in evenwicht zijn. Soms raakt dit evenwicht verstoord, wegens aangeboren of contextuele redenen. De boodschap is dan ook: draag zorg voor je eigen geestelijk welbevinden en zoek hulp wanneer dit nodig is. Daarnaast vraagt men in de campagne ook zorg te dragen voor anderen in onze omgeving, los van vooroordelen.

Momenteel zijn de VVGG en het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Annendael de samenwerking juridisch aan het verankeren. Zij zullen een associatieovereenkomst afsluiten. Dat betekent evenwel niet dat er op het plak van de beeldvorming – die belangrijk is – niets gebeurt. Het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Annendael heeft met het concept 'Te Gek!?' projecten lopen die inzake beeldvorming een erg relevante campagne opleveren. Die campagne is in vele media aanwezig. Ik bewonder die mensen dat zij er zo goed in slagen om kranten, radio en tv te halen.

Er is een reeks op Canvas waarbij ik vanuit de Vlaamse overheid ook een kleine budgettaire inspanning doe voor de backoffice. Op die manier kunnen antwoorden worden gegeven aan mensen die na zo'n uitzending met vragen zitten. Het is een geheel aan acties, en ik denk dat ze niet onopgemerkt voorbijgaan.

Voor volgend jaar voorzien we in extra middelen voor het beeldvormingsproject, naast de middelen die de VVGG reeds van de Vlaamse overheid ontvangt. Van meet af aan is ook Cera betrokken partij. In het verleden heeft Cera al projecten gesubsidieerd die het taboe rond geestelijke gezondheidszorg willen wegwerken, bijvoorbeeld de Anders Gewoon-projecten. Cera heeft het campagneplan goedgekeurd en heeft zich geëngageerd om hier de komende jaren aan mee te werken. We proberen ervoor te zorgen dat alle actoren zich in 2012 achter een gemeenschappelijke inspanning kunnen scharen en ik meen dat we daarin zullen slagen.

Het campagneplan 'beeldvorming' wordt vanaf 2012 opgezet. Met betrekking tot acties in de uitbouw van het sociaal inclusiebeleid voor personen met psychische problemen, verwijs ik graag naar de tien wonen-welzijnprojecten die ik samen met mijn collega Van den Bossche heb opgezet en die onlangs door de Vlaamse Regering werden goedgekeurd. Ik verwijs ook naar de conceptnota die werd goedgekeurd met betrekking tot projecten in uitvoering van de afspraken Wonen-Welzijn. Daar zijn heel mooie projecten bij, die de toegankelijkheid van de huisvesting voor patiënten, ex-psychiatrische patiënten, de ondersteuning en de begeleiding vanuit de CAW's en de centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg's) voor ogen hebben.

Aan de andere kant is er – en dat is even belangrijk – het akkoord over een nieuw model van arbeidszorg, dat ik samen met mijn collega's Muyters en Van den Bossche heb ontwikkeld. Dat laatste is ook belangrijk, want dat gaat over de vraag hoe mensen die moeilijk bemiddelbaar zijn op de arbeidsmarkt, toch op een bepaalde manier begeleid en omkaderd kunnen worden. Het is heel belangrijk dat er nu voor het eerst sinds lang een akkoord is over dit concept. Nu is een adviesronde bezig.

Beide projecten gaan ervan uit dat rond geestelijke gezondheidszorg, de toegankelijkheid van de zorg en de vermaatschappelijking van de zorg, een aantal initiatieven ontwikkeld moeten

kunnen worden. De projecten sluiten dan ook goed aan bij de huidige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg die momenteel aan de gang is via de artikel 107-projecten in samenwerking met federaal minister Onkelinx – want zij heeft daarvoor de belangrijkste hefboomen in handen. Dat mag niet onderschat worden. Op het terrein is men volop bezig met het voorbereiden van de transformatie waarbij intermurale psychiatrische zorg kan worden omgezet in ambulante zorg. Ik hoop dat ook in de begroting van het RIZIV 2012 de middelen beschikbaar zullen zijn om de reeds goedgekeurde projecten die niet op het budget van 2011 konden worden gealloceerd, kansen te geven. Op basis van wat ik daarvan weet, gaat het de goede richting uit. Dat zou betekenen dat we een belangrijke stap zetten voor de hervorming van het landschap in de psychiatrische zorg. De idee van korter op de bal spelen en meer ambulante toegankelijkheid worden daarmee al een stuk realistischer.

De kijk op personen met psychische of psychiatrische problemen, zal inderdaad alleen maar veranderen als we ook andere beleidsdomeinen betrekken bij het campagneplan. Geestelijke gezondheidszorg belangt immers iedereen aan. Ik denk in de eerste plaats aan het betrekken van de beleidsdomeinen Werk, Wonen en Onderwijs. Met Onderwijs heb ik reeds een samenwerking rond de preventiecoaches geestelijke gezondheidszorg in het kader van het Vlaamse actieplan suïcide. De preventiecoaches zijn momenteel actief in meer dan 150 secundaire scholen in Vlaanderen – dat is een enorm aantal. In het kader van het facettenbeleid bereidt het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid een intentieverklaring voor tot beleidsdomeinoverschrijdende samenwerking inzake preventie, en geestelijke gezondheid zal daar zeker deel van uitmaken.

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Mevrouw Godderis-T'Jonck: Minister, dank u voor uw antwoord. Ik vind het goed dat er vanuit de Vlaamse Regering voldoende aandacht wordt geschonken aan beeldvorming, aan geestelijke gezondheidsproblematiek en aan het verminderen van de discriminatie.

Ik heb toch een kleine kanttekening. U trekt volgend jaar 200.000 euro uit voor de beeldvormingscampagne geestelijke gezondheidszorg, maar volgens cijfers heeft een op vier Vlamingen in zijn of haar leven te kampen met geestelijke gezondheidsproblemen. Ik vind het bedrag nog niet overdreven veel. Met het project wordt een aanzet gegeven, maar ik hoop dat de Vlaamse Regering er verder in investeert.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Mevrouw Katrien Schryvers: Minister, ik dank u voor uw antwoord. We stellen hier wel vragen, maar ik meen dat we mogen vaststellen dat er de voorbije jaren al heel wat geëvolueerd is. Tien of twintig jaar geleden werden mensen met geestelijke gezondheidsproblemen nog veel minder begrepen. Nu kan er al veel opener over gepraat worden en is er al veel meer begrip voor.

Anderzijds is de druk op mensen momenteel veel groter en lopen er meer mensen dan vroeger het risico om getroffen te worden door geestelijke gezondheidsproblemen. We zullen dus nooit een eindpunt bereiken en daarom moeten we zeker verder gaan met de beeldvorming. Er zijn al mooie projecten. We hebben niet vaak de tijd om 's avonds naar de tv te kijken, maar ik ben er al eens in geslaagd om een aflevering van 'Te gek' te zien en ik was heel erg onder de indruk.

Voorzitter, ik weet niet of ik een bijkomende vraag mag stellen aan de minister. Hij heeft iets verteld over het project Wonen-Welzijn voor mensen met psychiatrische problemen die gehuisvest en begeleid worden. Beeldvorming heeft natuurlijk niet alleen te maken met de patiënt zelf, maar vooral met de anderen en hoe zij ertegenaan kijken. Geldt de begeleiding ook voor de omgeving, minister? Richt men zich ook tot de omgeving of gaat het alleen maar over wie er zelf komt wonen? De omgeving is een belangrijk aandachtspunt in het kader van de beeldvorming.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik ken de concrete invulling niet van alle projecten, er werden er een paar aan mij voorgesteld. Ik meen dat we het als volgt mogen samenvatten. Vanuit Welzijn besteden we vooral aandacht aan het begeleiden van de betrokkenen. Wellicht kan er vanuit de sociale huisvestingsmaatschappijen ook gezocht worden naar een draagvlak in de buurt, in de omgeving.

Laten we kijken naar een gemeente die een heel mooi voorbeeld geeft van hoe de lokale besturen een rol kunnen spelen: 'Zorgzaam Zoersel'. Het is een heel mooi voorbeeld van hoe een lokaal bestuur mee kan helpen aan de vermaatschappelijking van de zorg en van hoe het ook een bijdrage kan leveren waardoor buurten en wijken die mensen ook welkom heten.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de uitbreiding van het aantal uren gezinszorg voor openbare diensten - 214 (2011-2012)

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Lies Jans: Minister, jaarlijks wordt in extra middelen voorzien om het aantal uren voor gezinszorg uit te breiden. Dat is een positieve evolutie. We willen inzetten op thuiszorg.

Blijkbaar zijn er toch wat knelpunten. Mijn vraag wordt geïnspireerd door de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) die de problematiek in een nieuwsbrief heeft vermeld. Na contact met de vereniging, kwam ik tot de conclusie dat ze met een aantal belangrijke vragen zit die het verdienen om hier gesteld te worden.

Traditioneel worden de middelen voor gezinszorg ook verdeeld tussen de private en de openbare sector. De private sector bestaat uit een dertigtal diensten en kan rekenen op ongeveer 82 procent van de uitbreidingsmiddelen. De openbare sector bestaat uit 102 diensten, voornamelijk kleinere diensten van OCMW's, en kan rekenen op 18 procent. Voor 2011 betekent dat een uitbreiding in de private sector 230.000 uren. De openbare sector heeft een uitbreiding van ongeveer 50.000 uren gekregen. Die uitbreiding is nodig, want de vraag wordt groter.

Er doemt echter een probleem op aan de horizon. Tegen eind 2015 wordt de nieuwe norm van kracht dat elke dienst die gezinszorg aanbiedt, tien vte's verzorgenden moet tewerkstellen. De geviseerde diensten zijn allemaal openbare diensten: 41 van de 102 openbare diensten behalen deze norm vandaag niet.

De VVSG haalt daarbij enkele problemen aan. Omdat de uitbreiding van de openbare diensten binnen de beperkte 18 procent van de uitbreidingsmiddelen valt, zullen er een pak uren gaan naar diensten die de door Vlaanderen opgelegde norm moeten behalen. Daardoor worden de openbare diensten die vandaag wel al aan de personeelsnorm voldoen, geremd in hun ontwikkeling, omdat er binnen die 18 procent dan nog nauwelijks uren overblijven.

Bovendien wordt de huidige ongelijkheid met de nieuwe diensten niet uit de wereld geholpen. Een nieuwe dienst krijgt immers meteen voldoende gegarandeerde gesubsidieerde uren om aan de norm van tien voltijdequivalenten (vte's) te voldoen, terwijl de bestaande diensten voor uitbreiding uit de 18 procent van het openbare contingent moet putten.

Minister, wat is uw mening over de opmerkingen van de VVSG?

Hoe ziet u dit dossier evolueren in het licht van 2015? Dat lijkt nog veraf, maar eigenlijk is het vrij nabij. Hoe wilt u ervoor zorgen dat de betrokken diensten de norm van tien vte's

tegen dan behalen zonder dat andere diensten het gelag moeten betalen voor een door Vlaanderen opgelegde norm?

Hebt u de intentie om de erkenning van de diensten die tegen eind 2015 toch niet aan de norm voldoen, in te trekken? Hoe rijmt u dit laatste met de enorme nood die er is aan gezinszorg, vandaag en in de toekomst? In de toekomst wordt die nood nog groter gezien de vergrijzing van de bevolking en de keuze van het beleid om in te zetten op thuiszorg.

Bent u bereid om de norm van tien vte's te versoepelen naar bijvoorbeeld acht vte's?

Uw programmatienota vermeldt dat nog 20 procent van de poetstaken uit het takenpakket van de verzorgenden moet worden gefilterd. Het wordt dus nog moeilijker. Hoe denkt u dit te kunnen realiseren?

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Voorzitter, minister, in het verleden hebben we al verschillende keren kort van gedachten gewisseld over het aantal uren gezinszorg. Meestal gebeurt dit bij de bespreking van de begroting.

Ik ben blij dat er een uitbreiding komt. We kunnen inderdaad niet naast de vergrijzing kijken. Wij pleiten er allemaal voor om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en te verzorgen. We hebben dus belang bij het uitbreiden van de uren.

Ik zou het debat toch iets willen opentrekken. Moeten we niet eens nadenken over de vraag wat de meerwaarde is van het vastleggen van urencontingenten? Ik weet dat ik hier een bijna revolutionaire aanpak bepleit, maar ik meen dat we het systeem eens moeten durven te analyseren. Vraag en aanbod zijn in vele gevallen onvoldoende of niet op elkaar afgestemd. Op sommige plaatsen wordt het urencontingent niet volledig ingevuld, ondanks het feit dat er nog veel wachtenden op zorg zijn. Ik vind het een eerder ouderwets en conservatief systeem dat de bestaande zorgverstrekkers met een sterk aandeel in de sector structureel en systematisch bevoordeelt. Kleine spelers zien hun groei daardoor beperkt worden. Het wegnemen van de beperkingen in de uitbreiding zou een zekere dynamiek tot stand kunnen brengen. Bent u bereid om deze oefening eens te maken, minister, en om te bekijken of dit geen oplossing zou kunnen bieden?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, minister, uiteraard zijn ook wij heel tevreden, hoe klein ook de uitbreiding ook is. We zijn nog lang niet bij de doelstellingen die inmiddels twee legislaturen geleden werden vooropgesteld: de 4 procentnorm. U was er toen ook bij, mevrouw Van der Borgh.

Ik weet niet aan welk percentage we vandaag zouden komen voor wat het groeipad betreft, minister. Ik meen dat we nog heel ver van de 4 procentnorm zitten, maar ieder uurtje extra, is niet alleen een druppel op een hete plaat, het is toch ook iets om de mensen op het terrein te helpen.

Minister, we zijn benieuwd naar uw antwoord over het intrekken van de erkenning van die diensten. We zijn er absoluut geen voorstander van, integendeel, ook al worden de normen niet gehaald. Mevrouw Jans, u bent hier nog niet lang, maar wij zijn het inmiddels al jaren gewend dat de normen niet worden gehaald. Dus het zou enkel contraproductief werken, ook al worden de normen niet gehaald.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, u weet dat er ieder jaar een overleg is over de wijze waarop het beschikbare urencontingent kan worden verdeeld. Er wordt inderdaad rekening gehouden met de regionale spreiding. Volgend jaar zal dat dus meer zijn dan in 2011. We moeten dus onderzoeken hoe we het optimaal verdelen.

Het is budgettair niet realistisch om er een ‘open end’-verhaal van te maken. Het is een groeipad waarbinnen de capaciteit kan worden geactiveerd. Of het een goede zaak is dat het allemaal wordt versnipperd en wordt vormalen in kleine diensten, is een vraag waarop iedereen zijn antwoord mag geven. Ik stel vast dat er een enorme trend is naar geïntegreerde zorg en naar gespecialiseerde zorg. De gezinszorg krijgt steeds meer vragen om ook competenties te ontwikkelen rond dementie, rond ondersteuning van mensen met een beperking. Het zijn allemaal competenties die vragen dat je een bepaalde kritische massa hebt om het ook waar te kunnen maken op het terrein. Het is geen absoluut pleidooi voor bepaalde schalen, maar je ziet meer en meer dat de gezinszorg een aantal dingen moet kunnen die om een aantal vaardigheden vragen die niet iedereen zomaar overal kan organiseren. Ieder van u kan daarover zijn idee hebben, ik geef enkel een reflectie over de steeds groeiende vraag naar expertise en deskundigheid die de sector vraagt. Dat heeft trouwens geleid naar meer ondersteuning in termen van management en personeelsbeleid omdat men de complexiteit van een thuissituatie moet beheersen en er de nodige opleiding en vorming voor moet organiseren.

Op dit ogenblik hebben inderdaad 41 van de 102 openbare diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg geen urencontingent gezinszorg dat overeenstemt met 10 vte's verzorgend personeel. Het gaat over 15.390 uren. Ik neem aan dat uw vraag ook geïnspireerd is door het feit dat de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) er een brief over heeft geschreven. We hebben er ook al overleg over gehad.

Om echter na te gaan of een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg voldoet aan de norm van 10 vte's verzorgend personeel, wordt niet alleen het personeel meegenomen dat wordt gesubsidieerd door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, maar ook het ander verzorgend personeel dat in de dienst aanwezig is, zoals personeel met een tewerkstellingsstatuut, gesubsidieerde contractueel (gesco), artikel 60 enzovoort. Op basis van deze berekening heeft 1 dienst van de 41 erkende diensten ook al 10 vte's verzorgend personeel in dienst. Bovendien maken niet alle diensten de keuze om te groeien naar 10 vte's verzorgend personeel, maar vinden zij het wenselijker om samen te werken met andere erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg of om hun werking stop te zetten. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid is momenteel volop in overleg met een aantal diensten om deze samenwerkingen verder te onderzoeken of te concretiseren. Sommige diensten wensen aan te sluiten bij een al bestaande vereniging van OCMW's, andere openbare diensten wensen samen te werken met een andere openbare dienst of private dienst.

U spreekt van een ongelijkheid tussen de nieuwe diensten, die onmiddellijk 10 vte's verzorgend personeel krijgen toegewezen, en de bestaande diensten die geen 10 vte's hebben. De bestaande diensten hebben jaarlijks de kans gekregen om te groeien, maar hebben er tot nu toe zelf voor gekozen om dat niet te doen. In 2008 en 2009 was de beschikbare uitbreiding van uren gezinszorg voor de openbare diensten zelfs groter dan de totale aanvraag van extra uren door de openbare diensten. Een deel van de uitbreiding is toen tijdelijk overgedragen naar de private sector. De diensten die in 2010 en 2011 hebben aangegeven om te willen groeien naar 10 vte's, hebben hun extra gevraagde uren ontvangen op voorwaarde dat ze gemiddeld 90 procent of meer van hun urencontingent hebben gerealiseerd.

Het is de bedoeling om een oplossing te vinden voor alle erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg die vandaag nog niet voldoen aan de erkenningsnorm van 10 vte's verzorgend personeel. De diensten hebben daarbij de mogelijkheid om te groeien naar 10 vte's verzorgend personeel of om samen te werken met andere erkende diensten. De diensten die wensen te groeien, zal ik maximaal ondersteunen om deze schaalgrootte te realiseren. Er zijn inderdaad nog een aantal erkende openbare diensten die wel al voldoen aan de norm van 10 vte's en verder willen groeien. Hun aantal is eerder beperkt, zestien diensten in 2010 en vijftien diensten in 2011. In 2010 hebben zij nagenoeg volledig hun gevraagde uren ontvangen, in 2011 ongeveer de helft.

De norm van 10 vte's is een erkenningsvoorwaarde waaraan de diensten moeten voldoen. Voor de diensten die al erkend waren voor de inwerkingtreding van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, werd er een overgangsbepaling in de regelgeving ingeschreven. Zij hebben nog tot eind 2015 de tijd om aan deze erkenningsnorm te voldoen. Een overgangsperiode van zes jaar lijkt mij een redelijke termijn om aan de erkenningsnorm te voldoen.

Het is zeker mijn bedoeling niet om uren gezinszorg verloren te laten gaan, maar wel om deze uren zo efficiënt mogelijk in te zetten. Er werd gekozen voor schaalvergroting om versnippering van het aanbod tegen te gaan en de leefbaarheid en kwaliteitszorg te bevorderen. Voor kleinere diensten is het immers zeer moeilijk haalbaar om aan de erkenningsnormen – bijvoorbeeld de continuïteit van hulp- en dienstverlening – te voldoen. Niet alleen het aantal uren is belangrijk, maar onder meer door de toenemende vergrijzing zal ook de complexiteit van de zorgsituaties toenemen. In zulke situaties wordt continue zorg steeds meer noodzakelijk.

Ik heb niet de intentie om de norm van het verzorgend personeel in een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg te verlagen. Zoals eerder aangegeven werd er gekozen voor schaalvergroting om versnippering van het aanbod tegen te gaan en meer continuïteit in de dienstverlening te realiseren.

De suggestie om de poetshulp uit het takenpakket van de verzorgende te lichten, is een denkpiste die in het discussiedocument over de programmatie ook is aangegeven. Ik denk dat het inderdaad mogelijk is om nog een stuk poetshulp uit het dienstenpakket te halen. Het aanbieden van poetshulp is een taak van het logistiek personeel van de erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Het kan niet de bedoeling zijn dat hoger gekwalificeerd en gesubsidieerd personeel, zoals verzorgend personeel, deze taak overneemt. Verzorgenden zijn immers net opgeleid om zorg- en bijstand te verlenen. Ik wens dan ook te bewaren dat de taken die de diensten aan het verzorgend personeel toewijzen overwegend bestaan uit persoonsverzorging en huishoudelijke hulp en daarmee verband houdende psychologische en pedagogische ondersteuning. Poetshulp kan nog een belangrijk deel van het takenpakket van een verzorgende uitmaken als het doel van de zorg of de aard van de zorgsituatie de competentie van een verzorgende vereisen.

Hoe dit gerealiseerd moet worden, is nu nog niet uitgeklaard. We zijn met de sector in overleg over de toekomstige missie en profilering van de gezinszorg. Aan de sociaal-economische raad van de regio (SERR) en de strategische adviesraad (SAR) zijn een aantal adviezen gevraagd, onder meer over de dienstencheques.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Lies Jans: Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik kan uw visie zeker volgen. U gaat ervan uit dat door op een degelijke en onderbouwde manier te werken, schaalvergroting altijd een meerwaarde is. Ik volg die redenering, maar ik denk dat de openbare diensten een goede begeleiding nodig hebben. U spreekt heel duidelijk over 2015 en u zegt dat u niets aan de norm gaat veranderen. Op basis van uw redenering over schaalvergroting kan ik dat volgen.

Er zullen toch heel wat openbare diensten zijn – we spreken hier over veertig – die niet klaar zullen zijn tegen 2015. Ik kan u zo al een aantal openbare diensten aanduiden die zich er niet van bewust zijn dat die problematiek groot is en dat ze stappen moeten ondernemen om met andere, bijvoorbeeld intergemeentelijke samenwerking, in zee te gaan. Het is een zeer belangrijk aandachtspunt voor die diensten om iedereen mee te trekken en zo goed voorbereid te zijn tegen 2015.

Ik heb nog een bijkomende vraag. U zegt dat u de intentie hebt om alle diensten die al 10 vte's of meer hebben, maar die nog willen uitbreiden, de nodige uren ter beschikking te stellen. In 2010 is dat gelukt. In 2011 hebben maar de helft van de diensten er gebruik van kunnen maken. Had dat te maken met de programmatie? Waren er gewoon geen uren

beschikbaar of zijn er andere knelpunten? Als maar de helft van de diensten de uren die ze gevraagd hebben ook werkelijk hebben gekregen, dan zetten we niet optimaal in op de uren.

Ten slotte is het belangrijk om over de missie en de profilering van de gezinszorg een grondig debat te hebben in de commissie.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Minister, ik denk dat u geen antwoord hebt gegeven op mijn vraag of u bereid was ... U bent niet bereid?

Minister Jo Vandeuren: Ik heb u gezegd dat er ieder jaar overleg is over de wijze waarop we de uren verdelen. Op dit ogenblik is er binnen de sector ook de vraag welke kritische massa er precies nodig is om de steeds grotere vraag naar competenties in de gezinszorg te kunnen beantwoorden. Dat is een debat dat we langzaam voorbereiden, omdat het, zoals mevrouw Jans zegt, op een bepaald moment zal moeten worden gevoerd.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Het zou misschien nuttig kunnen zijn dat er een onderzoek gebeurt naar de mogelijke gevolgen. Als we dan beslissen om het te doen, kunnen we het beter inschatten. Als het een stap achteruit of een status-quo is ten opzichte van wat er vandaag is, dan hoeft het misschien niet. Als je de norm loslaat en laat groeien wat kan groeien, dan kunnen de noden misschien worden ingevuld.

Minister Jo Vandeuren: We doen dat al voor een stuk. Er is een jaarlijks plafond van bijkomende uren. De vraag is dan hoe je ze verdeelt. We zien na drie jaar wat er aan uitgaven is gebeurd.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Dat hoeft toch niet na drie jaar. Je zou bij wijze van proef ...

Minister Jo Vandeuren: Ik vind dat altijd fascinerend aan de liberalen. De vraagstelling leidt altijd tot formules die budgettair totaal niet onder controle te houden zijn. Uw collega's die in de commissie Financiën zitten, zouden onmiddellijk zeggen dat het niet kon. Je moet ergens een format hebben waarin je vraaggestuurd kunt werken maar waar toch een beheersing van de uitgaven is.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Beide kunnen perfect.

Minister Jo Vandeuren: Als u dat voorstelt, dan denk ik: waar halen ze in godsnaam de middelen om dat allemaal te doen?

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, minister, ik moet de verdediging van mevrouw Van der Borgh niet op mij nemen, want u hebt enigszins gelijk. Maar uw partij heeft in het verleden, toen ze in de oppositie zat, heel bevlogen pleidooien gehouden om de normen fors hoger te stellen dan ze vandaag zijn. Ik denk bijvoorbeeld aan de talrijke betogen – boeiende betogen – van Sonja Becq. Ook toen was het realisme soms ver te zoeken, maar met uw opmerking ten gronde hebt u wel gelijk.

De heer Tom Dehaene: U dwingt mij om erop te wijzen dat in de periode dat CD&V niet in de meerderheid zat, de norm voor uitbreiding van de gezinsuren 1 procent was. Toen hebben we inderdaad geprotesteerd. In een periode dat het zeer moeilijk is en dat we moeten besparen, slagen we er toch in om 2,5 procent te hebben.

Mevrouw Marijke Dillen: Collega Dehaene, u gaat toch niet ontkennen dat 4 procent toen een absoluut minimum was. We kunnen het verslag nalezen.

Minister Jo Vandeuren: Mag ik eens een academische opmerking maken?

Het is juist dat we in een aantal sectoren – in de welzijnssector is dat niet anders – naar een meer vraaggestuurde filosofie moeten gaan. Dat is in een aantal sectoren aan de orde. Alleen vind ik dat we ook de intellectuele eerlijkheid moeten hebben om te zeggen dat dat een aantal randvoorwaarden veronderstelt die onder meer te maken hebben met de budgettaire

beheersbaarheid van het systeem, die te maken hebben met de inschaling, die te maken hebben met het feit dat ook een beroep moet worden gedaan op informele zorgnetwerken.

Wat ik soms jammer vind, is dat we dat debat altijd voeren met slogans. Als je het wil operationaliseren, moet je ook durven zeggen dat er grenzen aan de mogelijkheden zijn. Ik ga een voorbeeld geven. De rvt-regeling (rust- en verzorgingstehuis) is indertijd ontwikkeld voor zwaar zorgbehoevende bejaarden. De ziekteverzekering is een erg vraaggestuurd systeem, maar er is ook een grens aan het aantal rvt-statuten. Er moet altijd een combinatie zijn van een beheersbare formule en een zorg-op-maatformule. Het volstaat niet om de slogan te formuleren. Je moet ook onder de waterlijn naar de fundamentele randvoorwaarden durven te kijken om het te implementeren.

Mevrouw Marijke Dillen: Ik wil nog een korte opmerking geven. De betaalbaarheid is een problematiek die zich niet alleen op het Vlaamse niveau bevindt, maar ook op het federale. Dat is natuurlijk de essentie van het verhaal. We moeten misschien eens een debat ten gronde voeren over de betaalbaarheid. Een aantal van die diensten zijn kosteloos, ondanks het feit dat mensen die er gebruik van maken, over bepaalde financiële middelen beschikken. Ze zouden dus een bepaalde bijdrage kunnen doen. Andere diensten van eenzelfde aard kosten dan weer zeer veel geld aan de mensen. Nu we middelen te weinig hebben, zouden we dit toch eens kunnen onderzoeken.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■