

Advies Groenboek Zesde Staatshervorming

Aanbevelingen bij de delen van het Groenboek Zesde Staatshervorming inzake gezondheidszorg, ouderenbeleid, hulp aan personen, gezinsbeleid en justitieel beleid.

Brussel, 26 juni 2014

Goedkeuring/bekrachtiging raad: 26 juni 2014

Inhoud

Krachtlijnen	4
Deel 2 Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen.....	9
1. Hoofdstuk 1. Ziekenhuisbeleid	9
2. Hoofdstuk 2. Ouderenbeleid. Afdeling 1 Ouderenvoorzieningen.....	10
3. Hoofdstuk 3. Geestelijke gezondheidszorg	18
4. Hoofdstuk 4. Preventief gezondheidsbeleid	19
5. Hoofdstuk 5. Eerstelijnsgezondheidszorg	19
6. Hoofdstuk 6. Hulp aan personen met een beperking: mobiliteitshulpmiddelen.....	20
7. Hoofdstuk 7. Revalidatie	22
8. Hoofdstuk 8. Gezondheidszorgberoepen	24
Deel 3 Gezinsbeleid	26
1. Hoofdstuk 1. Gezinsbijslagen	26
2. Hoofdstuk 2. FCUD	27
Deel 6 Justitieel beleid	28
1. Hoofdstuk 1. Vervolgingsbeleid	28
2. Hoofdstuk 2. Justitiehuisen	28
3. Hoofdstuk 3. Jeugdsanctierecht.....	29
4. Hoofdstuk 4. Eerstelijns juridische bijstand	30

Krachtlijnen

Situering advies Groenboek 6^e Staatshervorming

De SAR WGG formuleert in dit advies aandachtspunten en aanbevelingen over de hoofdstukken uit het Groenboek die handelen over ziekenhuisbeleid, ouderenbeleid, geestelijke gezondheidszorg, preventief gezondheidsbeleid, eerstelijnsgezondheidszorg, mobiliteitshulpmiddelen, revalidatie, gezondheidsberoepen, gezinsbijslagen, FCUD, vervolgingsbeleid, justitiehuisen, jeugdsanctierecht en eerstelijns juridische bijstand.

De raad spreekt zich in onderhavig advies in consensus uit over strategische lijnen van het beleid alsook over de gewenste beleidsopties.

De keuze voor een optie wordt telkens gemaakt in functie van de realisatie van integrale en maatschappelijk verantwoorde zorg.

De categorale indeling van het Groenboek maakt dat een aantal problematieken onvermijdelijk aan het oog worden onttrokken of niet de nodige aandacht krijgen – denken we maar aan dementie op jonge leeftijd en zorg voor geïnterneerden. De raad vraagt hier aandacht voor in de beleidsvoorbereiding. De visienota's '*Maatschappelijk Verantwoorde Zorg*' van 24 februari 2011 en '*Integrale Zorg en Ondersteuning*' van 7 december 2012 van de SAR WGG horen het strategische kader te vormen van heel het proces van integratie van nieuwe bevoegdheden inzake welzijn, gezondheid, gezin en justitiële zorg in Vlaanderen.

In het kader van de advisering over de Zesde Staatshervorming heeft de SAR WGG als Vlaamse strategische adviesraad een heel traject afgelegd om kennis te verwerven over de nieuwe bevoegdheden. Er werden hoorzittingen georganiseerd waarbij de experts ter zake en een hele resem actoren uit het welzijns-, gezondheids- en gezinsveld, alsook uit justitiële zorg, werden betrokken. De Zesde Staatshervorming en het Groenboek zijn voorwerp geweest van hoorzittingen, raadsvergaderingen en werkgroepvergaderingen die op volgende data plaats hebben gevonden: in 2012 op 27/09, 25/10, en 13/11; in 2013 op 28/01, 31/01, 07/08, 28/03, 25/04, 24/10, 28/11 en 19/12; en in het voorjaar van 2014 op 16/01, 30/01, 04/02, 11/02, 18/02, 27/02, 27/03, 01/04, 15/04, 24/04, 29/04, 06/05, 13/05, 22/05, 03/06, 10/06 en 26/06.

Onderhavig advies is het tweede advies van de SAR WGG dat een reflectie betreft over de verschillende opties in het Groenboek Zesde Staatshervorming.

De raad wenst in de toekomst betrokken te blijven bij de integratie en implementatie van nieuwe bevoegdheden. De SAR WGG zal op korte en middellange termijn ook proactief adviseren over belangrijke beleidsvelden en –thema's.

Verder wenst de raad het belang van de techniek van de gezondheidsdoelstellingen voor de nieuwe bevoegdheden te onderstrepen maar ook op te roepen tot een goede samenwerking met de federale overheid en de andere gefedereerde entiteiten met het oog op een performant en integraal zorg- en ondersteuningsbeleid.

In de tabel die volgt vindt men de opties uit het Groenboek waar de SAR WGG in consensus voor heeft geopteerd.

Hoofdstuk uit het Groenboek	Consensusoptie WGG	SAR	Inhoud optie
Deel 2: Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen			
Hoofdstuk 1. Ziekenhuisbeleid. Afdeling 1. Ziekenhuisnormering	Optie 3		Wettelijk geconditioneerde zelfregulering.
Hoofdstuk 1. Ziekenhuisbeleid. Afdeling 2. Ziekenhuisfinanciering A1-A3	Optie 1		Federale beleidsvisie en instrumenten overnemen (nieuwbouwdossiers).
	Optie 4		Forfaitaire financiering (onderhoud en aanpassingswerken).
Hoofdstuk 2. Ouderenbeleid. Afdeling 1 Ouderenvoorzieningen	Nuloptie op korte termijn		Ouderenbeleid ROV-RVT-CDV-CVK ongewijzigd verderzetten.
	Optie 2 incl. elementen van 3 en 4		Integratie woonzorgbeleid met gewijzigde rol overheid.
	Optie 5c		Combinatie persoonsgerichte en instellinggebonden financiering.
Hoofdstuk 3. Geestelijke Gezondheidszorg	Optie 3		Diversificatie aanbod residentiële GGZ.
	Optie 4		Loskoppelen woon- en begeleidingsopdracht.
Hoofdstuk 4. Preventief Gezondheidsbeleid			

Hoofdstuk 5. Eerstelijnsgezondheidszorg	Nuloptie tijdens overgangperiode	Federale beleidsvisie en instrumenten overnemen.
	Optie 3	Na overgangperiode structurering niveau 15 en 60.
	Optie 4	Niveau 60 en niveau Vlaanderen, indien blijkt dat efficiëntie van de niveaus in optie 3 suboptimaal is.
Hoofdstuk 6. Hulp aan personen met een beperking: mobiliteitshulpmiddelen		
Hoofdstuk 7. Revalidatie. Afdeling 1 Long term care revalidatie (excl. verslaafdenzorg)	Optie 2	Aansluiting overeenkomsten met Vlaamse beleid en CAR bij sector GGZ.
Hoofdstuk 7. Revalidatie. Afdeling 2. Revalidatie verslaafden	Optie 2	Categoriale en integrale benadering.
Hoofdstuk 8. Gezondheidszorgberoepen	Optie 2	Vlaamse Gemeenschap oefent erkenningsbevoegdheid uit, optimalisering erkenningsprocessen.
Deel 3: Gezinsbeleid		
Hoofdstuk 1. Gezinsbijslagen	Optie 2	Afstappen band tussen socioprofessioneel statuut en kinderbijslag.
	Optie 4, mogelijkheid 1, punt b mits grondig onderzoek.	Verbinding van het selectieve luik met het gezinsinkomen mits grondig onderzoek.

	Optie 5, alternatief 3 onderzoeken	Afschaffing rangorde van het kind onderzoeken.
Hoofdstuk 2. FCUD	Optie 2 mits voldoende opvang zieke kinderen	Integratie FCUD-middelen binnen beleid en subsidiesysteem Vlaamse overheid mits (!) behoud van voldoende opvang voor zieke kinderen.
Deel 6: Justitieel beleid		
Hoofdstuk 1. Vervolgingsbeleid		
Hoofdstuk 2. Justitiehuisen	Optie 2 en 3	Optimalisering samenwerking en opdrachtvervulling.
	Optie 4	Inbedding 'justitiële zorg' binnen WVG (de optie voor andere inbedding op termijn blijft mogelijk mits het resultaat van een dragende visie.)
Hoofdstuk 3. Jeugdsanctierecht	Optie 2 op korte termijn	Regelgeving optimaliseren binnen federale beleidsvisie en inwerkingstelling bestaande beleidskeuzes.
	Optie 3 op langere termijn	Regelgeving aanpassen aan nieuwe Vlaamse beleidsvisie.
Hoofdstuk 4. Eerstelijns juridische bijstand	Optie 2	Optimalisering werking en opdrachtvervulling commissies voor juridische bijstand, voorafgegaan door doorlichting aanbod en visieontwikkeling.

Naar een nieuw Vlaamse participatief model

Tot slot wenst de raad van de gelegenheid gebruik te maken om zijn eerste advies over het Groenboek - de 'Bijdrage aan het Groenboek' van 25 april 2013 – opnieuw onder de aandacht te brengen. In dit advies brak de raad een lans voor een nieuw Vlaams participatief model.

De raad roept op om bij de inkanteling van de nieuwe bevoegdheden op een passende wijze de expertise en ervaring van de beroepsgroepen, organisaties en de lokale besturen in de sectoren mee te nemen. Dit gebeurt onder andere door een beleid van participatie van deze actoren bij het beleidsproces. Het is voor de raad essentieel dat de relevante en representatieve stakeholders meer dan in het verleden actieve betrokkenen kunnen zijn in het Vlaamse beleidsproces.

De analyse van de SAR WGG in het advies van 25 april 2013 toont aan dat de vraag naar de optimale betrokkenheid in het beleidsproces geen eenduidig zwart/wit-verhaal is.

De leden van de SAR WGG hebben hier drie grote bekommernissen bij:

- Vlaanderen moet de ambitie hebben om te werken aan een model dat een hefboom zal zijn voor de realisatie van Integrale Zorg en Ondersteuning en dat wordt uitgebouwd volgens de principes van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg.
- Alle actoren moeten daarbij maximaal geresponsabiliseerd worden.
- Daarvoor is een gestructureerd en transparant participatief model met alle stakeholders nodig.

De raad pleit voor een nieuw Vlaams participatief model waarin relevantie en representatie, deskundigheid en verantwoordelijkheid belangrijke elementen zijn. Afhankelijk van de aard van de activiteiten en verantwoordelijkheden die moeten worden opgenomen krijgt dit model de vorm van advies, gestructureerd overleg of medebeheer (stakeholders (zie bijlage voor het advies).

- Voor de raad kan dit best door op het niveau van de strategische activiteiten een goedwerkend en tijdig adviesstelsel uit te werken. De raad pleit hier voor advies met motiveringsplicht bij afwijking.
- Op het vlak van de beheersmatige activiteiten stelt de raad voor minstens een vorm van gestructureerd overleg tussen alle partijen (overheid en andere stakeholders) in het leven te roepen en voor beheersverantwoordelijkheid van stakeholders te opteren wanneer de beheersprocessen een maximale responsabilisering van de stakeholders vereisen.

De raad pleit ervoor dat de gelegenheid te baat wordt genomen om het beleidsproces en de wijze van besturen in Vlaanderen grondig te evalueren met een openheid voor eventuele nieuwe vormen van betrokkenheid of participatie van.

Deel 2 Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen

1. Hoofdstuk 1. Ziekenhuisbeleid

1.1. Afdeling 1. Ziekenhuisnormering

Het is voor de raad belangrijk om veel sneller te kunnen inspelen op de snel wijzigende internationale medische kennis en kunde. Bovendien is de transitie noodzakelijk om te komen tot integrale zorg en ondersteuning voor zorgbehoevenden in het algemeen en patiënten met multiële morbiditeit in het bijzonder. Tegelijkertijd is het de betrachting van vele actoren om via efficiëntiewinsten de kosten van onze sociale zekerheid te drukken, ook in de ziekenhuissector.

Omwille van deze factoren is er dringend nood aan de mogelijkheid tot het voeren van een zeer dynamisch en pro-actief beleid in de ziekenhuissector. Daarbij moet de focus komen te liggen op de prijs versus kwaliteitsverhouding, oftewel de meerwaarde voor de patiënt.

Daartoe kiest de raad voor optie 3 - met name wettelijk geconditioneerde zelfregulering - waarbij de overheid via drie mechanismen aanstuurt:

- Het bepalen van curatieve gezondheidsdoelstellingen (m.i.v. indicatoren);
- Het aangaan van service level agreements (SLA's) met verticale netwerken tussen ziekenhuizen en horizontale netwerken van alle actoren waaronder ziekenhuizen. De zorginspectie bewaakt daarbij mee de kwaliteitsborging in aanvulling op de IS-qua gecertificeerde internationale accrediteringsorganisaties;
- Het maken van een zorgstrategisch plan voor Vlaanderen in nauw overleg met de sector en met betrekken van alle stakeholders (dus ook patiënten).

1.2. Afdeling 2. Ziekenhuisfinanciering A1-A3

De raad wenst voor de financiering van de nieuwbouwdossiers een andere keuze te maken dan voor de financiering voor het onderhoud en de aanpassingswerken van de bestaande infrastructuur.

- Er moet worden nagedacht over hoe de vermaatschappelijking van de zorg en nieuwe technologieën de klassieke hospitalisatie beïnvloeden en hoe dit in de infrastructuur vertaald wordt. Daarom verkiest de raad optie 1 in het Groenboek.
- Voor het onderhoud en aanpassingswerken van de bestaande infrastructuur is een forfaitaire benadering aangewezen dus optie 4.

- Het investeringsbeleid van medische apparatuur dient bij een nieuwe invulling rekening te houden met kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid en een geografische spreiding naargelang noden.

Voor de financiële lasten is in beide gevallen een reëel kostenbenadering vereist, die jaarlijks wordt geactualiseerd. Dit omdat nu bepaalde instellingen verlies hierop maken en andere winst, wat uiteraard niet de bedoeling kan zijn.

Het is een belangrijk aandachtspunt dat onder “bouwnormen” nog uitsluitend naar internationale standaarden wordt verwezen (oa wat betreft operatiezalen enz.) omdat de wettelijke normen zowel sterk achterhaald zijn als niet wetenschappelijk onderbouwd.

Het is noodzakelijk om efficiënt en kosteneffectief te bouwen. Dit wordt mede mogelijk door soberheid na te streven en te werken met overheidsaanbestedingen.

2. Hoofdstuk 2. Ouderenbeleid. Afdeling 1 Ouderenvoorzieningen.

Het hoofdstuk 2, Afdeling 1 Ouderenvoorzieningen schuift vijf opties naar voren voor een toekomstig Vlaams ouderenzorgbeleid. Deze opties zijn echter moeilijk met elkaar te vergelijken omdat ze elk slechts inspelen op bepaalde aspecten van het beleid. De raad zal zijn visie geven op de eerste vier opties samen in deel 2 van dit advies en op de vijfde optie, die louter handelt over financieringsmodellen in deel 3. In het eerste deel van dit advies somt de raad enkele algemene aandachtspunten op.

2.1. Algemene aandachtspunten

De ‘verzilvering’ van de samenleving is een van de succesverhalen van de afgelopen decennia. Vlaanderen mag best trots zijn op dit resultaat. Het is nu opdracht om deze verworvenheid 1) te continueren en 2) niet als probleem maar als opportuniteit te bekijken.

De maatschappelijke context waarin zorg en ondersteuning wordt verleend, wijzigt. Niet alleen worden mensen ouder, stijgt de levensverwachting en de groep van mensen die chronische zorg en/of complexe zorg behoeven, ook wordt de interactie tussen welzijns- en gezondheidsklachten steeds duidelijker, is de roep om geestelijke gezondheidszorg (voor ouderen) groot en wordt de multiculturaliteit een steeds belangrijker aspect. Ook wensen mensen zoveel als mogelijk in hun eigen leefomgeving te blijven, zelfs als ze (zwaar-) zorgbehoevend zijn.

De nood aan zorg dicht bij waar mensen wonen en het vaak complexe karakter ervan nodigen de samenleving uit om de zorg- en hulpverlening zo te organiseren dat integrale zorg en ondersteuning¹ kan geboden worden aan elkeen die zorg nodig heeft.

¹ Zie ook de visienota van de SARWGG van 7 december 2012 over ‘Integrale zorg en ondersteuning’.

Vraag- en behoeftegerichte zorg is de norm. Dit betekent dat de woonzorg (zorg in een individuele of collectieve setting) almaar meer gedifferentieerd zal moeten zijn om een antwoord te kunnen geven op de wensen en noden van individuele ouderen. Om antwoord te geven op de noden en vragen van ouderen is het noodzakelijk om continuïteit van zorg en ondersteuning te realiseren. De gebruiker moet de gepaste zorg op het juiste moment krijgen. Vooral gebruikers met een chronische zorgbehoefte hebben immers nood aan continuïteit, zorg die naadloos in elkaar overloopt, en aan integrale zorg en ondersteuning, waarbij de bijdrage van alle betrokkenen, mantelzorgers, vrijwilligers en professionele zorgaanbieders, geïntegreerd wordt tot kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning. De vermaatschappelijking van de zorg en ondersteuning voor ouderen willen we op deze manier invullen.

Natuurlijk zijn er grenzen aan mogelijkheden van het informele netwerk van mensen. “Informele zorg heeft een grote maatschappelijke waarde. In een systeem van ‘getrapte zorg’ (cf. Visienota Integrale Zorg en Ondersteuning, p. 15) zal men eerst alle kansen geven aan zelfzorg, mantelzorg en informele zorg en zal men dit professioneel mee ondersteunen. Informele zorg moet steeds een vrije keuze kunnen zijn. Het is een maatschappelijke opdracht om de balans draagkracht-draaglast van mantelzorgers mee te bewaken en om personen die ervoor kiezen mantelzorger te zijn te ondersteunen.

Dit alles betekent dat we nood hebben aan het doorvoeren van een paradigmashift van ziekte- naar doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning. De woonzorg moet antwoord geven op de vragen en noden van de persoon met zorgbehoefte en zijn omgeving.

Alvorens in te gaan op de verschillende opties voor het toekomstig Vlaamse woonzorgbeleid die in het Groenboek beschreven staan, wil de raad enkele algemene aandachtspunten meegeven.

- De overdracht van de bevoegdheid Ouderenvoorzieningen is van die omvang dat er bijzonder voorzichtig gehandeld moet worden in het uittekenen en uitvoeren van nieuwe beleidskeuzes. De raad wenst daarom dat op korte termijn uitdrukkelijk ingezet wordt op de continuïteit en rechtszekerheid van het beleid. Tegelijkertijd moet er voor gezorgd worden dat er geen stilstand optreedt in het beleid. Nieuw beleid moet wel overwogen en in overleg met de stakeholders ontwikkeld worden, best gestoeld op wetenschappelijk onderzoek.
- Omwille van de continuïteit moeten de financiële middelen (inclusief de middelen die voorzien zijn voor de sociale akkoorden) die vandaag door de federale overheid geïnvesteerd worden in de ouderenzorg ook morgen hiervoor gebruikt worden.
- De voorzieningen en verstrekkers moeten op een reguliere wijze gefinancierd worden zodat ze zowel kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning en als tewerkstelling kunnen garanderen. Dit betekent ook dat als organisaties een doelgroepenbeleid wensen te voeren in hun tewerkstellingsbeleid (bijv. sociale tewerkstelling) er hiervoor extra middelen door de overheid kunnen ingebracht worden.
- De verzilvering vergt een voldoende groot zorgvolume waarbij verschillende zorg- en ondersteuningsvormen worden aangeboden. Ook moet er een goede spreiding van het zorgaanbod en voldoende zorgpersoneel zijn. Vlaanderen zal voldoende middelen moeten voorzien om deze groei mogelijk te maken. Tegelijkertijd moet er ook op zoek gegaan worden naar efficiëntiewinsten.

- De extra middelen en personeel zijn niet enkel noodzakelijk voor het leveren van zorg in de enge zin van het woord; ze zijn ook nodig om een algemeen kwaliteitsvol zorgbeleid te kunnen bieden met het oog op meer kwaliteit van leven voor ouderen. Zo pleit de raad voor een ‘ander soort’ van financiering: de financiering moet ook onderliggende kwaliteitszorgsystemen ondersteunen alsook het gebruik van ICT, onderzoek, accreditering, indicatoren voor registratie en verbetertrajecten in organisaties.
- De raad roept ook op om in het woonzorgbeleid voldoende overleg te voeren tussen de Vlaamse en de federale overheid en tussen verschillende beleidsdomeinen binnen Vlaanderen. De nog resterende verdeling van bevoegdheden tussen de federale en Vlaamse overheid mag geen hypotheek leggen op de verdere realisatie van integrale en maatschappelijk verantwoorde zorg. Er zal grote nauwgezetheid en doortastendheid aan de dag gelegd moeten worden om noodzakelijke en werkbare overeenkomsten (protocollen) tussen deze twee overheidsniveaus te realiseren. Ook de versnippering van bevoegdheden binnen de Vlaamse overheid zelf bemoeilijkt het realiseren van een integraal woonzorgbeleid. De raad gelooft dat decentralisatie binnen het Vlaamse woonzorgbeleid een stimulerend en faciliterend effect heeft op het meer integraal maken van de woonzorg.
- De grote diversiteit aan financierings- en subsidiëeringsmechanismen (incl. indicatiestelling / inschalingsinstrumenten en -methodieken²) binnen de verschillende woonzorgvormen en sectoren moet verminderd, en zo mogelijk, weggewerkt worden. Daarover moeten op korte termijn knopen worden doorgehakt!
- Van programmatie naar flexibele zorgprognoses³: De Vlaamse regering moet op korte termijn zorgen dat er in voldoende aanbod in de verschillende woonzorgvormen voorzien wordt. Daarnaast moet het programmatie-instrument op een grondige manier geëvalueerd worden om zo te kunnen komen tot een meer flexibel instrument. We moeten op termijn evolueren van het huidige systeem van programmatie naar een systeem van zorgprognoses. De raad adviseert om meer systematisch studiewerk en monitoring te doen via een observatorium.

2.2. Aanbevelingen voor een (nieuw) woonzorgbeleid

De raad kiest ervoor om op korte termijn het huidige beleid (nuloptie) voort te zetten uit hoofde van rechtszekerheid en continuïteit van het beleid.

Snel moet een verdere integratie van het woonzorgbeleid gerealiseerd worden (optie 2 in het Groenboek) waarbij elementen van opties 3 en 4 als randvoorwaarden meegegenomen worden.

² tevens de federaal blijvende prestatiefinanciering van geneeskunde, thuisverpleging en kinesithérapie.

³ Zie hiervoor ook naar het advies van de SARWGG van 27 november 2011 over “De programmatie van de woonzorg”.

2.2.1. Enkele randvoorwaarden

Intersectorale samenwerking

Om integrale en maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning te kunnen realiseren op het niveau van de individuele zorgbehoevende persoon moet een aangepaste en slimme clustering of integratie van bevoegdheden gerealiseerd worden (intersectorale bevoegdheden of ‘ontkokering’ van bevoegdheden). Dit is een belangrijke randvoorwaarde om integrale zorg en ondersteuning op het niveau van de individuele zorgbehoevende persoon te kunnen bieden. Om deze sector-overstijgende samenwerking te bewerkstelligen is het absoluut noodzakelijk dat er een adequate regelgeving ontstaat en er taakafspraken gemaakt worden die het leggen van bruggen tussen sectoren faciliteert. De raad wenst een regelgeving en een financiering die deze samenwerking uitdrukkelijk stimuleren.

We evolueren naar een volledig geïntegreerd en flexibel woonzorgmodel, waarbij zoveel als mogelijk voor sectoren en doelgroepen met een gelijkvormige indicatiestelling, financiering en (correcte) personeelsnormering gewerkt wordt. Daarnaast dient het samenwerken over de “lijnen” (1ste-2de-3de...) heen gestimuleerd (financiële stimuli) en gefaciliteerd te worden. Tevens dient ook over beleidsdomeinen heen structureel samengewerkt te worden (wonen, welzijn, zorg, ...).

In kader van resultaatsgerichte en integrale zorgverlening, waarbij 24-uurs zorgcontinuïteit wordt gegarandeerd, is structurele intra- en intersectorale samenwerking op het terrein een conditio sine qua non.

Andere regelgevingsmechanismen

Op termijn moet de Vlaamse overheid werk maken van een woonzorgbeleid waarbij de overheid een belangrijke rol blijft spelen maar waar ook meer verantwoordelijkheid gelegd wordt bij de aanbieders en gebruikers van de woonzorg.

De overheid bewaakt of er maatschappelijk verantwoorde zorg wordt geleverd. Hiervoor zal regelgeving, klachtrecht en toezicht noodzakelijk zijn. Maar tegelijkertijd zal de overheid, samen met de stakeholders, de oefening maken om van een te gedetailleerde regelgeving af te zien en ondernemerschap in de woonzorg stimuleren. Dit ondernemerschap moet de toets van Maatschappelijk verantwoorde zorg doorstaan (kwaliteit, relevantie, performantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid).⁴ Tegelijkertijd pleit de SARWGG ervoor dat transparante kwaliteitsbewaking op Vlaams niveau wordt uitgebouwd en een performant systeem van prijsregulering behouden blijft. Toezicht is immers vereist om te verzekeren dat maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning geboden wordt.

⁴ Deze passus is meer uitgewerkt in het Advies van de SARWGG van 24 mei 2012 over “Aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg”, paragraaf 4.4.1.

Bestuurlijke decentralisatie

De raad vraagt meer decentralisatie van de woonzorg in deze legislatuur. In het buitenland zien we positieve resultaten in landen waar lokale besturen of regio's organisatorisch optreden. Wanneer een aantal taken gedecentraliseerd wordt, zal het hierbij in eerste instantie gaan over de organisatie/regie van de ouderenzorg op lokaal of regionaal niveau. De woonzorg zelf is immers al decentraal en lokaal! Op die wijze kan er meer zorg op maat van de gemeenschap geboden worden.

De basisregelgeving waarin regionale doelstellingen worden geformuleerd (vergunning, erkenning, financiering en bijdrageregeling voor de gebruiker) met het oog op het bieden van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg en de kwaliteitsbewaking moet evenwel op Vlaams niveau worden uitgebouwd.

2.2.2. Verdere integratie van het woonzorgbeleid

Wij opteren voor een woonzorgbeleid waarbij gewerkt wordt aan continuïteit, aan een betere integratie van het woonzorgbeleid en waarbij aandacht gaat naar de uitbouw van woonzorgnetwerken.

Hierbij zijn de uitgangspunten van maatschappelijk verantwoorde zorg de basis: Vlaanderen moet kiezen voor meer kwaliteit, meer toegankelijkheid, meer sociale rechtvaardigheid, meer performantie en meer relevantie.

Het woonzorgbeleid moet antwoord bieden aan de noden, behoeften en vragen van de persoon. Deze noden en behoeften kunnen (deels) geobjectiveerd worden door een multidisciplinaire en intersectorale inschaling. De zorg- en ondersteuningsnood wordt dan op basis van fysieke, psychische en sociale parameters bepaald aan de hand van een intersectoraal gevalideerd inschalingsinstrument.

Korte termijn

Om een meer integraal woonzorgbeleid te kunnen voeren moet in deze legislatuur werk gemaakt worden van alvast deze zaken:

- Wegwerken van het onderscheid tussen ROB en RVT. In het woonzorgdecreet wordt trouwens nog alleen gesproken over woonzorgcentra.
- Wegwerken van het onderscheid tussen dagverzorgingscentra en centra voor dagverzorging.
- Voldoende en flexibeler aanbod: Binnen een voorziening kunnen verschillende zorgvormen aangeboden worden.
- Realiseren van woonzorgnetwerken. Het principe van woonzorgnetwerken, territoriaal ingebed, met een brede benadering (niet enkel naar ouderen) is een uitstekend principe.
- Bij de invoering moeten de woonzorgnetwerken (financieel) gestimuleerd worden door de overheid en moet flexibele invulling ervan mogelijk zijn. Er moet ook over gewaakt worden dat geen monopolies gevormd worden. Ontkokering en samenwerking moeten immers centraal staan.

- Preventie dient in alle woonzorgsectoren sterker en expliciet herkenbaar aan bod te komen. Preventie is een integraal en herkenbaar onderdeel van elke woonzorgvorm / hulp- en dienstverlening.
- Alternatieve woonvormen: 'Aanpasbaar bouwen' dient veralgemeend ingevoerd te worden. Daarenboven dient aangepast wonen en meer diversiteit in woonvormen en –formules, alsook in woonzorgvormen door de overheid gefaciliteerd en gestimuleerd te worden, o.a. het gemeenschappelijk wonen of 'samenwonen van ouderen' (bijv. cohousing / groepswonen / Abbeyfield / ...). Doel is om een mix van groepen van mensen te realiseren.
- Er blijft wel behoefte aan aparte woonvormen of -entiteiten voor specifieke doelgroepen (zoals personen met dementie). Deze woonvormen zijn bij voorkeur kleinschalig, huiselijk en genormaliseerd, eventueel binnen een ruimer geheel.
- Er moet meer aandacht besteed worden aan de thematiek van de geestelijke gezondheidszorg in de zorg en ondersteuning van ouderen. Ook hier moet mobiliteit van zowel de zorgbehoevende personen als van de zorgverstrekker en hulpverlener tussen de verschillende sectoren gemakkelijker gemaakt en verhoogd worden.

Middellange termijn

Binnen twee legislaturen moet er een beleid gevoerd worden dat integrale zorg en ondersteuning bewerkstelligt.

Het gaat hierbij over:

- De flexibele inzet van capaciteit binnen de diverse woonzorgvormen en dienstverleningsvormen (flexibiliteit binnen de erkende woonzorgcapaciteit; flexibele inzet van zorgpersoneel over alle woonzorgvormen heen). Dit leidt bovendien tot het meer doelmatig en efficiënt inzetten van personeel.
- De creatie van voldoende mobiliteit tussen verschillende sectoren. Regelgeving, financiering en personeelsnormering moet meer op elkaar afgestemd worden zodat personen op basis van hun wijzigende zorg- en ondersteuningsnoden makkelijker kunnen gebruik maken van de zorg en ondersteuning in de verschillende sectoren. Vlaanderen moet de nodige maatregelen nemen opdat het aanbod van zorg- en ondersteuning op deze noden makkelijk(er) kan inspelen.

Op langere termijn

Iedere persoon met een zorgbehoefte, onafhankelijk van zijn leeftijd, heeft recht op integrale en maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning. Vandaag wordt deze zorg en ondersteuning geboden in verschillende sectoren, met eigen regelgeving, omkadering, financiering, missie, doelstellingen en historie.

De raad vraagt dat onderzocht wordt welke voor- en nadelen een leeftijdsonafhankelijk woonzorgbeleid heeft. Deze evaluatie moet gebeuren op het niveau van zowel de sector, de zorg- en ondersteuningsvorm als de zorg- en ondersteuningsbehoeften,...

2.2.3. Financiering van de woonzorg

In het groenboek worden in optie 5 enkele financieringsmodellen voorgesteld voor de woonzorg. De raad opteert voor een persoonsgerichte financiering, in combinatie met organisatiegebonden financiering, wat overeenkomt met optie 5c.

Persoonsgerichte financiering...

Zoals in eerdere adviezen reeds aangegeven, is de raad van mening dat persoonsgerichte financiering een belangrijke hefboom kan zijn in de omslag van een aanbodgestuurd naar een behoeftegericht zorg- en ondersteuningssysteem. 'Persoonsgerichte financiering' is een verzamelterm voor budgetsystemen zoals het persoonsgebonden budget en het persoonsvolgend budget. Bij persoonsgerichte financiering kan op basis van zorginschaling aan elke zorgbehoevende een persoonlijk (volgend) zorg- en ondersteuningsbudget toegekend worden.

Persoonsgerichte financiering zou het bovendien eenvoudiger kunnen maken voor personen met een zorgbehoefte om hun vraag te richten aan zorg- en hulpverleners uit verschillende welzijns- en gezondheidssectoren.

Wanneer persoonsgerichte financiering als (deel)instrument geïmplementeerd wordt moet ervoor gezorgd worden dat de persoon met zorgbehoefte voldoende ondersteuning en informatie krijgt om weloverwogen keuzes te kunnen maken. Er is met name aandacht nodig voor het voortraject.

In het kader van het streven naar een volledige transparantie in woonzorgkost (enerzijds vanuit overheidsperspectief anderzijds vanuit klantperspectief) dient op korte termijn de basis gelegd te worden om dit mogelijk te maken (cfr. evolutie in ziekenhuiswereld met vergelijkingswebsites; publieksrapportage rond zorginspectie).

In het advies⁵ van 24 mei 2012 somde de SARWGG enkele overwegingen en richtlijnen op die samen moeten gaan bij het invoeren van een Persoonsgerichte financiering.

Vooraleer persoonsgerichte financiering wordt overwogen moet(en):

1. evaluatie- en actie-onderzoek uitgevoerd worden omdat de mogelijke uitbouw van persoonsgerichte financiering op evidentie gebaseerd is.
2. de mogelijke implicaties voor de overheidsfinanciën en de maatschappelijke finaliteit van persoonlijke zorgbudgetten nagegaan worden.

Verder moeten volgende richtlijnen in acht genomen worden bij invoering:

3. Wend persoonlijke zorgbudgetten aan voor de vergoeding van zorg- en zorggerelateerde dienstverlening.
4. Maak dat het persoonlijk zorgbudget de reële zorgnood dekt. Als de publieke middelen hiervoor ontoereikend zouden blijken moet via andere kanalen de toegankelijkheid en betaalbaarheid verzekerd blijven.
5. Optimaliseer loon- en arbeidsvoorwaarden van het zorgpersoneel (sociaal overleg).

⁵ Advies van de SARWGG van 24 mei 2012 over "Aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg", paragraaf 4.3.1.

6. Hou toezicht op het gebruik van het persoonlijke zorgbudget en sanctioneer misbruik.
7. Vermijd meervoudige financiering voor dezelfde zorg.
8. Geef de zorgverstrekker voldoende middelen om de continuïteit van de werking te verzekeren.

... in combinatie met organisatiegebonden financiering

Een deel van de financiering van de woonzorg moet organisatiegebonden zijn. Op die manier kan verzekerd worden dat de zorg- en ondersteuningsverstrekker voldoende middelen krijgt om de continuïteit van de werking van zijn voorziening te verzekeren, kwaliteitsvol personeel te betalen, ICT, kwaliteitssystemen,...

Goede zorg dient tevens aangemoedigd te worden (cfr. momenteel paradox binnen woonzorgcentra: hoe beter de zorg, hoe harder financieel gestraft).

Verder te bespreken en te onderzoeken

De raad wenst een debat te voeren over de nood en de wijze van het subsidiëren van de infrastructuur in de woonzorg.

Onderzoek/studie dient gedaan te worden rond het objectiveren van wat een maatschappelijk verantwoorde kostprijs van woonzorg is. Er dient in het algemeen werk gemaakt van volledige transparantie in de woonzorgkost, zowel voor de cliënt als voor de overheid.

Daarnaast dient onderzoek/studie gedaan te worden rond het objectiveren van de kantelmomenten in de zorg: grensbepaling in de individuele setting zowel vanuit kwalitatief perspectief (kwaliteit van leven en wonen) als vanuit gezondheidseconomisch en overheidsperspectief (i.c. vergelijking kostprijs in de individuele setting versus kostprijs in de collectieve setting).

Ook vraagt de raad om te onderzoeken en in kaart te brengen of en welke verschillen er bestaan in de kostenstructuur en de financiering van social-profit, commerciële, en openbare woonzorgvoorzieningen.

Tot slot vraagt de raad om de betaalbaarheid van de woonzorg voor zorgbehoevende gebruikers te bewerkstelligen. Dit kan op verschillende manieren gebeuren. Het is goed om deze alternatieven op hun voor- en nadelen te beoordelen vooraleer er keuzes gemaakt worden⁶.

Er kan onder andere geopteerd worden:

- Voor een maximumfactuur in de ambulante en residentiële ouderenzorg.
- Om het *forfait zorgverzekering verhogen, gerelateerd aan het inkomen van de bewoner*;
- Voor een *verhoging/verbetering van de subsidiëring van de omkadering van de residentiële ouderenzorg zodat de effectieve kost niet volledig ten laste van de bewoner komt*.

⁶ De raad besprak deze opties in zijn advies van 24 juni 2010 over de Visienota Vlaamse Sociale Bescherming

3. Hoofdstuk 3. Geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg krijgt in het domein van de gezondheidszorg ten onrechte vaak te weinig aandacht. Er zijn een aantal goede projecten uitgewerkt de laatste jaren, zoals art. 107, eerstelijnspsychologische functie, en zo meer. De raad wijst erop dat doorgaan op het pad dat deze projecten uitzetten, ook zeer grote veranderingen zal vereisen binnen de structuren en prioriteiten in de gezondheidszorg.

De raad pleit in het geval van geestelijke gezondheidszorg voor een herstelgerichte visie met aandacht voor sociale inclusie en integratie. Er is daarbij een sterke verschuiving nodig van residentiële, ziekte-/genezingsgerichte zorg naar herstelgerichte zorg in de samenleving. De raad schuift daarbij het model van 'balanced care' naar voor. De raad meent dan ook dat het bij de bevoegdheidsoverdracht essentieel zal zijn bilaterale afspraken te maken over de beddenafbouw.

De raad verkiest optie 3. Het is belangrijk in de toekomst meer diversificatie in het aanbod te creëren. Dit mag zich echter niet tot de residentiële sector beperken. Het continuüm van zorg moet zich over alle zorgvormen uitstrekken die zich in een woonzorgzone kunnen organiseren.

Meer diversificatie impliceert voor de raad ook het loskoppelen van de woon- en begeleidingsopdracht (optie 4). Zo zal nog meer zorg op maat mogelijk worden. De raad merkt daarbij wel op dat er aan de scheiding van wonen en zorg een bovengrens zit. "Ook in de toekomst zullen er groepen zijn met een zeer zware zorgvraag die nauw verweven is met de woonsituatie en het beroep op welzijns- en gezondheidszorgvoorzieningen. Voor deze groepen draagt een scheiding van de financiële verantwoordelijkheden voor enerzijds zorg en anderzijds wonen en welzijn, niet bij aan de kwaliteit van de dienstverlening en heeft dan ook geen feitelijke meerwaarde⁷".

De PVT in de sector woonzorgcentra onderbrengen, zoals optie 5 voorstelt, lijkt de raad te verregaand. Uiteraard zijn er raakpunten tussen oudere personen met een psychische problematiek en de populatie in woonzorgcentra. De raad denkt eerder aan versoepeling en op elkaar afstemmen van regelgeving in de beide sectoren, om synergieën mogelijk te maken, dan in het radicaal samenbrengen ervan. Dit geldt ook voor bijvoorbeeld de groep van personen met een handicap met psychische problemen. Op termijn moet niet meer in termen 'sectoren' gedacht worden, maar wel in termen van 'zorg en ondersteuning voor mensen met een langdurige zorgbehoefte'.

De raad vraagt aandacht voor het behoud van de financiering van de ombudsfunctie. Op het niveau van de IMC moet dit op de agenda komen. Het zou ook wenselijk zijn mensen en middelen op Vlaams niveau te poolen zodat schaalvoordelen kunnen spelen. De raad is bovendien van mening dat het nodig is een bredere reflectie te organiseren rond afstemming en optimalisering van alle ombudsdiensten in zorg en welzijn zodat ze meer efficiënt kunnen functioneren in de toekomst.

⁷ SER, *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg: een tussentijds advies op hoofdlijnen*. Oktober 2012, p.26.

Wat de psychiatrische overlegplatforms betreft, denkt de raad dat deze op termijn best aansluiting zouden vinden bij andere overlegstructuren. Bij de hervorming van de structurerende niveaus op de eerste lijn, moeten de psychiatrische overlegplatforms meegenomen worden. Zo moet het overleg geestelijke gezondheidszorg aansluiten bij andere vormen van overleg op het meso-niveau (thuiszorg, eerstelijnszorg, tweedelijnszorg,...); er bestaat immers al een belangrijke overlap in het cliënten/patiëntenbestand.

4. Hoofdstuk 4. Preventief gezondheidsbeleid

Meer en duurzamer inzetten op een beter preventiebeleid is een absolute noodzaak. In het kader van de zesde staatshervorming wordt deze Vlaamse bevoegdheid een beetje groter. In dit advies beperken we ons tot de overgedragen aspecten van het preventiebeleid.

De raad meent dat er inzake de nieuwe bevoegdheden met betrekking tot preventie via kaderakkoorden zo snel mogelijk duidelijke afspraken moeten gemaakt worden voor de toekomst. In die kaderakkoorden moet per dossier ook bekeken worden op welke manier verwachte terugverdieneffecten de investeringskost kunnen helpen dragen.

Daarnaast vraagt de raad dat nieuwe vaccinatiestrategieën zich zouden richten op zij die het het meest nodig hebben. Elk vaccinatieprogramma moet 'het bereiken van kwetsbare groepen' expliciet in zijn strategie opnemen.

Wat betreft rookstop-begeleiding krijgt Vlaanderen ook nieuwe bevoegdheden. De raad wijst erop dat er, naast de individuele rookstopbegeleiding die overkomt van het federale niveau, ook andere modellen zijn waarrond in Vlaanderen al initiatieven bestaan. Het is belangrijk deze verschillende sporen aandacht te geven en in een globale aanpak van tabaksbestrijding te plaatsen.

5. Hoofdstuk 5. Eerstelijnsgezondheidszorg

De raad meent dat het tijdens de overgangsperiode best is de continuïteit te verzekeren door de nulloptie even aan te houden⁸.

Daarna beveelt de raad aan in eerste instantie voor optie 3 kiezen waarbij er geopteerd wordt om zowel aan het niveau 15 (regionale stad) een aantal – microniveau ondersteunende - opdrachten toe te wijzen als aan het niveau 60 (kleine stad).

De raad meent wel dat de keuze voor optie 3 hand in hand moet gaan met **tussentijdse evaluaties** van de gemaakte keuzes. Er moet onderzocht worden of niveau 15 een

⁸ Het is belangrijk om bij de beleidsvorming over de eerstelijnsgezondheidszorg de (zelfstandige) zorgverstrekkers te erkennen als aanspreekpunt en expert.

meerwaarde biedt. Zo zal, onder meer, moeten bekeken worden of er op dit niveau voldoende kritische massa is om van schaalvoordelen te kunnen genieten. De raad ondersteunt dus zeer sterk het voorstel in het Groenboek om onderzoek te verrichten naar het beste niveau waarop bepaalde – voor het microniveau ondersteunende – taken worden opgenomen. Indien op termijn blijkt dat het werken met deze 2 niveaus geen optimale efficiëntie met zich meebrengt, moet de mogelijkheid open blijven om gefaseerd te evolueren naar een model dat eerder aansluit bij optie 4 waarbij de meer beheersmatige opdrachten op Vlaams niveau worden gebracht en de concrete ondersteuning van het microniveau op het niveau kleine stad (60).

6. Hoofdstuk 6. Hulp aan personen met een beperking: mobiliteitshulpmiddelen

6.1. Aanbevelingen

Naar een leeftijds- en diagnoseonafhankelijk hulpmiddelenbeleid

De raad beveelt aan voorwaarden/criteria op te stellen die bepalen waaraan iemand moet voldoen om op hulpmiddelen beroep te kunnen doen. Deze criteria worden bepaald volgens het principe van doelgerichte zorg en worden afgestemd op internationale kaders zoals bijvoorbeeld de ICF. Het principe van doelgerichte zorg bepaalt immers dat niet iedereen met dezelfde beperking dezelfde hulpmiddelen zal nodig hebben. De levensdoelen die een persoon vooropstelt, bepalen mee de behoeften van een persoon. Op die manier zal leeftijd vaak toch nog een rol spelen zonder het als uitsluitingscriterium te hanteren.

De raad is het erover eens dat een leeftijdsonafhankelijk én ziekte- of diagnoseonafhankelijk hulpmiddelenbeleid het uiteindelijke doel moet zijn. Diagnoseonafhankelijk betekent dat de medische diagnose niet het referentiepunt is voor het al dan niet toekennen van een hulpmiddel. Wel kunnen diagnoses een plaats hebben in de opvolging van de dynamische ontwikkeling van de functionele beperking. Dit biedt de beste kans op integrale zorg en ondersteuning. Leeftijdsonafhankelijk en diagnoseonafhankelijk hulpmiddelenbeleid vraagt meer financiële middelen als er verder geen ingrepen gebeuren. De raad roept op een duidelijk stappenplan op te stellen dat aangeeft hoe en op welke termijn de Vlaamse Regering het leeftijdsonafhankelijk en diagnoseonafhankelijk hulpmiddelenbeleid zal realiseren.

Wanneer op termijn geen onderscheid meer gemaakt wordt naar leeftijd om recht te hebben op bepaalde hulpmiddelen, zullen zowel de hulpmiddelen die nu ondergebracht zijn in het VAPH als de mobiliteitshulpmiddelen beschikbaar zijn voor iedereen.

Het budget dat voorzien wordt, zal dus aangepast zijn aan de individuele zorgbehoefte. Het is belangrijk dat in de procedures een goede indicatiestelling en een actief en dynamisch opvolgingssysteem wordt voorzien. Behoeften en persoonlijke doelstellingen evolueren immers met de tijd. De raad stelt vast dat de huidige regeling tegelijk leidt tot overconsumptie en onderzorg, vandaar dat responsabilisering nodig is. In de eerste plaats is een correcte indicatiestelling nodig, onafhankelijk van de hulpmiddelen die op

de markt zijn, maar in functie van de noden van de persoon met zorgbehoefte. De persoon met zorgbehoefte moet goed geïnformeerd worden over de mogelijkheden van de hulpmiddelen en hoe ze al dan niet aan zijn persoonlijke doelstellingen tegemoet komen. Hiertoe is het nodig nieuwe communicatiestijlen toe te passen in de zorgrelaties, zodat mensen in overleg en goed geïnformeerd keuzes kunnen maken. Alleen zo, in een gezamenlijke responsabilisering van de persoon met zorgbehoefte en de verstrekker of aanbieder van de hulpmiddelen, kunnen de juiste, d. i. maatschappelijk verantwoorde keuzes gemaakt worden. De raad vraagt ook dat er in de nieuwe procedures voldoende aandacht besteed wordt aan het opzetten van systemen van verhuur, hergebruik en collectief gebruik.

De raad merkt op dat er in het kader van hulpmiddelen nog andere noden zijn dan hulpmiddelen op het vlak van mobiliteit. Zo is ook de nood aan andere autonomie bevorderende hulpmiddelen erg groot zoals hulpmiddelen voor communicatie, valpreventie, personenalarmsystemen,... Alhoewel het hoofdstuk in het Groenboek expliciet over mobiliteitshulpmiddelen handelt, dringt de raad erop aan dat dit bij de integratie in Vlaams beleid in de toekomst verbreed zou worden tot alle andere hulpmiddelen die personen helpen hun functioneren in de samenleving te verbeteren en hun sociale participatie mogelijk te maken.

Procedures

Op termijn moet de persoon met een beperking zich voor alle hulpmiddelen - niet alleen de mobiliteitshulpmiddelen – tot één uniek aanvraag- en informatiepunt voor de Vlaamse mobiliteitshulpmiddelen kunnen wenden. Een uniek loket zal een geïntegreerde aanpak mogelijk maken.

De raad meent dat een 2 trapsysteem kan overwogen worden: een efficiënte procedure voor eenvoudige hulpmiddelen, een strengere procedure voor complexe hulpmiddelen. Het zou immers teveel administratieve last betekenen – en dus niet performant zijn – om een te zware toegangsprocedure te voorzien voor alle eenvoudige problemen (met goedkopere oplossingen).

Beheer

De raad stelt voor om alle hulpmiddelen, de mobiliteitshulpmiddelen komende van het RIZIV en de hulpmiddelen die nu onder het VAPH ondergebracht zijn, op termijn in één organisatie onder te brengen. Dit kan in de Vlaamse Sociale Bescherming of via een Vlaamse overheidsadministratie. De raad spreekt nu geen voorkeur uit, maar wenst dit te bespreken in het brede debat over de grote opties voor een systeem van sociale bescherming in Vlaanderen.

De raad vraagt de opgebouwde expertise in de sectoren niet te vergeten. Nieuwe procedures moeten deze expertise maximaal inzetten zodat een efficiënte overgang mogelijk wordt. Handicapspecifieke expertise moet geborgd blijven. De raad meent dat een Vlaams kenniscentrum waar ook zorgaanbieders uit de sector personen met een handicap in betrokken zijn hier een bijdrage toe kan leveren. Zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld hun ervaring en expertise ter beschikking stellen met het oog op pooling van mobiliteitshulpmiddelen (in voorzieningen).

De opdrachten van het bestaande Vlaams kenniscentrum "Hulpmiddelen" bij het VAPH (KOC), kunnen worden uitgebreid, onder meer met een informatie-opdracht, waarbij

informatie over de verschillende hulpmiddelen wordt verspreid, onafhankelijk van de producent.

6.2. Aandachtspunten

De raad is bezorgd over de uitvoering van deze bevoegdheid in Brussel. De uitvoering van het beleid wordt in Brussel toegewezen aan de GGC. De GGC moet hiervoor een samenwerkingsakkoord sluiten met de respectievelijke gemeenschappen. Wat moet de inhoud van dit samenwerkingsakkoord precies zijn? Wat betekent het te sluiten samenwerkingsakkoord in de praktijk voor de persoon met een beperking die in Brussel woont?

Bij de keuze voor nieuwe procedures moet er grote aandacht besteed worden aan de beperking van administratieve formaliteiten en snelle doorlooptijden. Op federaal niveau verlopen de procedures voor de aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel vrij snel. Binnen VAPH daarentegen bestaan er nu al lange wachttijden.

De raad wijst ook de actuele prijssetting van de hulpmiddelen als een belangrijk aandachtspunt aan. Een bredere en transparante marktwerking zou voor de hulpmiddelen wellicht kunnen bijdragen aan een minder gemonopoliseerde markt.

7. Hoofdstuk 7. Revalidatie

7.1. Afdeling 1 Long term care revalidatie (exclusief verslaafdenzorg)

De raad meent dat het van groot belang is om de toegankelijkheid van de CAR – kostprijs, beschikbaarheid en bereikbaarheid – voor zorgbehoevenden te vrijwaren. Dit moet o.m. door de prijs voor de zorgbehoevende te drukken en door in een programmatie te voorzien.

Daarnaast moet blijvend gestreefd worden naar administratieve vereenvoudiging, een regelluw kader – in de vorm van een aanpassing van de huidige conventie op korte termijn - en moet de zorgbehoevende op flexibele en aangepaste wijze kunnen worden geholpen. Zowel de financiering als de administratieve procedures moet in functie zijn van flexibele zorg op maat.

De functies van diagnostiek in het kader van een behandeling binnen de CAR mogen niet worden uitgesplitst omwille van de therapeutische meerwaarde en de noodzaak aan een vlotte doorstroming.

De hulpverlening en regelgeving inzake de CAR is medisch georiënteerd. Het is van belang dat in de toekomst het huidige en medische 'label' wordt geactualiseerd, maar vooral dat er vertrokken wordt van zorgbehoeften van personen, waarbij er een geïntegreerde multidisciplinaire behandeling is met veel aandacht voor psychosociale en con-

textuele aspecten. Zodoende kan de opening van een recht op hulp gebaseerd worden om een integraler beleid te voeren.

De raad is voorstander van optie 2 in het Groenboek: de aansluiting van de revalidatie-overeenkomsten bij het relevante Vlaamse beleid en voor wat de centra voor ambulante revalidatie betreft aansluiting bij de sector van de geestelijke gezondheidszorg.

De huidige conventie van de CAR moet voor 1 januari 2015 worden aangepast omdat dan nieuwe bepalingen van toepassing worden. Meer bepaald om als CAR gehoorgevoorden (NKO arts), hersenverlamming (neuropediater), Niet Aangeboren Hersenletsel (Neuroloog of revalidatiearts), autisme spectrumstoornissen en stemmingsstoornissen (voor beide kinderpsychiater) te behandelen wordt de dwingende voorwaarde opgelegd om vanaf 01.01.2015 over deze bepaalde medische specialismen te beschikken. Zo niet kan een CAR deze patiënten niet meer behandelen. Door het grote tekort aan deze medische specialisten – zeker kinderpsychiaters – dreigen veel patiënten, in de eerste plaats patiënten met autisme, in vele CAR niet meer te kunnen behandeld worden, wat leidt tot bijkomende wachtlijsten. De raad vraagt dat het RIZIV de opdracht krijgt om hoofdstuk 3 van de conventie te schrappen, en dit voor 1 januari 2015.

Tot slot is de raad van mening dat er een decreet moet worden opgesteld voor de revalidatieziekenhuizen die overkomen. Er moet ook op gelet worden, na de overgangsregeling eind 2017, dat deze ziekenhuizen honoraria (arts, kine) en forfaitaire vergoedingen (klinische biologie, medische beeldvorming, geneesmiddelen) kunnen aanrekenen uit de ziekteverzekering. In dit regelgevend kader kunnen dan ook nieuwe vormen van zorg- en hulpverlening een plaats krijgen.

7.2. Afdeling 2. Revalidatie verslaafden

Aangezien de behandeling van drugsverslaafden een specifieke expertise vereist geeft de raad de voorkeur aan een categoriale aanpak. Een categoriale aanpak die evenwel hand in hand gaat met een integrale benadering. Verslavingen kennen immers effecten op verschillende levensdomeinen waardoor samenwerking met en tussen actoren uit welzijn, gezondheid, justitie, werk... noodzakelijk is. De raad onderschrijft optie 2 in het groenboek die deze visie incarneert.

De keuze voor optie 2 impliceert de opmaak van een nieuw decreet waarin de revalidatiesector voor drugsverslaafden wordt gevat. In dit decreet moet er aandacht zijn voor preventie, vroeginterventie, hulpverlening, *harm reduction* en maatschappelijke integratie.

De raad wenst ook dat het geheel van het hulpverleningsaanbod voor drugsverslaafden, met inbegrip van de innovatieve projecten, in kaart wordt gebracht. Op korte termijn moet duidelijkheid worden verschaft over welke overheid welke projecten financiert. Daarnaast hoort er ook een structurele financiering te worden uitgewerkt in functie van een optimale continuering van het aanbod.

8. Hoofdstuk 8.

Gezondheidszorgberoepen

Ondanks de eerde beperkte inhoud van de overdracht van de gezondheidszorgberoepen ziet de raad enkele opportuniteiten. De raad verwijst hier ook naar zijn Bijdrage over het Groenboek Staatshervorming van 25 april 2013 waarin een visie ontwikkeld werd over de betrokkenheid van stakeholders bij de strategische en beheersmatige activiteiten.

Erkenning van zorgberoepen

De raad is van mening dat de erkenning van de gezondheidszorgberoepen best zou gebeuren volgens de voorgestelde optie 2 in het groenboek kunnen verlopen: "De Vlaamse Gemeenschap oefent de erkenningsbevoegdheid uit, en zorgt voor een optimalisering van de erkenningsprocessen door middel van doorgedreven digitalisering en automatisering".

Planning van zorgberoepen

Voor de planning van het aanbod ziet de SARWGG wel enkele nieuwe mogelijkheden op Vlaams niveau. Vlaanderen heeft nood aan een goed planningsconcept voor wat het aanbod van zorg en ondersteuning betreft. Hiervoor is het noodzakelijk dat we een goed zicht krijgen op de noden en behoeften. Voldoende wetenschappelijke onderbouwing (o.a. het in kaart brengen van epidemiologische tendensen) zal hierbij nodig zijn. Maar het is eveneens van belang dat de planning van de zorgberoepen transversaal en beroepsoverstijgende moet gebeuren. Beroepen mogen niet verkaveld georganiseerd worden. Beroepsbeoefenaars moeten immers op het terrein samen tot goede zorg komen. Het is volgens de raad ook belangrijk in de toekomst meer aandacht te hebben voor het schetsen van de context waarbinnen een professional zijn beroep zal uitoefenen. De raad meent bijvoorbeeld dat wanneer in de opleiding en bij de erkenning geen voorwaarden tot inter- en transdisciplinair werken worden voorzien, dit in de praktijk ook moeilijk te realiseren zal zijn. Deze discussies moeten voorwerp zijn van een strategische reflectie waarbij opleidingsinstituten, professionals en personen met zorgbehoefte en hun naaste omgeving betrokken worden.

Het is nodig om hiervoor ten minste een 'onafhankelijke commissie' op te richten die administratief goed ondersteund is. Omwille van doelmatigheid en efficiëntie en omwille van het feit dat planning een strategische activiteit is, stelt de raad stelt voor om deze commissie bijvoorbeeld onder de vleugels van de SAR WGG op te nemen, op voorwaarde dat alle betrokken stakeholders er op een juiste manier vertegenwoordigd zijn. Het is bovendien goed dat op deze manier de commissie ingebed wordt binnen een kader dat mee de bredere strategische lijnen voor zorg en ondersteuning in Vlaanderen uitzet. Tot slot is het nodig om een planning op te maken die effectief is afgestemd op de behoeften op het werkveld. Beroepen zijn immers geen doel op zich, maar zijn wel essentieel voor het 'samen' realiseren van maatschappelijk verantwoorde zorg. Door een inbedding in bv. de SARWGG wordt ook een structurele verankering met de VLOR mogelijk zodat er meer dan vandaag interactie kan ontstaan tussen het

werkveld en het onderwijsveld. De raad benadrukt dat de besluiten dat deze commissie verleent niet vrijblijvend kan zijn.

Deel 3 Gezinsbeleid

1. Hoofdstuk 1. Gezinsbijslagen

De raad beveelt de hiernavolgende principes aan als leidraad voor het korte- en lange-termijnbeleid inzake gezinsbijslagen.

De SAR WGG vraagt dat wat de korte termijn betreft de middelen die vandaag aangewend worden voor de kinderbijslag voorbehouden blijven voor de kinderbijslag. Wat de langere termijn betreft beveelt de raad een omvattend onderzoek aan dat de werkelijke financiële kost van kinderen moet nagaan, en sturend moet zijn voor beleid.⁹

De raad ziet de kinderbijslag als een tegemoetkoming voor de meerkost van kinderen en niet in de eerste plaats als armoedebestrijdingsmechanisme. Armoedebestrijding verdient een fundamentele benadering waarbij het probleem aan de wortel wordt aangepakt: bv. minimumlonen en uitkeringen die minstens op het niveau van de Europese armoedenorm worden gebracht, zonder dat dit evenwel inactiviteitsvallen mag creëren. De raad beveelt aan dat gezinnen en kinderen in kwetsbare posities en met een armoederisico er niet op mogen achteruitgaan.

De raad is daarom voorstander van een substantiële universaliteit van de kinderbijslag met een selectief luik.¹⁰ Op principeel niveau is de raad voorstander van de verbinding van het selectieve luik met het gezinsinkomen (optie vier, mogelijkheid 1, punt b). Grondig onderzoek dringt zich op wil men deze inkomenstoetsing sluitend, betrouwbaar en transparant maken, een goed evenwicht vinden tussen universaliteit en selectiviteit en historische scheeftrekkingen en overlappingsen weren.¹¹

Daarnaast is het ook belangrijk dat er nagedacht wordt door wie en/of met welk instrument de noden van kinderen die zorg en ondersteuning nodig hebben het best kunnen worden gelenigd. Zo zou in de toekomst de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap of een chronische ziekte of aandoening onder een ander beleidsveld kunnen vallen waar zorg en ondersteuning voor personen met een handicap of ziekte centraal staan.

Verder is de raad voorstander van het afstappen van de band tussen socioprofessioneel statuut en kinderbijslag (optie 2), en ook van de band tussen de kinderbijslag en

⁹ Hoe en in welke mate wordt de financiële kost van kinderen beïnvloed door kind- en contextgebonden kenmerken zoals handicap, leeftijd, rang, gezinsgrootte...?

¹⁰ In zijn visienota 'Maatschappelijk Verantwoorde Zorg' heeft de SAR WGG zich reeds voorstander getoond van een proportioneel universalisme waarbij dus universele maatregelen met een selectieve gerichte aanvulling worden gecombineerd.

¹¹ Administratieve en andere mogelijke fouten moeten tot nul worden herleid zodat niemand – ook en zeker niet kwetsbare personen – slachtoffer zou kunnen worden van een onvolledige of onjuiste inkomenstoetsing.

de samenlevingsvorm. De raad is van mening dat het recht op kinderbijslag wordt geopend in hoofde van het kind. De raad vraagt ook de afschaffing van de rangorde van het kind als criterium (optie vijf, alternatief drie) te onderzoeken omdat dit niet altijd consistent wordt toegepast; dit criterium in zekere zin discriminerend is; het een rigide en statisch instrument is in tijden van toenemende flexibilisering van samenlevingsvormen; en de afschaffing een belangrijke administratieve vereenvoudiging betekent.

Het is belangrijk te weten welke effecten de afschaffing van de rang van het kind heeft op de gezinnen met meerdere kinderen, op de administratieve lasten en kosten van het kinderbijslagsysteem, en op armoederisico's. Voor de raad is het van groot belang dat het afschaffen van de rangorde geen verhoogde armoederisico's genereert.

2. Hoofdstuk 2. FCUD

De raad is voorstander van de volledige integratie van de FCUD-middelen binnen het beleid en subsidiesysteem van de Vlaamse overheid voor kinderopvang van baby's en peuters en opvang van kinderen. Dit komt overeen met optie 2 van het groenboek. Voor de raad is het evenwel van belang dat deze optie aangevuld wordt met het behoud van voldoende opvang van zieke kinderen.

Daarnaast is de raad voorstander van het betrekken van alle stakeholders bij de toekomstige toewijzing van de middelen.

Deel 6 Justitieel beleid

1. Hoofdstuk 1. Vervolgingsbeleid

De raad is voorstander van een welzijnsgerichte visie op justitie die kan leiden tot een globaal en coherent preventie-, veiligheids- en vervolgingsbeleid. In die zin is het positief dat Vlaanderen de mogelijkheid verkrijgt om via het injunctierecht, en door deelname aan het strafrechtelijk en veiligheidsbeleid, het vervolgingsbeleid mee in te kleuren. Voor de raad moet een integrale visie met oog voor de relatie tussen welzijnsgeoriënteerd sociaal beleid en veiligheid, ten grondslag liggen aan het vervolgingsbeleid.

2. Hoofdstuk 2. Justitiehuisen

Een visie op integrale en maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning vraagt afstemming en samenwerking tussen diverse beleidsdomeinen en -velden (welzijn, gezondheid, onderwijs, werk, huisvesting, migratie, cultuur...), alsook aandacht voor intermediaire en determinerende factoren van de criminaliteitsproblematiek. De overgedragen bevoegdheden ter zake bieden een uitgelezen kans om het straf- en strafuitvoeringsbeleid te vernieuwen. Hierbij moet worden gefocust op de ontwikkeling van een herstel- en gemeenschapsgerichte justitie met aandacht voor preventie, diversificatie in de justitiële reactie en schadebeperking, en met nadruk op inclusie en maatschappelijke integratie.

De raad is voorstander van een optimalisering van de samenwerking tussen justitiehuisen, magistratuur en de hulp- en dienstverlening georganiseerd door de Vlaamse gemeenschap (optie 2). Daarnaast is een optimalisering van de opdrachtvervulling van de justitiehuisen, resp. van de hulp- en dienstverlening aan de orde (optie 3). Deze opties zijn immers complementair en garanderen een duidelijke bevoegdheidsafbakening tussen de justitiële en welzijns- en zorggerichte bevoegdheden.

Verder is de raad ook voorstander van de ontwikkeling van een onderscheiden domein 'justitiële zorg' ingebed binnen WVG (optie 4). Dit moet op zulk een wijze gebeuren dat het vertrouwen in de zorg alsook de justitiële integriteit niet worden geschaad. Op langere termijn is de raad pleitbezorger van de ontwikkeling van een onderscheiden domein justitiële zorg teneinde betrokkenheid en verantwoordelijkheid te optimaliseren. Hiertoe is een dragende visie op een constructief straf- en maatregelenbeleid waarbij slachtoffer- en daderbelangen alsook een maatschappelijk verantwoorde justitie op evenwichtige wijze worden behartigd. Bij ontstentenis van een dragende visie is inbedding binnen WVG verkiesbaar.

Tot slot is het van belang om in een geïntegreerde, structureel verankerde (i.p.v. projectmatige en versnipperde) financiering te voorzien voor de gemeenschapsgerichte projecten, waaronder de leerprojecten (AGM) en de nationale projecten. De raad gaat ervan uit dat ook de Globaal Plan projecten overkomen teneinde versnippering en overlapping tegen te gaan.

3. Hoofdstuk 3. Jeugdsanctierecht

Welzijn en justitie moeten complementair zijn. Dit principe is de rode draad voor beleid ter zake. Een justitie gericht op welzijn moet de achtergrond zijn van regelgeving en beleid. Een nieuw Vlaams wettelijk kader inzake jeugd(sanctie)recht zal coherent beleid mogelijk maken ten aanzien van minderjarigen die strafbare feiten hebben gepleegd en minderjarigen die zich in een verontrustende situatie bevinden. De raad benadrukt dat overleg en samenwerking tussen de deelstaten en het federale beleidsniveau noodzakelijk zijn.

Sinds de hervorming van het jeugdrecht in 2006 werden de mogelijke maatregelen die de jeugdrechter kan nemen uitgebreid. Een aantal van deze maatregelen is tot op heden nog niet in werking getreden. De raad onderstreept dat de opportuniteit zich aandient om deze maatregelen effectief in werking te laten treden. Daarnaast zal een gedifferentieerd aanbod voorzien in voldoende mogelijkheden om de reactie op een MOF aan te passen aan de ernst van de feiten. Op korte termijn is de keuze voor optie 2 evident. De optimalisatie van de regelgeving binnen de huidige federale beleidsvisie en het in werking stellen van de reeds bestaande beleidskeuzes betekent immers dat de nog niet in werking getreden maatregelen mits samenwerkingsakkoorden voortaan kunnen worden gerealiseerd.

Als de keuze voor optie twee op korte termijn evident is dan is de overgang naar optie 3 op termijn een noodzaak. De regelgeving moet worden aangepast aan een nieuwe beleidsvisie op jeugddelinquentie. Op termijn moet met andere woorden een nieuw decreet worden uitgewerkt waarbij visie en bijkomende mogelijkheden om gediversifieerd te reageren op delicten wettelijk mogelijk wordt. Hierbij wordt onder meer aandacht besteedt aan de verantwoordelijkheid van en rechtswaarborgen voor jongeren, de complementariteit van een justitiële, herstelgerichte en welzijnsbenadering; gepaste maatregelen voor de leeftijdscategorie van 18 tot 23 jaar...

De raad stelt dat ook dat het beleid rond jeugdsanctierecht geïntegreerd hoort te worden binnen het beleidsdomein WVG (cf. Justitiehuisen).

4. Hoofdstuk 4. Eerstelijns juridische bijstand

De eerstelijns juridische rechtsbijstand is versnipperd. Bovendien is het niet duidelijk of de bevoegdheid, budget inclus, overkomen. Bij het uitblijven van een coherente visie op eerstelijns juridische bijstand, en een gebrek aan voldoende middelen, komt de toegankelijkheid ervan voor de minst bedeelde groepen in de samenleving in het gedrang.

Daarnaast moet een hervorming van tweedelijns juridische bijstand hand in hand gaan met een hertekening van de eerstelijns juridische bijstand. Dit zal een werk van lange adem zijn waarbij alle stakeholders betrokken moeten zijn en voldoende budget moet worden uitgetrokken.

Voor de raad zijn de in het groenboek voorgestelde opties beperkt qua visie. De raad is voorstander van optie twee indien hier een doorlichting van het aanbod en een gedegen visieontwikkeling aan vooraf gaat.