

Vlaamse overheid



Bijdrage Vlaamse administratie
aan het regeerprogramma
van de aantredende Vlaamse Regering

Beleidsdomeinspecifieke bijdrage

Deel 3.7

Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Mei 2009

Inhoudstafel

DEEL 1: BELEIDSDOMEINSPECIFIEKE OMGEVINGSANALYSE	3
1. Sociaal-culturele ontwikkelingen	3
1.1 De mondige zorggebruiker	3
1.2 Vraaggestuurde zorg.....	3
1.3 Multiculturele diversiteit.....	3
1.4 Inclusie	3
1.5 Armoede	4
2. Ontwikkelingen en knelpunten in de zorgnoden en het zorgaanbod ..	5
2.1 Zorg voor kinderen	5
2.2 Zorg voor ouderen	6
2.3 Zorg voor mensen met een handicap.....	7
2.4 Zorg voor jongeren	9
2.5 Nieuwe gezinsvormen	11
2.6 Levensstijl en gezondheidsrisico's.....	11
3. Sociaal-economische ontwikkelingen	16
3.1 Financiële en economische crisis	16
3.2 Privatisering	16
3.3 Een tekort aan geschikt zorgpersoneel	16
4. Ontwikkelingen in management en bestuur	17
4.1 Planning en programmatie	17
4.2 Geïntegreerd werken en transversale thema's	17
4.3 Beleid gestoeld op kennis.....	17
4.4 Supranationale context	17
 DEEL 2: BELEIDSVOORSTELLEN.....	 19
Strategische keuze 1: meer kwaliteit, gebaseerd op evidentie	19
Strategische keuze 2: problemen voorkomen en vroeg aanpakken	20
Strategische keuze 3: toereikende, cliënt nabije zorg, met aandacht voor infrastructuur.....	21
Strategische keuze 4: prioriteit voor mensen in moeilijke levenssituaties/ de meest zorgbehoevenden	23

Strategische keuze 5: een duurzaam en inclusief beleid	24
Noodzakelijke voorwaarde: een efficiëntere en effectievere overheid ..	25
Actiefiches	27
 BIJLAGE 1: DOCUMENTAIR GEDEELTE	 53
1. Indicatoren en kerncijfers	53
1.1 Beleidstevredenheid	53
1.2 Evolutie zorgaanbod	53
2. Recent beleidsgericht wetenschappelijk onderzoek, uitbesteed of uitgevoerd door het beleidsdomein	58
3. Het wettelijk kader	60
3.1 Overkoepelend op het vlak van het ganse beleidsdomein	60
3.2 Kinderen, jongeren en gezinnen.....	60
3.3 Personen met een handicap.....	60
3.4 Zorg en Gezondheid.....	60
3.5 Welzijn en samenleving	61
4. De ambtelijke organisatie.....	62
4.1 Beter Bestuurlijk Beleid een feit	62
4.2 Betere samenwerking voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	63
5. De budgettaire massa van het beleidsdomein	65
 BIJLAGE 2: MANAGEMENTSAMENVATTING.....	 67
Kwaliteitsvolle, tijdige, toereikende en inclusieve zorg, met bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren	67

DEEL 1: BELEIDSDOMEINSPECIFIEKE OMGEVINGSANALYSE

1. Sociaal-culturele ontwikkelingen

1.1 De mondige zorggebruiker

De zorggebruiker wordt bewuster en mondiger. Het Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) krijgt meer en meer klachten over zorgvoorzieningen van individuele zorggebruikers, die bovendien meer transparantie van de overheid eisen. Ook de stijging van het aantal zelfhulpgroepen en de toegenomen aandacht voor patiëntenrechten kunnen aanwijzingen zijn voor de gestegen mondigheid van de zorggebruikers.

1.2 Vraaggestuurde zorg

Het uitgangspunt van de zorgverlening wordt meer en meer de zorggebruiker, en niet langer de zorgverlenende organisatie. Dat is duidelijk zo in de nieuwe “cash for care”-projecten, zoals de zorgverzekering en het Persoonlijke Assistentiebudget en het Persoonsgebonden Budget in de gehandicaptensector. In verschillende andere landen zijn voorbeelden te vinden van betalingen aan zorgontvangers. Daarmee kunnen hulpbehoevenden zelf bepalen welke zorg ze willen. In Duitsland bestaat bijvoorbeeld Pflegegeld, in Engeland Direct Payments (eigenlijk een toelage voor mantelzorgers) en in Canada een Compassionate Care Allowance (een toelage voor familiale, palliatieve hulp).

Daarmee samen hangt de groeiende aandacht voor diversiteit in het welzijns- en gezondheidszorgbeleid. Het besef groeit dat er geen “one size fits all”-oplossingen bestaan. Wat werkt voor autochtone Vlamingen, mannen of volwassenen werkt daarom nog niet voor migranten, vrouwen of adolescenten.

1.3 Multiculturele diversiteit

Het aantal personen van vreemde herkomst neemt toe en zal blijven toenemen in Vlaanderen. Zij lopen een verhoogd risico op achterstelling, bijvoorbeeld op armoede. Ongeveer 10% van de autochtone Vlamingen bevindt zich onder de armoedegrens. Bij personen met een niet-Europese origine is dit 30%. En bij personen met een Turkse of Marokkaanse herkomst zelfs meer dan 50%.

Verwacht wordt dat zorgvoorzieningen (inclusief de ouderenzorgvoorzieningen) in de toekomst meer en meer geconfronteerd zullen worden met multiculturele diversiteit, zowel bij de cliënten als onder het zorgpersoneel.

1.4 Inclusie

De visie op de wijze waarop de samenleving om moet gaan met personen met welzijns- en gezondheidsnoden (ouderen, personen met een handicap, mensen met geestelijke gezondheidsproblemen, kansarmen, ...) verandert. Aanvankelijk werden hun problemen als individuele problemen benaderd. De gebrekkige participatiemogelijkheden in onze samenleving hadden te maken met hun beperkingen. De personen met zorgnoden hadden niet de nodige vaardigheden en mogelijkheden om volwaardig te kunnen deelnemen. En de klemtoon lag dan ook op de ontwikkeling van deze mogelijkheden. Tegenwoordig is men er zich meer en meer van bewust dat de participatiekansen van personen met zorgnoden binnen de samenleving niet uitsluitend bepaald worden door hun beperkingen en mogelijkheden, maar ook door de wijze waarop de samenleving zich organiseert. Zo kunnen bepaalde beleidsmaatregelen leiden tot

verminderde participatiekansen voor personen met zorgnoden (exclusie) of deze juist verhogen (inclusie). De samenleving dient zich dan ook kritisch af te vragen of ze de participatiekansen van personen met zorgnoden verhoogt of verlaagt.

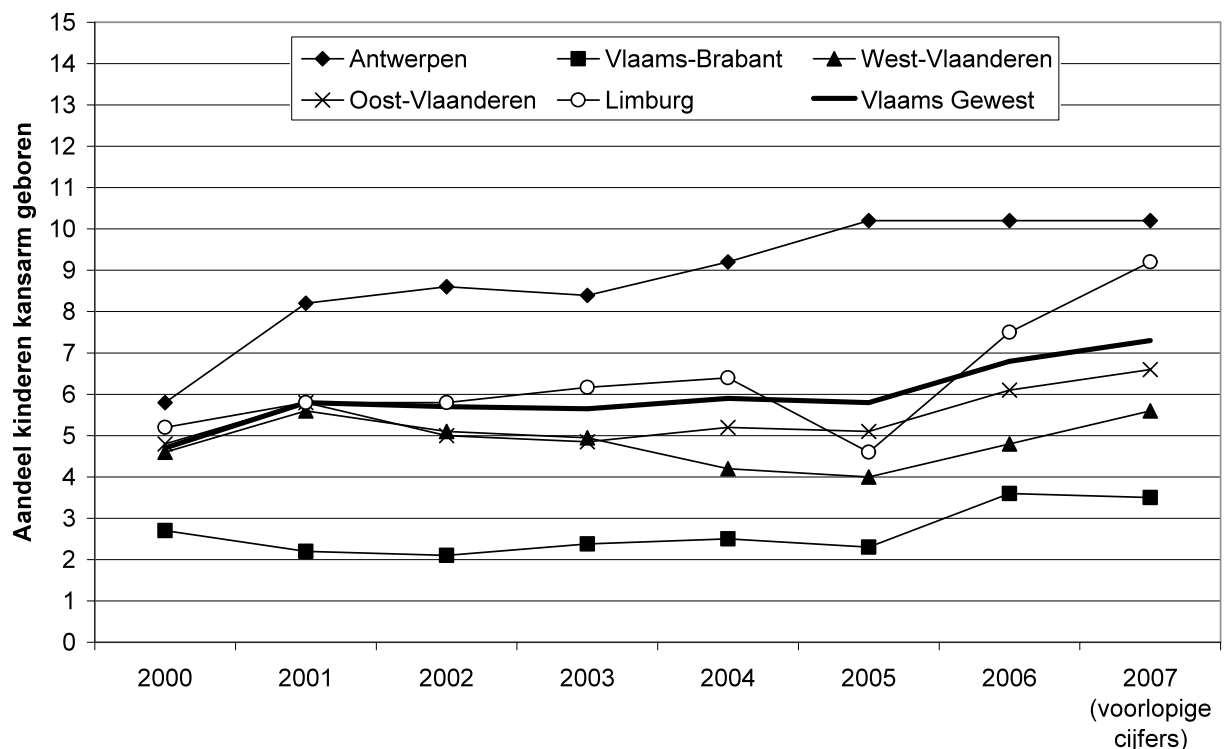
1.5 Armoede

Ongeveer 10% van de Vlamingen beschikt over een inkomen onder de armoederempel. Vrouwen, ouderen, alleenstaanden, alleenstaande ouders, personen die niet werken, migranten en huurders lopen een beduidend hoger risico om in armoede terecht te komen. Het inkomen van de 20% rijksten ligt 3,6 keer hoger dan het inkomen van de 20% armsten.

Uit onderzoek blijkt dat kansarmen grotere welzijnsnoden hebben, maar toch minder bereikt worden door de voorzieningen. Hetzelfde geldt trouwens voor de gezondheidszorg: kansarmen lopen een verhoogd risico op gezondheidsproblemen, maar worden minder bereikt door de gezondheidszorg.

Sinds de eeuwwisseling ligt het aantal kinderen geboren in kansarme gezinnen consistent op een hoger peil (in 2006 goed 6%) dan voorheen. Daarbij tekenen zich belangrijke regionale verschillen af. In de provincie Antwerpen ligt het aandeel opmerkelijk hoger dan in de overige provincies (zie figuur 1). Samen groeperen Gent (9%) en Antwerpen (31%) 40% van de kinderen geboren in een kansarm gezin. Gezinnen met een niet-Belgische moeder zijn vaker kansarm dan gezinnen met een Belgische moeder. Meer algemeen blijkt dat kansarme gezinnen te maken hebben met een complex geheel van problemen.

Figuur 1: evolutie van het aandeel kinderen in de loop van het jaar geboren in een kansarm gezin, naargelang van de provincie



2. Ontwikkelingen en knelpunten in de zorgnoden en het zorgaanbod

We verwijzen in de eerste plaats naar de algemene omgevingsanalyse, waar de demografische vooruitzichten ruim aandacht krijgen.

2.1 Zorg voor kinderen

Borstvoeding

Borstvoeding is voor jonge kinderen de natuurlijkste en gezondste voeding. Voordelen zijn onder andere de goede vertering, de grotere biologische waarde, de bescherming tegen infecties en het voorkomen van koemelkeiwitallergie. Het aandeel kinderen dat op dag 6 uitsluitend borstvoeding krijgt, nam tussen 2004 en 2007 geleidelijk toe van 62,4% in 2004 tot 65% in 2007. Bij kinderen uit een Belgisch kansarm gezin (38,1%) ligt dit aandeel opmerkelijk lager. Bij allochtone kinderen krijgt goed 3 op 4 kinderen borstvoeding als startvoeding.

Allochtone kinderen

In 2007 geldt voor ongeveer één op de vijf kinderen in het Vlaamse Gewest dat de moedertaal niet het Nederlands is. Frans is de meest gebruikte andere taal (4,3%). Arabisch en Turks komen op twee en drie. Naar provincie zijn er grote verschillen, met in Vlaams-Brabant en Antwerpen ruim 1 op de 4 kinderen van wie de moeder een andere taal dan het Nederlands spreekt met het kind. In Oost-Vlaanderen (15,1%) en Limburg (16,8%) ligt dit aandeel lager en in West-Vlaanderen bedraagt het slechts 8,4%. Jonge kinderen die thuis een andere taal spreken dan het Nederlands, worden geconfronteerd met grotere uitdagingen om het later (bijvoorbeeld op de school of op de arbeidsmarkt) goed te doen.

Geboortecijfer en kinderopvang

Na een jarenlange dalende trend neemt het geboortecijfer in Vlaanderen sinds 2003 opnieuw toe. De forse toename van het aantal geboorten zet de preventieve gezinsondersteuning van Kind en Gezin onder druk en vergroot ook de capaciteitsproblemen binnen de kinderopvangsector. Het gebruik van kinderopvang nam de voorbije decennia gestaag toe in Vlaanderen, mede onder invloed van de stijgende arbeidsdeelname van vrouwen. Ruim de helft van de kinderen van 3 maanden tot 3 jaar maakt regelmatig gebruik van kinderopvang. Allochtone kinderen en kinderen in een kansarm gezin maken beduidend minder gebruik van kinderopvang, maar ook in deze groepen is het gebruik van kinderopvang toegenomen. Onderzoek wijst uit dat één op de tien ouders die op zoek gaat naar formele opvang er geen vindt. Dit treft voornamelijk alleenstaande ouders, ouders zonder job, laaggeschoolde ouders en ouders van allochtone origine: 36% van de alleenstaande ouders, 44% van de werklozen en 22% van de laaggeschoolde ouders vindt geen opvang.

Vlaanderen telt ruim 650.000 schoolgaande kinderen. De helft van hen maakt gebruik van een breed pallet aan buitenschoolse opvangmogelijkheden: informele opvang, sportverenigingen, het jeugdwerk, de erkende buitenschoolse opvang, ... Ongeveer 60.000 kinderen vinden een plaats in die erkende initiatieven voor buitenschoolse opvang. Het aanbod is evenwel ongelijk gespreid over de gemeenten.

Adoptie

De kloof tussen het aantal aanmeldingen voor adoptie (het aantal kandidaat-adoptieouders) en het aantal gerealiseerde adopties is groot. Niet elk geschiktheidsvonnis zal uitmonden in een adoptie binnen de geldigheidsperiode van 3 jaar. Het is daarom een belangrijke uitdaging voor de Vlaamse Centrale Autoriteit Adoptie om de instroom van kandidaat-adoptieouders beter af te stemmen op het aantal kinderen dat gebaat is bij een interlandelijke adoptie.

2.2 Zorg voor ouderen

De Vlaamse bevolking veroudert, maar blijft ook langer fysiek gezond.

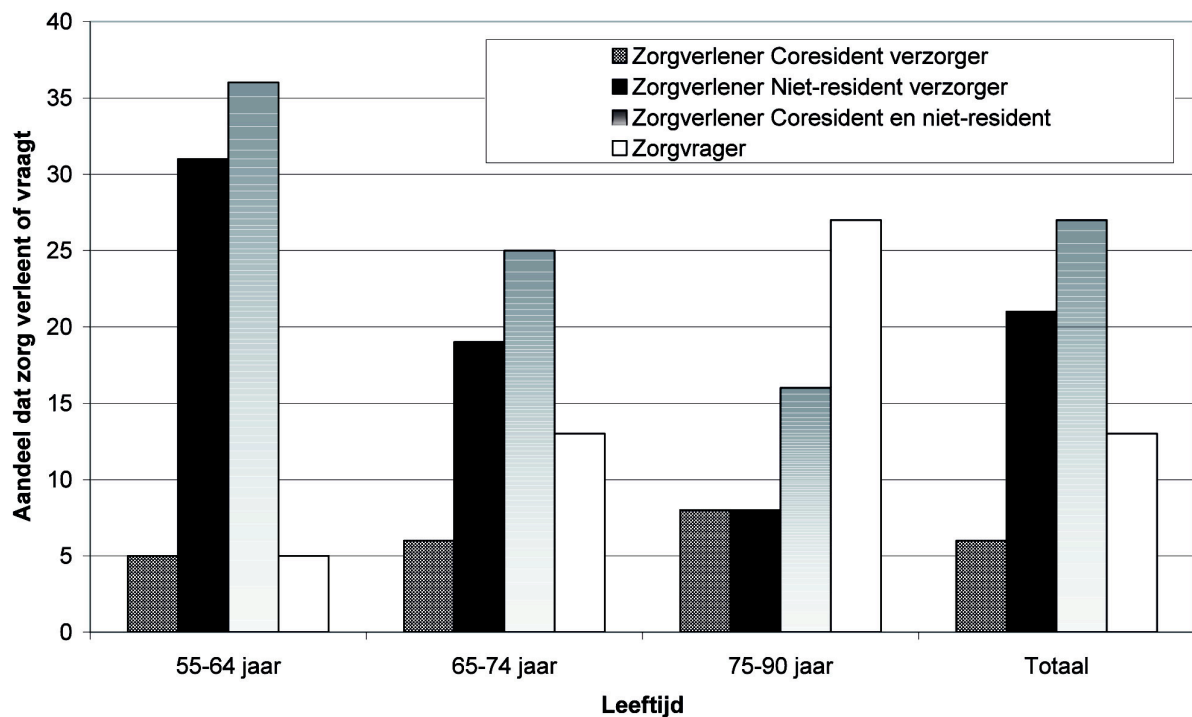
De toename van het aandeel ouderen in de totale bevolking die zich de voorbije decennia reeds aftekende, zal zich volgens de bevolkingsvooruitzichten in de toekomst doorzetten. Aangenomen wordt dat dit op korte en lange termijn gepaard zal gaan met een aangroei van het aantal personen met beperkingen. Op basis van de gezondheidsenquêtes ontwikkelde men een maat voor het verwachte aantal gezonde levensjaren op een bepaalde leeftijd, en voor het verwachte aantal levensjaren zonder functionele beperkingen. Een 60-jarige vrouw kan nog 24,6 levensjaren verwachten, waarvan 12,8 jaar in goede gezondheid en 12,5 jaar zonder functionele beperkingen. Een man van die leeftijd heeft een levensverwachting van 19,9 jaar, waarvan 11,9 jaar in goede gezondheid en 10,5 jaar zonder functionele beperkingen. Er zijn aanwijzingen die de theorie van compressie van morbiditeit (de gezonde levensverwachting stijgt sneller dan de totale levensverwachting) bij mannen ondersteunen, met echter een verschuiving naar zwaardere beperkingen. Bij vrouwen wijst onderzoek in de richting van een expansie van de morbiditeit (de toegenomen jaren in de levensverwachting zijn ongezonde jaren).

De Vlaamse zorgverzekering zal te maken krijgen met een sterk verhoogde vraag om tegemoetkomingen als gevolg van de vergrijzing. Voor 2009 wordt verwacht dat meer dan 180.000 personen een tegemoetkoming vanuit de Vlaamse zorgverzekering ontvangen. Om de kosten van de vergrijzing op te vangen heeft de Vlaamse zorgverzekering een reservefonds aangelegd.

Bijzonder kwetsbaar zijn de alleenwonende (oudste) ouderen als zij zorg nodig hebben. Zij hebben meer nood aan externe hulp en zorg dan ouderen van wie de huisgenoten intensieve mantelzorg (kunnen) verlenen. Zij hebben ook een grotere kans om te verhuizen naar een residentiële voorziening dan ouderen die met minstens één andere persoon samenwonen. Gezien de verwachte grote toename van het aantal alleen wonende oudste ouderen zal de vraag naar formele hulp, zowel van commerciële als van niet-commerciële diensten, en de vraag naar residentiële zorg toenemen.

Veroudering biedt naast bedreigingen ook kansen. Onderzoek toont aan dat ouderen naast zorgvrager zich ook als zorgverlener profileren voor anderen. Figuur 2 toont dat het aandeel ouderen dat zorg verleent als niet-resident verzorger afneemt met de leeftijd. Anderzijds blijkt dat het aandeel ouderen dat zorg verleent als coresident verzorger toeneemt met de leeftijd. Dit laat veronderstellen dat partnerzorg in de oudere bevolking op korte termijn een belangrijke buffer kan zijn tegen de toename van de vraag naar professionele hulp. Op langere termijn wordt die buffer ook ondermijnd door de toename van het aantal alleenstaanden.

Figuur 2: aandeel ouderen dat zorg geeft en zorg nodig heeft, naar leeftijd (2001)



Ouderen zelf wensen, indien nodig, in belangrijke mate een beroep te doen op mantelzorg. Daarnaast zien ouderen zelf een belangrijke taak weggelegd voor de thuiszorg. Vooral in situaties waar langdurige hulp nodig is en bij persoonsverzorging gaat de voorkeur uit naar thuiszorgdiensten zoals gezinszorg, poetshulp of thuisverpleging. Het rusthuis of het kortverblijf als voorkeursoplossing wint vooral bij de hoogbejaarden aan belang.

2.3 Zorg voor mensen met een handicap

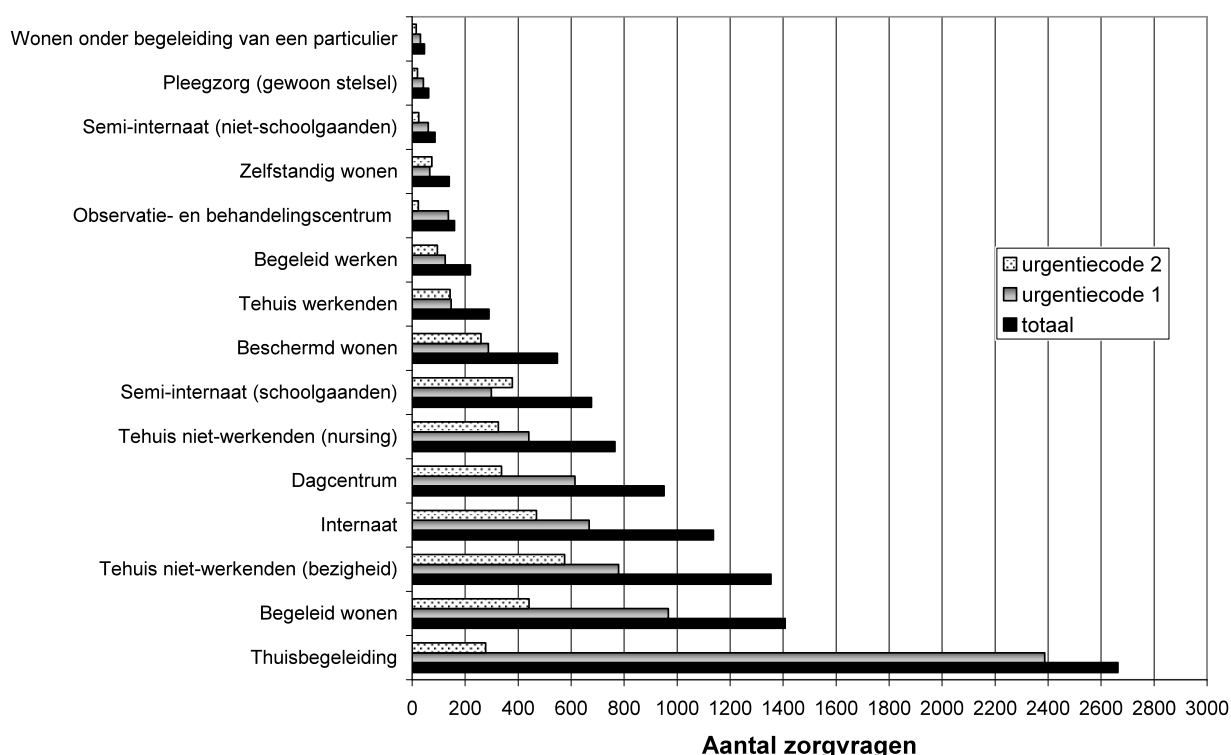
De vooruitgang van de geneeskunde heeft duidelijk invloed op de zorgvraag in onze samenleving. Door de betere prenatale detectie daalt het aantal personen met een handicap door een aangeboren afwijking elk jaar. Maar tegelijkertijd blijven almaar vroeger geboren baby's toch in leven. Door de snelle interventies en de geperfectioneerde intensieve zorg overleven meer mensen dan vroeger een infarct of een verkeersongeval, maar zij blijven vaak verder leven met een zware handicap. De goede zorg voor personen met een handicap betekent ook dat hun gemiddelde leeftijd toeneemt. Tussen 1983 en 1997 steeg de gemiddelde leeftijd waarop mensen met het syndroom van Down overlijden van 25 tot 49 jaar. In een tijdspanne van 14 jaar is de gemiddelde levensverwachting in deze groep gestegen met 24 jaar, of 8 keer sneller dan de gemiddelde stijging van de levensverwachting voor alle Vlamingen. Er zijn nu meer patiënten met chronische aandoeningen, een combinatie van aandoeningen en een relatief intensieve zorgbehoefte.

Binnen de verschillende zorgvormen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) tekent veroudering bij de cliënten zich het sterkst af bij de cliënten van de tehuizen niet-werkenden, waar in 2007 1.096 60-plussers verbleven. Het is echter moeilijk om een accuraat beeld te schetsen van de juiste omvang van deze doelgroep, aangezien oude personen met een handicap ook elders kunnen verblijven en zorg krijgen, bijvoorbeeld in de mantelzorg thuis, in een rusthuis of in een psychiatrisch verzorgingstehuis. De veroudering van deze groep roept tal van vragen op over: de zorgvormen waar deze personen best plaats krijgen (de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg, nieuwe gespecialiseerde zorg, ...), de criteria die gehanteerd worden voor het toewijzen van deze personen aan een bepaalde zorgvorm, de wijze waarop de gehandicaptensector zich op het vlak van infrastructuur en personeel dient aan te passen aan de specifieke

ouderdomsbehoeften van de cliënten, alsook over de financiering van de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg.

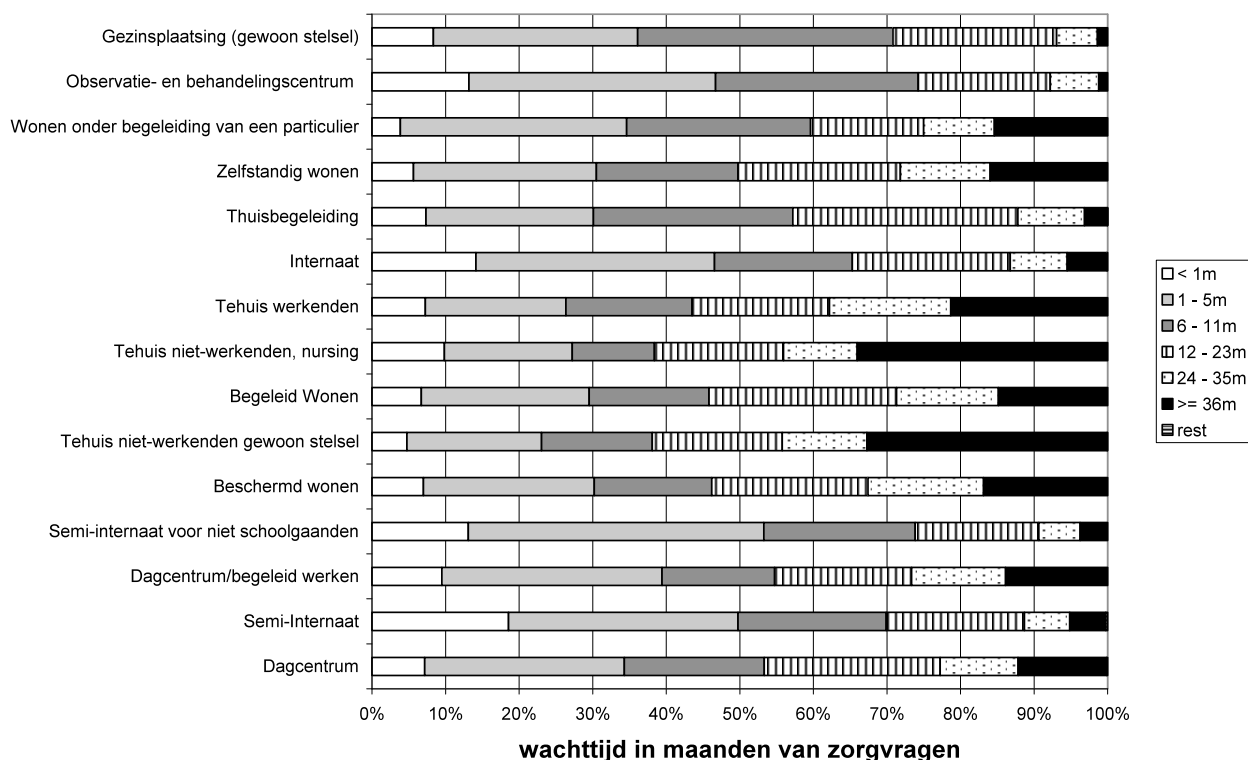
Voor de verschillende zorgvormen van het VAPH bestaat een eenduidig beeld van de zorgvragen en de mate waarin aan deze vragen wordt tegemoet gekomen. Een opmerkelijke vaststelling is de toename van het totale aantal geregistreerde, dringende zorgvragen (urgentiecode 1 en 2). Medio 2004 bedraagt dit aantal 6.860, terwijl het medio 2006 8.159 bedraagt en op 30 juni 2008 oploopt tot 10.508 vragen. De toename van het aantal zorgvragen is op uiteenlopende manieren verklaarbaar. Een toename in de dekkingsgraad van de registratie, maar ook een steeds beter wordende diagnose van autisme/spectrumstoornissen weerspiegelt zich in de cijfers. In vergelijking met het verleden worden mensen met autisme/spectrumstoornis nu veel beter en dus veel vaker als dusdanig gediagnosticeerd. Dit laatste is vooral een belangrijke factor in de verklaring van de sterk stijgende trend in het aantal vragen naar thuisbegeleiding. Thuisbegeleiding komt bovendien naar voor als de zorgvorm met veruit het meeste aantal urgente zorgvragen (zie figuur 3).

Figuur 3: aantal geregistreerde zorgvragen naar zorgvorm en urgentiecode op 30 juni 2008



Als we kijken naar de wachtlijsten van het VAHP, stellen we vast dat de tehuizen er negatief uitspringen (zie figuur 4). Bijna een derde van de cliënten moet meer dan 36 maanden wachten voor er plaats is voor hem / haar in een tehuis.

Figuur 4: wachttijd in maanden van mensen die een zorgvraag stelden met urgentiecode 1, 2 en 3 op 30 juni 2008



De laatste jaren werden telkens nieuwe deeldoelgroepen afzonderlijk gediagnosticeerd en geïndiceerd als behorend tot de doelgroep van het VAHP. Men kan zich de vraag stellen of de doelgroep niet strikter dient te worden afgelijnd, mede in functie van een verdere responsabilisering van andere bevoegde beleidsdomeinen voor bepaalde deeldoelgroepen (typevoorbeeld: onderwijs en dyslexie).

In het verlengde van het voorgaande kan men zich afvragen of het nog zin heeft om ook personen met een psychische handicap verder te erkennen als VAPH-gerechtigd. Enerzijds behoren tussenkomsten inzake tewerkstelling en opleiding niet langer tot de bevoegdheid van het VAPH en zal toeleiding van de doelgroep van personen met een psychische handicap tot de (al dan niet beschermde) arbeidsmarkt, via het VDAB-loket plaatsvinden. Anderzijds stellen we een toename vast van het aantal personen met chronische psychische en psychiatrische stoornissen dat niet langer gebaat is met hulp vanuit een psychiatrische setting, maar vooral nood heeft aan ondersteuning bij hun sociale integratie. Dit vertaalt zich onder andere in de grote druk om deze doelgroep te verschuiven van beschut wonen (sector gezondheidszorg) naar begeleid en beschermd wonen (sector gehandicaptenzorg).

2.4 Zorg voor jongeren

De Vlaamse jongeren zijn ethisch en cultureel progressiever dan de ouderen. Ze staan minder weigerachtig tegenover de multiculturele samenleving en zijn er, net als de ouderen, sterk van overtuigd dat sociale onrechtvaardigheid moet bestreden worden. Maar ze zijn minder overtuigd van de herverdelende taak van de overheid.

In vergelijking met het buitenland gaat het trouwens goed met de Vlaamse jongeren. Ze zijn tevreden over zichzelf en zien de toekomst positief tegemoet. Ze experimenteren niet meer met genotsmiddelen dan hun leeftijdsgenoten in het buitenland, maar zouden meer mogen bewegen en gezonder mogen eten.

De eerste monitor van het jeugdonderzoekplatform (JOP) geeft aan dat het met een kleine groep jongeren minder goed is gesteld: 4,5% vindt zichzelf een mislukkeling, 10,4% ziet de toekomst vaak

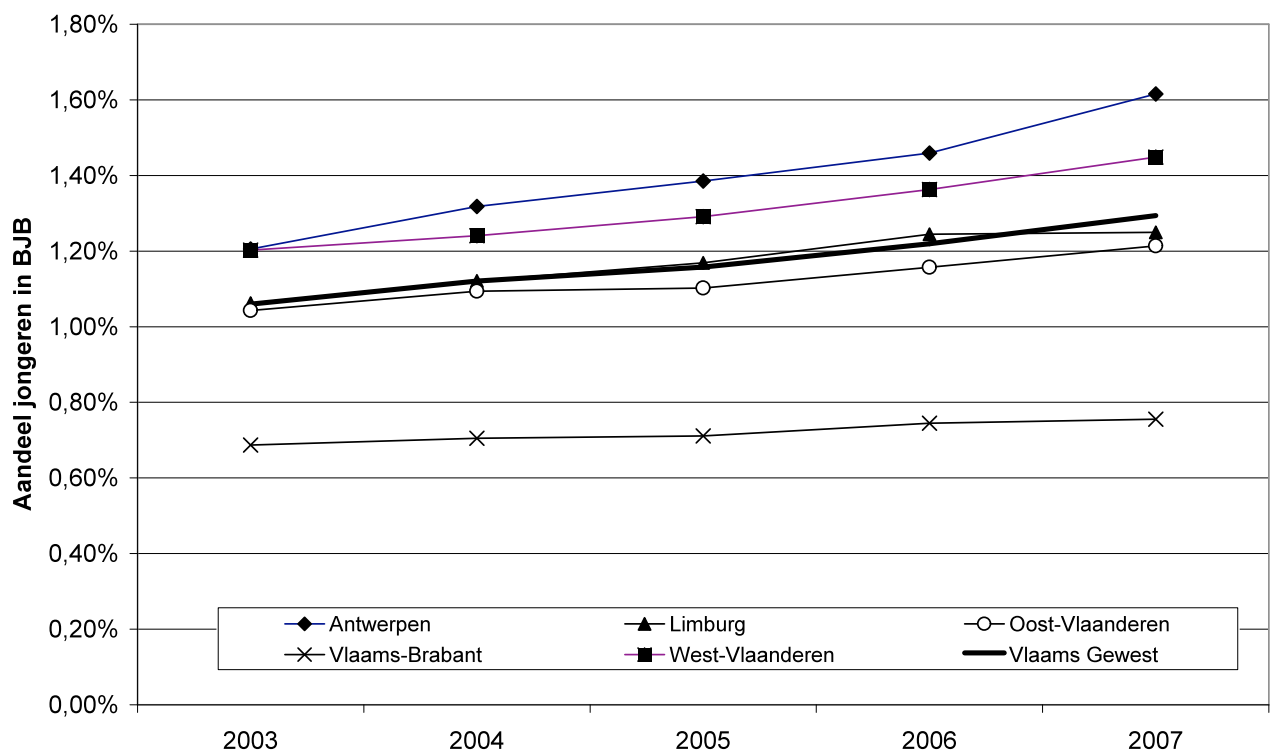
somber in, 4,4% dacht 12 maanden voorafgaand aan de bevraging ernstig aan zelfdoding, 5,3% heeft geen enkele vriend en een kleine minderheid pleegt ernstige delicten. Evidentie bestaat dat het steeds gaat om eenzelfde groep van jongeren, die laag scoort op verschillende indicatoren van welbevinden, en die vanuit hun omgeving, het beleid en de hulpverlening bijzondere aandacht verdienen.

Die JOP-monitor leert ons ook dat 85% van de jongeren tussen 14 en 25 jaar nog bij de ouders woont. De heterogeniteit aan gezinsvormen voor 14- tot 25-jarigen die nog in het ouderlijk huis wonen is beperkt: 78% woont bij beide ouders en 19% heeft een scheiding van de ouders meegemaakt. De meeste jongeren houden na een scheiding op regelmatige basis contact met de andere ouder. Kinderen van gescheiden ouders hebben een groter risico op welzijns- en gezondheidsproblemen dan kinderen uit goed functionerende traditionele kerngezinnen, maar een minder groot risico dan kinderen uit slecht functionerende gezinnen.

Er is een oncontroleerbare stijging van het aantal minderjarigen in de bijzondere jeugdbijstand. Het aantal jongeren in de bijzondere jeugdbijstand nam toe van 14.798 jongeren in 2000 tot 20.225 jongeren in 2007. Er wordt dan ook meer en meer gezocht naar plaatsingen buiten de erkende capaciteit, zoals pleegplaatsingen. Een ander gevolg is dat er een aanbodgestuurde hulpverlening ontstaat, waarbij de hulpvraag wordt afgestemd op het toevallige hulpaanbod. Snelle herindicaties en herplaatsingen dringen zich desgevallend op.

Er komen steeds meer jongeren in de bijzondere jeugdbijstand terecht, maar figuur 5 toont opmerkelijke verschillen tussen de Vlaamse provincies.

Figuur 5: evolutie van het aandeel jongeren in de bijzondere jeugdbijstand t.o.v. het totale aantal jongeren



We stellen vast dat het merendeel van de jongeren in de bijzondere jeugdbijstand jongvolwassen jongens zijn. Bovendien blijkt dat veel jongeren in de bijzondere jeugdbijstand opgroeien in een atypische gezinssituatie, in een kansarm gezin of in een achtergestelde stedelijke buurt.

2.5 Nieuwe gezinsvormen

De voorbije decennia nam het aantal particuliere huishoudens sterk toe, terwijl de grootte van de huishoudens gestaag afnam. Die evolutie zal zich doorzetten in de toekomst. De verdunning van huishoudens maakt dat het huishoudinkomen door minder personen moet worden gedeeld maar per saldo daalt het globale welvaartsniveau van de huishoudens, zo blijkt uit Nederlands onderzoek.

Ten gevolge van een sterke toename van het aantal relatieontbindingen is ook het aantal alleenstaande ouders toegenomen. Eénoudergezinnen (vooral moeders) hebben een lager gezinsinkomen en hebben een grotere kans om in de armoede terecht te komen. Voor velen valt een voltijdse baan moeilijk te combineren met de gezinstaken. Laagdrempelige, beschikbare en betaalbare kinderopvang en gezinsvriendelijke arbeidstijden zijn dan ook zeer belangrijk voor alleenstaande ouders. Alleenstaande ouders hebben een slechtere (geestelijke) gezondheid dan personen die samenwonen met kinderen en een partner. Zij lopen een groter risico op sociale deprivatie. Alleenstaande ouders lijken meer moeilijkheden te ondervinden bij de opvoeding van hun kinderen. Meer dan andere ouders vinden ze ook hun weg naar het aanbod inzake opvoedingsondersteuning.

De vaststelling dat kinderen nu en in de toekomst vaker dan voorheen in een niet-klassiek gezin wonen heeft belangrijke gevolgen. Kinderen uit éénoudergezinnen hebben onder meer een hoger risico op armoede, een lager psychisch welbevinden, minder levenstevredenheid, meer gedragsproblemen, meer relationele problemen, slechtere schoolprestaties en meer gezondheidsproblemen dan kinderen uit een gezin met twee ouders. Longitudinaal onderzoek toont aan dat ook op latere leeftijd deze verschillen vaak blijven bestaan.

De voorbije decennia nam coresidentie van ouderen met hun kinderen verder af. Het gaat hoofdzakelijk om een daling van ouderen die inwonen bij hun zoon of dochter. Enerzijds getuigt deze vaststelling van een toegenomen individualisering en verzelfstandiging van ouderen. Anderzijds gaat hiermee een daling van (het potentieel aan) intergenerationele mantelzorg gepaard.

Ook het samenleven met een partner van hetzelfde geslacht nam de voorbije decennia toe.

2.6 Levensstijl en gezondheidsrisico's

In de ons omringende landen is er meer en meer aandacht voor (ziekte)preventie. De Vlaamse Gemeenschap startte in 1998 met het formuleren van Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Sindsdien werden lange termijn doelstellingen opgesteld voor: infectieziekten en vaccinatie; borstkankeropsporing; tabak, alcohol en drugs; ongevallen in de privésfeer; voeding en beweging; en depressie en zelfdoding.

Onderzoek toont aan dat quasi alle gezondheidscampagnes die werden voorgesteld naar aanleiding van de gezondheidsconferentie “voeding en beweging” (2008) ook kosteneffectief zullen zijn. Op termijn wordt de investering in de campagnes doorgaans terugverdiend omdat welvaart(s?)ziekten worden ingedijkt.

De groeiende beleidsaandacht voor ziektepreventie vertaalt zich in hogere participatiepercentages voor de screeningsprogramma's. Bij vrouwen blijkt bijvoorbeeld dat de participatiegraad aan het door de Vlaamse overheid geïnitieerde borstkankerscreeningprogramma toeneemt van 34% (oktober 2002 – september 2004) tot 46% (oktober 2005 - september 2007). Hoewel België sterk inzet op de screening van borstkanker ligt de sterftegraad tegelijk hoog. In België overleden in 2006 gemiddeld 33,5 op 100.000 vrouwen als gevolg van borstkanker. België bezet daarmee de tweede plaats in Europa, na Denemarken.

Daar tegenover staat de vaststelling dat in ons land 10% van het Bruto Nationaal Product (BNP) naar curatieve gezondheidszorg gaat en slecht 0,1% naar preventie. Studies geven nochtans aan dat de externe determinanten van onze gezondheidssituatie voor 40% door ons curatieve gezondheidssysteem en voor 60% door onze leefgewoonten en -omgeving worden bepaald.

Gedragwijziging of een tijdige medische ingreep kan het aantal sterfgevallen gevoelig verminderen. Door primaire preventie (het wegnemen van de oorzaak) kunnen jaarlijks 3.878 sterfgevallen

vermeden worden (voornamelijk door longkanker en ischemische hartziekten). Ook via secundaire preventie (vroegtijdig medisch ingrijpen) kunnen veel vroegtijdige sterfgevallen worden vermeden. Door vaccinatie en vroegtijdige opsporing of door een tijdige en gepaste medische behandeling zou men in totaal 2.063 sterfgevallen bij mannen en 2.174 bij vrouwen kunnen vermijden. Niet toevallig noemen enkele Vlaamse gezondheidswetenschappers de 21^{ste} eeuw dan ook de eeuw van de preventieve gezondheidszorg (in een recente studie van de Studiedienst van de Vlaamse Regering).

Verloren potentiële jaren

Bij mannen zijn de belangrijkste oorzaken voor voortijdige sterfte: longkanker, ischemische hartziekten, zelfdoding, verkeersongevallen en cerebrovasculaire aandoeningen. Het totaal aantal verloren potentiële jaren bij mannen is voor 41% te wijten aan deze doodsoorzaken. Het totale aantal verloren potentiële jaren is bij mannen veel groter dan bij vrouwen.

Bij vrouwen is niet longkanker, maar borstkanker de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte. De top vijf bij vrouwen bestaat verder uit longkanker, zelfdoding, cerebrovasculaire aandoeningen en ischemische hartziekten.

Tussen 1998 en 2006 is er een sterke daling van het totale aantal verloren potentiële jaren, grotendeels toe te schrijven aan de daling van het aantal verkeersdoden en van het aantal sterfgevallen door ischemische hartaandoeningen.

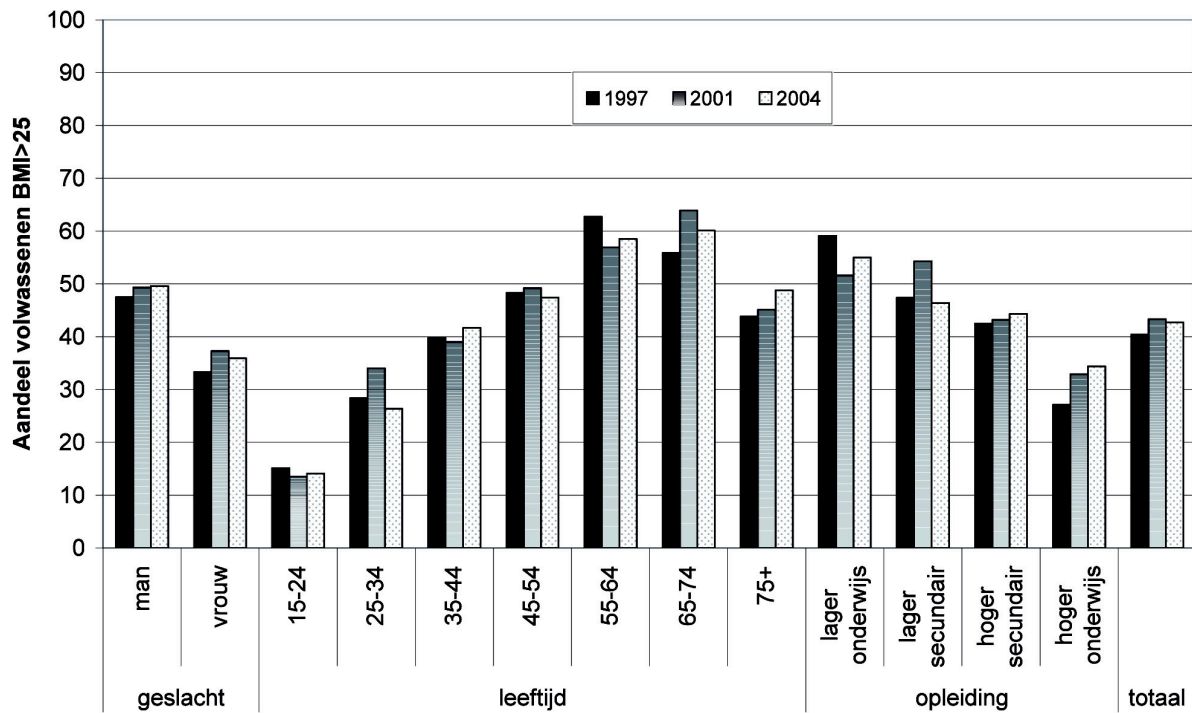
Overgewicht, voeding en beweging

Uit het project Vlaamse Groeicurven blijkt dat de jongeren enkele centimeters groter zijn geworden dan hun leeftijdsgenoten van 30 jaar geleden. 12% van de jongens en 13,3% van de meisjes van 2 tot 18 jaar oud heeft overgewicht. Voor obesitas (ernstig overgewicht) bedraagt dit respectievelijk 2,7% en 3,1%. Bij volwassenen blijkt dat het aandeel van de bevolking met overgewicht toeneemt met de leeftijd (zie figuur 6). Waar in 2004 in Vlaanderen 42,7% kampt met overgewicht loopt dit aandeel bij de 65- tot 74-jarigen op tot 60%. Mannen, lager opgeleiden en personen die lichamelijk inactief zijn, kampen vaker met overgewicht.

Uit onderzoek blijkt verder dat we te weinig groenten, fruit en (bruin) brood eten, we te weinig water en melkproducten drinken, we voldoende aardappelen eten, en we te veel vlees eten.

De Vlamingen bewegen bovendien te weinig. Vrouwen bewegen minder dan mannen en het niveau van fysieke activiteit daalt naarmate we ouder worden.

Figuur 6: aandeel van de volwassen bevolking met overgewicht – Vlaams Gewest



Genotsmiddelen

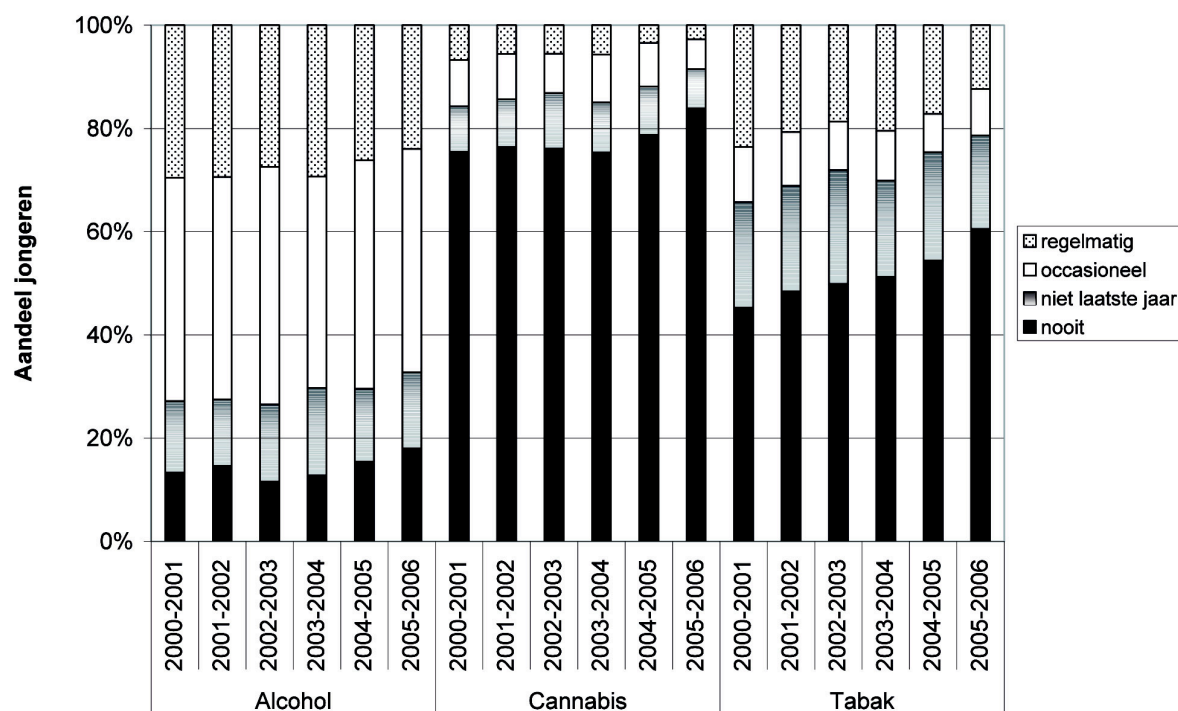
In 1990 dronk de Belg gemiddeld 9,9 liter pure alcohol. In 2006 dronk de Belg gemiddeld 8,5 liter pure alcohol. Het totale alcoholgebruik in België daalt, maar alcohol blijft het meest gebruikte genotsmiddel in ons land. Ruim 5% van de Belgen drinkt dagelijks meer dan gezond is voor hen. Toch zoekt slechts één op de zes probleemdrinkers hulp bij een professionele hulpverlener. In verhouding komt het grootste aantal problematische alcoholgebruikers voor in de leeftijdsgroep 45-54 jaar.

In de Europese Unie heeft ongeveer 20% van de volwassenen ooit cannabis gebruikt. Van alle Belgen gebruikte 13% ooit in hun leven cannabis, 3% gebruikte de afgelopen maand cannabis. 1,7% van alle Belgen gebruikte ooit XTC of amfetamines (speed). Meer mannen dan vrouwen gebruiken illegale drugs.

In 2007 rookte goed 1 op 5 van de volwassen Vlamingen dagelijks. Hoewel op kortere termijn golfbewegingen bestaan, is het aandeel dagelijkse rokers het laatste decennium gestaag afgenomen tot goed 20% in 2007.

Bij jongeren blijkt dat het aandeel dat nooit alcohol, cannabis en tabak gebruikt, toeneemt tussen 2000 en 2006. Tijdens dezelfde periode neemt het aandeel jongeren dat regelmatig alcohol, cannabis of tabak consumeert af (zie figuur 7).

Figuur 7: evolutie van het aandeel jongeren dat alcohol, cannabis en tabak gebruikt naar frequentie van het gebruik

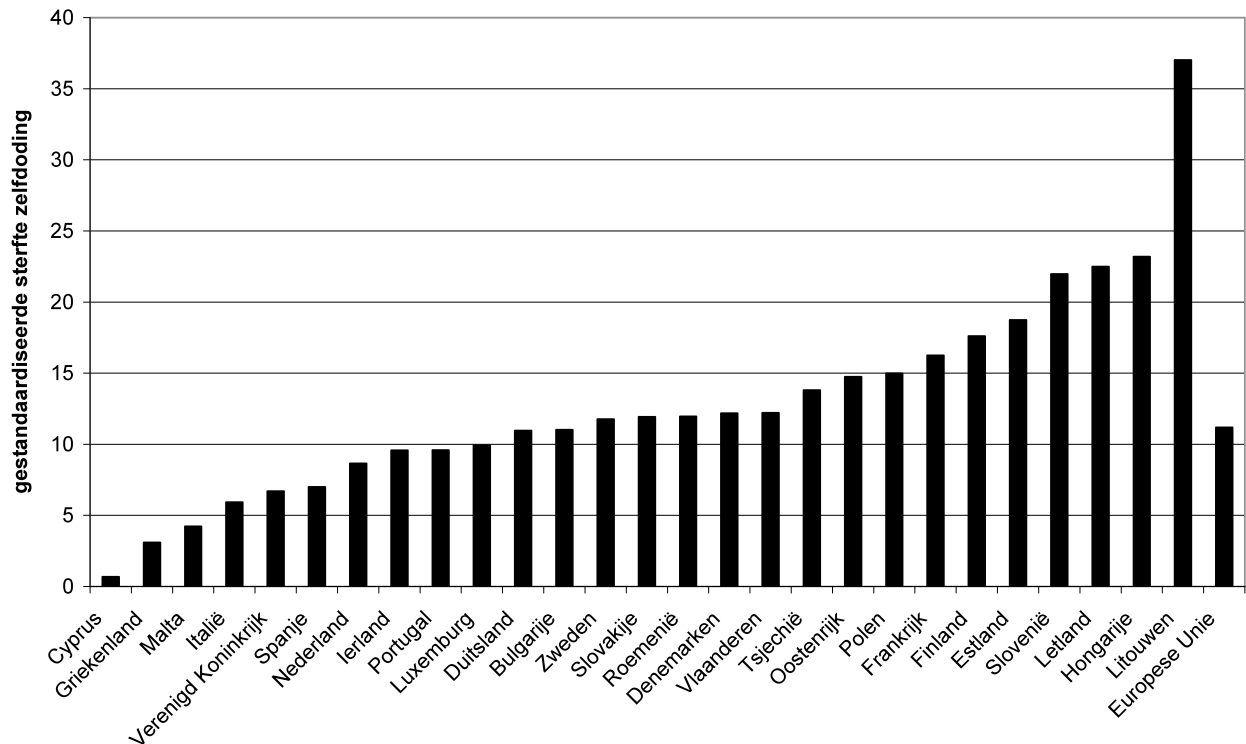


Zelfdoding

Vlaanderen telt relatief veel zelfdodingen (zie figuur 8). De gezondheidsconferentie van 2002 mondde uit in een Vlaams actieplan suïcidepreventie. Gemiddeld sterven er 1.100 Vlamingen per jaar door zelfdoding. In de periode 1995-2006 is echter geen duidelijke trend in de gestandaardiseerde zelfdodingcijfers vast te stellen. In 2006 was het aantal suïcides bij mannen duidelijk lager dan de jaren ervoor. Voor vrouwen zijn de verschillen eerder beperkt. Tijdens de hele periode zijn de sterftcijfers voor vrouwen (in 2006 8,8 per 100.000) beduidend lager dan voor mannen (in 2006 23,3 per 100.000).

Uiteenlopende individuele factoren, vaak samengaan met depressie, liggen aan de basis van zelfdoding. Maar ook maatschappelijke factoren spelen een rol. Het is opvallend dat de economische crisis van de jaren '70 gepaard ging met hogere sterfte door zelfdoding.

Figuur 8: gestandaardiseerde sterfte door zelfdoding in de Europese Unie (WHO, 2007): aantal zelfdodingen per jaar per 100.000 inwoners, gecorrigeerd naar leeftijd en geslacht.



HIV / AIDS

Het aantal nieuwe HIV-seropositieven blijft de laatste jaren min of meer gelijk. Ongeveer 40% van hen heeft de Belgische nationaliteit. Een groot deel van de niet-Belgen die HIV-positief zijn, komt uit Subsaharisch Afrika. De voornaamste overdrachtswijze is (hetero- en homo)seksueel contact.

Lawaai

In vergelijking met tien jaar geleden is het aantal jongeren dat last heeft van oorsuizingen met liefst 60% gestegen. Gehoorschade bij de jeugd en volwassenen wordt een belangrijk probleem (sociaal isolement, leerachterstand, ...). Preventie dringt zich op.

3. Sociaal-economische ontwikkelingen

3.1 Financiële en economische crisis

Het is momenteel onmogelijk om met een zekere ernst de gevolgen van de huidige financiële en economische crisis op de zorgsector of het welzijn en de gezondheid van de Vlamingen in te schatten.

3.2 Privatisering

In Vlaanderen werden sinds de jaren tachtig meer commerciële (for profit) initiatieven genomen in de zorgsector (zoals commerciële rusthuizen, die nu goed zijn voor 14% van het aantal plaatsen). De groei lijkt wat gestopt. De Vlaamse overheid heeft veel geïnvesteerd in de kwaliteitscontrole van de commerciële initiatieven. Zo verstrekt Kind en Gezin, na een kwaliteitscontrole, attesten van toezicht aan commerciële kinderopvanginitiatieven en zeer recent maakte de Vlaamse overheid zelfs regels over de tarieven die de commerciële kinderopvangvoorzieningen hanteren.

De commerciële initiatieven zijn geografisch ongelijk verspreid. Ze ontstaan grosso modo daar waar de publieke en gesubsidieerde sector afwezig is. Dat maakt dat de zorg in bepaalde regio's duurder is dan in andere regio's.

De New Public Management-ideologie heeft niet alleen gevolgen gehad voor de Vlaamse administratie (Beter Bestuurlijk Beleid), maar ook voor de wijze waarop de overheid omgaat met de door haar gesubsidieerde voorzieningen. Deze voorzieningen krijgen meer verantwoordelijkheid om zelf uit te maken hoe ze (met enveloppe-subsidies) onderhandelde doelstellingen willen bereiken. Desalniettemin blijft de overheid de kwaliteit, de beschikbaarheid en de betaalbaarheid van de zorg bewaken.

Tegelijkertijd zien we sporadisch zorgvoorzieningen opduiken die ontsnappen aan elk overheidstoezicht omdat ze geen erkenning of subsidiëring vragen of krijgen (private klinieken, Thomashuizen¹, sommige welzijnsvoorzieningen, ...).

3.3 Een tekort aan geschikt zorgpersoneel

De vergrijzing van de bevolking zal niet alleen leiden tot een toename van het aantal zorgbehoevende ouderen, maar ook tot een veroudering (en – vaak vervroegde - pensionering) van het huidige zorgpersoneel. Er dreigt dan ook een tekort aan verzorgend en vooral verplegend personeel. Bovendien wijzigt ook de zorgnood, tengevolge van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Sommige zorg- en welzijnsvoorzieningen vinden nu al moeilijk geschikt personeel. Meerdere agentschappen binnen het beleidsdomein kampen bijvoorbeeld met een ernstig artsentekort. En Vlaanderen beschikt over onvoldoende kinderpsychiaters. De sector vraagt voldoende aandacht voor het imago van verpleegkundigen en verzorgenden, een passende verloning en een gericht onderwijsbeleid. In haar begroting voor 2005 stelt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Nederland) dat, bij ongewijzigd beleid, het percentage van de beroepsbevolking dat werkzaam is in de sector zorg en welzijn zou moeten toenemen van 13% in 2005 tot 22% in 2025. In het rapport “Arbeidsmarkt, arbeidsproductiviteit en vergrijzing. Internationale ervaringen met oplossingen voor personeelstekorten in de zorgsector” pleit dat ministerie voor een hogere arbeidsproductiviteit in de zorgsector.

¹ Thomashuizen zijn huizen waar maximum acht mensen met een mentale beperking samenleven. Twee zorgverleners, vaak een koppel, wonen mee in en zijn verantwoordelijk voor alle zorgen en ondersteuning. Elke bewoner betaalt voor zijn verblijf via zijn ‘persoonlijk assistentie budget’.

4. Ontwikkelingen in management en bestuur

4.1 Planning en programmatie

Er is geen “onzichtbare hand” die er voor zorgt dat de zorg daar wordt aangeboden waar ze nodig is. Nieuwe investeringen in de zorg worden dan ook steeds bewuster op basis van objectieve criteria (behoeftecriteria) verspreid over Vlaanderen.

Met het decreet Lokaal Sociaal Beleid kregen de lokale besturen een grotere rol in de “zorgregie”. Zij zijn immers goed geplaatst om de lokale noden in te schatten.

Een bijzonder aandachtspunt blijft Brussel, waar de zorg erg versnipperd gesubsidieerd wordt (diverse overheden) waardoor het totaalplaatje soms moeilijk te maken is.

4.2 Geïntegreerd werken en transversale thema's

De vaststelling in verschillende zorgsectoren dat de dienstverlening van voorzieningen niet steeds op maat van de cliënten is gesneden leidde tot het besef dat het verkokerde zorglandschap behoefte had aan een meer integrale benadering. Evoluties in het hulpverleningslandschap, waarbij specialisatie samengaat met differentiatie, creëren de behoefte aan integratie, samenwerking en afstemming. Anders overstijgen de specifieke en meervoudige behoeften van cliënten de grenzen van individuele zorgvoorzieningen en wordt minstens aan een deel van hun problemen niet tegemoet gekomen. Een dergelijke benadering gelooft sterk in het principe “dat het geheel meer is dan de som der delen”. Exemplarisch op dit vlak is de integrale jeugdhulp waar onder andere met behulp van netwerken getracht wordt om bruggen te bouwen tussen de verschillende diensten en voorzieningen die zich richten op kinderen en jongeren. Maar ook het nieuwe woonzorgdecreet focust sterk op de integrale benadering.

Tegelijkertijd groeide de samenwerking tussen de beleidsdomeinen rond transversale thema's (zoals duurzame ontwikkeling of gelijke kansen) en met andere overheden rond thema's die intergouvernementele afstemming behoeven (zoals in het nationaal actieplan partnergeweld).

4.3 Beleid gestoeld op kennis

De realiteit van welzijn, volksgezondheid en gezin verandert continu. Omwille van deze dynamiek is systematische innovatie binnen de welzijns- en gezondheidssector noodzakelijk. Binnen het actuele innovatiedenken vervult het evidence-based paradigma een belangrijke rol. Op beleidsniveau vertaalt dit paradigma zich in een toenemende aandacht voor beleidsevaluatie en evidence-based policy. In de hulpverleningspraktijk wordt, weliswaar kritisch, aangestuurd op het stelselmatiger expliciteren, evalueren, monitoren en optimaliseren van het bestaande behandel- en begeleidingsaanbod.

In de regeringstekst “Vlaanderen in Actie”, bedoeld als sociaal-economische impuls voor Vlaanderen, is er heel wat aandacht voor innovatie, ook in het welzijns- en gezondheidsbeleid. Indicatief voor deze aandacht zijn verder de oprichting van een steunpunt beleidsrelevant onderzoek WVG, een kenniscentrum binnen het departement WVG, de protocollering van behandelingsmethodieken, nieuwe inspectietechnieken (zoals accreditering) en de toegenomen aandacht voor monitoring. Ook de sector zit niet stil. Het Vlaams Welzijnsverbond lanceerde recent een zorginnovatie-project.

4.4 Supranationale context

De Vlaamse Regering moet in haar welzijns- en gezondheidsbeleid (meer en meer) rekening houden met beleidskeuzes op andere niveaus: de beleidskeuzes van andere beleidsdomeinen (inclusief onderwijsbeleid, inclusief woonbeleid, ...), maar ook (en vooral) van andere overheden (Europa, VN, federale staat, ...). Het is dan ook nodig om pro-actief op te treden en het horizontaal overleg en de betrokkenheid bij het Europese / internationale beleid te verhogen.

DEEL 2: BELEIDSVOORSTELLEN

Strategische keuze 1: meer kwaliteit, gebaseerd op evidentie

Het volstaat niet om voldoende zorg te bieden aan diegenen die ze nodig hebben. De zorg moet ook goed zijn. We stellen voor om de zorgkwaliteit nog meer te verbeteren door actiever op te treden als overheid, door beleidskeuzes wetenschappelijk te onderbouwen (en de maatschappelijke effecten objectief te meten) en door een praktijk te bevorderen die gebaseerd is op (wetenschappelijke en praktijk-gebaseerde) kennis. De overheid moet daarbij (gesubsidieerde) zorg die niet effectief is vervangen door zorg die dat (potentieel) wel is.

Concreet pleiten we er voor om:

- de inspecties binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) te heroriënteren (audits, overleg met de cliënten, ...), zodat ze zicht geven op de werkelijke kwaliteit van de geleverde zorg, en daar beleids- en publieksgericht over te rapporteren, non-kwaliteit te bannen en de inspecties meer risico-gestuurd en meer thematisch te maken;
- een algemene rechtsgrond te creëren om misbruiken in de zorg (inclusief non-kwaliteit en in het bijzonder ten aanzien van zwakke groepen in de samenleving) te beteugelen, ook in voorzieningen die niet erkend werden door de overheid²;
- de pleegzorg te harmoniseren en maximaal intersectoraal af te stemmen³.
- het VIPA (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden) kennis en good-practices te laten delen met de agentschappen die infrastructuur subsidiëren in de andere beleidsdomeinen;
- een decreet kinderopvang te maken dat de basis legt voor de harmonisering en vereenvoudiging van de versnipperde regelgeving en uitgaat van veralgemeende vergunningsvoorwaarden, basiskwaliteitseisen en een verankerde kwaliteitscontrole. Het kind en zijn ouders zijn hierbij het uitgangspunt;
- de kwaliteit van de kinderopvang te verbeteren door competentieverhoging en kwalificatiebepaling van de kindbegeleiders en hun pedagogische omkadering, om de sector ook bij een opdrogende arbeidsmarkt aantrekkelijk te houden en zo mee de basis te leggen voor het behoud en de verdere duurzame uitbreiding van het aantal plaatsen in de kinderopvang⁴;
- de preventieve zorg voor jonge kinderen aan te passen aan de recentste wetenschappelijke inzichten en de arbeidssituatie van de consultatiebureau-artsen bij Kind en Gezin te verbeteren (inclusief sociaal statuut en verloning)⁵;
- bestaande preventie-, behandelings- en begeleidingsmethodieken en -technieken te expliciteren en te evalueren, om de bestaande kennis en expertise te kunnen delen en zo beter te laten renderen⁶.

² Zie actiefiche 1: rechtsgrond om non-kwaliteit en misbruik te bannen.

³ Zie actiefiche 2: de pleegzorg harmoniseren en maximaal intersectoraal afstemmen.

⁴ Zie actiefiche 3: kwaliteitsverbetering door middel van competentiebeleid in de kinderopvang.

⁵ Zie actiefiche 4: vernieuwingsoperatie binnen de preventieve zorg voor jonge kinderen (met inbegrip van de aanpak van de problematiek van de consultatiebureau-artsen bij Kind en Gezin).

⁶ Zie actiefiche 5: het verhogen van de impact, kwantitatief en kwalitatief, van wetenschappelijk onderbouwde programma's op het gebied van preventieve gezondheidszorg door bijkomende structurele investeringen.

Strategische keuze 2: problemen voorkomen en vroeg aanpakken

In Vlaanderen gaat veel geld naar curatieve zorg, maar weinig naar preventie en vroeginterventie, en bijzonder weinig naar ziektepreventie. Voorkomen en vroeg ingrijpen is ethisch bijna altijd, en vaak ook economisch, beter dan genezen. De administratie stelt dan ook voor om het beleid zo te heroriënteren dat welzijns- en gezondheidsproblemen zo veel mogelijk vermeden of vroeg aangepakt worden.

Dat betekent concreet dat we voorstellen om prioritair te investeren in:

- de preventieve gezondheidszorg, door:
 - een gezonde leefstijl te promoten op het vlak van voeding en beweging, tabak, alcohol en drugs, seksuele en geestelijke gezondheid, veiligheid en milieu;
 - te vaccineren en tijdig aandoeningen op te sporen of aan te pakken, zoals kankers, aangeboren aandoeningen, hart- en vaatziekten, infectieziekten, risico's voor suïcide en vallen.

Het accent moet daarbij liggen op het meer en beter uitvoeren op het terrein, door diverse sectoren, van wetenschappelijk onderbouwde programma's. Financiering moet zoveel mogelijk structureel gebeuren, bijvoorbeeld via meerjarige beheersovereenkomsten. Nieuwe programma's, zoals bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker, dikkedarmkanker of vaccinatie tegen het humaan papilloma virus (HPV), worden ingevoerd na grondige afweging op basis van onder andere internationale ervaringen.

- schuldpreventie⁷;
- het verder ontwikkelen van laagdrempelige opvoedings- en gezinsondersteuning: van preventieve informatieverstrekking tot een ingrijpend curatief hulpaanbod. In de eerste plaats willen we de opvoedingswinkels (ruimere verspreiding in Vlaanderen) en de inloopteams (regelgevende basis en uitbreiding) versterken. Voor gezinnen waarbij de draagkracht en de draaglast ernstig uit balans is of dreigt te geraken, willen we de centra voor integrale gezinszorg en de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning versterken (decreta basis en capaciteitsuitbreiding)⁸;
- een versterking van de weerbaarheid van kwetsbare leeftijdsgroepen (kinderen en jongeren, jongvolwassenen en ouderen).

⁷ Zie actiefiche 6: preventie van overmatige schuldenlast.

⁸ Zie actiefiche 7: versterken van de opvoedings- en gezinsondersteuning voor gezinnen waarbij de draagkracht en de draaglast ernstig uit balans zijn of dreigen te geraken.

Strategische keuze 3: toereikende, cliënt nabije zorg, met aandacht voor infrastructuur

In het Pact van Vilvoorde werd onder meer de doelstelling geformuleerd om tegen 2010 een toereikend, efficiënt, effectief en kwaliteitsvol zorgaanbod te garanderen, dat voor iedereen toegankelijk is. Die doelstelling is nog niet bereikt, zeker niet wat de toereikendheid en de toegankelijkheid betreft. Er bestaan nog steeds wachtlijsten en de zorg is regionaal ongelijk verspreid. Bijkomende investeringen blijven dus nodig.

Dat geldt ook voor de infrastructuur. Om een gebrek aan zorginfrastructuur te voorkomen, pleiten we voor de uitbreiding en differentiatie van de investeringsubsidies voor infrastructuur.

Om onnodige of ongewenste residentiële zorg te vermijden, pleiten we voor meer zorgmogelijkheden in het milieu van de cliënt / patiënt en tussen de ambulante en de residentiële hulp.

Verder pleiten we concreet voor:

- een uitbreiding van de bouwkalender voor de ziekenhuizen, als antwoord op het Koninklijk Besluit van 17 mei 2007, en een akkoord met de federale staat, zodat de nieuwe, hogere subsidiebedragen, die beter aansluiten bij de reële kosten, kunnen toegepast worden;
- afspraken tussen het beleidsveld Welzijn en het beleidsveld Wonen over de huisvesting van personen met zorgnoden⁹;
- blijvende financiële inspanningen voor de infrastructuur van verzorgingsvoorzieningen, ouderen- en thuiszorgondersteunende diensten en de voorzieningen voor personen met een handicap. De alternatieve financiering dient kritisch geëvalueerd te worden, met bijzondere aandacht voor de pre-financiering die van de voorzieningen verwacht wordt en voor de invloed van de bouwkosten op de dagprijzen;
- een uitbreiding van het private aanbod in de bijzondere jeugdbijstand¹⁰;
- een verdere uitbreiding en differentiatie van het aanbod voor personen met een handicap op basis van een doorgedreven meerjarenprogrammatie vanuit een visie op lange termijn;
- een duurzame uitbreiding van het aanbod aan kinderopvang, gebaseerd op een meerjarenplanning en rekening houdend met lokale beleidsprioriteiten;
- uitbreidingen in de ouderenzorg, om de vergrijzing te kunnen opvangen;
- een verbetering van de individuele materiële bijstand (hulpmiddelen) voor personen met een handicap, maar ook voor ouderen die geen VAPH-erkenning hebben (om zo de rechtsgelijkheid te bevorderen)¹¹;
- maatregelen om de zorg voor de ouder wordende gehandicapten te garanderen. Hierbij gaat het over de gehandicapten die opgevangen worden met VAPH-middelen (ambulant of residentieel) en die 65 jaar oud worden en om de personen die op latere leeftijd (+65) een handicap krijgen;
- een objectieve, intersectorale en regionale programmatie van de zorg:
 - een objectieve maatstaf om een afgestemd zorgprogramma te ontwikkelen (de RAIschaal, een schaal die de situatie van een patiënt of cliënt zo ruim mogelijk in kaart brengt);
 - een regionale zorgstrategie met het oog op een optimale spreiding van ouderen- en thuiszorgvoorzieningen;

⁹ Zie actiefiche 8: verruimen van het begeleid wonen en preventieve woonbegeleiding binnen het algemeen welzijnswerk en het realiseren van opvang voor mensen zonder wettig verblijf die in een noodlijdende situatie verkeren met het oog op regularisatie of vrijwillige terugkeer.

¹⁰ Zie actiefiche 9: een uitbreiding van het private aanbod in de bijzondere jeugdbijstand.

¹¹ Zie actiefiche 10: efficiënte en toereikende subsidiëring van hulpmiddelen.

- laagdrempelige hulpverlening (voor personen met persoonlijke en psychische problemen) in elke kleinstedelijke zorgregio (via onthaalpunten van de centra voor algemeen welzijnswerk en via de centra voor geestelijke gezondheidszorg)¹²;
- meer investeringen in de thuiszorg en de mantelzorg, zodat zorgbehoevende personen zo lang mogelijk in hun thuismilieu kunnen blijven;
- het uitbouwen en stimuleren van ICT-toepassingen en -netwerken die een betere samenwerking en afstemming tussen de diverse zorgverleners in de thuiszorg mogelijk maken, zodat zorgbehoevenden en ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en daar verzorgd kunnen worden;
- een samenwerkingsakkoord met de federale staat over zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg en netwerkbevorderende overheidsfinanciering voor de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg (met aandacht voor de veroudering van de patiënten in de psychiatrische verzorgingstehuizen en het beschut wonen en voor het veranderend profiel van jongere patiënten in deze zorgvormen).

¹² Zie actiefiche 11: uitbouwen van de onthaalpunten voor volwassenen en minderjarigen binnen het algemeen welzijnswerk binnen elke kleinstedelijke zorgregio.

Strategische keuze 4: prioriteit voor mensen in moeilijke leefsituaties / de meest zorgbehoevenden

Momenteel bereiken we de mensen die ons het meeste nodig hebben - waaronder kansarmen en mensen met geestelijke gezondheidsproblemen – niet voldoende. Zij vallen vaak uit de boot. De vele schotten tussen de diverse zorgvormen zijn daar niet vreemd aan. Dat willen we keren, door:

- méér, bereikbare en gepaste hulp en zorg op maat voor kinderen en jongeren in moeilijke leefsituaties¹³;
- een strategisch plan voor de zorg voor personen met een handicap, personen met een psychiatrische problematiek, voor de armen en andere risicogroepen (onder meer mensen zonder papieren en niet-begeleide buitenlandse minderjarigen), met een geëxpliciteerde beleidsvisie, doelstellingen en indicatoren. In dit strategisch plan ligt de klemtoon op enerzijds het maximaal opnemen van de verantwoordelijkheid voor bovengenoemde doelgroepen binnen alle Vlaamse beleidsdomeinen (met de middelen die in deze beleidsdomeinen worden voorzien) en zelfs op andere bestuursniveau's, vooraleer anderzijds een beroep wordt gedaan op gespecialiseerde hulp- en dienstverlening uit de welzijnssector. Wij stellen voor dat de welzijnsadministraties hierin een horizontale, coördinerende rol vervullen ten aanzien van de andere beleidsdomeinen, zodat doelgroepspecifieke know how in deze beleidsdomeinen kan worden ingebracht en om te vermijden dat doelgroepen tussen wal en schip vallen. Centrale sectoren zijn in eerste instantie: de gehandicaptenzorg, het algemeen welzijnswerk, de geestelijke gezondheidszorg, de bijzondere jeugdzorg en de sociale huisvesting¹⁴;
- een maximumfactuur voor niet-medische zorgen in het kader van de zorgverzekering¹⁵;
- bijzondere aandacht voor forensische patiënten en patiënten met persisterend storend gedrag in de geestelijke gezondheidszorg, waarbij de terechte aandacht voor slachtofferhulp de zorg voor forensische patiënten niet mag wegdrücken;
- een volgehouden zorgregie en klantvolgende financiering op basis van geobjectiverde zorggradaties en sociale urgenties in de zorg voor personen met een handicap¹⁶;
- een strategisch plan armoedebestrijding, aansluitend bij het Pact 2020 en in het verlengde van het regeerakkoord, met een binnen de regering gedeelde visie op armoedebestrijding, doelstellingen en indicatoren, waarin elk Vlaams beleidsdomein haar verantwoordelijkheid opneemt, als kader voor het decretaal voorziene Vlaams Actieplan Armoedebestrijding¹⁷;
- een ontkokering van het zorgaanbod, onder meer door de prioritaire beleidslijnen uit het Vlaams Beleidsplan Integrale Jeugdhulp 2008-2012 te realiseren, en de zorg meer gemoduleerd aan te bieden.

¹³ Zie actiefiche 12: méér, bereikbare en gepaste hulp en zorg op maat voor kinderen en jongeren in een moeilijke leefsituatie.

¹⁴ Zie actiefiche 14: zorgvernieuwing bij het VAPH.

¹⁵ Zie actiefiche 15: maximumfactuur in de zorg.

¹⁶ Zie actiefiche 16: zorgregie voor personen met een handicap.

¹⁷ Zie actiefiche 17: Vlaams Strategisch Plan Armoedebestrijding.

Strategische keuze 5: een duurzaam en inclusief beleid

Internationaal wordt het belang van duurzame ontwikkeling meer en meer erkend. Binnen ons beleidsdomein groeit dan ook de aandacht voor sociale inclusie en ecologisch verantwoorde en toegankelijke zorg(infrastructuur).

Concreet pleiten we voor:

- gestructureerd horizontaal overleg over alle beleidsdomeinen heen om de participatie van personen met een handicap aan onze samenleving te bevorderen¹⁸;
- meer duurzame (in de eerste plaats energiezuinige en toegankelijke) infrastructuur voor voorzieningen die infrastructuursubsidies krijgen, met in het bijzonder aanvullende subsidies voor een E-peil 60. Duurzaamheid van gebouwen veronderstelt bij de ontwikkeling van het gebouw conceptuele en economisch verantwoorde keuzes. Het instrument "Life Cycle Cost " ondersteunt het maken van deze keuzes; en
- maatregelen om het tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden te verkleinen en deze beroepen aantrekkelijk te houden¹⁹.

¹⁸ Zie actiefiche 18: installatie van een permanent handicapoverleg op Vlaams niveau, over alle beleidsdomeinen heen.

¹⁹ Zie actiefiche 19: maatregelen om het tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden te verkleinen en deze beroepen aantrekkelijk te houden.

Noodzakelijke voorwaarde: een efficiëntere en effectievere overheid

Aansluitend bij de tien-sporennota over een efficiënte en effectieve overheid van het College van Ambtenaren-generaal, stellen we maatregelen voor om de overheid efficiënter en effectiever te maken. Meer concreet pleiten we voor homogenere bevoegdheidspakketten / een betere samenwerking met de andere overheden, een verdere administratieve lastenverlaging en een betere (digitale) gegevensverzameling en -uitwisseling.

Versnipperde bevoegdheden aanpakken

We stellen een meer homogene bevoegdheidsverdeling voor en een betere samenwerking met de federale staat en de lokale overheden rond de thema's waar interbestuurlijke samenwerking onontbeerlijk is. Dat betekent concreet dat we pleiten voor:

- homogene en beter gerespecteerde bevoegdheidspakketten (meer bevoegdheden voor de deelstaten, en met name een defederalisering van de regelgeving en financiering van de gezondheidszorg en elementen uit het ouderen- en gezinsbeleid);
- een beter afgestemd jeugdbeschermingsbeleid in het kader van de uitvoering van de nieuwe jeugdwet, in nauwe samenwerking met de federale overheid en de jeugdmagistratuur;
- de verdere uitbouw van de Vlaamse Centrale Autoriteit Adoptie met bijkomende bevoegdheden om een programmatie uit te werken om de instroom van kandidaat-adoptanten beter af te stemmen op de adoptiemogelijkheden. Daarnaast zijn bijkomende middelen en personeel nodig voor de uitvoering van het decreet interlandelijke adoptie, de uitbouw van internationale samenwerking met ontvangstlanden, de uitwerking van adoptiesamenwerking met herkomstlanden, kanaalcontroles bij individuele dossiers, het garanderen van een goede begeleiding van inzages in adoptiedossiers en het uitwerken en aanpassen van de regelgeving, zowel federaal als Vlaams;
- een volwassen houding ten aanzien van de openbare zorgvoorzieningen (aanpassingen aan het OCMW-decreet, eenzelfde behandeling door de federale overheid, dezelfde mogelijkheden om initiatieven te nemen, aandacht voor het feit dat de openbare ziekenhuizen de moeilijkste patiënten behandelen, ...) ²⁰;
- de vermaatschappelijking en normalisering van de geestelijke gezondheidszorg (met inbegrip van de uitbouw van dagactiviteitencentra voor mensen met langdurige psychiatrische problemen);
- een samenwerkingsakkoord met de federale staat (en de andere deelstaten) over een éénvormig toezicht op de gegevensstromen en op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer om een inflatie aan toezichtcommissies inzake deze materies te vermijden (gelet op onder meer het decreet betreffende het elektronische bestuurlijke gegevensverkeer en het ontwerp van decreet betreffende het platform voor gezondheids- en welzijnsinformatie) ²¹;
- de decretale verankering van het strategisch plan voor de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, en daarbij aansluitend een nieuw samenwerkingsakkoord met de federale staat over de zorg voor gedetineerden ²².

²⁰ Zie actiefiche 20: modern beheer van openbare zorgvoorzieningen mogelijk maken.

²¹ Zie actiefiche 21: samenwerkingsakkoord met de federale overheid (en de andere deelstaten) betreffende het toezicht op de gegevensstromen en op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer om een inflatie aan toezichtcommissies inzake deze materies te vermijden (gelet op onder meer het decreet betreffende het elektronische bestuurlijke gegevensverkeer en het ontwerp van decreet betreffende het platform voor gezondheids- en welzijnsinformatie).

²² Zie actiefiche 22: een decreet betreffende de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, gekoppeld aan een nieuw samenwerkingsakkoord met de federale staat over de zorg voor gedetineerden.

Administratieve lasten verlagen

We pleiten voor een verdere administratieve lastenverlaging²³. Zo stellen we voor om:

- de jaarlijkse, individuele bijdrage voor het Vlaams Zorgfonds af te schaffen en de dotatie voor het Vlaams Zorgfonds overeenkomstig te verhogen uit de algemene middelen²⁴;
- te experimenteren met een meer gestroomlijnde financiering van de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen, gericht op:
 - het responsabiliseren van voorzieningen (met inbegrip van een verantwoordingsplicht),
 - een administratieve lastenverlaging voor voorzieningen en voor de overheid,
 - het sturen van voorzieningen op basis van transparante financieringstechnieken (enveloppe- en/of modulegebonden financiering en/of een output- in plaats van inputfinanciering); en
 - (beleids)relevante gegevensverwerving en -verwerking
- de regelgeving aan te passen om de financiële gegevens van de voorzieningen gecoördineerd en elektronisch op te vragen (cf. elektronische jaarrekeningen bij de Nationale Bank), met daaraan gekoppeld een elektronische tool om de financiële gezondheid van de voorzieningen in te schatten en daarover terug te koppelen naar de voorzieningen;
- de gesubsidieerde zorg te dereguleren, met name wat betreft de diplomavorwaarden van de personeelsleden in de gehandicaptenzorg en de gezinszorg, de scheiding tussen residentiële en ambulante zorg (ruimte maken voor zorgcircuits en zorgvernieuwing) en de obstakels voor een meer gemoduleerde / meer gefaseerde zorg. Buitenlanders die als zorgverlener aan de slag willen in Vlaanderen moeten meer beoordeeld kunnen worden op hun competenties en ervaringen, in plaats van op hun buitenlandse diploma's;
- de sectorbesluiten van het VIPA op elkaar af te stemmen en te actualiseren, om investeringsaanvragen binnen de verschillende sectoren op een coherente manier te beoordelen en ervoor te zorgen dat gelijkaardige zorgvormen een gelijkwaardige investeringssubsidie krijgen.

Gegevens verzamelen en uitwisselen

We pleiten voor een vlotte, efficiënte, intersectorale gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders. Deze uitwisseling van gegevens moet steeds met respect voor de privacy gebeuren.

²³ Zie actiefiche 23: integreren van voorafgaande vergunning en zorgstrategisch plan in de ouderen- en thuiszorg.

²⁴ Zie actiefiche 24: afschaffen van de verplichte ledenbijdrage in de Vlaamse Zorgverzekering.

Actiefiches

Dit deel werkt een aantal voorstellen verder uit. De fiches zijn illustratief.

Actiefiche 1: rechtsgrond om non-kwaliteit en misbruik te bannen

Beschrijving:

Niet alle zorgaanbieders zijn gekend of erkend. Vaak opereren ze in een niet-gereguleerde schemerzone die net buiten het gereguleerde zorgaanbod valt. Voorbeelden zijn:

- georganiseerde woonvormen voor ouderen met specifieke dienstverlening of aanbod voor de bewoners (residenties, zorgflats, zorghotels, ...);
- niet-gereguleerde opvang voor ex-bewoners van een psychiatrisch verzorgingstehuis;
- private klinieken voor plastische chirurgie.

De aanpak kan bestaan uit:

- een meldingsplicht;
- toezicht;
- sancties.

Beoogde output: misbruiken beteugelen, kwaliteit van zorg bevorderen

Te bereiken doel: kwaliteit van zorg garanderen

Benodigde middelen: een aanpassing van de Vlaamse regelgeving met betrekking tot het vergunningenbeleid en het toezicht op zorgaanbieders

Actiefiche 2: de pleegzorg harmoniseren en maximaal intersectoraal afstemmen

Beschrijving:

Momenteel wordt pleegzorg voor minderjarigen in Vlaanderen binnen drie agentschappen georganiseerd: het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, het agentschap Jongerenwelzijn en Kind en Gezin. De meeste kinderen en jongeren komen in de pleegzorg terecht via de bijzondere jeugdzorg.

Beoogde output en te bereiken doel:

- We kiezen ervoor om pleegzorg als de eerste te onderzoeken hulpverleningsvorm naar voren te schuiven voor kinderen tot zes jaar die omwille van een probleemsituatie niet in hun natuurlijk gezin kunnen verblijven. Daartoe wordt een Vlaamse methodiek voor begeleiding van biologische ouders uitgewerkt, waarin de biologische ouders duidelijk partners worden in de pleegzorg en de stap naar pleegzorg voor hun jonge kinderen iets eenvoudiger is.
- Daarnaast zullen we de verschillende pleegzorgvormen, die nu sectoraal georganiseerd en gereguleerd zijn, op elkaar afstemmen. Daaraan verbonden wordt een reorganisatie van de pleegzorgdiensten gekoppeld, die de promotie en hulp- en dienstverlening efficiënter maakt.
- Vanuit de pleegouders is er een grote vraag naar erkenning en ondersteuning vanuit een eigen ondersteuningscel. We gaan daarover met de pleegouders in gesprek.
- Tenslotte maken we werk van een verdere differentiatie binnen de pleegzorg en de combineerbaarheid van pleegzorg met andere hulpverlening, zodat een breder scala van hulp op maat mogelijk wordt.

Benodigde middelen:

- een budget van minimaal 630.000 euro;
- een wijziging van de erkennings- en subsidiëeringsbesluiten;
- een erkenning en subsidiëring van een Vlaamse pleegouderorganisatie.

Actiefiche 3: kwaliteitsverbetering door middel van competentiebeleid in de kinderopvang

Beschrijving :

Vlaanderen heeft om verschillende redenen nood aan een beter competentiebeleid voor de kinderopvangsector. Enerzijds toont onderzoek aan dat kinderopvang van slechte kwaliteit schadelijk is voor de ontwikkeling van kinderen, hun latere schoolse prestaties en hun latere maatschappelijke positie. Het kwalificatieniveau van de kindbegeleiders en hun omkadering is de belangrijkste bepalende factor voor de kwaliteit van opvang. In Vlaanderen zijn er voor 80% van de voorschoolse opvangplaatsen geen kwalificatievereisten. Anderzijds heeft de kinderopvangsector het steeds moeilijker om geschikt personeel aan te trekken. Een investering in de professionalisering van de kinderopvang kan voorkomen dat het kinderopvangaanbod door tekort aan personeel daalt en zo de gezinnen in problemen brengt en het activeringbeleid van de Vlaamse Regering op de helling zet.

Geïnspireerd op modellen uit het buitenland stellen we een functieschema voor met vier niveaus: de kindbegeleider, de 'opvoeder' kinderopvang, de leidinggevende in de kinderopvang en de coördinator kinderopvang. Op basis van dit kwalificatiekader dienen instroomtrajecten en kwalificerende trajecten te worden opgezet die horizontale en verticale mobiliteit mogelijk maken. Waar de competenties reeds aanwezig zijn, kiezen we voor het erkennen van verworven competenties (EVC). We pleiten ervoor om prioriteit te geven aan de onthaalouders en aan de minicrèches en de zelfstandige kinderdagverblijven, aangezien zij samen de meeste (en jongste) kinderen opvangen.

Wat er concreet moet gebeuren:

- Het actualiseren van de beroepsprofielen en het opmaken van nieuwe profielen. De bevoegdheid hiervoor ligt bij de SERV. Mits akkoord van de SERV, kan Kind en Gezin het voorbereidende werk leveren en het overleg met de betrokken partijen opstarten.
- Een duidelijke beleidsoptie van de gehele Vlaamse Regering om niet alleen verworven ervaringen van medewerkers zichtbaar te maken en te erkennen, maar ook een actief beleid te voeren dat leertrajecten ontwikkelt die aangepast, transparant en toegankelijk zijn. Dit vergt een samenspel van verschillende beleidsdomeinen (Welzijn, Onderwijs, Werk, Sociale Economie en Zelfstandig Ondernemen). We pleiten voor een duidelijke taakverdeling (bijvoorbeeld de ontwikkeling en implementatie van kwalificerende trajecten door het beleidsdomein Onderwijs). Een denkgroep met vertegenwoordigers van de betrokken partners kan het competentiebeleid conceptueel uitwerken.

Beoogde output: meer geattesteerde competenties voor het personeel van de kinderopvangsector

Te bereiken doel: kwaliteit voor elk kind in de opvang

Benodigde middelen:

- een aanpassing van de regelgeving: de vergunningsvoorwaarden, die samen met vertegenwoordigers uit de sector worden voorbereid in het kader van het nieuwe decreet kinderopvang, bevatten kwalificatievoorwaarden voor de kindbegeleiders en de leidinggevendenden;
- middelen voor de opstart van een onthaalouderacademie (elektronisch leerplatform);
- een structurele financiering van de te ontwikkelen kwalificerende trajecten binnen het beleidsdomein Onderwijs en van de trajecten voor de onthaalouders;
- op termijn: een aanpassing van de subsidiëring om het personeel in de kinderopvang volgens het uitgewerkte kwalificatiekader te kunnen verlonen.

Actiefiche 4: vernieuwingsoperatie binnen de preventieve zorg voor jonge kinderen (met inbegrip van de aanpak van de problematiek van de consultatiebureau-artsen bij Kind en Gezin)

Beschrijving:

Voor de komende jaren wordt een forse daling voorspeld van het aantal beschikbare artsen en van de tijd die ze voor het werken op consultatiebureaus willen reserveren. Er stelt zich een groeiend probleem om artsen te rekruteren én te behouden voor de georganiseerde preventie, meer bepaald in de consultatiebureaus voor het jonge kind.

Het tekort aan artsen heeft als gevolg dat niet alle kinderen alle medisch preventieve onderzoeken krijgen waar ze recht op hebben. Dit is een bedreiging voor de vaccinatiegraad en de detectie van gezondheidsproblemen en ontwikkelingsstoornissen. Hoewel de artsen het programma van Kind en Gezin interessant vinden, zijn de verloning en de arbeidsvoorwaarden niet competitief in vergelijking met de functie van arts bij de centra voor leerlingenbegeleiding.

Opdat Vlaanderen de verworvenheden inzake preventieve gezondheidszorg zou kunnen behouden, maar ook verder zou kunnen doorgroeien tot een koploper in Europa, dringt een inhoudelijke update van het medisch-preventief programma zich op.

Een nieuw strategisch project zal zowel het inhoudelijke aanbod als de organisatie en de taakverdeling van de professionals in de preventieve zorg hertekenen:

- Een wetenschappelijk onderzoek zal de inhoud en de onderzoeksmomenten en –leeftijden aanleveren voor de medisch-preventieve zorg voor kinderen van 0 tot 3 jaar.
- Om een mogelijke alternatieve taakverdeling tussen arts en verpleegkundige mogelijk te maken worden de randvoorwaarden en faciliteiten onderzocht om regioverpleegkundigen te laten vaccineren.
- Er wordt een voorstel van statuut arts-bediende en arts-zelfstandige voorbereid, dat concurrentieel is ten aanzien van artsfuncties in andere gezondheidszorgsectoren.
- Daarnaast wordt onderzocht of de huidige organisatie van de preventieve zorg in de toekomst houdbaar blijft en welke wijzigingen moeten doorgevoerd worden, vooral in functie van werving, selectie en retentie van artsen.

Beoogde output: een nieuw programma van preventieve zorg en een oplossing voor het tekort aan artsen.

Te bereiken doel: een behoud en verbetering van de preventieve zorg voor jonge kinderen door Kind en Gezin.

Benodigde middelen:

- Project “vaccineren door verpleegkundigen”: 100.000 euro
- “Sociaal statuut voor artsen”: de huidige verhouding van 25% van de zittingen door arts-bedienden en 75% door arts-zelfstandigen laten evolueren tot 75% door arts-bedienden en 25% door arts-zelfstandigen: gedurende 4 jaar elk jaar 1.000.000 euro extra.

Actiefiche 5: het verhogen van de impact, kwantitatief en kwalitatief, van wetenschappelijk onderbouwde programma's op het gebied van preventieve gezondheidszorg door bijkomende structurele investeringen

Beschrijving:

Het Vlaams beleid inzake preventieve gezondheidszorg is gebaseerd op het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid (preventiedecreet). Rond belangrijke thema's worden gezondheidsconferenties georganiseerd waarop methodieken worden gewogen op effectiviteit, uitvoerbaarheid en efficiëntie. Het resultaat zijn Vlaamse preventieve gezondheidsdoelstellingen die aangeven welke resultaten Vlaanderen wil bereiken.

Een belangrijke, wekerende conclusie is enerzijds dat er een scala aan bijzonder kosteneffectieve strategieën bestaat, maar anderzijds ook dat de budgetten ontbreken om deze strategieën op voldoende grote schaal uit te voeren.

Algemeen gesteld is er vooral nood aan bijkomende investeringen op het gebied van implementatie en uitvoering via de gezondheidsorganisaties (waaronder consultatiebureaus van Kind en Gezin, centra voor leerlingenbegeleiding, diensten en departementen medisch toezicht werkzaam in bedrijven, centra geestelijke gezondheidszorg, ...) en via loco-regionale netwerken (Logo's), maar ook via de sectoren waarbinnen de programma's worden uitgevoerd (scholen, bedrijven, jongerenorganisaties, welzijnsorganisaties, ...) en via de individuele zorgaanbieders en hulpverleners die betrokken zijn. Een betrokkenheid van vele sectoren, ook buiten de gezondheidszorg (facettenbeleid), is dus onontbeerlijk.

Essentieel hierbij blijft een goede opvolging van de gezondheidstoestand van de bevolking en een opvolging en evaluatie van de effecten van de acties.

Beoogde output:

- een significante stijging van het uitvoeringsniveau van de preventieprogramma's op het terrein tegen het einde van de regeerperiode;
- bestaande en bijkomende financiering van wetenschappelijk onderbouwde programma's wordt vastgelegd in meerjarige erkenningen en beheersovereenkomsten, op basis van de uitvoeringsbesluiten van het preventiedecreet;
- een monitoring van de uitvoering en kwaliteit van de preventieprogramma's.

Te bereiken doel: gezondheidswinst op bevolkingsniveau (daling van de gezondheidsschade, winst in jaren en in levenskwaliteit).

Benodigde middelen:

De huidige investering in preventieve gezondheidszorg (exclusief vaccinaties, milieugezondheidszorg, centra geestelijke gezondheidszorg, centra voor leerlingenbegeleiding en Kind en Gezin) bedraagt samen jaarlijks ongeveer 24 miljoen euro. Dat is ongeveer 4 euro per Vlaming. In verhouding tot de totale uitgaven van de Vlaamse Gemeenschap inzake Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (3 miljard euro) is dat 0,8%. We willen de investering in preventieve gezondheidszorg (exclusief vaccinaties, milieugezondheidszorg, centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor leerlingenbegeleiding en Kind en Gezin) vanaf 2010 optrekken met 0,1% van het totale WVG-budget per jaar (dat is een stijging van het budget met 3 miljoen euro per jaar).

Actiefiche 6: preventie van overmatige schuldenlast

Beschrijving:

In 2008 kregen we voor het eerst zicht op de groepen die het grootste risico lopen om een beroep te moeten doen op schuldbemiddeling (onder andere laaggeschoolden, eenoudergezinnen, alleenwonenden, werklozen en permanent werkonbekwamen). Mede op basis van deze informatie willen we de komende jaren investeren in preventie van overmatige schuldenlast. We doen dit in nauwe samenspraak met het Vlaams Centrum Schuldenlast (huidige Vlaams Centrum Schuldbemiddeling). Het decreet van 10 juli 2008 verplicht deze dienst namelijk tot het ontwikkelen van programma's rond de preventie van schuldenproblemen.

Beoogde output:

- preventiecampagnes op maat, zeker naar de meest kwetsbare doelgroepen, maar wenselijk ook naar het brede publiek;
- geoptimaliseerd registratiesysteem voor de erkende instellingen schuldbemiddeling;
- subsidiëringssysteem van instellingen;
- kwaliteitsvolle schuldbemiddeling;
- kwaliteitsvol werkend (uitgebreid) Vlaams Centrum Schuldenlast.

Te bereiken doel:

Daling van het aantal mensen dat geconfronteerd wordt met schuldoverlast.

Benodigde middelen:

Budget:

- preventiecampagnes: 800.000 euro
- onderzoek naar de huidige werking van de erkende instellingen in functie van mogelijke subsidiëring en kwaliteitsbevordering: 65.000 euro
- subsidiëring van de erkende instellingen via bovenlokale samenwerking: 1.680.000 euro.
- versterking van het Vlaams Centrum Schuldenlast: 500.000 euro (van 5,28 naar 7 VTE – vereist 126.000 euro bijkomende middelen)

Personeel:

- 1/2 extra VTE in de administratie (plus eventueel extra personeel bij Inspectie)
- Wetgeving:
- uitvoeringsbesluit inzake financiering is noodzakelijk in uitvoering van het gewijzigde decreet
- IT:
- mogelijke samenwerking bij preventiecampagnes (ook met communicatie)
- samenwerking bij registratie (met IT en mogelijk met datawarehouse)

Actiefiche 7: versterken van de opvoedings- en gezinsondersteuning voor gezinnen waarbij de draagkracht en de draaglast ernstig uit balans zijn of dreigen te geraken

Beschrijving van de actie:

De centra voor integrale gezinszorg (CIG) bezitten een uniek hulpaanbod, bestaande uit intensieve opvoedingshulp en gezinszorg, dat ingrijpt op dieperliggende problemen dan dat gezinsondersteuning en opvoedingsondersteuning dit doen. In de begeleiding van het gehele gezinssysteem zijn de kinderwerking en de kindbegeleiding, de ouderbegeleiding en de training van de ouderlijke vaardigheden belangrijke pijlers. Het kan zowel om een mobiele, ambulante, semi-residentiële als residentiële begeleiding gaan. Deze centra bezitten ook een beperkt hulpaanbod voor tienerouders.

De centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning (CKG) bieden hulp aan gezinnen, in al hun diversiteit als ze hulp vragen omdat er zich bij de opvoeding voor ouder of kind problemen voordoen of dreigen voor te doen en als een tijdelijk hulpaanbod perspectief biedt op verbetering. Bijzondere aandacht gaat naar jonge kinderen van 0 tot 6 jaar en naar de gezinnen waarin ze opgroeien.

Hun opdracht is om gezinnen vroegtijdig te helpen en de ouders te ondersteunen bij de opvoeding van hun kinderen.

Voor de versterking van dit aanbod aan integrale opvoedings- en gezinsondersteuning dient:

- de integrale gezinszorg van de CIG's een decretale verankering te krijgen;
- de intensieve preventie van de CKG's modulair verankerd te worden;
- de hulpcapaciteit van deze centra uit te breiden.

Beoogde output:

- 'Integrale gezinszorg' is decretaal verankerd en gekend in de welzijnssector.
- Zorgbehoevende gezinnen, met een ernstige opvoedingsproblematiek, worden sneller geholpen in een centrum voor integrale gezinszorg.
- Gezinnen met kinderen van 0 tot 6 jaar die nood hebben aan intensieve preventie krijgen het gepaste aanbod.
- De werking van de CKG's is modulair verankerd.

Te bereiken doel:

- Intensieve preventie voor de 0- tot 6-jarigen
- Integrale ondersteuning bieden aan gezinnen met een ernstige opvoedingsproblematiek

Benodigde middelen:

- Decreet betreffende de integrale gezinszorg
- Uitbreiding van de capaciteit van de CIG's met 100 eenheden voor geheel Vlaanderen en Brussel: 2.500.000 euro
- Nieuw Besluit Vlaamse Regering betreffende de erkenning en de subsidiëring van de CKG's.
- Uitbreiding van de capaciteit van de CKG's met telkens 130 plaatsen voor ambulante en mobiele begeleiding

Actiefiche 8: verruimen van het begeleid wonen en preventieve woonbegeleiding binnen het algemeen welzijnswerk en het realiseren van opvang voor mensen zonder wettig verblijf die in een noodlijdende situatie verkeren met het oog op regularisatie of vrijwillige terugkeer

Beschrijving:

Van de 12.000 thuislozen die jaarlijks in de thuislozenopvang terechtkomen zou ruim de helft kunnen doorstromen naar sociale woningen, indien deze voor hen toegankelijk zouden zijn. Nog eens 28% kan via een traject begeleid wonen de noodzakelijke vaardigheden leren om zelfstandig te wonen. Er komen ook meer personen aankloppen bij de thuislozenzorg, die in feite een beroep zouden moeten kunnen doen op een meer gespecialiseerde zorg.

De uitbouw van woonbegeleiding ter voorkoming van uithuiszetting en het begeleid wonen (integrale begeleiding van personen die zelfstandig gaan wonen) kan hier een antwoord op bieden. Dit kan door het opstarten van een lokaal zorgoverleg waarbinnen zowel welzijns- en gezondheidsorganisaties (gehandicaptenzorg, algemeen welzijnswerk, bijzondere jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg), de lokale besturen als de sociale huisvestingsactoren zijn vertegenwoordigd.

De thuislozenzorg van het algemeen welzijnswerk wordt ook geconfronteerd met een toenemende vraag van dakloze mensen zonder wettig verblijf. Deze mensen kunnen geen beroep doen op het OCMW om de opvangkosten terug te betalen. Een aantal van deze personen verkeert in een noodlijdende situatie (slachtoffers van mensenhandel, intrafamiliaal geweld, zieke mensen, ...). Door een structurele, financiële regeling voor de opvang van deze mensen uit te werken, creëren we opvangkansen voor deze personen. Deze opvang wordt steeds gekoppeld aan een begeleiding met het oog op regularisatie van het verblijf of vrijwillige terugkeer.

Beoogde output:

- voorkomen van de uithuiszetting van personen met een licht mentale handicap, personen met een psychiatrische problematiek, kansarmen en andere risicogroepen (onder meer jongvolwassenen, mensen zonder papieren en niet-begeleide buitenlandse minderjarigen);
- de toegankelijkheid tot de sociale huisvesting voor voormelde doelgroep verbeteren;
- afspraken tussen het beleidsdomein RWO en het beleidsdomein WVG over de huisvesting van personen met zorgnoden.

Te bereiken doel:

Beperken van het aantal personen dat zich in een situatie van thuisloosheid bevindt.

Benodigde middelen:

9.900.000 euro (ca. 170 VTE) voor de verruiming van het begeleid wonen in geheel Vlaanderen en Brussel en 200.000 euro voor de realisatie van opvang en begeleiding voor mensen zonder papieren.

Actiefiche 9: een uitbreiding van het private aanbod in de bijzondere jeugdbijstand

Beschrijving:

Gezien het groeiend aantal jongeren in de bijzondere jeugdbijstand en het tekort aan plaatsen worden jongeren op een wachtlijst geplaatst en krijgen zij niet onmiddellijk de meest gepaste hulp. Een uitbreiding van het hulpaanbod van de bijzondere jeugdbijstand is noodzakelijk. We pleiten voor een uitbreiding met minimaal hetzelfde groeiritme als de voorgaande jaren en een netto-uitbreiding van 20% tegen 2014, zodat de wachttijden dalen en de jongeren tijdig de gepaste hulp kunnen krijgen. Bijzondere aandacht gaat hierbij naar de uitbreiding van de werkvormen waar men ambulant werkt met jongeren en hun context.

De sector toonde aan dat we binnen de huidige structuren en regelgeving de grenzen van de uitbreidingsmogelijkheden hebben bereikt: het wordt steeds moeilijker om nieuw toegekende (residentiële) capaciteit snel te effectueren. Een aantal bepalingen in de regelgeving - onverenigbaarheden tussen erkenningscategorieën, maximumcapaciteiten van voorzieningen en inrichtende machten - houdt een groei van de sector tegen. Daarom moeten we de sectorale regelgeving screenen op bepalingen die een maximaal rendement van budgettaire injecties tegenhouden: het Besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 1994 inzake de erkenningsvoorwaarden en de subsidienormen voor de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand en het Ministerieel Besluit van 1 september 2006 betreffende de programmatie voor de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand moeten worden doorgelicht en aangepast om een maximale groei van de sector mogelijk te maken.

Beoogde output: een uitgebreid aanbod in de bijzondere jeugdbijstand

Te bereiken doel: gepaste en tijdige zorg voor elke jongere die dat nodig heeft

Benodigde middelen:

- budget: minimaal 25 miljoen euro; en
- waar nodig een wijziging van de regelgeving.

Actiefiche 10: efficiënte en toereikende subsidiëring van hulpmiddelen

Beschrijving van de actie:

1. aanpassen refertebedragen voor woningaanpassingen om meer tegemoet te komen aan de reële kost van een verbouwing in functie van de handicap;
2. forfaitarisering van de subsidie voor hulpmiddelen zoals incontinentiemateriaal;
3. herinzet van hulpmiddelen via uitleenprojecten;
4. snelprocedure voor inschrijving en hulpmiddelen voor mensen met een snel degeneratieve aandoening (SDA) instellen om de wachttijd voor deze mensen zoveel mogelijk te beperken;
5. vermijden van onnodige adviesrapporten opgesteld door gespecialiseerde multidisciplinaire teams door de persoon met een handicap in staat te stellen zelf eenvoudige hulpmiddelen aan te vragen;
6. streven naar de toepassing van één BTW-tarief (6%) voor de aankoop van hulpmiddelen voor personen met een handicap;
7. optimalisering van de indicering van hulpmiddelen met hulpmiddelenfiches.

Beoogde output:

Clënten krijgen een realistische tegemoetkoming voor de hulpmiddelen waar ze nood aan hebben, met aanvaardbare doorlooptijden.

Te bereiken doel:

De financiële en administratieve lasten van cliënten reduceren en het budget voor individuele materiële bijstand zo efficiënt mogelijk aanwenden.

Benodigde middelen:

3 miljoen euro voor een verbeterde subsidiëring van aanpassingen aan de woning.

Actiefiche 11: uitbouwen van de onthaalpunten voor volwassenen en minderjarigen binnen het algemeen welzijnswerk binnen elke kleinstedelijke zorgregio

Beschrijving van de actie:

Het algemeen welzijnswerk heeft een belangrijke preventieve opdracht, namelijk de instroom van hulpvragen naar de zwaardere zorgsectoren afremmen. Het onthaalaanbod blijkt echter onvoldoende aanwezig te zijn (er wordt vaak met wachtlijsten gewerkt), zowel voor meerderjarigen als voor minderjarigen. Dit hulpaanbod is evenmin gelijkmatig gespreid over Vlaanderen en Brussel. Bovendien hebben vooral de centra uit landelijke gebieden slechts weinig of geen doorverwijsmogelijkheden. Daarenboven worden te weinig kansarmen bereikt, en dit wegens een tekort aan handvaten en methodieken om met deze doelgroep te werken.

Door de verdere uitbouw van het algemeen laagdrempelig onthaal in elk autonoom centrum voor algemeen welzijnswerk zullen hulpvragers, in het bijzonder kansarmen, vlugger en op een meer effectieve wijze kunnen geholpen worden zodat een escalatie van de problemen wordt voorkomen.

Beoogde output:

Een kwalitatief laagdrempelig onthaalpunt voor minderjarigen en voor personen met psychische en persoonlijke problemen in elke kleinstedelijke zorgregio.

Te bereiken doel:

Een evenwichtig gespreid laagdrempelig hulpaanbod over Vlaanderen en Brussel voor personen met psychische moeilijkheden en/of relationele problemen, met hierbij specifieke aandacht voor kansarmen.

Een evenwichtig gespreid hulpaanbod “brede instap” in de netwerken “rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp”.

Benodigde middelen:

In iedere kleinstedelijke zorgregio is een onthaalpunt voor volwassenen nodig bestaande uit minimaal 3 VTE: $60 \times 3 \text{ VTE} = 180 \text{ VTE}$. Dit komt overeen met ca. 10.280.000 euro.

Om de tekorten binnen de centra voor algemeen welzijnswerk voor jongerenonthaal in elke kleinstedelijke zorgregio weg te werken, is een investering nodig van 75,91 extra VTE. De totale kostprijs bedraagt 4.336.039,93 euro.

Actiefiche 12: méér, bereikbare en gepaste hulp en zorg op maat voor kinderen en jongeren in een moeilijke leefsituatie

Beschrijving:

In de bijzondere jeugdbijstand is er nood aan meer zorg op maat. De voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand worden ingedeeld in erkenningscategorieën, elk met hun eigen erkenningsvoorwaarden en hulpverleningsvorm(en). Een jongere wordt volgens een maatregel toegewezen aan één bepaalde werkvorm, voor een afgebakende periode. De praktijk wijst echter uit dat de hulpverlening aan jongeren vaak meer flexibiliteit vraagt, waarbij we op organisatorische en juridische grenzen van de hulpverlening botsen.

In de voorbije jaren werden een heel aantal flexibiliseringstrajecten op de sporen gezet: de experimenten multifunctionele centra, de flexibele norm voor begeleidings- en gezinstehuizen, de protocollering van het aanbod van de CANO-voorzieningen²⁵, de stroomlijning van de projecten gestructureerde kortdurende residentiële begeleiding, ...

Deze trajecten worden intensief opgevolgd en geëvalueerd. De gevolgen voor de cliënt, de voorziening (budgettair, de impact op het personeelsbeleid en de eigen organisatie), de relatie met de verwijzende instantie en de impact op de beschikbaarheid van de (residentiële) capaciteit moeten duidelijk in kaart gebracht worden. Tevens moet de evaluatie uitspraak doen over de opportuniteit voor verdere ontsluiting en generalisering van de trajecten.

Ook andere projecten in het licht van deze flexibiliseringsgedachte kunnen daarbij op de voorgrond treden. We denken hierbij aan de Intensieve Pedagogische Thuishulp en de differentiatie van de thuisbegeleidingsdiensten.

Beoogde output: meer flexibiliseringstrajecten

Te bereiken doel: zorg op maat in de bijzondere jeugdbijstand

Benodigde middelen:

- een budget voor het verder zetten / opstarten van experimenten, wetenschappelijk onderzoek: minimaal 3 miljoen euro;
- afhankelijk van de resultaten: wijziging van de regelgeving.

²⁵ Centrum voor Actieve Netwerkontwikkeling en Omgevingsondersteuning

Actiefiche 13: diagnostiek en indicatiestelling VAPH

Beschrijving: Het verbeteringsproject "diagnostiek en indicatiestelling" is een grootschalig project binnen het VAPH dat zich richt op de vereenvoudiging van de inschrijvingsprocedure van de persoon met een handicap en alle daarmee samenhangende taken.

Binnen het VAPH werden allerlei knelpunten gesignaleerd die betrekking hebben op de inschrijvingsprocedure in het algemeen. Op korte termijn werden reeds heel wat ingrepen en verbeteringen gepleegd. Het project "diagnostiek en indicatiestelling" wil de meer structurele problemen aanpakken, die ingrepen op lange termijn vereisen.

Beoogde output:

Een vernieuwd inschrijvingsbesluit, met onder meer aandacht voor:

- een verbeterde samenwerking tussen het VAPH en de multi-disciplinaire teams (MDT's);
- kwaliteitscontrole en kwaliteitseisen;
- een andere financiering van de MDT's.

Betere doelgroepafbakening:

- waar mogelijk door bepaalde voorwaarden voor inschrijving op te nemen in het inschrijvingsbesluit;
- via het ontwikkelen van diagnostische protocollen (waar mogelijk intersectoraal);
- via het ontwikkelen van indicatiestellingsprotocollen voor de verschillende VAPH-ondersteuningsvormen (zorg en individuele materiële bijstand); en
- een (intersectoraal) integraal elektronisch dossier, als onderdeel van het e-dossier, waarin de indicatiestellingsprotocollen voor individuele materiële bijstand en zorg opgenomen zijn.

Te bereiken doel:

Een kwalitatieve verbetering en een praktische vereenvoudiging van diagnostiek en indicatiestelling binnen het VAPH (met name bij de inschrijvingsprocedure).

Benodigde middelen:

- extra personeel;
- aangepaste wetgeving: vernieuwd inschrijvingsbesluit, aanpassingen aan de regelgeving over het persoonlijk assistentiebudget en de hulpmiddelen,..., Ministerieel Besluit rond kwaliteitseisen, regelgeving voor het opzetten van proefprojecten;
- integraal elektronisch dossier en elementen van het e-dossier.

Actiefiche 14: zorgvernieuwing bij het VAPH

Beschrijving:

Het verbeteringsproject “zorgvernieuwing” is een grootschalig project binnen het VAPH dat de vernieuwingen inzake persoonlijke toekomstplanning, vraagverduidelijking, trajectbegeleiding, zorggradatie, geïntegreerd wonen, convenanten heroverweging en overbruggingszorg en het werken met persoonsvolgende budgetten integreert in een nieuw zorgdesign voor personen met een handicap.

Uitgangspunt is dat de reguliere beleidsdomeinen (wonen, werk, onderwijs, mobiliteit, gezondheidszorg, gezinszorg, ...) in eerste instantie instaan voor de nodige ondersteuningsmaatregelen en de meerkost van de handicap, alvorens een beroep wordt gedaan op de gespecialiseerde hulp- en dienstverlening binnen Welzijn.

Beoogde output:

- een wetenschappelijk onderzoeksrapport op basis waarvan beleidsaanbevelingen worden geformuleerd voor veralgemening van het persoonsvolgend budget;
- een strategisch plan voor de zorg voor personen met een handicap;
- een levens- of toekomstplan voor persoon met een handicap;
- een ondersteuningsplan voor de persoon met een handicap, als resultaat van vraagverduidelijking;
- een systeem van persoonsgebonden financiering voor de gehandicaptenzorg;
- een gedereguleerd kader voor de zorgaanbieders.

Te bereiken doel:

Een nieuw zorgdesign, met:

- voor de personen met een handicap: meer zelfbeschikking door een persoonsvolgend budget, waardoor een hogere kwaliteit van leven en een grotere participatie in de samenleving wordt bereikt;
- voor de zorgaanbieders: een gedereguleerd kader, waardoor meer managementruimte geboden wordt om flexibeler en meer op maat in te spelen op de noden van mensen met een handicap; en
- voor de samenleving: een macrobudgettair beheersbaar en maatschappelijk rechtvaardig kader, waarin zorg toegankelijk is voor alle personen met een handicap.

Benodigde middelen:

- budget: 4 miljoen euro voor het experiment met het persoonsgebonden budget (PGB): jaarbudget, twee jaar lang;
- extra personeel voor het VAPH;
- regelgeving: uitvoeringsbesluiten bij het PGB-decreet, beschermd en geïntegreerd wonen, de convenantenregelingen, de trajectbegeleiding, ...;
- een nieuw geïnformatiseerd (persoonsvolgend) financieringssysteem.

Actiefiche 15: maximumfactuur in de zorg

Beschrijving:

De Vlaamse zorgverzekering heeft tot doel niet-medische zorg toegankelijk te maken voor personen die zwaar zorgbehoevend zijn. Daarom betaalt de Vlaamse zorgverzekering maandelijks aan zwaar zorgbehoevende personen een tegemoetkoming uit voor niet medische kosten. De tegemoetkoming is forfaitair en bedraagt zowel voor residentiële zorg als voor mantel- en thuiszorg 130 euro.

Uit studies blijkt dat de tegemoetkoming uit de zorgverzekering vele zorgbehoevenden beschermt tegen bestaansonzekerheid. De zorgverzekering bereikt dus in belangrijke mate haar doelstelling.

Toch blijft voor een groep van zorgbehoevenden een te grote kloof bestaan tussen de resterende niet-medische kosten en de tegemoetkoming uit de zorgverzekering. Voor deze groep is meer differentiatie nodig. Daarbij zal rekening moeten gehouden worden met de parameters inkomen, afhankelijkheidsgraad en kosten.

Het sluitstuk van de differentiatie vormt de maximumfactuur. De maximumfactuur is bedoeld voor een beperkt segment van zorgbehoevenden met uitzonderlijk hoge kosten en een beperkt inkomen. Bij het invoeren van een maximumfactuur voor de zorg zal erover gewaakt worden dat de administratieve lasten beperkt blijven.

Beoogde output: gedifferentieerde tegemoetkomingen in plaats van één forfaitaire tegemoetkoming

Te bereiken doel: vermijden dat de toegang tot niet-medische zorgen voor een segment van de doelgroep onbetaalbaar wordt (namelijk de gebruikers met uitzonderlijk hoge niet-medische kosten of/en een laag inkomen)

Benodigde middelen:

- 50 tot 100 miljoen euro, afhankelijk van de opties die genomen worden
- wijziging uitvoeringsbesluit
- aanpassen ICT

Actiefiche 16: zorgregie voor personen met een handicap

Beschrijving: Het project zorgregie is een omvattend project binnen het VAPH in samenwerking met de provinciale besturen en administraties en te zien als een veranderingsproces in de gehele gehandicaptensector.

Beoogde output:

- een transparant en rechtvaardig opnamebeleid met prioriteit voor de meest urgente zorgvragen met de langste wachttijd;
- zesmaandelijks zorgregierapport;
- geactualiseerd meerjarenplan;
- verdere uitbouw van het overleg op Vlaams en provinciaal niveau;
- kwalitatieve zorgvraagregistratie, inclusief de toekenning van geobjectiverde en subjectieve urgentiecodes.

Te bereiken doel:

- rechtvaardig opnamebeleid (voorrang voor de meest dringende zorgvragen die het langst wachten);
- betere afstemming van het aanbod op de vragen;
- gefundeerde planning van nieuw aanbod.

Benodigde middelen:

- Budget: middelen voor de bijkomende taken van de betrokken actoren:
 - coördinatiepunten handicap (onder andere ondersteuning regionaal overleg en opvolging klachtenprocedure),
 - verwijzende instanties (toekenning urgentiecodes),
 - contactpersonen (bijkomende taken in verband met zorgbemiddeling, informatieverstrekking en belangenbehartiging);
- Personeel bij het VAPH: 1 VTE projectcoördinator, 5 VTE coördinatoren zorgregie, 1 VTE ondersteunend B-niveau, 1 VTE ondersteunend C-niveau;
- Wetgeving: aanpassing Besluit van de Vlaamse Regering over de zorgregie en een uitbreiding van de uitvoeringsrichtlijnen;
- ICT: een verdere uitbouw van de zorgregiedatabank om processen te ondersteunen met rapportagetools voor externen.

Actiefiche 17: Vlaams Strategisch Plan Armoedebestrijding

Beschrijving:

We willen werk maken van een Vlaams Strategisch Plan Armoedebestrijding met zowel de beleidsvisie, de strategische en operationele doelstellingen en daarbij horende indicatoren voor het Vlaamse armoedebestrijdingsbeleid. Dit plan wordt opgesteld in samenwerking met elk relevant beleidsdomein en in samenspraak met de relevante stakeholders. Hieraan gekoppeld worden de operationele doelstellingen vertaald in concrete acties in het Vlaams actieplan armoedebestrijding.

Het Vlaams Strategisch Plan Armoedebestrijding wordt gekoppeld aan Pact2020, waar een aantal ambitieuze doelstellingen inzake armoedebestrijding afgesproken werden.

De Studiedienst van de Vlaamse Regering staat in voor de monitoring van het Vlaams Strategisch Plan Armoedebestrijding. Er worden ook afspraken gemaakt over de opmaak van een duidelijke en publiek toegankelijke website voor de monitoring van de indicatoren (mogelijke inspiratie: <http://www.poverty.org.uk>).

Beoogde output:

- een door de Vlaamse Regering goedgekeurd Vlaams Strategisch Plan Armoedebestrijding voor de legislatuur 2009-2014;
- een website voor monitoring van de indicatoren.

Te bereiken doel:

- Een door de hele Vlaamse overheid gedragen en ambitieus beleid gericht op het voorkomen en remediëren van armoede dat alle aspecten van uitsluiting en achterstelling aanpakt. Er komt een meer geïntegreerde en inclusieve aanpak van het armoedebestrijdingsbeleid in de verschillende beleidsdomeinen en een doeltreffende horizontale afstemming.
- Een daling van het aantal mensen in armoede in Vlaanderen.
-

Benodigde middelen:

Budget:

- publicatie van het Vlaams Strategisch Plan Armoedebestrijding: 20.000 euro;
- aantrekkelijke brochure voor brede verspreiding die beknopt de inhoud van het strategisch plan weergeeft, met bijzondere aandacht voor helderheid en leesbaarheid, ook voor mensen in armoede: 30.000 euro;
- website voor monitoring: intern, geen extra budget.

Personeel:

- geen extra personeel nodig.

Wetgeving:

- wijziging van de wetgeving is niet noodzakelijk, maar het is aangewezen het Vlaams Strategisch Plan Armoedebestrijding op te nemen in het decreet betreffende de armoedebestrijding, om dit structureel te verankeren.

Actiefiche 18: installatie van een permanent handicapoverleg op Vlaams niveau, over alle beleidsdomeinen heen

Beschrijving:

Vanuit het beleidsdomein WVG moet coördinerend opgetreden kunnen worden ten aanzien van alle andere beleidsdomeinen om maximale participatie van personen met een handicap te realiseren. We pleiten dan ook voor een permanent, horizontaal overleg, waarin alle beleidsdomeinen en de gehandicaptenorganisaties vertegenwoordigd zijn.

Beoogde output:

- een strategisch en systematisch gevoerd inclusief Vlaams gehandicaptenbeleid over alle beleidsdomeinen heen;
- aanwijzing van vaste aanspreekpunten binnen alle onderscheiden beleidsdomeinen en het opzetten van een formeel netwerk;
- een verplichte voortgangsrapportage;
- geregeld formeel overleg;
- participatief inclusief beleid door vertegenwoordigers uit het werkveld actief en systematisch te betrekken.

Te bereiken doel:

- de realisatie van een inclusief gehandicaptenbeleid; en
- betere rapporten voor de federale Staat, de Europese overheden en andere supra-nationale organisaties.

Benodigde middelen:

- Budget: werkingsmiddelen
- Benodigd personeel: deeltijdse vrijstelling binnen elk beleidsdomein van een aandachtsambtenaar; aansturing vanuit het VAPH vereist allicht deeltijdse inzet van een afdelingshoofd en van een inhoudelijk expert ter zake.
- Wetgeving: er is een technisch decreet en uitvoeringsbesluit nodig om dergelijk gecoördineerd overleg over alle Vlaamse beleidsdomeinen afdwingbaar te kunnen implementeren.
- ICT: een gedeelde werkomgeving.

Actiefiche 19: maatregelen om het tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden te verkleinen en deze beroepen aantrekkelijk te houden

Beschrijving:

Tal van sectoren in de (gezondheids)zorg kampen met een chronisch gebrek aan verpleegkundigen en verzorgenden. Vlaanderen financiert dit zorgpersoneel niet (een federale bevoegdheid), maar moet wel waken over de beschikbaarheid van voldoende en gekwalificeerd personeel om een performant, toegankelijk en kwaliteitsvol zorgaanbod te garanderen. In vergelijking met het buitenland blijkt bijvoorbeeld dat de wettelijke personeelsomkadering van ouderenvoorzieningen extreem laag ligt. Dit creëert te hoge werkdruk, weegt op de kwaliteit en leidt tot leegloop. Zo ontstaat een vicieuze cirkel.

De aanpak kan bestaan uit

- opleidingen promoten, inclusief het upgraden van werknemers;
- taakomschrijvingen uitzuiveren en inhoudelijk aantrekkelijker maken;
- andere kwalificaties inschakelen (opvoeders, huismoeders, ..);
- werkomstandigheden creëren die vroegtijdig uittreden voorkomen (kinderopvang aanbieden, voor- en naschoolse opvang, tilliften voorzien, ...);
- gestructureerd overleg met werkgevers om gerichte acties af te lijnen en uit te voeren;

De huidige economische crisis zou er toe kunnen leiden dat er gemakkelijker personeel gevonden wordt voor de zorgvoorzieningen. Deze jobs zijn namelijk aantrekkelijker in economisch onzekere tijden.

Beoogde output:

Meer verpleegkundigen en verzorgenden inschakelen in de zorg

Te bereiken doel:

Toerijkende zorg garanderen

Benodigde middelen:

- promotiecampagnes;
- personeelskosten indien ondersteunend tewerkstellingsbeleid van niet-zorgpersoneel wordt gevoerd.

Actiefiche 20: modern beheer van openbare zorgvoorzieningen mogelijk maken

Beschrijving: Talrijke OCMW's in Vlaanderen zijn uitbater van ziekenhuizen, rusthuizen, serviceflats, ... In de ziekenhuissector hebben deze openbare ziekenhuizen veelal de beheersvorm aangenomen van “autonome verenigingen”, zoals voorzien in artikel 118 en daarop volgende artikels van het OCMW-decreet.

Alle openbare voorzieningen worden in hun hoedanigheid van gezondheids- of ouderenvoorziening op dezelfde manier aangestuurd en gereguleerd door de Vlaamse overheid als private voorzieningen. Voor wat het administratief toezicht betreft, zijn ze echter nog bijkomend onderworpen aan de bepalingen van het OCMW-decreet.

Door een aantal bepalingen in dit OCMW-decreet in verband met de samenwerkingsmogelijkheden, de mogelijkheden tot verzelfstandiging en de beheersvormen en beheersvoorwaarden worden deze openbare voorzieningen echter – soms ernstig – belemmerd om zich ten volle te ontplooien en te handhaven in een zich moderniserend zorglandschap. Voorbeelden hiervan zijn de hoofdstukken XII (ziekenhuis als autonome vereniging), XIIbis (ziekenhuis in samenwerking met private voorziening) en XIIter (ouderenvoorziening in samenwerking met private voorziening).

Tijdens de volgende legislatuur zou er dringend werk moeten gemaakt worden van het wegwerken van deze discriminatie, in overleg tussen de ministers bevoegd voor enerzijds welzijn en volksgezondheid en anderzijds binnenlandse aangelegenheden.

Beoogde output: een aangepast OCMW-decreet

Te bereiken doel: moderne en performante openbare zorgvoorzieningen

Benodigde middelen: geen

Actiefiche 21: samenwerkingsakkoord met de federale overheid (en de andere deelstaten) betreffende het toezicht op de gegevensstromen en op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer om een inflatie aan toezichtcommissies inzake deze materies te vermijden (gelet op onder meer het decreet betreffende het elektronische bestuurlijke gegevensverkeer en het ontwerp van decreet betreffende het platform voor gezondheids- en welzijnsinformatie)

Beschrijving:

In samenspraak met de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer een ontwerp van samenwerkingsakkoord opstellen en overleg organiseren met het oog op de oprichting van een sectoraal comité in de schoot van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer dat specifiek bevoegd is voor de Vlaamse Gemeenschap, in het bijzonder met betrekking tot welzijns- en gezondheidsgegevens.

Beoogde output:

Samenwerkingsakkoord tussen de federale staat en de deelstaten

Te bereiken doel:

Het beperken van het aantal commissies en adviesorganen en een duidelijke afbakening van de bevoegdheden van de verschillende commissies en adviesorganen om een mogelijke bevoegdheidsoverlapping te voorkomen. Dit dient te gebeuren met de volledige waarborg inzake het recht op privacy van de Vlaamse burger.

Benodigde middelen:

- overleg tussen de verschillende betrokken partijen;
- mandatering van overlegorgaan door politieke overheid;
- aftoetsen van de mogelijkheden binnen de bestaande regelgeving, met mogelijke aanpassing van het wettelijk kader:
 - 1° eventuele wijziging van het decreet betreffende het elektronische bestuurlijke gegevensverkeer of van uitvoeringsbesluiten;
 - 2° eventuele aanpassing van het ontwerp van het decreet betreffende het platform voor gezondheids- en welzijnsinformatie;
 - 3° eventuele wijziging van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzicht van de verwerking van de persoonsgegevens;
 - 4° eventuele reorganisatie van de commissie ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer;
 - 5° eventuele omvorming van de commissie ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer tot een confederaal toezichtorgaan.

Actiefiche 22: een decreet betreffende de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, gekoppeld aan een nieuw samenwerkingsakkoord met de federale staat over de zorg voor gedetineerden

Beschrijving van de actie:

De integrale hulp- en dienstverlening die aan gedetineerden wordt geboden, kan enkel worden gerealiseerd met medewerking van Vlaamse voorzieningen uit de sectoren welzijn en gezondheid, opleiding en werkgelegenheid, onderwijs en vorming, cultuur en sport. Het Vlaams strategisch plan “hulp- en dienstverlening aan gedetineerden” stelt een gezamenlijke aansturing voor de uitbouw van de hulp- en dienstverlening als uitgangspunt voorop. De projectfase is nu voorbij. In een resolutie van 21 april 2004 betreffende de begeleiding van (ex-)gedetineerden en hun omgeving (stuk 2184 (2003-2004) – Nr. 4) vroeg het Vlaams Parlement al aan de Vlaamse Regering om het Vlaamse beleid inzake hulp- en dienstverlening aan gedetineerden verder te zetten en te verdiepen.

Daarnaast geeft het strategisch plan het Vlaamse antwoord op de federale basiswet gevangeniswezen en rechtspositie van gedetineerden. De basiswet geeft gedetineerden recht op de hulp- en dienstverlening die verstrekt wordt door de Vlaamse Gemeenschap. Het huidige samenwerkingsakkoord tussen de Vlaamse Gemeenschap en de federale staat is verouderd en houdt geen rekening met de samenwerkingsstructuren die de afgelopen tien jaar in dit kader zijn uitgebouwd.

Beoogde output:

- een decreet betreffende de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden met het oog op hun sociale re-integratie;
- een nieuw samenwerkingsakkoord tussen de federale staat en de Vlaamse Gemeenschap met betrekking tot de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden met het oog op hun sociale re-integratie.

Te bereiken doel:

Verder zetten en structureel verankeren van de samenwerking tussen de Vlaamse diensten werkzaam binnen de gevangenissen en tussen de Vlaamse diensten en de gevangenissen zelf, teneinde een integrale en kwaliteitsvolle hulp- en dienstverlening aan gedetineerden te realiseren, zodat zij zich harmonisch en volwaardig kunnen ontplooiën in de samenleving.

Benodigde middelen: geen

Actiefiche 23: integreren van voorafgaande vergunning en zorgstrategisch plan in de ouderen- en thuiszorg

Beschrijving: Deze twee instrumenten bestaan nu naast elkaar, maar beogen hetzelfde: nagaan of er behoefte is aan de zorg die een initiatiefnemer wil ontwikkelen en nagaan of die initiatiefnemer de juiste persoon is om dat te doen.

Beoogde output: een integratie van beide instrumenten

Te bereiken doel:

Door de integratie van beide instrumenten:

- is er gelijke behandeling tussen profit en not for profit voorzieningen;
- moet er tegelijkertijd een beduidende vereenvoudiging worden doorgevoerd, zodat de planlast voor voorzieningen die bouwsubsidies wensen, ook vermindert;
- zullen de aanvragen vlugger behandeld kunnen worden, hetgeen noodzakelijk is vermits de geldigheidstermijn van de voorafgaande vergunning sterk is ingekort en de bouwwerken dus vlugger moeten kunnen gerealiseerd worden;
- kan het geïntegreerde instrument gebruikt worden in de regionale zorgstrategie, zoals hoger aangehaald in dit document.

Benodigde middelen: geen

Actiefiche 24: afschaffen van de verplichte ledenbijdrage in de Vlaamse Zorgverzekering

Beschrijving:

De Vlaamse zorgverzekering is complex. Een belangrijke oorzaak van de complexiteit is de inning van bijdragen. Daar zijn verschillende redenen voor

- de Europese regelgeving leidt ertoe dat sommige inwoners van Vlaanderen vrijgesteld zijn, omdat ze niet Belgisch sociaal verzekerd zijn;
- de Europese regelgeving leidt ertoe dat sommige inwoners van de EU die in Vlaanderen werken, moeten aansluiten;
- wie geen bijdragen betaalt, wordt een administratieve boete opgelegd;
- de bijdragen worden geïnd door zeven verschillende erkende zorgkassen.

De bijdrage afschaffen en de zorgverzekering volledig financieren via algemene middelen kan de administratieve complexiteit significant reduceren:

- geen jaarlijkse inning van bijdragen bij meer dan 4,3 miljoen personen;
- geen opsporen van alle doelgroepen die moeten betalen;
- geen registreren van doelgroepen die niet mogen betalen;
- geen opleggen van administratieve geldboetes (42.000 in 2009);
- geen rechtzetten van dossiers van personen die muteren of bij verschillende zorgkassen aangesloten zijn;
- enkel dossier openen op het moment dat recht op tenlasteneming geopend wordt;
- mogelijkheid van spontane melding.

Als de bijdrage wordt afgeschaft, moet er voor Brussel een oplossing gevonden worden. Als er geen bijdragen geïnd worden, zouden in principe alle inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest recht hebben op een tenlasteneming op het moment dat zij zorgbehoevend worden.

Om dat te vermijden, moeten drempels ingebouwd worden, zonder dat in Brussel een “subnationaliteit” gecreëerd wordt. Een mogelijk scenario bestaat erin dat de tegemoetkomingen beperkt worden tot de groep van personen die een beroep doen op voorzieningen die door de Vlaamse Gemeenschap erkend (of gelijkgesteld) zijn.

Beoogde output: geen administratieve boetes meer

Te bereiken doel:

- een groter maatschappelijk draagvlak voor de zorgverzekering;
- minder administratieve lasten;
- wegwerken ongewenste effecten van administratieve geldboetes.

Benodigde middelen:

- 100 miljoen euro op jaarbasis
- Wijziging decreet en uitvoeringsbesluiten
- Oplossing voor Brussel

Actiefiche 25: Via geavanceerde ICT-toepassingen en – netwerken het zelfstandig wonen en de levenskwaliteit van ouderen en zorgbehoevenden in hun thuisomgeving doen toenemen (actie uit Doorbraken 2020 Vlaanderen in Actie).

Beschrijving:

Zorgverleners in de thuiszorg worden, onder meer door de vergrijzing en de verwachte grote toename van het aantal alleen wonende ouderen en de verkorting van de verblijfsduur in het ziekenhuis steeds vaker geconfronteerd met complexe zorgsituaties. In die zorgsituaties is het multidisciplinaire overleg complexer en wordt de afstemming met andere zorgverleners (zowel professionelen als vrijwilligers) nog belangrijker.

Beoogde output:

- streven naar gegevensuitwisseling via een mobiel raadpleegbaar netwerk van gegevens over de zorgvrager (gegevens die decentraal bewaard worden in het elektronisch (administratief) zorgplan van SIT's en SEL's, thuisverpleegkunde (VINCA), elektronisch medisch dossier van de huisarts en gezinszorg (Vesta), ...), met respect voor de privacy en waarborging van het beroepsgeheim van de zorgverleners;
- verrijkt met aanvullende patiëntenparameters verzameld via telemonitoring & domotica;
- raadpleegbaar door de betrokken zorgverleners en uitgebreid met een module die bij de zorgverleners thuis raadpleegbaar is;
- gebruik makend van een uniforme en moduleerbare zorgschaal: een inschaling met behulp van een uniforme, maar moduleerbare zorgschaal kan de basis vormen voor overleg en afstemming tussen de verschillende zorgactoren. Door de aard van de uniforme zorgschaal (verschillende zorgdimensies) zullen bij de inschaling verschillende zorgactoren moeten betrokken worden (dus niet alleen de zorgactor aan wie de hulpvraag gesteld werd). Die inschaling volgens een zorgschaal levert een "geobjectiveerde" zorgvraag op en resulteert in een gezamenlijk opgesteld actieplan;
- met een uitbreiding van elektronische facturatie naar het RIZIV: de facturatie en terugbetaling door ziekenfondsen kan vereenvoudigd worden door gebruik te maken van de gegevens die beschikbaar zijn via het netwerk.

Te bereiken doel:

- betere samenwerking en afstemming tussen de diverse zorgverleners in de thuiszorg mogelijk maken, zodat zorgbehoevenden en ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en daar verzorgd kunnen worden;
- een meerwaarde op het vlak van de kwaliteit van de zorg en van de veiligheid van de zorgvrager met in bepaalde gevallen een snellere dienstverlening en een grotere transparantie;
- continuïteit van zorg tussen zorgverleners/ zorginstellingen;
- efficiëntere en effectievere zorg, zowel voor de overheid als voor de zorgverleners;
- betere beleidsondersteuning voor de overheid.

Benodigde middelen:

- investeringen in ICT (centrale basisdiensten) en subsidie van de betrokken actoren;
- overleg tussen de verschillende betrokken partijen;
- aftoetsen van de mogelijkheden binnen de bestaande regelgeving, met mogelijke aanpassing van het wettelijk kader.

BIJLAGE 1: DOCUMENTAIR GEDEELTE

1. Indicatoren en kerncijfers

1.1 Beleidstevredenheid

Uit de survey “sociaal-culturele verschuivingen in Vlaanderen” van 2007 blijkt dat de Vlamingen erg tevreden zijn over de gezondheidsvoorzieningen, maar veel minder over de opvang en begeleiding van armen en sociaal zwakkeren. Grootstedelingen klagen over een gebrek aan voorzieningen voor kinderen, jongeren en bejaarden. Tussen 25 en 35 jaar is men het minst tevreden over de kinderopvang. Uit dezelfde enquête blijkt dat de Vlamingen zich het meeste zorgen maken over de levensaspecten “gezin” en “gezondheid”; meer dan over hun inkomen of hun veiligheid.

1.2 Evolutie zorgaanbod

Hieronder vindt u een overzicht van het aantal voorzieningen en het aantal zorggebruikers binnen het beleidsdomein WVG. We geven u de meest recente cijfers en, waar relevant en ter vergelijking, de cijfers van 2003.

Kind en Gezin

Ongeveer 43 procent van de kinderen van 2 maanden tot 3 jaar maakt gebruik van formele opvang. Ongeveer 10 procent van de kinderen tussen 3 en 12 jaar maakt gebruik van buitenschoolse opvang in voorzieningen binnen Kind en Gezin. Met zijn aanbod aan preventieve zorg (kraambezoeken, huisbezoeken en consulten) bereikt Kind en Gezin meer dan negen op tien kinderen.

In 2007:

- waren er in Vlaanderen 104.217 plaatsen in de kinderopvang (87.552 in 2003), waarvan
 - 73.012 gesubsidieerd door Kind en Gezin; en
 - 31.205 met een attest van toezicht van Kind en Gezin;
- was er plaats voor 1.485 kinderen (1.450 in 2003) in de Centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning (CKG's);
- was er plaats voor 177 kinderen (144 in 2003) bij de Diensten voor Gezinsondersteunende Pleegzorg (DGOP's);
- behandelden de Vertrouwenscentra Kindermishandeling (VK's) 6.078 klachten (7.779 in 2003).

Het aantal plaatsen in de verschillende kinderopvangvoorzieningen (erkende voorzieningen en voorzieningen met attest van toezicht) bedroeg op 1 januari 2007:

- kinderdagverblijven: 15.438;
- diensten voor onthaalouders: 30.173;
- buitenschoolse opvang in aparte lokalen van kinderdagverblijven: 1.057;
- initiatieven voor buitenschoolse opvang: 25.804;
- mini-crèches: 15.959;
- zelfstandige kinderdagverblijven: 8.178;
- zelfstandige onthaalouders: 7.068.

In 2007 realiseerde Kind en Gezin:

- 4.449 consulten in de prenatale steunpunten (5.903 in 2003);
- 59.744 bezoeken in de kraamkliniek (53.587 in 2003);
- 172.366 gezinsbezoeken (195.046 in 2003);
- 526.720 consulten (489.725 in 2003);
- 2.590 gesprekken in het kader van een spreekuur opvoedingsondersteuning;
- 603.925 vaccinaties (288.887 in 2003);
- 67.748 gehoortesten (59.331 in 2003);
- 267.462 telefonische contacten via de Kind en Gezin-lijn (3.644 in 2003).

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

In 2006 ontving het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) 58.064 concrete aanvragen. Dat waren 39.503 aanvragen voor hulpmiddelen, 9.592 aanvragen voor zorg (ambulante en residentiële ondersteuningsvormen), 7.155 aanvragen voor werk (ondersteuning bij tewerkstelling in het reguliere circuit of bij beschutte tewerkstelling) en 1.073 aanvragen voor een persoonlijk assistentiebudget.

Op 1 januari 2007 waren bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap het volgende aantal plaatsen erkend :

- Internaat: 4.703 (4.774 op 1 januari 2003);
- Semi-internaat: 3.183 (3.158 in 2003);
- Semi-internaat niet-schoolgaande: 474 (430 in 2003);
- Oriëntatie- en behandelingscentrum: 354 (327 in 2003);
- Tehuis niet-werkenden bezigheid: 4.381 (3.715 in 2003);
- Tehuis niet-werkenden nursing: 4.583 (4.077 in 2003);
- Tehuis werkenden: 1.151 (1.139 in 2003);
- Tehuis voor kortverblijf: 139 (91 in 2003);
- Dagcentrum: 3.518 (3.237 in 2003);
- Begeleid werken: 86 (54 in 2003);
- Thuisbegeleiding: 4.482 (3.255 in 2003);
- Beschermd wonen: 1.023 (451 in 2003);
- Begeleid wonen: 2.408 (1.660 in 2003);
- Zelfstandig wonen (ADL-assistentie): 267 (211 in 2003); en
- Pleegzorg: 1.023 (942 in 2003).

Zorg en Gezondheid

In de onderstaande tabel vindt u het aantal voorzieningen (en het aantal uren / bedden) op 1 januari 2009 en op 1 januari 2003 binnen het Agentschap Zorg en Gezondheid:

	2009		2003	
	Aantal voorzieningen	Uren bedden / patiënten	Aantal voorzieningen	Uren bedden / patiënten
Centra voor metabole aandoeningen	4		3	
Mammografische eenheden	178		164	
Centra voor borstkankeropsporing	5		5	
Logo's	26		26	
Interne bedrijfsgeneeskundige diensten	77		64	
Externe bedrijfsgeneeskundige diensten	17		14	
Diensten voor thuiszorg	129	ongeveer 16,1 miljoen uren	125	ongeveer 13,9 miljoen uren
Lokale dienstencentra	170		134	
Diensten voor oppashulp	48	807.274 uren	46	
Diensten voor logistieke hulp en aanvullende thuiszorg	128		21	
Regionale dienstencentra	57		50	
Verenigingen voor mantelzorgers en mantelzorggebruikers	5		5	
Opleidingscentra voor polyvalent verzorgden	15		19	
Samenwerkingsinitiatieven thuiszorg	23		22	
Palliatieve netwerken	15		15	
Teams thuisverzorging	190		190	
Rusthuizen	748	64.256 bedden	769	61.083 bedden
Rust- en verzorgingstehuizen	629	35.805 bedden	598	28.037 bedden
Centra voor kortverblijf	187	903 bedden	93	385 bedden
Dagverzorgingscentra	106	1.434 bedden	69	925 bedden
Serviceflats	416	13.200 bedden	345	11.419 bedden

Algemene ziekenhuizen	74	29.751 bedden	85	31.141 bedden
Centra voor menselijke erfelijkheid	4		4	
Psychiatrische ziekenhuizen	40	9.007 bedden	40	10.230 bedden
Psychiatrische verzorgingstehuizen	24	2.230 bedden	24	2.368 bedden
Instellingen voor beschut wonen	44	2.616 bedden	44	2.448 bedden
Centra voor geestelijke gezondheidszorg	20	in 2007 47.978 patiënten	21	

Eind 2006 kregen meer dan 180.000 personen een zorgverzekeringsuitkering (tegenover 129.000 in 2003). Drie op vijf zorgverzekeringsuitkeringen worden uitbetaald aan mensen die verblijven in de mantel- en de thuiszorg. Er zijn zeven zorgkassen in Vlaanderen.

Jongerenwelzijn

In de onderstaande tabel vindt u het aantal voorzieningen en het aantal begeleide minderjarigen in de bijzondere jeugdzorg in 2007 en in 2003.

	2007		2003	
	Aantal voorzieningen	Aantal minderjarigen	Aantal voorzieningen	Aantal minderjarigen
Begeleidingstehuizen	94	3.799	92	3.876
Opvang- oriëntatie- en observatiecentra	22	1.985	21	2.038
Dagcentra	49	1.110	49	1.055
Thuisbegeleidingsdiensten	46	2.063	42	1.752
Diensten voor begeleid zelfstandig wonen	19	608	18	585
Gemeenschapsinstellingen	2	981	2	964
Diensten voor pleegzorg	16	4.369	16	3.515

Algemeen welzijnswerk

De 27 autonome centra voor algemeen welzijnswerk krijgen jaarlijks meer dan honderdduizend hulpvragen. Vele personen kunnen al onmiddellijk met directe kortdurende hulp verder worden geholpen. Er worden ongeveer 40.000 langer durende begeleidingen per jaar gegeven: 80% ambulante en 20% residentiële begeleidingen.

In 2006 werd Tele-Onthaal in Vlaanderen 119.109 keer opgeroepen. De typische beller is een alleenstaande vrouw tussen 25 en 60 jaar. De belangrijkste gespreksonderwerpen zijn gezondheid, partnerrelatie en eenzaamheid.

Zes centra voor integrale gezinszorg bieden residentiële, semi-residentiële en ambulante begeleiding aan gezinnen met ernstige moeilijkheden en tienerouders.

In 2008 erkende de Vlaamse Overheid 49 armoedeverenigingen.

Samenlevingsopbouw en armoedebestrijding

In 2008 erkende en subsidieerde de Vlaamse overheid 8 regionale instituten voor samenlevingsopbouw en één Vlaams ondersteuningsinstituut. Samen zetten zij 122 opbouwwerkprojecten op. Deze projecten handelen vooral over wonen, sociale cohesie en armoedebestrijding. In deze projecten werden 76.000 verschillende deelnemers bereikt.

In 2008 subsidieerde de Vlaamse overheid via het Vlaams Netwerk 49 verenigingen waar armen het woord nemen.

De Link vzw staat in voor de organisatie van de opleiding van ervaringsdeskundigen in de armoede en sociale uitsluiting. In 2008 studeerden 19 ervaringsdeskundigen af, wat het totaal aantal afgestudeerden sedert 2004 op 65 brengt. 52 afgestudeerden zijn tewerkgesteld als ervaringsdeskundige.

Vrijwilligerswerk

De Vlaamse overheid erkent en subsidieert 130 autonome vrijwilligersorganisaties. In deze organisaties zijn 17.000 vrijwilligers actief.

Andere voorzieningen

Het zorglandschap is breder dan de hierboven vermelde door WVG erkende, gesubsidieerde of geïnspecteerde zorgvoorzieningen. De sociale diensten van de gemeentes en de OCMW's spelen bijvoorbeeld een belangrijke rol op de eerste lijn. In het kader van het decreet Lokaal Sociaal Beleid krijgen de lokale besturen trouwens meer en meer een regierol. In 2008 stuurden 302 lokale besturen een beleidsplan in (98%). Deze beleidsplannen omvatten alle acties die een lokaal bestuur wenst te ondernemen om de toegang tot de sociale grondrechten te garanderen voor elke burger. Verder worden er belangrijke voorzieningen erkend door andere beleidsdomeinen, zoals de centra voor leerlingenbegeleiding door het beleidsdomein Onderwijs. Daarnaast is er de (beperkte) zuiver private markt, met haar privé-klinieken en niet-erkende welzijnsorganisaties.

2. Recent beleidsgericht wetenschappelijk onderzoek, uitbesteed of uitgevoerd door het beleidsdomein

Het Steunpunt Beleidsrelevant Onderzoek Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (<http://www.steunpuntwvg.be>) is een nieuw steunpunt voor beleidsgericht onderzoek, opgericht voor de periode 2007-2011. Dit steunpunt is een consortium dat tot opdracht heeft de minister met wetenschappelijk onderzoek te ondersteunen bij het voeren van een slagkrachtig, vernieuwend, efficiënt en integraal beleid rond de problemen van welzijn, gezondheid en gezin. Hiertoe verenigen onderzoekers uit drie Vlaamse universiteiten (KULeuven, UGent, VUB) en een Vlaamse hogeschool (de Katholieke Hogeschool Kempen) hun expertise.

Het SWVG-onderzoek omvat vier luiken:

- een overzichtanalyse van gevolgde zorgtrajecten bij jongeren en hun gezin, bij volwassenen en bij ouderen;
- een effectiviteitsonderzoek betreffende zorgverlening en –trajecten en de ontwikkeling en implementatie van evidence based interventieprogramma's;
- de ontwikkeling van een juridisch en institutioneel kader voor de zorgverlening in Vlaanderen; en
- ad-hoc onderzoek.

Onderzoek aangaande milieugezondheidszorg wordt verricht door een gelijkaardig Steunpunt Beleidsrelevant Onderzoek Milieu en Gezondheid (<http://www.milieu-en-gezondheid.be>).

Daarnaast kan onder andere volgend onderzoek vermeld worden:

- efficiëntie en meerwaarde van de projecten Gestructureerde Kortdurende Residentiële Begeleiding in de bijzondere jeugdbijstand (GKRB);
- normering van de werklust voor de consulenten van de sociale diensten van de Bijzondere Jeugdbijstand;
- uitwerken van een uniform beheersysteem betreffende de beschikbaarheid van plaatsen in de bijzondere jeugdbijstand;
- onderzoek naar de noden en preferenties van gezinnen inzake preventieve zorg voor kinderen onder de 3 jaar;
- de state of the art op het vlak van medische preventie voor kinderen onder de drie jaar;
- behoeften aan / gebruik van kinderopvang voor nog niet schoolgaande kinderen en voor kinderen van de basisschool;
- zorgbehoeften en zorggebruik van kansarme gezinnen en gezinnen met een kind met een handicap;
- zorggradatie bij personen met een handicap;
- verblijfs- en persoonskenmerken van geplaatste delinquente minderjarigen en hun correlatie met recidive;
- evaluatie time-outprojecten bijzondere jeugdbijstand;
- de beslissingsprocessen die parketmagistraten en jeugdrechters hanteren voor het toeleiden van jongeren naar het hulpverleningsaanbod;
- registratie en follow-up van suïcidepogingen in Vlaanderen;
- studie ter voorbereiding van het invoeren van een maximumfactuur in de zorg / een zorgbonus; en

- een hele reeks (analyses op) registratie-, prevalentie- en incidentiegegevens uit de gezondheidszorg (zelfmoord, perinatale epidemiologie, vaccinatiegraden bij jonge kinderen, kanker, doodsoorzaken, borstkankerscreening, voeding van jongeren, grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van personen met een handicap, ...).

Ook de gezondheidsenquête (een vierjaarlijks, federaal initiatief, met medewerking van de deelstaten) mag niet onvermeld blijven. De laatste enquête werd afgenomen in 2008.

3. Het wettelijk kader

De bevoegdheden van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin betreffen de zogenaamde persoonsgebonden aangelegenheden. De persoonsgebonden aangelegenheden zijn omschreven in artikel 5, §1, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen. Ook artikel 9 van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 juni 2005 met betrekking tot de organisatie van de Vlaamse administratie is relevant. Niet alle persoonsgebonden aangelegenheden behoren immers tot het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (bijvoorbeeld de bestuurlijke organisatie van en het administratief toezicht op de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, de medisch verantwoorde sportbeoefening, de centra voor leerlingenbegeleiding, ...).

Verskillende decreten geven een invulling aan het beleid betreffende de domeinen welzijn, volksgezondheid en gezin. We vermelden hier de voornaamste decreten. In sommige sectoren is ook de federale regelgeving nog van belang.

3.1 Overkoepelend op het vlak van het ganse beleidsdomein

- het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden (VIPA-decreet);
- het decreet van 23 mei 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen;
- het decreet van 2 juni 2006 tot omvorming van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid;
- het decreet van 16 juni 2006 betreffende het gezondheidsinformatiesysteem;
- het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.

3.2 Kinderen, jongeren en gezinnen

- het decreet van 30 april 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Kind en Gezin;
- het decreet van 7 mei 2004 betreffende de integrale jeugdhulp;
- het decreet van 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de jeugdhulp;
- het decreet van 7 maart 2008 inzake bijzondere jeugdbijstand.

3.3 Personen met een handicap

- het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

3.4 Zorg en Gezondheid

- het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering;
- het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg;
- het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid;
- het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders;
- het decreet van 30 april 2004 houdende de stimulering van een inclusief Vlaams ouderenbeleid en de beleidsparticipatie van ouderen;
- het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening;

- het woonzorgdecreet van 13 maart 2009, ter vervanging van de decreten inzake bejaarden en thuiszorg.

3.5 Welzijn en samenleving

- het decreet van 26 juni 1991 betreffende de erkenning en subsidiëring van het maatschappelijk opbouwwerk;
- het decreet van 24 juli 1996 houdende regeling tot erkenning van de instellingen voor schuldbemiddeling in de Vlaamse Gemeenschap;
- het decreet betreffende het algemeen welzijnswerk;
- het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 1997 tot regeling van de erkenning en subsidiëring van de centra voor integrale gezinszorg;
- het decreet van 21 maart 2003 betreffende de armoedebestrijding;
- het decreet van 19 maart 2004 betreffende het lokaal sociaal beleid; en
- het decreet betreffende het georganiseerde vrijwilligerswerk in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

4. De ambtelijke organisatie

4.1 Beter Bestuurlijk Beleid een feit

Stabiele organisatiestructuur

De organisatiestructuur Beter Bestuurlijk Beleid is een feit voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG). Acht entiteiten, de beleidsraad, het managementcomité en een strategische adviesraad werken voor een beleidsdomein met meer dan vierduizend ambtenaren.

Het Vlaams Ministerie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) omvat:

- het Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;
- het Agentschap Jongerenwelzijn, dat ook instaat voor het beheer van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Fonds Jongerenwelzijn;
- het Agentschap Zorg en Gezondheid, dat ook instaat voor het beheer van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Zorgfonds;
- het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, dat ook instaat voor het beheer van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden.

Daarnaast functioneren twee intern verzelfstandigde agentschappen met rechtspersoonlijkheid:

- het Agentschap Kind en Gezin; en
- het Agentschap voor Personen met een Handicap.

De twee extern verzelfstandigde agentschappen van het beleidsdomein vervullen een vergelijkbare opdracht:

- Het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel; en
- Het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem.

In de beleidsraad WVG worden strategische opties voor het beleidsdomein gezamenlijk overlegd door:

- de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, zijn kabinetschef en adjuncten-kabinetschef, en
- de leidend ambtenaren van het Ministerie WVG en van het Agentschap Kind en Gezin en van het Agentschap voor Personen met een Handicap.

In het managementcomité WVG overleggen alle leidend ambtenaren van het beleidsdomein over de afstemming van het operationele beleid.

De beleidsraad en het managementcomité vergaderen met een quasi maandelijkse frequentie in hun volledige bezetting – een eerste, essentiële indicator voor de geest van samenwerking, uitwisseling en integratie die kenmerkend is voor dit beleidsdomein.

Uitgangspunten Beter Bestuurlijk Beleid vorm geven

Voor het beleidsdomein is er geen nood aan fundamentele afwijkingen van de principes Beter Bestuurlijk Beleid:

- Om de beleidsdoelstellingen te bereiken met respect voor ieders taakstelling en verantwoordelijkheid betreft het departement de agentschappen bij de operationele beleidsvoorbereiding en -evaluatie en toetst het de beleidsvoornemens bij hen af.
- De agentschappen leveren beleidsgerichte input vanuit hun taakstelling inzake beleidsuitvoering.
- Inzake monitoring en opvolging van de beleidsuitvoering steunt het departement ook op de periodieke informatieverstrekking en rapportering van de agentschappen.

- Leidinggevend en dragen collegiaal bij aan de besluitvorming in de beleidsraad en het managementcomité.
- Tijdelijke samenwerkingsverbanden worden opgezet met aangepaste projectorganisatie en eigen projectbegroting.

In een volgende fase dienen instrumenten zoals de beheers- en managementovereenkomst en het ondernemingsplan verder uitgebouwd, niet als een doel op zich, maar als een evenwichtig kader voor enerzijds de aansturing van de acht entiteiten en anderzijds de uitklaring van gewenste en reële beleids- en beheerseffecten.

Voor de entiteiten van het beleidsdomein neemt het departement een bufferrol en een integratorrol op ten aanzien van nooit aflatende intersectorale beleidsontwikkelingen, organisatiebrede projecten en rapportages op het niveau van de Vlaamse overheid. Vanuit een welbegrepen autonomie, maar ook vanuit het inzicht in de meerwaarde van een eensgezinde besluitvorming op het niveau van het beleidsdomein liëren de agentschappen zich collegiaal in deze samenwerking.

4.2 Betere samenwerking voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Adviesfunctie

De beslissingsruimte van de raden van bestuur van de vroegere Vlaamse Openbare Instellingen is niet inwisselbaar met de bevoegdheden van de raadgevende comités bij de huidige agentschappen of met de opdrachten van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid.

De sectoren, de entiteiten en de politiek verantwoordelijken van het beleidsdomein moeten elkaar daarom vinden in een slagkrachtige, efficiënte informatie-uitwisseling in functie van beleidscoördinatie en –evaluatie. De adviesfuncties binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin moeten zich profileren binnen deze vernieuwende relatie tussen overheid en middenveld. Het instrumentarium daartoe is voorhanden:

- het overleg van de leidend ambtenaren met het raadgevend comité bij hun agentschap;
- de afstemming met en binnen specifiek sectoraal overleg, zoals dat nu al plaatsvindt via onder meer de Adviesraad Integrale Jeugdhulp en de Vlaamse Ouderenraad;
- transparante afspraken over de rol van de administratie bij de bilaterale contacten van het kabinet met het werkveld; en
- een geoperationaliseerde Strategische Adviesraad met eigen secretariaatsondersteuning.

Samenwerken voor meer kennis en meer informatie

In hun beheers- en managementovereenkomsten engageren de entiteiten van het beleidsdomein zich voor recurrente en niet-recurrente strategische doelstellingen die geconcretiseerd worden in operationele doelstellingen en doorvertaald worden tot op het niveau van individuele personeelsleden en teams:

- strategische organisatiedoelstellingen – specifiek voor de eigen organisatie;
- een strategisch kwaliteitsbeleid met aandacht voor organisatiebeheersing, klantenrelaties, administratieve lastenverlaging, reguleringsmanagement en personeelspeilingen;
- de uitvoering van de interne controle;
- de initiatieven inzake een reeks van horizontale bevoegdheden, met o.m. de financiële en beheersrapportering.

Het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin moet optreden als trendsetter voor een duurzaam informatiebeleid, dat niet de waan van de dag volgt, maar dat in staat is over langere termijn de beleidsontwikkeling en –evaluatie te schragen met kennis die van vitaal belang is voor meer welzijn, volksgezondheid en gezin:

- Het beleidsdomein, i.c. het departement, moet daarbij in staat zijn om globale trends, verschuivingen in aanbod en gebruik van voorzieningen of van nieuwe behoeften in beeld en onder de aandacht van de minister te brengen.
- Globale trends onderkennen kan helpen om het WVG-aandeel in de totale begroting te verantwoorden en globale vragen van de sector inzake aanpassing van subsidies te evalueren of de implementatie van de Vlaamse Intersectorale Akkoorden te staven. Globale, sectorale tewerkstellingscijfers zijn daarbij sterke knipperlichten.

5. De budgettaire massa van het beleidsdomein

Het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin krijgt ongeveer 12% van de totale middelen van de Vlaamse Gemeenschap. Het komt daarmee op de tweede plaats, na Onderwijs (40%).

Verdeling binnen het beleidsdomein WVG (uit de uitgavenbegroting 2009)	in 1.000 euro
Departement	132.232
IVA VIPA	153.461
IVA Inspectie	6.197
IVA Jongerenwelzijn	58.478
IVA Fonds Jongerenwelzijn	304.032
IVA Zorg en Gezondheid	675.686
IVA Vlaams Zorgfonds	153.780
IVA K&G	438.431
IVA VAPH	1.098.120
EVA OPZ Geel	7.945
EVA OPZ Rekem	6.631
Totaal:	3.034.994

Het totale beleidskrediet voor WVG zou volgens de meerjarenbegroting 2009-2014²⁶ in **2014** 3,6 miljard euro bedragen, wat dan 13 procent van het totale beleidskrediet voor de Vlaamse Gemeenschap zou zijn. Als we 2004 als referentiejaar nemen, zou het WVG-budget in absolute cijfers dan met 65 procent gestegen zijn.

²⁶ Toelichtingen bij de middelenbegroting en de algemene uitgavenbegroting van de Vlaamse Gemeenschap voor het begrotingsjaar 2009 - Meerjarenbegroting 2009-2014.

BIJLAGE 2: MANAGEMENTSAMENVATTING

Kwaliteitsvolle, tijdige, toereikende en inclusieve zorg, met bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren

De bovenstaande titel vat de voorstellen van het beleidsdomein WVG op de meest beknopte wijze samen.

Het volstaat niet om voldoende zorg te bieden aan diegenen die ze nodig hebben. De zorg moet ook goed zijn. We stellen voor om de zorgkwaliteit nog meer te verbeteren door actiever op te treden als overheid, door beleidskeuzes wetenschappelijk te onderbouwen (en de maatschappelijke effecten objectief te meten) en door een praktijk te bevorderen die gebaseerd is op (wetenschappelijke en praktijkgebaseerde) kennis. De overheid moet daarbij (gesubsidieerde) zorg die niet effectief is vervangen door zorg die dat (potentieel) wel is.

In Vlaanderen gaat veel geld naar curatieve zorg, maar weinig naar preventie en vroeginterventie, en bijzonder weinig naar ziektepreventie. Voorkomen en vroeg ingrijpen is ethisch bijna altijd, en vaak ook economisch, beter dan genezen. De administratie stelt dan ook voor om het beleid zo te heroriënteren dat welzijns- en gezondheidsproblemen zo veel mogelijk vermeden of vroeg aangepakt worden.

In het Pact van Vilvoorde werd onder meer de doelstelling geformuleerd om tegen 2010 een toereikend, efficiënt, effectief en kwaliteitsvol zorgaanbod te garanderen, dat voor iedereen toegankelijk is. In het Pact 2020 werd deze doelstelling geherformuleerd. De doelstelling is nog niet bereikt, zeker niet wat de toereikendheid en de toegankelijkheid betreft. Er bestaan nog steeds wachtlijsten en de zorg is regionaal ongelijk verspreid. Bijkomende investeringen blijven dus nodig, ook in infrastructuur. Om onnodige of ongewenste residentiële zorg te vermijden, pleiten we voor meer zorgmogelijkheden in het milieu van de cliënt / patiënt en tussen de ambulante en de residentiële hulp.

Momenteel bereiken we de mensen die ons het meeste nodig hebben - waaronder kansarmen en mensen met geestelijke gezondheidsproblemen – niet voldoende. Zij vallen vaak uit de boot. De vele schotten tussen de diverse zorgvormen zijn daar niet vreemd aan. Dat willen we keren.

Internationaal wordt het belang van duurzame ontwikkeling meer en meer erkend. We pleiten dan ook voor een meer horizontaal en inclusief welzijn-, volksgezondheids- en gezinsbeleid. Wat de zorgvoorzieningen betreft, pleiten we voor een grotere energiezuinigheid. Tot slot achten we maatregelen noodzakelijk om het tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden te verkleinen.

Om de bovenstaande keuzes te realiseren is een performante overheidsadministratie noodzakelijk. Concreet pleiten we voor homogenere bevoegdheidspakketten (een verdere staatshervorming), een verdere administratieve lastenverlaging en een betere (digitale) gegevensverzameling en -uitwisseling.