



## **Solidariteit voor het Gezin vzw**

### **Aftoetsing kader uitvoering eerstelijnsgezondheidszorg- en preventiedecreet**

#### INLEIDING :

In tegenstelling tot de nota die de vorige minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin ons in mei 2007 bezorgde, is de nu voorliggende nota veel duidelijker gestructureerd. Bovendien is er rekening gehouden met een aantal zeer fundamentele kritieken die de sector toen terecht uitte.

Wij zijn in elk geval opgetogen over het feit dat Minister Vanackere de keuze voor het model Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) overneemt van zijn voorganger. Ook wij zijn immers geen voorstander van het RADAR-model dat een louter curatief systeem is, wars van alle continuïteit. Welzijns- en gezondheidszorg is immers een continu gegeven.

Het uitgangspunt is zondermeer goed, alleen vinden wij dat de consequenties van het model onvoldoende doorgetrokken werden tot op de verschillende niveaus.

De gunstige evolutie tussen de nota Vervotte en de nota Vanackere betekent echter niet dat wij ons zonder problemen zouden kunnen vinden in het kader dat Minister Vanackere ons heden voorlegt.

Naast een aantal (weliswaar belangrijke) randbemerkingen heeft Solidariteit voor het Gezin 6 fundamentele kritieken die, mochten ze worden uitgeklaard, voor haar het concept aanvaardbaar zou maken :

1. Het feit dat de IPO's beperkt worden gehouden voor de regionale dienstencentra en de OCMW's.
2. Het feit dat er blijkbaar geen meetinstrument zal worden ontwikkeld om de resultaatsverbintenis van de SEL's en LOGO's na te gaan.
3. Het ontbreken van een plan om de SEL's en LOGO's te financieren. In de nota 'Vervotte' werd daarover nog 'iets' gezegd, nu niet meer. Bovendien is niet duidelijk of het geld dat zal worden vrijgemaakt zal gaan naar (bijkomende) structuren dan wel naar daadwerkelijke verbetering van de dienstverlening op het terrein.

4. Het blijft onduidelijk wat minister Vanackere van plan is te doen met de voorstellen van minister Vogels in de vorige nota. Bijvoorbeeld : waar moeten we de Vlaamse Hoge Raad voor preventie en eerste lijnszorg nog situeren? Quid met de Vlaamse huizen voor de Eerste Lijn?
5. De voorliggende nota trekt de lijn door van het jarenlang gevoerde instellingengestuurd beleid. Blijkbaar heeft men er nog steeds schrik van om de gebruiker zelf te laten bepalen welke dienstverlening hij wenst en welke actoren hij daar liefst voor aanspreekt.
6. De congruentie van het decreet eerstelijnsgezondheidszorg en het preventiedecreet in het globale welzijnsbeleid.

Hierna volgt een meer uitgewerkte versie van de 5 hoofdkritieken :

1. Het feit dat de IPO's beperkt blijven tot de regionale dienstcentra en de OCMW's.

Op zijn minst moet wat ons betreft de lijst uitgebreid worden met de organisaties van zorgverstrekkers, alsook met de autonome Centra voor Maatschappelijk Werk. De voorbeelden zijn immers legio waarbij het organiseren van een patiëntgebonden overleg sinds jaar en dag tot de normale werking behoort, maar waarbij noch een ziekenfonds, noch een OCMW betrokken is. Op heden worden aldus meerdere zorgenplannen opgesteld waarin geen van beide partners voorkomen.

In die talrijke gevallen zal dus voortaan een bureaucratische omweg moeten gevolgd worden om het dossier aan te melden bij de SEL. Om nog niet te spreken van de onnodige inbreuk op de privacy.

Men kan zich bovendien andere situaties voorstellen waarin het nieuwe voorstel op problemen zal stuiten : wat bij wijze van voorbeeld met leden van het ziekenfonds van spoorwegpersoneel en wat met leden van de hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering? Wat met wellicht de talrijke gemeenten waarin het OCMW zich niet geroepen zal voelen om een initiatief te nemen?

2. Het ontbreken van een meetinstrument om na te gaan of de resultaatsverbintenis van SEL's en LOGO's gehaald werd.

Solidariteit voor het Gezin is er zeer verheugd over dat de minister een resultaatsverbintenis koppelt aan het financieringssysteem van SEL's en LOGO's. Door het feit van onze wijd verspreide werking in Vlaanderen en Brussel, worden wij immers actief betrokken in tal van SIT's, SEL's en LOGO's. Het zal geen verwondering wekken wanneer wij beweren dat niet al die bijeenkomsten even interessant, vruchtbaar of efficiënt zijn.

Onze medewerkers worden omzeggens dagelijks wel ergens in Vlaanderen rond de vergadertafel verwacht voor overleg. Niet al die vergaderingen zijn als een meerwaarde te beschouwen, laat staan dat de patiënt/cliënt daar beter zou van worden.

We zijn dus grote voorstander van de resultaatsverbintenis, maar vragen om er geen holle slogan van te maken.

Er moet met andere woorden werk gemaakt worden van gevalideerde meetinstrumenten. Wie het niveau niet haalt moet daarvan de financiële consequenties dragen.

### 3. Het ontbreken van een financieringsplan.

Hier wijzen we op een hiaat in de nota.

In het plan van Minister Vervotte werd daar een passage aan geweid. Zij had het over een vast bedrag per aantal inwoners en een variabel bedrag volgens een aantal uitgewerkte criteria.

Verder vond ze ook dat elke SEL moest kunnen aanspraak maken op een minimum bedrag.

Ze had het zelfs over financiering van de huisvesting.

In de voorliggende nota keert daarover niets terug. Wat moeten we daaruit opmaken?

Zou een en ander niet tot gevolg kunnen hebben dat zorgen- en hulpverstrekkers die niet tot de ziekenfonds- noch tot de OCMW-geledingen behoren, in de toekomst geen vergoeding meer zullen ontvangen voor hun aandeel in de GDT-overleggen? De GDT's zouden immers kunnen beslissen om nog enkel vergoedingen te geven aan CAW's van ziekenfondsen en aan OCMW's.

Nog een bijkomende vraag : is er rekening mee gehouden dat elk IPO zal leiden tot een zorgenplan?

### 4. Concrete voorstellen uit de vorige nota waarover nu niets meer wordt gezegd.

Een tweede hiaat in de nota :

- De Hoge Raad voor preventie en eerste lijnszorg.
- De 15 grote Vlaamse huizen eerste lijn.
- Quid met de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT) en de zorgbakens uit het woonzorgdecreet?
- Toegang tot de elektronische identiteitskaart en de uitwerking van één, bij voorkeur elektronische, zorgschaal.
- Het uitwerken van een stramien van website en van een elektronisch zorgplan.op één niveau Vlaanderen.

Moeten we uit het feit dat Minister Vanackere hierover niets meer zegt, opmaken dat hij de vroegere voorstellen afvoert? Op zijn minst is daar duidelijkheid over nodig.

### 5. De nota huldigt als van ouds het principe van het instellingengestuurd beleid.

De nota gaat nog te veel uit van het bestaande aanbod en durft het eigenlijk niet aan om de noodzakelijke modernisering van de sector een kans te geven.

Waar velen van mening zijn dat de bestaande structuren die de coördinatie en het overleg rond het bed van de patiënt beogen, hun doel missen, volhardt de minister in haar opzet om het aanbodgestuurde beleid verder te zetten.

Eén van de denkpistes die wij in het verleden al meerder malen hebben ontwikkeld, is het vraaggestuurd model, waarbij de gebruiker bepaalt wie welke diensten bij hem mag leveren en dit op basis van overwegingen van kwaliteit, klantvriendelijkheid, aanbod, enz...

Het is aan de overheid om de minimale kwaliteitsnormen te bepalen en te controleren, maar niet om het volledige aanbod te bepalen. Eigenlijk houdt de overheid verder vast aan het oubollig, geëtatiseerd model en beknot ze daardoor de echte vrije keuze van de gebruiker.

6. De congruentie van het decreet eerstelijnsgezondheidszorg en het preventiedecreet in het globale welzijnsbeleid :

De bestaande SIT's zullen wellicht opgaan in 61 SEL's. Los daarvan (want federaal geregeld) zijn er nog de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT). Er zijn ook de bestaande 78 deelSIT's, de LOGO's, de palliatieve netwerken, de zorgbakens uit het woonzorgdecreet, de 107 zorgregio's, de 101 huisartsenkringen, de regionale en lokale dienstencentra. En we vergeten er nog een aantal op te noemen die nochtans perfect in het rijtje zouden passen. Dit alles moet dan weer ingebed worden in het lokaal sociaal beleid dat hier en daar ook de steun krijgt van provinciale zorgplatforms.

In 15 regio's wou Minister Vervotte ook Vlaamse huizen voor de Eerste lijn oprichten...

Kan er eindelijk een poging ondernomen worden om alles eenduidiger te maken? Is het normaal dat je je als dienstverlener in verschillende structuren moet engageren die allemaal dezelfde doelstelling nastreven?

Zou het niet nuttiger zijn om eerst eens ernstig te inventariseren wat er allemaal reeds bestaat in plaats van steeds verder te bouwen op de wildgroei op het terrein?

Het zou bij dit alles goed zijn om ook de patiënt zelf eens te bevragen over hoe en in welke mate hij met al dat overleg ook beter geworden is.

Verder merken we op dat het luik 'curatie' en het luik 'preventie' niet altijd even consistent aandacht krijgen in de nota. Eigenlijk worden ze niet afgestemd op elkaar.

We kunnen alleen maar vaststellen dat er volgens de nota op het microniveau blijkbaar geen plaats is voor preventie, terwijl er op het macroniveau dan weer weinig plaats zou zijn voor het curatieve aspect.

Hierna volgen nog een aantal nevenbedenkingen bij de nota :

- De thema's waarover de Vlaamse werkgroepen, erkend in het kader van het preventiedecreet zich zullen buigen, bestaan zo goed als allemaal uit gezondheidsthema's daar waar het de minister zijn bedoeling is om de gehele zorgsector via gecoördineerde zorgtrajecten te betrekken. Van waar dan die eenzijdigheid bij de samenstelling van de thema's?

Nog over de thema's :

Op welke manier zullen 'grijze zones' aan bod kunnen komen? Met andere woorden : onderwerpen die niet echt thuis horen in een welomschreven thema of die eigenlijk thuis horen in verschillende thema's.

Bovendien maken we ons zorgen over de rol van het 'Comité van Voorzitters', meer bepaald als het gaat over de kruisbestuiving tussen de werkgroepen. Wordt hier geen te grote filter op geplaatst?

- De Minister zegt terecht dat het mesoniveau de vertaalslag zou moeten zijn van hetgeen op het macroniveau 'aanbevolen' (lees : vrijblijvend?) wordt. Staan we er genoeg bij stil dat deze vertaalslag op 15 verschillende manieren kan gebeuren? Er van uitgaand dat deze 15 manieren perfect zullen beantwoorden aan de doelstelling, rijzen er bij ons toch vragen als het gaat over '*de concretisering van multidisciplinaire zorgtrajecten*' (de zogenaamde zorgpaden).

- Volgens de nota kan elke SEL participeren aan een provinciaal overleg rond eerstelijnszorg. Betekent dit dat er toch nog Super-SELS zullen kunnen ontwikkeld worden?
- De uitvoeringsbesluiten op het decreet op de eerstelijnsgezondheidszorg geraken blijkbaar maar moeilijk uit de startblokken. Het decreet zelf dateert immers van 3 maart 2004 en nu pas wordt een eerste aanzet tot uitvoering gegeven.
- De nota ademt een drang uit om alles te willen kapselen en reguleren. In niets straalt ze verfrissende vernieuwing uit.  
Zou het kunnen dat de organisaties die tot dezelfde gezindheid van de minister behoren, zich goed en veilig voelen bij een behoud van het bestaande?  
Zeker wanneer 'hun' minister er bovendien voor zorgt dat hun bestaan decennialang gewaarborgd blijft?
- Het onderwerp maakt weerom pijnlijk duidelijk dat ons federaal model mangelt.. Minstens zouden we wensen dat gezondheidszorg en welzijnszorg op elkaar afgestemd zouden zijn, los van het staatsniveau van waaruit een en ander gestuurd wordt.  
Door in Vlaanderen structuur na structuur op te zetten, geraken we steeds verder verwijderd van het federale model. Op federaal niveau daarentegen voert men een ware stellingenoorlog als reactie tegen het defederaal geweld vanuit de gemeenschappen.  
Karikaturaal in dat verband is de beslissing van minister Demotte om (voorlopig) geen Vlaamse verzorgenden te erkennen voor het uitvoeren van terugbetaalbare zorgverstrekkings en daarvoor enkel 'zijn' zorgkundigen te erkennen. Nochtans strookt het takenpakket perfect met hun opleiding en competentie. Geen mens, behalve een gepolitiseerd minister die denkt vanuit belangengroepen, zal hier de hogere zin van begrijpen.
- Het is niet goed om de eerstelijnsgezondheidszorg te beperken tot de complexe zorgvragen.

#### Conclusie :

Solidariteit voor het Gezin ziet in vergelijking met de nota van Minister Vervotte, een aantal verbeteringen in de huidige conceptnota. Maar omwille van een aantal fundamentele redenen, kan zij zich nog steeds niet vinden in de voorstellen.

In geconcentreerde vorm, komt onze kritiek neer op het volgende :

1. Het kan volgens haar niet dat de groeperingen van zorgverstrekkers worden uitgesloten van het organiseren van IPO's.
2. Het vraaggestuurd model wordt totaal miskend, niettegenstaande dit bij uitstek de vrije keuze van de gebruiker zou waarborgen.
3. Eigenlijk krijgt de noodzakelijke modernisering van de sector opnieuw geen kans.

Gent, 27 september 2007.