Memorandum Landsbond van Liberale Mutualiteiten

Krachtlijnen voor het gezondheidsbeleid: Vlaanderen

1 Een federaal georganiseerde sociale zekerheid

De ziekteverzekering moet deel blijven uitmaken van een **federaal georganiseerde sociale zekerheid**.

De voorgestelde spiltsing van de sociale zekerheid kadert in een logica van confederalisme.

Verspillingen en inefficiënties moeten worden aangepakt, zodat de vrijgekomen middelen opnieuw in het systeem kunnen worden geïnjecteerd. De eindverantwoordelijkheid voor het gezondheidsbeleid dient bij één minister te liggen. Daarenboven dringt zich een gecoördineerd coherent beleid op met een duidelijke langetermijnvisie op de zorg.

Een ziekteverzekering, zoals uitgevoerd door de ziekenfondsen, kan enkel functioneren op basis van **solidariteit** en dit niet alleen in de eerste pijler (de verplichte ziekteverzekering), maar ook in de tweede (aanvullende diensten), temeer daar het solidariteitsprincipe in de gezondheidszorg meer en meer onder druk komt te staan.

Het federale niveau kan daardoor ook beter het hoofd bieden aan de uitdagingen van de vergrijzing en de financiële beperkingen in de gezondheidszorg.

Decentralisering mag niet leiden tot een verschillend aanbod van gezondheidsdiensten in de regio's en tot verschillende gezondheidsprofielen van de lokale bevolking.

2 Zesde staatshervorming in het kader van de gezondheidszorg

De zesde staatshervorming wordt voorgesteld als een grote hervorming die de regio's slagkrachtiger moeten maken:

- Een fundamentele vraag die wij ons stellen is welke meerwaarde die biedt voor de patienten.
- De hele omschakeling en het toepassen van minstens twee verschillende regelgevingen voor materies waarvoor er nu slechts één is, veroorzaken ongetwijfeld een aanzienlijke toename van de werklast en de kosten voor de ziekenfondsen.

- We pleiten ervoor om de administratieve uitvoering van de overgehevelde bevoegdheden, voor wat de ziekteverzekering betreft, te laten uitvoeren bij de ziekenfondsen.
- Zowel voor de patiënt als voor de verstrekker is het belangrijk om deze wijzigingen gespreid in de tijd door te voeren en om vooral in de beginfase een zekere continuïteit te handhaven.

De Liberale mutualiteiten vragen uitdrukkelijk dat er in de legislatuur 2014-2019 niet zou worden gestart met een zevende staatshervorming, maar dat eerst de uitvoering van de zesde staatshervorming zou worden afgewerkt en dat alle onduidelijkheden op dat vlak zouden worden opgelost.

3 Een centrale plaats van de ziekenfondsen

Als organisaties van burgers, sociaal verzekeraars en beheerders van de ziekteverzekering, **bekleden de ziekenfondsen (verzekerings-instellingen of VI's) een centrale plaats in het zorgsysteem**. Meer dan gelijk welke andere speler op het terrein ontwikkelen ze een globale visie op het gezondheidsbeleid, rekening houdend met de noden van de burgers. Ze bieden dan ook een essentiële meerwaarde in de vaststelling en de uitvoering van het gezondheidsbeleid.

De ziekenfondsen willen, in een geest van overleg met alle actoren, op een constructieve manier verder blijven werken aan de totstandkoming van een gezondheidsbeleid dat gericht is op de voortdurende verbetering van de kwaliteit en de toegang tot de zorgen, in het bijzonder voor de zieken en degenen die ze het meest nodig hebben.

De LM pleit ervoor om de **administratieve uitvoering van de bevoegdheden** die van het federale niveau naar de deelstaten worden overgeheveld, **bij de ziekenfondsen te laten in plaats van ze over te dragen aan de zorgkassen** omdat zij daarvoor reeds de nodige expertise hebben en de continuïteit in dat geval verzekerd blijft. Toch kan niet ontkend worden dat zorgkassen maximaal ingebed zijn in de ziekenfondsen.

Voor wat het Vlaamse niveau betreft, is de Zorgkas enkel een terugvalpositie. Indien Vlaanderen toch zou kiezen voor de zorgkassen, is daar een bijkomende financiering van de administratiekosten voor nodig. De Liberale Mutualiteiten zijn evenwel niet bereid om hiervoor een substantieel hogere bijdrage te vragen aan de leden.

In elk geval dienen hoe de nodige middelen te worden vrijgemaakt om de overgehevelde bevoegdheden deftig te kunnen uitvoeren.

De beste manier om kosten in de gezondheidszorg te vermijden is ervoor te zorgen dat de mensen gezond blijven, vandaar de uitdaging: meer middelen voor preventie vrijmaken.

4 Geestelijke gezondheid

Voor de **geestelijke gezondheidszorg** moet er dringend aandacht worden besteed aan:

- een globaal kader dat de richting aangeeft voor een gecoördineerd en coherent geestelijk gezondheidsbeleid voor de zorgverstrekkers, instellingen en diensten;
- het probleem van de lange wachttijden;
- het probleem van de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg;
- de verdere uitbouw van zorgcircuits en zorgnetwerken met voldoende middelen voor preventie door een reallocatie van de ziekenhuisbudgetten;
- de verdere uitbouw van forensische centra: geïnterneerden horen niet in de gevangenis thuis, maar hebben nood aan een gespecialiseerde behandeling, al was het maar om recidive te vermijden.

5 Preventie

Sinds 2003 bestaat het decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. Sinds 1 januari 2012 zijn de diensten die instaan voor het uitstippelen van het gezondheidspromotiebeleid erkend als organisaties met terreinwerking. Op deze manier hebben de diensten gezondheidspromotie van de ziekenfondsen als organisaties met terreinwerking een duidelijke plaats gekregen in het preventielandschap in Vlaanderen. Door haar netwerk – ziekenfondsen die lokaal gevestigd zijn in heel Vlaanderen – bereiken zij immers samen quasi de volledige Vlaamse bevolking en dit op een eenvoudige manier. Door hun laagdrempeligheid wordt de toegankelijkheid tot het aanbod inzake preventieve gezondheidszorg immers vergroot.

In het kader van de beheersovereenkomst met de overheid wordt er door de ziekenfondsen gewerkt rond de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Daarnaast wordt er ook samengewerkt met alle andere organisaties die in Vlaanderen actief zijn inzake gezondheidspromotie.

De gezondheidszorg wordt, onder andere door de vergrijzing van de bevolking, geconfronteerd met een aantal uitdagingen. Om de levenskwaliteit ook op latere leeftijd te behouden en mensen gezond oud te laten worden, wordt gezondheidspromotie steeds belangrijker.

Door onvoldoende aandacht voor gezondheidspromotie en preventie zal de vraag naar zorg immers toenemen, waardoor ook de kosten voor gezondheidszorg zullen stijgen.

Investeren in een preventief gezondheidsbeleid rendeert dus.

Maar het preventief gezondheidsbeleid wordt niet alleen bepaald door de gezondheidszorg. Ook **andere beleidsdomeinen**, zoals bijvoorbeeld onderwijs, werk, mobiliteit, sport en leefmilieu hebben een invloed op de gezondheid.

Verschillende actoren (ouders, scholen, bedrijven, gemeenten, de media, enz.) spelen een rol in de promotie van gezond leven en gezonde leefomgevingen.

Een preventief gezondheidsbeleid gaat dus over verschillende domeinen heen. Een goede samenwerking tussen alle actoren is dan ook noodzakelijk.

Gezond gedrag is een individuele en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. De mensen zijn zelf verantwoordelijk voor de keuzes die ze maken op vlak van gezondheid, maar daarvoor **moeten gezonde keuzes aangeboden en aanbevolen worden**. Zo is het belangrijk dat gemeenten de infrastructuur aanbieden zodat mensen gestimuleerd worden om te bewegen, zoals bijvoorbeeld goed aangelegde fietspaden en wandelwegen. Hiervoor zijn voldoende middelen noodzakelijk.

Er wordt veel geld geïnvesteerd in curatie en maar zeer weinig in preventie. Volgens de OESO besteden ontwikkelde landen 3 % van hun gezondheidsbudget aan preventie. In België is dit echter lager. Een verhoging van de middelen en een efficiënte inzet van de bestaande middelen is dan ook aangewezen.

De verschillende noden op het vlak van preventieve gezondheidszorg staan opgelijst in het memorandum dat het Vlaamse sectoroverleg gezondheidspromotie maakte, onder voorzitterschap van het VIGeZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie) (http://www.vigez.be/over_vigez/werking/memorandum.html) .

6 Personen met een handicap

In Vlaanderen wil het **'Perspectiefplan 2020'** voor 'een nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap' personen met een handicap terecht zoveel mogelijk integreren in de samenleving. Er moet echter nauwlettend op worden toegekeken dat dit geen excuus wordt om de ondersteuningslast af te wentelen op de mantelzorgers.

De Vlaamse Regering houdt best rekening met de voorstellen van de gebruikers, gecoördineerd in het VGPH (Vlaams Gebruikersoverleg voor Personen met een Handicap), o.m. voor wat de toekomstige financieringswijze en alle aspecten rond de zorgregie betreft.

Het **budget voor personen met een handicap moet verhogen**, om de wachtlijsten weg te werken. Dit betekent dat er voldoende opvangplaatsen moeten gecreëerd worden en een zo goed mogelijke begeleiding worden voorzien. Personen met een handicap die het wensen en kunnen, moeten de mogelijkheid krijgen om zelfstandig te wonen. Indien ze willen werken, dienen ze daarvoor de nodige ondersteuning te krijgen.

Op basis van het VN-verdrag, het advies van het CGKR en de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG) vragen we dat er dringend werk zou worden gemaakt van een **volwaardige rechtsposite van de ondersteuningsvrager**.

In de huidige logica van schaarste wordt een systeem van prioritering gehanteerd waarbij de budgetten in de eerste plaats worden toegekend aan de meest schrijnende gevallen. **Die prioritering is fundamenteel onrechtvaardig** en dient dan ook zo snel mogelijk te verdwijnen. Een **complete hertekening van de zorgregie** is eveneens noodzakelijk.

In afwachting vragen de gebruikers alvast een mogelijkheid om administratief beroep aan te tekenen tegen een beslissing van de regionale prioriteitencommissies.

Nog steeds komen teveel mensen met een handicap, in het bijzonder personen met een NAH, terecht in rusthuizen of andere plaatsen die niet op hun maat zijn en waar zij niet ten volle kunnen werken aan hun revalidatie of re-integratie in de maatschappij.

Via de **integrale toegangspoort voor jongeren met een handicap** probeert de overheid terecht iets te doen aan de wachtlijsten en het vinden van de juiste plaats voor de juiste persoon.

Echter, door het creëren van de integrale toegangspoort voor jongeren zonder een gelijkaardige poort voor de volwassenen wordt een breuklijn gecreëerd tussen beide doelgroepen. Dit brengt dubbel werk en een verschillende wijze van werken met zich mee voor de betrokken organisaties en voor de DMW's en de MDT's.

We staan achter de **toekenning van een persoonlijk zorgbudget aan mensen met een handicap**, zoals voorzien in het kader van Perspectief 2020. Dit is alleen haalbaar als er voldoende aanbod is, wat nu niet het geval is.

Ook zijn er nog verschillende vragen te beantwoorden:

- voor sommige personen met een handicap kan een persoonlijk zorgbudget perfect werken, maar vermits het beheer daarvan niet voor iedereen haalbaar is, moet het een **vrije keuze** blijven voor de zorgvrager;
- er moet ook rekening worden gehouden met de **continuïteit van de instellingen**. Als ze niet zeker zijn van hun budget, kunnen ze ook geen degelijk geschoold personeel aantrekken en gaat de kwaliteit van de zorg juist achteruit;
- het persoonsvolgend budget mag ook **niet duurder uitvallen** voor de persoon met een handicap doordat de instellingen en diensten hem meer kosten zouden aanrekenen;
- de gebruikers willen zelf (mee) kunnen instaan voor de **registratie van hun zorgvraag.** Daarom is het belangrijk dat zij hun aanvraag mee ondertekenen (handtekenplicht);

- vermits de **rol van de contactpersonen uitbreidt**, is het logisch dat zij over bepaalde competenties dienen te beschikken. Toch mogen de sancties ingeval van niet voldoen aan bepaalde voorwaarden niet te streng worden gemaakt – of moeten de voorwaarden voor niet aan instellingen verbonden contactpersonen worden versoepeld – zodat niemand reeds bij voorbaat zou ontmoedigd worden om de taak van contactpersoon op te nemen;
- Perspectief 2020 werkt met een model van **vijf concentrische cirkels van ondersteuning**: de persoon met een handicap zelf, zijn mantelzorgers, zijn netwerk, de reguliere hulp en tenslotte de hulp van door het VAPH erkende voorzieningen. Het mag echter niet de bedoeling zijn om de reguliere hulp en de voorzieningen eerst in te schakelen als de drie onderste cirkels uitgeput zijn;
- het cash-systeem mag niet leiden tot een uitholling van het reeds bestaande persoonlijk assistentiebudget (PAB);
- de ondersteuning in trap 1 van de PVF – de rechtstreeks toegankelijke hulp – moet naadloos worden verdergezet in trap 2 (de hulp van gespecialiseerde voorzieningen).

We vragen ook aandacht voor de **taken van de ziekenfondsen** terzake:

- De ziekenfondsen zijn één van de partners die de personen met een handicap kunnen helpen bij de **vraagverduidelijking**, maar ze verwijzen hen wel door naar een DOP voor verdere stappen. Daarover bestaan reeds concrete afspraken. Wegens gebrek aan middelen kunnen de DOP's hun taak momenteel niet voldoende opnemen. Het is zeer belangrijk om complementair te werken.
- Doordat er zo veel verschillende diensten bestaan en er veel wordt doorverwezen, wordt alles te ingewikkeld voor personen met een handicap.

  Precies om die reden **hebben de ziekenfondsen nieuwe taken toebedeeld gekregen**, zoals het uitreiken van parkeerkaarten aan personen met een handicap en het indienen van aanvragen voor een tegemoetkoming.

  De **taken van de ziekenfondsmedewerkers** zullen dus veranderen èn uitbreiden. Dit houdt o.m. in dat zij, voor wat de personen met een handicap betreft, een degelijke vorming moeten genieten. Deze functie zou ook erkend èn financieel gewaardeerd moeten worden door de nieuwe Vlaamse Regering in plaats van de ziekenfondsen enkel te zien als verzuilde en oubollige belangengroepen.

  Zoals het er nu uitziet, lijkt de zesde staatshervorming voor de sector echter geen meerwaarde in te houden.

- we pleiten voor een **automatische toekenning van rechten** aan personen met een handicap, mits voorafgaandelijke inschaling die eveneens geldt voor het recht op voordelen in de ziekteverzekering en in andere sectoren. Dit houdt ook in niet alleen rechten toekennen, maar ze ook uitvoeren;
- waar mogelijk pleiten we voor de invoering van een **huursysteem voor hulpmiddelen**.

Ook de kleine organisaties zouden van de Vlaamse overheid een **minimale subsidiëring** moeten krijgen om een volwaardige werking rond personen met een handicap mogelijk te maken. Het decreet van 4/4/2013 betreffende het sociaal-cultureel volwassenenwerk is geschreven op maat van de grote verzuilde organisaties, maar laat geen enkele mogelijkheid tot subsidiëring en tot uitbouw van de kleinere.

7 Chronisch zieken

7.1 Algemeen

Op 28/11/2013 bracht de interkabinetten werkgroep 'Chronische Ziekten' van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een oriëntatienota uit om te komen tot een protocolakkoord tussen de federale en de gefedereerde entiteiten voor een Nationaal Actieplan.

Het uitwerken van een **geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken** in België met zes actiedomeinen is een positieve evolutie, zowel organisatorisch voor de patiënten en de zorgprofessionals, als financieel.

Hoewel ook Vlaanderen bij de opmaak van de nota betrokken was, merken we dat er vrij weinig aandacht wordt besteed aan de zorg in de RVT's/ROB's en de gehandicaptenzorg, toch ook belangrijke partners in de zorg voor chronische patiënten.

7.2 Specifieke opmerkingen

Als verzekeringsinstelling die de patiënten vertegenwoordigt, hebben we ook enkele specifieke opmerkingen bij de nota.

1. Men erkent dat **chronische ziekten gepaard gaan met bijkomende kwetsbaarheid**, waaronder inkomensverlies, werkonbekwaamheid, extra ziekte- en zorgkosten.

   Het gaat echter nog verder dan dat: **chronische ziekten kunnen ook invaliderend werken**, waardoor de patiënt in aanmerking kan komen voor het statuut van 'persoon met een handicap'. We denken hier bvb. aan blindheid en voetamputaties als gevolg van (slecht behandelde) diabetes en aan het uitvallen van de spierfuncties bij MS en ALS.

   Aangezien de zorg voor personen met een handicap bij de Gemeenschappen ligt, mag die link zeker niet ontbreken.

Het is zeer belangrijk om een aparte categorie van 'zware patiënten' (chronische patiënt met multi-morbiditeit en/of sterk autonomieverlies) af te bakenen. Hoewel de multimorbiditeit het meest voorkomt bij de derde leeftijd, omvat deze categorie niet alleen bejaarden.

2. Er wordt terecht gepleit voor **case management**, maar men ziet dat in de eerste plaats als taak van de huisarts. Enkel indien de zorgsituatie complexer wordt, dient een case manager te worden ingeschakeld.

   Best is dat de **ziekenfondsen** deze taak formeel op zich nemen. Te veel verschillende partners die dat kunnen doen, leidt tot een onoverzichtelijke situatie. Er zijn verschillende argumenten om de eindverantwoordelijkheid bij de ziekenfondsen te leggen:

   - het ligt in het verlengde van het veranderende takenpakket van de ziekenfondsen: van uitbetalingsinstelling naar zorgcoach;
   - vermits de ziekenfondsen werken op basis van solidariteit, is dat de beste garantie op toegankelijkheid voor iedereen;
   - de ziekenfondsen hebben via hun aanvullende diensten goede linken met bepaalde zorgactoren, zoals thuisverpleging en niet-dringend ziekenvervoer. Ook kunnen zij bepaalde eigen diensten voorstellen, zoals noodoproepsystemen.

   Uiteraard moeten er wel de nodige informatiedoorstroming zijn tussen de ziekenfondsen en de andere zorgactoren.

   Binnen dit luik kunnen de diensten maatschappelijk werk (DMW's) van de ziekenfondsen hun rol definiëren: de competenties hiervoor zijn reeds sterk aanwezig en hun rol moet breed gezien worden, in samenwerking met andere zorgverleners.

   De casemanager in de schoot van de DMW's mag dan ook niet gezien worden als een nieuwe functie, maar vanuit het licht van de bestaande, aanwezige zorgverleners op het terrein. Zijn taak mag zich niet beperken tot het medische luik, maar dient eveneens het aspect welzijn te omvatten.

   Men kan zich de vraag stellen of een bijzonder competentieprofiel voor de case-manager nodig is. Belangrijk is vooral dat hij of zij dichtbij de patiênt staat, diens vertrouwen geniet en kennis heeft van het terrein.

3. **Het aanbieden van instrumenten voor evaluatie en als beslissingshulp** is belangrijk en voor verschillende sectoren zijn soms verschillende schalen nodig. Toch pleiten we voor het gebruik van dezelfde evaluatieschalen waar mogelijk èn voor meer geïntegreerde onderzoeken, dit om te vermijden dat de patiënt verloren loopt in het hele proces. Voor personen met een handicap bvb. pleiten we ervoor dat de onderzoeken voor de inschaling slechts één keer zouden plaats vinden, ongeacht het beleidsniveau en dat de resultaten eventueel ook zouden worden doorgegeven tussen de verschillende diensten.

4. Meer en meer wordt de nadruk gelegd op '**empowerment van de patiënt**'. Dat is uiteraard zeer belangrijk, maar men gaat hier gemakshalve uit van slechts één type van patiënten, nl. de 'mondige' patiënt die over de nodige vaardigheden betreft om zelf de regie in handen te nemen.

   Dat is inderdaad een ideaalbeeld, geschreven op maat van mensen met een redelijk opleidingsniveau die over de nodige vaardigheden terzake beschikken; hoe belangrijk ook voor die specifieke doelgroep, lijkt het in de praktijk voor heel wat mensen onbereikbaar. Het mag niet de bedoeling zijn dat de andere mensen verloren lopen in het systeem.

5. Er moet **een instrument voor preventie worden ontwikkeld** in de context van het multidisciplinair patiëntendossier: voor de algemene preventie, op bevolkingsniveau, mag men ook de **GVO-activiteiten van de ziekenfondsen** niet vergeten. Met hun jarenlange ervaring terzake zou het fout zijn om deze bron van informatie links te laten liggen en alle werk over te laten aan de huisarts.

   De individuele primaire en secundaire preventie, gericht naar het individu, is in de eerste plaats de taak van de huisarts. Niettemin zouden de ziekenfondsen ook op dat niveau gericht de verzekerden kunnen aanschrijven met gezondheidsboodschappen, zoals het herinneren aan de mogelijkheden voor borstkankerscreening voor vrouwen die daarvoor in aanmerking komen.

8 Mantelzorgers

Mantelzorgers worden een steeds belangrijkere schakel in het zorgproces. Er zal in de toekomst nog meer beroep op hen worden gedaan. De veroudering van de bevolking wordt een uitdaging voor de samenleving. En samen met de huidige bezuinigingscontext, vraagt dit om nieuwe impulsen en initiatieven om de zorg in onze samenleving georganiseerd te krijgen.

Mantelzorgers moeten erkend en beschermd worden voor en bij de taken die zij opnemen. **Waardering** van mantelzorg is hierbij een eerste belangrijke stap. Waardering leidt tot meer engagement en draagt positief bij aan de draagkracht van de mantelzorger. Waardering is dus een belangrijke factor bij het **voorkomen van overbelasting**. Intensief zorgen voor een hulpbehoevend familielid, een zieke partner of vriend is niet vanzelfsprekend en houdt altijd een gevaar voor overbelasting in. Hoe sterker de draagkracht, hoe minder kans op overbelasting en hoe langer de mantelzorger de zorg volhoudt.

De **gemeentelijke mantelzorgpremie** is een vorm van erkenning en waardering voor de mantelzorger. Daarom zou elke gemeente een dergelijke premie moeten aanbieden. Bovendien mag het krijgen van een gemeentelijke mantelzorgpremie, het recht op de **premie van de Vlaamse Zorgverzekering** niet uitsluiten. De gemeentelijke

mantelzorgpremie is immers een waarderingspremie voor de mantelzorger, terwijl de premie van de Vlaamse Zorgverzekering voorziet in de niet-medische kosten voor zwaar zorgbehoevende personen. Volgens de regelgeving is de tegemoetkoming van de Vlaamse Zorgverzekering bovendien cumuleerbaar met federale, provinciale en lokale maatregelen. Het bevriezen van de gemeentelijke mantelzorgpremies daarentegen, zoals vandaag in heel wat gemeenten gebeurt, is een uiterst negatief signaal.

'Gedeelde zorg' moet worden gestimuleerd. Het is erg belangrijk dat een mantelzorger er niet alleen voor staat. Een zorgsituatie alleen opvangen, vergroot het risico op sociaal isolement en overbelasting. Een **zorgnetwerk** is essentieel om de zorgsituatie zo comfortabel mogelijk te houden voor alle partijen. Professionele zorgdiensten kunnen mantelzorgers op verschillende praktische vlakken ontlasten. Daartoe is het belangrijk dat zorgvragers en hun mantelzorger(s) beroep kunnen doen op **betaalbare professionele zorg**.

Voorts moet investeren in **toegankelijke respijtzorg** (zoals kortverblijf en dagopvang) een prioritair aandachtspunt blijven, zodat mantelzorgers de kans krijgen om op adem te komen.

Mantelzorgers dienen, vaak meer dan andere doelgroepen, op **de juiste tijdstippen de juiste informatie krijgen**. Dit is al jaren een moeilijk op te lossen knelpunt bij de dienstverlening naar mantelzorgers toe. Het is dan ook noodzakelijk om voldoende te investeren in de erkende mantelzorgverenigingen. Zij hebben een belangrijke informatie- en doorverwijsopdracht.

Het debat over de 'wet betreffende de erkenning van de mantelzorger' moet worden heropend. Er wordt nog teveel voorbij gegaan aan het feit dat **mantelzorg maatwerk** is. Mantelzorgers kunnen beter ondersteund worden door het **uitbreiden van bestaande regelgevingen** dan het ontwikkelen van een federaal mantelzorgstatuut.

Deze piste biedt ook een antwoord op de het vraagstuk om **arbeid en mantelzorg** beter te combineren. Hierbij moet zeker rekening gehouden worden met de impact op de pensioen- en werkloosheidsrechten.

De maximumfactuur in de zorg werd 'on hold' gezet en dit is een spijtige zaak. De maximumfactuur zorgt ervoor dat de zorg betaalbaar blijft, ook voor wie veel zorg nodig heeft. We blijven ervoor pleiten dat deze **maximumfactuur in de zorg** er komt.

9 De Vlaamse Zorgverzekering

De zorgverzekering is een instrument dat de kosten voor zwaar zorgbehoevenden dient te verlichten. Ze kan echter op een aantal punten nog verbeterd worden.

Hoewel de zorgverzekering niet gericht is naar doelgroepen maar naar de graad van zorgbehoefte wijzen we toch op patiënten die geen recht hebben op een zorgverzekering, zoals palliatieve thuispatiënten en andere patiënten met een acute en zware zorgbehoefte, zoals kankerpatiënten. Hiervan dient dringend werk te worden gemaakt.

10 Respect voor de eigenheid van de DMW's

Er zijn heel wat spelers op de zorgmarkt in Vlaanderen. Om elke speler efficiënt zijn werk te laten doen is het nodig dat eenieders taken duidelijk worden afgebakend. Dit is nu nog te weinig het geval: dit valt onder andere op door de **verwarring** die er zelfs na het Woonzorgdecreet van 13/3/2009 en het besluit van 24/7/2009, nog bestaat over de werking van de CAW's (centra voor ambulant welzijnswerk) en de DMW's (diensten maatschappelijk werk). Vaak overlappen de doelgroepen elkaar, vooral op het vlak van de psycho-sociale hulpverlening.

Verder zijn de DOP's (Diensten Ondersteuningsplan) belast met een taak die sinds jaren door de DMW's wordt uitgevoerd.

Sinds 2013 wordt de werking van de DMW's geëvalueerd aan de hand van **resultaatsgerichte indicatoren**. Voor de meeste DMW's is het echter onmogelijk om voor hun cliëntenbestand ten minste 10% aan begeleidingen uit te voeren binnen één van de vier typemodules (directe hulp en ondersteuning, psychosociale begeleiding bij verliesverwerking, zorgbegeleiding in complexe thuissituaties en trajectbegeleiding). Indien ze dat doel twee jaar op rij niet behalen, verliezen ze immers 10% van hun subsidies.

Daarom vragen wij om bijkomende inspanningen voor een **duidelijke profilering van de DMW's**, o.m. door het uitzuiveren van taken waardoor een aantal administratieve formaliteiten kan worden opgenomen door de consulenten (loketmedewerkers).

11 ICT in de zorg

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid bouwt de komende jaren samen met partners aan ICT-toepassingen binnen de zorg. De DMW's zijn voorstander van het ontwikkelen van ICT in de zorg, maar benadrukken dat er gewaakt dient te worden over de toegankelijkheid van deze ICT, zowel op vlak van gebruiksvriendelijkheid als op financieel vlak.

De zorgbevolking bestaat (nog steeds) voornamelijk uit een oudere bevolking die nog niet zo vertrouwd is met allerlei technologieën. Bovendien zijn veel van de voorziene ICT toepassingen ook duur. Om te vermijden dat er een gezondheidszorg met twee snelheden ontstaat is het belangrijk om deze vooruitgang voor iedereen toegankelijk te maken, zowel praktisch als financieel.

Daarnaast moet het primaire doel van de technologie een betere zorg zijn die leidt tot meer zelfstandigheid van de gebruiker. Kostenbesparingen mogen nooit de enige of voornaamste reden zijn voor ICT in de zorg.

De DMW’s zien de ICT ook als ondersteuning van een zorg door mensen voor mensen. Nieuwe technologieën kunnen echter nooit de zorg door personen vervangen.

Contents

MEMORANDUM LANDSBOND VAN LIBERALE MUTUALITEITEN **1**

KRACHTLIJNEN VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID: VLAANDEREN **1**

1 EEN FEDERAAL GEORGANISEERDE SOCIALE ZEKERHEID **1**

2 ZESDE STAATSHERVORMING IN HET KADER VAN DE GEZONDHEIDSZORG **1**

3 EEN CENTRALE PLAATS VAN DE ZIEKENFONDSEN **2**

4 GEESTELIJKE GEZONDHEID **3**

5 PREVENTIE **3**

6 PERSONEN MET EEN HANDICAP **4**

7 CHRONISCH ZIEKEN **7**

7.1 ALGEMEEN 7

7.2 SPECIFIEKE OPMERKINGEN 7

8 MANTELZORGERS **9**

9 DE VLAAMSE ZORGVERZEKERING **10**

10 RESPECT VOOR DE EIGENHEID VAN DE DMW'S **11**

11 ICT IN DE ZORG **11**