



INITIATIEFADVIES

Het Brussels Gezondheidsplan

18 oktober 2018

Advies behandeld door	WG Sociale Zaken - Gezondheid en Raad van bestuur
Aanvraag behandeld op	10 september en 4 oktober 2018
Initiatiefadvies aangenomen door de Plenaire zitting op	18 oktober 2018

Vooraf

Het Brussels Gezondheidsplan is een strategische werf die een belangrijke plaats bekleedt in de algemene beleidsverklaring van de GGC. Met dit plan wil men namelijk het gezondheidsbeleid aanpassen aan de sociaaleconomische situatie van de Brusselaars en aan de beleidsmutaties ingevolge de Zesde Staatshervorming. Het betreft een evalueerbaar en inclusief oriëntatieplan dat rekening houdt met de standpunten van de betrokken partijen en verder strekt dan deze legislatuur, dit teneinde als roadmap te fungeren voor het gezondheidsbeleid tijdens de 7 komende jaren.

Het Brussels Gezondheidsplan gaat uit van zeven beginselen :

- Het terugdringen van de ongelijkheden door een samenhang in alle beleidslijnen;
- Het aanbod structureren op grond van de behoeften;
- Een geïntegreerde / ontzuidde aanpak stimuleren;
- De onophoudelijke verbetering van de kwaliteit van de behandelingen en evaluatie stimuleren;
- Democratische gezondheidszorg uitbouwen;
- De sociale en technologische innovatie ten dienste van de patiënt stellen;
- De duurzaamheid van het systeem waarborgen.

Het Brussels Gezondheidsplan omvat drie pijlers :

- Pijler 1 : Ongelijkheden op het vlak van gezondheid terugdringen;
- Pijler 2 : Een toegankelijk en samenhangend zorgtraject waarborgen voor alle Brusselaars;
- Pijler 3 : De kwaliteit van het gezondheidsbeleid verbeteren.

Elke pijler omvat verschillende doelstellingen.

Op 5 juli 2018 heeft het Verenigd College een eerste versie van het Plan goedgekeurd, en deze versie werd voor advies aan de Beheerraad voor Gezondheid en Bijstand aan Personen van Iriscare en aan de Adviesraad voor Gezondheids- en Welzijnszorg van de GGC voorgelegd.

De Raad werd daarentegen niet geraadpleegd en is de mening toegedaan dat het Brussels gezondheidsbeleid deel moet uitmaken van zijn bevoegdheden, omwille van het aantal gecreëerde arbeidsplaatsen¹, het aantal prestatieverstrekkers, zijn economisch belang en zijn functionele banden met de sociale zekerheid. Dit is de reden waarom hij een initiatiefadvies heeft willen opstellen. De wil van **de Raad** om zich over het gezondheidsbeleid uit te spreken komt tot uitdrukking in zijn advies van 21 november 2013² betreffende voorstellen met het oog op een geïntegreerd beheer van de materies, die in het kader van de Zesde Staatshervorming aan Brussel werden overgedragen, en voor een paritair beheer van de ION. De sociale gesprekspartners hadden van de Sociale Top van september 2017 gebruik gemaakt om eraan te herinneren dat zij wensten te worden betrokken en geraadpleegd wat betreft de materies van het gezondheidsbeleid. De gezondheid komt ter sprake in doelstelling 10 van pijler 1 van de Strategie 2025. Deze doelstelling bestaat erin, de economie te ondersteunen in de beroepen die kwaliteitsvolle werkgelegenheid creëren voor de Brusselaars, waaronder de sociale en gezondheidssector. **De Raad** heeft gevraagd dat de sociale en gezondheidssector een derde pijler van de Strategie 2025 zou vormen.

¹ Het aantal loontrekkenden, die werkzaam zijn in de sector van de menselijke gezondheid en de sociale acties neemt de laatste jaren toe, en zij waren met 62.656 in 2016 (Bron : Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse (BISA), Aantal loontrekkenden werkzaam per NACE-BEL sectie en afdeling (2008) : 2005 - 2008 (hier te raadplegen).

² <http://www.ces.irisnet.be/fr/avis/avis-du-conseil/par-date/2013/a-2013-064-ces/view>.

Advies

1. Globaal beheer : coördinatie en ontsluiting

De Raad verwelkomt dit onuitgegeven initiatief dat mikt op de coördinatie van de bevoegde overheden om in Brussel tot een transversale benadering te komen inzake steun en zorg. Hij wenst evenwel dat de ontsluiting van de benadering verder zou gaan. De invoering van een permanent overleg tussen de bevoegde gefedereerde entiteiten te Brussel, momenteel het laatste punt van het Plan, moet prioritair worden.

De Raad is tevens voorstander van een ontsluiting binnen de gezondheidssector maar eveneens tussen de gefedereerde entiteiten opdat zij hun acties op elkaar zouden afstemmen met het oog op meer doeltreffendheid.

De Raad pleit aldus voor een voorziening van globaal beheer waarbij de sociale gesprekspartners zijn betrokken en met betrekking tot de gewestelijke³ en mono-communautaire⁴ bevoegdheden. Hij wenst een toenadering tussen de gezondheids- en welzijnssector⁵.

De Raad herinnert aan zijn initiatiefadvies van 2013 in deze zin⁶. Hij wil de consolidatie verzekeren van de middelen voor de oude en nieuwe Brusselse bevoegdheden. Het algemeen beheerscomité zou een gebrek hieraan op zijn minst moeten kunnen compenseren. **De Raad** pleit er eveneens voor dat de verzekeringsorganismen en ziekenfondsen hierbij omwille van hun centrale rol en expertise in deze materies zouden worden betrokken.

De Raad drukt hier dan ook opnieuw de wens uit van een globale en geïntegreerde visie van de materies die in het kader van de Zesde Staatshervorming zijn overgedragen.

De Raad vraagt om voor gezondheid bevoegd te zijn, naar het voorbeeld van de Vlaamse en Waalse economische en sociale Raden. Hij wenst daarom dat met de GGC en de COCOF een samenwerkingsakkoord zou worden gesloten om systematisch te worden geraadpleegd.

2. Evaluatie van de noden en de financiële middelen

De Raad wenst een samenvoeging van de gewestelijke en communautaire financiële middelen teneinde de overeenstemming met de noden van de Brusselaars te verzekeren.

Hij betreurt de afwezigheid van gedetailleerde informatie over de financiering in het Plan, evenals van een becijferde analyse van de noden en de middelen.

De Raad wenst bovendien dat er budgettaire waarborgen zouden worden voorzien wat betreft de implementatie van het Plan na deze legislatuur.

De logica achter deze redenering moet steeds gebaseerd zijn op de noden van de patiënten, op de toenemende vraag en niet op de bestaande budgettaire middelen.

³ Werkgelegenheid, huisvesting, proximateitsdiensten (dienstencheques), ...

⁴ Bijstand aan personen, integratie van andersvaliden, sociale cohesie, ...

⁵ Het gebrek aan een hoofdstuk over een toenadering tussen de gezondheids- en welzijnssector (thuishulp, thuisopvang, ...) naar het voorbeeld van de hoofdstukken « gezondheid en leefmilieu » of « professionele herinschakeling » lijkt veelzeggend wat betreft een gebrek aan ontsluiting.

⁶ <http://www.ces.irisnet.be/fr/avis/avis-du-conseil/par-date/2013/a-2013-064-ces/view>.

3. De ambulatoire 'bocht'

Het Gezondheidsplan past in het kader van de hervorming van de ziekenhuissector waartoe de federale overheid de aanzet heeft gegeven, met als doel de duur van de opnames te beperken en een aantal medische en paramedische prestaties uit het ziekenhuismilieu te halen, stroomop- en stroomafwaarts van de medische en chirurgische ingrepen. Dankzij de technologische evoluties kunnen een aantal technische handelingen vandaag in de woonplaats van de patiënt worden verricht. Het project voorziet de oprichting van een zorgketen rond de ziekenhuizen waarbij op een reeks van externe prestatieverstrekters (voor en na een ziekenhuisopname) beroep wordt gedaan.

De Raad is vanzelfsprekend van mening dat het behoud van de patiënten in hun thuisomgeving en de ontwikkeling van de ambulatoire zorgverstrekking wenselijk zijn, maar deze 'ambulatoire bocht' stelt tal van praktische uitdagingen die de toegang tot de zorg aanzienlijk in het gedrang kunnen brengen :

1. de aanpassing van de woning van de patiënt ;
2. de toegang tot een toereikend aanbod van ambulatoire diensten op het hele grondgebied : artsen, verplegers, kinesisten, psychologen, bandagisten, ziekenoppassen, de thuislevering van maaltijden, gezinshulp,... ;
3. de planning en de coördinatie van de verschillende prestatieverstrekters ;
4. de modaliteit van de keuze van de prestatieverleners in de thuisomgeving ;
5. de verplaatsingen van de prestatieverstrekters die steeds moeilijker worden omwille van de veiligheidsproblemen in bepaalde wijken, evenals omwille verkeers- en parkeerproblemen ;
6. het beheer van de medische shocks en ongevallen die zich in de thuisomgeving voordoen ;
7. de sociaal-sanitaire controle en preventie (bijvoorbeeld : de verkorting van de verblijven in de kraamklinieken stelt vroedvrouwen minder in de mogelijkheid om eventuele gevallen van mishandeling te voorkomen).

Hierdoor zullen de patiënt en zijn naasten taken en verantwoordelijkheden van ziekenhuizen op zich moeten nemen, wat de mentale belasting onvermijdelijk zal verhogen en bijkomende kosten zal meebrengen.

Sommige patiënten zullen het ziekenhuis verlaten zonder ambulatoire opvolging. Zij dreigen heel wat zeker opnieuw in het ziekenhuis te worden opgenomen, ten koste van hun gezondheid en van de kosten voor de samenleving.

De Raad wenst dat men zou nagaan wie het best geschikt is om deze zorgketen te organiseren, en met welke middelen : het ziekenhuis, de huisarts of een andere zorgverstrekker, het verzekerings-organisme, het medisch huis of het centrum voor coördinatie en thuiszorg. **De Raad** stelt vast dat de centra voor coördinatie en thuiszorg, die reeds met deze opdrachten belast zijn, niet in het Plan worden vermeld.

De Raad is bovendien van oordeel dat een 'stripping' van de ziekenhuizen de commercialisering van de gezondheidszorg dreigt te verhogen. Deze bocht dreigt bij te dragen tot de omvorming van de ziekenhuizen tot ondernemingen.

De Raad vraagt dat het Verenigd College zou toezien op de arbeidsvoorwaarden in het milieu van de gezondheidszorg, de professionalisering en op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de verleende diensten. **De Raad** vraagt in dit verband aan het Verenigd College om de nodige aandacht te besteden aan de ontwikkeling van het semi-agoraal werk⁷, het vrijwilligerswerk en de uitzendarbeid.

Het isolement van de zelfstandige prestatieverstrekkers en de gezondheidswerkers kan een bron van onzekerheid vormen voor zichzelf en voor de gebruikers. **De Raad** dringt aan op de noodzaak van een evaluatie van de kwaliteit van de prestaties.

De Raad stelt bovendien voor om het Gezondheidsplan en het Opleidingsplan met elkaar in verband te brengen, in het bijzonder wat betreft de beroepen van de zorg aan personen waarvoor men nu reeds een gebrek vaststelt.

4. Versterking van de toegang tot zorg

De Raad is van mening dat een versterking van de toegang tot de zorg onontbeerlijk is. Hij wijst op de noodzaak om te beschikken over een toegankelijk en kwaliteitsvol dienstenaanbod dat toereikend en aangepast is om op doeltreffende wijze te kunnen voldoen aan de toename en het complexer worden van de gevallen en van de vragen van kwetsbare groepen.

Volgens **de Raad** zou het luik, dat aan preventie is gewijd, een prioritaire werkpijler moeten vormen van het toekomstige permanent overlegplatform tussen de overheden en de prestatieverstrekkers die op het Brussels grondgebied voor gezondheid bevoegd zijn.

De Raad wenst het Verenigd College bovendien te interpellieren over het gebrek aan een « prijzenbeleid » in het Plan.

De Raad vestigt de aandacht op het belang van een dienstenaanbod om de patiënten wat betreft de bestaande voorzieningen te oriënteren en om hen desgevallend te helpen om aan de vereiste administratieve voorwaarden te voldoen.

5. Contractualisering

Doelstelling 4 van pijler 3 legt de grondslag voor een beleidsmodel tussen de overheid en de terreinactoren dat gericht is op contractualisering. Deze wordt voorgesteld als een hefboom om tot de partnerships aan te zetten tussen de overheid en de gezondheidsactoren die door de GGC worden betoelaagd.

De Raad heeft evenwel vastgesteld dat de contractualisering soms uit de hand is gelopen of tot perverse effecten heeft geleid : het zoeken naar toelagen en instabiliteit, kwetsbaarheid van de werkgelegenheid en van het sociale project.

Om deze perverse effecten te vermijden, stelt **de Raad** voor om deze contractualisering te organiseren door de volgende beginselen toe te passen :

⁷ Zie in dit verband het advies van de ESRBHG van 15 maart 2018 over het wetsontwerp betreffende het verenigingsleven, de occasionele diensten onder burgers en de collaboratieve economie (semi-agoraal statuut), opgenomen in het voorontwerp van wet betreffende de economische relance en de versterking van de sociale cohesie, <http://www.ces.irisnet.be/nl/adviezen/adviezen-van-de-raad/par-date/2018/a-2018-023-esr/view>.

- I. Het waarborgen van de beginselen inzake non-discriminatie tussen de verenigingen, evenals tussen de verenigingen en overheidsdiensten door een transparantie en objectivering van de verlening van de toelagen;
- II. Het bevorderen van de complementariteit tussen de verenigings- en publieke acties bij het voldoen aan het algemeen belang;
- III. Voorrang verlenen aan een structurele financiering boven een financiering per project.

6. Een doeltreffend stuur- en opvolgingsmodel voor het Plan

De Raad pleit ervoor dat de bestaande beheersorganen zouden worden gemobiliseerd om de opvolging van het Plan te verzorgen, en meer bepaald de Beheerraad voor Gezondheid en Bijstand aan Personen van Iriscare. Deze sector omvat immers heel wat sectoren waarop het Plan betrekking heeft en heeft daarom een centrale rol te vervullen bij de implementatie en opvolging van het Plan.

Het beginsel van administratieve vereenvoudiging impliceert dat er geen bijkomend orgaan wordt opgericht wanneer dit niet nuttig is, teneinde het administratief landschap niet uit te breiden. Dit beginsel raadt bijgevolg aan om op de organen beroep te doen die reeds actief en competent zijn.

Teneinde een doeltreffende opvolging te verzekeren, pleit **de Raad** ervoor dat het Plan zou worden opgesplitst in concrete en operationele doelstellingen en evaluatie-indicatoren (SMART-doelstellingen⁸).

De analyse van de resultaten van de evaluaties en de aanwending ervan zal een actualisatie en uitbreiding van het Gezondheidsplan mogelijk moeten maken.

7. Priorisering van de acties

De Raad is van oordeel dat het Plan een zeer breed veld van gebieden en maatregelen beslaat die binnen een soms zeer korte termijn moeten worden verwezenlijkt. Er zouden bijgevolg prioriteiten moeten worden bepaald wat betreft de acties die worden overwogen. Alle doelstellingen zullen immers niet tegelijkertijd kunnen worden nagestreefd.

8. Verband met het verlies aan autonomie

De Raad verwondert zich over het feit dat het Gezondheidsplan geen enkele verwijzing naar de problematiek van het autonomieverlies bevat⁹.

9. Interregionale mobiliteit

De Raad meent dat het Plan geen rekening houdt met de interregionale mobiliteit van de patiënten (pendelaars en residenten). De toestroom van kwetsbare patiënten uit de twee andere gewesten zou nog aanzienlijk kunnen toenemen door het beleid dat momenteel op federaal vlak wordt gevoerd en omwille van de invoering van financiële-compensatiemechanismen tussen de drie Gewesten.

⁸ Definitie van een SMART-doelstelling : Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch en bepaald in de Tijd.

⁹ Voor meer info : zie het initiatiefadvies van de ESR betreffende de Brusselse autonomieverzekering, <http://www.ces.irisnet.be/fr/avis/avis-du-conseil/par-date/2018/a-2018-036-ces/view>.

Ook de mobiliteit van de gezondheidswerkers moet worden bevorderd. Hierbij dient erop toegezien dat deze niet wordt gehinderd door loonconcurrentie en dat het Gewest zijn gekwalificeerde werknemers niet ziet vertrekken, waardoor het dienstenaanbod aan de gebruikers in het gedrang zou kunnen komen. Men moet vermijden dat er een interregionale concurrentie ontstaat.

10. Werkgelegenheid en gezondheid

De Raad stelt vast dat er in het Brussels Gezondheidsplan geen hoofdstuk noch maatregelen zijn gewijd aan het welzijn op het werk en de herintegratie van langdurig zieken. Hij betreurt dit omwille van het belang van deze problematiek.

De Raad stelt bovendien vast dat maatregel 4 van doelstelling 2 een specifieke voorziening inzake sociaalprofessionele inschakeling lijkt te voorzien, en stelt zich vragen bij het verband tussen deze voorziening en de bestaande structuren op het vlak van sociaalprofessionele inschakeling.

*
* *