

# **Het Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg Kempen**

## ***1. Zoals het is ...***

Op 31 december 2009 vervalt de regelgeving betreffende het SIT arrondissement Turnhout en kan mits erkenning vanaf 1 januari 2010 het SEL in het zorgregiogebied Turnhout van start gaan. Het werkingsgebied van het SEL komt overeen met een gebied van een regionale stad. Voor ons valt dit samen met het arrondissement Turnhout.

Het SEL vindt zijn basis in het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. Het Besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008 geeft verdere uitvoering aan het decreet.

De structurele scheiding tussen de federale Geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT) en het Vlaamse SEL vervalt hierbij grotendeels. SEL en GDT kunnen op basis hiervan meer nog dan in het verleden als een structurele eenheid beschouwd worden. Deze lijn kan doorgetrokken worden zowel op organisatorisch en beleidsmatig vlak als op gebied van financiën en personeelsbeheer.

Bij de start van het SIT arrondissement Turnhout in 1999 werd statutair bepaald dat 73% van de subsidies naar de regionale dienstencentra gingen en 27% van de middelen voorbehouden werden voor het SIT.

De Vlaamse overheid erkent de GDT's die door de federale overheid gefinancierd worden sinds 2003. De SIT's en GDT's vallen samen in Vlaanderen. Enkel erkende SIT's kunnen ook erkend worden als GDT. Ook SIT arrondissement Turnhout verkreeg sinds 2004 deze bijkomende GDT-financiering. Afsproken werd om deze middelen in de eerste plaats aan te wenden voor de verdere uitbouw van de koepelstructuur en de werking van het SIT. Indien er na afloop van het jaar uit de jaarrekening van SIT/GDT bleek dat er middelen niet gebruikt waren, werden deze integraal doorgestort naar de regionale dienstencentra.

## ***2. Van SIT naar SEL***

In de aanloop van de overgang van het SIT naar het SEL op 1 januari 2010 staan we voor enkele bijzondere uitdagingen. We wensen hierbij rekening te houden met zowel de gegroeide praktijk als met de veranderde context en de nieuwe, bijkomende opdrachten die aan het SEL zijn toegewezen.

De meest in het oog lopende veranderingen mbt de SEL-regelgeving zijn:

- De gewijzigde financieringswijze: niet langer het aantal zorgenplannen vormt de basis van de subsidiering, er is nu een meer structurele en zekere financiering van het SEL (hierover later meer). Het SIT ontvangt 0,33 euro per inwoner indien er 3 zorgplannen per 1000 inwoners gehaald worden. De GDT ontvangt voor zijn werking 0,19 euro per inwoner.
- In de bestuursorganen van het SIT arrondissement Turnhout zijn 5 partners vertegenwoordigd: de 4 verplichte zijnde de huisartsen, de thuisverpleegkundigen, de erkende diensten gezinszorg en de centra voor algemeen welzijnswerk in het kader van de ziekenfondsen en als 5de de OCMW's, waarmee een structurele samenwerking diende uitgebouwd te worden. In het kader van het SEL zijn er meer verplichte partners, in die zin dat ook de OCMW's, de ROB/RVT's en de lokale dienstencentra

- moeten opgenomen worden in de structuren. Opvallend is dat de regionale dienstencentra niet als verplichte partner opgenomen werden in het uitvoeringsbesluit.
- In vergelijking met het SIT worden er andere en meer opdrachten toevertrouwd aan het SEL.
  - In de regelgeving wordt veel belang gehecht aan de organisatie van de MDO (drie van de 12 opdrachten behelzen deze MDO's). In het uitvoeringsbesluit werd ook opgenomen dat zowel de regionale dienstencentra (verplicht in die gebieden waar niemand anders deze coördinatie op zich neemt) en de sociale diensten van de OCMW's als elke andere zorgaanbieder die een samenwerkingsverband voor die coördinatie heeft gesloten met het SEL. Ook het SEL is verplicht om MDO's te coördineren, wanneer anderen hier binnen een maand niet in lukken.
  - het SEL mag reserves aanleggen, iets wat het SIT niet kon doen.

## **2.1. Belang van de koepelstructuur.**

In de werking van het SEL/GDT kunnen twee aspecten onderscheiden worden: een gemeenschaps- of groepsgerichte benadering (gericht en gefocust op de totaliteit of een deelsegment van alle zieke en/of hulpbehoevende mensen) en een individuele cliëntbenadering. Beide aspecten hebben hun waarde en verdienen aandacht in een uitgebalanceerde en goed gestructureerde SEL/GDT werking. Gelet op het belang en de veelvoud aan opdrachten en de uitgestrektheid van de regio is een sterke koepelstructuur aangewezen. Het SEL neemt immers, binnen zijn werkgebied, initiatieven die bijdragen tot de afstemming van het zorgaanbod en de noden van de bevolking en de individuele gebruiker. Zij bevordert de samenwerking tussen de zorgaanbieders onderling, tussen de zorgaanbieders en andere organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, alsook tussen zorgaanbieders en de gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers. Het SEL informeert de bevolking over het zorgaanbod. Daarnaast moet zij fungeren als neutraal aanspreekpunt voor gebruikers, mantelzorgers, vrijwilligers, andere hulpverleners en voorzieningen, en voor de Vlaamse overheid voor zover het om aangelegenheden gaat die het niveau van de praktijkvoering en van de individuele zorgaanbieder overstijgen. Het SEL levert ten slotte bijzondere inspanningen om de toegankelijkheid van de zorg te optimaliseren, in het bijzonder voor bevolkingsgroepen die leven in achtergestelde situaties.

## **2.2. De Financiën van het SEL en de besteding van de middelen.**

### *2.2.1. Inkomsten*

Het SEL/GDT heeft drie inkomstenbronnen.

1. Vlaamse subsidiering van het SEL
2. Federale subsidiëring van de GDT.

De GDT ontvangt hiernaast middelen waarmee zij een vergoeding kan uitbetalen aan de niet RIZIV-verstrekken die deelnamen aan het GDT-overleg. Deze bedragen worden doorgestort aan de betrokkenen. Per GDT-dossier krijgt het GDT voor de administratieve verwerking een vergoeding. Voor het jaar 2008 ging dit om een bedrag van 723,52 euro. (56 GDT-overleggen maal 12,92 euro als bedrag voor het jaar 2008)

3. Projectsubsidiering: door participatie aan allerlei projecten kan het SEL/GDT bijkomende middelen bekomen. Bijvoorbeeld door participatie aan de therapeutische projecten verkreeg het SIT 25,00 euro administratieve ondersteuning per

geïnccludeerde cliënt en per cliëntbespreking. Hiernaast treedt SIT/GDT vaak ook op als subsidiekanaal waarlangs subsidies naar een partner worden doorgestuurd.

### *2.2.2. Besteding van de middelen: algemene principes*

1. De koepelstructuur krijgt 66,66% van de reguliere subsidies.
2. 33,33% van de subsidies worden voorbehouden voor de organisatoren en/of individuele zorgaanbieders die op basis van een samenwerkingsakkoord met het SEL de zorg en de hulpverlening rond de patiënt ondersteunen en coördineren en voor de organisaties die de algemene werking van het SEL ondersteunen. Vanaf nu worden deze organisaties en/of individuele zorgaanbieders 'de participanten' genoemd.
3. Bijkomende reguliere subsidies worden volgens dezelfde verdeelsleutel verdeeld: tweederde voor de koepelstructuur en eenderde voor de participanten
4. Middelen die aan het SEL/GDT toekomen buiten de reguliere basissubsidiëring (bijv voor administratieve verwerking van GDT-dossiers of administratieve afhandeling van dossiers van de therapeutische projecten) blijven bij het SEL/GDT
5. Middelen die via projecten aan het SEL/GDT worden toevertrouwd, maar waarvan de werking deels of helemaal worden waargenomen door een derde, komen verhoudingsgewijs toe aan deze organisatie. Bijv RAI-project.
6. De aanleg van een reserve, opgebouwd uit subsidies, wordt toegestaan. Deze subsidie mag nooit meer bedragen dan de helft van het geïndexeerde bedrag van de subsidie.

### *2.2.3. Besteding van de middelen: koepelstructuur en participanten*

#### *2.2.3.1. De gelden van de koepelstructuur dienen voor:*

- de verloning van de medewerkers.
- de overheadkost (met als richtlijn 30% van de loonkost)
- de vergoeding van de voorzitter
- een percentage van de middelen (min 5%) is voor projecten in eigen beheer van het SEL. Een voorbeeld is het multipliceren van de thuiszorgdossiers. Indien dit bedrag in een bepaald jaar niet besteed is geworden, zal dit opgenomen worden in het reservefonds voor projecten in eigen beheer van het SEL

#### *2.2.3.2. De vergoeding van de participanten*

Het bedrag van eenderde van de basissubsidiëring gaat in de eerste plaats naar de organisatoren van de MDO's. Indien een organisator een voorafgaandelijke overeenkomst in functie van het organiseren en coördineren van MDO's heeft gesloten met het SEL en het door deze organisator georganiseerde MDO beantwoordt aan de criteria van een MDO, verkrijgt deze organisator een vergoeding van 200,00 euro per gecoördineerd MDO. Indien er meer dan voor het beschikbare bedrag MDO's georganiseerd worden, zal de vergoeding per MDO evenredig afnemen.

Het restbedrag, zijnde het verschil van het bedrag bestemd voor de participanten en de aan de organisatoren van de MDO's uitgekeerde gelden, wordt verdeeld onder de regionale dienstencentra die de verplichting hebben om MDO's te organiseren in die gebieden waar geen andere partner dit opneemt en die zich via een samenwerkingsprotocol bereid verklaren op een structurele manier te participeren aan de werking en de opdrachten van het SEL.

Hieronder kan onder meer verstaan worden het actief promoten van de thuiszorgdossiers, de participatie aan SEL-werkgroepen, ... .

#### *2.2.4. Prognose en vertaling naar 2010*

De subsidiëring van het SEL gebeurt op basis van het bevolkingsaantal van 1 januari van het jaar voorafgaand aan het jaar waarop de subsidiëring van toepassing is.

Voor 2010 bedraagt de verwachte basissubsidiëring (weliswaar nu berekend) op basis van bevolkingsaantal op 1 januari 2008, zijnde 427.037.

$SEL\ 60.000 + (0,20\ \text{euro/inw} \times 427.037 = 85.407,40\ \text{euro}) = 145.407,40\ \text{euro}$

$GDT\ (0,19\ \text{euro/inw} \times 427.037) = 81.137,03\ \text{euro}$

Totaal  $145.407 + 81.137 = 226.544,43\ \text{euro}$

Op basis van de hierboven gemotiveerde tweederde versus eenderde-regel, gaat in 2010 van deze basissubsidie 151.029 euro naar de koepelwerking en 75.517 euro naar participanten.

### **2.3. De bestuursorganen van SEL**

#### *2.3.1. Algemene principes*

Om een goede, dynamische en beheersbare werking van het SEL te verzekeren dienen er werkbare en evenwichtig samengestelde bestuursorganen gecreëerd te worden.

#### *2.3.2. Concreet*

In de bestuursorganen van SEL-Kempen worden 10 categorieën van partners/zorgverstrekkers onderscheiden:

1. huisartsen
2. diensten voor gezinszorg
3. ingebouwde CAW's van de ziekenfondsen
4. thuisverpleegkundigen en vroedvrouwen
5. OCMW's
6. ROB/RVT's
7. regionale dienstencentra
8. lokale dienstencentra
9. verenigingen van vrijwilligers, mantelzorgers en gebruikers
10. overige professionele zorgverstrekkers (kinesisten, apothekers, logopedisten, ...) en netwerkorganisaties (Tandem, PNAT, ...)

De zorgverstrekkers per categorie bekomen 7 mandaten in de Algemene Vergadering, 3 mandaten in Raad van Bestuur en 1 mandaat in het Dagelijks Bestuur.

De voorzitter, de secretaris en de ondervoorzitter worden met beslissende stem extra toegevoegd aan de raad van bestuur en aan het dagelijks bestuur.

In totaal zijn er AV 70 mandaten, in RVB 33 en in DB 13.

### **3. Evaluatie**

SEL-Kempen zal in 2012 grondig geëvalueerd worden. Deze evaluatie betreft zowel de werking van de koepelstructuur als de concrete bijdrage van de participanten aan de uitvoering van opdrachten van het SEL.