



Vlaams
Parlement

ingediend op **1878** (2018-2019) – Nr. 1
4 februari 2019 (2018-2019)

Ontwerp van decreet

betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg,
de regionale zorgplatformen
en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

INHOUD

Memorie van toelichting	3
Voorontwerp van decreet van 14 september 2018.....	33
Advies van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen	49
Advies van de Strategische Adviesraad voor het Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid	57
Advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit	79
Voorontwerp van decreet van 7 december 2018.....	89
Advies van de Raad van State	105
Ontwerp van decreet.....	131
Bijlage bij de memorie van toelichting: Reguleringsimpactanalyse	147

MEMORIE VAN TOELICHTING

A. Algemene toelichting1. Situering

In de beleidsvisietekst 'naar een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn', geschreven naar aanleiding van de conferentie tot hervorming van de eerstelijnszorg in het Vlaams Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad van 16 februari 2017 en aangenomen door de Vlaamse Regering op 17 februari 2017, staan de probleemstelling en doelstelling van dit ontwerp van decreet uitvoerig beschreven en onderbouwd. Een uitgebreid participatief traject met werkgroepen en een wetenschappelijke reflectiekamer gaf invulling aan de inzichten, conclusies en mogelijke acties.

In deze memorie worden de hoofdlijnen uit deze hervorming kort aangehaald.

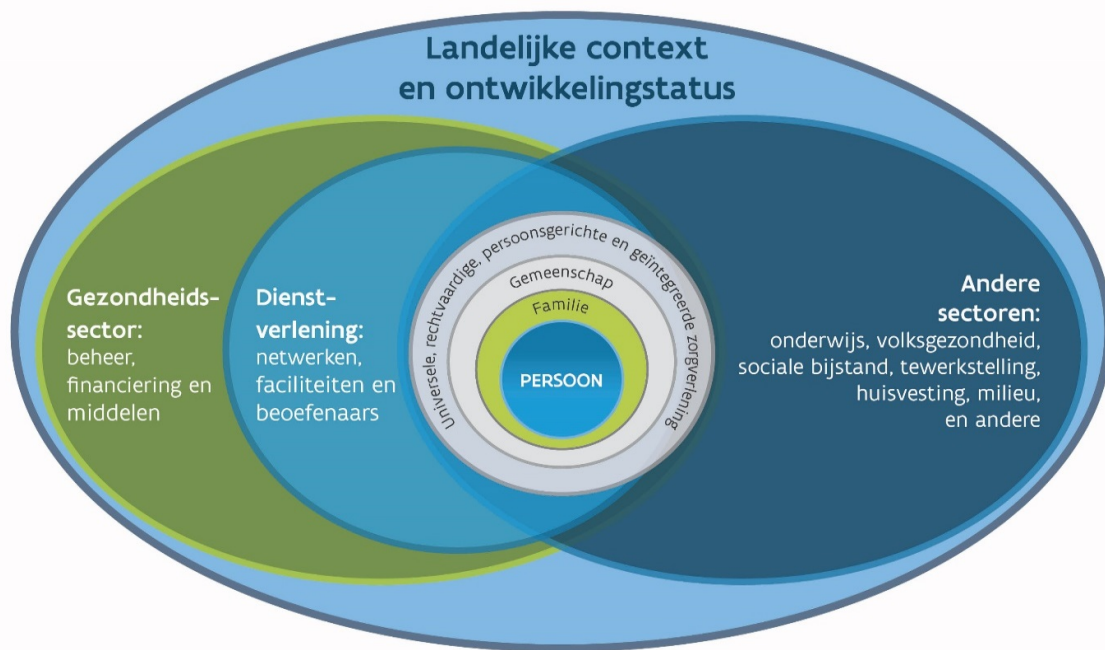
In het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019 is een vereenvoudiging van eerstelijnsstructuren en versterking van de eerste lijn opgenomen. Er is over de jaren heen een brede consensus gegroeid over de noodzaak van fundamentele hervormingen in de eerste lijn om zowel de tevredenheid van personen met een zorgnood en hun mantelzorgers als de performantie van de zorg te doen stijgen. Bovendien dient zich het historisch unieke momentum aan waarin een hervorming van de ziekenhuissector in dit land samenvalt met de uitvoering van de zesde staatshervorming en, in het bijzonder, met de verwerving van nieuwe hefboomen op het Vlaamse overheidsniveau die een betere afstemming tussen de gezondheidssector en de welzijnssector mogelijk maken.

Het Vlaams Regeerakkoord onderschrijft het principe dat dit ook impliceert dat de individuele patiënt/cliënt meer moet betrokken worden bij de beslissingen omtrent zijn/haar eigen zorg, dat we hem/haar mee erkennen als expert in zijn/haar eigen aandoening of ondersteuningsnood.

Samen moeten personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, de zorgverstrekkers en hulpverleners, de voorzieningen die zorg aanbieden, de zorgverzekeraars en de overheid nu de kans grijpen om een gedragen hervorming door te voeren. In wederzijds respect en in een participatief en transparant traject, maar in het volle besef dat we dergelijk momentum wellicht niet snel meer meemaken. De beleidsvisietekst schetst dan ook de evoluties en beleidsrichting voor de eerstelijnszorg in het Vlaams Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad tussen vandaag en 2025. Dit zal een proces vragen dat op regelmatige tijdstippen geëvalueerd en, desgevallend, bijgestuurd kan worden.

Het ontwerp van decreet wordt ingevuld vanuit het WGO-model. Dit WGO-model positioneert de mantelzorger, de vrijwilligers en de buurt als eerste beschermende en ondersteunende schil rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag die centraal staat. Wanneer zorg- en ondersteuningsvragen complexer worden, moet de eerstelijnszorg geactiveerd worden. Gezien de toenemende zorg- en ondersteuningsvragen van een ouder wordende populatie is het van het allergrootste belang te kunnen steunen op een sterke, goed uitgebouwde eerste lijn. Die kan de duurdere gespecialiseerde zorg ontlasten en in zeer grote mate bijdragen aan een toegankelijk, effectief en kwalitatief zorgsysteem voor iedereen. Een goed georganiseerde eerstelijnszorg kan ook sociale ongelijkheden op vlak van gezondheid verminderen door de toegankelijkheid van zorg te optimaliseren en een signaalfunctie op te nemen.

Conceptueel kader voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg



Het ontwerp van decreet poneert, op basis van dit model en de inzichten rond een integrale zorg en ondersteuning, een aantal werkingsbeginselen voor de zorgaanbieders in de eerstelijnszorg. Wetende dat dit geen regelgeving betreft en de eerstelijnszorgaanbieders hiermee dus geen verplichtingen worden opgelegd, acht de Vlaamse Gemeenschap het toch van belang die beginselen met zoveel woorden in het ontwerp van decreet te omschrijven. Het is van belang dat eerstelijnszorgaanbieders deze beginselen altijd meedragen bij de organisatie van hun zorg en ondersteuning. Die beginselen vormen ook de basis voor de opbouw van het verdere ontwerp van decreet en de invulling ervan. Alle maatregelen die de Vlaamse Gemeenschap neemt in het ontwerp van decreet dienen ertoe de eerstelijnszorgaanbieders te ondersteunen in het realiseren van die werkingsbeginselen.

Allereerst wordt, in hoofdstuk drie, ingegaan op de organisatie van de eerstelijnszorg. Hier betreft het de praktijkvoering met en rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. Die bepalingen vormen de weerslag van de volgende onderdelen in de beleidsvisietekst: de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag in het centrum, regie in eigen handen, informele zorg, het formuleren van zorg- en ondersteuningsdoelen en complexe zorg.

Hoofdstuk vier wil een (gedeeltelijk) antwoord bieden op onderdelen zorgcapaciteit in de eerste lijn en ondersteuning van eerstelijnspraktijkvormen.

Hoofdstuk vijf vertaalt het onderdeel 'de eerstelijnszone' in regelgeving. Met dit hoofdstuk komen we terecht in het onderdeel van het decreet dat zich uitspreekt over de ondersteuning van zorgaanbieders. Dit hoofdstuk geeft uiting aan de meest belangrijke hervorming van de eerstelijnszorg. De zorgaanbieders, zelfstandig of georganiseerd, krijgen hier de mogelijkheid om zelf aan het roer te gaan staan van de organisatie van de zorg en zich uit te spreken over organisatie van zorg en ondersteuning en het bijhorende aanbod voor de bevolking in de eerstelijnszone. De evolutie naar een integrale zorg en ondersteuning betekent een grote mentaliteitswijziging voor de zorgaanbieders. Maar ook het zich

organiseren in zorgraden en eerstelijnszones vergt een andere manier van denken. Uit de eigen beroepsgroep en discipline, de eigen kennis, expertise en ervaring loskomen om samen met zorgaanbieders van andere beroepsgroepen en disciplines en organisaties na te denken over zorg- en ondersteuning voor een bevolking, eerder dan voor een individuele persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. De zorgraden krijgen belangrijke opdrachten inzake ondersteuning van informele zorg, buurtgerichte zorg en geïntegreerd breed onthaal, lokaal sociaal beleid, zorgorganisatie op bevolkingsniveau binnen de eerstelijnszone, preventie, digitalisering, innovatie en kwaliteitsbeleid.

Hoofdstuk zes regelt de regionale zorgplatformen en de regionale zorgzones. Door de hervorming naar zorgraden en eerstelijnszones en de intentie om een Vlaams instituut voor de eerste lijn als partnerorganisatie op te richten, moet de organisatie van dit regionale niveau grondig herdacht worden. Zolang de zorgraden en het Vlaams instituut geen stabiele werking en organisatie vertonen, kunnen de regionale zorgplatformen niet definitief vastgelegd worden. Ook de aanwezigheid van de bestaande organisaties op dat niveau en de beleidsintenties om nieuwe structuren in het leven te roepen zoals de geestelijke gezondheidsnetwerken en ziekenhuisnetwerken bemoeilijken het vastleggen van regels voor deze regionale zorgplatformen. In het ontwerp van decreet worden dus voorzichtig een aantal stappen in de richting van de beleidsvisie genomen.

Hoofdstuk zeven geeft de mogelijkheid aan de Vlaamse Regering om partnerorganisaties te erkennen en te subsidiëren of om er een beheersovereenkomst mee te sluiten. In de beleidsvisietekst wordt duidelijk de oprichting van een Vlaams instituut voor de eerste lijn geopperd. Het is voorlopig onduidelijk of dit de enige partnerorganisatie zal zijn, waaraan de eerstelijnszorg behoefte zal hebben voor ondersteuning. Om die reden wordt het Vlaams instituut niet ingeschreven in het ontwerp van decreet, maar wel vastgehaakt aan een algemener hoofdstuk rond partnerorganisaties.

Hoofdstuk acht vormt het sluitstuk van het onderdeel 'ondersteuning van de zorgaanbieders in de eerste lijn', door de mogelijkheid te bieden organisaties met terreinwerking te erkennen en subsidiëren. Een mogelijkheid die in het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders ook al bestond en hier overgenomen wordt.

Hoofdstuk negen biedt de mogelijkheid om op een projectmatige manier bepaalde innovatie aspecten in de eerstelijnszorg tijdelijk uit te testen, zonder meteen structurele maatregelen te nemen.

Hoofdstuk tien regelt de verwerking van de gegevens in het kader van het zorg- en ondersteuningsplan. De categorieën van verwerkte gegevens, de doeleinden, de verwerkingsverantwoordelijken en de bewaartermijn worden hierin bepaald.

Dit ontwerp van decreet bevat ook bepalingen rond de verantwoordingsplicht en het toezicht, de administratieve sancties en procedures rond erkenning en schorsing en intrekking van erkenning.

Tot slot wordt voorzien in overgangsbepalingen en bepalingen rond inwerkingtreding. Het ontwerp van decreet start niet met een blanco blad, maar bouwt voort op een bestaand decreet van 2004. Hierdoor zagen bepaalde initiatieven het levenslicht en moet voorzien worden in een gepaste termijn om te kunnen overgaan naar een nieuwe situatie.

Het ontwerp van decreet vormt een noodzakelijke tussenstap in een langetermijndoelstelling, namelijk de totstandkoming van een sectoroverschrijdend en ontschot "decreet langdurige zorg en ondersteuning".

Om deze langetermijndoelstelling te realiseren zijn tussenstappen nodig. Dit ontwerp van decreet is daar één van, en spoort samen met de realisatie van de Vlaamse sociale bescherming, een actualisering van het Woonzorgdecreet, een nieuw decreet geestelijke gezondheidszorg en een nieuw decreet lokaal sociaal beleid.

2. Relatie met andere decreten

Dit ontwerp van decreet kan niet los gezien worden van de ontwikkelingen in het beleidsdomein van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en andere beleidsdomeinen. De onderlinge relatie tussen in ontwerp zijnde of reeds goedgekeurde decreten wordt dan ook bewaakt, zeker op vlak van gehanteerde visie op de organisatie van zorg en ondersteuning als op vlak van begrippenkader.

De ontwerpdecreten woonzorg en geestelijke gezondheid, de decreten inzake het preventieve gezondheidsbeleid, het lokaal sociaal beleid en de Vlaamse sociale bescherming regelen elk aspecten van de zorg en ondersteuning voor het Nederlandse taalgebied. Het gaat dan specifiek om voorzieningen die zelf zorg en ondersteuning verlenen (wat in ons ontwerpdecreet “eerstelijnszorgaanbieders” worden genoemd), om regelingen rond een bepaalde doelgroep (bv personen met geestelijke gezondheidsproblemen), om een bepaald facet van het zorgcontinuüm zoals gezondheidsbevordering en ziektepreventie, behandeling, revalidatie, om financiële maatregelen (zoals de persoonsvolgende financiering) of om de regeling betreffende het lokaal sociaal beleid.

Dit ontwerpdecreet tracht de verbinding te vormen tussen alle actoren in zorg en ondersteuning. Van die actoren, die geregeld worden in andere meer sectorale regelgeving, wordt het engagement gevraagd de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag als een geheel te benaderen en hem of haar als persoon centraal te stellen met zijn of haar noden, wensen, behoeften, mogelijkheden, kansen op vlak van gezondheid en welzijn. Om dit te kunnen realiseren, schept het ontwerpdecreet een ondersteunend kader voor die actoren. Dit ondersteunend kader bestaat dan uit:

- instrumenten en methodieken om zorg en ondersteuning te plannen, uit te voeren, op te volgen, te coördineren, te evalueren en bij te sturen;
- financiële stimulansen tot interdisciplinaire samenwerking;
- een forum (de zorgraad) om elkaar te leren kennen, populatiegericht naar zorg en ondersteuning te leren kijken, samen visie te vormen en actie te ondernemen om de zorg en ondersteuning op een meer geïntegreerde wijze aan te bieden;
- een forum (het regionaal zorgplatform) om de verbinding tussen de eerstelijnszorg en de zorg en ondersteuning met een meer gespecialiseerd karakter te maken en ook hier afstemming en integratie te bewerkstelligen;
- een bundeling van expertise en kennis op een Vlaams niveau (partnerorganisatie);
- projectmatige financiële ondersteuning om innovatie in de organisatie van zorg en ondersteuning te stimuleren.

3. Advies strategische adviesraden

A. Advies van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV)

De SERV plaatst in haar advies van 15 oktober 2018 bedenkingen bij de sterke nadruk op zelfzorg en mantelzorg en wijst op de gevaren voor kwetsbare personen en de combinatie zorg en arbeid. Ook stelt de SERV zich de vraag op welke wijze het decreet sociale ongelijkheden wil verminderen en de financiële toegankelijkheid wil waarborgen.

In het ontwerpdecreet wordt inderdaad vanuit een integrale benadering uitgegaan dat de persoon centraal staat en een grote regie wordt toebedeeld over zijn zorg en ondersteuning. Het is aan de zorgaanbieders om de persoon te

omkaderen en te ondersteunen om die regie zo goed mogelijk op te nemen (cfr. supra conceptueel kader voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg). Bestaat de wil of de mogelijkheid niet bij de persoon, dan neemt een zorgaanbieder een grotere ondersteunende rol op. Echter nooit door in de plaats van de persoon te treden en de beslissingen rond zijn zorg en ondersteuning voor hem of haar te nemen. Dat deze elementen in het decreet heel cruciaal en belangrijk zijn, blijkt uit de afzonderlijke projecten die hiervoor opgestart werden, net om de contouren en voorwaarden van deze regie, die zelfzorg en mantelzorg, gezondheidsgeletterdheid en zo verder grondig uit te werken. De uitvoering van dit decreet zal een vertaling zijn van de resultaten van deze projecten. De aspecten rond de 'persoon centraal' zitten verweven in de organisatie van de zorg en ondersteuning door de zorgaanbieders en in de werking van de ondersteunende structuren zoals de zorgraad, het regionaal zorgplatform, de partnerorganisaties en de organisaties met terreinwerking.

B. Advies van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SAR WGG)

De SAR WGG is in haar advies van 30 oktober 2018 globaal positief over het voorontwerp, maar stelt een aantal vragen en signaleert verbeterpunten.

Zo moet nog meer nadruk gelegd worden op de verschuiving naar een populatiegerichte, proactieve benadering, waarbij de integratie van eerstelijnszorg en volksgezondheid nog meer moet gemaakt worden. Preventie moet daarom zo dicht mogelijk bij het lokale niveau gebracht worden, door de Logo's te laten functioneren op het niveau van de eerstelijnszone.

De zorgraden moeten een belangrijke hefboom vormen in het verbinden van eerstelijnszorg en volksgezondheid. Door de zorgraad te laten werken vanuit een analyse van de noden en behoeften van de bevolking binnen de eerstelijnszone kunnen binnen de zorgraad gerichte initiatieven genomen worden rond de afstemming van het aanbod aan zorg en ondersteuning op deze behoeften en noden. Preventie, vroegdetectie en vroeginterventie moeten daarbij een duidelijke plaats krijgen in de initiatieven van de zorgraad en in de organisatie van de zorg en ondersteuning, verleend door de zorgaanbieders in de eerstelijnszone. Om die reden worden preventie, vroegdetectie en vroeginterventie als werkingsprincipes ingeschreven in artikel 4.

De raad stelt dat de verantwoordelijkheid van de zorgraad voor de populatie te vrijblijvend is. In het decreet zijn algemene bepalingen opgenomen die door de Vlaamse Regering verder bepaald zullen worden in een uitvoeringsbesluit op de zorgraden. Hierin zal de verantwoordelijkheid van de zorgraad duidelijk geformuleerd worden.

De raad merkt op dat het voorontwerp een link mist naar andere decreten zoals de Vlaamse sociale bescherming, woonzorg, geestelijke gezondheid en preventie. Deze afstemming zal zich vooral uiten in de uitvoering van het decreet.

De raad ziet niet echt een vereenvoudiging van structuren. Veel middelen gaan naar het opzetten van structuren en niet naar de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. Er wordt ook geen melding gemaakt van welke middelen zullen ingezet of vrijgemaakt worden voor de hervorming. De uitvoering van het decreet zal ook hier duidelijk maken dat er toch sprake is van vereenvoudiging. Zo zullen de SEL's, GDT's en LMN's overgaan in een werking op het niveau van de eerstelijnszone binnen de zorgraad. De werkgebieden van zowel structuren op eerstelijnszoneniveau als op regionale zorgzoneniveau worden afgestemd, wat ook een vereenvoudiging betekent in de werking van deze structuren. De ingezette middelen, waarvoor een groeiscenario zal voorzien worden, zullen rechtstreeks of onrechtstreeks de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag ten goede komen.

De raad geeft aan dat een samenwerking nodig is met de federale overheid. Deze samenwerking zal gerealiseerd en geconsolideerd worden door de belangrijkste overlegorganen, zoals Interkabinettenwerkgroepen en de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

De Raad vraagt een investering in het geïntegreerd breed onthaal. Het geïntegreerd breed onthaal (GBO) is een belangrijk initiatief om binnen de eerstelijnszone te komen tot een proactieve, doelgerichte organisatie van een integrale zorg en ondersteuning. Dit decreet haakt zich daarom ook expliciet vast aan het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid. Het is niet de bedoeling van de zorgraad om in de plaats te treden van de lokale besturen en hun opdracht rond GBO en het lokaal sociaal beleid. Wel wordt er in het decreet een belangrijke synergie tussen deze opdrachten en de werking binnen de eerstelijnszone vooropgesteld. Het GBO is een onderdeel van de zorg en ondersteuning, die door de zorgraad moet afgestemd worden op de behoeften en noden van de bevolking in de eerstelijnszone. De meerwaarde van de zorgraad zit in de vereniging van alle actoren, niet enkel zij die het GBO zelf zullen realiseren maar ook de actoren die het basisaanbod, achterliggend aan het GBO, zullen verzorgen. Het draagvlak voor het GBO en de werking ervan, zal groter zijn door binnen de zorgraad de contouren en voorwaarden van het GBO te bespreken.

De raad vraagt dat er spoedig werk gemaakt wordt van de concretisering in uitvoeringsbesluiten met een duidelijk tijdspad. Deze noodzaak wordt erkend. Er wordt momenteel gewerkt aan een uitvoeringsbesluit voor de erkenning en subsidiëring van de zorggraden.

De raad stelt een aanpassing voor van de definitie van het begrip 'eerstelijnszone'. Hierop wordt niet ingegaan, omdat de eerstelijnszone als gebied verbonden wordt aan de zorgraad en deze verbondenheid in de huidige definitie voldoende tot uiting komt.

De raad stelt ook aanpassingen voor van de definities van 'zorg- en ondersteuningsdoel' en 'zorg- en ondersteuningsvraag'. In beide gevallen betreft het definities die afgestemd werden met het Woonzorgdecreet waardoor er niet ingegaan wordt op de vraag naar aanpassing.

De raad vraagt een toevoeging van de uitgangspunten relevantie, innovatie en duurzaamheid in werkingsprincipe zes rond het kwaliteitsdenken. Deze toevoeging wordt aanvaard.

De raad vraagt om het onderscheid tussen multidisciplinaire en interdisciplinaire samenwerking toe te voegen aan de definitielijst. Enkel het begrip 'interdisciplinair' kan toegevoegd worden, gezien ervoor gekozen wordt om die term zoveel als mogelijk te hanteren in het decreet. Een begrip dat niet of slechts eenmalig voorkomt, kan niet opgenomen worden in de lijst van definities. Definitie van het begrip 'interdisciplinair' wordt toegevoegd in artikel 2. De term 'multidisciplinair' wordt vervangen door 'interdisciplinair' in artikel 6. De term 'multidisciplinair' wordt gebruikt in artikel 11. Daar wordt een definitie ingevoegd van dit begrip, om het verschil te kaderen met de definitie van 'interdisciplinair'.

De raad heeft een bezorgdheid over de uitvoering van artikel 6 en artikel 7, meer bepaald over de financiering van zorgcoördinatie en casemanagement. Een projectgroep buigt zich momenteel over de voorwaarden voor deze financiering. Een uitvoeringsbesluit zal hiervan de neerslag vormen.

De raad merkt op dat in de artikelsgewijze toelichting in de memorie van artikel 8 een foutieve bewering vermeld wordt rond wijkgezondheidscentra en multidisciplinaire groepspraktijken. Dit onderdeel van de tekst wordt geschrapt,

omdat het ook geen relevante informatie toevoegt aan de toelichting bij dit artikel.

De raad stelt een aantal vragen over de werking van de zorgraden en de samenhang met de regionale zorgplatformen. Ook de verhouding tussen de zorgraad en de lokale besturen roept vragen op.

Het decreet blijft hierover inderdaad slechts algemeen. Pas in een uitvoeringsbesluit rond de zorgraden zullen de bepalingen in het decreet concreet vorm krijgen. De zorgraden bieden een uniek forum om over de organisatie van zorg en ondersteuning voor een afgebakende bevolking, namelijk binnen de eerstelijnszone en zo nodig tot op niveau van specifieke doelgroepen of wijken, na te denken en concrete acties te bepalen. Dit forum is uniek omwille van zijn samenstelling, waarin lokale besturen samen met gezondheids- en welzijnszorgaanbieders en vertegenwoordigers van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en zijn mantelzorger op evenwaardige wijze met elkaar visie en initiatieven ontwikkelen ten behoeve van de bevolking.

Door de vereniging in een zorgraad krijgen de verschillende betrokken partijen de kans elkaar te leren kennen en zo dichterbij elkaar toe te groeien in een gedeelde visie over de organisatie van zorg en ondersteuning. Door te vertrekken van een foto van de behoeften en noden van de bevolking in de eerstelijnszone zal ook duidelijk worden dat bepaalde problematieken of doelgroepen niet vanuit één partij kunnen benaderd worden, maar juist een doorgedreven samenwerking en afstemming zullen vragen om resultaatgericht te zijn.. Werkgroepen binnen de zorgraad kunnen zorgen voor een concretisering van de acties die binnen de zorgraad geformuleerd worden, bijvoorbeeld over het organiseren van buurtgerichte zorg. De verantwoordelijkheid om de acties uit te voeren, ligt bij de diensten, organisaties en zelfstandige zorgverstrekkers binnen de eerstelijnszone. Bepaalde acties die binnen de zorgraad afgesproken worden, zullen door de lokale besturen meegenomen moeten worden naar hun gemeentebestuur om daar de actie te laten valideren. Dezelfde werkwijze is het geval met de andere betrokken actoren in de zorgraad. Zo ontstaat er een draagvlak voor uitvoering van de acties die op het niveau van de eerstelijnszone afgesproken zijn. De lokale besturen kunnen de acties verder consolideren en uitwerken binnen hun lokaal sociaal beleid op gemeenteniveau. Dat is de betekenis van de 'ondersteuning' die de zorgraad in artikel 11, 2°, zal bieden.

De raad vraagt om het klachtenbeleid in het decreet in te schrijven. Het is momenteel nog onduidelijk hoe dit klachtenbeleid er kan uitzien. Zoals de raad weet, is de bevoegdheid van de Vlaamse overheid beperkt tot de organisatie van de zorg en ondersteuning en de samenwerking tussen zorgaanbieders. De organisaties en diensten erkend door de Vlaamse overheid hebben reeds de opdracht een kwaliteitsbeleid met klachtenbehandeling op te stellen over hun eigen werking. Zo ook hebben de gezondheidszorgberoepen binnen het Koninklijk Besluit nr. 78 deze opdracht. De zorgraad kan de uitvoering van het klachtenbeleid enkel ondersteunen, omdat de uitvoering ervan bij de zorgaanbieders zelf ligt. De ondersteuning is dus eerder een faciliterende rol, ervoor zorgen dat de klachtenbehandeling opgenomen wordt en mogelijk gemaakt wordt. Vanuit de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid door het VIVEL kan een klachtenbehandelingssysteem ontworpen worden, die op niveau van de zorgraden moet gerealiseerd worden.

De raad stelt zich de vraag op welke wijze de zorgraad impact zal hebben op de aanbodzijde van de zorg en ondersteuning. Dit is een terechte vraag. Bepaalde organisaties zijn afhankelijk van programmering. Toch is het de bedoeling dat de zorgraad kritisch kijkt naar de behoeften en noden van de bevolking en het aanbod dat daar op dat moment tegenover staat. Als hierin hiaten of overlap zit, moet een voorstel geformuleerd worden naar het regionale zorgplatform over

een betere afstemming van vraag en aanbod. Op het regionale zorgplatform kan dit voorstel bekeken en besproken worden op een hoger niveau, waardoor uitgezoomd wordt op het aanbod tot op niveau van een regionale zorgzone. Hierdoor kunnen bepaalde voorstellen van afstemming aangepast of genuanceerd worden, omdat ook het aanbod aan gespecialiseerde zorg en ondersteuning aan de oefening toegevoegd wordt. Dit is waar de opdracht in artikel 16, 2°, van de regionale zorgplatformen over gaat.

Als de oefening door zowel de zorgraden als de regionale zorgplatformen, waar verschillende zorgraden verenigd zijn, afgerond is, wordt deze kenbaar gemaakt aan de Vlaamse overheid. Zo kan er op beleidsniveau van onderuit input komen over dit aanbod en kan de Vlaamse overheid hier de nodige maatregelen rond nemen. Wat de zorgaanbieders met RIZIV-nummer betreft, zal de samenwerking met de federale overheid noodzakelijk zijn.

De raad geeft aan toch snel voortgang te maken met de ontwikkelingen rond de eerstelijnszones en het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn, zodat ook de regionale zorgzones snel vorm kunnen krijgen. De raad meent dat het regionale niveau slechts een overlegniveau moet zijn en geen ondersteuningsniveau. De expertisecomponent van organisaties op het regionale niveau moet naar het Vlaamse niveau getild worden. De ondersteunende component naar zorg en ondersteuning moet naar de eerstelijnszone gebracht worden. De raad vraagt een meer doorgedreven integratie van de structuren op het regionale niveau. De term 'regionale zorgzone' is een ongelukkige benaming omdat die suggereert dat op dat niveau zorg wordt verstrekt. Echter zal hier hoofdzakelijk overleg gepleegd worden.

De vorming van de regionale zorgzones wordt voorbereid. De raad geeft echter zelf aan dat de weg van de geleidelijkheid moet bewandeld worden in dit grote hervormingsproces. Om die reden wordt in het decreet een voorzichtige eerste stap ingeschreven naar meer afstemming en samenwerking tussen de bestaande organisaties op het regionale niveau. De afstemming in de uitvoering van de opdrachten rond bepaalde doelgroepen zal al een grote meerwaarde betekenen voor de zorgaanbieders, die met de informatie, adviezen, vormingen en methodieken benaderd worden.

Een belangrijke andere meerwaarde is de verbinding tussen de zorgstrategische planning van de ziekenhuizen en de organisatie van de zorg en ondersteuning in de eerste lijn. Bij de opdrachten van het regionale zorgplatform staat de opdracht geformuleerd in artikel 16, 1°, rond de advisering over de afstemming van het aanbod op de behoeften van de bevolking aan het Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Hiermee wordt onder meer de zorgstrategische planning van de ziekenhuizen bedoeld. Binnen de netwerken van ziekenhuizen, die in wording zijn, moet onder meer nagedacht worden over het inplannen van de basisspecialistische diensten en competenties. Het zijn deze diensten en competenties die moeten ingepland worden in afstemming met de behoeften en noden van de bevolking in de regionale zorgzone en met het aanbod aan zorg en ondersteuning in die zone. Op dit niveau kan ook de afstemming gebeuren met diensten en organisaties die niet op het niveau van de eerstelijnszone georganiseerd zijn.

De raad vindt het oprichten van het VIVEL als partnerorganisatie conceptueel zwak en stelt zich vragen bij de voorbeelden die gegeven worden van andere toekomstige partnerorganisaties. De oprichting van VIVEL als voornaamste partner van de Vlaamse overheid is cruciaal. De intentie blijft om binnen het VIVEL zoveel mogelijk afstemming en coördinatie te realiseren tussen de verschillende expertiseorganisaties op Vlaams niveau. Toch biedt het werken met een uitvoeringsbesluit als partnerorganisatie, de nodige flexibiliteit om met deze expertiseorganisaties om te gaan in een snel evoluerende beleidscontext. Het

inschrijven van belangrijke elementen zoals samenstelling, opdrachten en financiering van het VIVEL in het decreet zou bij wijzigingen ook een decreetsaanpassing vergen.

De raad vraagt de ambitie om niet enkel organisaties met terreinwerking te erkennen en subsidiëren maar vooral te investeren in innovatie binnen de eerstelijnszones zelf. Door de zorgraden te versterken, wordt ook terreinwerking ondersteund. Deze redenering wordt zeker gevolgd. De nodige investering in een kwaliteitsvolle werking van de zorgraden zal verzekerd worden.

De raad vraagt welke uitwerking van dit decreet de Vlaamse Regering in Brussel voor ogen heeft. Voor de uitwerking van het decreet wordt er met zowel de Vlaamse Gemeenschapscommissie als met de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie afgestemd.

4. Advies Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

De GBA gaf ongunstig advies op 7 november 2018 omdat het voorontwerp van decreet niet de noodzakelijke waarborgen biedt voor de bescherming van de persoonsgegevens van de betrokkenen. Volgende elementen ontbraken: de rechtsgrond voor de verwerking van de gezondheidsgegevens, de categorieën van verwerkte gegevens, de verwerkingsverantwoordelijke en de bewaartermijn van de gegevens.

Naar aanleiding van dit ongunstig advies werd een aanpassing van het voorontwerp van decreet opnieuw voorgelegd aan de GBA. De aanpassingen houden een toevoeging in artikel 4, 7°, en een toevoeging van een nieuw hoofdstuk rond gegevensverwerking in. In dit hoofdstuk worden de categorieën van verwerkte gegevens, de doeleinden van de gegevensverwerking, de verwerkingsverantwoordelijken en de bewaartermijn opgenomen. De aanpassingen werden voldoende geacht om het akkoord te krijgen van de GBA. De aanpassingen zijn ook te vinden in de artikelsgewijze bespreking bij artikel 4 (verwijzing naar rechtsgrond) en bij artikel 23, dat een nieuw hoofdstuk is over gegevensverwerking.

5. Advies Raad van State 64.944/3 van 24 januari 2019.

De Raad van State verleende advies over het voorliggend ontwerp van decreet op 24 januari 2019 (zie bijlage). In deze memorie van toelichting wordt ingegaan op de opmerkingen, vragen en suggesties.

Bevoegdheidsverdeling

De Raad van State wijst er in haar advies op dat de Vlaamse Gemeenschap bij de uitoefening van de bevoegdheid inzake de gespecialiseerde gezondheidszorg rekening moet houden met de federale bevoegdheden ter zake, in het bijzonder de residuaire federale bevoegdheid inzake de reglementering van de gespecialiseerde gezondheidszorgberoepen. Door op een algemene wijze te bepalen dat de eerstelijnszorg moet worden afgestemd op de gespecialiseerde zorg kan hierover twijfel ontstaan. Er werd voorgesteld om de betrokken bepaling te wijzigen, door artikel 16, 2° te wijzigen als volgt: *'de zorg en ondersteuning op elkaar afstemmen, zodat de zorgcontinuïteit voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag kan gegarandeerd worden'*. De Raad bevestigt dat deze bepaling alle twijfel wegneemt, maar doet de suggestie om, gezien in de memorie van toelichting nog wordt gesproken over gespecialiseerde zorg, toch nog te verwijzen naar de gespecialiseerde zorg en een definitie op te nemen van het begrip 'gespecialiseerde zorg', waarbij verduidelijkt wordt dat het hier enkel gaat om de gespecialiseerde zorg waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is. Deze suggestie wordt niet gevolgd. Door in de voorgestelde bepaling te spreken van 'zorg en ondersteuning' wordt het duidelijk dat de afstemming voor het garanderen van de zorgcontinuïteit alleen zal plaatsvinden tussen de partners van het regionale zorgplatform. Hiermee wordt echter niet uitgesloten

dat, wanneer andere gespecialiseerde zorgverleners op vrijwillige basis willen meewerken aan een afstemming van de zorg en ondersteuning, dit mogelijk moet zijn.

Naar aanleiding van een vraag van de Raad van State betreffende de bevoegdheidsgrond van de Vlaamse Gemeenschap om de ziekenhuizen en de ziekenhuissamenwerkingsverbanden te verplichten deel te nemen aan de regionale zorgplatformen, werd een wijziging aangebracht aan het artikel 17 door te bepalen dat de deelname van de ziekenhuizen en de ziekenhuissamenwerkingsverbanden aan de regionale zorgplatformen vrijwillig is, zonder hen verplichtingen op te leggen.

De Raad merkt in punt 5.2 echter op dat de Vlaamse Gemeenschap wel een rechtsgrond heeft om de ziekenhuizen en ziekenhuissamenwerkingsverbanden te verplichten om deel te nemen aan het regionaal zorgplatform. De gemeenschappen beschikken immers over de principiële bevoegdheid inzake de erkenningsnormen voor de betrokken afdelingen en ziekenhuizen, met uitzondering van de organieke wetgeving. De deelname van de ziekenhuizen en de ziekenhuissamenwerkingsverbanden aan de regionale zorgplatformen zou kunnen worden opgelegd in de vorm van een erkenningsvoorwaarde, aangezien dergelijke verplichting niet onder de 'organieke wetgeving' lijkt te vallen.

Omwille van het feit dat het opnemen van een verplichte deelname voor de ziekenhuizen en de ziekenhuissamenwerkingsverbanden aan de regionale zorgplatformen als erkenningsvoorwaarde het advies vereist van het Rekenhof ingevolge artikel 5, §1, I, derde lid van de Bijzondere Wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen wordt geen verplichte deelname van de ziekenhuizen en de ziekenhuissamenwerkingsverbanden opgelegd in dit decreet. Deze adviesverplichting zou het decreet te veel vertragen.

In punten 6.1, 6.2, 6.3, 7.1 en 7.2 gaat de Raad van State dieper in op de bevoegdheid ten aanzien van de lokale besturen van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad en ten aanzien van de individuele zorgaanbieders van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

De Raad van State merkt op dat de gemeenten en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad instellingen zijn die bij wet onderworpen zijn aan een tweetalig regime, die dan ook niet beschouwd kunnen worden als uni-communautaire instellingen waardoor de Vlaamse Gemeenschap aan deze gemeenten en OCMW geen verplichtingen kan opleggen bij dit ontwerp van decreet.

Om tegemoet te komen aan de opmerkingen van de Raad van State wordt in het artikel 12 van het decreet tussen het tweede en het derde lid een lid toegevoegd waarbij duidelijk wordt gesteld dat als het werkgebied van de zorgraad gelegen is in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad de deelname van afgevaardigden van de lokale besturen in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad facultatief is. Op voorstel van de Raad van State wordt er aan dit lid toegevoegd dat de lokale besturen worden uitgenodigd om een via afgevaardigden deel te nemen aan de vergaderingen van de zorgraad.

Idem merkt de Raad van State op dat de Vlaamse Gemeenschap in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad geen verplichtingen kan opleggen ten aanzien van natuurlijke personen, maar enkel ten aanzien van instellingen die wegens hun organisatie geacht moeten worden uitsluitend tot de Vlaamse Gemeenschap te behoren. Natuurlijke personen kunnen wel op een vrijwillige basis een beroep doen op de regeling van de Vlaamse of de Franse Gemeenschap, zonder dat zij daarbij moeten aangeven te willen behoren tot die gemeenschap.

Voor de eerstelijnszorgaanbieders in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, moeten de bepalingen die tot hen gericht zijn, zoals de artikelen 4 tot 8, zo

worden gelezen dat ze voor de betrokken eerstelijnszorgaanbieders geen verplichtingen inhouden.

Staatssteun

De Raad vraagt in punt 8 van het advies of de bepalingen van het voorontwerp die betrekking hebben op subsidiëring (namelijk de artikelen 6, § 2, vierde lid, en § 4, 7, § 4, 8, 10, § 3, 15, derde lid, 19, § 1, derde lid, 20, derde lid, en 22) werden aangemeld bij de Europese Commissie op grond van artikel 108, derde lid, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie. Dit is niet gebeurd.

De Raad concludeert dat de aanmelding van de ontworpen regeling in de gegeven omstandigheden weinig zin heeft en dat een nader onderzoek vereist zal zijn voor de uitvoeringsbesluiten.

Bij de uitwerking van de uitvoeringsbesluiten zal er worden nagegaan of de eerstelijnszorgaanbieders, verenigingen, organisaties en projecten aan wie subsidies kunnen worden toegekend al dan niet te beschouwen zijn als niet-economische diensten van algemeen belang die buiten het toepassingsgebied vallen van het Verdrag tot werking van de Europese Unie.

Verwerking van persoonsgegevens

De Raad stelt in punten 11.1, 11.2, 11.3, 11.4 en 11.5 dat, indien het de bedoeling is om in de uitvoeringsbesluiten de verwerking van persoonsgegevens te regelen andere dan in het kader van het zorg- en ondersteuningsplan, overeenkomstig het legaliteitsbeginsel vervat in artikel 22 van de Grondwet ook daarvoor de aard van de persoonsgegevens en de finaliteit van de verwerking in het ontworpen decreet moeten worden bepaald. Het is niet mogelijk om daarvoor gebruik te maken van de delegatie aan de Vlaamse Regering vervat in artikel 23, tweede lid, van het voorontwerp. Wat betreft de verwerking van de persoonsgegevens in het zorg- en ondersteuningsplan is hieraan tegemoetgekomen door het artikel 23 van het voorontwerp, mits aanvulling van een punt 5° in artikel 23, eerste lid: "5° de persoonsgegevens die verband houden met de sociale situatie of de welzijnscontext van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag". In het zorg- en ondersteuningsplan worden immers eveneens gegevens over de sociale situatie of de welzijnscontext van een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag verwerkt.

De Raad suggereert dat het artikel 23 van het voorontwerp best zou worden aangevuld met een bepaling die regelt welke overheden, organisaties, verenigingen en personen de persoonsgegevens mogen verwerken, zoals dat het geval is in artikel 49, § 3, van het decreet van 18 mei 2018 'houdende de Vlaamse sociale bescherming', artikel 13, § 2, van het decreet van 6 juli 2018 'betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging', artikel 59, § 2, van het voormelde ontwerp van decreet 'betreffende de woonzorg' en artikel 25, §§ 1 en 2, van het voorontwerp van decreet 'betreffende de geestelijke gezondheid', waarover op 17 januari 2019 advies 64.790/3 is gegeven. Deze suggestie tot aanpassing van het artikel 23 wordt niet gevolgd. Het is momenteel niet mogelijk om volledigheid en correctheid na te streven in de bepalingen rond de verwerking van persoonsgegevens. De huidige stand van zaken van het project hierrond is niet ver genoeg gevorderd om dit te doen. Dit houdt wel in dat bij een latere verwerking van persoonsgegevens, andere dan het zorg- en ondersteuningsplan, een decretale wijziging van het artikel 23 van het voorontwerp nodig zal zijn.

Voorts merkt de Raad van State op dat de rechtsgrond van artikel 6, lid 1, e) van de algemene verordening gegevensverwerking meer passend lijkt dan de rechtsgrond van artikel 6, lid 1, c). De rechtsgrond wordt aangepast in de artikelsgewijze bespreking. Op de overweging van de Raad van State om de

rechtsgrond van de gegevensverwerking op te nemen in het decreet zelf, eerder dan in de memorie van toelichting wordt niet ingegaan. Door de opname van de rechtsgrond in de memorie van toelichting wordt er voldoende rechtszekerheid gecreëerd naar de betrokkenen toe en op deze manier wordt vermeden dat bij een aanpassing van de algemene verordening gegevensbescherming eveneens een aanpassing van het decreet nodig is.

Andere

- Op aangeven van de Raad (randnummer 13) wordt in de definitie van 'eerstelijnszorg', in artikel 2, 2°, het begrip 'zorg' aangevuld tot 'zorg en ondersteuning'.
- Op aangeven van de Raad (randnummers 6.1 en 14) wordt artikel 2, 7° als volgt aangepast: "7° lokale besturen: de gemeenten en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn".
- De Raad (randnummer 15) vraagt om in de definitie van 'zorg en ondersteuning' (artikel 2, 15°) te verwijzen naar het artikel 5, §1, I en II van de BWHI. De betrokken definitie zou dus als volgt luiden:
"15° zorg en ondersteuning: een activiteit of het geheel van activiteiten in het kader van het gezondheids- of welzijnsbeleid, vermeld in artikel 5; §1, I en II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, uitgevoerd in het kader van dit decreet. In het Woonzorgdecreet wordt dezelfde definitie gehanteerd en werd deze aanvulling niet gedaan. Om de afstemming tussen de gehanteerde definities te bewaren, wordt de verwijzing in de definitie niet opgenomen
- De Raad stelt de vraag (randnummer 9.1 en 9.2) naar de verhouding tussen de verschillende regelgevende initiatieven. In punt 2 van deze memorie van toelichting werd een verduidelijking opgenomen.
- De Raad (randnummer 16) geeft aan dat niet bindende bepalingen beter in de memorie van toelichting opgenomen worden en niet in het ontwerpdecreet. Artikel 4 wordt behouden. In de artikelsgewijze toelichting van artikel 4 wordt verduidelijkt om welke reden dit artikel in het ontwerp behouden blijft.
- De Raad (randnummer 12) acht het raadzaam bij delegatie ook de procedure voor het aanvragen en toekennen van de financiering te bepalen. Artikel 6, §2, vierde lid wordt daarom aangepast als volgt: "De Vlaamse Regering kan de nadere regels, en in voorkomend geval, de financieringsvoorwaarden, het financieringsbedrag en de procedure voor het aanvragen en toekennen van de financiering van de taak, vermeld in het eerste lid, 4°, bepalen". §4 wordt in dezelfde zin aangepast: "§4. De Vlaamse Regering kan de nadere regels, en in voorkomend geval, de financieringsvoorwaarden, het financieringsbedrag en de procedure voor het aanvragen en toekennen van de financiering van de taak, vermeld in paragraaf 3, bepalen".
- De Raad (randnummer 12) geeft deze suggestie voor artikel 7, §4. Artikel 7, §4, wordt bijgevolg eveneens als volgt aangepast: "§4. De Vlaamse Regering kan de nadere regels, en in voorkomend geval, de financieringsvoorwaarden, het financieringsbedrag en de procedure voor het aanvragen en toekennen van de financiering van de taak, vermeld in paragraaf 3, bepalen".

- De Raad vraagt zich af (randnummer 17) of met deze bepaling een delegatie van regelgevende bevoegdheid aan de Vlaamse Regering wordt beoogd en of die bepaling niet kan worden geherformuleerd om dat duidelijker te laten blijken. Om hierop in te gaan wordt artikel 8 geherformuleerd als volgt:

"Art. 8. De Vlaamse Regering kan in een financiering voorzien ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering. De financiering heeft tot doel de eerstelijnszorgaanbieders te ondersteunen in hun professionele activiteiten of hen in staat te stellen hun activiteiten met betrekking tot de eerstelijnszorg op een interdisciplinaire wijze uit te oefenen en te blijven uitoefenen."

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden voor de financiering, vermeld in het eerste lid."

- De Raad stelt dat (randnummer 18) indien een afstemming op regionaal niveau wordt beoogd en niet op individueel niveau, de ontworpen bepaling beter geschreven wordt als "de *verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en met de verenigingen van mantelzorgers en gebruikers* (zie ook artikel 12, tweede lid, 3° en 4°, van het voorontwerp). Om hieraan tegemoet te komen, wordt artikel 11, 1°, a), geherformuleerd als volgt: "de *verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en met de verenigingen van mantelzorgers en de verenigingen van vrijwilligers*";". Op die manier worden niet erkende verenigingen van mantelzorgers en gebruikers ook opgenomen. Om de correcte terminologie doorheen het ontwerpdecreet te hanteren, worden in de definitie van 'kwaliteitsvolle zorg' in het tweede lid, 1°, de woorden 'verantwoorde zorg' aangevuld met '... en ondersteuning (randnummer 19 advies Raad van State)'.
- Op suggestie van de Raad (randnummer 20) wordt in artikel 12, eerste lid overal het begrip 'lokale overheid' vervangen door 'lokaal bestuur'.
- De Raad vraagt in punt 21 het begrip "divers" van artikel 12, tweede lid, te omschrijven. In de artikelsgewijze toelichting bij artikel 12 wordt de invulling van dit begrip verduidelijkt.
- Op aangeven van de Raad (randnummer 22) wordt in artikel 13, tweede lid, 2°, van het ontwerp "het hele grondgebied van het Vlaamse Gewest" vervangen door "het Nederlandse taalgebied".
- Op aangeven van de Raad (randnummer 22) wordt in artikel 18, tweede lid, 1°, van het voorontwerp "het hele grondgebied van het Vlaamse Gewest" vervangen door "het Nederlandse taalgebied".
- De Raad stelt (randnummer 23) dat in een beheersovereenkomst enkel praktische afspraken kunnen worden opgenomen die een concretisering inhouden van de bij een decreet of, binnen de grenzen waarbinnen delegaties toelaatbaar zijn, bij uitvoeringsbesluit vastgestelde regels. Hieraan gevolg gevend wordt in artikel 19, §2, derde lid, een punt 4° toegevoegd, dat luidt als volgt: "4° de praktische afspraken betreffende de subsidie, vermeld in het vierde lid". Het vierde lid wordt vervangen door wat volgt: "De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot de oproep en

het sluiten van een beheersovereenkomst en bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden”.

- Op aangeven van de Raad (randnummer 24) worden in het tweede en derde lid van artikel 20 de woorden “in voorkomend geval” geschrapt.

De Raad acht het raadzaam (randnummer 10) om te vermelden dat de erkenning van zorggraden, regionale zorgplatformen, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking een voorwaarde is voor de toekenning van een subsidie. In de artikelsgewijze toelichting van de memorie wordt dit telkens verduidelijkt.

- Om aan te geven dat het toezicht volledig zal worden uitgeoefend op grond van het decreet van 19 januari 2018 ‘houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid (randnummer 25) wordt in artikel 24 het tweede lid vervangen door wat volgt: “Het toezicht op de naleving van de bepalingen in dit decreet en de uitvoeringsbesluiten ervan wordt georganiseerd overeenkomstig het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van de gezondheids- en welzijnsbeleid en de uitvoeringsbesluiten ervan”.
- De Raad (randnummer 26) ziet niet in wat de ontworpen bepaling van artikel 26 toevoegt aan de artikelen 13 en 14 van de wet van 16 mei 2003. Om die reden wordt het artikel 26 van het ontwerp integraal geschrapt. De nummering van alle volgende artikelen wordt aangepast.
- De Raad merkt op (randnummer 27) dat er eveneens kan worden nagegaan of het nodig is om ook te voorzien in een administratieve sanctie voor de partnerorganisaties met wie een beheersovereenkomst is gesloten. Op deze vraag wordt niet ingegaan. Voor deze partnerorganisaties volstaat de inhouding of terugvordering van subsidies, wanneer deze de voorwaarden van dit decreet niet naleven.
- Artikel 30 wordt op aangeven van de Raad (randnummer 28) vervangen door wat volgt: “Art. 29. In artikel 90, derde lid, van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes wordt punt 4° vervangen door wat volgt:”.
- Op aangeven van de Raad (randnummer 29) wordt artikel 31 integraal geschrapt. De nummering van alle volgende artikelen wordt aangepast.
- Op aangeven van de Raad (randnummer 30) wordt in artikel 33 een nieuw punt 1° toegevoegd, dat luidt als volgt: “1° het besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008 betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg;”. In de artikelsgewijze bespreking wordt, zoals gesuggereerd door de Raad, een verduidelijking opgenomen.

- De Raad merkt op dat de machtigingen gegeven aan de Vlaamse Regering in de artikelen 34 en 35 niet zo kunnen worden geïnterpreteerd dat het mogelijk is om af te wijken van de decretale bepalingen die gelden voor de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en de partnerorganisaties.

B. Toelichting bij de artikelen

Artikel 1

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Artikel 2

Dit artikel somt de definities op van in het ontwerpdecreet gebruikte termen.

De definitie van eerstelijnszorg verlaat de strikt medische invalshoek uit het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. Door te kiezen voor het begrip eerstelijnszorg wordt resoluut gekozen voor een verbinding tussen gezondheids- en welzijnszorg. De definitie enten we op die van de SAR WGG, die de eerste lijn omschrijft als volgt:

- Verwijst naar rechtstreeks toegankelijke, ambulante, generalistische zorg voor niet-gespecificeerde gezondheids- of welzijnsgerelateerde problemen, zowel van fysieke, psychologische en sociale aard;
- Vormt in de regel het eerste contact met professionele zorg;
- Kan diagnostische, curatieve, revaliderende en palliatieve zorgverlening aanbieden voor het overgrote deel van de problemen;
- Biedt preventie voor individuen en risicogroepen in de eigen populatie;
- Houdt rekening met de persoonlijke en sociale context van mensen;
- Verzekert continuïteit van zorg over de tijd en tussen zorgaanbieders;
- Ondersteunt de informele zorg rondom de patiënt/cliënt.

Ook in deze definitie wordt het gespecialiseerd zorg- en ondersteuningsaanbod uitgesloten.

In het decreet wordt onderscheid gemaakt tussen eerstelijnszorgaanbieders en zorgaanbieders. Het eerste begrip omvat de personen, diensten of organisaties die als zorg- of welzijnsactor professionele zorg of ondersteuning verlenen in de eerste lijn. Hier wordt het gespecialiseerde zorg- en ondersteuningsaanbod uitgesloten.

Zonder volledig te willen zijn, worden volgende personen, organisaties en diensten aanzien als eerstelijnszorgaanbieders: centra voor algemeen welzijnswerk, diensten voor gezinszorg, lokale dienstencentra, dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf, diensten voor oppashulp, woonzorgcentra, OCMW's (openbare centra voor maatschappelijk welzijn), uitleendienst voor hulpmiddelen, diensten voor maaltijdbedeling, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, huisartsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, psychologen, apothekers, en zo verder.

De term benadrukt dat een goede eerstelijnszorg een brede invalshoek kent, niet alleen wat betreft de instroom, maar ook op vlak van de zorgverlening zelf. De omschrijving van eerstelijnszorgaanbieder omvat evenwel niet de organisaties, diensten en personen met een gespecialiseerd zorgaanbod (onder meer artsenspecialisten, ziekenhuizen en Centra Geestelijke Gezondheidszorg) en de organisaties en diensten voor personen met een beperking (VAPH) en de niet rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. Ondersteunende structuren, zoals Logo's, SEL's, LMN's en dergelijke worden ook niet gevat in dit begrip.

Het begrip zorgaanbieders omvat wel het gespecialiseerde zorg- en ondersteuningsaanbod. Dit onderscheid wordt gemaakt omwille van het volgende:

1. Als we de organisatie van de eerstelijnszorg regelen vanuit de principes van een integrale zorg en ondersteuning, en de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag hierbij centraal stellen, kunnen we de gespecialiseerde zorg en ondersteuning niet uitsluiten. Een persoon als een geheel benaderen, vraagt dat ook aspecten van zijn zorg en ondersteuning die door een meer gespecialiseerd zorg- en ondersteuningsaanbod opgenomen moeten worden, meegenomen worden in het zorgproces. Bij samenstelling van zorgteam en het opstellen van zorgdoelen zal de gespecialiseerde zorg en ondersteuning dus actief in het zorgproces betrokken moeten zijn als de zorgvragen en -noden hiertoe noodzaken.
2. De ondersteuning in de eerstelijnszones van de zorgraden en hun medewerkers richt zich in essentie tot de eerstelijnszorgaanbieders. Dit ter versterking van de organisatie en werking van die eerste lijn. De hele hervorming is er op gericht deze eerste lijn te versterken, zodat een duidelijk antwoord kan gegeven worden op de vraag van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven en daar verzorgd te worden. Uiteraard moet, omwille van de zorgcontinuïteit en op scharnierenmomenten (wanneer een persoon toch dient opgenomen te worden in een ziekenhuis of andere gespecialiseerde residentiële voorziening), de samenwerking zo goed afgestemd zijn dat het zorgproces vlot en kwaliteitsvol verloopt. Om die reden krijgen de zorgraden de opdracht om de samenwerking en afstemming tussen eerste lijn en gespecialiseerde zorg te bewerkstelligen.

De definities van de begrippen informele zorg, mantelzorger, zelfzorgvermogen, zorg- en ondersteuningsdoel en zorg- en ondersteuningsvraag zijn afgestemd met de ontwerpen Woonzorgdecreet en decreet Geestelijke Gezondheid en met het decreet Vlaams Sociale Bescherming.

Ondertussen dient zich, naast de vrijwilligers, een nieuwe categorie aan door artikel 114 van de wet betreffende de economische relance en de versterking van de sociale cohesie van [...]. Deze nieuwe categorie, de verenigingswerkers, die bijklussen tegen betaling, worden ook gevat onder het begrip informele zorg, naast de vrijwilligers en mantelzorgers. Dit is een gevolg van het inschrijven van deze categorie van informele zorg in het nieuwe Woonzorgdecreet. Daarin wordt gesteld dat de verenigingswerkers kunnen ingeschakeld worden in bijvoorbeeld woonzorgcentra en diensten voor oppashulp. Hierdoor worden zij ook gevat door dit decreet, dat met haar definitie van eerstelijnszorgaanbieder deze woonzorgvoorzieningen meeneemt.

In de definitie van zelfzorgvermogen is sprake van bijbehorende activiteiten. Deze activiteiten kunnen onder meer betrekking hebben op de uitvoering van huishoudelijke activiteiten, het leggen van sociale contacten en de mogelijkheid om zich te ontplooiën en te oriënteren in tijd en ruimte.

Artikel 3

Dit artikel hoeft geen verduidelijking.

Artikel 4

Dit artikel geeft de werkingsprincipes weer. Zoals het woord 'werkingsprincipes' al laat blijken, gaat het hier niet om afdwingbare verplichtingen die worden opgelegd aan de eerstelijnszorgaanbieders. De Vlaamse Gemeenschap acht deze principes echter van belang om te evolueren naar een integrale zorg en ondersteuning. Het is van belang dat eerstelijnszorgaanbieders deze beginselen altijd meedragen bij de organisatie van hun zorg en ondersteuning. Deze

beginselen zijn gebaseerd op de principes van het WGO-model voor een persoonsgerichte en geïntegreerde zorg.

De persoon staat centraal, dat mag geen loze uitspraak blijven. Door de persoon als een geheel te benaderen, uit te gaan van zijn zorg- en ondersteuningsvragen en vooral ook oog te hebben voor zijn mogelijkheden en kansen, eerder dan voor zijn beperkingen en zwaktes, zal die centrale positie gegarandeerd worden. Pas dan behoort een integrale zorg en ondersteuning tot de realiteit. Een absoluut recht is het recht op zelfbeschikking, dat aan deze benadering onlosmakelijk verbonden is.

Het zelfbeschikkingsrecht van iedere persoon blijft ook gelden wanneer het zorgsysteem signalen opvangt van niet-geëxpliciteerde of niet-(rechtstreeks)-geformuleerde zorgnoden. In deze situaties wordt – indien dit nodig is – outreachende en aanklappende zorg ingezet. Aanklappende zorg is de ongevraagde zorg op basis van signalen uit de omgeving en vanuit betrokkenheid van die omgeving. Aanklappende zorg is bijvoorbeeld aangewezen wanneer een gebrek aan competenties of motivatie eigen initiatief of het nakomen van afspraken in de weg staan. In dergelijke gevallen zal de zorgaanbieder zelf herhaaldelijk proberen het contact terug aan te knopen. Aanklappende zorg is ook noodzakelijk in situaties waarbij de gerechtelijke overheid de zorg, met akkoord van de persoon, als een na te leven voorwaarde heeft opgelegd. In situaties van oordeelsonbekwaamheid wordt het zorgaanbod gekozen in gelijkwaardig overleg tussen de zorgaanbieder, de vertegenwoordiger en/of de vertrouwenspersoon van de gebruiker, en wordt de persoon zoveel mogelijk, en in verhouding tot zijn begripsvermogen, betrokken bij dit overleg. Dit is bijvoorbeeld het geval bij gedwongen opname of internering.

De zorg- en ondersteuningsvragen liggen aan de basis van het bepalen van de zorg en ondersteuning. Hierbij vormt het subsidiariteitsprincipe het uitgangspunt. De minst gespecialiseerde zorg en ondersteuning die toch beschikt over de vereiste deskundigheid en kwaliteit om een antwoord te bieden op de zorg- en ondersteuningsvragen wordt ingezet. Daarom is het belangrijk om maximaal in te zetten op zelfzorg en informele zorg. Pas als die zelfzorg en de informele zorg afwezig of ontoereikend zijn, is zorg en ondersteuning van een professionele zorgaanbieder aangewezen.

In de werkingsprincipes wordt ook verwezen naar de vier doelstellingen voor de zorg van de Quadruple Aim:

- a. verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren;
- b. verbeteren van de gezondheidstoestand op bevolkingsniveau met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid;
- c. het realiseren voor de patiënt van meer "waarde" op het vlak van gezondheid met de ingezette middelen;
- d. ervoor te zorgen dat professionelen in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen.

In punt a gaat het over de tevredenheid van elke persoon over zijn doorlopen zorg- en ondersteuningsproces. De tevredenheid vormt een belangrijke graadmeter voor de zorgaanbieders om de zorg en ondersteuning te gaan evalueren en bijsturen.

Punt b overstijgt het individuele niveau en spreekt over de algemene gezondheidstoestand van een populatie. Dit is een doelstelling waarover de ondersteunende niveaus van de eerstelijnszone, de regionale zorgplatformen en het Vlaams instituut zich zullen buigen.

Punt c weegt de kwaliteit en de meerwaarde van de zorg en ondersteuning af ten opzichte van de middelen, die hiervoor ingezet worden. Het gaat dan zowel om financiële middelen als om personele en organisatorische middelen.

Punt d is een doelstelling, die op een later ogenblik werd toegevoegd. Het werd snel duidelijk dat een goed zorg- en ondersteuningssysteem ook staat of valt met de zorg voor de zorgaanbieders. Deze laatste doelstelling wil dus aangeven dat de zorg en ondersteuning zo moet georganiseerd worden dat zorgaanbieders als individu hun werk goed en duurzaam kunnen doen. Zo bouwen we garanties in dat hun levenskwaliteit en hun werktevredenheid hoog is en uitval door ziekte wordt vermeden.

Een belangrijk werkingsprincipe is het kwaliteitsdenken in de zorg en ondersteuning. Het gaat dan voornamelijk over aspecten van het aanbieden van zorg en ondersteuning, de wijze waarop de zorg en ondersteuning georganiseerd wordt: toegankelijkheid, aanvaardbaarheid, geschiktheid, effectiviteit, veiligheid, rechtvaardigheid, relevantie, innovatie, duurzaamheid en efficiëntie. Deze aspecten moeten altijd voor ogen gehouden worden. Het zijn ook kenmerken van een maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning, zoals de SAR WGG in zijn visienota van 2011 duidelijk verwoordde.

Een afzonderlijk luik rond kwaliteit wordt in het ontwerp van decreet niet opgenomen. Huidige Vlaamse evoluties zoals de oprichting van een Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, met een bureau rond eerste lijn, en de federale evoluties rond de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, waarin sprake is van een wet rond kwaliteitszorg, worden hiervoor afgewacht. Het werken aan een kwaliteitsbeleid zit ook ingebed in de decreten, die de uiteenlopende voorzieningen en diensten in de eerste lijn vatten met erkenning en subsidiëring. Verder zal de oprichting van een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL) de aanzet geven tot het uitwerken van een kwaliteitsbeleid op Vlaams niveau. Dit kwaliteitsbeleid richt zich in essentie tot de organisatie van de eerstelijnszorg en de kwaliteit van de interdisciplinaire samenwerking rond en met de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. Een klachtenbeleid zal van dit kwaliteitsbeleid inherent deel uitmaken. Het VIVEL zal de zorgraden ondersteunen in hun werking met richtlijnen, doelstellingen en methodieken rond de organisatie van zorg en ondersteuning op het populatieniveau van de eerstelijnszone.

Een essentieel werkingsprincipe is een geïntegreerde organisatie van de zorg en ondersteuning. Geïntegreerd slaat op het op operationeel en organisatorisch niveau samenwerken van alle betrokken zorg- en welzijnsactoren en initiatieven van vrijwillige en informele zorg- en welzijnsactoren in het streven naar een samenhangende en continue zorg en ondersteuning aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en zijn mantelzorgers, waarbij de zorg- en ondersteuningsvraag en de context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag het uitgangspunt vormen en dit doorheen de hele levensloop. Een geïntegreerde organisatie van de zorg en ondersteuning vormt de beste garantie voor een daadwerkelijk integrale zorg en ondersteuning.

Een belangrijk organisatieprincipe in een geïntegreerde zorg en ondersteuning is de gegevensdeling tussen de zorgaanbieders en met de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. Bij de gegevensdeling trekken we resoluut de kaart van de digitale gegevensdeling. Deze gegevensdeling zal verlopen conform het decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg. In het decreet van 25 april 2014 wordt een kader vastgelegd waarbinnen gegevens gedeeld kunnen worden tussen actoren in de zorg. Dit decreet legt eveneens de noodzakelijke waarborgen vast voor de bescherming van de persoonsgegevens van de betrokkenen. Het begrip zorgrelatie vormt hierin een belangrijk onderdeel. Het leggen van zorgrelaties (die ruimer zijn dan de therapeutische relaties tussen

arts en patiënt) vormt het fundament waarop de rechten tot het delen van gegevens geënt worden. Die zorgrelaties bestaan niet enkel tussen persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en zijn zorgaanbieders, maar ook tussen die persoon en zijn mantelzorgers en andere personen actief in de informele zorg.

Artikel 5

Hoofdstuk drie gaat over de organisatie van eerstelijnszorg die rechtstreeks aan een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag wordt aangeboden. In dit hoofdstuk doet de Vlaamse Gemeenschap echter geen uitspraken over de uitoefening van het beroep van elke afzonderlijke zorgaanbieder. Het ontwerpdecreet heeft ook in geen geval de bedoeling in te grijpen in de wijze waarop de geneeskunde en de paramedische geneeskunde worden uitgeoefend of de therapeutische en diagnostische vrijheid te beperken. Het ontwerpdecreet moet begrepen worden als een geheel van maatregelen met het oog op een nog betere zorgverlening in het belang van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. De Vlaamse Gemeenschap wil dus richtlijnen geven voor de samenwerking tussen deze zorgaanbieders en met de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en zijn eventueel aanwezige informele zorg. In dit artikel wordt het werkingsprincipe herhaald dat de zorgaanbieders de keuzevrijheid, de wens en zijn vermogen tot zelfzorg en zelfregie steeds dienen te respecteren en ondersteunen.

Dit artikel introduceert het begrip 'zorg- en ondersteuningsdoel'. Deze doelen vormen de basis voor de planning van de zorg en ondersteuning. Het handelen op basis van persoonlijke doelen van een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag is een belangrijke verandering in het plannen en aanbieden van zorg en ondersteuning. Het houdt in dat zorghandelingen niet enkel gesteld worden om bepaalde problemen, ziekten of aandoeningen te gaan oplossen, maar dat de zorg in functie wordt gesteld van wat een persoon nog wil realiseren of kunnen met de vastgestelde problemen, ziekten of aandoeningen. Een doel kan door de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zelf, zijn informele zorg, de zorgaanbieders of een combinatie van deze drie categorieën gerealiseerd worden. Het werken aan zorg- en ondersteuningsdoelen kan dus een multidisciplinaire aanpak vergen. Elk zorgdoel wordt in een *multidisciplinaire* aanpak door een bepaalde zorgaanbieder opgenomen en gerealiseerd en vereist geen samenwerking met andere zorgaanbieders. *Interdisciplinaire* samenwerking gaat nog een stap verder. Een interdisciplinaire samenwerking komt dan tot stand vanuit de geformuleerde zorgdoelen, die niet kunnen gerealiseerd worden vanuit 1 discipline of organisatie. Bepaalde zorgdoelen vragen een bij uitstek intensieve samenwerking tussen zorgaanbieders en tussen de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en de zorgaanbieders. In dergelijke samenwerking worden inzichten vanuit verschillende invalshoeken, disciplines en ervaringen gecombineerd. Het kan daarbij voor de zorgaanbieders ook leiden tot inzichten in de discipline van een andere zorgaanbieder.

Artikel 6 en 7

Dit artikel spreekt van een zorgteam om complexe of langdurige zorg en ondersteuning aan te bieden. De term 'zorgteam' staat al vermeld in de beleidsvisietekst over de hervorming van de eerstelijnszorg, goedgekeurd door de Vlaamse Regering. In het ontwerp van decreet wordt het ook gedefinieerd.

Een minimale samenstelling wordt in het ontwerpdecreet opgenomen. Het hangt van de zorg- en ondersteuningsvragen en -doelen af welke zorgaanbieders noodzakelijk zijn, steeds uitgaand van het subsidiariteitsprincipe. Zowel de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag als de personen actief in zijn informele zorg hebben inspraak in de zorgaanbieders die deel uitmaken van het zorgteam. Vanuit de kennis van het zorg- en ondersteuningslandschap kunnen de zorgaanbieders ook suggesties doen. De mantelzorger maakt deel uit van het

zorgteam als de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag hiermee akkoord gaat. Indien de zorg- en ondersteuningsdoelen dit vereisen, kan een zorgaanbieder met een gespecialiseerd zorgaanbod betrokken worden in het zorgteam.

Het is noodzakelijk de zorg- en ondersteuningsdoelen neer te schrijven in een zorg- en ondersteuningsplan, dat de opvolging en bijsturing van de zorg en ondersteuning moet vergemakkelijken. Uit de voorbereiding van de conferentie van februari 2017 kwam duidelijk naar voor dat een verdere digitalisering de samenwerking sterk kan faciliteren. Deze boodschap is goed begrepen. In het hervormingstraject zet de Vlaamse overheid dan ook in op een ontwikkeling van een digitaal zorg- en ondersteuningsplan, dat naast een planningsinstrument ook dienstig moet kunnen zijn om de gemaakte samenwerkingsafspraken bij te houden en toegankelijk te maken voor alle belanghebbenden in het zorgproces.

De taken van het zorgteam zijn een resultaat van de voorbereidingen in de werkgroep integrale zorg, die in aanloop naar de conferentie haar bevindingen formuleerde. In het ontwerpdecreet worden ze beperkt opgenomen, met de mogelijkheid voor de Vlaamse Regering om bijkomende taken te formuleren. Zorg en ondersteuning is per definitie onderhevig aan evolutie, dus moet deze flexibiliteit ook ingebouwd worden in het ontwerpdecreet.

De derde taak van het zorgteam houdt in dat het zorgteam kan aangevuld worden met bijkomende expertise rond een aspect van het zorgproces. Dit kan een ervaringsdeskundige zijn, maar ook een meer gespecialiseerde zorgaanbieder die tijdelijk bijkomende zorg en ondersteuning biedt aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. Deze expertise wordt altijd ingeschakeld in functie van de uitvoering van de zorg- en ondersteuningsdoelen die met en door de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag werden geformuleerd.

De vierde taak van het zorgteam houdt in dat het zorgteam, indien nodig, een interdisciplinair overleg kan organiseren. Om van een interdisciplinair overleg te kunnen spreken moeten er minstens drie zorgaanbieders van het zorgteam deelnemen aan het overleg.

De zorgcoördinator is, als lid van het zorgteam, het aanspreekpunt van het zorgteam. De zorgcoördinator neemt de taak op zich om het overzicht te behouden en ervoor te zorgen dat alle zorg en ondersteuning, vastgelegd in het zorg- en ondersteuningsplan, afgestemd, opgevolgd en geëvalueerd wordt. Bij voorkeur neemt de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zelf die rol op. De zorgaanbieders en de personen actief in de informele zorg zorgen in dat geval voor de gepaste ondersteuning, zodat die persoon de zorgcoördinatie zo lang mogelijk kan opnemen. Indien het de wens is van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag om dit niet op te nemen, of hij niet het vermogen heeft om dit op te nemen, duidt deze een ander lid van het zorgteam aan om de rol op te nemen. Belangrijk is dus dat de zorgaanbieder die de rol opneemt, het vertrouwen geniet van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag.

Het zorgteam als geheel organiseert zich op die wijze dat het zorg- en ondersteuningsproces kwaliteitsvol kan uitgevoerd worden. Bij veranderingen in de zorg- en ondersteuningsvragen zal het zorgteam dan ook de zorg- en ondersteuningsdoelen moeten evalueren en zo nodig de zorg en ondersteuning bijsturen.

Het ontwerpdecreet laat de ruimte aan de Vlaamse Regering om rond multidisciplinaire samenwerking in het zorgteam en zorgcoördinatie nadere regels te bepalen, hiervoor financiering te voorzien binnen de beschikbare

begrotingskredieten en het financieringsbedrag en de procedure voor de aanvraag en het toekennen van die financiering te bepalen.

Deze financiering kan toegekend worden aan drie verschillende rollen: het voorbereiden van en deelname aan een interdisciplinair overleg, uitvoering van de rol van zorgcoördinator en het uitvoeren van casemanagement.

De financiering van deelname aan een overleg vloeit voort uit het huidige systeem van multidisciplinair overleg, dat via de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging wordt ondersteund en uitbetaald. Daarnaast spreekt de beleidsvisie van twee duidelijke rollen in een zorg- en ondersteuningsproces: zorgcoördinatie en casemanagement. Ook hier wordt er vanuit de SEL's een financiering toegekend vanuit hun subsidiëring voor de diverse rollen in het multidisciplinair overleg. Gezien de tijdsinvestering voor een zorgaanbieder om deze rollen kwaliteitsvol uit te voeren en de belangrijkheid van deze twee rollen in het hele zorg- en ondersteuningsproces is het niet denkbeeldig dat tegenover de uitvoering van deze rollen een financiering wordt geplaatst. Een projectgroep, die zich momenteel buigt over het nieuwe model naar aanleiding van de beleidsvisie, zal hier op termijn uitspraken over doen, die in een uitvoeringsbesluit kunnen verankerd worden.

Als het zorgteam er na herhaalde initiatieven niet in slaagt om de zorg en ondersteuning af te stemmen op de zorg- en ondersteuningsvragen kan op vraag van dit zorgteam een zorgaanbieder die de functie van casemanagement opneemt, tijdelijk ingezet worden om het zorgteam te ondersteunen. In dit artikel wordt verstaan onder casemanagement: de grondige analyse en evaluatie van het zorg- en ondersteuningsproces, opgebouwd en uitgevoerd door het zorgteam, om tot duidelijke probleemstelling te komen en de oplossingsgerichte procesbegeleiding die hieraan verbonden wordt. Het casemanagement treedt niet in de plaats van de leden van het zorgteam of de zorgcoördinator. Wel gaat de zorgaanbieder met zijn expertise in casemanagement de genomen stappen in het zorg- en ondersteuningsproces grondig gaan evalueren en analyseren om zo te kunnen vaststellen waar de problemen zich situeren. De zorgaanbieder die casemanagement aanbiedt, gaat het zorgteam begeleiden om bepaalde stappen opnieuw of voor de eerste keer te ondernemen. De zorg en ondersteuning, die door de leden van het zorgteam worden geboden, blijven ook te allen tijde bij deze leden. Wel kan de begeleiding met casemanagement bijvoorbeeld uitwijzen dat bepaalde expertise of ondersteuning in het zorgteam ontbreekt, bepaalde zorg- en ondersteuningsdoelen moeten herbekeken worden, de leden van het zorgteam andere zorg- en ondersteuningsdoelen moeten toegewezen krijgen. De zorgaanbieder die casemanagement aanbiedt, zal oplossingen voor de problemen voorstellen en het zorgteam begeleiden om de gekozen oplossingen in het zorg- en ondersteuningsproces te integreren.

Het ontwerpdecreet laat de ruimte aan de Vlaamse Regering om rond casemanagement nadere regels te bepalen, hiervoor in een financiering te voorzien, binnen de beschikbare begrotingskredieten en het financieringsbedrag en de procedure voor de aanvraag en het toekennen van die financiering te bepalen.

Artikel 8

De Vlaamse Regering kan in een financiering voorzien voor de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en voor de ondersteuning van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering. Die financiering heeft tot doel de eerstelijnszorgaanbieders te ondersteunen in hun professionele activiteiten of hen in staat te stellen hun activiteiten met betrekking tot de eerstelijnszorg op een interdisciplinaire wijze uit te oefenen en te blijven uitoefenen. Het betreft in geen geval een financiering van de prestaties en opdrachten van zorgaanbieders, die al via andere regelgeving wordt verleend (zowel federaal als Vlaams).

Een maatregel die hier zijn rechtsbasis moet vinden, is de ondersteuning van de huisartsen, voorheen gekend als het Impulsfonds. Deze ondersteunende maatregelen werden overgeheveld met de Zesde Staatshervorming naar de Vlaamse Gemeenschap.

Wel wordt in dit artikel de mogelijkheid geboden aan de Vlaamse Regering om op termijn ook ondersteunende maatregelen te nemen voor eerstelijnszorgaanbieders, andere dan de huisartsen, en voor het bevorderen van een interdisciplinaire samenwerking tussen alle eerstelijnszorgaanbieders, al dan niet in een georganiseerd verband.

Vanuit de Vlaamse overheid is er de intentie om deze eerstelijnszorgaanbieders, die zich infrastructureel samen onder een dak hebben gevestigd, ook in aanmerking te laten komen voor een subsidiëring vanuit het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden. In eerste instantie zou de subsidie toegekend worden aan multidisciplinaire groepspraktijken die zich vestigen in zones met een tekort aan huisartsen.

Artikel 9

Dit artikel hoeft geen verduidelijking.

Artikel 10

De decreetgever erkent en subsidieert de zorgraden en bepaalt hiervoor de voorwaarden. De zorgraden nemen voor het verkrijgen van een erkenning de vorm aan van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks enig vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen behalve voor het in de statuten bepaald belangeloos doel.

De erkenning is een voorwaarde om voor subsidiëring in aanmerking te komen.

Artikel 11

Dit artikel belast de zorgraad met volgende opdrachten:

- 1° De zorgraad zal onderzoeken of er voor de bevolking van zijn werkgebied, op basis van de zorgnaden, een voldoende aanbod is aan kwaliteitsvolle zorg en of dat aanbod optimaal georganiseerd is. De zorgraad kan daarbij doelgroepspecifiek of wijkgericht te werk gaan. De zorgraad zal dan, met de vermelde partners, overleggen op welke wijze de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning beter op mekaar kan afgestemd worden. Wat betreft de continuïteit van de zorg en ondersteuning evenals de samenwerking met de gespecialiseerde zorg, wordt dit opgenomen door een afvaardiging van de zorgraad in het regionaal zorgplatform.
- 2° De zorgraden hebben een opdracht in het ondersteunen van een lokaal sociaal beleid. De aandacht zal vooral gaan naar de afstemming van de lokale sociale hulp- en dienstverlening op de lokale behoeften, de maximale toegankelijkheid van de lokale sociale hulp- en dienstverlening voor de bevolking en de organisatie of ondersteuning van initiatieven van vrijwillige en informele zorg.
- 3° Met het oog op een vertegenwoordiging in de zorgraden, en met het oog op een participatieve besluitvorming, verdient het aanbeveling dat de zorgaanbieders, zelfstandig of in georganiseerd verband, zich groeperen of verenigen. Meer concreet gaat het dan om bijvoorbeeld de kringwerking van een specifieke beroepsgroep (zoals huisartsenkringen). De zorgraden zullen dergelijke verenigingen ondersteunen op logistiek en administratief vlak.
- 4° Aanvullend op opdracht 1° zal de zorgraad ook gezamenlijk nadenken en initiatieven nemen om de zorgaanbieders te ondersteunen bij de organisatie van een kwaliteitsvolle, interdisciplinaire en geïntegreerde zorg. Deze ondersteuning richt zich op de realisatie van hoofdstuk drie van het ontwerpdecreet, waarin bepalingen opgenomen zijn rond de werking met zorg- en ondersteuningsdoelen, zorgteams, zorgcoördinatoren en het

aanbieden van casemanagement. Om deze opdracht waar te maken, kunnen de zorgraden beroep doen op de expertise van de regionale zorgplatformen, eventuele organisaties met terreinwerking en partnerorganisaties.

5° in een integrale zorg en ondersteuning is het meewerken aan het preventieve gezondheidsbeleid en bij uitbreiding aan de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen van groot belang. De zorgraden moeten met die Vlaamse gezondheidsdoelstellingen te werk gaan zodat in de eerstelijnszorg gekomen wordt tot implementatie van die gezondheidsdoelstellingen, waar de eerstelijnszorg een functie heeft te vervullen. De zorgraden kunnen ook andere doelstellingen formuleren die specifiek zijn voor hun werkgebied. De zorgraad van de eerstelijnszone in een grootstad kan andere prioriteiten formuleren dan een zorgraad die actief is in een aantal plattelandsgemeenten. De Vlaamse Gemeenschap zal erop toezien dat de geformuleerde lokale doelstellingen passen binnen het Vlaamse welzijns- en gezondheidsbeleid.

De Vlaamse Regering kan de opdrachten van de zorgraden nader preciseren, kan nieuwe opdrachten aan de zorgraden toekennen of kan voorwaarden bepalen aan de uitvoering van deze opdrachten.

Artikel 12

Als in het ontwerpdecreet gesproken wordt over de zorgraden gaat het altijd over de zorgraden als vzw. De leden van deze vzw vormen de Algemene Vergadering. De vertegenwoordiging van de hieronder opgesomde partijen moet ervoor zorgen dat de zorgraad pluralistisch en divers samengesteld is. Uitgaande van de grote verscheidenheid (diversiteit) aan zorgaanbieders, die elk vanuit eigen disciplines, werkvormen, visies en ideologische strekkingen hun zorg en ondersteuning verlenen, moet gezocht worden naar een pluralistische samenstelling van de zorgraad. Pluralistisch slaat dan op het feit dat de voorzieningen die in de zorgraad vertegenwoordigd zijn, een representatieve afspiegeling vormen van de verschillende ideologische strekkingen in deze eerstelijnszone, rekening houdende met de verschillende voorzieningen actief in de eerstelijnszone. In het uitvoeringsbesluit worden de criteria opgenomen om een diverse en pluralistische samenstelling te bekomen.

Minimaal vier partijen zijn vertegenwoordigd in de zorgraad:

- De lokale besturen (de gemeentebesturen en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn) omwille van hun opdrachten in het kader van het lokale gezondheids- en welzijnsbeleid.
- De eerstelijnszorgaanbieders van verschillende disciplines, de woonzorgcentra, de diensten voor gezinszorg, de lokale dienstencentra, de CAW's en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen bekleden bij uitstek een centrale functie in de zorgraad omwille van het aanbod aan zorg waarin zij voorzien en omwille van de dagdagelijkse betrokkenheid bij het zorgproces. Zij zijn onmisbare partners voor de realisatie van kwaliteitsvolle interdisciplinaire en geïntegreerde zorg.
- De personen met een zorg- en ondersteuningsvraag zijn vertegenwoordigd in de zorgraad omwille van hun expertise als 'ontvanger' van zorg en omwille van hun centrale plaats in de geïntegreerde zorg. Het is de ambitie om een dialoog tot stand te brengen tussen de zorgaanbieders en de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en samen zorg- en ondersteuningsdoelen te bepalen. Daarom is hun vertegenwoordiging in de zorgraad vereist.
- Erkende verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers staan de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag bij. Zij zijn als het ware hun 'buddy'. Naarmate de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag zelf minder capaciteiten hebben om de regie te voeren over hun zorgproces, zal de rol van de mantelzorgers in belang toenemen. Daarom is ook hun vertegenwoordiging in de zorgraad vereist. De vertegenwoordiging van erkende verenigingen sluit echter niet uit dat niet-erkende verenigingen

van mantelzorgers en vrijwilligers, via een afgevaardigde, eveneens kunnen deelnemen aan de zorgraad.

Ten aanzien van de lokale besturen en de eerstelijnszorgaanbieders van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kan de Vlaamse Gemeenschap geen verplichtingen doen gelden. Bijgevolg is de deelname van afgevaardigden van de lokale besturen uit het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad facultatief, als het werkgebied van de zorgraad gelegen is in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Afgevaardigden van deze lokale besturen wordt uitgenodigd om deel te nemen aan de vergaderingen van de zorgraad.

Een delegatie wordt gegeven aan de Vlaamse Regering om bijkomende regels te bepalen over de samenstelling van de zorgraden.

Artikel 13

Het werkgebied van een zorgraad wordt de eerstelijnszone genoemd. Eerstelijnszones voldoen aan een aantal criteria: een gemeente (waarbij fusiegemeente bedoeld wordt, dus niet deelgemeente) kan slechts deel uitmaken van één eerstelijnszone, met uitzondering van de steden Antwerpen en Gent. Delen van Antwerpen en Gent kunnen behoren tot meerdere eerstelijnszones. Het is echter niet toegelaten dat eerstelijnszones mekaar overlappen.

Alle Vlaamse gemeenten en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad worden ingedeeld in een eerstelijnszone.

De eerstelijnszones worden beperkt tot een minimum van 70.000 inwoners.

Artikel 14 tot en met 18

Door de hervorming in de eerstelijnszorg wordt het regionale niveau, waarop zich tot nu de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's) en Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT's), de Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN's), de Palliatieve Netwerken en de Samenwerkingsverbanden voor palliatieve verzorging, de Logo's, de expertisecentra dementie en de overlegplatforms geestelijke gezondheid bevinden, grondig hertekend. De oprichting van de zorgraden op het niveau van een eerstelijnszone en de intentie om expertise te verzamelen op een Vlaams niveau onder de vorm van partnerorganisaties dwingt ons na te denken over de toekomstige invulling van dit regionale niveau, zowel structureel als inhoudelijk.

In de beleidsvisietekst 'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn', goedgekeurd door de Vlaamse Regering op 17 februari 2017, wordt duidelijk gesteld dat de structuren op dit regionale niveau hun expertise moeten bundelen en een doorgedreven samenwerking moeten bewerkstelligen.

De realiteit vraagt om een gefaseerde en proportioneel voldoende lange overgangsperiode om naar een eventuele integratie van deze structuren te gaan. De organisaties kunnen een lange staat van dienst voorleggen van hun huidige werking. Ook zijn de organisaties ingebed in verschillende decreten, zowel op vlak van opdrachten als op vlak van werkgebied. Een integratie zou inhouden dat die organisaties uit hun huidige decretale basis worden gelicht om een nieuwe basis te vinden in het voorliggende ontwerpdecreet. Dit heeft verregaande gevolgen voor deze organisaties en voor de decreten waarin zij verankerd zijn.

Een belangrijke afstemming, die toch al gerealiseerd moet kunnen worden bij de erkenning van de regionale zorgplatformen, is die op vlak van werkgebied. Om werkbare gehelen te krijgen, moeten de vier structuren (de Palliatieve Netwerken en de Samenwerkingsverbanden voor palliatieve verzorging, de Logo's, de expertisecentra dementie en de geestelijke gezondheidsnetwerken) eenzelfde werkgebied hanteren voor de uitvoering van hun opdrachten. Het is namelijk niet efficiënt dat bijvoorbeeld drie Logo's zouden moeten participeren in één regionaal zorgplatform, enkel omdat het werkgebied niet afgestemd is. Om die reden

wordt aan de voorwaarden van het werkgebied van de regionale zorgplatformen deze voorwaarde expliciet toegevoegd (zie 4°).

De regionale zorgplatformen nemen de vorm aan van een rechtspersoon en kunnen erkend en gesubsidieerd worden. De erkenning is een voorwaarde om voor subsidiëring in aanmerking te komen. De betrokken actoren die zij ondersteunen, zijn de leden van het regionale zorgplatform. Bij de samenstelling worden de organisaties opgesomd die zich nu georganiseerd hebben op dit regionale niveau. De geestelijke gezondheidsnetwerken zijn nog niet erkend maar ze worden vermeld in het ontwerpdecreet betreffende de geestelijke gezondheid en verwijzen naar de huidige netwerken geestelijke gezondheid (artikel 11 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, gecoördineerd op 10 juli 2008).

Het is de intentie om lidmaatschap van de netwerken geestelijke gezondheid aan het regionale zorgplatform af te stemmen met het overlegplatform geestelijke gezondheid dat in oprichting is binnen de contouren van het decreet geestelijke gezondheid. Voor de uitvoering van de opdrachten vanuit een visie op integrale zorg en ondersteuning zijn deze organisaties in het regionaal zorgplatform echter onmisbaar. Gezien de meest passende samenstelling voor de uitvoering van de opdrachten niet kan voorspeld worden, geeft het ontwerpdecreet de mogelijkheid aan de Vlaamse Regering om hierover nadere regels te bepalen.

Omwille van de evolutie in de integrale zorg en ondersteuning worden hier slechts minimale opdrachten geformuleerd. De eerste opdracht richt zich naar het aanbod van zorg en ondersteuning op een bevolkingsniveau. Voor het realiseren van deze opdracht kunnen de regionale zorgplatformen ook samenwerken met de zorgraden, gezien hun opdracht 1° van artikel 11.

De tweede opdracht buigt zich al meer concreet over de organisatie van de zorg en ondersteuning en staat in nauwe relatie met de werking van de zorgraden en meer bepaald hun opdracht 4° van artikel 11. De inbreng van de expertise uit hun werking moet leiden tot een meer geïntegreerde organisatie van de zorg en ondersteuning voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. De organisaties met een gespecialiseerd zorg- en ondersteuningsaanbod, behorend tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap, zoals onder meer de Logo's, Palliatieve Netwerken, Expertisecentra Dementie en de Geestelijke Gezondheidsnetwerken voeren vaak gelijkaardige opdrachten uit ten aanzien van gelijkaardige doelgroepen. Elke organisatie bekijkt deze opdracht vanuit zijn specifieke expertise. Afstemming in thematiek, benadering, methodiek, expertise kan leiden tot een meer integrale benadering van een problematiek of doelgroep. Het gezamenlijk ontwikkelen van de vorming leidt tot het doorbreken van de eigen silo en vermijdt dat elke organisatie een vorming ontwikkelt voor eenzelfde doelgroep of thematiek. De organisaties kunnen op het niveau van het regionale zorgplatform ook de inzet van mensen en middelen bundelen, zodat dergelijke synergie efficiëntiewinsten met zich mee kan brengen.

De ziekenhuizen en ziekenhuissamenwerkingsverbanden worden als een facultatief lid opgenomen en zullen uitgenodigd worden tot deelname aan het regionaal zorgplatform. Vanuit het uitgangspunt van een meer geïntegreerde organisatie van zorg en ondersteuning wordt bij voorkeur ook met de zorg en ondersteuning van de ziekenhuizen afgestemd. Een vlotte doorstroming van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag van thuis naar het ziekenhuis en omgekeerd staat hierbij voorop.

Aan de Vlaamse Regering wordt de mogelijkheid geboden om, wanneer de zorgraden en de partnerorganisaties een stabiele organisatie en werking hebben uitgebouwd, de opdrachten nader te bepalen en ook eventuele bijkomende opdrachten toe te kennen aan de regionale zorgplatformen.

Het is de bedoeling om de weg voor te bereiden naar een meer verregaande integratie, een integratie die past in de totstandkoming van een sectoroverschrijdend en ontschot “decreet langdurige zorg en ondersteuning”.

Artikel 19

Dit artikel voorziet in de mogelijkheid om partnerorganisaties te erkennen en te subsidiëren of te subsidiëren via een beheersovereenkomst. In het geval van een erkenning is die erkenning een voorwaarde om voor subsidiëring in aanmerking te komen.

Een partnerorganisatie is een rechtspersoon die als centrum van expertise fungeert omwille van haar deskundigheid van het geheel of een deelaspect van de eerstelijnszorg die door de Vlaamse Gemeenschap erkend en gesubsidieerd wordt, of gesubsidieerd wordt via een beheersovereenkomst.

Uit de voorbereiding naar de conferentie eerstelijnszorg van 16 februari 2017 kwam duidelijk naar voor dat een sterke eerste lijn nood heeft aan een expertisecentrum, dat op Vlaams niveau ondersteuning kan bieden aan de zorggraden en regionale zorgplatformen. Door in een hoofdstuk rond partnerorganisaties te voorzien, behoort de erkenning en subsidiëring van een dergelijk expertisecentrum tot de mogelijkheden.

De keuze tussen het verlenen van een erkenning en het sluiten van een beheersovereenkomst na oproep zal voornamelijk afhangen van het opdrachtenpakket van de partnerorganisatie. Bij meer stabielere opdrachten zal een erkenning worden gegeven, bij meer fluctuerende opdrachten kan beter op de noden worden ingespeeld met een beheersovereenkomst.

De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot de erkenning en subsidiëring of de subsidiëring via een beheersovereenkomst van een partnerorganisatie.

Voorbeelden van toekomstige partnerorganisaties zijn het Vlaams Expertisecentrum Dementie, LEIF, de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, het Vlaams Patiëntenplatform en het nog op te richten Vlaams Instituut voor de eerste lijn (VIVEL).

Artikel 20

Dit artikel geeft aan de Vlaamse Regering de mogelijkheid om organisaties met terreinwerking te erkennen en te subsidiëren en hiervoor de voorwaarden te bepalen. De erkenning is een voorwaarde om voor subsidiëring in aanmerking te komen. Een organisatie met terreinwerking is een organisatie die op het terrein de opdrachten uitvoert, de methodieken toepast of diensten aanlevert voor de eerstelijnszorg. In het ontwerpdecreet wordt bepaald dat deze organisaties een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid, waarvoor het bij wet verboden is haar leden een vermogensvoordeel te bezorgen, moeten zijn.

In het ontwerpdecreet wordt de term ‘voorzieningen’ gehanteerd. Met deze term worden ook organisaties, instellingen en verenigingen gevat.

Voorbeelden van toekomstige organisaties met terreinwerking zijn de huisartsenkringen en de regionale expertisecentra dementie.

Artikel 21

Dit artikel geeft aan de organisaties met terreinwerking de mogelijkheid om beroep te doen op de expertise van een partnerorganisatie. Dit kan nodig zijn om hun werking te kunnen uitvoeren op een kwaliteitsvolle wijze.

Artikel 22

In een snel evoluerende eerstelijnszorg kan het nuttig en zinvol zijn bepaalde innovatieve aspecten eerst projectmatig uit te testen. Hiertoe kan de Vlaamse Regering projecten subsidiëren.

Artikel 23

In het artikel 23 worden voor het zorg- en ondersteuningsplan, dat wordt opgesteld door het zorgteam, de essentiële elementen van de gegevensverwerking geregeld, om conform te zijn met de algemene verordening gegevensbescherming. Zo legt het artikel 23 de categorieën van persoonsgegevens vast die zullen worden uitgewisseld, wordt het doel van de gegevensuitwisseling door het zorg- en ondersteuningsplan hierin opgenomen en wordt hierin bepaald wie de verwerkingsverantwoordelijke is en wat de bewaartermijn is van het zorg- en ondersteuningsplan.

Inzake de verwerkingsverantwoordelijke wordt er gesteld dat iedere zorgaanbieder die deel uitmaakt van het zorgteam verantwoordelijk is voor de gegevens die hij in het zorg- en ondersteuningsplan opneemt. De zorgaanbieders moeten onder hun een contactpersoon aanduiden die ten aanzien van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zal fungeren als contactpersoon voor de uitoefening van zijn rechten als vermeld in de algemene verordening gegevensbescherming. Wanneer de zorgcoördinator een eerstelijnszorgaanbieder is, neemt deze bij voorkeur de rol als contactpersoon op.

De bewaartermijn is vastgesteld op dertig jaar, welke de gebruikelijke bewaartermijn is voor patiëntendossiers.

De rechtsgrond wordt niet expliciet opgenomen in het ontwerpdecreet. De rechtsgrond zal het artikel 6, lid 1, e) zijn voor wat betreft alle persoonsgegevens en het artikel 9, lid 2, h) voor wat betreft de gegevens over gezondheid. Dit houdt in dat overeenkomstig het artikel 9, lid 3 van de algemene verordening gegevensbescherming de gezondheidsgegevens enkel kunnen verwerkt worden door of onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die aan het beroepsgeheim is gebonden, of door een andere persoon die tot geheimhouding is gehouden.

Artikel 24 en 25

Alle organisaties die door de Vlaamse Regering erkend of gesubsidieerd worden met het oog op het vervullen van hun opdrachten, worden onderworpen aan een verantwoordingsplicht. Dat impliceert dat er gevraagd wordt aan deze organisaties om gegevens te verstrekken die de overheid toelaten om na te gaan of de gemeenschapsmiddelen zinvol worden aangewend en om uitspraken te kunnen doen over de legitimiteit van een erkenning. Een erkenning beoogt immers in essentie een formele bevestiging van overheidswege te zijn dat een voldoende hoog kwaliteitsniveau bereikt is of geacht wordt te bereiken om een aantal verantwoordelijkheden op te nemen en te vervullen.

De wijze waarop deze verantwoordingsplicht gestalte krijgt, moet nader bepaald worden in uitvoeringsbesluiten.

Een inzicht verwerven in de financieringsbronnen van een gesubsidieerde organisatie kan onontbeerlijk zijn om te waken over een verantwoord uitgavenbeleid van de subsidiërende overheid. Anderzijds moet een organisatie die opdrachten uitvoert in opdracht van de Vlaamse Regering en hiervoor gesubsidieerd wordt door de Vlaamse Regering, ook kunnen beschikken over het volledig subsidiebedrag, ook al heeft zij andere bronnen van inkomsten, bijvoorbeeld voor andere taken.

Om een structurele en continue werking mogelijk te maken, wordt in artikel 24, §3, voorzien in de mogelijkheid tot reservevorming.

Artikel 26 en 27

Deze artikelen leggen de administratieve sancties vast.

De rechten van de verdediging worden in acht genomen door te voorzien in de verplichting van de administratie om de betrokkene schriftelijk aan te manen om zich in regel te stellen en om de betrokkene na de schriftelijke aanmaning een bepaalde termijn te geven om zich in regel te stellen. Ook wordt de betrokkene de kans geboden, nadat hij zich binnen de gestelde termijn niet in regel stelde, om gehoord te worden alvorens men kan overgaan tot het opleggen van een administratieve sanctie.

Artikel 28

De Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers is bevoegd om advies te geven met betrekking tot bezwaar- of verweermiddelen die ingediend worden bij een voornemen tot weigering, een schorsing of een intrekking van erkenning.

De Vlaamse Regering bepaalt de procedureregels inzake erkenning, schorsing en intrekking van de erkenning.

Artikel 29

Een wijzigingsbepaling wordt opgenomen van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging.

In het decreet van 6 juli 2018 wordt nog verwezen naar de definitie van zorgaanbieder zoals bepaald in artikel 2, 16° van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, zijnde 'een zorgverstrekker, evenals een organisatie, dienst of persoon, die professioneel zorgen of diensten verleent aan gebruikers en die daardoor de eerstelijnsgezondheidszorg vergemakkelijkt, mogelijk maakt of ondersteunt, met uitzondering van de organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod'. Deze definitie komt overeen met de definitie van 'eerstelijnszorgaanbieder' in dit decreet. De verwijzing naar het begrip zorgaanbieder uit het decreet van 3 maart 2004, wordt daarom vervangen door een verwijzing naar het begrip eerstelijnszorgaanbieder in dit decreet.

Artikel 30

De machtiging wordt gegeven aan de Vlaamse Regering om voor ieder artikel van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders de datum van opheffing te bepalen. Deze datum moet worden afgestemd op de inwerkingtreding van de bepalingen van dit decreet.

Artikel 31 tot en met 33

Deze artikelen leggen de noodzakelijke overgangsbepalingen vast.

Er wordt bepaald dat het besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008 betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen en het besluit van de Vlaamse Regering van xxxx waarin het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn wordt erkend als partnerorganisatie van de eerste lijn, van kracht blijven tot ze worden opgeheven door de Vlaamse Regering.

De Vlaamse Regering bepaalt de noodzakelijke overgangsmaatregelen voor de partnerorganisaties en de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering die erkend zijn overeenkomstig het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

De Vlaamse Regering zal eveneens de nodige overgangsmaatregelen bepalen voor de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) die erkend zijn overeenkomstig het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

Volgende besluiten werden genomen in uitvoering van het decreet van 3 maart 2004:

- Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 9 september 2011 tot oprichting van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 7 oktober 2011 houdende de aanwijzing van de leden van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008 betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen;
- Ontwerpbesluit tot erkenning van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn als partnerorganisatie.

Het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 zal worden gewijzigd in uitvoering van het ontwerp van nieuw Woonzorgdecreet.

De besluiten van 9 september 2011 en 7 oktober 2011 zullen worden opgeheven door het ontwerpbesluit tot erkenning van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn als partnerorganisatie.

Het besluit van 19 december 2008 betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg zal worden opgeheven van zodra de zorggraden hun erkenning verkrijgen, op basis van het uitvoeringsbesluit met betrekking tot de zorggraden. Dit is gepland als het eerste uitvoeringsbesluit van het nieuwe decreet.

De SEL zullen niet meer blijven bestaan onder het nieuwe decreet en voor de bestaande erkenningen zal er voorzien worden in overgangsmaatregelen.

De huisartsenkringen (BVR 26 juni 2015) en het VIVEL als partnerorganisatie (BVR in opmaak) zullen als organisatie erkend worden onder dit ontwerp van decreet. Nieuwe uitvoeringsbesluiten zullen hiervoor worden genomen op basis van dit ontwerp. Tot de datum dat deze nieuwe uitvoeringsbesluiten in werking treden moeten de besluiten van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen en het ontwerpbesluit tot erkenning van het VIVEL als partnerorganisatie blijven gelden.

Bij een opheffing van het decreet van 3 maart 2004 kan het ontwerpbesluit tot erkenning van het VIVEL als partnerorganisatie zijn rechtsgrond ontleenen aan het artikel 19, §1 van het nieuwe decreet.

Het BVR van 25 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen ontleent, bij een opheffing van het decreet van 3 maart 2004, onvoldoende rechtsgrond aan het ontwerp, waardoor er wordt bepaald dat dit besluit bij wijze van overgangsmaatregel van kracht blijft tot het expliciet wordt opgeheven door de Vlaamse Regering, zodat het besluit van 25 juni 2015 van toepassing kan blijven.

Van de huidige bepalingen in voorgaande uitvoeringsbesluiten zal niet afgeweken worden.

Artikel 34

Er wordt aan de Vlaamse Regering een duidelijke machtiging gegeven om voor ieder artikel een afzonderlijke datum van inwerkingtreding vast te stellen.

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOUIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

VOORONTWERP VAN DECREET
van 14 september 2018



Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

DE VLAAMSE REGERING,

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

BESLUIT:

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is ermee belast, in naam van de Vlaamse Regering, bij het Vlaams Parlement het ontwerp van decreet in te dienen, waarvan de tekst volgt:

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Artikel 1. Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Art. 2. In dit decreet wordt verstaan onder:

- 1° eerstelijnszone: het werkgebied van de zorgraad, vermeld in artikel 13;
- 2° eerstelijnszorg: de zorg die zich richt op personen die behoefte hebben aan laagdrempelige, breed toegankelijke, ambulante en generalistische zorg en ondersteuning voor gezondheids- of welzijnsgerelateerde problemen, zowel van fysieke, psychologische als sociale aard, die wordt aangeboden door eerstelijnszorgaanbieders, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder;
- 3° eerstelijnszorgaanbieder: een persoon, dienst of organisatie die als zorg- of welzijnsactor professioneel zorg of ondersteuning verleent aan personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, met uitzondering van de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorg- en ondersteuningsaanbod;
- 4° geïntegreerde zorg en ondersteuning: de samenwerking op operationeel en organisatorisch niveau van alle betrokken zorg- en welzijnsactoren en initiatieven van vrijwillige en informele zorg- en welzijnsactoren in het streven naar een samenhangende en continue zorg voor en ondersteuning van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en zijn mantelzorgers, waarbij de zorg- en ondersteuningsvraag en de context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag het uitgangspunt vormen tijdens de hele levensloop;

- 5° informele zorg: de zorg en ondersteuning die personen niet beroepshalve maar meer dan occasioneel verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag;
- 6° lokale besturen: de gemeenten of, in de faciliteitengemeenten, de gemeente en het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn;
- 7° mantelzorger: de natuurlijke persoon die vanuit een sociale en emotionele band een of meer personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en steunt in het dagelijkse leven;
- 8° organisatie met terreinwerking: een organisatie met rechtspersoonlijkheid die op het terrein de opdrachten uitvoert, de methodieken, die al dan niet aangereikt worden door een partnerorganisatie, toepast of ondersteuning aanlevert voor de eerstelijnszorg, en die daarvoor door de Vlaamse Regering erkend of gesubsidieerd wordt;
- 9° partnerorganisatie: een organisatie met rechtspersoonlijkheid die als centrum van expertise fungeert binnen het geheel of deelaspecten van de eerstelijnszorg en die door de Vlaamse Regering erkend en gesubsidieerd wordt, of gesubsidieerd wordt via een beheersovereenkomst;
- 10° vertegenwoordiger: de natuurlijke persoon die in de plaats van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag optreedt bij alle handelingen die de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag moet stellen in het kader van dit decreet, als die niet in staat is zijn rechten zelf uit te oefenen;
- 11° zelfregie: de persoon met een zorg- of ondersteuningsvraag beschikt over het vermogen om de zorg en ondersteuning zowel procesmatig als inhoudelijk te laten aansluiten bij zijn levensdoelen en de levenskwaliteit die hij wil, hij kan controle erop uitoefenen en hij heeft de leiding erover;
- 12° zelfzorgvermogen: de persoon met een zorg- of ondersteuningsvraag bezit het vermogen om als natuurlijke persoon beslissingen en acties in het dagelijkse leven uit te voeren om te voldoen aan zijn basisbehoeften, en de bijbehorende activiteiten;
- 13° zorgaanbieder: een persoon, dienst of organisatie die als zorg- of welzijnsactor professioneel zorg of ondersteuning verleent aan personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, inclusief de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorg- en ondersteuningsaanbod;
- 14° zorg en ondersteuning: een activiteit of het geheel van activiteiten in het kader van het gezondheids- of welzijnsbeleid, uitgevoerd in het kader van dit decreet;
- 15° zorg- en ondersteuningsplan: een werkinstrument waarin, na vraagverheldering of indicatiestelling, op aangeven van en in samenspraak met de persoon de zorg- en ondersteuningsdoelen en de afspraken over de geplande zorg en ondersteuning voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zijn opgenomen, en dat toegankelijk is voor het zorgteam;
- 16° zorg- en ondersteuningsdoel: een doel dat geformuleerd wordt door de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, zijn vertegenwoordiger of mantelzorger en zijn zorgaanbieders met betrekking tot de wenselijke zorg met het oog op de levensdoelen en de levenskwaliteit die de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag wil bereiken;
- 17° zorg- en ondersteuningsvraag: de nood aan zorg en ondersteuning die een persoon of zijn omgeving aanvoelt of die objectief vastgesteld wordt;
- 18° zorgteam: de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en de betrokken informele en professionele zorg- en welzijnsactoren die, in het kader van een zorg- en ondersteuningsplan, samenwerken rond de zorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag.

Hoofdstuk 2. Werkingsprincipes voor een persoonsgerichte en geïntegreerde organisatie van de eerstelijnszorg

Art. 3. Dit decreet regelt de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.

Art. 4. In de eerstelijnszorg staan volgende werkingsprincipes voorop:

- 1° het benaderen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag vanuit het principe van integrale zorg en ondersteuning, vermeld in artikel 4, tweede lid, punt 1°, met respect voor zijn recht op zelfbeschikking;
- 2° het centraal stellen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en uitgaan van zijn zorg- en ondersteuningsvraag, keuzes en behoeften;
- 3° het ondersteunen en versterken van het zelfzorgvermogen en de informele zorg, in overeenstemming met het subsidiariteitsprincipe;
- 4° het maximaal inzetten op het verhogen van de zorggeletterdheid;
- 5 bij de planning, organisatie en uitvoering van de eerstelijnszorg staan de volgende doelstellingen voorop:
 - a) de kwaliteit van de eerstelijnszorg zoals de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag die ervaart, optimaliseren;
 - b) de gezondheid en het welzijn van de bevolking met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid verbeteren;
 - c) een meerwaarde creëren op het vlak van gezondheid en welzijn voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag met de ingezette middelen;
 - d) een kwaliteitsvolle en duurzame manier van werken voor de zorgaanbieders verzekeren;
- 6° het op een kwaliteitsvolle wijze organiseren en uitvoeren van de integrale zorg en ondersteuning. Toegankelijkheid, aanvaardbaarheid, geschiktheid, effectiviteit, veiligheid, rechtvaardigheid en efficiëntie staan daarbij voorop;
- 7° het nastreven van een geïntegreerde zorg en ondersteuning. Daarvoor kunnen gegevens over de persoon met wie een zorgrelatie bestaat, gedeeld worden op voorwaarde dat de vrije keuze en de transparante en objectieve informatie aan de persoon worden gevrijwaard. De gegevens worden bij voorkeur op digitale wijze gedeeld. Een goede kennis van het zorg- en ondersteuningslandschap is daarvoor onontbeerlijk.

In het eerste lid wordt verstaan onder:

- 1° integrale zorg en ondersteuning: de zorg en ondersteuning die een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag als geheel benadert, rekening houdend met aspecten van medische, psychosociale, levensbeschouwelijke en culturele aard en ook met factoren uit het dagelijkse leven;
- 2° zorgrelatie: de relationele band die in het kader van dit decreet ontstaat tussen een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en de eerstelijnszorgaanbieder;
- 3° zelfbeschikking: het recht op eigen keuze en zelfstandigheid in het bepalen van het eigen leven;
- 4° zorggeletterdheid: de mate waarin de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag beschikt over het vermogen om fundamentele informatie en diensten op het gebied van gezondheid en welzijn te verkrijgen, te verwerken en te begrijpen, zodat hij een beslissing kan nemen die zijn gezondheid en welzijn ten goede komt.

Hoofdstuk 3. Organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag

Art. 5. Bij de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag respecteren alle betrokken zorgaanbieders de zorg- en ondersteuningsdoelen van die persoon, alsook zijn zelfzorgvermogen, zijn keuzevrijheid en zijn wens en vermogen tot zelfregie.

Over de organisatie van de eerstelijnszorg om die zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken, vermeld in het eerste lid, worden samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de betrokken zorgaanbieders, de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en eventueel de mantelzorgers.

Art. 6. §1. Bij complexe zorg- en ondersteuningsbehoeften of bij langdurige zorg en ondersteuning wordt op verzoek van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger een zorg- en ondersteuningsplan opgemaakt. Het zorg- en ondersteuningsplan wordt opgemaakt en uitgevoerd door het zorgteam.

Ook op verzoek van de mantelzorgers of de eerstelijnszorgaanbieders kan een zorg- en ondersteuningsplan worden opgesteld, op voorwaarde dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger daarmee akkoord gaat.

De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot het zorg- en ondersteuningsplan en het opstellen ervan.

Een zorgteam bestaat uit:

- 1° de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger;
- 2° in voorkomend geval de persoon of personen actief in de informele zorg;
- 3° de zorgaanbieders, gekozen door de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, die betrokken zijn bij de realisatie van de zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon, vermeld in punt 1°.

De samenstelling van het zorgteam wordt in het zorg- en ondersteuningsplan opgenomen.

§2. In deze paragraaf wordt verstaan onder multidisciplinair overleg: een overleg van het zorgteam, waarvan minstens drie zorgaanbieders deel uitmaken.

Het zorgteam vervult de volgende taken:

- 1° het zorg- en ondersteuningsplan opmaken, uitvoeren, evalueren en zo nodig bijsturen om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken;
- 2° de persoon of zijn vertegenwoordiger, als dat nodig is, in contact brengen met zorgaanbieders die er nog niet bij betrokken zijn of met diensten uit andere domeinen dan de eerstelijnszorg, altijd met respect voor de vrije keuze van de persoon;
- 3° tijdelijk expertise toevoegen, als dat nodig is, voor de uitvoering van het zorg- en ondersteuningsplan;
- 4° als dat nodig is, een multidisciplinair overleg organiseren.

De Vlaamse Regering kan bijkomende taken formuleren voor het zorgteam en nadere regels bepalen voor de uitvoering van de taken, vermeld in het eerste lid.

De Vlaamse Regering kan de nadere regels en de financiering van de taak, vermeld in het eerste lid, 4°, bepalen.

§3. De zorgcoördinator is het aanspreekpunt van het zorgteam dat als lid van het zorgteam de taak op zich neemt om het overzicht te behouden en ervoor te zorgen dat alle zorg en ondersteuning, vastgelegd op basis van de zorg- of ondersteuningsvragen van de persoon, afgestemd, opgevolgd en geëvalueerd wordt.

De persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger neemt bij voorkeur de taak van zorgcoördinator op. Voor die taak kan de persoon bijgestaan worden door een lid van het zorgteam.

Als de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger dat niet wil of kan, wijst de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag in samenspraak met en op aangeven van het zorgteam een zorgcoördinator aan.

§4. De Vlaamse Regering kan de nadere regels en de financiering van de taak, vermeld in §3, bepalen.

Art. 7. §1. In dit artikel wordt verstaan onder casemanagement: de grondige analyse en evaluatie van het zorg- en ondersteuningsproces, opgebouwd en uitgevoerd door het zorgteam, om tot duidelijke probleemstelling te komen, en de oplossingsgerichte procesbegeleiding en zorgafstemming die daaraan verbonden worden.

§2. Bij een, al dan niet versnelde, toenemende complexiteit of bij verlies van zelfregie of zelfzorgvermogen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag nemen de leden van het zorgteam in samenspraak met en op aangeven van de persoon of zijn vertegenwoordiger alle nodige maatregelen om de zorg en ondersteuning blijvend af te stemmen op de zorg- en ondersteuningsvraag.

§3. Als het zorgteam niet slaagt in de realisatie van de opdracht, vermeld in paragraaf 2, kan op aanvraag van de zorgcoördinator en met akkoord van het zorgteam een zorgaanbieder, die de taak van casemanagement opneemt, tijdelijk ingezet worden ter ondersteuning van het zorgteam.

De zorgaanbieder die de taak van casemanagement opneemt, maakt geen deel uit van het zorgteam en treedt niet in de plaats van het zorgteam.

§4. De Vlaamse Regering kan de nadere regels en de financiering van de taak, vermeld in §3, bepalen.

Hoofdstuk 4. Ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering

Art. 8. De Vlaamse Regering kan maatregelen nemen en financieren, binnen de beschikbare begrotingskredieten, ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering. De maatregelen hebben tot doel de eerstelijnszorgaanbieders te ondersteunen in hun professionele activiteiten of hen in staat te stellen hun

activiteiten met betrekking tot de eerstelijnszorg op een interdisciplinaire wijze uit te oefenen en te blijven uitoefenen.

Hoofdstuk 5. Zorggraden

Afdeling 1. Algemene bepalingen

Art. 9. Een zorgraad is een rechtspersoon die binnen zijn werkgebied werkt aan de organisatie van de eerstelijnszorg en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.

Art. 10. §1. De Vlaamse Regering erkent en subsidieert zorggraden en bepaalt hun werkgebied.

§2. De Vlaamse Regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de duur van de erkenning, alsook de regels om de erkenning te verlenen en om de erkenning te schorsen of in te trekken als de erkenningsvoorwaarden niet worden nageleefd.

§3. De Vlaamse Regering bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden voor de uitvoering van de opdrachten, vermeld in artikel 11.

§4. Een zorgraad neemt de vorm aan van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks enig vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen behalve voor het belangeloze doel dat in de statuten bepaald is.

Afdeling 2. Opdrachten

Art. 11. Een zorgraad voert minstens de volgende opdrachten uit:

- 1° de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning afstemmen op de zorg- en ondersteuningsvragen, zoals vastgesteld op bevolkingsniveau, binnen het werkgebied van de zorgraad, in samenspraak met:
 - a) de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, mantelzorgers en vrijwilligers;
 - b) de eerstelijnszorgaanbieders;
 - c) de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod;
 - d) de lokale besturen;
- 2° een integraal en inclusief lokaal sociaal beleid als vermeld in artikel 4 van het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid, ondersteunen;
- 3° beroepsgroepspecifieke verenigingen ondersteunen die alle vrijwillig toegetreden eerstelijnszorgaanbieders die binnen het werkgebied van de zorgraad hun beroepsactiviteit uitoefenen, groeperen;
- 4° eerstelijnszorgaanbieders ondersteunen:
 - a) bij de organisatie van kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning van de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, zoals vermeld in hoofdstuk 3, en met inbegrip van digitale gegevensdeling en het klachtenbeleid bij de interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking bij het aanbieden van die zorg;
 - b) bij de aanlevering van gegevens voor de sociale kaart;

- 5° meewerken aan de uitvoering van Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en zo nodig andere doelstellingen voor het werkgebied voorstellen aan de Vlaamse Gemeenschap.

In het eerste lid wordt verstaan onder:

- 1° kwaliteitsvolle zorg: de verantwoorde zorg die rekening houdt met doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid;
- 2° vrijwilliger: de natuurlijke persoon die zijn activiteiten uitvoert op vrijwillige basis, onbezoldigd en in een georganiseerd verband;
- 3° sociale kaart: de gegevensbank, beheerd door het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, met identificatie-, contact- en werkingsgegevens van de zorgaanbieders in Vlaanderen en in Brussel.

Voor de ondersteuning van deze opdrachten kan de zorgraad een beroep doen op de deskundigheid van de organisaties met terreinwerking en de partner-organisaties.

De Vlaamse Regering kan de opdrachten nader preciseren, de voorwaarden voor de uitvoering ervan bepalen en bijkomende opdrachten vastleggen naast die vermeld in het eerste lid.

Afdeling 3. Samenstelling van de zorgraden

Art. 12. In dit artikel wordt verstaan onder afgevaardigde: een persoon die namens een lokale overheid, een organisatie of beroepsgroep wordt aangewezen om die lokale overheid, organisatie of beroepsgroep te vertegenwoordigen in de zorgraad.

Een zorgraad is pluralistisch en divers samengesteld en bestaat minstens uit de afgevaardigden van:

- 1° de lokale besturen;
- 2° de eerstelijnszorgaanbieders van verschillende disciplines, de woonzorgcentra, diensten voor gezinszorg, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, centra algemeen welzijnswerk;
- 3° de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag;
- 4° de erkende verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers.

De Vlaamse Regering kan nadere regels over de samenstelling van de zorgraad bepalen.

Afdeling 4. Werkgebied

Art. 13. De Vlaamse Regering bepaalt het werkgebied van de zorgraad, hierna de eerstelijnszone te noemen.

Bij het bepalen van de eerstelijnszones neemt de Vlaamse Regering de volgende voorwaarden in acht:

- 1° de eerstelijnszones overlappen elkaar niet;
- 2° de eerstelijnszones bestrijken het hele grondgebied van het Vlaamse Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;
- 3° een gemeente kan maar deel uitmaken van één eerstelijnszone, met uitzondering van de gemeenten Antwerpen en Gent;
- 4° een eerstelijnszone omvat minimaal 70.000 inwoners.

Hoofdstuk 6. Regionale zorgplatformen

Afdeling 1. Algemene bepalingen

Art. 14. Een regionaal zorgplatform is een rechtspersoon die binnen haar werkgebied aan de onderlinge afstemming tussen en aan de ondersteuning van de leden van het regionaal zorgplatform werkt.

Art. 15. De Vlaamse Regering erkent en subsidieert regionale zorgplatformen voor de uitvoering van de opdrachten, vermeld in artikel 16.

De Vlaamse Regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de duur van de erkenning, alsook de regels om de erkenning te verlenen en om de erkenning te schorsen of in te trekken als de erkenningsvoorwaarden niet worden nageleefd.

De Vlaamse Regering bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden.

Een regionaal zorgplatform neemt de vorm aan van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks een vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen, behalve voor het belangeloze doel dat in de statuten bepaald is.

Afdeling 2. Opdrachten

Art. 16. Een regionaal zorgplatform voert minstens de volgende opdrachten uit:

- 1° het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin adviseren over de afstemming van het aanbod aan zorg en ondersteuning op de behoeften van de bevolking binnen zijn werkgebied;
 - 2° de eerstelijnszorg en de gespecialiseerde zorg op elkaar afstemmen, zodat de zorgcontinuïteit voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag gegarandeerd kan worden;
 - 3° problemen, drempels of knelpunten behandelen die niet door de zorgraden binnen hun werkgebied opgelost kunnen worden.
- .

In het eerste lid, 1°, wordt verstaan onder het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: het beleidsdomein, vermeld in artikel 2, punt 7°, en artikel 9 van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 juni 2005 met betrekking tot de organisatie van de Vlaamse administratie.

De Vlaamse Regering kan de opdrachten, vermeld in het eerste lid, nader preciseren, de voorwaarden voor de uitvoering ervan bepalen en bijkomende opdrachten vastleggen, naast die vermeld in het eerste lid.

Afdeling 3. Samenstelling van de regionale zorgplatformen

Art. 17. In dit artikel wordt verstaan onder geestelijk gezondheidsnetwerk: een geformaliseerd samenwerkingsverband dat verantwoordelijk is voor een bepaald werkgebied en betrokken is bij de zorg voor de deelpopulatie waartoe het samenwerkingsverband zich richt, en dat in samenwerking met vertegenwoordigers van gebruikers en hun mantelzorgers het geestelijke gezondheidsaanbod en functies faciliteert en optimaliseert.

De volgende organisaties die binnen zijn werkgebied werken, zijn minstens lid van een regionaal zorgplatform:

- 1° de Logo's, vermeld in artikel 2, 19°, van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid;
- 2° de palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden voor palliatieve zorg;
- 3° de erkende regionale expertisecentra dementie;
- 4° de geestelijke gezondheidsnetwerken;
- 5° de ziekenhuizen en ziekenhuissamenwerkingsverbanden die in de regio gevestigd en erkend zijn;
- 6° de zorgraden binnen het werkgebied van het regionaal zorgplatform;
- 7° de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en van erkende verenigingen van mantelzorgers en gebruikers.

De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen over de samenstelling van de regionale zorgplatformen.

Voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kan de Vlaamse Regering specifieke organisaties aanwijzen om het regionaal zorgplatform te ondersteunen in de uitvoering van zijn opdrachten.

Afdeling 4. Werkgebied

Art. 18. De Vlaamse Regering bepaalt het werkgebied van een regionaal zorgplatform, hierna regionale zorgzone te noemen.

Bij het bepalen van de regionale zorgzones neemt de Vlaamse Regering de volgende voorwaarden in acht:

- 1° de regionale zorgzones bestrijken het grondgebied van het Vlaamse Gewest en van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;
- 2° een regionale zorgzone omvat minstens twee eerstelijnszones, met uitzondering van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, dat kan bestaan uit één eerstelijnszone;
- 3° een regionale zorgzone bestrijkt een grondgebied van minimaal 300.000 inwoners;
- 4° het werkgebied van de organisaties, vermeld in artikel 17, tweede lid, 1° tot en met 4°, en de regionale zorgzones zijn maximaal op elkaar afgestemd.

Hoofdstuk 7. Partnerorganisaties

Art. 19. §1. De Vlaamse Regering kan in het kader van dit decreet zowel organisaties erkennen en subsidiëren, binnen de beschikbare begrotingskredieten, als partnerorganisatie en hun werkgebied bepalen.

De Vlaamse Regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de duur van de erkenning, alsook de regels om de erkenning te verlenen en om de erkenning te schorsen of in te trekken als de erkenningsvoorwaarden niet worden nageleefd.

De Vlaamse Regering bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden.

Partnerorganisaties hebben de vorm van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks een vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen, behalve voor het belangeloze doel dat in de statuten bepaald is.

§2. In afwijking van paragraaf 1 kan de Vlaamse Regering, na een oproep, een beheersovereenkomst sluiten met een partnerorganisatie. Een partnerorganisatie waarmee een beheersovereenkomst wordt gesloten, wordt geacht erkend te zijn voor de duur van die overeenkomst.

De beheersovereenkomst, vermeld in het eerste lid, geldt voor minimaal drie jaar en voor maximaal vijf jaar en kan eenmalig verlengd worden voor ten hoogste de initiële duur van de overeenkomst.

De beheersovereenkomst omvat:

- 1° de aard van de deskundigheid van de partnerorganisatie, de doelgroepen aan wie de partnerorganisatie minstens ondersteuning biedt en de opdrachten die de partnerorganisatie heeft ten aanzien van de Vlaamse Gemeenschap;
- 2° een beleidsplan voor de duur van de beheersovereenkomst. Dat beleidsplan omvat:
 - a) de resultaatsgebieden voor de uitvoering van de overeenkomst;
 - b) de evaluatiecriteria voor de resultaatsgebieden, vermeld in punt a);
 - c) de wijze waarop wordt voorzien in periodieke rapportage;
- 3° het werkgebied van de partnerorganisatie;
- 4° de voorwaarden en nadere regels voor de subsidie.

De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot de oproep en het sluiten van een beheersovereenkomst.

Hoofdstuk 8. Organisaties met terreinwerking

Art. 20. De Vlaamse Regering kan voorzieningen in de eerstelijnszorg erkennen of subsidiëren, binnen de beschikbare begrotingskredieten, als organisaties met terreinwerking en ze kan hun werkgebied bepalen.

De Vlaamse Regering bepaalt, in voorkomend geval, de erkenningsvoorwaarden, de regels voor de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

De Vlaamse Regering bepaalt, in voorkomend geval, de subsidie en de subsidievoorwaarden.

Organisaties met terreinwerking hebben de vorm van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks een vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen, behalve voor het belangeloze doel dat in de statuten bepaald is. In het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kan een organisatie met terreinwerking opgericht worden door de Vlaamse Gemeenschapscommissie.

Art. 21. Organisaties met terreinwerking doen, als ze voor bepaalde opdrachten of delen van opdrachten ondersteuning nodig hebben, een beroep op het aanbod van de partnerorganisaties die door hun inhoudelijke deskundigheid of hun vermogen om gegevens aan te leveren, de gevraagde ondersteuning kunnen bieden.

Hoofdstuk 9. Projecten

Art. 22. De Vlaamse Regering kan, onder de voorwaarden die ze bepaalt en binnen de begrotingskredieten, een subsidie verlenen voor projecten met een tijdelijk en vernieuwend karakter met betrekking tot de eerstelijnszorg.

Hoofdstuk 10. Verantwoordingsplicht en toezicht

Art. 23. Alle zorgraden, regionale zorgplatformen, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking die door de Vlaamse Regering erkend of gesubsidieerd worden voor opdrachten binnen het kader van dit decreet, leggen verantwoording af en zijn onderworpen aan toezicht.

De Vlaamse Regering organiseert het toezicht en de controle op de naleving van dit decreet en de uitvoeringsbesluiten ervan.

Art. 24. Alle zorgraden, regionale zorgplatformen, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking die door de Vlaamse Regering gesubsidieerd worden voor opdrachten voor de uitvoering of ondersteuning van de eerstelijnszorg, maken op eenvoudig verzoek van de Vlaamse Regering alle andere financiële middelen dan de middelen die verkregen zijn in het kader van dit decreet, kenbaar. Alle bewijsstukken worden op eenvoudig verzoek ter beschikking gesteld.

Tenzij dubbele financiering van dezelfde activiteit voor de uitvoering of de ondersteuning van de eerstelijnszorg wordt aangetoond, worden de financiële middelen die buiten dit decreet verworven zijn, niet in mindering gebracht van de subsidies die via dit decreet verkregen zijn.

Het kan worden toegestaan om reserves aan te leggen. De Vlaamse Regering bepaalt daartoe nadere regels.

Hoofdstuk 11. Administratieve sancties

Art. 25. De subsidie van een zorgraad, regionaal zorgplatform, partnerorganisatie en organisatie met terreinwerking wordt geheel of gedeeltelijk ingehouden of teruggevorderd als de opdrachten of verplichtingen die voortvloeien uit dit decreet, niet worden nageleefd.

Art. 26. De erkenning van een zorgraad, regionaal zorgplatform, partnerorganisatie en organisatie met terreinwerking kan geschorst of ingetrokken worden als de organisatie niet of niet meer voldoet aan de verplichtingen die voortvloeien uit dit decreet.

Art. 27. Een administratieve sanctie als vermeld in artikel 25 en 26, kan alleen uitgevoerd worden als:

- 1° de betrokkene van het agentschap een schriftelijke aanmaning heeft ontvangen om de verplichtingen in kwestie na te komen;
- 2° de betrokkene de verplichtingen in kwestie niet is nagekomen binnen de termijn die het agentschap bepaalt;
- 3° de betrokkene is uitgenodigd om gehoord te worden door het agentschap.

In het eerste lid wordt verstaan onder agentschap: het agentschap Zorg en Gezondheid, opgericht bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei

2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap "Zorg en Gezondheid".

Hoofdstuk 12. Procedures voor erkenning, schorsing en intrekking van de erkenning

Art. 28. Voor de zorgraden, de regionale zorgplatformen, de partnerorganisaties en de organisaties met terreinwerking regelt de Vlaamse Regering de procedure voor de erkenning en voor de schorsing en de intrekking van de erkenning.

De Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en (Kandidaat-)pleegzorgers, vermeld in artikel 12 van het decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid en van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, geeft advies over bezwaar- of verweermiddelen die in het kader van de procedures die voortvloeien uit dit decreet, ingediend worden bij een voornemen tot weigering, schorsing of intrekking van erkenning.

Hoofdstuk 13. Wijzigingsbepalingen

Art. 29. In artikel 90, derde lid, van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging wordt punt 4° vervangen door wat volgt:

"4° zorgaanbieder: een eerstelijnszorgaanbieder als vermeld in artikel 2, 3°, van het decreet van xxxx betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders."

Art. 30. In artikel 52, §1, tweede lid, van het Woonzorgdecreet van xxxx wordt de zinsnede "het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders" vervangen door de zinsnede "het decreet van xxxxxx betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders".

Hoofdstuk 14. Slotbepalingen

Art. 31. De Vlaamse Regering regelt de opheffing van elk van de bepalingen van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

Art. 32. De volgende besluiten blijven van kracht tot ze door de Vlaamse Regering worden opgeheven:

1° het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen;

2° het besluit van de Vlaamse Regering van xxxxx betreffende xxxxxx (erkenning Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn als partnerorganisatie).

Art. 33. De Vlaamse Regering bepaalt de noodzakelijke overgangsmaatregelen voor de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg die erkend zijn conform artikel 8 van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de

eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, zoals van kracht op de dag vóór de opheffing van het voormelde artikel.

Art. 34. De Vlaamse Regering bepaalt de noodzakelijke overgangsmaatregelen voor de partnerorganisaties die erkend zijn conform artikel 14 van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, zoals van kracht op de dag vóór de opheffing van het voormelde artikel, en de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg, die erkend zijn conform artikel 7 van het voormelde decreet, zoals van kracht op de dag vóór de opheffing van het voormelde artikel.

Art. 35. De Vlaamse Regering bepaalt voor iedere bepaling van dit decreet de datum van inwerkingtreding.

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

ADVIES VAN DE SOCIAAL-ECONOMISCHE RAAD VAN VLAANDEREN



Advies

Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg

Brussel, 15 oktober 2018

SERV_20181015_decreet_organisatie_eerstelij_n_ADV.docx

Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen • Wetstraat 34-36, 1040 Brussel • T +32 2 209 01 11
info@serv.be • www.serv.be

Voorontwerp decreet eerstelijns

Adviesvraag: Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

Adviesvrager: Jo Vandeurzen - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Ontvangst adviesvraag: 20 september 2018

Adviestermijn: 30 dagen

Decretale opdracht: SERV-decreet 7 mei 2004 art. 11 (overlegfunctie)

Goedkeuring raad: 15 oktober 2018

Contactpersoon: Kristel Bogaerts - kbogaerts@serv.be



De heer Jo VANDEURZEN
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Ellipsgebouw
Koning Albert II-laan 35 bus 90
1030 BRUSSEL

contactpersoon
Kristel Bogaerts
kbogaerts@serv.be

ons kenmerk
SERV_BR_20181015_organisatie_eerstelijnszorg_ADV

Brussel
15 oktober 2018

Decreet organisatie eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

Mijnheer de minister

De SERV verwelkomt het decreet over de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders, als een eerste stap in de concretisering van de beleidsvisietekst over een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. Voor de raad is de eerstelijnszorg een belangrijke schakel in het hele zorgcontinuum. Het belang van een verbeterde organisatie van de eerstelijnszorg is zeer groot.

De SERV adviseert in dit dossier louter selectief op een aantal elementen die voor hem een bijzondere sociaal-economische relevantie hebben, in het kader van dit decreet zelf en/of met het oog op de verdere operationalisering in uitvoeringsbesluiten.

Zelfzorg en mantelzorg aanvullend bij basishulpverlening

De raad plaatst eerst bedenkingen bij de sterke focus op zelfzorg en mantelzorg. Vaak hebben de meeste kwetsbare personen een beperkte gezondheidsgesleddheid en een beperkt netwerk om op terug te vallen met het oog op zelfzorg en mantelzorg. Daarom is het voor de raad belangrijk dat in de eerstelijnszorg deze laatste zorgvormen beschouwd worden als aanvullend bij het professionele aanbod van basishulpverlening rond sociale, psychische en medische problemen.

Randvoorwaarden bij mantelzorg

Ook vanuit de combinatie van zorg en arbeid verwees de SERV eerder al naar belangrijke grenzen en randvoorwaarden. De SERV vroeg daar aandacht voor de grenzen aan mantelzorg, zowel aan de zorgzijde als aan de economische zijde. Het is ook nodig om de mantelzorgers op lokaal en bovenlokaal niveau goed te ondersteunen, onder andere bij de combinatie met arbeid. De kansengroepen moeten duidelijk in beeld blijven met specifieke acties en communicatie.

SERV_20181015_decreeet_organisatie_eerstelijnszorg_ADV.docx

Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen • Wetstraat 34-36, 1040 Brussel • T +32 2 209 01 11
info@serv.be • www.serv.be

■ **Waarborg voor financiële toegankelijkheid en verminderen van ongelijkheid**

Men erkent de steeds groter wordende sociale gezondheidskloof in onze land. In het decreet lezen we onder werkingsprincipes (5°B) dat de toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid in de eerstelijnszorg een doelstelling is bij de planning, organisatie en uitvoering van de eerstelijnszorg. Maar hoe wil dit decreet sociale ongelijkheden verminderen en financiële toegankelijkheid waarborgen?

■ **Troeven digitalisering benutten**

De raad verwijst naar zijn [visie, aanbevelingen en acties](#) rond de transitie naar een digitale samenleving. Daarin wordt onder andere gepleit voor het gebruik van de digitalisering om de gezondheidsgeletterdheid van burgers te vergroten. Daarvoor is het nodig om een duidelijke visie te formuleren over wat men van burgers verwacht op het vlak van gezondheidsgeletterdheid, om in interactie met verschillende doelgroepen bestaande barrières in kaart te brengen (zowel bij de burgers als in de vormgeving van de zorg en de digitale toepassingen) en om te leren uit internationale goede praktijken. Die kennis moet worden ingezet om processen in de zorg en de digitale toepassingen aan te passen zodat ze aansluiten bij verschillende doelgroepen. Ook het formuleren van ambitieuze kwantitatieve doelstellingen om de gezondheidsongelijkheid te verkleinen, blijft nodig. Ook daarvoor kan digitalisering ingezet worden. Dat kan via initiatieven om o.a. de toegang tot de eerstelijnszorg via digitale weg (bv. via het burgerloket) te verbeteren, om de bestaande digitale platformen (bv. e-health, vitalink) bekender te maken (bv. via de bedrijfscoaches van Gezond Leven) en om gericht in te zetten op preventieve acties via het gebruik van beschikbare gegevens (op geaggregeerd en/of op individueel niveau).

■ **Integrale uitvoering enkel gegarandeerd bij duidelijk financieel kader**

De SERV toont zich bezorgd over het ontbreken van een duidelijk financieel kader voor de nieuwe organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. Door de impact van de uitvoering en voorziene subsidiëringen niet op voorhand grondig te becijferen wordt er onzekerheid gecreeërd over de integrale uitvoering van de hervormde organisatie van de eerstelijnszorg. Alleen bij een integrale uitvoering kan immers een betere eerstelijnszorg gegarandeerd worden.

■ **Inzet van vrijwilligers en verenigingswerkers is aanvullend**

In de memorie van toelichting wordt er vlot de link gelegd tussen informele zorg en verenigingswerk. De verenigingswerker is beperkt tot een lijst van uit te voeren activiteiten en dient te voldoen aan specifieke kwaliteitsvereisten. Het is geen evidentie dat verenigingswerkers een prominente plaats krijgen toegewezen in de (informele) hulpverlening, gezien dat ze een afgebakende taak hebben. Het is voor de raad belangrijk dat de inzet van vrijwilligers en verenigingswerkers enkel aanvullend en ondersteunend kan zijn. Dit is nodig om voldoende continuïteit en professionaliteit in de zorg te blijven waarborgen.

Hoogachtend

Pieter Kerremans
administrateur-generaal

Hans Maertens
voorzitter

ADVIES VAN DE STRATEGISCHE ADVIESRAAD
VOOR HET WELZIJNS-, GEZONDHEIDS- EN GEZINSBELEID



Advies

Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

Brussel, 30 oktober 2018

SAR WGG_Raad_20181030_decreetEerstelijnszorg_ADV_DEF.docx

Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid Gezin • Wetstraat 34-36, 1040 Brussel • T +32 2 209 01 11
info@sarwgg.be • www.sarwgg.be

**Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg,
de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de
eerstelijnszorgaanbieders**

Adviesvraag: Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

Adviesvrager: Jo Vandeurzen - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Ontvangst adviesvraag: 20 september 2018

Adviestermijn: 40 dagen

Decretale opdracht: SAR-functie

Goedkeuring raad: 30 oktober 2018

Contactpersoon: Barbara Krekels - bkrekels@serv.be

Inhoud

Inhoud	61
Krachtlijnen	62
Advies	64
Situering	64
1 Algemene appreciatie.....	64
1.1 Visie op eerstelijnszorg.....	64
1.2 Kansen en valkuilen voor de uitvoering van het decreet.....	67
2 Bespreking van het voorontwerp van decreet.....	69
2.1 Definities	69
2.2 Werkingsprincipes.....	70
2.3 Organisatie van de eerstelijnszorg voor persoon met zorg en ondersteuningsbehoefte	71
2.4 Ondersteuning van eerstelijnszorgaanbieders.....	72
2.5 Zorgraden.....	73
2.6 Regionale zorgplatformen.....	75
2.7 Partnerorganisaties	77
2.8 Organisaties met terreinwerking	78
2.9 Projecten	78
2.10 Brussel	78

Krachtlijnen

Visie op eerstelijnszorg

Voor de raad betekent dit hervormingstraject een belangrijke oefening in het versterken en het meer zichtbaar en kwaliteitsvoller maken van de eerste lijn. Het is goed dat alle partners op het terrein door dit voorontwerp van decreet aangespoord worden om samen aan tafel te gaan.

De SAR WGG is van mening dat de actuele ontwikkelingen in het denken over de rol en het belang van de eerstelijnszorg goed vertaald zijn in dit voorontwerp van decreet. Het zet Vlaanderen ook internationaal op de kaart als regio met beleidsaandacht voor een innovatieve eerstelijnszorg. Na een lange voorbereiding, waar samen met alle betrokkenen werd nagedacht over de organisatie van de eerste lijn, is het goed dat dit decreet nu kan goedgekeurd worden. De reorganisatie kan dan echt ingang vinden.

De raad onderschrijft de ambitie van het voorontwerp van decreet, met name de eerste lijn versterken en een betere samenwerking en integratie in de eerste lijn realiseren. Het voorontwerp van decreet verlaat de strikt medische invalshoek en vertrekt veeleer vanuit een bio-psychosociaal model waarbij de veelheid van aspecten binnen gezondheid en welzijn meer als een geheel worden benaderd. De persoonsgerichte en geïntegreerde aanpak en de integratie van welzijn en gezondheid komen goed uit de verf in de tekst. De raad ondersteunt dit ten zeerste.

De raad is van mening dat het decreet er moet komen, wat niet wegneemt dat er nog verbeterpunten zijn. Zo meent de raad dat er nog te weinig nadruk ligt op de verschuiving van reactieve zorg en ondersteuning naar een populatiegerichte, proactieve benadering. De raad ziet immers in de eerstelijnszone een mogelijkheid tot integratie van eerstelijnszorg (Primary Care) en volksgezondheid (Public Health). Een nauwere samenwerking in de eerste lijn met de actoren van preventieve gezondheidszorg zal zorgen voor meer continuïteit in zorg en ondersteuning.

Voor de SAR WGG zit het sluitstuk van een populatiegerichte benadering in het verantwoordelijk stellen (accountability) van de eerstelijnszone voor een bepaalde populatie. Op dat vlak leest het voorontwerp van decreet echter nog zeer vrijblijvend. Het voorziet enkel in mogelijkheid om stimulansen te voorzien voor interdisciplinaire samenwerking in praktijkvoering (artikel 8). We lezen geen garanties voor een werkelijke samenwerking. Dit blijft voorlopig een belangrijk manco in het decreet: de link tussen het aanzetten tot samenwerking en de opdracht of het doel van die samenwerking, met name een toegankelijke, kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning voor iedereen.

De raad mist in het voorontwerp van decreet linken naar andere grote trajecten zoals de Vlaamse sociale bescherming (VSB), het decreet betreffende de woonzorg, het decreet op de geestelijke gezondheid, het preventiedecreet, ...

Kansen en valkuilen voor de uitvoering van het decreet

Voorliggend voorontwerp van decreet zet de structuren uit voor de reorganisatie van de eerstelijnszorg. Het legt daarbij een legistieke basis voor een aantal nieuwe concepten en geeft tegelijk een nieuwe inbedding aan bestaande regelingen. Een vereenvoudiging van de structuren was één van de doelstellingen van het hervormingstraject. De raad blijft na het lezen van dit voorontwerp van decreet toch bezorgd of de nieuwe structuur wel tot administratieve vereenvoudiging zal leiden. Zo vraagt de raad zich bijvoorbeeld af of het creëren van 75 nieuwe vzw's niet een al te zware belasting zal betekenen voor het werkveld.

Voor de raad is het een grote bekommernis dat de beschikbare middelen vooral naar de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte gaan en niet naar het opzetten van de structuren. De raad leest niet welke middelen de Vlaamse Regering zal vrijmaken voor het welslagen van deze transitie en stelt vast dat er nu nog veel beroep gedaan wordt op voluntarisme.

De huidige staatsstructuur maakt dat de Vlaamse overheid hoe dan ook de samenwerking met het federale niveau nodig zal hebben om van deze reorganisatie een succes te maken. Ook de beroepsgroepen die door het federale niveau gefinancierd worden, zullen de omslag moeten maken naar meer geïntegreerde zorg en ondersteuning. Het zou daarom goed zijn dat de Vlaamse overheid in dit decreet de mogelijkheid zou voorzien om samenwerkingsakkoorden met de federale overheid af te sluiten.

De raad merkt op dat de Vlaamse regering wel volledig bevoegd is voor het domein welzijn. Ook daar is het nodig te investeren, bijvoorbeeld, om het geïntegreerd breed onthaal een sterke start te geven.

Er zal spoedig werk moeten gemaakt worden van de concretisering in uitvoeringsbesluiten en van een duidelijk tijdspad voor de uitvoering zodat de dynamiek op het terrein gevoed blijft. De SAR WGG vraagt dat de Vlaamse Regering voor de uitvoering een uitgewerkt pad voorlegt met duidelijke engagementen, opleveringen en een concrete tijdshorizon.

Bespreking van het voorontwerp van decreet

In het tweede deel van het advies volgt een artikelsgewijze bespreking van het voorontwerp van decreet.

Advies

Situering

De Strategische adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid (SAR WGG) ontving op 20 september 2018 een adviesvraag van de Vlaamse minister voor welzijn, volksgezondheid en gezin, Jo Vandeuren over het voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. De adviestertermijn loopt tot eind oktober 2018.

Op 27 april 2017 bracht de SAR WGG al advies uit over de conceptnota 'een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn'. De conceptnota volgde op de conferentie eerstelijnszorg van 16 februari 2017 die grondig werd voorbereid via een participatief traject waarbij onder andere belanghebbende eerstelijnsorganisaties, voorzieningen, beroepsgroepen, deskundigen uit de sector en gebruikers werden betrokken.

De raad vergaderde over het voorliggende voorontwerp van decreet op 27 september, op 9 oktober en op 25 oktober 2018. Het advies van de SAR WGG werd bij consensus aangenomen op 30 oktober 2019.

1 Algemene appreciatie

Voor de raad betekent het hervormingstraject - dat in voorliggend voorontwerp van decreet vertaald wordt - een belangrijke oefening in het versterken en het meer zichtbaar en kwaliteitsvoller maken van de eerste lijn. Het is goed dat alle partners op het terrein door dit voorontwerp van decreet aangespoord worden om samen aan tafel te gaan. Dat is een eerste stap. Het zijn de actoren op het terrein die uiteindelijk samen een toegankelijke en kwaliteitsvolle geïntegreerde zorg en ondersteuning in de eerste lijn tot stand moeten brengen.

1.1 Visie op eerstelijnszorg

De SAR WGG is van mening dat de actuele ontwikkelingen in het denken over de rol en het belang van de eerstelijnszorg goed vertaald zijn in dit voorontwerp van decreet. Het zet Vlaanderen ook internationaal op de kaart als regio met beleidsaandacht voor een innovatieve eerstelijnszorg. Na een lange voorbereiding, waar samen met alle betrokkenen werd nagedacht over de organisatie van de eerste lijn, is het goed dat dit decreet nu kan goedgekeurd worden. De reorganisatie kan dan echt ingang vinden.

De raad onderschrijft de ambitie van het voorontwerp van decreet, met name de eerste lijn versterken en een betere samenwerking en integratie in de eerste lijn realiseren. Het voorontwerp van decreet verlaat de strikt medische invalshoek en vertrekt veeleer vanuit een bio-psychosociaal model waarbij de veelheid van aspecten binnen gezondheid en welzijn meer als een geheel worden benaderd. De persoonsgerichte en geïntegreerde aanpak en de integratie van welzijn en gezondheid komen goed uit de verf in de tekst. De raad ondersteunt dit ten zeerste.

De raad meent echter dat er nog te weinig nadruk ligt op de verschuiving van reactieve zorg en ondersteuning naar een populatiegerichte, proactieve benadering. Deze benadering sluit ook aan bij het beleid van de Wereldgezondheidsorganisatie rond Universal Health Coverage en bij de

Duurzame Ontwikkelingsdoelen (SDG 3) van de Verenigde Naties. De raad stelt voor om een verwijzing naar deze internationale kaders op te nemen op pagina 8 van de memorie van toelichting.

Preventie en de eerste lijn

De raad ziet immers in de eerstelijnszone een mogelijkheid tot integratie van eerstelijnszorg (Primary Care) en volksgezondheid (Public Health). Die integratie wordt gezien als een essentieel aspect van een populatiegerichte benadering. Een nauwere samenwerking in de eerste lijn met de actoren van de preventieve gezondheidszorg zal zorgen voor meer continuïteit in zorg en ondersteuning, die vertrekt vanuit preventie, vroeg-detectie en vroeg-interventie, en ook schade beperkende maatregelen omvat.

De raad vraagt daarom om in dit voorontwerp van decreet preventie, vroeg-detectie en vroeg-interventie duidelijker in te schrijven in de organisatie van de eerstelijnszorg. Zowel op lokaal, regionaal als Vlaams niveau moet preventie en vroeg-interventie een prominente rol innemen om de gezondheidsdoelstellingen van het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' te bereiken. De hervorming van de eerstelijnszorg is een uitgelezen kans om de maatschappelijke winst, doeltreffendheid en kosteneffectiviteit die gepaard gaat met preventie en vroeg-interventie optimaal te verankeren in de eerste lijn. De raad wijst erop dat het hierbij niet alleen om primaire preventie gaat, ook een secundaire en tertiaire preventie, waarbij proactief gehandeld wordt om problemen te voorkomen, kunnen een belangrijke maatschappelijke winst betekenen.

In de conceptnota 'Een geïntegreerde zorg in de eerste lijn' kwamen preventie en gezondheidspromotie duidelijk aan bod als opdracht voor de zorgactoren in de eerste lijn, maar het werd nogal smal ingevuld: *Een preventief beleid voeren in zorg en welzijn houdt in dat de zorgaanbieders oog hebben voor preventie en daarbij ondersteund worden om de methodieken uit het preventieve gezondheidsbeleid toe te passen binnen hun praktijkvoering (conceptnota p. 22)*. Uit de feedback op de gezondheidsconferentie (16&17 december 2016) is gebleken dat het niet genoeg is om bepaalde methodieken uit te werken. De focus moet meer gelegd worden op de ondersteuning van de implementatie en het inzetten van middelen. Er moet ook veel meer in overleg met de eerstelijnsactoren afgesproken worden wat de eerste lijn precies kan opnemen en wat de eerstelijnsactoren nodig hebben om dit in de praktijk te brengen.

- Om dit te realiseren wordt preventie best zo dicht mogelijk bij het lokale niveau gebracht. De raad is dan ook van mening dat de Logo's operationeel moeten functioneren op het niveau van de eerstelijnszones. Het zou voor bredere equipes zorgen die ook rond preventie een sterke lokale werking kunnen ontwikkelen. Op die manier zou het beleid ook een echte opening creëren naar health in all policies op het niveau waar ook de lokale besturen actief zijn (SAR WGG, 27 april 2017, pp.15-16).
- De raad vraagt daarnaast om in de eerstelijnszones ook de actoren die inzetten op zorg en ondersteuning vanaf de eerste levensjaren te betrekken. Een goede start in het leven kan een wereld van verschil maken op het vlak van welzijn en gezondheid. Continuïteit van zorg begint dan ook bij de eerste zes levensjaren. Daarom meent de raad dat naast de Huizen van het Kind ook de Consultatiebureaus Kind en Gezin en de CLB in de zorgraad vertegenwoordigd moeten zijn.

Accountability

Voor de SAR WGG zit het sluitstuk van een populatiegerichte benadering in het verantwoordelijk stellen (accountability) van de eerstelijnszone voor een bepaalde populatie. Alleen wanneer de professionals op het terrein echt samen verantwoordelijkheid zullen opnemen voor een bepaalde populatie zal er werkelijk een toegankelijke en integrale zorg en ondersteuning ontstaan.

Op dat vlak leest het voorontwerp van decreet echter nog zeer vrijblijvend. Het voorziet enkel in mogelijkheid om stimulansen te voorzien voor interdisciplinaire samenwerking in praktijkvoering (artikel 8). We lezen geen garanties voor een werkelijke samenwerking. Dit blijft voorlopig een belangrijk manco in het decreet: de link tussen het aanzetten tot samenwerking en de opdracht of het doel van die samenwerking, met name een toegankelijke, kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning voor iedereen. We lezen in de werkingsprincipes wel over quadruple aim, maar dit wordt elders in het voorontwerp van decreet niet hard gemaakt door concrete maatregelen of stimulansen.

In zijn advies over de conceptnota 'een geïntegreerde zorgverlening op de eerste lijn' stelde de raad al dat, door een netwerk van zorgverleners de verantwoordelijkheid te geven om de zorg en ondersteuning samen op te nemen voor een bepaalde populatie, kan worden vermeden dat (vaak extra kwetsbare) burgers en/of per personen met een zorgbehoefte door de mazen van het net (blijven) vallen. De raad wees er toen al op dat dit één van de belangrijke hefboomen is die de Vlaamse Regering in handen heeft om de gezondheidskloof te dichten en de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning te bevorderen. De raad vond het dan ook een gemiste kans dat dit in de conceptnota niet werd vooropgesteld. (SAR WGG, 27 april 2017, p. 15; SAR WGG, 21 december 2017 *Voorstel voor een Vlaamse gezondheidsdoelstelling over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn*).

De raad benadrukt vandaag de noodzaak om deze 'accountability' duidelijk te formuleren op de twee niveaus: op meso-niveau door een performante werking van de eerstelijnszone, op micro-niveau door een netwerk van zorgverleners, verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning voor een bepaalde populatie.

Bruggen naar andere lijnen en trajecten

De raad stelt ook vast dat de samenwerking met de andere lijnen met dit voorontwerp van decreet onduidelijk blijft. We hebben een sterk eerstelijnsdecreet nodig, dat duidelijke linken met andere lijnen legt met het oog op een efficiënte lijn-overstijgende samenwerking. Een sterk decreet over de eerste lijn is immers een essentieel 'eigenstandig' onderdeel van een kwaliteitsvolle en toegankelijk integrale (langdurige) zorg en ondersteuning in de eerste lijn, die in een goed model van getrapte zorg en ondersteuning is ingebed. De raad denkt niet dat - zoals in de memorie van toelichting wordt gesteld op p.4 - een decreet over de eerstelijnszorg slechts als een tussenstap naar één 'sectoroverschrijdend decreet langdurige zorg en ondersteuning' moet worden gezien.

De raad mist in het voorontwerp van decreet linken naar andere grote trajecten zoals de Vlaamse sociale bescherming (VSB), het decreet betreffende de woonzorg, het decreet op de geestelijke gezondheid, het preventiedecreet, In zijn advies over het decreet betreffende de woonzorg (31 mei 2018, p.7) schreef de raad al dat er bij het uitschrijven en uitrollen van deze trajecten zeer sterk over moet gewaakt worden dat alles op zijn plaats valt, in elkaar haakt en dat er geen hiaten/gaten vallen, noch tegenstrijdigheden ontstaan.

1.2 Kansen en valkuilen voor de uitvoering van het decreet

Voorliggend voorontwerp van decreet zet de structuren uit voor de reorganisatie van de eerstelijnszorg. Het legt daarbij een legistische basis voor een aantal nieuwe concepten en geeft tegelijk een nieuwe inbedding aan bestaande regelingen. Een vereenvoudiging van de structuren was één van de doelstellingen van het hervormingstraject. De raad blijft na het lezen van dit voorontwerp van decreet toch bezorgd of de nieuwe structuur wel tot administratieve vereenvoudiging zal leiden. Zo vraagt de raad zich bijvoorbeeld af of het creëren van 75 nieuwe vzw's niet een al te zware belasting zal betekenen voor het werkveld. Door nieuwe concepten en oude regelingen/systemen in één decreet onderdak te geven, dreigen de innovatieve keuzes die aan de basis liggen van de hervormingen te worden ondergesneeuwd. Bij de uitvoering zal het van groot belang zijn dat de verschillende partners op de verschillende organisatieniveaus efficiënt kunnen bijdragen aan een geïntegreerde zorg en ondersteuning.

De raad merkt ook op dat het belangrijk is snelheid te maken voor de uitvoering van dit decreet. In de praktijk zijn de eerstelijnszones gevormd, zijn er instructies uitgestuurd voor de zorgraden, en zijn er heel wat verwachtingen gecreëerd. Er zal dan ook spoedig werk moeten gemaakt worden van de concretisering in uitvoeringsbesluiten en van een duidelijk tijdspad voor de uitvoering zodat de dynamiek op het terrein gevoed blijft.

Het voorontwerp van decreet laat immers nog erg veel open voor de uitvoering. Verdere invulling kan pas uitwijzen of de burger en de persoon met zorgbehoefte uiteindelijk op het terrein meer integrale zorg en ondersteuning zal ervaren. Ook voor de actoren op het terrein is het nog koffiedik kijken op welke manier bepaalde concepten zullen worden uitgevoerd. Die uitvoering zal een belangrijke impact hebben op de werking van de actoren in de eerste lijn, zoals bijvoorbeeld de organisatie en de financiering van het interdisciplinair overleg, zorgcoördinatie, casemanagement, de werking van de zorgraden, de uitwerking van de regionale zorgzones,....

Door een gebrek aan invulling in dit voorontwerp van decreet blijft ook de onduidelijkheid bestaan over de verhouding en de interactie tussen zorgraden, regionale zorgplatformen en het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn en over de afstemming tussen de eerstelijnszones en het lokaal sociaal beleid.

De raad leest niet welke middelen de Vlaamse Regering zal vrijmaken voor het welslagen van deze transitie en stelt vast dat er nu nog veel beroep gedaan wordt op voluntarisme. Is er nagegaan wat de weerslag op werking van organisaties en individuele zorgverstrekkers zal zijn? Is er nagegaan welke de impact op de werklast voor het betrokken personeel zal zijn? Krijgen de actoren hiervoor extra middelen? Hoeveel VTE zullen er nu effectief beschikbaar zijn voor de ondersteuning van de zorgraden?

Voor de raad is het een grote bekommernis dat de beschikbare middelen vooral naar de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte gaan en niet naar het opzetten van de structuren. Vanuit efficiëntieoverwegingen lijkt het de raad daarom meer aangewezen om het personeel dat de zorgraden zal ondersteunen in loondienst bij het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn onder te brengen, die dan naar feitelijke verenigingen (de zorgraden) kunnen worden gedetacheerd. Op die manier hoeven de zorgraden zich niet bezig te houden met arbeidsvoorwaarden, lonen en statuten en kan de aandacht volledig gaan naar de organisatie van de zorg en ondersteuning en

naar de ondersteuning van de zorgactoren. Lokaal kunnen de feitelijke verenigingen interageren met lokale besturen.

De huidige staatsstructuur maakt dat de Vlaamse overheid hoe dan ook de samenwerking met het federale niveau nodig zal hebben om van deze reorganisatie een succes te maken. Ook de beroepsgroepen die door het federale niveau gefinancierd worden, zullen de omslag moeten maken naar meer geïntegreerde zorg en ondersteuning. Het zou daarom goed zijn dat de Vlaamse overheid in dit decreet de mogelijkheid zou voorzien om samenwerkingsakkoorden met de federale overheid af te sluiten.

De raad merkt op dat de Vlaamse Regering wel volledig bevoegd is voor het domein welzijn. Ook daar is het nodig te investeren, bijvoorbeeld, om het geïntegreerd breed onthaal een sterke start te geven.

De SAR WGG vraagt dat de Vlaamse Regering voor de uitvoering een uitgewerkt pad voorlegt met duidelijke engagementen, opleveringen en een concrete tijdshorizon.

2 Bespreking van het voorontwerp van decreet

2.1 Definities

Artikel 2 definieert de termen die in het decreet worden gebruikt.

- 1° Eerstelijnszone. De eerstelijnszone wordt omschreven als 'het werkgebied van de zorgraad, vermeld in artikel 13'. Omdat het een sleutelbegrip is in het decreet vraagt de raad om dit meer uitgebreid te definiëren. Het lijkt bovendien wat ongelukkig om de definitie van een eerstelijnszone afhankelijk te maken van een zorgraad. Initieel was die zorgraad niet de driver voor het vormen van die zones. Er zaten een ander traject en een andere logica achter die in de definitie aandacht verdienen.

De raad stelt volgende definitie voor: een eerstelijnszone is een geografisch omschreven aaneensluitend gebied, begrensd door gemeentegrenzen en met minstens 70000 inwoners, waarbinnen de populatie gecoördineerde eerstelijnszorg geniet die door de zorgraad van de eerstelijnszone wordt ondersteund; de eerstelijnszone is het werkgebied van de zorgraad, vermeld in artikel 13.

- 16° Zorg- en ondersteuningsdoel. Het concept wordt hier goed omschreven. Toch vraagt de raad om er in het ganse voorontwerp van decreet en in de memorie van toelichting over te waken dat er geen conceptuele verwarring ontstaat tussen zorg- en ondersteuningsdoelen en de levensdoelen van mensen. Doelgerichte zorg en ondersteuning gaat over levensdoelen van mensen die het vertrekpunt van zorg en ondersteuning vormen. Dit zou bijvoorbeeld heel helder zijn wanneer deze 'levensdoelen' het eerste scherm zouden vullen in het elektronisch dossier van personen met een zorg- en ondersteuningsbehoefte. Zorg- en ondersteuningsdoelen worden geformuleerd in een zorg- en ondersteuningsplan en zijn een operationalisering van levensdoelen.

- 17° Zorg en ondersteuningsvraag. Het voorontwerp van decreet vertrekt van 'de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag'. De SAR WGG heeft er in vele adviezen reeds op gewezen dat de mogelijkheid om een zorgbehoefte of zorgnood in een zorgvraag om te zetten, niet voor iedereen vanzelfsprekend is en vaak ook sociaal ongelijk verdeeld is. Het vertrekpunt van zorg en ondersteuning is dan ook steeds de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte, ook al wordt deze behoefte niet altijd als een heldere vraag geformuleerd. Dit geldt niet enkel voor preventieve interventies, maar ook in de curatieve zorg waarbij uiteraard steeds het recht op zelfbeschikking dient te worden gerespecteerd (cfr. 'aanklappende benadering' waarnaar verwezen wordt op p.7 van de MvT).

De term 'de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag', die heel vaak in de tekst voorkomt, moet worden vervangen door 'de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte'.

- In relatie tot artikel 8 lijkt het voor de raad belangrijk hier ook het onderscheid tussen 'multidisciplinair' en 'interdisciplinair' te definiëren. Dit staat goed beschreven in de memorie van toelichting op pagina 9: *Het houdt in dat zorghandelingen niet enkel gesteld worden om bepaalde problemen, ziekten of aandoeningen te gaan oplossen, maar dat de zorg in functie wordt gesteld van wat een persoon nog wil realiseren of kunnen met de vastgestelde problemen, ziekten of aandoeningen. Een doel kan door de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zelf, zijn informele zorg, de zorgaanbieders of een combinatie van deze drie categorieën gerealiseerd worden. Het werken aan zorg- en ondersteuningsdoelen kan dus een multidisciplinaire aanpak vergen. Elk zorgdoel wordt in een multidisciplinaire aanpak door een bepaalde zorgaanbieder opgenomen en gerealiseerd en vereist geen samenwerking met andere zorgaanbieders. Interdisciplinaire samenwerking gaat nog een stap verder. Een interdisciplinaire samenwerking komt dan tot stand vanuit de geformuleerde zorgdoelen, die niet kunnen gerealiseerd worden vanuit 1 discipline of organisatie. Bepaalde zorgdoelen vragen een bij uitstek intensieve samenwerking tussen zorgaanbieders en tussen de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en de zorgaanbieders. In dergelijke samenwerking worden inzichten vanuit verschillende invalshoeken, disciplines en ervaringen gecombineerd. Het kan daarbij voor de zorgaanbieders ook leiden tot inzichten in de discipline van een andere zorgaanbieder.*

2.2 Werkingsprincipes

Artikel 4 beschrijft de werkingsprincipes voor de eerstelijnszorg.

- 2° het centraal stellen van de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte. De raad vraagt om hier ook het principe van 'doelgerichte zorg en ondersteuning' expliciet te maken.
- 5° In het vijfde werkingsprincipe worden de vier doelstellingen van het 'Quadruple aim'-raamwerk naar voor geschoven. De tweede doelstelling is de gezondheid en het welzijn van de bevolking verbeteren "met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid". Ook in de memorie van toelichting (p.2) wordt gesteld dat *een goed georganiseerde eerstelijnszorg ook sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid kan verminderen door de toegankelijkheid van zorg te optimaliseren en een signaalfunctie op te nemen.* Hierop heeft ook de raad in eerdere adviezen al gewezen. Het blijft echter onduidelijk hoe voorliggend decreet er toe zal bijdragen? Welke maatregelen neemt Vlaanderen om de financiële toegankelijkheid van de eerstelijnszorg te waarborgen? En hoe wordt de signaalfunctie ingebouwd? Eén van de belangrijkste hefbomen hiervoor is voor de raad het aanspreken van de verantwoordelijkheid van alle actoren op niveau van de zorggraad. Zij zijn samen verantwoordelijk om een toegankelijke zorg te waarborgen voor iedereen in het werkgebied (eerstelijnszone) (cfr. Algemene appreciatie).
- 6° Het zesde werkingsprincipe integreert het kwaliteitsdenken in de eerstelijnszorg en verwijst naar de uitgangspunten van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg. De raad meent dat in het lijstje van opgesomde uitgangspunten relevantie toegevoegd moet worden. Ook innovatie en duurzaamheid zijn componenten van kwaliteit en mogen hier vermeld worden.

In de memorie van toelichting wordt erop gewezen dat er geen afzonderlijk luik rond kwaliteit in dit voorontwerp van decreet wordt voorzien. De memorie van toelichting verwijst naar Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg en naar het toekomstige Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL), die op Vlaams niveau invulling zullen geven aan het kwaliteitsbeleid in de eerste lijn, en naar de federale evolutie naar een wet rond kwaliteitszorg.

Toch meent de raad dat in het decreet over de organisatie van de eerstelijnszorg minimaal ook moet worden voorzien dat **de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte moet klacht kunnen neerleggen over de organisatie van zijn zorg en de samenwerking tussen zijn zorgverleners**. In artikel 11, 4°a) wordt wel vermeld dat de zorgraden een opdracht hebben om de eerstelijnszorgaanbieders te ondersteunen bij het klachtenbeleid, maar het **klachtenbeleid** zelf is niet opgenomen. Het klachtenbeleid moet toegankelijk, laagdrempelig en integraal zijn. Er dient een stapsgewijs traject van klachtenbemiddeling tot afdwingbare klachtenbehandeling mogelijk te zijn. Omdat Vlaanderen hier bevoegd voor is, vraagt de raad om dit in het decreet op te nemen. De raad vraagt tegelijk om werk te maken van samenwerkingsakkoorden met het federale niveau om tot een integraal klachtenbeleid te komen.

Ook in het vijfde werkingsprincipe (5°) wordt als eerste doelstelling van quadruple aim verwezen naar het optimaliseren van de kwaliteit van de eerstelijnszorg zoals de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood die ervaart. Het zal belangrijk zijn om ook wat kwaliteit betreft een 'lijn overstijgend' kader uit te werken en afstemming te garanderen. Vragen zoals 'Wie bepaalt indicatoren en ijkpunten?', 'Welke koppelingen worden gemaakt met andere regelgeving?' enz. dienen hier beantwoord te worden.

- 7° Het nastreven van geïntegreerde zorg en ondersteuning via het delen van gegevens. De raad meent dat met betrekking tot gegevensdeling een meer toekomstgericht perspectief moet gehanteerd worden. De voorgestelde vorm van gegevensdeling, waarbij informatie via beveiligde snelwegen wordt doorgestuurd, is voorbijgestreefd. Alle zorg- en ondersteuningsverleners en de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte (met zijn naaste omgeving) moeten rechtstreeks informatie kunnen plaatsen in het elektronisch patiëntendossier (EPD) met respect voor de GDPR. De persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte moet zijn levensdoelen rechtstreeks in het EPD kunnen plaatsen (zie Tange et. Al.).

2.3 Organisatie van de eerstelijnszorg voor persoon met zorg en ondersteuningsbehoefte

In artikel 5 wordt erop gewezen dat de organisatie van de eerstelijnszorg moet gebeuren met respect voor de levensdoelen van die persoon, alsook zijn zelfzorgvermogen, zijn keuzevrijheid en zijn wens en vermogen tot zelfregie. De raad merkt op dat keuzevrijheid een belangrijk principe is maar binnen de toekomstige organisatie van de eerste lijn een scope zal moeten kennen die niet haaks staat op het solidariteitsprincipe. De raad verwijst hierbij naar de algemene appreciatie waar gepleit wordt voor meer accountability van de eerstelijnszone voor een bepaalde populatie en het werken met eerstelijnsnetwerken voor een duidelijk omschreven groep van burgers. De keuzevrijheid van de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte zal binnen dit concept de gepaste ruimte moeten krijgen.

In artikel 6 wordt naar het zorg- en ondersteuningsplan verwezen. Dat plan wordt door een zorgteam, waarvan ook de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte deel uitmaakt, opgemaakt. De raad vindt het goed dat hier expliciet vermeld wordt dat, naast de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte of zijn vertegenwoordiger, ook eerstelijnszorgaanbieders kunnen verzoeken om een zorg- en ondersteuningsplan op te maken. Door de professionals hier zelf ook verantwoordelijkheden te geven, maakt men werk van de idee van 'accountability' op het micro-niveau.

In artikel 6 wordt ook gesteld dat de Vlaamse Regering nadere regels kan bepalen met betrekking tot het zorg- en ondersteuningsplan en het opstellen ervan. De raad meent dat dit niet echt een opdracht is waarover de Vlaamse Regering zich moet buigen.

Artikel 6 handelt verder over het multidisciplinair overleg en de zorgcoördinatie. Artikel 7 behandelt het casemanagement. De raad stelt voor in artikel 6§2 de term 'multidisciplinair' door 'interdisciplinair' te vervangen.

Het uitgangspunt dat zorgcoördinatie in principe gebeurt door iemand in het zorgteam die geaccepteerd en aangeduid is door de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte, is goed. Casemanagement moet slechts in uitzonderlijke gevallen ingeschakeld worden.

De raad heeft enkele bezorgdheden voor de uitvoering van deze artikels. Zowel in het geval van zorgcoördinatie (art. 6 §4) als van casemanagement (art. 7 §4) kan financiering voorzien worden. De raad denkt dat het belangrijk is beide opdrachten te financieren. Omdat zorgcoördinatie in de meeste gevallen volstaat, moet er bewaakt worden dat er, omwille van de financiering, niet té snel zal beslist worden dat een casemanager nodig is. In het voorontwerp van decreet is er immers geen financiering voorzien voor de ondersteuning van het overleg in het interdisciplinaire team. De zorgcoördinator zal dit op zich moeten nemen.

Momenteel bestaat er wel een functie van overlegcoördinator in het kader van multidisciplinair overleg. Zonder expliciet te pleiten voor het behoud van deze functie, merkt de raad wel op dat het een achteruitgang zal zijn als men van de betrokken zorgverleners verwacht dat ze het overleg opnieuw zelf gaan organiseren. De zorgcoördinator is diegene die in het team voor de bilaterale afstemming zorgt. Wanneer er bredere vragen zijn binnen het team en wanneer een overleg moet worden georganiseerd met veel zorgverleners rond de tafel is het een belangrijke meerwaarde dat iemand die niet als hulpverlener betrokken is dat kan organiseren (datum zoeken, vergadering leiden, voor verslaggeving zorgen,...). Het gaat in dit geval dus over het faciliteren van het overleg, niet over casemanagement. Indien dit niet meer wordt voorzien, komt het terug bij de zorgcoördinator terecht (vb. een huisarts of maatschappelijk werker), die niet steeds de tijd heeft om dit goed op te nemen. De raad meent dat dit momenteel een essentieel aspect is van een goed werkende zorgketting. Wanneer teams gaande weg in meer stabiele netwerken gaan functioneren en mekaar daardoor beter kennen, zal dit op termijn minder nodig zijn.

2.4 Ondersteuning van eerstelijnszorgaanbieders

Het voorontwerp van decreet voorziet via artikel 8 in de mogelijkheid om stimulansen te voorzien voor interdisciplinaire samenwerking in praktijkvoering. De raad is tevreden dat hier het concept interdisciplinaire zorg en ondersteuning duidelijk ontwikkeld wordt (ook in het onderscheid met multidisciplinaire zorg). Met de term wordt terecht gekozen voor een meer doorgedreven vorm van samenwerking die op integrale zorg en ondersteuning aanstuurt.

De memorie van toelichting beschrijft op pagina 12 ook nog de intentie om vanuit Vlaanderen ook multidisciplinaire groepspraktijken en wijkgezondheidscentra te ondersteunen met VIPA-subsidies. Ook bij complexe zorg (artikel 7 casemanagement) worden er wel stappen vooruit gezet (samenwerken in team).

Deze elementen in het voorontwerp van decreet ziet de raad als een stap richting meer 'netwerkgang' rond de patiënt. Toch oordeelt de raad dat de interdisciplinaire samenwerking in het voorontwerp van decreet nog veel te vrijblijvend is (cfr. concept accountability in de algemene appreciatie).

De raad merkt nog op dat de bewering (op p. 12 van de memorie van toelichting) niet klopt dat het opzet van multidisciplinaire groepspraktijken en van wijkgezondheidscentra in wezen gelijkaardig zou zijn. Er zijn immers fundamentele verschillen: wijkgezondheidscentra zijn beter toegankelijk en bereiken meer kwetsbare doelgroepen (38 % van de ingeschreven patiënten hebben een Voorkeurtarief, dus een laag inkomen). Wijkgezondheidscentra verzorgen een ingeschreven populatie en krijgen één geïntegreerd bedrag voor huisartsen, verpleegkundigen, kinésitherapeuten. Dit bevordert subsidiariteit en competentie-sharing. Wijkgezondheidscentra werken met een geïntegreerd dossier, en alle disciplines zorgen voor dezelfde populatie. Tenslotte hebben ze in Vlaanderen ook disciplines als maatschappelijk werk en gezondheidspromotie in het team. De raad verwijst nog naar het onderzoek van het IMA (Intermutualistisch Agentschap) (8 december 2017) *Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België: een update*.

2.5 Zorgraden

In de memorie van toelichting staat op pagina 3 dat de zorgraden belangrijke opdrachten krijgen inzake ondersteuning van informele zorg, buurtgerichte zorg en geïntegreerd breed onthaal, lokaal sociaal beleid, zorgorganisatie op bevolkingsniveau binnen de eerstelijnszone, preventie, digitalisering, innovatie en kwaliteitsbeleid.

De verbinding van de eerstelijnszorg met buurtgerichte zorg, geïntegreerd breed onthaal en lokaal sociaal beleid moet duidelijker geschetst worden. De raad meent dat het belangrijk is dat de lokale besturen in dit verhaal hun rol en verantwoordelijkheden opnemen.

In artikel 11 worden de opdrachten van de zorgraden beschreven.

- De zorgraad krijgt via artikel 11 1° de opdracht om de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning af te stemmen op de zorg- en ondersteuningsbehoeften, binnen het werkgebied van de zorgraad.
 - De raad vraagt hoe dit interfereert met de programmatie op Vlaams niveau. Zal men daarvan kunnen afwijken? Betekent dit dat wanneer op het niveau van de eerstelijnszone een onevenwicht vastgesteld wordt tussen vraag en aanbod, de eerstelijnszone er op één of andere manier op kan ingrijpen, ook wanneer dat niet past in de Vlaamse programmatie? Het is onvoldoende duidelijk wat de reikwijdte hiervan is, en wat de verhouding is of zal zijn ten aanzien van het lokaal sociaal beleid dat de individuele lokale besturen in de eerstelijnszone zullen uitbouwen.
 - Naast de zorgraden, hebben ook de regionale zorgplatformen en het lokaal sociaal beleid opdrachten met betrekking tot de afstemming van vraag en aanbod.
 - Het regionaal zorgplatform krijgt via artikel 16, 1° de opdracht om *het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin te adviseren over de afstemming van het aanbod aan zorg en ondersteuning op de behoeften van de bevolking binnen zijn werkgebied*.

- Het lokaal bestuur heeft de opdracht *om het aanbod aan lokale sociale hulp- en dienstverlening maximaal af te stemmen op de lokale behoeften* (decreet betreffende het lokaal sociaal beleid van 9 februari 2018, Art. 7.§ 1.). Deze opdracht heeft minstens betrekking op het bevorderen van overleg en afstemming tussen de lokale actoren om te komen tot een complementair aanbod aan lokale sociale hulp- en dienstverlening.
- De raad vraagt zich af hoe dit alles in elkaar zal haken? Niet alleen is de wisselwerking met het lokaal sociaal beleid niet duidelijk, ook de wisselwerking tussen de zorgraad en het regionaal zorgplatform wordt niet helder weergegeven. De zorgraden worden in artikel 17 vermeld als lid van de regionale zorgplatformen, maar het is vreemd dat de relatie tussen de zorgraden en de regionale zorgplatforms niet verder wordt gespecificeerd. De regionale zorgplatformen zullen immers aan het beleidsdomein WVG doorgeven hoe vraag en aanbod op elkaar moeten worden afgestemd (artikel 16, 1°). Het is ook vreemd dat de regionale zorgplatformen advies moeten geven aan het beleidsdomein WVG, maar niet rechtstreeks aan het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn. De link met of verwijzing naar VIVEL met de zorgraden ontbreekt volledig. Hoe zal dit 'orgaan' gevoed worden van onderuit zodat er geen blinde beslissingen genomen worden? Het nemen van beslissingen of geven van adviezen in verband met een passend aanbod gebeurt best in dialoog, het communiceren van noodzakelijke gezondheidsdata wordt best afgestemd enz..
- Om een duidelijker kader voor de afstemming van vraag en aanbod te krijgen, verwijst de raad naar zijn advies over het nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap van 31 oktober 2016. Daar heeft de raad gepleit voor de totstandkoming van een globale zorgstrategische planning over de lijnen en sectoren heen. Daarin kunnen de zorgraden via de regionale zorgplatforms hun bijdrage doen (zie ook 2.6).

De zorgraad krijgt via artikel 11, 2° de opdracht om een integraal en inclusief lokaal sociaal beleid als vermeld in artikel 4 van het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid, te ondersteunen.

- Wat betekent deze 'ondersteuning' precies? Het is voor de raad onduidelijk welke verhouding de zorgraden zullen hebben tot het lokaal sociaal beleid van de individuele lokale besturen. Moet een gemeentelijk lokaal sociaal beleid (LSB) op de zorgraad worden besproken/afgetoetst? Wat betekent dat voor de lokale afspraken en participatie? Wat gebeurt er bij onverenigbaarheden tussen de individuele plannen van gemeenten op niveau van de zorgraad? De raad vraagt dat de ruimte van het lokaal bestuur om haar eigen lokaal sociaal beleid uit te bouwen wordt bewaakt.
- Ook over het geïntegreerd breed onthaal (GBO) zijn er veel vragen. De SAR WGG heeft al geadviseerd over het Besluit van de Vlaamse Regering met betrekking tot het geïntegreerd breed onthaal (30 augustus 2018). De raad vraagt daar om op zijn minst een koppeling te maken met de eerstelijnszones in het kader van het hervormingstraject van de eerstelijnsgezondheidszorg. Er is duidelijkheid nodig over hoe de twee trajecten voor betere samenwerking op elkaar afgestemd kunnen worden. Wat is de positie van het geïntegreerd breed onthaal ten opzichte van de taken en de rollen van de Zorgraad? Wat is de rol en positie van dit samenwerkingsverband binnen de eerstelijnszone? De doelstellingen van het geïntegreerd breed onthaal van verschillende gemeenten/steden in een zelfde eerstelijnszone moeten in dialoog tussen de gemeenten en de

eerstelijnszone worden besproken, maar de uitwerking van het geïntegreerd breed onthaal moet wel lokaal gebeuren met participatie van de gebruikers. Bovendien zou de link met de eerstelijnszones, naast het verbreden van de samenwerking naar andere actoren (achterliggend aanbod), ook de uitrol van het geïntegreerd breed onthaal over gans Vlaanderen kunnen stimuleren.

- De raad vraagt aan de Vlaamse Regering om snel duidelijk te maken hoe deze opdracht zal afgestemd worden met het decreet lokaal sociaal beleid en het besluit over het geïntegreerd breed onthaal.

In artikel 11 wordt de sociale kaart gedefinieerd als *de gegevensbank, beheerd door het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. De raad meent dat het departement de sociale kaart wel moet faciliteren maar niet zelf beheren.

Artikel 12 behandelt de samenstelling van de zorgraden. De raad geeft hier volgende bezorgdheid mee. Het is goed dat er op een diverse samenstelling ingezet wordt. Het is ook goed dat men eventuele noden op bevolkingsniveau in kaart wilt brengen. Maar zullen de behoeften van minder vertegenwoordigde groepen (in de zorgraden) voldoende gecapteerd worden? Wanneer een raad wordt samengesteld, zullen er immers altijd een aantal perspectieven zijn, vaak van meer kwetsbare burgers die minder goed georganiseerd zijn, die niet aan bod komen. Men zal hierbij echter moeten bewaken dat elke stem gelijkwaardig is en steeds de vraag moeten stellen of men de stem en noden van ook minder vertegenwoordigde groepen voldoende capteert.

2.6 Regionale zorgplatformen

In hoofdstuk 6 worden de regionale zorgplatformen besproken. De raad volgt de idee in de memorie van toelichting (p.3) dat zolang de zorgraden en het Vlaams instituut geen stabiele werking en organisatie vertonen, de regionale zorgplatformen niet definitief kunnen vastgelegd worden. Dat verklaart de conceptueel nog zwakke uitwerking in het voorontwerp van decreet. Anderzijds mag het wachten op de ontwikkelingen inzake de geestelijke gezondheidsnetwerken en ziekenhuisnetwerken geen excuus zijn om de kat uit de boom te blijven kijken. Er moet snel voortgang gemaakt worden met de uitvoering en werking van de eerstelijnszones en van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn, zodat ook de regionale zorgzones snel vorm kunnen krijgen. Nu is het erg onduidelijk met welke structuren het gespecialiseerde aanbod in overleg moet gaan. Op welk niveau moet de afstemming tussen het gespecialiseerde aanbod en de eerste lijn gebeuren: op het niveau van de zorgraden (art 11,1°c) of op het niveau van de regionale zorgplatformen (art 16,2°)?

Wat de regionale zorgzones betreft, legt de raad zijn advies over de Conceptnota geïntegreerde zorg in de eerste lijn terug op tafel (pp. 17-21):

De SAR WGG meent dat de rationalisatie en reorganisatie van de eerste lijn (zoals in de conceptnota beschreven) nog verder moet gaan door als einddoel slechts twee ondersteuningsniveaus voor de eerste lijn voorop te stellen, met name het Vlaamse niveau en het niveau van de eerstelijnszone. Daarnaast worden er *drie overlegniveaus* voorzien, op het Vlaamse niveau, op het niveau van de regionale zorgzone en op het niveau van de eerstelijnszones.

- Een ondersteuningsniveau zorgt voor de ondersteuning van de operationele processen die de eerstelijnszone goed doen werken. Dit gebeurt op het Vlaamse niveau door ‘ontwikkeling en innovatie’ en op het niveau van de eerstelijnszone door ‘facilitering en implementatie’.
 - Een overlegniveau is het niveau waar afstemming plaatsvindt, waar informatie wordt uitgewisseld en waar afspraken worden gemaakt, onder meer over de strategische zorgplanning voor een regio. (p.17)
- Bij een groot hervormingsproces, zoals de reorganisatie van de eerste lijn, zijn disruptieve elementen in de beslissingen onvermijdelijk, maar tegelijk moeten we voldoende rekening houden met de noden en bekommernissen van de professionals op het terrein zodat ze mee kunnen én willen stappen in dit positief veranderingstraject. Daarom pleit de raad ervoor om dit einddoel via de weg van de geleidelijkheid te bewandelen én te bereiken, met respect voor en in overleg met de bestaande structuren die vandaag goed werk leveren. Voor elk van de huidige structuren kan in het kader van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning worden nagegaan op welk niveau welke expertise kan worden ingekanteld.
- Voor de raad is het niveau van de regionale zorgzone dus een overlegniveau – en geen ondersteuningsniveau - waar informatie-uitwisseling en afstemming tussen aanbod en behoefte kan plaatsvinden en waar afspraken worden gemaakt, onder meer over het regionaal globaal zorg strategisch plan. In zijn advies over het nieuw Vlaams ziekenhuislandschap (31 oktober 2016) heeft de SAR WGG al een pleidooi gehouden voor een globale zorg strategische planning over de verschillende lijnen en over sectoren heen. Globaal betekent onder meer dat die zorg strategische planning zowel de domeinen gezondheid als welzijn betreft.

Het is belangrijk dat in de opdrachten van alle participerende actoren (zowel de eerstelijnszones, de ziekenhuisnetwerken als de sectoren welzijn en geestelijke gezondheidzorg) wordt ingeschreven dat alle actoren in de regionale zorgzone moeten worden betrokken bij het uittekenen van een strategische planning.

De raad meent dat samenwerking van eerstelijnszones en regionale zorgplatformen in het kader van deze zorgstrategische planning meer aandacht verdient.

- De raad meent bovendien dat om het onderscheid tussen ‘ondersteuning’ en ‘overleg’ goed te maken, duidelijk moet geopteerd worden om het ontwikkelen en ter beschikking stellen van expertise op het Vlaamse niveau (ondersteuningsniveau) te brengen. Expertise betekent hier innovatie, evaluatie, ontwikkeling van nieuwe methodieken en protocollen. Daarin moeten de expertise en de signalen van het terrein worden meegenomen. Opdrachten die betrekking hebben op de concrete ondersteuning van de ‘zorg en ondersteuning’ op het terrein horen eerder thuis op een lokaal niveau dicht bij de burger.

De raad meent dan ook dat alle expertisecentra best op het niveau van het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn zouden gebracht worden voor wat betreft de expertisecomponent van hun werking. Sommige expertisecentra hebben vandaag ook een ondersteunende zorgcomponent in hun werking. Deze opdrachten zouden in een geleidelijk en overlegd proces best naar het niveau van de eerstelijnszones gebracht worden. Daar kunnen de krachten gebundeld worden om vanuit een generalistisch perspectief zorg en ondersteuning te bieden aan de persoon met zorgbehoefte, de mantelzorger en de professionals. Op die manier vermijden we dat er ‘inequity by disease’ ontstaat door een te specifieke/categoriale insteek (SAR WGG, 27 april 2017, pp. 20-21).

De raad stelt vast dat in artikel 15 de mogelijkheid wordt voorzien om de regionale zorgplatformen te subsidiëren en herhaalt hier zijn bekommernis uit de algemene appreciatie (deel 1) dat de beschikbare middelen voor het hervormingstraject zoveel mogelijk aan de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte zouden toekomen.

Artikel 16 Deze strategische zorgplanning zou beter gebeuren met ziekenhuizen, netwerken geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnszones, ... op basis van relevante demografische, epidemiologische, sociaaleconomische data (zie voorgaande).

In *artikel 17* komt de samenstelling van de regionale zorgplatformen aan bod:

We lezen dat Logo's, expertisecentra, netwerken GG, ... lid zullen zijn van de regionale zorgplatformen. De raad meent dat een meer doorgedreven integratie van die afzonderlijke spelers wenselijk is.

Artikel 17 1° Logo's: De raad vindt het goed dat preventie en gezondheidspromotie duidelijk aan bod komen als opdracht voor de eerste lijn. De focus moet nu gelegd worden op de implementatie en het inzetten van middelen. Daarvoor wordt preventie best zo dicht mogelijk bij het lokale niveau gebracht. De raad is dan ook van mening dat de Logo's operationeel moeten functioneren op het niveau van de eerstelijnszones.

Artikel 17, 2° Palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden voor palliatieve zorg: De raad denkt dat in de toekomst steeds meer mensen thuis zullen sterven. Op dat moment zal men de palliatieve netwerken beter op het niveau van de eerstelijnszones positioneren. Expertiseontwikkeling in dit domein, hoort thuis op Vlaamse niveau.

Artikel 17, 3° Erkende regionale expertisecentra dementie: De raad meent dat de expertisecentra dementie wat betreft de expertisecomponent van hun werking thuis horen op het Vlaamse niveau en wat de ondersteunende component van hun werking op het niveau van de eerstelijnszones. Door deze organisaties nu bij het regionale overlegniveau op te nemen, wordt 'inequity by disease' geïnstalleerd. Het is niet opportuun om voor elke aandoening een expertisecentrum op te richten. Wat betreft de zorgfunctie moet de expertise naar de eerstelijnszones gebracht worden.

Artikel 18 De term 'regionale zorgzone' is een ongelukkige benaming omdat die suggereert dat er op dat niveau zorg wordt verstrekt. De regionale zorgplatformen zullen hoofdzakelijk overleg voeren. Het 'werkgebied van een zorgplatform' is de correcte omschrijving van de territoriale component van de regionale zorgplatformen.

2.7 Partnerorganisaties

In *artikel 19* wordt de mogelijkheid voorzien om partnerorganisaties te erkennen en subsidiëren.

De memorie van toelichting stelt op pagina 3 dat daarmee duidelijk op de oprichting van een Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn bedoeld wordt, maar stelt dat het voorlopig onduidelijk is of dit de enige partnerorganisatie zal zijn. Om die reden wordt het Instituut niet rechtstreeks ingeschreven in het voorontwerp van decreet maar wel vastgehaakt aan een algemener hoofdstuk rond partnerorganisaties. De raad meent dat deze constructie, hoewel ze pragmatisch te begrijpen valt, conceptueel heel zwak staat. In de memorie van toelichting worden bij artikel 19

(pagina 17) al meteen enkele voorbeelden van toekomstige partnerorganisaties, naast het VIVEL, gegeven, Zoals het Vlaams Expertisecentrum Dementie, LEIF, de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, en het Vlaams patiëntenplatform.

De voorbeelden lijken de raad wat vreemd. Het VIVEL staat in dezelfde lijst als het expertisecentrum dementie en LEIF. Deze organisaties zijn tegelijk ook partner binnen VIVEL. Waarom krijgen zij het predicaat 'partnerorganisatie' en anderen niet? Wat met alle andere segmenten van eerstelijnszorg en de organisaties die daar expertise hebben? Worden ze allemaal partnerorganisatie?

Vanuit een institutioneel standpunt is het niet erg sterk dat het VIVEL een partnerorganisatie is, zoals alle anderen, daar waar VIVEL precies coördinatie en afstemming tot stand moet brengen.

2.8 Organisaties met terreinwerking

Op basis van artikel 20 kan de Vlaamse Regering organisaties met terreinwerking erkennen en subsidiëren. Het is goed dat er op die manier de ruimte blijft om initiatieven op het terrein te ondersteunen. Tegelijk moet het de ambitie zijn om op termijn meer middelen te investeren in innovatieve projecten van de eerstelijnszones zelf. Door de eerstelijnszones te versterken wordt immers ook terreinwerking ondersteund.

2.9 Projecten

Op basis van artikel 22 kan de Vlaamse Regering subsidie verlenen voor projecten. De raad meent dat het ook hier is aangewezen om extra middelen voor innovatie voornamelijk te investeren in performante eerstelijnszones.

2.10 Brussel

De raad vraagt welke uitwerking van dit decreet de Vlaamse Regering in Brussel voor ogen heeft. Brussel wordt één grote eerstelijnszone, maar hoe ziet Vlaanderen de samenwerking in zo een groot gebied? En betreft dit enkel de samenwerking tussen de zogenaamde 'Vlaamse' actoren? Momenteel ligt er op GGC-niveau ook een ontwerpordonnantie eerste lijn op tafel. In hoeverre zijn beide plannen op elkaar afgestemd?

In afwachting van een geïntegreerd eerstelijnsbeleid in Brussel, pleit de raad ervoor om te werken aan een Vlaams eerstelijnsbeleid voor Brussel, dat zoveel mogelijk is afgestemd en zoveel mogelijk de samenwerking zoekt met andere eerstelijnsactoren over de taal- en/of gemeenschapsgrenzen heen.

ADVIES VAN DE GEGEVENSBESEHERMINGSATORITEIT

**Advies nr. 122/2018 van 7 november 2018**

Betreft: Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders (CO-A-2018-117)

De Gegevensbeschermingsautoriteit (hierna de Autoriteit);

Gelet op de wet van 3 december 2017 *tot oprichting van de Gegevensbeschermingsautoriteit*, inzonderheid de artikelen 23 en 26;

Gelet op de Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG* (hierna AVG);

Gelet op het verzoek om advies van Dhr. Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, ontvangen op 24 september 2018;

Gelet op het verslag van de Voorzitter;

Brengt op 7 november 2018 het volgend advies uit:

I. VOORWERP VAN DE ADVIESAANVRAAG

1. De Vlaamse minister van welzijn, volksgezondheid en gezin, de aanvrager, vraagt het advies van de Autoriteit over een voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders (hierna: het ontwerpdecreet).

Context

2. Het ontwerpdecreet wil een kader opstellen voor de herinrichting van eerstelijnszorg binnen de Vlaamse Gemeenschap. Eerstelijnszorg richt zich op personen die toegankelijke, ambulante en algemene zorg en ondersteuning nodig hebben voor gezondheids- of welzijnsgerelateerde problemen. Het ontwerpdecreet benadrukt het zelfbeschikkingsrecht van de hulpbehoevende persoon als één van haar cruciale werkingsprincipes en streeft naar een hogere betrokkenheid van deze persoon bij beslissingen over zijn of haar zorg- en ondersteuningsnoden.
3. Om deze doelstelling te bereiken wil het ontwerpdecreet een reorganisatie doorvoeren van de samenwerkingsverbanden tussen de verschillende eerstelijnszorgaanbieders die inspelen op deze specifieke zorg- en ondersteuningsnoden. Onder de noemer eerstelijnszorgaanbieders vallen *i.a.* centra voor kortverblijf, oppashulp, maaltijdbedeling, huisartsen, kinesitherapeuten, OCMW's en verpleegkundigen etc..... Het gaat bijgevolg om een zeer breed netwerk van dienst-verleners waarvan het decreet de onderlinge samenwerking wil optimaliseren.
4. Concreet zou het nieuwe kader voor de eerstelijnszorg er als volgt uitzien:
 - bij een kortdurende zorgvraag moeten zorgaanbieders samenwerkingsafspraken maken om de zorg- en ondersteuningsdoelen van de zorgbehoevende persoon te bereiken;
 - bij een langdurige of complexe zorgvraag moeten de zorgaanbieders zich organiseren in een zorgteam rondom de zorgbehoevende persoon die optreedt als zorgcoördinator¹. Dit zorgteam staat in voor de uitvoering van het zorg- en ondersteuningsplan van de persoon;
 - per eerstelijnszone van ten minste 70 000 inwoners, richt het ontwerpdecreet multidisciplinaire zorgraden op die instaan voor de organisatie van de eerstelijnszorg en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. De zorgraden bevatten o.a. een vertegenwoordiging van de lokale besturen, de eerstelijnszorgaanbieders, de zorgbehoevende personen zelf en de erkende verenigingen voor mantelzorgers en –gebruikers;

¹ De zorgbehoevende persoon die deze taak niet op zich wenst te nemen kan een ander lid van het zorgteam aanduiden om deze rol waar te nemen.

- op een intermediair niveau richt het ontwerpdecreet regionale zorgplatformen op die een aantal bestaande overlegplatformen op termijn zouden moeten integreren.
 - tot slot voorziet het ontwerpdecreet in de mogelijkheid om een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn op te richten als centraal expertisecentrum en organisaties met terreinwerking, zoals huisartsenkringen, te erkennen en subsidiëren.
5. Zowel het advies van de Inspecteur-generaal Financiën als het advies van de SERV² leggen de nadruk op de nood aan informaticatools om een performante informatiedoorstroming tot stand te kunnen brengen tussen de verschillende zorgaanbieders en het zorgaanbod beter te ontsluiten naar de zorgbehoevende personen toe. De memorie van toelichting bij het ontwerpdecreet erkent deze noodzaak en onderstreept dat het wil inzetten op digitale gegevensdeling. Deze gegevensdeling zou zich enten op de zorgrelaties tussen de zorgbehoevende persoon en de zorgaanbieders. Deze gegevensdeling is essentieel om te komen tot een geïntegreerde organisatie van de zorg en ondersteuning.

II. ONDERZOEK VAN DE ADVIESAANVRAAG

1. Doeleinde

6. Volgens artikel 5.1.b) AVG is de verwerking van persoonsgegevens uitsluitend toegestaan voor welbepaalde uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden.
7. Krachtens artikel 22 van de Grondwet zijn de nagestreefde doeleinden essentiële elementen die de formele wet of het decreet zelf moeten vastleggen³. Artikel 3 van het ontwerpdecreet omschrijft het algemene doeleinde van het decreet: "*Dit decreet regelt de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders*". Daarnaast omschrijft artikel 4 van het ontwerpdecreet de werkingsprincipes van de eerstelijnszorg:
- het nastreven van een geïntegreerde zorg en ondersteuning;
 - het centraal stellen van de zorgbehoevende persoon;
 - het versterken van het zelfvermogen van zorgbehoevende personen;

² Sociaal Economische Raad van Vlaanderen, Advies over het voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, 15 oktober 2018, te raadplegen via deze link: <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/voorontwerp-van-decreet-betreffende-de-organisatie-van-de-eerstelijnszorg-advies-serv-1>

³ Advies nr. 34/2018 van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, rechtsvoorganger van de Autoriteit, van 11 april 2018, randnummer 31, te raadplegen via deze link : https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/sites/privacycommission/files/documents/advies_34_2018.pdf

- het inzetten op zorggeletterdheid.
- 8. Om deze overkoepelende doelstellingen te realiseren voorziet het ontwerpdecreet onder meer in de oprichting van zorgteams, zorggraden, zorgplatforms en partnerinstellingen.
- 9. De Autoriteit stelt vast de doelstellingen van het ontwerpdecreet welbepaald, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigd zijn.

2. Rechtsgrondslag

10. Elke verwerking van persoonsgegevens moet bovendien steunen op een rechtsgrondslag in de zin van artikel 6 AVG. De verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens, waaronder gegevens over gezondheid, volgens artikel 9.1 AVG, is principieel verboden, tenzij de verwerkingsverantwoordelijke zich kan beroepen op één van de rechtvaardigingsgronden van artikel 9.2 AVG.
11. Voor de verwerking van persoonsgegevens die niet behoren tot de bijzondere categorieën van artikel 9 AVG, kan het ontwerpdecreet steunen op artikel 6.1.e) AVG als rechtsgrond: de vervulling van een taak van algemeen belang. Het ontwerpdecreet moet dit preciseren.
12. De gegevensstromen die het ontwerpdecreet in het leven roept veronderstellen de verwerking van gezondheidsgegevens. Krachtens artikel 4.7° van het ontwerpdecreet worden gegevens van zorgbehoevende personen bij voorkeur op digitale wijze gedeeld. Ook in de memorie van toelichting wordt aangegeven dat de zorg- en ondersteuningsplannen gedigitaliseerd moeten worden om de opvolging en bijsturing van de zorg te vergemakkelijken. Een digitaal zorg- en ondersteuningsplan moet de samenwerking tussen alle actoren in het zorgproces faciliteren.
13. De verwerking van gezondheidsgegevens vereist de aanduiding van een rechtsgrond in de zin van artikel 9.2 AVG. Het ontwerpdecreet moet deze rechtsgrond uitdrukkelijk opnemen. Een mogelijke rechtsgrond zou artikel 9.2.h) AVG kunnen zijn. Dit artikel maakt de verwerking van gezondheidsgegevens mogelijk voor "[...] *het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten* [...]". In dit geval moeten de gezondheidsgegevens verwerkt worden "*door of onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die [...] aan het beroepsgeheim is gebonden, of door een andere persoon die [...] tot geheimhouding is*

*gehouden*⁴. Het ontwerpdecreet moet dus kunnen aantonen krachtens welke wetgeving de verschillende zorgaanbieders door een geheimhoudingsplicht gehouden zijn⁵.

14. Tot slot wijst de Autoriteit op de bijkomende vereisten voor de verwerking van gezondheidsgegevens die voortvloeien uit artikel 9 van de wet van 30 juli 2018.

3. Proportionaliteit

15. Artikel 5.1.c) AVG bepaalt dat persoonsgegevens beperkt moeten zijn tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt („minimale gegevensverwerking”).
16. Het voorontwerp van decreet roept een aantal nieuwe gegevensstromen in het leven, maar bepaalt niet welke categorieën gegevens voor welke doeleinden zouden worden uitgewisseld. Bovendien is de definitie van begrip “eerstelijnszorgaanbieder” uitermate breed waardoor het ontwerpdecreet niet toelaat om duidelijk af te bakenen welke actoren gezondheidsgegevens zullen uitwisselen.
17. De Autoriteit is van mening dat de huidige omschrijving van de categorieën van gegevens niet toelaat om de proportionaliteit van de gegevensverwerking te beoordelen. Het vastleggen van de relevante gegevenscategorieën moet behoorlijk wettelijk omkaderd moet zijn. Zo stelde de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer in haar advies 34/2017 dat de categorieën van persoonsgegevens essentiële elementen zijn die krachtens artikel 22 van de Grondwet in de formele wet of het decreet zelf moeten worden bepaald⁶. Na het bepalen van de categorieën van persoonsgegevens in het ontwerpdecreet zelf, kunnen deze meer in detail uitgewerkt worden, ofwel in een uitvoeringsbesluit, ofwel door een beraadslaging van het informatieveiligheidscomité opgericht door artikel 2 van de wet van 5 september 2018⁷.

4. Bewaartermijn

18. Volgens artikel 5.1.e) AVG mogen persoonsgegevens niet langer worden bewaard, in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkenen te identificeren, dan noodzakelijk voor de verwezenlijking van de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt.

⁴Artikel 9, lid 3 AVG.

⁵Artikel 9,1° van de wet van 30 juli 2018 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens* herhaalt deze vereiste.

⁶Advies 34/2018 van de Commissie van 11 april 2018, randnummer 31, te raadplegen via [deze link](#).

⁷Wet van 5 september 2018 *tot oprichting van het informatieveiligheidscomité en tot wijziging van diverse wetten betreffende de uitvoering van verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 van het Europees Parlement en de Raad betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG*, BS 10 september 2018.

19. Het ontwerpdecreet voorziet niet in een bewaartermijn voor de persoonsgegevens die de zorgaanbieders verwerken in het kader van de eerstelijnszorg. De aanvrager moet de tekst op dit punt verduidelijken door ofwel te verwijzen naar bestaande bewaartermijnen in andere toepasselijke wetgeving, dan wel door te voorzien in een specifieke bewaartermijn voor de verwerkingen die eigen zijn aan het ontwerpdecreet zelf.

5. Verantwoordelijkheid

20. Artikel 4(7) AVG bepaalt dat wanneer de doelstellingen van en de middelen voor de verwerking in het Unierecht of het lidstatelijke recht worden vastgesteld, daarin kan worden bepaald wie de verwerkingsverantwoordelijke is of volgens welke criteria deze wordt aangewezen.
21. Het ontwerpdecreet bepaalt niet wie optreedt als verwerkingsverantwoordelijke binnen een zorgteam of in het kader van de samenwerkingsafspraken tussen de zorgaanbieders. Hoewel de Autoriteit erkent dat dit geen gemakkelijke opgave is gelet op het gedecentraliseerde netwerk van (eerstelijns)zorgaanbieders dat de zorgbehoevende persoon omkadert, moet het ontwerpdecreet duidelijkheid verschaffen op dit punt, zodat de zorgbehoevende een eenduidig aanspreekpunt heeft voor vragen in verband met de verwerking van zijn of haar persoonsgegevens. De Autoriteit wijst op de mogelijkheid dat de zorgaanbieders gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken zijn die ingevolge artikel 26 een onderlinge regeling moeten treffen die hun respectieve verantwoordelijkheden bepaalt.
22. De Autoriteit wijst op de plicht van de verwerkingsverantwoordelijke om na te gaan of de aanstelling van een functionaris voor de gegevensbescherming (artikel 37 AVG) en/of het doorvoeren van een gegevensbeschermingseffectenbeoordeling (artikel 35 AVG) al dan niet noodzakelijk is. Rekening houdende met de complexiteit van de verwerkingen, het grote aantal van verschillende spelers en de verwerking van gezondheidsgegevens verdient dit punt bijzondere aandacht van de aanvrager⁸.

6. Rechten van de betrokkene

23. De Autoriteit wijst de verwerkingsverantwoordelijken op hun plicht om – conform met de transparantieplicht van artikel 12 AVG – de zorgbehoevende persoon in makkelijk te begrijpen bewoordingen te informeren over de verwerkingen van zijn of haar persoonsgegevens in het

⁸ Zie in dit verband ook artikel 23 van de wet van 30 juli 2018 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens*.

kader van de eerstelijnszorg. Krachtens de artikelen 13 en 14 AVG moeten de verwerkingsverantwoordelijken onder meer toelichting verstrekken over de rechten van de betrokkene (in het bijzonder het recht van inzage en rectificatie), de andere diensten waarmee de verstrekte informatie zal worden gedeeld en de bron van de persoonsgegevens die niet rechtstreeks bij de betrokkene worden opgevraagd. De Autoriteit sluit zich aan bij het advies van de SERV om te voorzien in een betere digitale ontsluiting van informatie naar de burger toe om de zorggeletterdheid te doen toenemen. Deze oefening kan meteen ook aangegrepen worden om te voldoen aan de informatieverplichtingen die voortvloeien uit de AVG.

III. BESLUIT

24. De Autoriteit is van mening dat het ontwerpdecreet niet de noodzakelijke waarborgen biedt wat de bescherming van de persoonsgegevens van de betrokkenen betreft, gelet op het feit dat:

- het geen rechtsgrond heeft voor de verwerking van gezondheids-gegevens (randnummer 13);
- het nalaat de categorieën van de verwerkte gegevens te bepalen (randnummer 17)
- het noch een verwerkingsverantwoordelijke aanduidt, noch een bewaartermijn vastlegt (randnummers 18 t.e.m. 22)

OM DEZE REDENEN

Brengt de Autoriteit een ongunstig advies uit over het ontwerpbesluit.

De wnd. Administrateur,

De Voorzitter,

(get.) An Machtens

(get.) Willem Debeuckelaere

VOORONTWERP VAN DECREET
van 7 december 2018



Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

DE VLAAMSE REGERING,

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

BESLUIT:

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is ermee belast, in naam van de Vlaamse Regering, bij het Vlaams Parlement het ontwerp van decreet in te dienen, waarvan de tekst volgt:

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Artikel 1. Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Art. 2. In dit decreet wordt verstaan onder:

- 1° eerstelijnszone: het werkgebied van de zorgraad, vermeld in artikel 13;
- 2° eerstelijnszorg: de zorg die zich richt op personen die behoefte hebben aan laagdrempelige, breed toegankelijke, ambulante en generalistische zorg en ondersteuning voor gezondheids- of welzijnsgerelateerde problemen, zowel van fysieke, psychologische als sociale aard, die wordt aangeboden door eerstelijnszorgaanbieders, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder;
- 3° eerstelijnszorgaanbieder: een persoon, dienst of organisatie die als zorg- of welzijnsactor professioneel zorg of ondersteuning verleent aan personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, met uitzondering van de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorg- en ondersteuningsaanbod;
- 4° geïntegreerde zorg en ondersteuning: de samenwerking op operationeel en organisatorisch niveau van alle betrokken zorg- en welzijnsactoren en initiatieven van vrijwillige en informele zorg- en welzijnsactoren in het streven naar een samenhangende en continue zorg voor en ondersteuning van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en zijn mantelzorgers, waarbij de zorg- en ondersteuningsvraag en de context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag het uitgangspunt vormen tijdens de hele levensloop;

- 5° informele zorg: de zorg en ondersteuning die personen niet beroepshalve maar meer dan occasioneel verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag;
- 6° interdisciplinair: de wijze van samenwerking die opgebouwd wordt vanuit gezamenlijk geformuleerde zorg- en ondersteuningsdoelen, waarbij die zorg- en ondersteuningsdoelen niet gerealiseerd kunnen worden door één discipline of organisatie. In een interdisciplinaire samenwerking worden inzichten vanuit verschillende invalshoeken, disciplines en ervaringen gecombineerd;
- 7° lokale besturen: de gemeenten of, in de faciliteitengemeenten, de gemeente en het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn;
- 8° mantelzorger: de natuurlijke persoon die vanuit een sociale en emotionele band een of meer personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en steunt in het dagelijkse leven;
- 9° organisatie met terreinwerking: een organisatie met rechtspersoonlijkheid die op het terrein de opdrachten uitvoert, de methodieken, die al dan niet aangereikt worden door een partnerorganisatie, toepast of ondersteuning aanlevert voor de eerstelijnszorg, en die daarvoor door de Vlaamse Regering erkend of gesubsidieerd wordt;
- 10° partnerorganisatie: een organisatie met rechtspersoonlijkheid die als centrum van expertise fungeert binnen het geheel of deelaspecten van de eerstelijnszorg en die door de Vlaamse Regering erkend en gesubsidieerd wordt, of gesubsidieerd wordt via een beheersovereenkomst;
- 11° vertegenwoordiger: de natuurlijke persoon die in de plaats van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag optreedt bij alle handelingen die de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag moet stellen in het kader van dit decreet, als die niet in staat is zijn rechten zelf uit te oefenen;
- 12° zelfregie: de persoon met een zorg- of ondersteuningsvraag beschikt over het vermogen om de zorg en ondersteuning zowel procesmatig als inhoudelijk te laten aansluiten bij zijn levensdoelen en de levenskwaliteit die hij wil, hij kan controle erop uitoefenen en hij heeft de leiding erover;
- 13° zelfzorgvermogen: de persoon met een zorg- of ondersteuningsvraag bezit het vermogen om als natuurlijke persoon beslissingen en acties in het dagelijkse leven uit te voeren om te voldoen aan zijn basisbehoeften, en de bijbehorende activiteiten;
- 14° zorgaanbieder: een persoon, dienst of organisatie die als zorg- of welzijnsactor professioneel zorg of ondersteuning verleent aan personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, inclusief de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorg- en ondersteuningsaanbod;
- 15° zorg en ondersteuning: een activiteit of het geheel van activiteiten in het kader van het gezondheids- of welzijnsbeleid, uitgevoerd in het kader van dit decreet;
- 16° zorg- en ondersteuningsplan: een werkinstrument waarin, na vraagverheldering of indicatiestelling, op aangeven van en in samenspraak met de persoon de zorg- en ondersteuningsdoelen en de afspraken over de geplande zorg en ondersteuning voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zijn opgenomen, en dat toegankelijk is voor het zorgteam;
- 17° zorg- en ondersteuningsdoel: een doel dat geformuleerd wordt door de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, zijn vertegenwoordiger of mantelzorger en zijn zorgaanbieders met betrekking tot de wenselijke zorg met het oog op de levensdoelen en de levenskwaliteit die de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag wil bereiken;

- 18° zorg- en ondersteuningsvraag: de nood aan zorg en ondersteuning die een persoon of zijn omgeving aanvoelt of die objectief vastgesteld wordt;
- 19° zorgteam: de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en de betrokken informele en professionele zorg- en welzijnsactoren die, in het kader van een zorg- en ondersteuningsplan, samenwerken rond de zorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag.

Hoofdstuk 2. Werkingsprincipes voor een persoonsgerichte en geïntegreerde organisatie van de eerstelijnszorg

Art. 3. Dit decreet regelt de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.

Art. 4. In de eerstelijnszorg staan volgende werkingsprincipes voorop:

- 1° het benaderen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag vanuit het principe van integrale zorg en ondersteuning, vermeld in artikel 4, tweede lid, punt 1°, met respect voor zijn recht op zelfbeschikking;
- 2° het centraal stellen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en uitgaan van zijn zorg- en ondersteuningsvraag, keuzes, behoeften en levensdoelen;
- 3° het ondersteunen en versterken van het zelfzorgvermogen en de informele zorg, in overeenstemming met het subsidiariteitsprincipe;
- 4° het maximaal inzetten op het verhogen van de zorggeletterdheid;
- 5° het maximaal inzetten op preventie, vroegdetectie en vroeginterventie;
- 6° bij de planning, organisatie en uitvoering van de eerstelijnszorg staan de volgende doelstellingen voorop:
 - a) de kwaliteit van de eerstelijnszorg zoals de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag die ervaart, optimaliseren;
 - b) de gezondheid en het welzijn van de bevolking met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid verbeteren;
 - c) een meerwaarde creëren op het vlak van gezondheid en welzijn voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag met de ingezette middelen;
 - d) een kwaliteitsvolle en duurzame manier van werken voor de zorgaanbieders verzekeren;
- 7° het op een kwaliteitsvolle wijze organiseren en uitvoeren van de integrale zorg en ondersteuning. Toegankelijkheid, aanvaardbaarheid, geschiktheid, effectiviteit, veiligheid, rechtvaardigheid, relevantie, efficiëntie, innovatie en duurzaamheid staan daarbij voorop;
- 8° het nastreven van een geïntegreerde zorg en ondersteuning. Daarvoor kunnen gegevens over de persoon met wie een zorgrelatie bestaat, gedeeld worden op voorwaarde dat de vrije keuze en de transparante en objectieve informatie aan de persoon worden gevrijwaard. De gegevens worden gedeeld overeenkomstig de Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming) en het decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg, en bij voorkeur op digitale wijze. Een goede kennis van het zorg- en ondersteuningslandschap is daarvoor onontbeerlijk.

- In het eerste lid wordt verstaan onder:
- 1° integrale zorg en ondersteuning: de zorg en ondersteuning die een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag als geheel benadert, rekening houdend met aspecten van medische, psychosociale, levensbeschouwelijke en culturele aard en ook met factoren uit het dagelijkse leven;
 - 2° vroegdetectie: het geheel van activiteiten om een aandoening of problematiek in een zo vroeg mogelijke fase van de ontwikkeling of een verhoogd risico op die aandoening of problematiek op te sporen;
 - 3° vroeginterventie: het geheel van activiteiten die uitgevoerd worden door zorgaanbieders om adequaat te reageren op de signalen die bij de vroegdetectie worden opgevangen;
 - 4° zorgrelatie: de relationele band die in het kader van dit decreet ontstaat tussen een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en de eerstelijnszorgaanbieder;
 - 5° zelfbeschikking: het recht op eigen keuze en zelfstandigheid in het bepalen van het eigen leven;
 - 6° zorggeletterdheid: de mate waarin de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag beschikt over het vermogen om fundamentele informatie en diensten op het gebied van gezondheid en welzijn te verkrijgen, te verwerken en te begrijpen, zodat hij een beslissing kan nemen die zijn gezondheid en welzijn ten goede komt.

Hoofdstuk 3. Organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag

Art. 5. Bij de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag respecteren alle betrokken zorgaanbieders de zorg- en ondersteuningsdoelen van die persoon, alsook zijn zelfzorgvermogen, zijn keuzevrijheid en zijn wens en vermogen tot zelfregie.

Over de organisatie van de eerstelijnszorg om die zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken, vermeld in het eerste lid, worden samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de betrokken zorgaanbieders, de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en eventueel de mantelzorgers.

Art. 6. §1. Bij complexe zorg- en ondersteuningsbehoeften of bij langdurige zorg en ondersteuning wordt op verzoek van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger een zorg- en ondersteuningsplan opgemaakt. Het zorg- en ondersteuningsplan wordt opgemaakt en uitgevoerd door het zorgteam.

Ook op verzoek van de mantelzorgers of de eerstelijnszorgaanbieders kan een zorg- en ondersteuningsplan worden opgesteld, op voorwaarde dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger daarmee akkoord gaat.

De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot het zorg- en ondersteuningsplan en het opstellen ervan.

- Een zorgteam bestaat uit:
- 1° de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger;
 - 2° in voorkomend geval de persoon of personen actief in de informele zorg;

- 3° de zorgaanbieders, gekozen door de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, die betrokken zijn bij de realisatie van de zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon, vermeld in punt 1°.

De samenstelling van het zorgteam wordt in het zorg- en ondersteuningsplan opgenomen.

§2. In deze paragraaf wordt verstaan onder interdisciplinair overleg: een overleg van het zorgteam, waarvan minstens drie zorgaanbieders deel uitmaken.

Het zorgteam vervult de volgende taken:

- 1° het zorg- en ondersteuningsplan opmaken, uitvoeren, evalueren en zo nodig bijsturen om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken;
- 2° de persoon of zijn vertegenwoordiger, als dat nodig is, in contact brengen met zorgaanbieders die er nog niet bij betrokken zijn of met diensten uit andere domeinen dan de eerstelijnszorg, altijd met respect voor de vrije keuze van de persoon;
- 3° tijdelijk expertise toevoegen, als dat nodig is, voor de uitvoering van het zorg- en ondersteuningsplan;
- 4° als dat nodig is, een interdisciplinair overleg organiseren.

De Vlaamse Regering kan bijkomende taken formuleren voor het zorgteam en nadere regels bepalen voor de uitvoering van de taken, vermeld in het eerste lid.

De Vlaamse Regering kan de nadere regels en de financiering van de taak, vermeld in het eerste lid, 4°, bepalen.

§3. De zorgcoördinator is het aanspreekpunt van het zorgteam dat als lid van het zorgteam de taak op zich neemt om het overzicht te behouden en ervoor te zorgen dat alle zorg en ondersteuning, vastgelegd op basis van de zorg- of ondersteuningsvragen van de persoon, afgestemd, opgevolgd en geëvalueerd wordt.

De persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger neemt bij voorkeur de taak van zorgcoördinator op. Voor die taak kan de persoon bijgestaan worden door een lid van het zorgteam.

Als de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger dat niet wil of kan, wijst de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag in samenspraak met en op aangeven van het zorgteam een zorgcoördinator aan.

§4. De Vlaamse Regering kan de nadere regels en de financiering van de taak, vermeld in paragraaf 3, bepalen.

Art. 7. §1. In dit artikel wordt verstaan onder casemanagement: de grondige analyse en evaluatie van het zorg- en ondersteuningsproces, opgebouwd en uitgevoerd door het zorgteam, om tot duidelijke probleemstelling te komen, en de oplossingsgerichte procesbegeleiding en zorgafstemming die daaraan verbonden worden.

§2. Bij een, al dan niet versnelde, toenemende complexiteit of bij verlies van zelfregie of zelfzorgvermogen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag nemen de leden van het zorgteam in samenspraak met en

op aangeven van de persoon of zijn vertegenwoordiger alle nodige maatregelen om de zorg en ondersteuning blijvend af te stemmen op de zorg- en ondersteuningsvraag.

§3. Als het zorgteam niet slaagt in de realisatie van de opdracht, vermeld in paragraaf 2, kan op aanvraag van de zorgcoördinator en met akkoord van het zorgteam een zorgaanbieder, die de taak van casemanagement opneemt, tijdelijk ingezet worden ter ondersteuning van het zorgteam.

De zorgaanbieder die de taak van casemanagement opneemt, maakt geen deel uit van het zorgteam en treedt niet in de plaats van het zorgteam.

§4. De Vlaamse Regering kan de nadere regels en de financiering van de taak, vermeld in paragraaf 3, bepalen.

Hoofdstuk 4. Ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering

Art. 8. De Vlaamse Regering kan maatregelen nemen en financieren, binnen de beschikbare begrotingskredieten, ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering. De maatregelen hebben tot doel de eerstelijnszorgaanbieders te ondersteunen in hun professionele activiteiten of hen in staat te stellen hun activiteiten met betrekking tot de eerstelijnszorg op een interdisciplinaire wijze uit te oefenen en te blijven uitoefenen.

Hoofdstuk 5. Zorgraden

Afdeling 1. Algemene bepalingen

Art. 9. Een zorgraad is een rechtspersoon die binnen zijn werkgebied werkt aan de organisatie van de eerstelijnszorg en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.

Art. 10. §1. De Vlaamse Regering erkent en subsidieert zorgraden en bepaalt hun werkgebied.

§2. De Vlaamse Regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de duur van de erkenning, alsook de regels om de erkenning te verlenen en om de erkenning te schorsen of in te trekken als de erkenningsvoorwaarden niet worden nageleefd.

§3. De Vlaamse Regering bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden voor de uitvoering van de opdrachten, vermeld in artikel 11.

§4. Een zorgraad neemt de vorm aan van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks enig vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen behalve voor het belangeloze doel dat in de statuten bepaald is.

Afdeling 2. Opdrachten

Art. 11. Een zorgraad voert minstens de volgende opdrachten uit:

- 1° de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning afstemmen op de zorg- en ondersteuningsvragen, zoals vastgesteld op

bevolkingsniveau binnen het werkgebied van de zorgraad, in samenspraak met:

- a) de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, mantelzorgers en vrijwilligers;
- b) de eerstelijnszorgaanbieders;
- c) de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod;
- d) de lokale besturen.

De zorgraad kan daarbij doelgroepspecifiek of wijkgericht te werk gaan;

2° een lokaal sociaal beleid als vermeld in artikel 3, 4°, het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid, ondersteunen;

3° beroepsgroepspecifieke verenigingen ondersteunen die alle vrijwillig toegetreden eerstelijnszorgaanbieders die binnen het werkgebied van de zorgraad hun beroepsactiviteit uitoefenen, groeperen;

4° eerstelijnszorgaanbieders ondersteunen:

- a) bij de organisatie van kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning van de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, zoals vermeld in hoofdstuk 3, en met inbegrip van digitale gegevensdeling en het klachtenbeleid bij de interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking bij het aanbieden van die zorg;
- b) bij de aanlevering van gegevens voor de sociale kaart;

5° meewerken aan de uitvoering van Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en zo nodig andere doelstellingen voor het werkgebied voorstellen aan de Vlaamse Gemeenschap.

In het eerste lid wordt verstaan onder:

- 1° kwaliteitsvolle zorg: de verantwoorde zorg die rekening houdt met doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid;
- 2° multidisciplinaire samenwerking: de wijze van samenwerking van zorgaanbieders rond en met de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, die betrekking heeft op verschillende disciplines en waarbij vanuit de eigen discipline gehandeld wordt zonder combinatie of uitwisseling van expertise, ervaring of kennis;
- 3° vrijwilliger: de natuurlijke persoon die zijn activiteiten uitvoert op vrijwillige basis, onbezoldigd en in een georganiseerd verband;
- 4° sociale kaart: de gegevensbank, beheerd door het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, met identificatie-, contact- en werkingsgegevens van de zorgaanbieders in Vlaanderen en in Brussel.

Voor de ondersteuning van deze opdrachten doet de zorgraad zo veel mogelijk een beroep op de deskundigheid van de organisaties met terreinwerking en de partnerorganisaties.

De Vlaamse Regering kan de opdrachten nader preciseren, de voorwaarden voor de uitvoering ervan bepalen en bijkomende opdrachten vastleggen naast die vermeld in het eerste lid.

Afdeling 3. Samenstelling van de zorgraden

Art. 12. In dit artikel wordt verstaan onder afgevaardigde: een persoon die namens een lokale overheid, een organisatie of beroepsgroep wordt aangewezen om die lokale overheid, organisatie of beroepsgroep te vertegenwoordigen in de zorgraad.

Een zorgraad is pluralistisch en divers samengesteld en bestaat minstens uit de afgevaardigden van:

- 1° de lokale besturen;
- 2° de eerstelijnszorgaanbieders van verschillende disciplines, de woonzorgcentra, diensten voor gezinszorg, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, centra algemeen welzijnswerk;
- 3° de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag;
- 4° de erkende verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers.

De Vlaamse Regering kan nadere regels over de samenstelling van de zorgraad bepalen.

Afdeling 4. Werkgebied

Art. 13. De Vlaamse Regering bepaalt het werkgebied van de zorgraad, hierna de eerstelijnszone te noemen.

Bij het bepalen van de eerstelijnszones neemt de Vlaamse Regering de volgende voorwaarden in acht:

- 1° de eerstelijnszones overlappen elkaar niet;
- 2° de eerstelijnszones bestrijken het hele grondgebied van het Vlaamse Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;
- 3° een gemeente kan maar deel uitmaken van één eerstelijnszone, met uitzondering van de gemeenten Antwerpen en Gent;
- 4° een eerstelijnszone omvat minimaal 70.000 inwoners.

Hoofdstuk 6. Regionale zorgplatformen

Afdeling 1. Algemene bepalingen

Art. 14. Een regionaal zorgplatform is een rechtspersoon die binnen haar werkgebied aan de onderlinge afstemming tussen en aan de ondersteuning van de leden van het regionaal zorgplatform werkt.

Art. 15. De Vlaamse Regering erkent en subsidieert regionale zorgplatformen voor de uitvoering van de opdrachten, vermeld in artikel 16.

De Vlaamse Regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de duur van de erkenning, alsook de regels om de erkenning te verlenen en om de erkenning te schorsen of in te trekken als de erkenningsvoorwaarden niet worden nageleefd.

De Vlaamse Regering bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden.

Een regionaal zorgplatform neemt de vorm aan van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks een vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen, behalve voor het belangeloze doel dat in de statuten bepaald is.

Afdeling 2. Opdrachten

Art. 16. Een regionaal zorgplatform voert minstens de volgende opdrachten uit:

- 1° het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin adviseren over de afstemming van het aanbod aan zorg en ondersteuning op de behoeften van de bevolking binnen zijn werkgebied;

- 2° de eerstelijnszorg en de gespecialiseerde zorg op elkaar afstemmen, zodat de zorgcontinuïteit voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag gegarandeerd kan worden;
- 3° problemen, drempels of knelpunten behandelen die niet door de zorgraden binnen hun werkgebied opgelost kunnen worden.

In het eerste lid, 1°, wordt verstaan onder het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: het beleidsdomein, vermeld in artikel 2, punt 7°, en artikel 9 van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 juni 2005 met betrekking tot de organisatie van de Vlaamse administratie.

De Vlaamse Regering kan de opdrachten, vermeld in het eerste lid, nader preciseren, de voorwaarden voor de uitvoering ervan bepalen en bijkomende opdrachten vastleggen, naast die vermeld in het eerste lid.

Afdeling 3. Samenstelling van de regionale zorgplatformen

Art. 17. In dit artikel wordt verstaan onder geestelijk gezondheidsnetwerk: een geformaliseerd samenwerkingsverband dat verantwoordelijk is voor een bepaald werkgebied en betrokken is bij de zorg voor de deelpopulatie waartoe het samenwerkingsverband zich richt, en dat in samenwerking met vertegenwoordigers van gebruikers en hun mantelzorgers het geestelijke gezondheidsaanbod en functies faciliteert en optimaliseert.

De volgende organisaties die binnen zijn werkgebied werken, zijn minstens lid van een regionaal zorgplatform:

- 1° de Logo's, vermeld in artikel 2, 19°, van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid;
- 2° de palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden voor palliatieve zorg;
- 3° de erkende regionale expertisecentra dementie;
- 4° de geestelijke gezondheidsnetwerken;
- 5° de ziekenhuizen en ziekenhuissamenwerkingsverbanden die in de regio gevestigd en erkend zijn;
- 6° de zorgraden binnen het werkgebied van het regionaal zorgplatform;
- 7° de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en van erkende verenigingen van mantelzorgers en gebruikers.

De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen over de samenstelling van de regionale zorgplatformen.

Voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kan de Vlaamse Regering specifieke organisaties aanwijzen om het regionaal zorgplatform te ondersteunen in de uitvoering van zijn opdrachten.

Afdeling 4. Werkgebied

Art. 18. De Vlaamse Regering bepaalt het werkgebied van een regionaal zorgplatform, hierna regionale zorgzone te noemen.

Bij het bepalen van de regionale zorgzones neemt de Vlaamse Regering de volgende voorwaarden in acht:

- 1° de regionale zorgzones bestrijken het grondgebied van het Vlaamse Gewest en van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;

- 2° een regionale zorgzone omvat minstens twee eerstelijnszones, met uitzondering van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, dat kan bestaan uit één eerstelijnszone;
- 3° een regionale zorgzone bestrijkt een aaneensluitend grondgebied, met uitzondering van de gemeenten Voeren en Baarle-Hertog, dat minimaal 300.000 inwoners omvat;
- 4° het werkgebied van de organisaties, vermeld in artikel 17, tweede lid, 1° tot en met 4°, en de regionale zorgzones zijn maximaal op elkaar afgestemd.

Hoofdstuk 7. Partnerorganisaties

Art. 19. §1. De Vlaamse Regering kan in het kader van dit decreet zowel organisaties erkennen en subsidiëren, binnen de beschikbare begrotingskredieten, als partnerorganisatie en hun werkgebied bepalen.

De Vlaamse Regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de duur van de erkenning, alsook de regels om de erkenning te verlenen en om de erkenning te schorsen of in te trekken als de erkenningsvoorwaarden niet worden nageleefd.

De Vlaamse Regering bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden.

Partnerorganisaties hebben de vorm van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks een vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen, behalve voor het belangeloze doel dat in de statuten bepaald is.

§2. In afwijking van paragraaf 1 kan de Vlaamse Regering, na een oproep, een beheersovereenkomst sluiten met een partnerorganisatie. Een partnerorganisatie waarmee een beheersovereenkomst wordt gesloten, wordt geacht erkend te zijn voor de duur van die overeenkomst.

De beheersovereenkomst, vermeld in het eerste lid, geldt voor minimaal drie jaar en voor maximaal vijf jaar en kan eenmalig verlengd worden voor ten hoogste de initiële duur van de overeenkomst.

De beheersovereenkomst omvat:

- 1° de aard van de deskundigheid van de partnerorganisatie, de doelgroepen aan wie de partnerorganisatie minstens ondersteuning biedt en de opdrachten die de partnerorganisatie heeft ten aanzien van de Vlaamse Gemeenschap;
- 2° een beleidsplan voor de duur van de beheersovereenkomst. Dat beleidsplan omvat:
 - a) de resultaatsgebieden voor de uitvoering van de overeenkomst;
 - b) de evaluatiecriteria voor de resultaatsgebieden, vermeld in punt a);
 - c) de wijze waarop wordt voorzien in periodieke rapportage;
- 3° het werkgebied van de partnerorganisatie;
- 4° de voorwaarden en nadere regels voor de subsidie.

De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot de oproep en het sluiten van een beheersovereenkomst.

Hoofdstuk 8. Organisaties met terreinwerking

Art. 20. De Vlaamse Regering kan voorzieningen in de eerstelijnszorg erkennen of subsidiëren, binnen de beschikbare begrotingskredieten, als organisaties met terreinwerking en ze kan hun werkgebied bepalen.

De Vlaamse Regering bepaalt, in voorkomend geval, de erkenningsvoorwaarden, de regels voor de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

De Vlaamse Regering bepaalt, in voorkomend geval, de subsidie en de subsidievoorwaarden.

Organisaties met terreinwerking hebben de vorm van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks een vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen, behalve voor het belangeloze doel dat in de statuten bepaald is. In het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kan een organisatie met terreinwerking opgericht worden door de Vlaamse Gemeenschapscommissie.

Art. 21. Organisaties met terreinwerking doen, als ze voor bepaalde opdrachten of delen van opdrachten ondersteuning nodig hebben, een beroep op het aanbod van de partnerorganisaties die door hun inhoudelijke deskundigheid of hun vermogen om gegevens aan te leveren, de gevraagde ondersteuning kunnen bieden.

Hoofdstuk 9. Projecten

Art. 22. De Vlaamse Regering kan, onder de voorwaarden die ze bepaalt en binnen de begrotingskredieten, een subsidie verlenen voor projecten met een tijdelijk en vernieuwend karakter met betrekking tot de eerstelijnszorg.

Hoofdstuk 10. Gegevensverwerking

Art. 23. In het zorg- en ondersteuningsplan, dat wordt opgesteld overeenkomstig artikel 6, §1, worden volgende persoonsgegevens, inclusief gegevens over gezondheid, van de persoon met een zorg en ondersteuningsvraag verwerkt:

- 1° persoonsgegevens voor de identificatie van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag;
- 2° de relevante gegevens over de gezondheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag;
- 3° de gegevens over de te verlenen zorg en ondersteuning;
- 4° de persoonsgegevens voor de identificatie van de zorgaanbieders, die bij de zorg en ondersteuning rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag betrokken zijn.

De Vlaamse Regering kan, na advies van de bevoegde toezichthoudende autoriteit, de lijst van persoonsgegevens, vermeld in het eerste lid, inclusief de gegevens over gezondheid, nader preciseren.

De gegevens, vermeld in het eerste lid, worden verwerkt om over de nodige informatie te beschikken voor het aanbieden van de zorg en ondersteuning aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, zodat de zorg en ondersteuning die verleend wordt door de verschillende zorgaanbieders

van het zorgteam op elkaar kan worden afgestemd, rekening houdende met de evoluerende zorg- en ondersteuningsdoelen en zodat die zorg en ondersteuning kan worden opgevolgd en worden bijgestuurd waar nodig.

Iedere zorgaanbieder die deel uitmaakt van het zorgteam is verwerkingsverantwoordelijke voor de gegevens die hij in het zorg- en ondersteuningsplan opneemt. De zorgaanbieders van het zorgteam duiden onder elkaar een lid aan die ten aanzien van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag optreedt als contactpersoon voor de uitoefening van zijn rechten, vermeld artikel 12 tot en met 23 van de Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming).

Het zorg- en ondersteuningsplan wordt bewaard gedurende een termijn van dertig jaar vanaf de laatste aanpassing van het zorg- en ondersteuningsplan in kwestie.

Hoofdstuk 11. Verantwoordingsplicht en toezicht

Art. 24. Alle zorgraden, regionale zorgplatformen, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking die door de Vlaamse Regering erkend of gesubsidieerd worden voor opdrachten binnen het kader van dit decreet, leggen verantwoording af en zijn onderworpen aan toezicht.

De Vlaamse Regering organiseert het toezicht en de controle op de naleving van dit decreet en de uitvoeringsbesluiten ervan.

Art. 25. Alle zorgraden, regionale zorgplatformen, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking die door de Vlaamse Regering gesubsidieerd worden voor opdrachten voor de uitvoering of ondersteuning van de eerstelijnszorg, maken op eenvoudig verzoek van de Vlaamse Regering alle andere financiële middelen dan de middelen die verkregen zijn in het kader van dit decreet, kenbaar. Alle bewijsstukken worden op eenvoudig verzoek ter beschikking gesteld.

Tenzij dubbele financiering van dezelfde activiteit voor de uitvoering of de ondersteuning van de eerstelijnszorg wordt aangetoond, worden de financiële middelen die buiten dit decreet verworven zijn, niet in mindering gebracht van de subsidies die via dit decreet verkregen zijn.

Het kan worden toegestaan om reserves aan te leggen. De Vlaamse Regering bepaalt daartoe nadere regels.

Hoofdstuk 12. Administratieve sancties

Art. 26. De subsidie van een zorgraad, regionaal zorgplatform, partnerorganisatie en organisatie met terreinwerking wordt geheel of gedeeltelijk ingehouden of teruggevorderd als de opdrachten of verplichtingen die voortvloeien uit dit decreet, niet worden nageleefd.

Art. 27. De erkenning van een zorgraad, regionaal zorgplatform, partnerorganisatie en organisatie met terreinwerking kan geschorst of ingetrokken worden als de organisatie niet of niet meer voldoet aan de verplichtingen die voortvloeien uit dit decreet.

Art. 28. Een administratieve sanctie als vermeld in artikel 26 en 27, kan alleen uitgevoerd worden als:

- 1° de betrokkene van het agentschap een schriftelijke aanmaning heeft ontvangen om de verplichtingen in kwestie na te komen;
- 2° de betrokkene de verplichtingen in kwestie niet is nagekomen binnen de termijn die het agentschap bepaalt;
- 3° de betrokkene is uitgenodigd om gehoord te worden door het agentschap.

In het eerste lid wordt verstaan onder agentschap: het agentschap Zorg en Gezondheid, opgericht bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap "Zorg en Gezondheid".

Hoofdstuk 13. Procedures voor erkenning, schorsing en intrekking van de erkenning

Art. 29. Voor de zorgraden, de regionale zorgplatformen, de partnerorganisaties en de organisaties met terreinwerking regelt de Vlaamse Regering de procedure voor de erkenning en voor de schorsing en de intrekking van de erkenning.

De Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en (Kandidaat-)pleegzorgers, vermeld in artikel 12 van het decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid en van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, geeft advies over bezwaar- of verweermiddelen die in het kader van de procedures die voortvloeien uit dit decreet, ingediend worden bij een voornemen tot weigering, schorsing of intrekking van erkenning.

Hoofdstuk 14. Wijzigingsbepalingen

Art. 30. In artikel 90, derde lid, van hetzelfde decreet wordt punt 4° vervangen door wat volgt:

"4° zorgaanbieder: een eerstelijnszorgaanbieder als vermeld in artikel 2, 3°, van het decreet van xxxx betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders."

Art. 31. In artikel 52, §1, tweede lid, van het Woonzorgdecreet van xxxx wordt de zinsnede "het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders" vervangen door de zinsnede "het decreet van xxxxxx betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders".

Hoofdstuk 15. Slotbepalingen

Art. 32. De Vlaamse Regering regelt de opheffing van elk van de bepalingen van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

Art. 33. De volgende besluiten blijven van kracht tot ze door de Vlaamse Regering worden opgeheven:

1° het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen;

2° het besluit van de Vlaamse Regering van xxxxx betreffende xxxxxx (erkenning Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn als partnerorganisatie).

Art. 34. De Vlaamse Regering bepaalt de noodzakelijke overgangsmaatregelen voor de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg die erkend zijn conform artikel 8 van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, zoals van kracht op de dag vóór de opheffing van het voormelde artikel.

Art. 35. De Vlaamse Regering bepaalt de noodzakelijke overgangsmaatregelen voor de partnerorganisaties die erkend zijn conform artikel 14 van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, zoals van kracht op de dag vóór de opheffing van het voormelde artikel, en de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg, die erkend zijn conform artikel 7 van het voormelde decreet, zoals van kracht op de dag vóór de opheffing van het voormelde artikel.

Art. 36. De Vlaamse Regering bepaalt voor iedere bepaling van dit decreet de datum van inwerkingtreding.

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE



RAAD VAN STATE

afdeling Wetgeving

advies 64.944/3
van 24 januari 2019

over

een voorontwerp van decreet van de Vlaamse Gemeenschap
‘betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale
zorgplatformen en de ondersteuning van de
eerstelijnszorgaanbieders’

Op 10 december 2018 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een voorontwerp van decreet van de Vlaamse Gemeenschap ‘betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders’.

Het voorontwerp is door de derde kamer onderzocht op 15 januari 2019. De kamer was samengesteld uit Jeroen VAN NIEUWENHOVE, staatsraad, voorzitter, Peter SOURBRON en Koen MUYLLE, staatsraden, Jan VELAERS en Bruno PEETERS, assessoren, en Annemie GOOSSENS, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Rein THIELEMANS, eerste auditeur.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 24 januari 2019.

*

1. Met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, heeft de afdeling Wetgeving zich toegespitst op het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond¹, alsmede van de vraag of aan de te vervullen vormvereisten is voldaan.

*

STREKKING VAN HET VOORONTWERP

2. Het voor advies voorgelegde voorontwerp van decreet van de Vlaamse Gemeenschap voorziet in een overkoepelende regeling inzake de eerstelijnszorg, waaronder wordt verstaan: de zorg die zich richt op personen die behoefte hebben aan laagdrempelige, breed toegankelijke, ambulante en generalistische zorg en ondersteuning voor gezondheids- of welzijnsgerelateerde problemen, zowel van fysieke, psychologische als sociale aard, die wordt aangeboden door eerstelijnszorgaanbieders², al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder (artikel 2, 2°, van het voorontwerp). Het aan te nemen decreet komt in de plaats van het decreet van 3 maart 2004 ‘betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders’.

Hoofdstuk 1 bevat een aantal definities.

Hoofdstuk 2 betreft het voorwerp van het aan te nemen decreet en de werkingsprincipes die voorop staan in de eerstelijnszorg.

Hoofdstuk 3 betreft de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. Het regelt de basisprincipes, het zorg- en ondersteuningsplan, het zorgteam, de zorgcoördinator en het casemanagement.

Hoofdstuk 4 bevat een machtiging aan de Vlaamse Regering om maatregelen te nemen en te financieren ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering.

Hoofdstuk 5 definieert de zorgraden en regelt de erkenning en subsidiëring ervan, hun opdrachten, hun samenstelling³ en hun werkgebied.

Hoofdstuk 6 definieert de regionale zorgplatformen en regelt de erkenning en subsidiëring ervan, hun opdrachten, hun samenstelling⁴ en hun werkgebied.

¹ Aangezien het om een voorontwerp van decreet gaat, wordt onder “rechtsgrond” de overeenstemming met de hogere rechtsnormen verstaan.

² Eerstelijnszorgaanbieders zijn: personen, diensten of organisaties die als zorg- of welzijnsactor professioneel zorg of ondersteuning (lees: zorg en ondersteuning) verlenen aan personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, met uitzondering van de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorg- en ondersteuningsaanbod (artikel 2, 3°, van het voorontwerp).

³ Van een zorgraad maken deel uit: de lokale besturen, de eerstelijnszorgaanbieders van verschillende disciplines, de woonzorgcentra, de diensten voor gezinszorg, de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, de centra algemeen welzijnswerk, de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en de erkende verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers (artikel 12, tweede lid, van het voorontwerp).

Hoofdstuk 7 regelt de erkenning en subsidiëring van, dan wel het sluiten van een beheersovereenkomst (eveneens met het oog op subsidiëring) met de partnerorganisaties.

Hoofdstuk 8 betreft de erkenning en subsidiëring van organisaties met terreinwerking.

Hoofdstuk 9 regelt de subsidiëring van projecten met een tijdelijk en vernieuwend karakter met betrekking tot de eerstelijnszorg.

Hoofdstuk 10 bevat bepalingen inzake de verwerking van persoonsgegevens, waaronder gegevens die de gezondheid betreffen, in het zorg- en ondersteuningsplan.

Hoofdstuk 11 regelt de verantwoordingsplicht van en het toezicht op de zorgraden, regionale zorgplatformen, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking, het voorkomen van dubbele financiering en het aanleggen van reserves.

Hoofdstuk 12 betreft de administratieve sancties, namelijk het geheel of gedeeltelijk inhouden of terugvorderen van subsidies en het schorsen of intrekken van de erkenning.

Hoofdstuk 13 heeft betrekking op de procedure voor de erkenning en voor de schorsing en de intrekking van de erkenning.

Hoofdstuk 14 bevat twee wijzigingsbepalingen die verwijzingen naar het decreet van 3 maart 2004 vervangen door verwijzingen naar het aan te nemen decreet.

Hoofdstuk 15 bevat de slotbepalingen, namelijk een bepaling die de Vlaamse Regering machtigt om de opheffing van elk van de bepalingen van het decreet van 3 maart 2004 te regelen, een bepaling inzake het van kracht blijven van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 ‘betreffende de huisartsenkringen’ en van het (nog te nemen) besluit van de Vlaamse Regering ‘betreffende xxxxxx (erkenning Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn als partnerorganisatie’⁵, bepalingen die de Vlaamse Regering machtigen om “de noodzakelijke overgangsmaatregelen” te bepalen en een bepaling waarbij de Vlaamse Regering wordt gemachtigd om voor iedere bepaling van het aan te nemen decreet de datum van inwerkingtreding vast te stellen.

⁴ Maken minstens deel uit van een regionaal zorgplatform: de logo's, de palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden voor palliatieve zorg, de erkende regionale expertisecentra dementie, de geestelijke gezondheidsnetwerken, de ziekenhuizen en ziekenhuissamenwerkingsverbanden die in de regio gevestigd en erkend zijn, de zorgraden binnen het werkgebied van het regionaal zorgplatform en de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en erkende verenigingen van mantelzorgers en gebruikers (artikel 17, tweede lid, van het voorontwerp).

⁵ Dit is het besluit dat moet voortvloeien uit het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering ‘houdende de regels voor de erkenning en subsidiëring van een partnerorganisatie als Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn’ waarover de Raad van State weldra advies 65.095/3 zal geven.

BEVOEGDHEID

A. Algemeen

3.1. Artikel 1 van het voorontwerp bepaalt dat het decreet een gemeenschapsaangelegenheid regelt. In de memorie van toelichting wordt niet ingegaan op de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap voor het ontworpen decreet. Op de vraag wat het toepassingsgebied en de bevoegdheidsrechtelijke grondslag is van het voorontwerp, antwoordde de gemachtigde het volgende:

“Het ontwerp is qua bevoegdheidsgrond zowel gesteund op het artikel 5, §1, I, eerste lid, 6° BWHI als op artikel 5, §1, I, eerste lid, 1° BWHI.

Meer bepaald zijn hoofdstuk 2 en deels hoofdstuk 3 (artikel 5) gesteund op artikel 5, §1, I, eerste lid, 1° BWHI (beleid betreffende de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen). Deze bepalingen bepalen werkingsprincipes/verplichtingen ten aanzien van de eerstelijnszorgaanbieders met betrekking tot de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorgverstrekingen met als doel het voeren van een beleid ter verbetering van de zorgverstrekking. In het advies 35.773/3 van 18 september 2003 van de Raad van State bij het voorontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders werd gesteld dat de Vlaamse Gemeenschap verplichtingen kan opleggen aan de individuele zorgverstrekkers in het kader van het voeren van een beleid ter verbetering van de zorgverstrekking, voor zover niet wordt geraakt aan de residuaire bevoegdheid van de federale overheid met betrekking tot de uitoefening van de geneeskunst en de paramedische beroepen (cfr. randnummers 6 tot en met 6.4).

Hoofdstuk 3, 4, 5, 7, 8 en 9 zijn gesteund op het artikel 5, §1, I, eerste lid, 6° BWHI. Overeenkomstig de voorbereidende werken bij de bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming valt onder de ‘organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn’ de infrastructurele en organisatorische omkadering van het gezondheidszorgniveau buiten de acute ziekenhuizen waar professionele hulpverleners zich toelaggen op de eerste deskundige opvang en de begeleiding van gezondheidszorgproblemen die de patiënt ervaart zelf niet te kunnen oplossen (Voorstel van bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming, Parl. St. Senaat 2012-2013, nr. 5-2232/1, pg. 29).

In hoofdstuk 3 wordt een organisatorisch kader gecreëerd waarbinnen de eerstelijnszorgaanbieders samenwerken rond personen met een complexe zorg- en ondersteuningsnood (cfr. artikel 6 en 7).

In hoofdstuk 4 wordt een decretale basis gecreëerd voor maatregelen ter ondersteuning van de huisartsen (cfr. huidige Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde). Overeenkomstig de memorie van toelichting bij de bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming kunnen de gemeenschappen ook nieuwe instrumenten ontwikkelen voor de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn. De bepaling in het ontwerp laat de ruimte opdat ook maatregelen voor de ondersteuning van andere eerstelijnszorgaanbieders mogelijk zijn en opdat een ondersteuning gegeven kan worden voor de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering.

In hoofdstuk 5 wordt, door de erkenning van een zorggraad, een omkadering gecreëerd voor de samenwerking van de eerstelijnsactoren op een lokaal niveau. Het

takenpakket van de zorgraden is echter ruimer dan de gezondheidszorg en omvat eveneens aspecten van het welzijnsbeleid waardoor dit hoofdstuk zich qua bevoegdheid eveneens deels steunt op artikel 5, §1, II BWHI.

In hoofdstukken 7 en 8 wordt een decretale basis gecreëerd om partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking te erkennen en te subsidiëren, het gaat hier bijvoorbeeld om huisartsenkringen, palliatieve samenwerkingsverbanden. De partnerorganisaties hebben tot doel om met hun expertise de eerstelijnszorgaanbieders te ondersteunen.

Het hoofdstuk 6 betreffende de regionale zorgplatformen gaat verder dan de eerstelijnszorg en steunt op artikel 5, §1, I, eerste lid, 1° tot en met 6° en 8° BWHI en artikel 5, §1, II BWHI.”

3.2. In hoofdzaak heeft het voorontwerp betrekking op “de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn”, bedoeld in artikel 5, § 1, I, eerste lid, 6°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 ‘tot hervorming der instellingen’.

In zoverre het voorontwerp betrekking heeft op voorzieningen en -organisaties die niet begrepen zijn in de voormelde bijzonderewetsbepaling en die bij de ontworpen regeling worden betrokken omdat ze eerstelijnsgezondheidszorg of gespecialiseerde zorg aanbieden, kan er worden gesteund op artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, 2° tot 5° en 8°, van dezelfde bijzondere wet. In dat verband kan ook worden verwezen naar de opmerking 4.1 tot 5.2.

In zoverre bepaalde aspecten van de ontworpen regeling, waaronder de samenstelling en de opdrachten van de zorgraden en de regionale zorgplatformen, veeleer betrekking hebben op welzijn dan op gezondheidszorg, kan er worden gesteund op gemeenschapsbevoegdheden inzake de bijstand aan personen (artikel 5, § 1, II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980).

B. Afstemming met gespecialiseerde gezondheidszorg als taak van de regionale zorgplatformen

4.1. Overeenkomstig artikel 16, eerste lid, 2°, van het voorontwerp is een van de taken van de regionale zorgplatformen “de eerstelijnszorg en de gespecialiseerde zorg op elkaar afstemmen, zodat de zorgcontinuïteit voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag gegarandeerd kan worden”. Op de vraag wat onder de term “gespecialiseerde zorg” moet worden verstaan, antwoordde de gemachtigde het volgende:

“Het doel van de opdracht omschreven in het artikel 16, eerste lid, 2° van het ontwerp is om afstemming te verkrijgen tussen de eerstelijnszorg en de gespecialiseerde zorg waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is. Hierbij kan onder meer worden gedacht aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de revalidatiecentra, de diensten die zich toelagen op de behandeling en hulpverlening bij ernstige drugsverslavingen, ... Het gaat hier niet om eerstelijnszorg. Deze organisaties en diensten met een gespecialiseerd zorgaanbod zijn, in tegenstelling tot de generalistische eerstelijnszorgaanbieders, gespecialiseerd in een bepaalde aandoening of problematiek.

⁶ Dat de bevoegdheidsrechtelijke grondslag vormde voor het decreet van 3 maart 2004.

De huidige omschrijving van het artikel 16, eerste lid, 2° van het ontwerp laat door de term ‘gespecialiseerde zorg’ echter onduidelijkheid bestaan. Het is niet de bedoeling om de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap te buiten te gaan en verplichtingen op te leggen aan de gehele gespecialiseerde zorg. Om deze reden wordt voorgesteld om de opdracht in artikel 16, eerste lid, 2° van het ontwerp te herformuleren:

‘2° de zorg en ondersteuning op elkaar afstemmen, zodat de zorgcontinuïteit voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag kan gegarandeerd worden;’

Op deze manier is het duidelijk dat de afstemming voor het garanderen van de zorgcontinuïteit alleen zal plaatsvinden tussen de partners opgenomen in het regionale zorgplatform. Hiermee wordt echter niet uitgesloten dat, wanneer andere gespecialiseerde zorgverleners op vrijwillige basis willen meewerken aan een afstemming van de zorg en ondersteuning, dit mogelijk moet zijn.

(...)

De opdracht vermeld in artikel 16, eerste lid, 2°, mag niet ruimer worden begrepen dan een afstemming met de actoren in de gespecialiseerde zorg waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is. Hier kan er bijvoorbeeld verwezen worden naar de geestelijke gezondheidszorg, revalidatie, enz...

De bevoegdheidsgrond voor deze bepaling berust op:

- Artikel 5, §1, I, eerste lid, 2° BHWI: Het beleid betreffende de verstrekkingen van geestelijke gezondheidszorg in verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen;
- Artikel 5, §1, I, eerste lid, 3° BWHI: Het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in oudereninstituten, met inbegrip van de geïsoleerde geriatriediensten;
- Artikel 5, §1, I, eerste lid, 4° BWHI: Het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie;
- Artikel 5, §1, I, eerste lid, 5° BWHI: Het beleid inzake long term care revalidatie.

Er worden in het ontwerp geen andere verplichtingen opgelegd ten aanzien van de ‘gespecialiseerde zorg’.”

4.2. Bij de uitoefening van de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap inzake de gespecialiseerde gezondheidszorg moet rekening worden gehouden met de federale bevoegdheden ter zake, in het bijzonder de residuaire federale bevoegdheid inzake de reglementering van de gespecialiseerde gezondheidszorgberoepen. Door op algemene wijze te bepalen dat de eerstelijnszorg afgestemd wordt op “de gespecialiseerde zorg” kan daarover twijfel ontstaan. Het tekstvoorstel van de gemachtigde neemt die twijfel zeker weg, maar er wordt dan zelfs niet meer gerefereerd aan de gespecialiseerde zorg, terwijl uit de memorie van toelichting toch duidelijk blijkt dat het de bedoeling is om de gespecialiseerde zorg en ondersteuning door zorgaanbieders te reglementeren. Het is wellicht beter om te blijven verwijzen naar de gespecialiseerde zorg, maar een definitie van die term op te nemen waarin duidelijk wordt vermeld dat het enkel gaat om de gespecialiseerde zorg waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is.

C. Betrokkenheid van ziekenhuizen en ziekenhuissamenwerkingsverbanden bij regionale zorgplatformen

5.1. Overeenkomstig artikel 17, tweede lid, 5°, van het voorontwerp zijn “de ziekenhuizen en ziekenhuissamenwerkingsverbanden die in de regio gevestigd en erkend zijn” in elk geval lid van de regionale zorgplatformen. Op de vraag wat de bevoegdheidsrechtelijke grondslag is voor die bepaling, antwoordde de gemachtigde als volgt:

“Er is geen bevoegdheidsgrond om de ziekenhuizen en de ziekenhuissamenwerkingsverbanden te verplichten om deel te nemen aan de regionale zorgplatformen. Wij stellen voor om het artikel 17, tweede lid, 5° te schrappen. Er zal een lid aan artikel 17 worden toegevoegd, tussen het tweede en het derde lid dat luidt als volgt:

“Ziekenhuizen en ziekenhuissamenwerkingsverbanden kunnen participeren aan de regionale zorgplatformen zonder dat zij evenwel lid moeten worden en zonder de bijhorende verplichtingen gekoppeld aan de regionale zorgplatformen.”

5.2. Er bestaat op zich geen bevoegdheidsrechtelijk bezwaar tegen het tekstvoorstel van de gemachtigde inzake het betrekken van ziekenhuizen bij de regionale zorgplatformen, op louter vrijwillige basis en zonder dat zij verplichtingen aangaan. Maar anders dan de gemachtigde lijkt voor te houden, is er wel degelijk een bevoegdheidsrechtelijke grondslag om de ziekenhuizen en de ziekenhuissamenwerkingsverbanden te verplichten deel te nemen aan de regionale zorgplatformen.

De gemeenschapsbevoegdheid inzake ziekenhuizen reikt niet zover als de gemeenschapsbevoegdheden voor de overige gezondheidszorgvoorzieningen die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap vallen, gelet op de uitzonderingen vervat in artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, a) tot d), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980. Dat neemt evenwel niet weg dat de gemeenschappen onder meer beschikken over de principiële bevoegdheid inzake de erkenningsnormen voor de betrokken afdelingen en ziekenhuizen, met uitzondering van de “organieke wetgeving” bedoeld in artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, a), van de voormelde bijzondere wet. De deelname aan de regionale zorgplatformen zou dan ook kunnen worden opgelegd in de vorm van een erkenningsvoorwaarde voor de betrokken ziekenhuizen en ziekenhuissamenwerkingsverbanden, aangezien een dergelijke verplichting niet onder de “organieke wetgeving” lijkt te vallen.

D. Toepasselijkheid ten aanzien van lokale besturen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad

6.1. Overeenkomstig artikel 12, tweede lid, 1°, van het voorontwerp is de zorgraad onder meer samengesteld uit afgevaardigden van de lokale besturen. Die laatste term wordt bij artikel 2, 7°, van het voorontwerp gedefinieerd als “de gemeenten of, in de faciliteitengemeenten, de gemeente en het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn”. Op de vraag waarom dat onderscheid wordt gemaakt, antwoordde de gemachtigde het volgende:

“Deze definitie werd zo opgesteld om tegemoet te komen aan de integratie van de gemeenten en de OCMW bij decreet van 22 december 2017 over het lokaal bestuur.”

Met die zienswijze kan niet worden ingestemd. Ook in het decreet van 22 december 2017 ‘over het lokaal bestuur’ vormen de gemeenten en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn twee afzonderlijke rechtspersonen, ook al zijn hun organen in beginsel dezelfde. De definitie in artikel 2, 7°, van het voorontwerp moet dan ook in elk geval worden aangepast.

6.2. Daar komt nog bij dat de stellers van het voorontwerp uit het oog lijken te verliezen dat, aangezien de ontworpen regeling betrekking heeft op bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap, ze ook van toepassing is op de lokale besturen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Op de vraag hoe de Vlaamse Gemeenschap verplichtingen kan opleggen aan de gemeenten en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn in dat taalgebied, antwoordde de gemachtigde het volgende:

“In het ontwerp wordt enkel in het artikel 12 een verplichting opgelegd aan de lokale besturen. Het is terecht dat de Vlaamse Gemeenschap geen verplichtingen kan opleggen aan de lokale besturen van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Om deze reden stellen wij voor om een lid toe te voegen tussen het eerste en het tweede lid luidend als volgt:

‘Als het werkgebied van de zorgraad gelegen is op het grondgebied van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad is de deelname van een afgevaardigde van de lokale besturen uit het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad facultatief.’

Wij hopen op deze manier tegemoet te komen aan de opmerking van de Raad van State. Op deze manier worden de lokale besturen van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad niet verplicht om deel te nemen aan de zorgraad, maar kunnen zij wel hiervan deel uitmaken indien zij dit wensen.”

6.3. Gemeenten en openbare centra voor maatschappelijk welzijn in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad zijn instellingen die bij wet zijn onderworpen aan een tweetalig regime en die dan ook niet beschouwd kunnen worden als instellingen die, wegens hun organisatie, geacht moeten worden uitsluitend te behoren tot de ene of de andere gemeenschap. De Vlaamse Gemeenschap kan er dan ook geen verplichtingen aan opleggen bij het ontworpen decreet.⁷

Er kan wel worden ingestemd met het tekstvoorstel van de gemachtigde om de deelname van de gemeenten en openbare centra voor maatschappelijk welzijn in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad aan de werkzaamheden van de zorgraad louter op vrijwillige basis in te richten. Wellicht kan het tekstvoorstel verder worden verduidelijkt door te bepalen dat een of meer vertegenwoordigers van deze gemeenten en openbare centra voor maatschappelijk welzijn worden uitgenodigd om deel te nemen aan de vergaderingen van de zorgraad.

⁷ Adv.RvS 34.339/AV van 29 april 2003 over een voorontwerp dat heeft geleid tot het decreet van 21 november 2003 ‘betreffende het preventieve gezondheidsbeleid’, *Parl.St.* VI.Parl. 2002-03, nr. 1709/1, 159-160 (opmerkingen 27 en 28).

E. Toepasselijkheid ten aanzien van natuurlijke personen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad

7.1. Aangezien de ontworpen regeling onder meer van toepassing is op eerstelijnszorgaanbieders, die worden gedefinieerd als “een persoon, dienst of organisatie die als zorg- of welzijnsactor professioneel zorg of ondersteuning verleent aan personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, met uitzondering van de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorg- en ondersteuningsaanbod”,⁸ rijst de vraag naar de toepasselijkheid van de ontworpen regeling ten aanzien van natuurlijke personen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. De gemachtigde verklaarde daarover het volgende:

“Het ontwerpdecreet is van toepassing op het grondgebied van het Vlaams Gewest en ten aanzien van de uni-communautaire Vlaamse instellingen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

Ten aanzien van individuele zorgverleners kan het ontwerpdecreet van toepassing zijn op de individuele zorgverleners die duidelijk hebben aangegeven tot de Vlaamse Gemeenschap te behoren.

Meer specifiek kan hierover volgende worden meegedeeld met betrekking tot de individuele zorgaanbieders in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad:

- Hoofdstuk 3: Wat betreft de financiering van de zorgcoördinatie en het casemanagement moeten nog verdere afspraken worden gemaakt (cfr. antwoord op vraag 5 en 6). Het ontwerp laat de ruimte om nadere regels en financieringsvoorwaarden vast te stellen.

- Hoofdstuk 4: Deze bepaling is niet van toepassing op de individuele zorgaanbieders in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. De ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering ten aanzien van de individuele zorgaanbieders in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad is de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

- Hoofdstuk 5: Een individuele zorgaanbieder in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad moet via een afgevaardigde kunnen (geen verplichting) deelnemen aan de zorgraad wanneer hij duidelijk heeft aangegeven tot de Vlaamse Gemeenschap te willen behoren. Dit kan door toe te treden tot samenwerkingsverbanden die zelf georganiseerd zijn op zodanige wijze dat blijkt wordt gegeven van een band met de Vlaamse Gemeenschap (...).”

7.2 Er moet rekening worden gehouden met het gegeven dat de Vlaamse Gemeenschap in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad geen verplichtingen kan opleggen ten aanzien van natuurlijke personen, maar enkel ten aanzien van instellingen die wegens hun organisatie geacht moeten worden uitsluitend tot de Vlaamse Gemeenschap te behoren.⁹

In zoverre sommige bepalingen in het voorontwerp gericht zijn tot eerstelijnszorgaanbieders die natuurlijke personen zijn en die niet als unicommunautaire

⁸ Artikel 2, 3°, van het voorontwerp.

⁹ Zie daarover uitvoeriger adv.RvS 34.339/AV, *Parl.St.* VI.Parl. 2002-03, nr. 1709/1, 155-159 (opmerkingen 19 tot 26), alsook adv.RvS 53.932/AV van 27 augustus 2013 over een voorstel dat heeft geleid tot de bijzondere wet van 6 januari 2014 ‘met betrekking tot de Zesde Staatshervorming’, *Parl.St.* Senaat 2012-13, nr. 5-2232/3, 15 (opmerking 7).

instellingen kunnen worden beschouwd, kunnen die bepalingen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad enkel uitwerking hebben indien ze geen verplichtingen inhouden voor deze eerstelijnszorgaanbieders. Het gegeven dat de betrokken zorgaanbieder “duidelijk heeft aangegeven tot de Vlaamse Gemeenschap te willen behoren”, zoals de gemachtigde voorhoudt, zou begrepen kunnen worden als een verwarring tussen twee bevoegdheidsrechtelijke criteria. Enerzijds is er het criterium voor unicommunautaire instellingen in persoonsgebonden aangelegenheden, namelijk dat ze “wegens hun organisatie, moeten worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de ene of de andere gemeenschap”,¹⁰ waarbij enkel de concrete organisatie van die instelling, en niet de vrijwilligheid, doorslaggevend is. Anderzijds is er het criterium voor natuurlijke personen, die op vrijwillige basis een beroep kunnen doen op een regeling van de Vlaamse of de Franse Gemeenschap, zonder dat zij daarbij moeten aangeven “te willen behoren” tot die gemeenschap.

Voor de eerstelijnszorgaanbieders in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad die natuurlijke personen zijn en die niet als unicommunautaire instellingen kunnen worden beschouwd, geldt het tweede criterium. De bepalingen van het voorontwerp die tot hen gericht zijn, zoals de artikelen 4 tot 8 ervan, moeten dan ook zo worden begrepen dat ze voor de betrokken eerstelijnszorgaanbieders geen verplichtingen inhouden. Ook bij de uitvoering van die bepalingen moet daarop worden toegezien.

VORMVEREISTEN

8. Gevraagd of de bepalingen van het voorontwerp die betrekking hebben op subsidiëring (namelijk de artikelen 6, § 2, vierde lid, en § 4, 7, § 4, 8, 10, § 3, 15, derde lid, 19, § 1, derde lid, 20, derde lid, en 22) werden aangemeld bij de Europese Commissie op grond van artikel 108, derde lid, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (hierna: VWEU), antwoordde de gemachtigde het volgende:

“Er werden geen bepalingen die betrekking hebben op subsidiëring of financiering aangemeld bij de Europese Commissie.

De financiering voor de taken vermeld in artikel 6, §2, derde lid, §4 en artikel 7, §4 is geen financiering van een economische activiteit. Het gaat om een financiering voor de zorgverleners die al zorg verlenen aan een bepaalde persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, om, wanneer de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood dit vraagt, samen te werken overeenkomstig de voorwaarden vermeld in artikel 6 en 7.

Bij de opmaak van uitvoeringsbesluiten bij het artikel 8, zal worden nagegaan of een aanmelding hier nodig is. Het is pas bij de opmaak van de uitvoeringsbesluiten dat de financieringsregels en voorwaarden duidelijk zullen blijken.

In artikel 10, §3 en artikel 15, derde lid gaat het om de financiering van een zorgraad en een regionaal zorgplatform. Een zorgraad is een organisatie waarbinnen verschillende partners in de eerstelijnszorg samenwerken rond de organisatie van de zorg op lokaal niveau en hierbij de opdrachten als vermeld in artikel 11 uitvoert. Een zorgraad biedt zelf geen zorg aan. Het gaat hier om een niet-economische activiteit. Idem inzake de

¹⁰ Artikel 128, § 2, van de Grondwet.

regionale zorgplatformen die zijn samengesteld uit verschillende actoren op het gebied van de eerstelijnszorg, gespecialiseerde zorg en de preventieve gezondheidszorg.

In artikel 19, §1, derde lid, artikel 20, derde lid en artikel 22 gaat het om de financiering van partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking en de subsidiëring van projecten. Deze organisaties en projecten moeten nog nader worden bepaald in uitvoeringsbesluiten. Bij het opstellen van deze uitvoeringsbesluiten zal worden nagegaan of een aanmelding nodig is.”

De stellers van het voorontwerp moeten echter in de eerste plaats nagaan of de eerstelijnszorgaanbieders, verenigingen, organisaties en projecten aan wie subsidies kunnen worden verleend op grond van het voorontwerp al dan niet te beschouwen zijn als niet-economische diensten van algemeen belang, die buiten het toepassingsgebied van het VWEU vallen.¹¹ Indien dat steeds het geval is, is de aanmelding hoe dan ook niet vereist.

Indien sommige of alle eerstelijnszorgaanbieders, verenigingen, organisaties en projecten die voor subsidiëring in aanmerking komen, wel als economische diensten van algemeen belang beschouwd kunnen worden, is de aanmelding bij de Europese Commissie wel vereist, tenzij een beroep kan worden gedaan op een of meer vrijstellingsregelingen.¹² Of aan alle voorwaarden van die vrijstellingsregelingen is voldaan, hangt af van de uitvoeringsbesluiten en kan nog niet worden beoordeeld op het niveau van het aan te nemen decreet. Ook indien geen van die vrijstellingsregelingen van toepassing zou zijn, regelt het voorontwerp geen bedragen en voorwaarden voor die subsidie die een beoordeling als staatssteunmaatregelen door de Europese Commissie mogelijk maken.

De conclusie is dat de aanmelding van de ontworpen regeling in de gegeven omstandigheden weinig zin heeft en dat een nader onderzoek vereist zal zijn voor de uitvoeringsbesluiten.

¹¹ Zie protocol nr. 26 ‘betreffende de diensten van algemeen belang’ bij het VWEU.

¹² Bijvoorbeeld het besluit van de Commissie van 20 december 2011 ‘betreffende de toepassing van artikel 106, lid 2, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst, verleend aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang belaste ondernemingen’, verordening (EU) nr. 360/2012 van de Commissie van 25 april 2012 ‘betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op de-minimissteun verleend aan diensten van algemeen economisch belang verrichtende ondernemingen’, verordening (EU) nr. 1407/2013 van de Commissie van 18 december 2013 ‘betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op de-minimissteun’ en verordening (EU) nr. 651/2014 van de Commissie van 17 juni 2014 ‘waarbij bepaalde categorieën steun op grond van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag met de interne markt verenigbaar worden verklaard’.

ALGEMENE OPMERKINGEN

A. Toepassingsgebied van de ontworpen regeling en verhouding tot de andere regelingen inzake eerstelijnsgezondheidszorg

9.1. Op de vraag naar de precieze verhouding van de ontworpen regeling tot andere regelingen die van toepassing zijn op eerstelijnszorgaanbieders,¹³ waaronder het aan te nemen (ontwerp van) decreet ‘betreffende de woonzorg’¹⁴, antwoordde de gemachtigde het volgende:

“In de sectorale (ontwerp)decreten (woonzorg, geestelijke gezondheid, algemeen welzijnswerk, ...) worden de erkenningen en subsidiemechanismen geregeld van elke voorziening. Het ontwerpdecreet eerstelijnszorg wil de samenwerking en afstemming tussen deze voorzieningen bewerkstelligen en dus geenszins in de plaats treden van de bepalingen in de sectorale regelgeving.”

Op de vraag hoe artikel 23 van het voorontwerp, dat betrekking heeft op de verwerking van persoonsgegevens, zich verhoudt tot andere dergelijke regelingen, onder meer artikel 59 van het voormelde ontwerp van decreet ‘betreffende de woonzorg’, antwoordde de gemachtigde als volgt:

“Inzake de gegevensverwerking wordt in het Woonzorgdecreet in artikel 59 algemeen de gegevensverwerkingen geregeld die voortvloeien uit de bepalingen van het Woonzorgdecreet. In het artikel 23 van het ontwerp worden specifieke bepalingen opgenomen met betrekking tot de gegevensverwerkingen inzake het zorg- en ondersteuningsplan en de uitwisseling van gegevens van het zorg- en ondersteuningsplan.”

9.2. Ook indien de cumulatieve toepassing van verschillende regelingen inzake onder meer erkenningen, subsidies en verwerking van persoonsgegevens op het eerste gezicht niet problematisch is, is het raadzaam om in de memorie van toelichting de verhouding tussen de ontworpen regeling en sectorale regelingen nader te schetsen.

B. Rechtsgevolgen van de erkenning van zorgraden, regionale zorgplatformen, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking

10. Het voorontwerp bevat een erkenningsregeling voor zorgraden (artikel 10), regionale zorgplatformen (artikel 15), partnerorganisaties (artikel 19) en organisaties met terreinwerking (artikel 20). Op de vraag of deze erkenningen een voorwaarde vormen voor de uitoefening van de betrokken activiteiten, antwoordde de gemachtigde ontkennend. Voor de toekenning van subsidies bevestigde zij evenwel dat de erkenning verplicht is.

¹³ In de memorie van toelichting wordt onder meer verwezen naar centra voor algemeen welzijnswerk, diensten voor gezinszorg, lokale dienstencentra, dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf, diensten voor oppashulp, woonzorgcentra, openbare centra voor maatschappelijk welzijn, uitleendienst voor hulpmiddelen, diensten voor maaltijdbedeling, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, huisartsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, psychologen en apothekers.

¹⁴ *Parl.St.* VI.Parl. 2018-19, nr. 1765/1.

Het is raadzaam om telkens duidelijkheidshalve uitdrukkelijk in het voorontwerp te vermelden dat de erkenning een subsidiëringsvoorwaarde is.

C. Verwerking van persoonsgegevens

11.1. De artikelen 4, 8°, en 23 van het voorontwerp bevatten bepalingen inzake de verwerking van persoonsgegevens.

Het recht op eerbiediging van het privé- en gezinsleven wordt op algemene wijze gewaarborgd bij artikel 22 van de Grondwet, artikel 8 van het EVRM, artikel 17 van het Internationaal Verdrag inzake burgerlijke rechten en politieke rechten en artikel 16 van het Verdrag inzake de rechten van het kind. Opdat een inmenging in dit recht verantwoord zou zijn, is onder meer vereist dat de inmenging noodzakelijk is in een democratische samenleving, hetgeen inhoudt dat de aangewende middelen evenredig moeten zijn met het beoogde doel.

Op grond van de genoemde bepalingen heeft eenieder onder meer recht op bescherming tegen inmenging in het privéleven ten gevolge van de verwerking van persoonsgegevens. De verwerking van persoonsgegevens maakt het voorwerp uit van specifieke regelingen, met name het Europees Verdrag ‘tot bescherming van personen ten opzichte van de geautomatiseerde verwerking van persoonsgegevens’, ondertekend te Straatsburg op 28 januari 1981, verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 ‘betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensverwerking)’ (hierna: AVG) en de wet van 30 juli 2018 ‘betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens’¹⁵.

11.2. De gemachtigde verklaarde het volgende over de verwerking van persoonsgegevens op grond van de ontworpen bepalingen:

“Op basis van het ontwerp zullen enkel persoonsgegevens via het zorg- en ondersteuningsplan worden uitgewisseld. De zorggraden en de regionale zorgplatformen zullen in principe geen persoonsgegevens verwerken in het kader van hun opdrachten in dit decreet.

Voor de overige voorzieningen, vermeld in het ontwerp (partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking) is het nog onvoldoende duidelijk of deze persoonsgegevens zullen verwerken, en indien dit het geval is, welke persoonsgegevens zij zullen verwerken. Idem met betrekking tot de overheden.

Bij het opstellen van de uitvoeringsbesluiten bij dit ontwerp zal, eens er meer duidelijkheid is over de eventuele verwerkingen van persoonsgegevens, worden nagegaan of een aanpassing van het artikel 23 van het ontwerp nodig is en zal het ontwerp desgevallend worden aangepast, teneinde een decretale basis te creëren voor de betrokken gegevensverwerking.”

¹⁵ Luidens artikel 2 van deze wet is de AVG ook van toepassing op de verwerking van persoonsgegevens bedoeld in de artikelen 2.2.a) en 2.2.b) van de AVG.

11.3. Gelet op het legaliteitsbeginsel vervat in artikel 22 van de Grondwet moeten de aard van de persoonsgegevens en de finaliteit van de verwerking ervan in het ontworpen decreet worden bepaald. Wat betreft de verwerking van persoonsgegevens in het zorg- en ondersteuningsplan, is tegemoetgekomen bij de ontworpen bepalingen, onder voorbehoud van hetgeen wordt uiteengezet in opmerking 11.5.

Indien het de bedoeling is om in de uitvoeringsbesluiten de verwerking van persoonsgegevens te regelen in andere gevallen dan in het kader van het zorg- en ondersteuningsplan, moet ook daarvoor de aard van de persoonsgegevens en de finaliteit van de verwerking in het ontworpen decreet worden bepaald. Het is niet mogelijk om daarvoor gebruik te maken van de delegatie aan de Vlaamse Regering vervat in artikel 23, tweede lid, van het voorontwerp.

Artikel 23 van het voorontwerp zou voorts het best worden aangevuld met een bepaling die regelt welke overheden, organisaties, verenigingen en personen de persoonsgegevens mogen verwerken, zoals dat het geval is in artikel 49, § 3, van het decreet van 18 mei 2018 ‘houdende de Vlaamse sociale bescherming’, artikel 13, § 2, van het decreet van 6 juli 2018 ‘betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging’, artikel 59, § 2, van het voormelde ontwerp van decreet ‘betreffende de woonzorg’ en artikel 25, §§ 1 en 2, van het voorontwerp van decreet ‘betreffende de geestelijke gezondheid’, waarover op 17 januari 2019 advies 64.790/3 is gegeven.

11.4. Artikel 5, lid 1, b), van de AVG bepaalt dat persoonsgegevens voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden moeten worden verzameld en vervolgens niet verder mogen worden verwerkt op een wijze die onverenigbaar is met die doeleinden. Artikel 6 van de AVG bepaalt de gevallen waarin de verwerking van persoonsgegevens rechtmatig is. De artikelen 9 en 10 van de AVG bepalen de gevallen waarin verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens is toegelaten, waaronder gegevens over gezondheid.

In de memorie van toelichting wordt als grondslag die de verwerking toelaat, verwezen naar de artikelen 6, lid 1, c), en 9, lid 2, h), van de AVG. In advies nr. 122/2008 van 7 november 2018 verwijst de Gegevensbeschermingsautoriteit naar de artikelen 6, lid 1, e), en 9, lid 2, h), van de AVG, maar niet naar artikel 6, lid 1, c). Het komt de Raad van State voor dat de door de Gegevensbeschermingsautoriteit vermelde grondslag meer passend lijkt, aangezien niet bij voorbaat vaststaat dat elke verwerking berust op een wettelijke verplichting die rust op de verwerkingsverantwoordelijke.

Er kan ter overweging worden gegeven om de zo-even aangehaalde grondslagen voor de verwerking te vermelden in artikel 23 van het voorontwerp zelf, naar analogie van de in opmerking 11.3 aangehaalde gevallen, al is dat niet juridisch verplicht.

11.5. Wat betreft de aard van de persoonsgegevens die in het zorg- en ondersteuningsplan kunnen worden verwerkt, bevat artikel 23, eerste lid, van het voorontwerp

een opsomming waarin gewag wordt gemaakt van de “relevante gegevens over de *gezondheid* van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag”. Op de vraag of er dan geen melding moet worden gemaakt van gegevens die verband houden met de sociale situatie of de welzijnscontext van de betrokken persoon, antwoordde de gemachtigde het volgende:

“In principe zal het zorg- en ondersteuningsplan enkel de taakafspraken bevatten tussen de verschillende zorgaanbieders en gegevens betreffende de te verlenen zorg en ondersteuning. Omdat de gegevens betreffende de te verlenen zorg en ondersteuning ook gezondheidsgegevens kunnen betreffen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood werd er voor gekozen om in punt 2° een duidelijke basis te creëren voor de opname van deze gegevens over de gezondheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, gezien dit een bijzondere categorie van persoonsgegevens betreft overeenkomstig artikel 9, lid 1 AVG. Deze gegevens zullen echter steeds in relatie staan met de gegevens over de te verlenen zorg en ondersteuning.

De daadwerkelijke gezondheidsgegevens van de betrokken patiënt zullen worden uitgewisseld via het elektronisch deelbaar dossier overeenkomstig de bepalingen van het decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg. Dit geldt ook voor de gegevens betreffende de sociale situatie of de welzijnssituatie van de patiënt. In principe zullen deze niet worden opgenomen in het zorg- en ondersteuningsplan, tenzij deze deel uitmaken van de relevante gegevens inzake de te verlenen zorg en ondersteuning. Gezien de gegevens over de sociale situatie of welzijnsgegevens die in het kader van de te verlenen zorg- en ondersteuning geen bijzondere categorie van persoonsgegevens betreffen, menen wij dat de verwijzing in punt 3° voldoende is.”

De gemachtigde lijkt ervan uit te gaan dat het in opmerking 11.3 aangehaalde legaliteitsbeginsel zwaarder zou wegen voor de bijzondere categorieën van persoonsgegevens, bedoeld in artikel 9 van de AVG (waaronder gegevens over gezondheid). Dat is echter niet het geval: dat beginsel geldt voor alle soorten van persoonsgegevens. De stellers van het voorontwerp moeten dan ook nagaan of artikel 23, eerste lid, van het voorontwerp dan toch niet moet worden aangevuld indien effectief gegevens worden verwerkt over de sociale situatie of de welzijnscontext van een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. De vermelding in artikel 23, eerste lid, 3°, van het voorontwerp (“gegevens over de te verlenen zorg en ondersteuning”) lijkt daarvoor niet te volstaan.

D. Aanvraag van de financiering en de subsidiëring

12. In de artikelen 6, § 2, vierde lid, en § 4, 7, § 4, 8, 10, § 3, 15, derde lid, 19, § 1, derde lid, 20, derde lid, en 22 van het voorontwerp wordt gewag gemaakt van financiering en van subsidiëring, maar zonder dat wordt bepaald dat die subsidie wordt aangevraagd. De gemachtigde verklaarde daarover het volgende:

“Voor de financiering en subsidiëring bedoeld in de artikelen 6, §2, vierde lid, en §4, 7 §4 en 22 is inderdaad een aanvraag nodig. Bij deze bepalingen zal een delegatie worden geschreven waarin wordt vermeld dat de Vlaamse Regering (in voorkomend geval) de subsidievoorwaarden, het subsidiebedrag en de procedure voor de toekenning van de subsidie zal bepalen.

Voorbeeld: artikel 7, §4:

‘§4. De Vlaamse Regering kan de nadere regels, en in voorkomend geval, de financieringsvoorwaarden, het financieringsbedrag en de procedure voor de toekenning van de financiering van de taak, vermeld in paragraaf 3, bepalen.’

Wat de subsidiëring van zorgraden, regionale zorgplatformen, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking betreft (artikelen 10, §3, 15, derde lid, 19 §1, derde lid en 20, derde lid): de subsidiëring zal voortvloeien uit de erkenning die verleend wordt. Enkel de erkenning wordt aangevraagd. Het mechanisme voor subsidiëring wordt opgenomen in het uitvoeringsbesluit betreffende de erkenning en subsidiëring.”

Het is dan ook raadzaam om de delegatie aan de Vlaamse Regering in de artikelen 6, § 2, vierde lid, en § 4, en 7, § 4, van het voorontwerp aan te vullen met een delegatie om de procedure voor het aanvragen en toekennen van de financiering te bepalen.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Artikel 2

13. In artikel 2, 2°, van het voorontwerp schrijve men volgens de gemachtigde “de zorg en ondersteuning die zich richt op (...)” in plaats van “de zorg die zich richt op (...)” (zie ook de definitie van “zorg en ondersteuning” in artikel 2, 15°, van het voorontwerp).

14. Wat betreft de definitie van “lokale besturen” in artikel 2, 7°, van het voorontwerp wordt verwezen naar opmerking 6.1.

15. In artikel 2, 15°, van het voorontwerp zou de term “gezondheids- en welzijnsbeleid” aangevuld kunnen worden met een verwijzing naar artikel 5, § 1, I en II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, nu de gemachtigde verklaarde dat effectief die bevoegdheidscategorieën worden bedoeld.

Artikel 4

16. De inleidende zin van artikel 4 van het voorontwerp luidt: “In de eerstelijnszorg staan volgende werkingsprincipes voorop: (...)”. Daarmee is niet duidelijk wie die werkingsprincipes moet toepassen.

Indien het de bedoeling is dat de werkingsprincipes bindend zijn voor de eerstelijnszorgaanbieders en eventuele andere verenigingen en organisaties (de zorgraden, de regionale overlegplatformen, de partnerorganisaties, de organisaties met terreinwerking), moet dat uitdrukkelijk worden bepaald. Bovendien rijst dan de vraag wat de sanctie is op de niet-naleving ervan. Als dat kan leiden tot het verlies van een erkenning of een subsidie, moet dat uitdrukkelijk worden bepaald, eventueel in de relevante uitvoeringsbesluiten.

Indien daarentegen enkel het belang van deze werkingsprincipes wordt benadrukt, zonder formele verplichtingen op te leggen, heeft de bepaling geen normatieve draagwijdte en

moet ze worden weggelaten. Die werkingsprincipes kunnen dan eventueel worden opgenomen in de memorie van toelichting.

Artikel 8

17. Overeenkomstig artikel 8 van het voorontwerp kan de Vlaamse Regering “maatregelen nemen en financieren, binnen de beschikbare begrotingskredieten, ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering. De maatregelen hebben tot doel de eerstelijnszorgaanbieders te ondersteunen in hun professionele activiteiten of hen in staat te stellen hun activiteiten met betrekking tot de eerstelijnszorg op een interdisciplinaire wijze uit te oefenen en te blijven uitoefenen.”. Op de vraag of daarmee een delegatie van regelgevende bevoegdheid aan de Vlaamse Regering wordt beoogd en of die bepaling niet kan worden geherformuleerd om dat duidelijker te laten blijken, antwoordde de gemachtigde het volgende:

“Het is inderdaad de bedoeling om een delegatie te verlenen aan de Vlaamse Regering waarbij de Vlaamse Regering nadere regels kan nemen in een uitvoeringsbesluit.

Wij stellen voor om het artikel 8 te herformuleren als volgt:

‘Art. 8. De Vlaamse Regering kan in een financiering voorzien ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering. De financiering heeft tot doel de eerstelijnszorgaanbieders te ondersteunen in hun professionele activiteiten of hen in staat te stellen hun activiteiten met betrekking tot de eerstelijnszorg op een interdisciplinaire wijze uit te oefenen en te blijven uitoefenen.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden voor de financiering, vermeld in het eerste lid.’”

Met dat tekstvoorstel kan worden ingestemd.

Artikel 11

18. Artikel 11, eerste lid, 1°, a), van het voorontwerp luidt als volgt:

“Art. 11. Een zorgraad voert minstens de volgende opdrachten uit:

1° de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning afstemmen op de zorg- en ondersteuningsvragen, zoals vastgesteld op bevolkingsniveau binnen het werkgebied van de zorgraad, in samenspraak met:

a) de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, mantelzorgers en vrijwilligers; (...)”

Die bepaling zou zo kunnen worden begrepen dat de organisatie van het aanbod door de zorgraad op het niveau van de individuele personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, mantelzorgers en vrijwilligers gebeurt. De gemachtigde verklaarde dat dat niet de bedoeling is:

“De afstemming waarvan sprake in de eerste opdracht van de zorgraad slaat op de totale bevolking van het geografische gebied van de zorgraad, niet op individuen. De meerwaarde van de samenwerking binnen de zorgraad zit er in dat er op basis van de noden, die aanwezig zijn in de bevolking, gekeken wordt naar het aanbod aan zorg en ondersteuning (zowel in voorzieningen, zelfstandige zorgverstrekkers, activiteiten, projecten, ...) dat daar tegenover wordt geplaatst. Nu organiseren veel actoren op het terrein in gezondheidszorg en welzijn en lokale besturen activiteiten ten aanzien van dezelfde bevolking, maar telkens vanuit andere invalshoeken en daardoor vaak versnipperd en weinig coherent. Dit moet door de afstemming via de zorgraad een antwoord krijgen.

De zorgraad gaat zich niet uitspreken over individuele zorg en ondersteuning aan personen met een zorg- en ondersteuningsvraag. Dit moet behouden blijven voor de zorgaanbieders zelf, die hiervoor indien gewenst en noodzakelijk onderling samenwerken (zie ook hoofdstuk 3 van het ontwerpdecreet).”

Indien effectief een afstemming op regionaal niveau wordt beoogd en niet op individueel niveau, zou men in de ontworpen bepaling beter schrijven “de *verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en met de verenigingen van mantelzorgers en gebruikers* (zie ook artikel 12, tweede lid, 3° en 4°, van het voorontwerp).

19. In artikel 11, tweede lid, 1°, van het voorontwerp schrijve men “de verantwoorde zorg en ondersteuning” in plaats van “de verantwoorde zorg”.

Artikel 12

20. De gemachtigde beaamde dat in artikel 12, eerste lid, van het voorontwerp “lokaal bestuur” moet worden geschreven in plaats van “lokale overheid”, gelet op de definitie in artikel 2, 7°, van het voorontwerp.

21. Overeenkomstig artikel 12, tweede lid, van het voorontwerp is een zorgraad “pluralistisch en divers” samengesteld. Volgens de memorie van toelichting wordt met de term “pluralistisch” “de vertegenwoordiging van voorzieningen en disciplines die zich bekennen tot de verschillende ideologische strekkingen in onze samenleving” bedoeld. Er wordt niet vermeld wat wordt bedoeld met de term “divers”. In elk geval moet ook die laatste term worden verduidelijkt.

In beide gevallen rijst voorts de vraag naar de toepasbaarheid en de afdwingbaarheid van een dergelijk voorschrift. De nadere uitvoeringsmaatregelen aangaande de samenstelling van de zorgraad die overeenkomstig het derde lid kunnen worden uitgevaardigd, kunnen ter zake duidelijkheid bieden, maar dan moet daar ook effectief op worden toegezien.

Artikel 13

22. In artikel 13, tweede lid, 2°, van het voorontwerp schrijve men “het Nederlandse taalgebied” in plaats van “het hele grondgebied van het Vlaamse Gewest”.

Die opmerking geldt *mutatis mutandis* ook voor artikel 18, tweede lid, 1°, van het voorontwerp.

Artikel 19

23. Overeenkomstig artikel 19, § 1, derde lid, van het voorontwerp bepaalt de Vlaamse Regering de subsidie en de subsidievoorwaarden met betrekking tot de partnerorganisaties. In afwijking van paragraaf 1 kan de Vlaamse Regering evenwel een beheersovereenkomst sluiten met een partnerorganisatie. Artikel 19, § 2, derde lid, 4°, van het voorontwerp bepaalt dat zo'n beheersovereenkomst "de voorwaarden en nadere regels voor de subsidie" omvat.

Gelet op de beginselen die de uitoefening van de normatieve functie beheersen, kunnen in een beheersovereenkomst enkel praktische afspraken worden opgenomen die een concretisering inhouden van de bij een decreet of, binnen de grenzen waarbinnen delegaties toelaatbaar zijn, bij uitvoeringsbesluit vastgestelde regels.

De gemachtigde reageerde daarop als volgt:

"Wij stellen voor om artikel 19, §2, vierde lid aan te passen als volgt:

'De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot de oproep en het sluiten van de beheersovereenkomst *en bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden.*'"

Met dat voorstel kan worden ingestemd. Artikel 19, § 2, derde lid, 4°, van het voorontwerp kan dan worden weggelaten of eventueel worden vervangen door de zinsnede "de praktische afspraken betreffende de subsidie vermeld in het vierde lid".

Artikel 20

24. Overeenkomstig artikel 20, tweede en derde lid, van het voorontwerp bepaalt de Vlaamse Regering "in voorkomend geval" bepaalde nadere regels betreffende de organisaties met terreinwerking. Op de vraag waarom wordt vermeld "in voorkomend geval", terwijl dat niet het geval is voor analoge delegaties met betrekking tot partnerorganisaties vervat in artikel 19 van het voorontwerp, antwoordde de gemachtigde als volgt:

"Partnerorganisaties zullen altijd erkend en gesubsidieerd worden, als vermeld in artikel 19, §1, of worden gesubsidieerd via een beheersovereenkomst.

Organisaties met terreinwerking zullen ofwel erkend, ofwel gesubsidieerd, ofwel erkend én gesubsidieerd worden. Omdat er niet altijd een erkenning of een subsidie zal zijn bij een organisatie met terreinwerking wordt daarom in het artikel 20, tweede lid en derde lid vermeld 'in voorkomend geval'."

De woorden "in voorkomend geval" worden beter weggelaten, aangezien ze verkeerdelijk de indruk kunnen wekken dat het treffen van uitvoeringsmaatregelen als dusdanig facultatief is. Dat de Vlaamse Regering niet verplicht is om altijd te voorzien in een subsidie voor organisaties met terreinwerking, blijkt afdoende uit het woord "kan" in artikel 20, eerste lid, van het voorontwerp.

Artikel 24

25. Bij artikel 24, tweede lid, van het voorontwerp wordt de Vlaamse Regering gemachtigd om het toezicht en de controle op de naleving van het aan te nemen decreet en de uitvoeringsbesluiten ervan te organiseren. De gemachtigde verklaarde dat het toezicht volledig zal worden uitgeoefend op grond van het decreet van 19 januari 2018 ‘houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid’. Zij stelde voor het tweede lid als volgt te formuleren:

“Het toezicht op de naleving van de bepalingen in dit decreet en de uitvoeringsbesluiten ervan wordt georganiseerd overeenkomstig het decreet van 19 januari 2018 en de uitvoeringsbesluiten ervan.”

Met dat tekstvoorstel kan worden ingestemd.

Artikel 26

26. Overeenkomstig artikel 26 van het voorontwerp wordt de subsidie van een zorgraad, regionaal zorgplatform, partnerorganisatie en organisatie met terreinwerking geheel of gedeeltelijk ingehouden of teruggevorderd als de opdrachten of verplichtingen die voortvloeien uit het aan te nemen decreet, niet worden nageleefd. Op de vraag hoe deze bepaling zich verhoudt tot artikel 13 van de wet van 16 mei 2003 ‘tot vaststelling van de algemene bepalingen die gelden voor de begrotingen, de controle op de subsidies en voor de boekhouding van de gemeenschappen en de gewesten, alsook voor de organisatie van de controle door het Rekenhof’, antwoordde de gemachtigde het volgende:

“Het is niet de bedoeling van artikel 26 om het artikel 13 van de wet van 16 mei 2003 buitenspel te zetten. Het is een administratieve sanctie die geldt naast de toepassing van het artikel 13 van de wet van 16 mei 2003. Om deze onduidelijkheid weg te werken stellen wij voor om het artikel 26 van het ontwerp te herformuleren als volgt:

‘Onverminderd de toepassing van de federale algemene bepalingen inzake de controle op het verlenen en het gebruik van de door de gemeenschappen en gewesten toegekende subsidies, wordt de subsidie van een zorgraad, regionaal zorgplatform, partnerorganisatie en organisatie met terreinwerking geheel of gedeeltelijk ingehouden of teruggevorderd als de opdrachten of verplichtingen die voortvloeien uit dit decreet, niet worden nageleefd.’”

De Raad van State ziet niet goed in wat de ontworpen bepaling dan wel toevoegt aan de artikelen 13 en 14 van de wet van 16 mei 2003. Indien het werkelijk de bedoeling is om te voorzien in een afzonderlijke administratieve sanctie die geldt naast de voormelde wetsbepalingen, moet dat beter uit de verf komen. Voorts kan beter worden geschreven: “Onder voorbehoud van de artikelen 13 en 14 van de wet van 16 mei 2003 (...)”.¹⁶

¹⁶ Zie omzendbrief VR/2014/4 van 9 mei 2014 ‘betreffende de wetgevingstechniek’, nr. 7.

Artikel 27

27. Overeenkomstig artikel 27 van het voorontwerp kan de erkenning van een zorgraad, regionaal zorgplatform, partnerorganisatie en organisatie met terreinwerking geschorst of ingetrokken worden als de organisatie niet of niet meer voldoet aan de verplichtingen die voortvloeien uit het aan te nemen decreet.

De stellers van het voorontwerp zouden kunnen nagaan of het nodig is ook te voorzien in een sanctie voor partnerorganisaties met wie een beheersovereenkomst is gesloten. Een dergelijke sanctie kan in elk geval niet voor het eerst worden geregeld in die beheersovereenkomst, gelet op hetgeen is uiteengezet in opmerking 23.

Artikel 30

28. In artikel 30 van het voorontwerp schrijve men “het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging” in plaats van “hetzelfde decreet”.

Artikel 31

29. In artikel 52, § 1, tweede lid, van het eerder aangehaalde ontwerp van decreet ‘betreffende de woonzorg’ wordt al verwezen naar “het decreet van [...] betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders”. De gemachtigde beaamde dat artikel 31 van het voorontwerp overbodig is en kan worden weggelaten.

Artikel 33

30. Artikel 33 van het voorontwerp bepaalt dat het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 ‘betreffende de huisartsenkringen’ en het besluit van de Vlaamse Regering ‘houdende de regels voor de erkenning en subsidiëring van een partnerorganisatie als Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn’ “van kracht [blijven] tot ze door de Vlaamse Regering worden opgeheven”. Op de vraag waarom deze bepaling nodig is en waarom niets wordt bepaald over andere uitvoeringsbesluiten van het decreet van 3 maart 2004, antwoordde de gemachtigde het volgende:

“De uitvoeringsbesluiten van het huidige Eerstelijnsdecreet van 3 maart 2004 zijn de volgende:

- Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 9 september 2011 tot oprichting van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg;

- Besluit van de Vlaamse Regering van 7 oktober 2011 houdende de aanwijzing van de leden van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008 betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg;
- Besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen;
- Ontwerpbesluit tot erkenning van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn als partnerorganisatie.

Het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 wordt gewijzigd in uitvoering van het ontwerp van nieuw Woonzorgdecreet.

De besluiten van 9 september 2011 en 7 oktober 2011 zullen worden opgeheven door het ontwerpbesluit tot erkenning van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn als partnerorganisatie.

Het besluit van 19 december 2008 betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg zal worden opgeheven bij het uitvoeringsbesluit met betrekking tot de zorgraden. Dit is gepland als het eerste uitvoeringsbesluit van het nieuwe decreet. De SEL zullen niet meer blijven bestaan onder het nieuwe decreet en voor de bestaande erkenningen zal er voorzien worden in overgangsmaatregelen.

De huisartsenkringen (BVR 26 juni 2015) en het VIVEL als partnerorganisatie (BVR in opmaak) zullen als organisatie erkend worden onder dit ontwerp van decreet. Nieuwe uitvoeringsbesluiten zullen hiervoor worden genomen op basis van dit ontwerp. Tot de datum dat deze nieuwe uitvoeringsbesluiten in werking treden moeten de besluiten van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen en het ontwerpbesluit tot erkenning van het VIVEL als partnerorganisatie blijven gelden.

Bij een opheffing van het decreet van 3 maart 2004 kan het ontwerpbesluit tot erkenning van het VIVEL als partnerorganisatie zijn rechtsgrond ontleen aan het artikel 19, §1 van het nieuwe decreet en is een opname in artikel 33, 2° van het ontwerp niet nodig.

Het BVR van 25 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen ontleent, bij een opheffing van het decreet van 3 maart 2004, onvoldoende rechtsgrond aan het ontwerp, waardoor er wordt bepaald dat dit besluit bij wijze van overgangsmaatregel van kracht blijft tot het expliciet wordt opgeheven door de Vlaamse Regering, zodat het besluit van 25 juni 2015 van toepassing kan blijven.”

Het is raadzaam om dit alles op te nemen in de memorie van toelichting, zodat bij de bespreking van het aan te nemen decreet al duidelijk is wat het lot zal zijn van de uitvoeringsbesluiten van het decreet van 3 maart 2004. Zo wordt ook de indruk vermeden dat de andere uitvoeringsbesluiten geen rechtsgevolgen meer zouden hebben.

Voorts rijst de vraag of het besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008 ‘betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg’ niet eveneens moet worden opgenomen in de ontworpen bepaling.

Artikelen 34 en 35

31. Overeenkomstig artikel 34 van het voorontwerp bepaalt de Vlaamse Regering “de noodzakelijke overgangsmaatregelen voor de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg die erkend zijn conform artikel 8 van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, zoals van kracht op de dag vóór de opheffing van het voormelde artikel”. Artikel 35 van het voorontwerp schrijft voor dat de Vlaamse Regering “de noodzakelijke overgangsmaatregelen [bepaalt] voor de partnerorganisaties die erkend zijn conform artikel 14 van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, zoals van kracht op de dag vóór de opheffing van het voormelde artikel, en de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg, die erkend zijn conform artikel 7 van het voormelde decreet, zoals van kracht op de dag vóór de opheffing van het voormelde artikel”.

Die machtigingen kunnen niet zo worden geïnterpreteerd dat het mogelijk is om af te wijken van decretale bepalingen die gelden voor die samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en die partnerorganisaties. Dat is enkel mogelijk indien daartoe een uitdrukkelijke delegatie wordt verleend, waarbij de aard van die afwijking moet worden gepreciseerd.

DE GRIFFIER

DE VOORZITTER

Annemie GOOSSENS

Jeroen VAN NIEUWENHOVE

ONTWERP VAN DECREET

ONTWERP VAN DECREET

DE VLAAMSE REGERING,

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

BESLUIT:

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is ermee belast, in naam van de Vlaamse Regering, bij het Vlaams Parlement het ontwerp van decreet in te dienen, waarvan de tekst volgt:

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Artikel 1. Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Art. 2. In dit decreet wordt verstaan onder:

- 1° eerstelijnszone: het werkgebied van de zorgraad, vermeld in artikel 13;
- 2° eerstelijnszorg: de zorg en ondersteuning die zich richt op personen die behoefte hebben aan laagdrempelige, breed toegankelijke, ambulante en generalistische zorg en ondersteuning voor gezondheids- of welzijnsgerelateerde problemen, zowel van fysieke, psychologische als sociale aard, die wordt aangeboden door eerstelijnszorgaanbieders, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder;
- 3° eerstelijnszorgaanbieder: een persoon, dienst of organisatie die als zorg- of welzijnsactor professioneel zorg of ondersteuning verleent aan personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, met uitzondering van de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorg- en ondersteuningsaanbod;
- 4° geïntegreerde zorg en ondersteuning: de samenwerking op operationeel en organisatorisch niveau van alle betrokken zorg- en welzijnsactoren en initiatieven van vrijwillige en informele zorg- en welzijnsactoren in het streven naar een samenhangende en continue zorg voor en ondersteuning van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en zijn mantelzorgers, waarbij de zorg- en ondersteuningsvraag en de context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag het uitgangspunt vormen tijdens de hele levensloop;
- 5° informele zorg: de zorg en ondersteuning die personen niet beroepshalve maar meer dan occasioneel verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag;
- 6° interdisciplinair: de wijze van samenwerking die opgebouwd wordt vanuit gezamenlijk geformuleerde zorg- en ondersteuningsdoelen, waarbij die zorg- en ondersteuningsdoelen niet gerealiseerd kunnen worden door één discipline of organisatie. In een interdisciplinaire samenwerking worden inzichten vanuit verschillende invalshoeken, disciplines en ervaringen gecombineerd;
- 7° lokale besturen: de gemeenten en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;
- 8° mantelzorger: de natuurlijke persoon die vanuit een sociale en emotionele band een of meer personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en steunt in het dagelijkse leven;
- 9° organisatie met terreinwerking: een organisatie met rechtspersoonlijkheid die op het terrein de opdrachten uitvoert, de methodieken, die al dan niet aangekeurd worden door een partnerorganisatie, toepast of ondersteuning aanlevert voor de eerstelijnszorg, en die daarvoor door de Vlaamse Regering erkend of gesubsidieerd wordt;

- 10° partnerorganisatie: een organisatie met rechtspersoonlijkheid die als centrum van expertise fungeert binnen het geheel of deelaspecten van de eerstelijnszorg en die door de Vlaamse Regering erkend en gesubsidieerd wordt, of gesubsidieerd wordt via een beheersovereenkomst;
- 11° vertegenwoordiger: de natuurlijke persoon die in de plaats van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag optreedt bij alle handelingen die de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag moet stellen in het kader van dit decreet, als die niet in staat is zijn rechten zelf uit te oefenen;
- 12° zelfregie: de persoon met een zorg- of ondersteuningsvraag beschikt over het vermogen om de zorg en ondersteuning zowel procesmatig als inhoudelijk te laten aansluiten bij zijn levensdoelen en de levenskwaliteit die hij wil, hij kan controle erop uitoefenen en hij heeft de leiding erover;
- 13° zelfzorgvermogen: de persoon met een zorg- of ondersteuningsvraag bezit het vermogen om als natuurlijke persoon beslissingen en acties in het dagelijkse leven uit te voeren om te voldoen aan zijn basisbehoeften, en de bijbehorende activiteiten;
- 14° zorgaanbieder: een persoon, dienst of organisatie die als zorg- of welzijnsactor professioneel zorg of ondersteuning verleent aan personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, inclusief de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorg- en ondersteuningsaanbod;
- 15° zorg en ondersteuning: een activiteit of het geheel van activiteiten in het kader van het gezondheids- of welzijnsbeleid, uitgevoerd in het kader van dit decreet;
- 16° zorg- en ondersteuningsdoel: een doel dat geformuleerd wordt door de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, zijn vertegenwoordiger of mantelzorger en zijn zorgaanbieders met betrekking tot de wenselijke zorg met het oog op de levensdoelen en de levenskwaliteit die de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag wil bereiken;
- 17° zorg- en ondersteuningsplan: een werkinstrument waarin, na vraagverheldering of indicatiestelling, op aangeven van en in samenspraak met de persoon de zorg- en ondersteuningsdoelen en de afspraken over de geplande zorg en ondersteuning voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zijn opgenomen, en dat toegankelijk is voor het zorgteam;
- 18° zorg- en ondersteuningsvraag: de nood aan zorg en ondersteuning die een persoon of zijn omgeving aanvoelt of die objectief vastgesteld wordt;
- 19° zorgteam: de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en de betrokken informele en professionele zorg- en welzijnsactoren die, in het kader van een zorg- en ondersteuningsplan, samenwerken rond de zorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag.

Hoofdstuk 2. Werkingsprincipes voor een persoonsgerichte en geïntegreerde organisatie van de eerstelijnszorg

Art. 3. Dit decreet regelt de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.

Art. 4. In de eerstelijnszorg staan volgende werkingsprincipes voorop:

- 1° het benaderen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag vanuit het principe van integrale zorg en ondersteuning, vermeld in artikel 4, tweede lid, 1°, met respect voor zijn recht op zelfbeschikking;
- 2° het centraal stellen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en uitgaan van zijn zorg- en ondersteuningsvraag, keuzes, behoeften en levensdoelen;
- 3° het ondersteunen en versterken van het zelfzorgvermogen en de informele zorg, in overeenstemming met het subsidiariteitsprincipe;
- 4° het maximaal inzetten op het verhogen van de zorggeletterdheid;
- 5° het maximaal inzetten op preventie, vroegdetectie en vroeginterventie;

- 6° bij de planning, organisatie en uitvoering van de eerstelijnszorg staan de volgende doelstellingen voorop:
- a) de kwaliteit van de eerstelijnszorg zoals de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag die ervaart, optimaliseren;
 - b) de gezondheid en het welzijn van de bevolking met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid verbeteren;
 - c) een meerwaarde creëren op het vlak van gezondheid en welzijn voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag met de ingezette middelen;
 - d) een kwaliteitsvolle en duurzame manier van werken voor de zorgaanbieders verzekeren;
- 7° het op een kwaliteitsvolle wijze organiseren en uitvoeren van de integrale zorg en ondersteuning. Toegankelijkheid, aanvaardbaarheid, geschiktheid, effectiviteit, veiligheid, rechtvaardigheid, relevantie, efficiëntie, innovatie en duurzaamheid staan daarbij voorop;
- 8° het nastreven van een geïntegreerde zorg en ondersteuning. Daarvoor kunnen gegevens over de persoon met wie een zorgrelatie bestaat, gedeeld worden op voorwaarde dat de vrije keuze en de transparante en objectieve informatie aan de persoon worden gevrijwaard. De gegevens worden gedeeld overeenkomstig de verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming) en het decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg, en bij voorkeur op digitale wijze. Een goede kennis van het zorg- en ondersteuningslandschap is daarvoor onontbeerlijk.

In het eerste lid wordt verstaan onder:

- 1° integrale zorg en ondersteuning: de zorg en ondersteuning die een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag als geheel benadert, rekening houdend met aspecten van medische, psychosociale, levensbeschouwelijke en culturele aard en ook met factoren uit het dagelijkse leven;
- 2° vroegdetectie: het geheel van activiteiten om een aandoening of problematiek in een zo vroeg mogelijke fase van de ontwikkeling of een verhoogd risico op die aandoening of problematiek op te sporen;
- 3° vroeginterventie: het geheel van activiteiten die uitgevoerd worden door zorgaanbieders om adequaat te reageren op de signalen die bij de vroegdetectie worden opgevangen;
- 4° zorgrelatie: de relationele band die in het kader van dit decreet ontstaat tussen een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en de eerstelijnszorgaanbieder;
- 5° zelfbeschikking: het recht op eigen keuze en zelfstandigheid in het bepalen van het eigen leven;
- 6° zorggeletterdheid: de mate waarin de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag beschikt over het vermogen om fundamentele informatie en diensten op het gebied van gezondheid en welzijn te verkrijgen, te verwerken en te begrijpen, zodat hij een beslissing kan nemen die zijn gezondheid en welzijn ten goede komt.

Hoofdstuk 3. Organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag

Art. 5. Bij de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag respecteren alle betrokken zorgaanbieders de zorg- en ondersteuningsdoelen van die persoon, alsook zijn zelfzorgvermogen, zijn keuzevrijheid en zijn wens en vermogen tot zelfregie.

Over de organisatie van de eerstelijnszorg om die zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken, vermeld in het eerste lid, worden samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de betrokken zorgaanbieders, de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en eventueel de mantelzorgers.

Art. 6. §1. Bij complexe zorg- en ondersteuningsbehoeften of bij langdurige zorg en ondersteuning wordt op verzoek van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger een zorg- en ondersteuningsplan opgemaakt. Het zorg- en ondersteuningsplan wordt opgemaakt en uitgevoerd door het zorgteam.

Ook op verzoek van de mantelzorgers of de eerstelijnszorgaanbieders kan een zorg- en ondersteuningsplan worden opgesteld, op voorwaarde dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger daarmee akkoord gaat.

De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot het zorg- en ondersteuningsplan en het opstellen ervan.

Een zorgteam bestaat uit:

- 1° de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger;
- 2° in voorkomend geval de persoon of personen actief in de informele zorg;
- 3° de zorgaanbieders, gekozen door de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, die betrokken zijn bij de realisatie van de zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon, vermeld in punt 1°.

De samenstelling van het zorgteam wordt in het zorg- en ondersteuningsplan opgenomen.

§2. In deze paragraaf wordt verstaan onder interdisciplinair overleg: een overleg van het zorgteam, waarvan minstens drie zorgaanbieders deel uitmaken.

Het zorgteam vervult de volgende taken:

- 1° het zorg- en ondersteuningsplan opmaken, uitvoeren, evalueren en zo nodig bijsturen om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken;
- 2° de persoon of zijn vertegenwoordiger, als dat nodig is, in contact brengen met zorgaanbieders die er nog niet bij betrokken zijn of met diensten uit andere domeinen dan de eerstelijnszorg, altijd met respect voor de vrije keuze van de persoon;
- 3° tijdelijk expertise toevoegen, als dat nodig is, voor de uitvoering van het zorg- en ondersteuningsplan;
- 4° als dat nodig is, een interdisciplinair overleg organiseren.

De Vlaamse Regering kan bijkomende taken formuleren voor het zorgteam en nadere regels bepalen voor de uitvoering van de taken, vermeld in het eerste lid.

De Vlaamse Regering kan de nadere regels, en in voorkomend geval, de financieringsvoorwaarden, het financieringsbedrag en de procedure voor het aanvragen en toekennen van de financiering van de taak, vermeld in het eerste lid, 4°, bepalen.

§3. De zorgcoördinator is het aanspreekpunt van het zorgteam dat als lid van het zorgteam de taak op zich neemt om het overzicht te behouden en ervoor te zorgen dat alle zorg en ondersteuning, vastgelegd op basis van de zorg- of ondersteuningsvragen van de persoon, afgestemd, opgevolgd en geëvalueerd wordt.

De persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger neemt bij voorkeur de taak van zorgcoördinator op. Voor die taak kan de persoon bijgestaan worden door een lid van het zorgteam.

Als de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag of zijn vertegenwoordiger dat niet wil of kan, wijst de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag in samenspraak met en op aangeven van het zorgteam een zorgcoördinator aan.

§4. De Vlaamse Regering kan de nadere regels, en in voorkomend geval, de financieringsvoorwaarden, het financieringsbedrag en de procedure voor het aanvragen en toekennen van de financiering van de taak, vermeld in paragraaf 3, bepalen.

Art. 7. §1. In dit artikel wordt verstaan onder casemanagement: de grondige analyse en evaluatie van het zorg- en ondersteuningsproces, opgebouwd en uitgevoerd door het zorgteam, om tot duidelijke probleemstelling te komen, en de oplossingsgerichte procesbegeleiding en zorgafstemming die daaraan verbonden worden.

§2. Bij een, al dan niet versnelde, toenemende complexiteit of bij verlies van zelfregie of zelfzorgvermogen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag nemen de leden van het zorgteam in samenspraak met en op aangeven van de persoon of zijn vertegenwoordiger alle nodige maatregelen om de zorg en ondersteuning blijvend af te stemmen op de zorg- en ondersteuningsvraag.

§3. Als het zorgteam niet slaagt in de realisatie van de opdracht, vermeld in paragraaf 2, kan op aanvraag van de zorgcoördinator en met akkoord van het zorgteam een zorgaanbieder, die de taak van casemanagement opneemt, tijdelijk ingezet worden ter ondersteuning van het zorgteam.

De zorgaanbieder die de taak van casemanagement opneemt, maakt geen deel uit van het zorgteam en treedt niet in de plaats van het zorgteam.

§4. De Vlaamse Regering kan de nadere regels, en in voorkomend geval, de financieringsvoorwaarden, het financieringsbedrag en de procedure voor het aanvragen en toekennen van de financiering van de taak, vermeld in paragraaf 3, bepalen.

Hoofdstuk 4. Ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering

Art. 8. De Vlaamse Regering kan in een financiering voorzien ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering. De financiering heeft tot doel de eerstelijnszorgaanbieders te ondersteunen in hun professionele activiteiten of hen in staat te stellen hun activiteiten met betrekking tot de eerstelijnszorg op een interdisciplinaire wijze uit te oefenen en te blijven uitoefenen.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden voor de financiering, vermeld in het eerste lid.

Hoofdstuk 5. Zorggraden

Afdeling 1. Algemene bepalingen

Art. 9. Een zorgraad is een rechtspersoon die binnen zijn werkgebied werkt aan de organisatie van de eerstelijnszorg en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.

Art. 10. De Vlaamse Regering erkent en subsidieert zorggraden en bepaalt hun werkgebied.

De Vlaamse Regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de duur van de erkenning, alsook de regels om de erkenning te verlenen en om de erkenning te schorsen of in te trekken als de erkenningsvoorwaarden niet worden nageleefd.

De Vlaamse Regering bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden voor de uitvoering van de opdrachten, vermeld in artikel 11.

Een zorgraad neemt de vorm aan van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks enig vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen behalve voor het belangeloze doel dat in de statuten bepaald is.

Afdeling 2. Opdrachten

Art. 11. Een zorgraad voert minstens de volgende opdrachten uit:

- 1° de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning afstemmen op de zorg- en ondersteuningsvragen, zoals vastgesteld op bevolkingsniveau binnen het werkgebied van de zorgraad, in samenspraak met:
 - a) de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en met de verenigingen van mantelzorgers en de verenigingen van vrijwilligers;
 - b) de eerstelijnszorgaanbieders;
 - c) de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod;
 - d) de lokale besturen.

De zorgraad kan daarbij doelgroepspecifiek of wijkgericht te werk gaan;

- 2° een lokaal sociaal beleid als vermeld in artikel 3, 4°, van het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid, ondersteunen;
- 3° beroepsgroepspecifieke verenigingen ondersteunen die alle vrijwillig togetreden eerstelijnszorgaanbieders die binnen het werkgebied van de zorgraad hun beroepsactiviteit uitoefenen, groeperen;
- 4° eerstelijnszorgaanbieders ondersteunen:
 - a) bij de organisatie van kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning van de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag als vermeld in hoofdstuk 3, en met inbegrip van digitale gegevensdeling en het klachtenbeleid bij de interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking bij het aanbieden van die zorg;
 - b) bij de aanlevering van gegevens voor de sociale kaart;
- 5° meewerken aan de uitvoering van Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en zo nodig andere doelstellingen voor het werkgebied voorstellen aan de Vlaamse Gemeenschap.

In het eerste lid wordt verstaan onder:

- 1° kwaliteitsvolle zorg: de verantwoorde zorg en ondersteuning die rekening houdt met doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid;
- 2° multidisciplinaire samenwerking: de wijze van samenwerking van zorgaanbieders rond en met de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, die betrekking heeft op verschillende disciplines en waarbij vanuit de eigen discipline gehandeld wordt zonder combinatie of uitwisseling van expertise, ervaring of kennis;
- 3° vrijwilliger: de natuurlijke persoon die zijn activiteiten uitvoert op vrijwillige basis, onbezoldigd en in een georganiseerd verband;
- 4° sociale kaart: de gegevensbank, beheerd door het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, met identificatie-, contact- en werkingsgegevens van de zorgaanbieders in Vlaanderen en in Brussel.

Voor de ondersteuning van deze opdrachten doet de zorgraad zo veel mogelijk een beroep op de deskundigheid van de organisaties met terreinwerking en de partnerorganisaties.

De Vlaamse Regering kan de opdrachten nader preciseren, de voorwaarden voor de uitvoering ervan bepalen en bijkomende opdrachten vastleggen naast die vermeld in het eerste lid.

Afdeling 3. Samenstelling van de zorgraden

Art. 12. In dit artikel wordt verstaan onder afgevaardigde: een persoon die namens een lokaal bestuur, een organisatie of beroepsgroep wordt aangewezen om dit lokaal bestuur, die organisatie of beroepsgroep te vertegenwoordigen in de zorgraad.

Een zorgraad is pluralistisch en divers samengesteld en bestaat minstens uit de afgevaardigden van:

- 1° de lokale besturen;
- 2° de eerstelijnszorgaanbieders van verschillende disciplines, de woonzorgcentra, diensten voor gezinszorg, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, centra algemeen welzijnswerk;
- 3° de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag;
- 4° de erkende verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers.

Als het werkgebied van de zorgraad gelegen is in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad is de deelname van afgevaardigden van de lokale besturen uit het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad facultatief. De lokale besturen uit het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad worden uitgenodigd om via afgevaardigden deel te nemen aan de vergaderingen van de zorgraad.

De Vlaamse Regering kan nadere regels over de samenstelling van de zorgraad bepalen.

Afdeling 4. Werkgebied

Art. 13. De Vlaamse Regering bepaalt het werkgebied van de zorgraad, hierna de eerstelijnszone te noemen.

Bij het bepalen van de eerstelijnszones neemt de Vlaamse Regering de volgende voorwaarden in acht:

- 1° de eerstelijnszones overlappen elkaar niet;
- 2° de eerstelijnszones bestrijken het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;
- 3° een gemeente kan maar deel uitmaken van één eerstelijnszone, met uitzondering van de gemeenten Antwerpen en Gent;
- 4° een eerstelijnszone omvat minimaal 70.000 inwoners.

Hoofdstuk 6. Regionale zorgplatformen

Afdeling 1. Algemene bepalingen

Art. 14. Een regionaal zorgplatform is een rechtspersoon die binnen haar werkgebied aan de onderlinge afstemming tussen en aan de ondersteuning van de leden van het regionaal zorgplatform werkt.

Art. 15. De Vlaamse Regering erkent en subsidieert regionale zorgplatformen voor de uitvoering van de opdrachten, vermeld in artikel 16.

De Vlaamse Regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de duur van de erkenning, alsook de regels om de erkenning te verlenen en om de erkenning te schorsen of in te trekken als de erkenningsvoorwaarden niet worden nageleefd.

De Vlaamse Regering bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden.

Een regionaal zorgplatform neemt de vorm aan van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks een vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen, behalve voor het belangeloze doel dat in de statuten bepaald is.

Afdeling 2. Opdrachten

Art. 16. Een regionaal zorgplatform voert minstens de volgende opdrachten uit:

- 1° het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin adviseren over de afstemming van het aanbod aan zorg en ondersteuning op de behoeften van de bevolking binnen zijn werkgebied;
- 2° de zorg en ondersteuning op elkaar afstemmen, zodat de zorgcontinuïteit voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag kan gegarandeerd worden;
- 3° problemen, drempels of knelpunten behandelen die niet door de zorgraden binnen hun werkgebied opgelost kunnen worden.

In het eerste lid, 1°, wordt verstaan onder het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: het beleidsdomein, vermeld in artikel 2, 7°, en artikel 9 van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 juni 2005 met betrekking tot de organisatie van de Vlaamse administratie.

De Vlaamse Regering kan de opdrachten, vermeld in het eerste lid, nader preciseren, de voorwaarden voor de uitvoering ervan bepalen en bijkomende opdrachten vastleggen, naast die vermeld in het eerste lid.

Afdeling 3. Samenstelling van de regionale zorgplatformen

Art. 17. In dit artikel wordt verstaan onder geestelijk gezondheidsnetwerk: een geformaliseerd samenwerkingsverband dat verantwoordelijk is voor een bepaald werkgebied en betrokken is bij de zorg voor de deelpopulatie waartoe het samenwerkingsverband zich richt, en dat in samenwerking met vertegenwoordigers van gebruikers en hun mantelzorgers het geestelijke gezondheidsaanbod en functies faciliteert en optimaliseert.

De volgende organisaties die binnen zijn werkgebied werken, zijn minstens lid van een regionaal zorgplatform:

- 1° de Logo's, vermeld in artikel 2, 19°, van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid;
- 2° de palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden voor palliatieve zorg;
- 3° de erkende regionale expertisecentra dementie;
- 4° de geestelijke gezondheidsnetwerken;
- 5° de zorgraden binnen het werkgebied van het regionaal zorgplatform;
- 6° de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en van erkende verenigingen van mantelzorgers en gebruikers.

Ziekenhuizen en ziekenhuissamenwerkingsverbanden kunnen participeren aan de regionale zorgplatformen zonder dat zij evenwel lid moeten worden en zonder de bijhorende verplichtingen gekoppeld aan de regionale zorgplatformen.

De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen over de samenstelling van de regionale zorgplatformen.

Voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kan de Vlaamse Regering specifieke organisaties aanwijzen om het regionaal zorgplatform te ondersteunen in de uitvoering van zijn opdrachten.

Afdeling 4. Werkgebied

Art. 18. De Vlaamse Regering bepaalt het werkgebied van een regionaal zorgplatform, hierna regionale zorgzone te noemen.

Bij het bepalen van de regionale zorgzones neemt de Vlaamse Regering de volgende voorwaarden in acht:

- 1° de regionale zorgzones bestrijken het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;
- 2° een regionale zorgzone omvat minstens twee eerstelijnszones, met uitzondering van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, dat kan bestaan uit één eerstelijnszone;
- 3° een regionale zorgzone bestrijkt een aaneensluitend grondgebied, met uitzondering van de gemeenten Voeren en Baarle-Hertog, dat minimaal 300.000 inwoners omvat;
- 4° het werkgebied van de organisaties, vermeld in artikel 17, tweede lid, 1° tot en met 4°, en de regionale zorgzones zijn maximaal op elkaar afgestemd.

Hoofdstuk 7. Partnerorganisaties

Art. 19. §1. De Vlaamse Regering kan in het kader van dit decreet zowel organisaties erkennen en subsidiëren, binnen de beschikbare begrotingskredieten, als partnerorganisatie en hun werkgebied bepalen.

De Vlaamse Regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de duur van de erkenning, alsook de regels om de erkenning te verlenen en om de erkenning te schorsen of in te trekken als de erkenningsvoorwaarden niet worden nageleefd.

De Vlaamse Regering bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden.

Partnerorganisaties hebben de vorm van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks een vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen, behalve voor het belangeloze doel dat in de statuten bepaald is.

§2. In afwijking van paragraaf 1 kan de Vlaamse Regering, na een oproep, een beheersovereenkomst sluiten met een partnerorganisatie. Een partnerorganisatie waarmee een beheersovereenkomst wordt gesloten, wordt geacht erkend te zijn voor de duur van die overeenkomst.

De beheersovereenkomst, vermeld in het eerste lid, geldt voor minimaal drie jaar en voor maximaal vijf jaar en kan eenmalig verlengd worden voor ten hoogste de initiële duur van de overeenkomst.

De beheersovereenkomst omvat:

- 1° de aard van de deskundigheid van de partnerorganisatie, de doelgroepen aan wie de partnerorganisatie minstens ondersteuning biedt en de opdrachten die de partnerorganisatie heeft ten aanzien van de Vlaamse Gemeenschap;
- 2° een beleidsplan voor de duur van de beheersovereenkomst. Dat beleidsplan omvat:
 - a) de resultaatsgebieden voor de uitvoering van de overeenkomst;
 - b) de evaluatiecriteria voor de resultaatsgebieden, vermeld in punt a);
 - c) de wijze waarop wordt voorzien in periodieke rapportage;
- 3° het werkgebied van de partnerorganisatie;
- 4° de praktische afspraken betreffende de subsidie, vermeld in het vierde lid.

De Vlaamse Regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot de oproep en het sluiten van een beheersovereenkomst en bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden.

Hoofdstuk 8. Organisaties met terreinwerking

Art. 20. De Vlaamse Regering kan voorzieningen in de eerstelijnszorg erkennen of subsidiëren, binnen de beschikbare begrotingskredieten, als organisaties met terreinwerking en ze kan hun werkgebied bepalen.

De Vlaamse Regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de regels voor de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

De Vlaamse Regering bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden.

Organisaties met terreinwerking hebben de vorm van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks een vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen, behalve voor het belangeloze doel dat in de statuten bepaald is. In het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kan een organisatie met terreinwerking opgericht worden door de Vlaamse Gemeenschapscommissie.

Art. 21. Organisaties met terreinwerking doen, als ze voor bepaalde opdrachten of delen van opdrachten ondersteuning nodig hebben, een beroep op het aanbod van de partnerorganisaties die door hun inhoudelijke deskundigheid of hun vermogen om gegevens aan te leveren, de gevraagde ondersteuning kunnen bieden.

Hoofdstuk 9. Projecten

Art. 22. De Vlaamse Regering kan, onder de voorwaarden die ze bepaalt en binnen de begrotingskredieten, een subsidie verlenen voor projecten met een tijdelijk en vernieuwend karakter met betrekking tot de eerstelijnszorg.

Hoofdstuk 10. Gegevensverwerking

Art. 23. In het zorg- en ondersteuningsplan, dat wordt opgesteld overeenkomstig artikel 6, §1, worden volgende persoonsgegevens, inclusief gegevens over gezondheid, van de persoon met een zorg en ondersteuningsvraag verwerkt:

- 1° persoonsgegevens voor de identificatie van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag;
- 2° de relevante gegevens over de gezondheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag;
- 3° de gegevens over de te verlenen zorg en ondersteuning;
- 4° de persoonsgegevens voor de identificatie van de zorgaanbieders, die bij de zorg en ondersteuning rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag betrokken zijn;
- 5° de persoonsgegevens die verband houden met de sociale situatie of de welzijnscontext van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag.

De Vlaamse Regering kan, na advies van de bevoegde toezichthoudende autoriteit, de lijst van persoonsgegevens, vermeld in het eerste lid, inclusief de gegevens over gezondheid, nader preciseren.

De gegevens, vermeld in het eerste lid, worden verwerkt om over de nodige informatie te beschikken voor het aanbieden van de zorg en ondersteuning aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, zodat de zorg en ondersteuning die verleend wordt door de verschillende zorgaanbieders van het zorgteam op elkaar kan worden afgestemd, rekening houdende met de evoluerende zorg- en

ondersteuningsdoelen en zodat die zorg en ondersteuning kan worden opgevolgd en worden bijgestuurd waar nodig.

Iedere zorgaanbieder die deel uitmaakt van het zorgteam is verwerkingsverantwoordelijke voor de gegevens die hij in het zorg- en ondersteuningsplan opneemt. De zorgaanbieders van het zorgteam duiden onder elkaar een lid aan die ten aanzien van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag optreedt als contactpersoon voor de uitoefening van zijn rechten, vermeld artikel 12 tot en met 23 van de verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming).

Het zorg- en ondersteuningsplan wordt bewaard gedurende een termijn van dertig jaar vanaf de laatste aanpassing van het zorg- en ondersteuningsplan in kwestie.

Hoofdstuk 11. Verantwoordingsplicht en toezicht

Art. 24. Alle zorgraden, regionale zorgplatformen, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking die door de Vlaamse Regering erkend of gesubsidieerd worden voor opdrachten binnen het kader van dit decreet, leggen verantwoording af en zijn onderworpen aan toezicht.

Het toezicht op de naleving van de bepalingen in dit decreet en de uitvoeringsbesluiten ervan wordt georganiseerd overeenkomstig het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van de gezondheids- en welzijnsbeleid en de uitvoeringsbesluiten ervan.

Art. 25. Alle zorgraden, regionale zorgplatformen, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking die door de Vlaamse Regering gesubsidieerd worden voor opdrachten voor de uitvoering of ondersteuning van de eerstelijnszorg, maken op eenvoudig verzoek van de Vlaamse Regering alle andere financiële middelen dan de middelen die verkregen zijn in het kader van dit decreet, kenbaar. Alle bewijsstukken worden op eenvoudig verzoek ter beschikking gesteld.

Tenzij dubbele financiering van dezelfde activiteit voor de uitvoering of de ondersteuning van de eerstelijnszorg wordt aangetoond, worden de financiële middelen die buiten dit decreet verworven zijn, niet in mindering gebracht van de subsidies die via dit decreet verkregen zijn.

Het kan worden toegestaan om reserves aan te leggen. De Vlaamse Regering bepaalt daartoe nadere regels.

Hoofdstuk 12. Administratieve sancties

Art. 26. De erkenning van een zorgraad, regionaal zorgplatform, partnerorganisatie en organisatie met terreinwerking kan geschorst of ingetrokken worden als de organisatie niet of niet meer voldoet aan de verplichtingen die voortvloeien uit dit decreet.

Art. 27. Een administratieve sanctie als vermeld in artikel 26 kan alleen uitgevoerd worden als:

- 1° de betrokkene van het agentschap een schriftelijke aanmaning heeft ontvangen om de verplichtingen in kwestie na te komen;
- 2° de betrokkene de verplichtingen in kwestie niet is nagekomen binnen de termijn die het agentschap bepaalt;

3° de betrokkene is uitgenodigd om gehoord te worden door het agentschap.

In het eerste lid wordt verstaan onder agentschap: het agentschap Zorg en Gezondheid, opgericht bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap "Zorg en Gezondheid".

Hoofdstuk 13. Procedures voor erkenning, schorsing en intrekking van de erkenning

Art. 28. Voor de zorgraden, de regionale zorgplatformen, de partnerorganisaties en de organisaties met terreinwerking regelt de Vlaamse Regering de procedure voor de erkenning en voor de schorsing en de intrekking van de erkenning.

De Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en (Kandidaat-)pleegzorgers, vermeld in artikel 12 van het decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid en van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, geeft advies over bezwaar- of verweermiddelen die in het kader van de procedures die voortvloeien uit dit decreet, ingediend worden bij een voornemen tot weigering, schorsing of intrekking van erkenning.

Hoofdstuk 14. Wijzigingsbepalingen

Art. 29. In artikel 90, derde lid, van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes wordt punt 4° vervangen door wat volgt:

"4° zorgaanbieder: een eerstelijnszorgaanbieder als vermeld in artikel 2, 3°, van het decreet van [...] betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders."

Hoofdstuk 15. Slotbepalingen

Art. 30. De Vlaamse Regering regelt de opheffing van elk van de bepalingen van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

Art. 31. De volgende besluiten blijven van kracht tot ze door de Vlaamse Regering worden opgeheven:

- 1° het besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008 betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg;
- 2° het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen;
- 3° het besluit van de Vlaamse Regering van [...] houdende de regels voor de erkenning en subsidiëring van een partnerorganisatie als Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn.

Art. 32. De Vlaamse Regering bepaalt de noodzakelijke overgangsmaatregelen voor de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg die erkend zijn conform artikel 8 van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, zoals van kracht op de dag vóór de opheffing van het voormelde artikel.

Art. 33. De Vlaamse Regering bepaalt de noodzakelijke overgangsmaatregelen voor de partnerorganisaties die erkend zijn conform artikel 14 van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking

tussen de zorgaanbieders, zoals van kracht op de dag vóór de opheffing van het voormelde artikel, en de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg, die erkend zijn conform artikel 7 van het voormelde decreet, zoals van kracht op de dag vóór de opheffing van het voormelde artikel.

Art. 34. De Vlaamse Regering bepaalt voor iedere bepaling van dit decreet de datum van inwerkingtreding.

Brussel, 1 februari 2019.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

BIJLAGE BIJ DE MEMORIE VAN TOELICHTING:
Reguleringsimpactanalyse

Reguleringsimpactanalyse voor het decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de zorgaanbieders in de eerste lijn.

1 Gegevens van het advies

1.1 Gegevens van de regelgeving

nummer taal- en wetgevingstechnisch advies	Nog niet gekend
bevoegde minister(s) van de regelgeving	De heer Jo Vandeurzen
RIA	30 maart 2018

1.2 Gegevens van de aanvrager

e-mailadres	danielle.massant@zorg-en-gezondheid.be tom.vermeire@zorg-en-gezondheid.be
organisatie	Agentschap Zorg en Gezondheid
beleidsdomein	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
entiteit	Team Eerste Lijn

2 Titel en fase



Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de zorgaanbieders in de eerste lijn - principiële goedkeuring.

3 Samenvatting

De eerstelijnszorg is de rechtstreeks toegankelijke, ambulante generalistische zorg voor niet-gespecialiseerde gezondheid- of welzijnsproblemen, zowel van fysieke, psychologische als sociale aard. De eerste lijn biedt diagnostische, curatieve, preventieve, revaliderende en palliatieve zorgverlening aan. De eerste lijn is in regel ook het eerste contact van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood met de professionele zorg.

De uitdagingen voor de eerstelijnszorg zijn groot en verschillen niet of nauwelijks van deze in andere landen: demografische en epidemiologische ontwikkelingen (lees: verouderende bevolking en complexere zorgnoden), wetenschappelijke en technologische evoluties, globalisering, toenemende diversiteit in de samenleving, assertievere burgers evenals sociaal economische ongelijkheden in gezondheid.

Zeer veel verschillende actoren werken in de Vlaamse eerstelijnszorg: de gezondheidszorg bestaat uit verschillende lijnen, verschillende spelers en verschillende financieringsmodellen; de welzijnszorg kenmerkt zich door een zeer divers en verbrokkelend landschap. Deze versnippering en het ontbreken van een centraal aanspreekpunt verhogen de complexiteit van het Vlaamse zorglandschap enorm. De gezondheidszorg wordt, mede door deze versnippering, gestuurd door het aanbod aangeboden door de verschillende diensten. Door de aanbodgestuurde setting ontbreekt op elke niveau de centrale vraag of de aangeboden zorg optimaal is afgestemd op de noden van de patiënt.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) beschouwt de eerstelijnszorg in het rapport "Primary Health Care: now more than ever!" en in het rapport "Health 2020: European Policy Framework and Strategy for the 21st century" als hoeksteen van een modern gezondheidszorgbeleid. Het WGO-model positioneert de mantelzorger, de vrijwilligers en de buurt als eerste beschermende en ondersteunende schil rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood in het centrum. Bij toenemende complexiteit van de zorgnoden, zal de professionele eerstelijnszorg ingeschakeld worden. Gezien de uitdagingen die geformuleerd zijn is het belangrijk dat er een sterk en goed uitgebouwde eerste lijn beschikbaar is.

In het Vlaams regeerakkoord 2014 – 2019 is daarom een vereenvoudiging van de eerstelijnsstructuren en versterking van de eerste lijn opgenomen.

De Vlaamse overheid kiest resoluut voor een paradigmashift: van een aanbodgestuurde zorg naar een vraaggestuurde en integrale zorg en ondersteuning. De behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood vormen het uitgangspunt. Een goede kwaliteit van leven voor en door elke burger moet de ultieme ambitie zijn.

Om dat te realiseren is een vernieuwd wettelijk kader voor de eerste lijn nodig.

Het momentum om deze verandering te introduceren werd geboden door de zesde staatshervorming gecombineerd met de voortschrijdende inzichten, zowel nationaal als internationaal, in integrale zorg- en ondersteuning. Bij deze hervorming is participatie het kernwoord, zowel voor burger als voor de professional.

Dit veranderingsproces werd in aanloop naar de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017 voorbereid door 6 werkgroepen met 6 belangrijke thema's:

1. taakstelling en structuurintegratie;
2. geografische afbakening van de zorgregio's;
3. modellen voor integrale zorg;
4. de patiënt/burger centraal;

5. gegevensdeling en kwaliteit van zorg;
6. innovatie en ondernemerschap in de zorg.

De beleidsvisie “een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn”, zoals gepresenteerd op de conferentie ‘Reorganisatie van de eerste lijn’ van 16 februari 2017 en goedgekeurd door de Vlaamse Regering op 8 december 2017 vormt de basis van het toekomstig beleid in Vlaanderen.

Deze beleidsvisie over de hervorming van de eerste lijn is het uitgangspunt van deze RIA.

Waarom de keuze voor optie 2, een geïntegreerde zorg in de eerste lijn, het meest voor de hand ligt.

De internationale literatuur, het opgezette participatief proces door middel van de werkgroepen en goedepraktijkvoorbeelden schuiven optie 2 “de uitbouw van een geïntegreerde zorg in de eerste lijn” als eerste keuze naar voor.

Door deze keuze onderbouwt de Vlaamse Overheid een gedeelde visie op de eerstelijnszorg: een pragmatisch cirkelmodel, waarin de welzijn en gezondheidszorg samensmelten. In deze visie staat de persoon met zorg- en ondersteuningsnood centraal en wordt de individuele formele en informele zorgaanbieder voldoende ondersteund om zijn taak te vervullen.

Het voorliggend voorontwerp van decreet is dan ook een eerste stap in een zorgvuldig uitgewerkt traject om een geïntegreerde zorg in de eerste lijn in Vlaanderen te ondersteunen.

We vergelijken dan ook deze optie “geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn” (optie 2) met een ongewijzigd beleid (optie 1: de nuloptie) en een beleid met een éézijdige focus op medische zorg (optie 3).

4 Probleembeschrijving

De eerstelijnszorg in Vlaanderen wordt zoals in andere landen geconfronteerd met een aantal uitdagingen en hieraan verbonden opportuniteiten:

- **Demografische en epidemiologische ontwikkelingen:** we worden alsmaar ouder met een toename van het aantal chronische aandoeningen per persoon als gevolg
- **Wetenschappelijk en technologische ontwikkelingen en hun implicaties voor de betaalbaarheid** van de zorg: door een toename van onze kennis en technologie verkort de hospitalisatieduur, kennen we duurdere en complexere behandelingen. Deze evolutie opvangen en vertalen naar relevante zorg op maat voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en afstemmen op het beschikbare budget is een grote uitdaging.
- **Globalisering en sociaal-culturele ontwikkelingen** brengen mee dat de diversiteit van de samenleving toeneemt. Personen met zorg en ondersteuningsnood evolueren van patiënten naar kritische, goed geïnformeerde consumenten. De etnische-culturele minderheden in onze maatschappij zorgen voor complexe, diverse zorgsituaties. De gewijzigde loopbanen van burgers zorgen voor een belangrijke impact op de zorg: afname van vrijwilligers, toename van opvangnood, minder beschikbaar zijn van mantelzorgers.
- **De existentiële component van het mens-zijn** wint steeds meer aan belang. Zinvol en kwaliteitsvol leven, betekenis geven aan activiteiten zijn kernwoorden waarmee personen hun leven richting wensen te geven. Deze diverse set van waarde en normen vertalen naar een passende zorg wint steeds meer aan belang.

- **Op sociaaleconomisch vlak** zijn er verschillen tussen landen onderling maar ook binnen landen zelf zien we een verschil in gezondheid tussen verschillende sociale groepen. Ook in ons land is deze steeds groter wordende sociale gezondheidskloof aanwezig.

Het Vlaams zorg- en welzijnslandschap wordt gekenmerkt door degelijk opgeleide, goed bedoelende en hardwerkende krachten die met hun hoofd, hun hart en hun handen antwoord geven op de zorgnoden van mensen. Maar dat gebeurt vandaag te gefragmenteerd en vanuit te veel structuren.

De burger ziet daarom vaak door de bomen het bos niet meer en kan niet zelf de regie voeren over zijn eigen zorg en ondersteuning. Ook voor zorgaanbieders en hulpverleners moet het samenwerken eenvoudiger, doelmatiger en transparanter kunnen.

Zeer veel verschillende actoren werken in de Vlaamse eerstelijnszorg: de gezondheidszorg bestaat uit verschillende lijnen, verschillende spelers en verschillende financieringsmodellen; de welzijnszorg kenmerkt zich door een zeer divers en verbrokkeld landschap. Deze versnippering en het ontbreken van een centraal aanspreekpunt verhogen de complexiteit van het Vlaamse zorglandschap enorm. De gezondheidszorg wordt, mede door deze versnippering, gestuurd door het aanbod aangeboden door de verschillende diensten. Door de aanbodgestuurde setting ontbreekt op elke niveau de centrale vraag of de aangeboden zorg optimaal is afgestemd op de noden van de patiënt.

Samenwerking wordt op dit moment belemmerd door veel verschillende factoren:

- **Economisch factoren:** het huidige op prestaties gerichte financieringssysteem van de gezondheidszorg is een hinderpaal voor overlegmomenten, welke voor de zelfstandige zorgaanbieder niet gefinancierd worden. De huidige financiering van de ziekenhuizen en spoedgevallendiensten is een rem op de intersectorale samenwerking en over de sectoren heen. Intellectuele prestaties, welke de meerderheid uitmaken van bv. chronische zorg, geestelijke gezondheidszorg en ouderlingenzorg worden in verhouding minder goed gehonoreerd dan technische prestaties. Deze geneeskundige intellectuele prestaties komen voornamelijk voor in de o.a. de huisartsgeneeskunde en in enkele specialismen (bv. psychiatrie, geriatrie, reumatologie, ...) die een groot aantal chronische aandoeningen behandelen. Deze prestaties vergen vaak een relatief hoge tijdsinvestering van de betrokken arts. Door de beperkte instroom van studenten in zorgberoepen neemt de werkdruk op de verschillende zorgaanbieders. Zorgaanbieders komen in vicieuze cirkel terecht: toenemende werkdruk vermindert de mogelijkheid op interdisciplinair overleg, waardoor delegatie van taken moeilijker is. Dit gebrek aan taakdelegatie verhoogt dan weer de werkdruk.
- **Wettelijke factoren:** het huidige Koninklijk Besluit nummer 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen bepaalt de rolverdeling en taakafspraken van de verschillende zorgaanbieders in het Vlaamse zorglandschap. Deze rolverdeling en taakafspraken belemmeren mee de subsidiariteit tussen verschillende zorgaanbieders. Ook in de Vlaamse context kan het beter. Verschillende subsidiesystemen en financieringssystemen voor in principe éénzelfde taak, het multidisciplinair overleg, bemoeilijken de samenwerking.
- **Socio-culturele factoren:** de werking van de zorg- en welzijnssector verschilt grondig van elkaar. Het gebrek aan inzicht in elkaars werkdomein en methodiek verhindert doelgerichte interactie tussen de verschillende sectoren. Binnen éénzelfde sector is er dezelfde problematiek: er zijn attitudeverschillen tussen bijvoorbeeld zorgaanbieders op zelfstandige basis en in bediendestatuut.

5 Beleidsdoelstelling

In het Regeerakkoord van de Vlaamse Regering en de beleidsnota 2014-2019 wordt het volgende aangegeven:

“De Vlaamse Regering is ervan overtuigd dat de uitbouw en versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg, zeker gelet op de stijgende noden aan goede chronische zorg, zorgcontinuïteit, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg, cruciaal is. We willen daarbij vertrekken van de sterktes van ons zorgaanbod met zijn verscheidenheid aan vormen waarin zorgaanbieders in de eerste lijn actief zijn.

Dit impliceert ook dat de individuele patiënt/cliënt meer moet betrokken worden bij de beslissingen omtrent zijn/haar eigen zorg, dat we hem/haar mee erkennen als expert in zijn/haar eigen aandoening of ondersteuningsnood. Om dit kracht bij te zetten ontwikkelen we een handvest dat de (collectieve) rechten van de cliënt/patiënt duidelijk expliciteert.

Momenteel zijn er diverse netwerkstructuren actief op de eerste lijn. In overleg met de stakeholders, maken we werk van een operationeel plan voor de versterking, afstemming, vereenvoudiging en integratie van de structuren op de eerste lijn. De zesde staatshervorming creëert het momentum voor deze uitdaging met de overdracht van de ondersteuning van de gezondheidsberoepen van de eerste lijn en de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg (Huisartsenkringen, Lokale Multidisciplinaire Netwerken, Geïntegreerde Diensten Thuiszorg, de palliatieve netwerken en de palliatieve multidisciplinaire teams).”

Het is belangrijk dat de Vlaamse overheid een duidelijk kader schept om op duurzame wijze de professionele en informele zorg te ondersteunen. Fundamenteel daarbij is het respect voor ieders competentie en een gemeenschappelijke visie over ‘patiënt-gecentreerd’ werken.

Versnippering van bevoegdheden over het federale, regionale en lokale niveau veroorzaken een ongeziene complexiteit. Deze complexe organisatie vertaalde zich sinds 2009 in 33 protocolakkoorden, 18 aanhangsels en 12 gemeenschappelijke verklaringen.

Het komt erop aan om het beleid goed op elkaar af te stemmen, om het beleid transparant te kunnen maken voor de zorgactoren en voor de burger. Dit om contraproductieve of tegenstrijdige beleidsmaatregelen te vermijden. Bij voorkeur ontstaat er synergie door een goede afstemming van de beleidsmaatregelen op diverse overheidsniveaus.

Een belangrijk instrument hiervoor is de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Hier worden afspraken gemaakt tussen de federale en regionale ministers.

In het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019 is een vereenvoudiging van eerstelijnsstructuren en versterking van de eerste lijn opgenomen. Het Vlaams regeerakkoord onderschrijft ook het principe dat de individuele patiënt/cliënt meer moet betrokken worden bij de beslissingen omtrent zijn/haar eigen zorg, dat we hem/haar mee erkennen als expert in zijn/haar eigen aandoening of ondersteuningsnood.

Er is over de jaren heen een brede consensus gegroeid over de noodzaak van fundamentele hervormingen in de eerste lijn om zowel de betrokkenheid van personen met een zorgnood en hun mantelzorgers als de performantie van de zorg te doen stijgen. Bovendien dient zich het historisch unieke momentum aan waarin een hervorming van de ziekenhuissector in dit land samenvalt met de uitvoering van de zesde staatshervorming en, in het bijzonder, met de verwerving van nieuwe hefboomen op het Vlaamse overheidsniveau die een betere afstemming tussen de gezondheidssector en de welzijnssector mogelijk maken.

Op 16 februari 2017 werd tijdens de conferentie over de hervorming van de eerste lijn de beleidsvisie over het hervormingstraject voorgesteld.

Het veranderingstraject dient aan te sluiten bij andere lopende of nog te initiëren hervormingen, met name: de uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming, de ontwikkeling van een nieuw organisatie- en financieringsmodel

voor de ouderenzorg, de implementatie van de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap, de inkanteling van de nieuwe bevoegdheden, het nieuwe actieplan inzake de geestelijke gezondheid, de verbreding van de planning van het zorgaanbod en het hervormingstraject rond sociaal werk.

Het is in deze context dat het voorliggend ontwerp van decreet een solide wettelijke basis wil leggen om verder te kunnen bouwen aan een geïntegreerde eerstelijnszorg.

6 Opties

→ Optie 1: de nuloptie, een ongewijzigd beleid

In deze optie blijft het zorglandschap in Vlaanderen ongewijzigd. De zorg is aanbodgestuurd, welzijns- en medische zorg zijn niet geïntegreerd. De persoon met zorg- en ondersteuningsnood wordt niet integraal benaderd door de verschillende zorgaanbieders.

De toegang tot de zorg is totaal versnipperd: eerstelijnsgezondheidszorg, gespecialiseerde gezondheidszorg en welzijn hebben verschillende toegangspoorten. De kennis om de juiste discipline aan te spreken bij de juiste zorg en ondersteuningssituatie wordt niet ondersteund en gestimuleerd. Hierdoor heeft de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood het bijzonder moeilijk om de juiste zorgaanbieder te vinden.

Samenwerkingsinitiatieven worden vrijblijvend door de zorgaanbieders zelf georganiseerd en worden slechts beperkt ondersteund.

De internationale literatuur stelt duidelijk dat deze piste geen antwoord biedt op de complexe problemen waarmee beleidsmakers volgende decennia worden geconfronteerd.

Deze optie grijpt de opportuniteiten van de zesde staatshervorming niet aan en houdt ook geen rekening met de reeds lopende beleidsinitiatieven op federaal en gemeenschapsniveau in verband met ouderenzorg, geestelijke gezondheid, financiering, revalidatie,

Een nuloptie of status quo betekent per definitie dat Vlaanderen zich niet verder engageert in het verbeteren van de organisatie van de zorg.

→ Optie 2: een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn

Deze optie biedt antwoorden op de toekomstige maatschappelijke, demografische, technologische en andere uitdagingen.



Internationaal is dit pad uitgetekend en geëffend;

1. De 'Quadruple aim' levert ons 4 richtlijnen om de zorg te verbeteren:
 - a. verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren;
 - b. verbeteren van gezondheidstoestand op bevolkingsniveau met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid;

- c. het realiseren voor de patiënt van meer "waarde" op het vlak van gezondheid met de ingezette middelen;
 - d. ervoor te zorgen dat professionals in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen.
2. Om met deze richtlijnen in het achterhoofd een persoonsgerichte en geïntegreerde zorg aan te bieden, stelt de Wereldgezondheidsorganisatie vijf strategieën voor:
- a. Zelfversterking en het betrekken van personen met een zorgnood;
 - b. Duidelijke aansturing en verantwoording;
 - c. Heroriënteren van het zorgmodel;
 - d. Zorgverlening georiënteerd op de noden van personen;
 - e. De stakeholders samenbrengen en faciliteren om de verandering te realiseren.

De behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving) vormen het uitgangspunt van deze zorg. Het nastreven van een goede kwaliteit van leven voor en door elke burger is de ultieme ambitie van een integrale zorg en ondersteuning. Het is essentieel dat professionele (zorg- en ondersteunings-) systemen pas in actie komen wanneer ze nodig zijn en enkel daar waar ze nodig zijn. In een zorgende samenleving is professionele zorg niet voor alles de oplossing, maar treedt ze eerder ondersteunend en aanvullend op ten aanzien van het sociaal netwerk en de eigen kracht van mensen. Integrale zorg en ondersteuning zet sterk in op preventieve actie en de mobilisering van verbindende krachten in de samenleving, zowel voor de persoon met zorg- en ondersteuningsnood als de individuele zorgaanbieder.

De Vlaamse Overheid verankert deze strategie op 3 manieren:

1. *De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood staat centraal:* de eigen regie van de zorg versterken door de persoon integraal te benaderen, zelfmanagement te stimuleren en in te zetten op gezondheidsvaardigheden en zelfversterking. De zelfregie zal worden ondersteund door alle informele en formele zorgaanbieders (mantelzorgers, buurtwerking, professionele zorgaanbieders, ...) evenals de actoren uit de welzijnssector (gezinszorg, diensten maatschappelijk werk, lokaal sociaal beleid). De zelfregie wordt ten volle benut door het aanbieden van geïntegreerde zorg en ondersteuning. De coördinatie van geïntegreerde zorg gebeurt afhankelijk van de complexiteit van de zorgsituatie door de persoon zelf, een zorgcoördinator of, in moeilijke zorgsituaties, een casemanager.
2. *De zorgaanbieders ondersteunen* met 3 duidelijk afgebakende geografische en organisatorisch afgebakende entiteiten.
 - a. Op lokaal niveau: door **de eerstelijnszone** komt het zwaartepunt te liggen op de ondersteuning van de praktijk of de dienstverlening en op de intersectorale samenwerking tussen lokale besturen, welzijn en gezondheid. De eerstelijnszone is de geografische omschrijving van het gebied waarin de lokale besturen en de zorgaanbieders die er hun zorg- en dienstverlening ontwikkelen, hun samenwerking proberen vorm te geven en hun verantwoordelijkheid opnemen voor de populatie van die eerstelijnszone. Eerstelijnszones hebben een populatie van minstens 75.000 inwoners.
 - b. Op regionaal niveau: **het regionale zorgplatform** moet een gebiedsdekkend aanbod verzekeren van expertise dat zich op een hoger niveau dan de eerstelijnszone bevindt: omdat de kritische massa voor interventie voldoende groot moet zijn (bv. palliatie). Ook hier is vereenvoudiging en integratie van de structuren en het verhogen van de efficiëntie noodzakelijk. Deze regionale zorgplatformen zullen zo goed mogelijk afgestemd worden op de gebieden van de klinische ziekenhuisnetwerken en ze bedienen een populatie in de grootteorde

van 400.000 inwoners; zij dekken het volledige Vlaamse grondgebied; bestaan uit meerdere eerstelijnszones en elke eerstelijnszone is onderdeel van slechts één regionaal zorgplatform.

- c. Op Vlaams niveau zal **het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn** worden opgericht. Hier zal de nodige kennis en expertise worden samengebracht die de brede eerste lijn kan ondersteunen. Om haar rol goed te vervullen zal het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn een sterke band hebben met de Vlaamse en de federale overheid, onderzoeks- en kenniscentra en universiteiten. De werking van dergelijk Instituut zal afhankelijk zijn van overheidsfinanciering en mee aangestuurd worden door het beleid.
3. *Invullen van de randvoorwaarden door een participatief en projectmatige aanpak.* De randvoorwaarden voor deze geïntegreerde zorg zijn zorgvuldig geïnventariseerd. Actiepunten zijn geformuleerd en opgenomen in 13 werkgroepen die de hervorming gefaseerd invoeren.
- Project 1: Vorming eerstelijnszones
 - Project 2 : Vorming regionale zorgplatforms
 - Project 3: Oprichting Vlaams Instituut Eerste Lijn
 - Project 4 : Multidisciplinaire praktijkvormen en zorgcapaciteit
 - Project 5 : Zorgcoördinatie en casemanagement
 - Project 6 : Naar een digitale eerste lijn
 - Project 7 : Kwaliteitsbeleid en klachtenbeleid
 - Project 8 : Geïntegreerd breed onthaal
 - Project 9 : Mantelzorg als volwaardige partner in de eerstelijnszorg
 - Project 10 : Basisopleiding en permanente vorming
 - Project 11 : Communicatie over de hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen
 - Project 12 : Zorggeletterdheid en participatie
 - Project 13 : De sociale kaart/platform welzijn en gezondheid

Door deze strategische beleidskeuze zal het eerstelijnsaanbod versterken over de sectoren en beleidsdomeinen heen. De beleidsinitiatieven op de verschillende niveaus worden beter op elkaar afgestemd. Bestaande structuren worden vereenvoudigd. Nieuwe structuren zijn goed herkenbaar en goed toegankelijk.

➔ **Optie 3: en een beleid met een éézijdige focus op medische zorg**

In deze optie beperken we de hervorming tot de eerstelijnsgezondheidszorg zonder focus op geïntegreerde zorg en ondersteuning.

Er wordt geen rekening gehouden met de welzijnssector (vb. lokaal sociaal beleid, buurtgerichte zorg, gezinszorg, ...). Ook initiatieven op vlak van preventieve gezondheidszorg worden niet optimaal geïncorporeerd in de eerste lijn en blijven naast elkaar bestaan.

Tenslotte wordt er ook geen rekening gehouden met andere belangrijke hervormingen zoals bijvoorbeeld de hervorming van het ziekenhuislandschap en de Vlaamse sociale bescherming.

Hierdoor blijven kansen op geïntegreerde zorg onbenut en blijft de zorg- en hulpverlening voor de burger / de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood een ondoorgrondelijk kluwen.

In dit model wordt de financiering van de huidige structuren bestendigd en geoptimaliseerd maar niet op elkaar afgestemd.

De tendensen om zorg te integreren op de verschillende beleidsniveaus worden hierdoor genegeerd, evenals de opportuniteiten geboden door de zesde staatshervorming.

7 Analyse van de effecten

Achtergrond

Bij de analyse van de effecten zijn volgende overwegingen belangrijk

1. Het voorliggend ontwerp van decreet is een kaderdecreet. Concreet cijfermateriaal over de effecten is hierdoor niet beschikbaar.
2. Methodologisch kader van de voorgestelde oplossing is grondig in de internationale literatuur beschreven en onderbouwd. De concepten van integrale zorg zijn nog in volle ontwikkeling, de complexe financiële impact is onderwerp van wetenschappelijk onderzoek.. In punt 8, vergelijking van de opties, wordt hier naar verwezen.

Effecten

We wegen de analyse van de effecten op verschillende doelgroepen af met volgende parameters

1. **Antwoord op de globale uitdagingen:** demografische en epidemiologische ontwikkelingen; wetenschappelijke en technologische evolutie; globalisering, toenemende diversiteit in de samenleving; assertievere burgers; sociaal economische ongelijkheden in gezondheid;
2. **Van aanbod-gestuurde zorg naar vraag-gestuurde zorg:** essentieel voor een geïntegreerde zorg;
3. **Vereenvoudiging van de eerstelijnsstructuren;** fragmentatie van het gezondheids- en welzijn zorglandschap tegengaan;
4. **Administratieve vereenvoudiging** voor zorgaanbieders en hulpverleners;
5. **Samenloop met andere lopende of nog te initiëren hervormingen, met name:** de uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming, de ontwikkeling van een nieuw organisatie- en financieringsmodel voor de ouderenzorg, de implementatie van de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap, de inkanteling van de nieuwe bevoegdheden, het nieuwe actieplan inzake de geestelijke gezondheid, de verbreding van de planning van het zorgaanbod en het hervormingstraject rond sociaal werk;
6. **Samenwerking tussen de betrokken beleidsniveaus:** het federale niveau, het niveau van de Vlaamse overheid en het lokale bestuursniveau.

Deze zes uitdagingen werden vastgesteld als uitgangspunt en na analyse door de werkgroepen (voorafgaand traject). Zij zijn de dragers voor deze hervorming.

Volgens het rapport in 2018 van het EU Expert Panel on Health Systems Performance assessment moet een efficiënte geïntegreerde eerstelijnsvoorziening de volgende karakteristieken hebben:

1. laag-drempelig;
2. geïntegreerd;
3. persoon met zorg- en ondersteuningsnood staat centraal;
4. allesomvattend en gericht op de gemeenschap;

5. uitgevoerd door een geresponsabiliseerd, professioneel team dat het grootste deel van de zorgnoden kan opvangen.

Deze zorg wordt toegediend samen met informele zorgaanbieders in de vorm van een langdurig samenwerkingsverband in de context van de leefgemeenschap. Deze zorg is gecoördineerd en continu aanwezig.

We bekijken deze karakteristieken per doelgroep.

Doelgroepen

- Overheid;
- Personen met een zorg- en ondersteuningsnood;
- Professionele zorgaanbieders;
- Informele zorgaanbieders;
- Ziekenhuizen/gespecialiseerde zorg;
- Kwetsbare groepen (lage socio-economische status), inclusief mensen in armoede: er is geen systematische armoedetoets uitgevoerd; maar de verschillen door een lagere socio-economische status zijn weerhouden in de aanpak van het hervormingstraject;
- Lokale besturen.

→ Optie 1, de nuloptie, een ongewijzigd beleid

doelgroepen	Voordelen	nadelen
	Omschrijving	omschrijving
Overheid	Geen administratieve belasting; Geen extra investeringen noodzakelijk.	Oplopende kosten; Geen afstemming op ander beleidsniveaus; Geen afstemming op internationaal niveau; Geen afstemming met andere beleidsinitiatieven.
Persoon met een zorg en-ondersteuningsnood	Vertrouwde structuren zijn gekend en blijven bestaan.	Geen integrale zorg; Geen centraal aanspreekpunt; Aanbodgestuurde zorg blijft bestaan; Complexe structuur; Geen laagdrempelige zorg; Zorg niet gericht op de gemeenschap.

Professionele Zorgaanbieders	Zekerheid en focus op de eigen beroepsgroep blijven bestaan.	Opdeling van zorg in complexe structuren; Niet gericht op de gemeenschap; Hoge werkdruk; Complexe administratie; Aanbodgestuurde zorgvragen; Niet geresponsabiliseerd; Complexe zorgstructuur; Stijgende kosten overhead o.w. complexe structuur zorg.
Informele Zorgaanbieders	Gekende structuren en aanbod.	Geen ondersteuning; Geen aanspreekpunt beschikbaar; Zorg minder gericht naar de gemeenschap.
Ziekenhuizen / gespecialiseerde zorg	Hospitaal gecentreerde visie blijft bestaan; Inkomensgarantie.	Opdeling van zorg in complexe structuren; Niet gericht op de gemeenschap; Hoge werkdruk; Complexe administratie; Aanbodgestuurde zorgvragen.
Kwetsbare groepen (lage socio-economische status), inclusief mensen in armoede	Geen wijzigingen; Geen weerstand tegen verandering.	Verdere toename van de gezondheidskloof; Verdere toename van sociale ongelijkheid.
Lokale besturen	Kunnen zich enkel blijven focussen op het welzijnsaanbod.	Geen inspraak in de afstemming van het medisch aanbod op bevolkingsniveau; Blijvende kloof tussen welzijnszorg en medische zorg.

→ **Optie 2: een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn**



Doelgroepen	Voordelen	nadelen
	Omschrijving	omschrijving
Overheid	Kosten blijven mogelijks onder controle; Afstemming met andere beleidsniveaus; Antwoord op de globale uitdagingen; Uiteindelijk resultaat is administratieve vereenvoudiging; Integratie met andere lopende initiatieven.	Initiële investeringen zijn noodzakelijk; Veranderingstraject: nieuwe reglementering en procedures; Verhoogde administratieve werklust in het hervormingstraject.

Persoon met een zorg en-ondersteuningsnood	Integrale benadering van welzijn en medische zorg; Duidelijke laagdrempelige organisatie van de zorg met één aanspreekpunt; Gezondheidswinst voor het individu; Multidisciplinaire aanpak met geresponsabiliseerd team; Gericht op de gemeenschap; Kwaliteit van zorg stijgt. Duidelijke structuren om inspraak te bevorderen	Nieuwe structuren geven onzekerheid; Verantwoordelijkheid opnemen voor het eigen zorgproces.
Professionele Zorgaanbieders	Samenwerken beïnvloedt de kwaliteit van zorg; Subsidiariteit zorgt positieve invloed op werk-leven balans; Mogelijks toename tevredenheid over het geleverde werk; Administratieve vereenvoudiging; Door de integrale zorg zullen meer personen langer thuis blijven; Samenwerken wordt gestimuleerd; Het woonzorgcentrum wordt deel van de gemeenschap; Stabilisatie van de overheadkosten.	Nieuwe structuren zijn nodig; Nieuwe competenties moeten worden aangeleerd; Verantwoordelijkheid moet worden opgenomen voor de geïntegreerde zorg; Er is verschuiving van de zorgzwaarte naar zware zorg; Investerings zijn noodzakelijk; Verlies van financiering, indien taken worden opgenomen door derden.
Informele Zorgaanbieders	Er is een duidelijke structuur en ondersteuning voorzien voor de informele zorgaanbieder; De informele zorgaanbieder wordt maatschappelijk gehonoreerd voor zijn inzet; Betere professionele omkadering.	De belangrijke rol voor de informele zorgaanbieder vereist verantwoordelijkheid, inzet en kennis.
Ziekenhuizen/ gespecialiseerde zorg	Subsidiariteit wordt gestimuleerd; Toename van kwaliteit van zorg door toegenomen subsidiariteit en samenwerking; Mogelijks antwoord op toenemende werkdruk.	Aligneren van de bestaande netwerken op de nieuwe structuren; Door subsidiariteit is er mogelijks inkomstenverlies.
Kwetsbare groepen (lage socio-economische status), inclusief mensen in armoede	Transparante structuur zorgt voor duidelijkheid; De toename van sociaaleconomische ongelijkheid binnen de zorg wordt op zijn minst afgeremd.	Zelfversterking van deze groep is een noodzakelijke vereiste.

Lokale besturen	Betere omkadering en duidelijke structuren voor het bepalen van het lokaal beleid; Invloed op het medisch aanbod; Administratieve vereenvoudiging op langere termijn; Samenwerking met ander beleidsniveaus (eerstelijnszone, lokaal zorgplatform).	Aanpassingen van lokale overlegstructuren en overlegcultuur is een vereiste; Administratieve overlast en investeringen in de opstart.
-----------------	--	--

→ **Optie 3: en een beleid met een éézijdige focus op medische zorg**

Doelgroepen	Voordelen	nadelen
	Omschrijving	omschrijving
Overheid	Weinig verandering; Duidelijk traject; Financiering is voornaamste en meest gekende mechanisme om sturing uit te voeren; Administratieve zekerheid.	Oplopende kosten; Geen afstemming op ander beleidsniveaus; Geen afstemming op internationaal niveau; Geen afstemming met andere beleidsinitiatieven; Geen antwoord op globale uitdaging.
Persoon met een zorg en-ondersteuningsnood	Gekend systeem met reeds gekende toegangspoorten; Mogelijks een antwoord op toename van zorgzwaarte, indien financiering stijgt;	Geen geïntegreerde zorg mogelijk; Geen afstemming van levensdoelen op zorgdoelen mogelijk; Mogelijks hogere kost; Geen toename van de kwaliteit van zorg; Versnippering blijft; Niet gericht op de gemeenschap; Geen toename responsabiliteit.
Professionele Zorgaanbieders	Duidelijke rollen; Geen wijzigingen in competenties noodzakelijk. Blijvende inkomensgarantie.	Geen integratie en samenwerking tussen de verschillende actoren; Geen toename van kwaliteit.
Informele Zorgaanbieders	Geen voordelen.	Geen gestructureerde ondersteuning; Geen aanspreekpunt beschikbaar.
Ziekenhuizen/ gespecialiseerde zorg	Gekende systemen die snel ingevoerd en afgestemd kunnen worden; Mogelijks antwoord op toename zorgzwaarte indien financiering volgt; Geen afstemming nodig op mogelijks nieuwe financieringssystemen;	Toenemende werkdruk; Geen samenwerkingsverbanden; Geen subsidiariteit; Mogelijks geen toename van kwaliteit; Geen toename responsabiliteit; Niet gericht op de gemeenschap.

Kwetsbare groepen (lage socio-economische status), inclusief mensen in armoede	Geen voordelen.	Gezondheidskloof wordt groter; Geen hefboomen ter versterking zelfbeschikking en zelfversterking.
Lokale besturen	Geen nieuwe structuren; Gekende financieringsstromen en administratieve systemen.	Geen invloed op het medische aanbod.

8 Vergelijking van de opties

Optie 1: de status quo is niet gewenst omdat op deze manier de geïntegreerde zorg niet kan bewerkstelligd worden en er dus geen antwoord komt op de verschillende uitdagingen. Ook de opportuniteiten van de zesde staatshervorming worden niet benut bv. integratie van palliatieve zorg in de eerstelijnszorg, de verdere uitwerking en ondersteuning van de huisartsenkringen, lokale multidisciplinaire netwerken.

Optie 2: voorkeursoptie. De persoon met een zorgnood staat centraal en krijgt de zorg- en ondersteuning die hij nodig heeft. Ook de zorgaanbieders hebben voordeel bij efficiëntere samenwerkingsvormen door minder overlegstructuren, overheid heeft ook duidelijke aanspreekpunten voor de eerste lijn, het aantal overlegstructuren verminderd en de te erkennen/subsidiëren organisaties neemt af. De kwaliteit van zorg neemt toe.



Optie 2 formuleert hierdoor een antwoord op de belemmerende factoren voor zorgaanbieders om samen te werken.

- **Economische factoren:** interdisciplinair samenwerken wordt bevorderd via de zorgraden, en de regionale zorgplatformen. Op dit niveau zal overleg tussen de verschillende beroepsgroepen worden bevorderd en vergoed. Afspraken om samen te werken kunnen sneller en efficiënter worden geformaliseerd. Ook voor de individuele persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zullen de individuele zorgaanbieders via het zorgteam en eventueel via de casemanagementfunctie efficiënter kunnen samenwerken. Zorgaanbieders zullen hun kostbare tijd efficiënter kunnen inzetten.
- **Wettelijke factoren:** de rolverdeling en taakafspraken beschreven in het Koninklijk Besluit nummer 78 van 10 november 1967 is een federale bevoegdheid. Dit Koninklijke Besluit wordt op dit moment door de federale overheid aangepast aan de nieuwe context van de verschillende zorgaanbieders. Op Vlaams niveau verkleint de versnipperde aanpak door verschillende subsidiesystemen af te schaffen en wordt dit versnipperd subsidiebeleid vervangen door een uniform financieringssysteem. Belemmerend factoren voor subsidiariteit worden hierdoor kleiner.
- **Socio-cultureel:** door verschillende uniforme samenwerkingsstructuren op lokaal, regionaal en Vlaams niveau zullen voor de verschillende partners in de zorgsector de verschillende professionele attitudes zichtbaar worden. Elkaar leren kennen is de eerste stap om elkaar beter te begrijpen. Dit wederzijds begrip heeft een positieve uitwerking op de verschillende samenwerkingsvormen.

Optie 2 zet de patiënt centraal. Het is de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag die door dialoog met de zorgaanbieder zorg op maat creëert. Door samenwerking te bevorderen tussen zowel de persoon met een zorg-

en ondersteuningsvraag, de verschillende zorgaanbieders onderling alsook de mantelzorgers zal deze zorg afgestemd worden op de vraag van de burger. De aanbodgestuurde zorg maakt plaats voor de vraaggestuurde zorg. De performantie en efficiëntie van de zorg stijgt hierdoor.

Niet tegenstaande dat er geen Vlaams cijfermateriaal beschikbaar is om de verschillende opties met elkaar te vergelijken is er een breed gedragen nationale en internationale consensus om de voluit optie 2 op het voorplan te plaatsen als toekomstig organisatiemodel van de zorg. Integrale zorg is volgens deze nationale en internationale stakeholders het enige correct antwoord op de exponentiële toename van de zorgvraag. Onderstaande publicaties verschaffen een dieper inzicht in de specifieke context en organisatiemodellen van de zorg.

- Internationale publicaties
 - World Health Organization. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.
 - WHO, WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report, 2015
 - Anonymous. Primary Health Care : now more than ever !
 - World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: 2014.
- Nationale publicaties
 - Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg: Organisatie Van Zorg Voor Chronisch Zieken In België: Ontwikkeling Van Een Position Paper 2012 :
- Vlaamse publicaties
 - SARWGG, Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen. 7 december 2012
 - SAR WGG, Reflectienota Eerstelijnszorg. Bijdrage naar aanleiding van de Vlaamse conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg, 4 november 2010, pg. 6-7.
 - Verlinde, C., De Maeseneer, J. et.al., De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van! Synthesenota van de wetenschappelijke reflectiekamer voor de Eerstelijnsgezondheidsconferentie van 16 februari 2017. 10 januari 2017 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/conferentie-reorganisatie-van-de-eerstelijnszorg-in-vlaanderen>

De ontwikkeling van kritische proces indicatoren van dit nieuwe model voor de Vlaamse eerstelijnszorg is onderwerp voor verder onderzoek binnen het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn.

Optie 2 formuleert in vergelijking met de twee andere opties het beste antwoord op de hierboven vermelde probleemstellingen.

Optie 3: in deze optie missen we de opportuniteit van samenwerking tussen welzijn en zorg. In een omgeving waar de zorgnoden complexer worden is deze samenwerking essentieel. Er is geen toename van de kwaliteit van zorg en het aantal aanspreekpunten neemt niet af. Voor de overheid daalt het aantal overlegstructuren niet.

9 Uitvoering

Door pilootprojecten

Twee pilootprojecten werden opgestart om expertise op te bouwen i.v.m. de nieuw op te richten eerstelijnszones. De continue feedback van de pilootprojecten heeft mee geholpen om het wetgevend kader te bepalen.

Door projectmatige implementatie van participatief proces

De beleidsvisietekst is vertaald met een externe partner via een participatief proces in 13 deelprojecten. De externe partner is verantwoordelijk voor het programmamanagement. De projecten zijn strikt getimed. De voornaamste belangengroepen worden opgenomen in de werkgroepen van de projecten om het draagvlak te creëren. De input van de verschillende werkgroepen wordt, waar mogelijk, vertaald in regelgeving.

10 Armoedetoets

OESO en WHO duiden het verband tussen gezondheid en een lage socio-economische status. Mensen in armoede zijn het meest kwetsbaar onderaan de sociale gradiënt in gezondheid. Investeren in gezondheid is primordiaal in de armoedereductie: een slechte gezondheid is voor mensen in armoede een belangrijk economisch struikelblok. Omgekeerd zal armoede mensen verhinderen adequaat gebruik te maken van het eerstelijnszorgsysteem. Een goed onderbouwd armoedebeleid zal een positieve impact hebben op de gezondheid.

Chronische aandoeningen zijn niet enkel een gezondheidsprobleem, zij hebben ook een impact op de werk- en thuisomgeving, op ondersteuning van sociale diensten en familie netwerken. Kwetsbare en sociaal minder begoede groepen dragen een grotere last bij chronische aandoeningen: dimensies van sociale ongelijkheid overlappen en verstevigen elkaar.

We weten dat een 10 à 15% chronische zieken risico hebben dat er niet wordt tegemoetgekomen aan hun zorgbehoeften, of nieuwe behoeften zich voordoen doordat ze hun autonomie verliezen en/of doordat de multimorbiditeit toeneemt. Deze behoeften vertalen zich in een noodzaak aan meer interventies en/of coördinatie, bovenop de reeds aangeboden zorg. De aard en de intensiteit van deze interventies hangen af van de behoeften, maar ook van de autonomiegraad van de patiënten, van hun sociaaleconomische situatie, van hun fysieke, psychische en mentale capaciteiten, van de aanwezigheid en beschikbaarheid van mantelzorgers,...

Opdat de beschikbare middelen op de beste en meest efficiënt mogelijke manier worden aangewend, is het belangrijk om op nauwkeurige wijze de verschillende risico's bij patiënten te kunnen identificeren. Deze risico's hebben niet alleen betrekking op de gezondheidstoestand van patiënten (bv. risico's op complicaties, bijwerkingen, enz.), maar hebben ook betrekking op factoren in verband met hun persoonlijke socio-economische situatie: leeftijd, opleidingsniveau, inkomen, gezinssituatie, enz. Op die manier kunnen de verschillende middelen die worden ingezet om tegemoet te komen aan de noden en behoeften van patiënten, per ziektebeeld/pathologie sterk verschillen. Een nauwkeurige analyse (stratificatie) van de risico's moet het mogelijk maken deze middelen, die verbonden zijn aan de ontwikkeling van een geïntegreerd zorgsysteem, in de toekomst beter in te zetten

Om prioriteiten te kunnen definiëren is het nodig om de beoogde doelpopulatie te stratificeren (naar demografische, medische, socio-economische, zorgconsumptie karakteristieken), maar ook om het bestaande aanbod aan diensten in kaart te brengen. Zo kan er een identificatie gebeuren van prioritaire middelen en diensten die nodig zijn om te voldoen aan de huidige en toekomstige nood van de populatie

Op deze manier veronderstellen we een beeld te krijgen waar de beste focus wordt gelegd m.b.t. mensen met een lage socio-economische status en vooral mensen in een kwetsbare situatie.

In het armoedebeleid is iedereen dus betrokken partij: de persoon met een zorg en ondersteuningsvraag in armoede en zijn mantelzorger, de gezondheidszorg en de welzijnssector.

Door de afstemming te bevorderen tussen deze partijen zal dit decreet een basis bieden om: het verband tussen sociale ongelijkheid, armoede en gezondheid zichtbaar te maken

1. dit verband bespreekbaar te maken

2. en tenslotte een op maat gemaakt plan van aanpak op te stellen voor deze zeer specifieke armoede- en gezondheidsproblematiek.
3. Een equity focus brengen bij de zorg-professionelen.

11 Joker

Het decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de zorgaanbieders in de eerste lijn richt zich tot elke burger in Vlaanderen. Integrale zorg wordt aangeboden vanaf de prille start van een mensenleven tot het einde van de levensloop.

Dit ontwerp van decreet richt zich echter niet specifiek tot jongeren onder de 25 jaar. De impact op deze specifieke doelgroep is dan ook gelijkaardig als voor elke andere Vlaming. Integrale zorg, met de persoon met een zorg en ondersteuningsvraag centraal, is de basisdoelstelling van dit ontwerp van decreet.

Dit is de context waarin de jongere als specifieke doelgroep aansluit bij dit ontwerp van decreet. Samen met het internationaal kinderrechtenverdrag, het decreet rechtspositie van de minderjarige in de jeugdhulp en decreet Integrale jeugdhulp vormt dit ontwerp van decreet een solide basis om de jongere voldoende inspraak en beslissingsrecht te geven om de zorg af te stemmen op zijn/haar specifieke wensen.

De verschillende opties worden voor de verschillende doelgroepen in deze JOKER afgewogen aan de 4 voornaamste beginselen van het kinderrechtenverdrag

1. non-discriminatie
2. belang van het kind is de eerste overweging
3. recht op leven, overleven en ontwikkeling
4. recht om gehoord te worden in aangelegenheden die het kind aanbelangen.

➔ Optie 1: de nuloptie, een ongewijzigd beleid

doelgroepen	Voordelen	nadelen
	Omschrijving	Omschrijving
Baby's	Vertrouwde structuren zijn gekend en blijven bestaan. Impact op financiering is duidelijk.	Geen integratie van de bestaande structuren (Huizen van het Kind, 1 ^e lijnszorg, specialistische zorg) Subsidiariteit is moeilijk te implementeren.
Peuters & Kleuters	Gekende zorgsystemen. Eenvoudig beheer van verschillende structuren (ziekenhuiszorg, eerstelijnszorg, welszijnszorg, specialistische zorg). Impact op financiering is duidelijk.	Geen afstemming van het zorgaanbod of de zorgvraag, zowel medisch als niet-medisch. Mix van verschillende zorgaanbieders werkt verwarrend voor ouders. Subsidiariteit is moeilijk te implementeren.
Tieners	Gekende duidelijke rollen voor zorgaanbieders, ouders en tieners Impact op financiering is duidelijk.	Versnippering welzijn en gezondheidszorg is mogelijks een hinderpaal op de ontwikkeling.

Jongvolwassene	Gekende inspraakstructuren. Impact op financiering is duidelijk.	De jongvolwassene vindt moeilijk zijn weg in de structuren (medisch, welzijn) die gericht zijn op kinderen of volwassenen.
Jeugd in armoede	Rol van de welzijnssector is duidelijk gedefinieerd een afgebakend. Impact op financiering is duidelijk.	Geen integratie van welzijn en gezondheid. Zeer veel verschillende zorgaanbieders. Geen interregionaal plan van aanpak.

→ **Optie 2: een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn**



doelgroepen	Voordelen	Nadelen
	omschrijving	Omschrijving
Baby's	Integratie van verschillende actoren Zorg voor boorling is bij uitstek het terrein voor integrale zorg. De basis van een gezond leven wordt tijdens de eerste levensjaren gesmeed.	Complexe sturing van verschillende actoren. Digitale hulpmiddelen om zorgplan te delen moet nog worden ontwikkeld. Impact op financiering is onduidelijk. Interregionaal consistent beleid uitbouwen is mogelijk.
Peuters & Kleuters	Zorgstrategische planning kan ook de welzijnsplanning voeding (bv. kinderopvang) Subsidiariteit wordt gepromoot. Inspraak van het concept 'patiënt centraal' is duidelijk verankerd in de eerstelijnszorg.	Complex sturing Implementatie van integrale zorg zal kosten doen stijgen zowel van zorg als van welzijn. Impact op financiering is onduidelijk. Interregionaal consistent beleid uitbouwen is mogelijk.
Tieners	Geestelijke gezondheidszorg is duidelijk benoemd als belangrijke actor. Inspraak van door het concept 'patiënt centraal' is duidelijk verankerd in de eerstelijnszorg.	Inspraak vergt van alle betrokken partijen: zorgaanbieders, ouders, tieners, mantelzorgers specifieke vaardigheden en extra tijd. Impact op financiering is onduidelijk. Interregionaal consistent beleid uitbouwen is mogelijk.
Jongvolwassene	Geestelijke gezondheidszorg is duidelijk benoemd als belangrijke actor. Inspraak van door het concept 'patiënt centraal' is duidelijk verankerd in de eerstelijnszorg. Duidelijker aanspreekpunten voor de jongvolwassen met een ondersteuningsvraag.	Aanspreekpunten moeten worden opgeleid om de specifieke vragen van jongvolwassenen te begeleiden. Impact op financiering is onduidelijk. Interregionaal consistent beleid uitbouwen is mogelijk.

Jeugd in armoede	Precaire gezinssituaties zijn gekend door de verschillende actoren en kunnen doeltreffender door samenwerken gemonitord worden.	Nieuwe overlegstructuur nodig. Kennis vanuit welzijnssectoren delen met gezondheidssector is niet evident. Impact op financiering is onduidelijk. Interregionaal consistent beleid uitbouwen is mogelijk.
------------------	---	---

→ **Optie 3: en een beleid met een éézijdige focus op medische zorg**

doelgroepen	Voordelen	Nadelen
	omschrijving	Omschrijving
Baby's	Financiering is voorspelbaar. Structuren zijn gekend, geen wijzigingen noodzakelijk.	De basis van een gezond leven wordt tijdens de eerste levensjaren gesmeed, integratie tussen welzijn en gezondheidszorg is hiervoor essentieel. Deze boot wordt gemist.
Peuters & Kleuters	Financiering is voorspelbaar. Structuren zijn gekend, geen wijzigingen noodzakelijk.	Zorgstrategische planning wordt éézijdig bekeken. Geen subsidiariteit: dit heeft een negatieve impact op de financiering.
Tieners	Financiering is voorspelbaar. Structuren zijn gekend, geen wijzigingen noodzakelijk.	Communicatie geestelijke gezondheidszorg, welzijnszorg en medische zorg blijft knelpunt. Geen duidelijk aanspreekpunten.
Jongvolwassene	Financiering is voorspelbaar. Structuren zijn gekend, geen wijzigingen noodzakelijk.	Communicatie geestelijke gezondheidszorg, welzijnszorg en medische zorg blijft knelpunt. Geen duidelijk aanspreekpunten.
Jeugd in armoede	Financiering is voorspelbaar. Impact van beleidskeuzes is voorspelbaar.	Essentiële link tussen gezondheid en armoede is afwezig.

12 Administratieve lasten

In de opstart zal er een extra administratieve inspanning worden gevraagd, maar er heerst de veronderstelling dat de administratieve lasten op langere termijn niet substantieel zullen toenemen.

Deze nieuwe vorm van samenwerken in de zorg zal een cultuurverandering induceren die de tijd vereist.

We verwachten meer transparantie en minder administratieve overlast op de verschillende organisatorische niveaus.

13 Handhaving en evaluatie



De drie duidelijke organisatieniveaus van de toekomstige eerstelijnszorg: de eerstelijnszone, het regionale zorgplatform en het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn zullen onderling overleggen. Hierdoor is permanente evaluatie en bijsturing mogelijk.

In het op te richten Vlaams instituut voor de Eerste Lijn zijn duidelijk volgende taken ingeschreven i.v.m. handhaving en evaluatie:

1. Expertise, evidence, ervaringsdeskundigheid noodzakelijk voor de onderbouwing van geïntegreerde zorgmodellen. Bijvoorbeeld:
 - het uitwerken van een kader voor de bepaling van de zorgdoelen van de persoon met een zorgnood (methodiek, digitale ondersteuning);
 - het uitwerken van een leidraad voor lokale besturen en zorgactoren in de eerste lijn voor de organisatie van buurtgerichte zorg.
2. Digitaal en laagdrempelig welzijns- en zorginformatie ontsluiten zowel voor de mantelzorger, de zorgbehoevende, professionele zorgactoren als andere geïnteresseerden.
3. Het informeren en betrekken van de burger bij de integrale zorgbenadering (sensibilisatie, positieversterking, algemene informatie).
4. Ondersteunen van een vormingsbeleid en uitwerking van vormingspakketten.
5. Ondersteuning verlenen aan de eerstelijnszones op vlak van de organisatie, financiering, planning, , bestuur,...
6. Het opzetten van innovatieve projecten, innovatie stimuleren en ondersteuning bieden bij de uitvoering ervan.
7. Het meehelpen formuleren van voorstellen van een onderzoeksagenda.
8. Ondersteuning bij het formuleren van gezondheids- en welzijnsdoelstellingen en indicatoren voor de eerste lijn die bruikbaar zijn en opgevolgd kunnen worden op het niveau van de eerstelijnszone en regionale zorgzone.
9. Het uitwerken van een transparant en uniform klachtenbeleid in samenwerking met de eerstelijnszones. Klachten maken een belangrijk onderdeel uit van de meting van kwaliteit. Het betreft de subjectieve tevredenheid van de personen met een zorgnood.
10. Modellen aanreiken voor de analyse van de zorgnoden van de bevolking in een bepaalde regio op het niveau van de eerstelijnszones en van de regionale zorgzones.
11. Samenwerking met het Vlaams Instituut van de Kwaliteit van Zorg in het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren die toepasbaar zijn in de eerste lijn.

14 Consultatie



In 2010 werd er als eerste initiatief bij Vlaams Regeringsbesluit een Samenwerkingsplatform voor de Eerste Lijn opgericht als reflectiekamer i.v.m. voor de toekomstige eerstelijnszorg.

Als tweede initiatief, werden er om de voorgenomen hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen gedragen aan te pakken, 6 werkgroepen opgericht ter voorbereiding van deze conferentie. In elke werkgroep was er een evenwichtige vertegenwoordiging van, onder andere, belanghebbende eerstelijnsorganisaties, -voorzieningen, beroepsgroepen, deskundigen uit de sector, gebruikers... Elke werkgroep kreeg een aantal doelstellingen mee

die hieronder kort worden toegelicht en formuleerde tijdens verschillende werksessies een antwoord op de geformuleerde vragen:

Werkgroep 1 - Taakstelling en structuurintegratie (o.l.v. Roel Van Giel)

Het toewijzen van duidelijk afgeijnde functies en taken noodzakelijk voor de realisatie van een integrale zorgbenadering aan de niveaus die het praktijkvoerend niveau ondersteunen en het maken van een voorstel van ondersteuningsstructuur (of -structuren), op basis van het voorstel uit de oefening 'taakstelling'.

Werkgroep 2 - Geografische afbakening van de zorgregio's (o.l.v. Joris Voets)

Het opmaken van een voorstel van zorgregio's op basis van de resultaten van werkgroep 1.

Werkgroep 3 - Modellen voor integrale zorg (o.l.v. Ilse Weeghmans)

Het uitwerken van een Vlaams model van integrale zorg, op basis van bestaande modellen, met oog voor de afstemming met het federale traject geïntegreerde zorg voor chronisch zieken.

Werkgroep 4 - De patiënt/burger centraal (o.l.v. Guy Tegenbos)

Het uitwerken van een visie en draaiboek om de burger en de persoon met een zorgnood in de integrale zorg, op vlak van alle aspecten van die zorg waarin die persoon betrokken moet worden, een hoofdrol te geven.

Werkgroep 5 - Gegevensdeling en kwaliteit van zorg (o.l.v. Dirk Ramaekers)

Het uitwerken van een model voor evaluatie van de kwaliteit van de zorg binnen een integrale zorgbenadering.

Werkgroep 6 - Innovatie en ondernemerschap in de zorg (o.l.v. Johan Hellings)

Het komen tot oplossingen voor de uitrol van de positief beoordeelde innovatie- en vernieuwingsprojecten in de zorg.

Per werkgroep werd een eindrapport opgemaakt. De essentiële ideeën uit deze eindrapporten werden gebundeld in een syntheserapport. Dit syntheserapport vormde mee de basis voor het uitwerken van de beleidstekst die aan de basis ligt van dit voorontwerp van decreet.

Ten derde zijn twee pilootprojecten opgestart om de geografische afbakening te ondersteunen i.s.m. Flanders Synergy. In deze pilootprojecten worden nieuwe samenwerkingsmodellen uitgewerkt en uitgetest. De continue rapportering van de pilootprojecten zorgt voor een permanente bijsturing en evaluatie van het proces van de op dit moment in oprichting zijnde eerstelijnszones.

Ten vierde wordt het globale hervormingstraject steeds geëvalueerd door het programmamanagement via een divers samengestelde klankbordgroep.

Ten vijfde wordt via de werkgroepen in de 13 projectengroepen, die de hervorming gefaseerd invoeren, steeds met het de voornaamste belangengroepen voor het desbetreffende project afgestemd.

15 Contactinformatie

Danielle Massant: danielle.massant@zorg-en-gezondheid.be

Tom Vermeire: tom.vermeire@zorg-en-gezondheid.be

16 Literatuur

- SAR WGG, Reflectienota Eerstelijnszorg. Bijdrage naar aanleiding van de Vlaamse conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg, 4 november 2010, pg. 6-7.
- Verlinde, C., De Maeseneer, J. et.al., De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van! Synthesenota van de wetenschappelijke reflectiekamer voor de Eerstelijnsgezondheidsconferentie van 16 februari 2017. 10 januari 2017 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/conferentie-reorganisatie-van-de-eerstelijnszorg-in-vlaanderen>
- Anonymous. Primary Health Care : now more than ever ! Beschikbaar via : <http://www.who.int/whr/2008/en/>
- World Health Organization. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. In: Proceedings of Regional Committee for Europe; 2012 10-13 September 2012; Malta..
- Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2004 ;12:573-576.
- EXPH (EXpert Panel on effective ways of investing in Health), Report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 10 July 2014
- "De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van!" Synthesenota van de wetenschappelijke reflectiekamer voor de Eerstelijnsgezondheidsconferentie van 16 februari 2017, 10 januari 2017, Brussel.
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multi-morbidity and implications for health care, research, and medical education a cross-sectional study. *The Lancet* 2012;380:37-43. doi:10.1016/s0140-6736.
- Boeckxstaens P. Multimorbidity: a quantitative and qualitative exploration in primary care. Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. Universiteit Gent, 2014. ISBN: 9789491125089.
- Thomas A et al (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ* 319,478-483.
- De Smet et al, 2010, <https://steunpuntwvg.be/publicaties/rapporten/publicaties-nieuw#KANS>
- WHO, WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report, 2015
- SARWGG, Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen. 7 december 2012
- GIDS Pilotprojecten Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken:
<http://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/gidspp.pdf>
- Van Roy, K., Peersman, W., De Lepeleire, J., Mamouris, P., De Sutter, A., De Maeseneer, J. & Goderis, G. (2017). Evaluatie Impulsfonds – rapport. UGent en KULeuven.
- Actieplan eGezondheid 2015-2019 via <http://www.plan-egezondheid.be/>
- Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid. Beschikbaar via: http://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan_nl.pdf
- A New Drive For Primary Care In Europe: Rethinking The Assessment Tools And Methodologies - Report of the Expert Group on Health Systems Performance Assessment 2018:
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2018_primarycare_eg_en.pdf
- Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems: Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH): <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c34869f8-783e-4d99-9f58-6bcd5965608e/language-en>
- Ellen Nolte, Emma Pitchforth, WHO European Observatory on Health Systems – European Commission: What is the evidence on the economic impacts of integrated care? 2014:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf
- Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg: Organisatie Van Zorg Voor Chronisch Zieken In België: Ontwikkeling Van Een Position Paper 2012 :
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_190A_organisatie_zorg_chronisch_zieken_Position%20Paper_0_0.pdf

- Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg : Een Vergelijkende Studie Financiering Van Ziekenhuiszorg In Vijf Landen 2012 : www.kce.fgov.be
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: 2014.
- OECD & WHO. Poverty and Health - DAC Guidelines and Reference Series
- The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5622519/>;
- Why integrated care is essential for health, By Barry S. Anton, PhD, APA President
<https://www.apa.org/monitor/2015/05/pc.aspx> ;
- The evidence for integrated care; 2015 Grail Dorling, Tim Fountaine; Sorch McKenna, Brindan Suresh
<https://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Industries/Healthcare%20Systems%20and%20Services/Our%20Insights/The%20evidence%20for%20integrated%20care/The%20evidence%20for%20integrated%20care.ashx>;