

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2003-2004

20 oktober 2003

ONTWERP VAN DECREET

betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders

INHOUD

	Blz.
Memorie van toelichting	3
Voorontwerp van decreet	27
Advies van de Vlaamse Gezondheidsraad	43
Kindeffectrapport	83
Advies van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen	91
Advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer	99
Advies van de Raad van State	105
Ontwerp van decreet	125

MEMORIE VAN TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Op mondiaal vlak werd voor het eerst invulling gegeven aan het begrip ‘primary health care’ tijdens de conferentie van de Wereldgezondheidsorganisatie te Alma Ata in 1976.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) omschrijft dit begrip (primary health care) als volgt : “essential health care made accessible at a cost the country and community can afford, with methods that are practical, scientifically sound and socially acceptable. Primary health care is the central function and main focus of a country’s health system, the principal vehicle for the delivery of health care, the most peripheral level in a health system stretching from the periphery to the centre, as a integral part of the social and economic development of a country”.

‘Primary health care’ werd en wordt dus beschouwd als essentiële gezondheidszorg die financieel toegankelijk wordt gemaakt en die methoden hanteert die wetenschappelijk onderbouwd, maatschappelijk aanvaard en praktijkgericht zijn.

Ofschoon de WGO momenteel deze concepten en begrippen, die inmiddels al een kwarteeuw oud zijn, aan een herziening onderwerpt, blijven de vermelde kenmerken overeind en actueler dan ooit.

De WGO definitie van ‘primary health care’ is echter ruimer dan wat wij doorgaans verstaan onder ‘eerstelijnsgezondheidszorg’. Ook omwille van het specifiek karakter van de Vlaamse beleidscontext is een eigen definitie in dit ontwerp van decreet onontbeerlijk.

Fundamenteel in het Vlaamse zorglandschap is de centrale plaats van de gebruiker met zijn rechtmatige noden en behoeften. De zorg moet hieraan beantwoorden en de verschillende zorgvormen moeten naadloos op elkaar zijn afgestemd en een adequaat antwoord bieden op de evoluerende noden en behoeften.

De eerstelijnsgezondheidszorg vormt een essentiële component in het Vlaams gezondheidsbeleid, zoals aangestipt in actuele beleidsdocumenten. Door dit ontwerp van decreet wordt deze visie bekrachtigd en effectief uitgebouwd.

In het regeerakkoord van de Vlaamse regering (1999) wordt het belang van de eerstelijnsgezond-

heidszorg, en in het bijzonder van de thuisgezondheidszorg, onderstreept.

De beleidsnota van januari 2000 stelt, in overeenstemming met de WGO-visie, dat de eerstelijnsgezondheidszorg de basis vormt van de gezondheidszorg. Versterking ervan is noodzakelijk. Een monodisciplinaire organisatie van het zorgaanbod met alleenwerkende zorg- en hulpverleners ruimt meer en meer plaats voor georganiseerde samenwerkingsverbanden. Deze evolutie is ontstaan zowel vanuit de vraag- als vanuit de aanbodzijde.

Een monodisciplinair aanbod voldoet immers niet steeds, zeker waar het gaat om complexe zorgsituaties en de zorgverstrekkers van hun kant kiezen meer en meer voor een organisatie die hen toelaat om hun professionele taken beter te combineren met hun gezins- en sociaal leven.

De complementariteit van de verschillende actoren moet beter benut worden door het stimuleren van overleg, taakafspraken, gegevensuitwisseling en netwerkvorming. Hierbij is het belangrijk het lokale gezondheidsoverleg verder aan te moedigen en te ontwikkelen en het multidisciplinaire functioneren van de zorgverstrekker te versterken. Naast behandelingen moet hij ook preventieve zorg aanbieden en zorg op maat garanderen via netwerkvorming.

De Vlaamse regering is krachtens de bijzondere wet van 8 augustus 1980 op de staatshervorming bevoegd om regelend op te treden inzake de zorgverstrekking buiten de ziekenhuizen.

Het protocol van 25 juli 2001 met betrekking tot de eerstelijnszorg, dat werd afgesloten tussen de federale regering en de gemeenschapsregeringen (bedoeld wordt de overheden, bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet), beschrijft de engagementen van deze betrokken overheden.

Het doel van dit protocol is een betere zorgverlening binnen de eerstelijnsgezondheidszorg aan te bieden. Daarbij wordt uitgegaan van het principe dat de zorg zich moet aanpassen aan de gebruiker en niet omgekeerd.

Zo engageert de federale overheid zich in dit protocol ondermeer om uitvoering te geven aan artikel 5, § 1, van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging, gewijzigd door de wet van 8 augustus 1980, het Koninklijk Besluit nummer 59 van 22 juli 1982 en de wet van 25 januari 1999 dat de geïntegreerde diensten voor

thuisverzorging (GDT) regelt. Deze diensten functioneren binnen een afgebakend gebied en beantwoorden aan een aantal kenmerken : minstens huisartsen en verpleegkundigen vertegenwoordigen ; de samenwerking tussen de zorgverstrekkers bevorderen ; structureel samenwerken met thuisvervangende voorzieningen ; activiteiten registreren en multidisciplinaire en gebruikergerichte samenwerking organiseren en ondersteunen (onder andere taakafspraken, zorgplan, evaluatie zelfredzaamheid). Inmiddels werd deze verbintenis gerealiseerd door het Koninklijk Besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en het ministerieel besluit van 17 juli 2002 houdende vaststelling van de programmatiecriteria voor de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

De Vlaamse overheid van haar kant engageert zich in het vermelde protocol ondermeer om :

- de zorgzones te bepalen en erover te waken dat deze het ganse grondgebied bestrijken ;
- de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging te erkennen ;
- wetgeving op te stellen die toelaat bijkomende opdrachten te enten op de werking van de GDT's.

Het voorliggend ontwerp van decreet, en in het bijzonder het hoofdstuk IV over de 'samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg', samen met het decreet betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen van 23 mei 2003, beogen dit engagement vanwege de Vlaamse overheid te realiseren. Beide ontwerpdecreten en hun uitvoeringsbesluiten zullen een adequate afstemming met de regelgeving inzake de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging mogelijk maken.

Dit ontwerp van decreet wil ook de aanzet vormen tot optimalisering van de zorgprocessen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Daartoe worden in hoofdstuk II de opdrachten, doelstellingen en werkingsbeginselen van de eerstelijnsgezondheidszorg besproken.

Eerstelijnsgezondheidszorg wordt subsidiair verleend in het kader van een zorgcontinuüm. Dit wil zeggen dat de zorg wordt verleend op het laagst mogelijke niveau dat voldoende kwaliteit waarborgt.

De eerstelijnszorg wordt gekenmerkt door twee soorten activiteiten : gebruikersgebonden activiteiten en activiteiten die eerder organisatorisch van aard zijn.

Gebruikersgebonden activiteiten situeren zich doorgaans op het niveau van de praktijkvoering, waar het individueel contact tussen de gebruiker en de verstrekker plaatsvindt en, zonodig, multidisciplinair overleg tussen verschillende zorgaanbieders rond de gebruiker kan plaatsgrijpen.

Ondersteuning van deze activiteiten wordt mogelijk gemaakt door erkenning en subsidiëring van samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering, partnerorganisaties en samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL).

Activiteiten die eerder organisatorisch van aard zijn, betreffen het afstemmen van de zorg op de noden van de zorg- en hulpvragers in het algemeen en het onderling afstemmen van de werkingen van de verschillende zorgaanbieders, het organiseren van navorming, het uitwerken van communicatiemodellen, het verlenen van informatie, enzovoort. Hiervoor is het nodig de verschillende zorgaanbieders van een bepaald werkgebied te groeperen. Deze activiteiten zijn gesitueerd op het niveau van de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg die eveneens kunnen ondersteund worden door partnerorganisaties.

Door in hoofdstuk III de mogelijkheid te voorzien om samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering onder bepaalde voorwaarden te erkennen en te subsidiëren, beoogt dit ontwerp van decreet de eerstelijnsgezondheidszorg te versterken. Het is niet de bedoeling een of andere vorm van samenwerking op te leggen, maar wel de ruimte te creëren om een waaier van samenwerkingsvormen mogelijk te maken en deze waar nodig en mogelijk te ondersteunen. De verschillende zorgverstrekkers, actief in de eerstelijnsgezondheidszorg, kunnen hiervoor in aanmerking komen.

Hoofdstuk IV van dit ontwerp van decreet betreft de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's). Zij vormen een hoeksteen van dit ontwerp van decreet. Deze samenwerkingsinitiatieven overstijgen het praktijkniveau en richten zich vooral op de organisatorische activiteiten, eigen aan de eerstelijnsgezondheidszorg. In die zin beogen zij de samenwerking te bevorderen tussen alle zorgaanbieders actief in de eerstelijnszorg, tussen de zorgaanbieders en gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers en tussen de organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd

zorgaanbod. SEL's zijn verenigingen die onder meer aan volgende kenmerken moeten beantwoorden :

- minstens de diensten voor gezinszorg, de huisartsen, de lokale dienstencentra, de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, de rusthuizen ongeacht ze RVT bedden hebben, de verpleegkundigen en vroedvrouwen, en de ziekenfondsdiensten vertegenwoordigen ;
- de samenwerking tussen de zorgaanbieders bevorderen ;
- structureel samenwerken met thuisvervangende voorzieningen ;
- activiteiten registreren ;
- multidisciplinaire en gebruikersgerichte samenwerking organiseren en ondersteunen (onder andere taakafspraken, zorgplan, evaluatie zelfredzaamheid).

Met het oog op een vereenvoudiging en vermindering van de structuren, worden alle in het bovenvermelde protocol bedoelde opdrachten van de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging uitgevoerd door de SEL's en worden de taken van de reeds bestaande samenwerkingsinitiatieven in de thuisverzorging (SIT's) eveneens opgenomen door de SEL's.

Toch wordt er een nieuwe benaming gegeven aan deze structuren om een aantal redenen. De term 'samenwerkingsinitiatief in de thuisverzorging' omvat onvoldoende alles wat onder de eerstelijnsgezondheidszorg wordt verstaan. Om dezelfde reden wordt de term 'geïntegreerde dienst voor thuisverzorging' niet geschikt geacht. Daarbij komt dat 'dienst voor thuisverzorging' te veel de indruk geeft dat de dienst zelf zorgen zal toedienen. Dit is evenwel niet de bedoeling.

De SEL's zijn gericht op het optimaliseren van de zorg. Ze fungeren als aanspreekpunt van de eerste lijn in de zorgregio voor de verschillende zorgaanbieders in de eerste lijn, de overheid, de hulpverleners in de tweede lijn en de burgers.

Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg functioneert op een kleinschalig niveau dicht bij de burger. De goede samenwerking tussen de plaatselijke vertegenwoordigers van zorgaanbieders, waaronder de lokale dienstencentra (LDC) en OCMW's, is hierbij zeer belangrijk.

Een essentieel element om tot een effectieve en efficiënte organisatie van de eerste lijn te komen, is een sluitende indeling van het Vlaamse Gewest en het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest in zorgregio's. De indeling moet zodanig zijn dat er 'blinde vlekken' noch 'overlappingsen' bestaan. Bij het bepalen van de zorgregio's moet rekening worden gehouden met een referentiekader dat uitgaat van sociaal-geografische realiteiten.

Het is de bedoeling dat ook de preventieve netwerken, met name de LOGO's (Locoregionaal Gezondheidsoverleg en Organisatie) zich in de toekomst afstemmen op deze indeling in zorgregio's zodat hun werkingsgebied samenvalt met dat van enkele SEL's .

Hoofdstuk V regelt de eerder genoemde 'partnerorganisaties'. Dit zijn organisaties met rechtspersoonlijkheid, erkend door de Vlaamse overheid, die als centrum van expertise fungeren omwille van minstens één van de hiernavolgende competenties :

- a) de deskundigheid om ondersteuning te bieden aan samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, netwerken, zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers of vrijwilligers die actief zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg ;
- b) het aanleveren van gegevens inzake gezondheidszorg.

Met deze erkende partnerorganisaties kan de Vlaamse overheid duurzame samenwerkingsverbanden sluiten die worden geconcretiseerd in een beheersovereenkomst die toegang geeft tot subsidiëring.

Kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg veronderstelt een wetenschappelijke onderbouwing van de werkmethoden. Om deze betrachting mee te helpen realiseren, zullen die partnerorganisaties erkend en ondersteund worden die blijf geven van een wetenschappelijke ingesteldheid en een betekenisvolle bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Oorspronkelijk regelde een VI^o hoofdstuk de ziekenfondsdienst voor maatschappelijk werk en woonondersteuning. Het ging hier om de werking van één van de zorgaanbieders, actief op de eerste lijn. Het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) van 15 oktober 2002 stelt evenwel dat het niet gepast is dat de ziekenfondsdiensten in dit ontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg worden geregeld. Om die reden worden deze diensten in andere regelgeving opgenomen.

Dit betekent evenwel niet dat hiermee het belang van het maatschappelijke werk voor de (eerstelijns)gezondheidszorg wordt genegeerd, wel integendeel. Daarom wordt in dit decreet een duidelijke link gelegd met deze diensten.

In de volgende hoofdstukken wil het decreet een aantal instrumenten vastleggen om een goede, transparante relatie te garanderen tussen de Vlaamse overheid en de eerstelijnsgezondheidszorg, de samenwerkingsverbanden op praktijkniveau, de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en de partnerorganisaties.

Ook de overheid wenst haar beleid zo veel mogelijk te baseren op wetenschappelijk onderbouwde gegevens en stellingen. Om dit mogelijk te maken, moet de overheid kunnen beschikken over een aantal relevante en geaggregeerde gegevens aangeleverd door de zorgaanbieders. Dit decreet voorziet in de mogelijkheid om ook daaromtrent afspraken te maken en gegevensstromen te doen ontstaan. Tegelijk wordt, door een operationeel informatiesysteem, geregeld dat de zorggegevens de gebruiker volgen en waar nodig, en met oog voor de privacy, ook beschikbaar zijn voor de andere zorgaanbieders.

Een erkenning van overheidswege geeft uiting aan het publieke vertrouwen dat aan een organisatie of zorgaanbieder wordt geschonken en kan, in welbepaalde gevallen, het licht op groen zetten voor een subsidiëring. Publiek vertrouwen moet verdiend worden en daarom hebben erkende en/of gesubsidieerde zorgaanbieders ook de plicht om verantwoording af te leggen, niet alleen over de aangewende middelen, maar ook over de resultaten van hun werking.

Tenslotte regelt dit decreet de administratieve sancties en de procedures inzake erkenning en schorsing en intrekking van de erkenning en bevat het overgangsbepalingen en bepalingen met betrekking tot de inwerkingtreding.

Commentaar bij de artikelen

Artikel 1

Krachtens de bijzondere wet van 8 augustus 1980 op de staatshervorming is de Vlaamse regering bevoegd om regelen op te treden inzake de zorgverstrekking buiten de ziekenhuizen.

Artikel 2

- 2° De term begeleidingsplan onderscheidt zich van wat bedoeld wordt met een zorgplan (zie verder). Een begeleidingsplan is een werkinstrument dat gebruikt wordt binnen een bepaalde ‘setting’. Elementen hieruit worden ingebracht in een eventueel multidisciplinair overleg dat op zijn beurt kan leiden tot een zorgplan.
- 3° De gebruiker staat centraal in de gezondheidszorg. Hij is de persoon die het voorwerp uitmaakt van de eerstelijnszorg. Gezien in dit decreet ook de samenwerking met de niet strikt medische sector beoogd wordt, is gekozen om de term ‘gebruiker’ te hanteren in de plaats van ‘patiënt’. Het is evenwel niet de bedoeling om door deze terminologie het eventuele consumentgedrag te accentueren.
- 4° De gehanteerde definitie beschouwt de eerstelijnsgezondheidszorg als een deel van de gezondheidszorg. Zij is complementair aan andere segmenten van het zorgaanbod waarmee ze een zorgcontinuüm vormt. Ze wordt zowel door huisartsen, verpleegkundigen als door paramedici verleend. Andere deskundige personen of instanties vergemakkelijken deze zorg.

De toegang tot het zorgaanbod verloopt bij voorkeur via de eerstelijnsgezondheidszorg.

Kenmerkend voor de eerstelijnsgezondheidszorg is dat ze gesitueerd is buiten het ziekenhuis en de zorg aanbiedt vanuit een holistische, niet functie-, leeftijd-, techniek-, of orgaangespecialiseerde invalshoek.

Eerstelijnsgezondheidszorg staat in voor de eerste deskundige opvang van gebruikers die zich aanbieden of die naar haar verwezen worden, ook voor de behandeling en de continue begeleiding, en voor het voorkomen van het ontstaan of het verergeren van gezondheidsproblemen. Deze activiteiten kunnen door de verstrekkers van de eerste lijn zelf gebeuren of door een ander segment van het zorgaanbod in afspraak met de verstrekker van de eerste lijn.

In haar advies van 15 oktober 2002 stelde de Vlaamse gezondheidsraad (VGR) volgende definitie voor : “basisgezondheidszorg, toegankelijk voor alle individuen en families in een gemeenschap, met voor hen aanvaardbare middelen, met hun volledige medewerking, en aan een kost die de gemeenschap en het land zich kun-

nen veroorloven. Het maakt integraal deel uit van 's lands gezondheidszorgsysteem, waarvan het de kern vormt, en van de algemene socio-economische ontwikkeling van de gemeenschap. Eerstelijnsgezondheidszorg kan verstrekt worden door huisartsen, thuisverpleegkundigen, of andere professionelen met een specifieke opleiding". In zijn globaliteit is dit voorstel, hoe waardevol ook, niet weerhouden, en wel om volgende redenen :

- basisgezondheidszorg wordt niet verder uitgelegd ;
- wat wordt bedoeld met 'in een gemeenschap' is niet duidelijk ;
- de verwijzing naar 'aanvaardbare middelen' en aan 'een kost die de gemeenschap zich kan veroorloven' verwijst naar de problematiek van de terugbetaling van de medische kosten, welke een federale bevoegdheid is ;
- de verwijzing naar 'het land' en 's lands' gaat de bevoegdheden van de decreetgever te buiten ;
- de relatie tot 'de socio-economische ontwikkeling van de gemeenschap' is te onduidelijk en te weinig relevant voor wat met dit ontwerp van decreet beoogd wordt ;
- het is niet zo dat alle professionelen in de eerstelijnsgezondheidszorg een opleiding hebben die specifiek is voor de eerstelijnsgezondheidszorg (bijvoorbeeld kinesisten, apothekers, diëtisten ...).

Om deze redenen wordt de door de VGR voorgestelde definitie minder operationeel geacht, wetende dat ook de nu gebruikte definitie wellicht haar tekortkomingen heeft.

- 5° De evaluatie van het zelfzorgvermogen geeft dus onrechtstreeks een gradatie weer van de ernst van de zorgbehoefte. Op zich spreekt deze evaluatie zich niet uit over de aard van de zorg die nodig wordt geacht, maar kan de evaluatie van het zelfzorgvermogen wel kaderen in een ruimer model, waarbij de zorgnood wel wordt gedefinieerd, en waarbij eventueel ook wordt bepaald in hoeverre die zorg kan worden gefinancierd, hetzij ten aanzien van de gebruiker of mantelzorger, hetzij ten aanzien van de organisatie, dienst of persoon die de zorgen verleent.

- 6° Hier wordt vertrokken van de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie, daterend uit 1948, wetende dat deze te weinig de nadruk legt op het dynamisch karakter van het begrip 'gezondheid', zoals dit heden algemeen aanvaard wordt. De gebruikte definitie heeft echter de blijvende verdienste aandacht te vragen voor de subjectieve elementen (welbevinden) in een holistische benadering van gezondheid.

In haar advies van 15 oktober 2002 stelt de Vlaamse gezondheidsraad (VGR) voor om de definitie van gezondheid te vervangen door : "toestand van optimaal lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden bij de mens, en niet enkel de afwezigheid van ziekte of handicap".

Toch is er niet voor gekozen deze aanpassingen op te nemen. De definitie van het ontwerp van decreet stelt het welbevinden van het individu (of een groep) centraal. De toevoeging van 'optimaal' zou betekenen dat deze subjectieve vaststelling van 'welbevinden' door een derde (de gemeenschap ? de overheid ?) zou worden afgewogen, alsof deze derde zou bepalen wat als een aanvaardbaar of voldoende geacht niveau van welbevinden kan worden beschouwd. Het is niet de bedoeling de indruk te wekken dat het individu niet zelf kan bepalen wat welbevinden inhoudt. Daarom wordt de notie 'optimaal welbevinden' niet gebruikt.

De door de VGR voorgestelde definitie gaat, door het vermelden van "en niet enkel de afwezigheid van ziekte of handicap", terug naar de oorspronkelijke definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie. Tot voor de tijd dat deze definitie tot stand kwam werd gezondheid veelal gedefinieerd als een "afwezigheid van ziekte of handicap". De Wereldgezondheidsorganisatie had de grote verdienste om deze 'negatieve' omschrijving om te buigen naar een positieve formulering, vertrekkend van een holistisch mensbeeld. De toevoeging "en niet enkel de afwezigheid van ziekte of handicap" was in die tijd belangrijk om het vernieuwende te accentueren. Momenteel echter heeft deze toevoeging geen inhoudelijke meerwaarde meer, wel integendeel. De toevoeging zou immers kunnen suggereren dat een persoon met een ziekte of handicap zich niet kan bevinden in een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden.

- 7° Met doeltreffendheid wordt bedoeld : de mate waarin een bepaald doel bereikt is.

Onder doelmatigheid wordt verstaan : een afwezig van de baten ten opzichte van de moeite (kosten) die er moet worden gedaan om deze baten te realiseren. Doelmatigheid is het vermijden van verspilling van geld, materialen, werkracht, tijd en energie. Doelmatigheid is ook het voorkomen van ongevallen, ongewenste effecten, nevenwerkingen en omvat dus ook de elementen veiligheid en duurzaamheid.

De continuïteit van de zorg houdt in dat de zorg ononderbroken en in samenhang (naadloos) wordt aangeboden. Ook het bewaken en in perken houden van wachttijden, doorstroomtijden en toetredingstijden (bijvoorbeeld wachtlijsten) zijn hierbij van belang.

De maatschappelijke aanvaardbaarheid houdt in dat bij het verlenen van zorg de voorziening dient na te gaan of de zorg die men voorstelt aanvaard wordt door de maatschappelijke omgeving van de gebruiker en door de ruimere maatschappij.

Specifiek met betrekking tot de zorg van artsen mag “maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg” niet zo worden geïnterpreteerd dat dit afbreuk zou doen aan de diagnostische en therapeutische vrijheid van de arts, zoals die ondermeer door de artikelen 11 en 12 van het Koninklijk Besluit nummer 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, door artikel 130, § 1, tweede lid, van de bij Koninklijk Besluit van 7 augustus 1987 gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en door artikel 73 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is gewaarborgd. Het ontwerp van decreet beoogt ook op geen enkele wijze de uitoefening zelf, in de strikte zin van het woord, van de geneeskunde, de verpleegkunde of van de andere gezondheidsberoepen, te regelen.

Verantwoorde zorg is gebruikersgericht, dit wil zeggen dat die zorg zich oriënteert op de noden, behoeften en waarden van de gebruiker en respect toont voor de gebruiker als mens.

8° De mantelzorger onderscheidt zich van de vrijwilliger. Beiden verlenen ze niet-medische zorg in het kader van activiteiten van het dagelijks leven. Dit gebeurt ter aanvulling van de zelfzorg die op bepaalde aspecten niet (meer) blijkt te voldoen. De zorg wordt niet beroepshalve aangeboden. Toch gaat het in essentie niet om occasionele hulp, zoals bijvoorbeeld eerste hulp bij

een ongeval (EHBO). Uiteraard betekent dit niet dat een mantelzorger geen EHBO zou kunnen toedienen. Specifiek voor de mantelzorger is dat de zorg verleend wordt vanuit een voorafbestaande sociale of emotionele individuele band met de betrokkene. De hulp van de mantelzorger wordt thuis aangeboden, maar in een aantal omstandigheden kan dit ook daarbuiten gebeuren.

In haar advies van 15 oktober 2002 stelt de Vlaamse gezondheidsraad (VGR) voor om de definitie van mantelzorger te vervangen door : “elke natuurlijke persoon die op een niet-professionele basis, noch in een georganiseerd verband, hulp en bijstand biedt aan een gebruiker”. Op dit voorstel wordt niet ingegaan om de volgende redenen :

- de toevoeging ‘natuurlijke’ is overbodig omdat een persoon die een sociale en emotionele band heeft met een gebruiker, niet anders dan een natuurlijke persoon kan zijn ;
- het begrip ‘niet-professionele basis’ is minder geschikt dan ‘niet beroepshalve’ omdat een mantelzorg wel degelijk zeer professioneel kan tewerk gaan ;
- de toevoeging dat de zorg door de mantelzorger niet ‘in een georganiseerd verband’ kan gebeuren is niet terecht. Vaak zal deze zorg kaderen in een zorgplan dat tot stand komt in multidisciplinair overleg waar ook de gebruiker en de mantelzorger bij betrokken worden (zie artikel 10, § 1, 3°). Dit kan moeilijk als een niet-georganiseerd verband beschouwd worden ;
- de formulering ‘hulp en bijstand’ zegt minder concreet wat juist bedoeld wordt dan ‘helpt en ondersteunt in het dagelijks leven’.

9° Bij een meer gespecialiseerd zorgaanbod gaat het om zorg verleend door onder meer artsen, specialisten en ziekenhuizen. Ook andere organisaties, diensten en personen kunnen een gespecialiseerd zorgaanbod hebben. Voorbeelden hiervan zijn de centra voor geestelijke gezondheidszorg die zich, volgens artikel 9, § 1, 1° van het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg van 18 mei 1999, dienen te profileren als tweedelijnsgezondheidsvoorziening, de revalidatiecentra en de diensten die zich toeleggen op de behandeling en hulpverlening bij ernstige drugsverslavingen. De aard en de omstandigheden van deze zorg bepalen dat het niet om eer-

stelijnszorg gaat. Vandaar dat bij de vermelding in de tekst van dit gespecialiseerd zorgaanbod er steeds sprake is van een 'meer' gespecialiseerd zorgaanbod. Dit betekent dat, wanneer dit zorgaanbod bedoeld wordt, steeds de afweging tegenover de eerstelijnszorg wordt gemaakt. Het is zeer moeilijk om hieromtrent een limitatieve lijst van organisaties, diensten en personen op te sommen.

Ook vermeldt de definitie dat het zorg is die 'doorgaans' door de betrokken organisaties, diensten en personen wordt verleend. Zo is de zorg door een medische urgentiedienst die iemand thuis gaat reanimeren een gespecialiseerd zorgaanbod, niettegenstaande de huisarts, in bepaalde omstandigheden, ook reanimatietechnieken zal toepassen.

Anderzijds wordt het consultatiebureau van Kind en Gezin, niettegenstaande de arts die er aan verbonden is misschien een kinderarts is, toch beschouwd als een zorgaanbieder en niet als een 'meer gespecialiseerd zorgaanbod' omdat de verleende zorg 'doorgaans' niet door een arts-specialist moet gebeuren.

- 10° Een partnerorganisatie fungeert als expertisecentrum op vlak van ondersteuning of het aanleveren van gegevens. Deze kern van expertise kan hiervoor een beroep doen op eigen deskundigheid en/of op die van een netwerk. De term partnerorganisatie onderstreept het partnerschap met zowel de overheid als met de te ondersteunen organisaties, diensten of personen. Ook wordt zo de indruk vermeden als zou de expertise van een partnerorganisatie hiërarchisch hoger ingeschat worden dan de expertise van de te ondersteunen organisaties, diensten of personen.

In de definitie van een partnerorganisatie wordt het begrip 'netwerk' vermeld.

In de oorspronkelijke tekst die aan de Vlaamse gezondheidsraad voor advies werd voorgelegd, werd de term netwerk in het decreet zelf gedefinieerd. Gezien deze term verder niet meer in de tekst voorkomt is er voor gekozen hem enkel in de memorie toe te lichten.

Een netwerk kan gedefinieerd worden als een gestructureerde samenwerking van organisaties, diensten of personen, die, omwille van de complexiteit en/of het chronisch karakter van de zorgverlening, gericht is op het ondersteunen van bepaalde aspecten van de zorgverle-

ning. Deze organisaties, diensten of personen kunnen betrokken zijn bij zowel intra- als extramurale zorg. De huidige palliatieve samenwerkingsverbanden zijn hiervan een voorbeeld. Ook zouden bijvoorbeeld netwerken met betrekking tot de zorg aan dementerende personen via één of meerdere partnerorganisaties kunnen ondersteund worden via dit decreet. Indien meerdere partnerorganisaties met éénzelfde opdracht netwerken zouden ondersteunen, dan is het evident dat bij de erkenning van deze partnerorganisaties of in hun beheersovereenkomst wordt bepaald dat ze een territoriaal afgebakend werkgebied bestrijken dat overeenkomt met het werkgebied van één of meerdere samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL). Het is immers niet de bedoeling dat bij dergelijke ondersteuning SEL's worden opgesplitst. Ook zal er voor worden gezorgd dat alle SEL's door dergelijke partnerorganisaties worden bereikt.

- 11° Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg of SEL optimaliseert op gestructureerde wijze de aangeboden zorg voor een bepaald werkgebied door ondermeer de onderlinge samenwerking te bevorderen.
- 12° Bij de definitie van vrijwilliger kan worden verwezen naar de toelichting bij de mantelzorger. Wel is het bij de vrijwilliger niet essentieel dat de zorg vanuit een voorafbestaande sociale en emotionele band gebeurt. Dit betekent echter niet dat een vrijwilliger geen sociale en emotionele band met de hulpvrager zou hebben. Bij de hier gehanteerde definitie van vrijwilliger worden dus niet die vrijwilligers bedoeld die bijvoorbeeld organisaties ondersteunen, maar geen hulp bieden aan hulpvragers zelf.
- 13° Woonondersteuning is een begrip dat niet courant wordt gebruikt. Het wordt enkel gedefinieerd om de omschrijving van de ziekenfondsdienst (zie 15°) te verduidelijken.
- 14° Omdat in het kader van dit decreet het een belangrijk werkingsbeginsel is om het zelfzorgvermogen van het individu zo veel mogelijk aan te moedigen en te verhogen (artikel 3), is er voor geopteerd toch een definitie van zelfzorg te geven, niettegenstaande dit begrip als een vanzelfsprekendheid wordt gevoeld. De bedoelde beslissingen en acties en de daarbij aansluitende eigen activiteiten en vaardigheden hebben voornamelijk betrekking op de uitvoering van huishoudelijke activiteiten, de

mogelijkheid om sociale contacten te leggen, zich te ontplooiën en zich te oriënteren in tijd en ruimte.

- 15° Deze ziekenfondsdiensten zijn zorgaanbieders (zie artikel 2, 16°) en ondersteunen dus, samen met anderen, de eerstelijnsgezondheidszorg. Ze staan er voor in dat, ten aanzien van de gebruiker, passende zorg verleend wordt en doen dit volgens de methoden van het maatschappelijk werk. Dit houdt in dat ze zelf maatschappelijk werk verrichten maar ook dat ze door de methodiek van het maatschappelijk werk de passende zorg door andere disciplines mogelijk maken of vergemakkelijken. Daarnaast verstrekken de ziekenfondsdiensten ‘woonondersteuning’ (zie 13°). Met name geven zij informatie en advies en stellen ze hulpmiddelen, waaronder personenalarmsystemen, ter beschikking die betrekking hebben op activiteiten van het dagelijks leven. Deze laatste taken hoeven dus niet volgens de methoden en methodieken van het maatschappelijk werk te gebeuren, wat dus niet noodzakelijk het inzetten van maatschappelijk werkers vereist. Om die reden wordt in de definitie van ‘ziekenfondsdienst’ de opdracht ‘woonondersteuning’ duidelijk onderscheiden van ‘het maatschappelijk werk’.

In de eerdere versie van het voorontwerp van decreet, die aan de Vlaamse gezondheidsraad ter advies is voorgelegd, was deze dubbele benadering onvoldoende duidelijk geformuleerd. Om die reden is de benaming van de ‘dienst voor maatschappelijk werk in het kader van de ziekenfondsen’ ook vervangen door ‘ziekenfondsdienst’ en is de definitie aangepast aan de nieuwe situatie.

- 16° De term zorgaanbieder is een overkoepelend begrip dat zowel de zorgverstrekkers bedoeld in 19° omvat als niet-zorgverstrekkers.

De zorgverstrekker verleent zorgen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. De organisaties, diensten en personen die we hieraan toevoegen ondersteunen of vergemakkelijken deze eerstelijnsgezondheidszorg of maken ze mogelijk. Zo maakt een rusthuis de eerstelijnsgezondheidszorg voor de betrokkene mogelijk. Was dat rusthuis er niet, dan zou een opname van de betrokkene in het ziekenhuis zich opdringen.

Sommige zorgaanbieders bieden activiteiten aan die niet medisch van aard zijn, maar naar

de eerstelijnsgezondheidszorg toe wel faciliterend werken, zoals diensten voor gezinszorg bijvoorbeeld. Anderen bieden naast ondersteunende diensten ook bepaalde activiteiten aan met een medisch karakter, bijvoorbeeld de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB).

Het gaat om een waaier van voorzieningen. Zonder volledig te willen zijn kunnen volgende organisaties en diensten aanzien worden als zorgaanbieders zonder dat ze zorgverstrekkers zijn zoals bedoeld in 19° :

centra voor algemeen welzijnswerk, diensten voor gezinszorg, locale dienstencentra, dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf, diensten voor oppashulp, rusthuizen, OCMW's (openbare centra voor maatschappelijk welzijn), uitleendienst voor hulpmiddelen, diensten voor maaltijdbedeling, klusjesdiensten, ziekenfondsdiensten enzovoort. Eventueel kunnen ook centra voor leerlingenbegeleiding, diensten belast met het medisch toezicht op werknemers en consultatiebureau's van Kind en Gezin als zorgaanbieder beschouwd worden, hoewel deze laatste drie een louter preventieve opdracht hebben en wellicht via hun vertegenwoordiging in de LOGO (Locoregionaal Gezondheidsoverleg en Organisatie in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid) een netwerk zullen vormen met de zorgverstrekkers.

De term zorgaanbieder benadrukt dat een goede eerstelijnsgezondheidszorg een brede invalshoek kent, niet alleen wat betreft de instroom, maar ook op vlak van de zorgverlening zelf.

De omschrijving van zorgaanbieder omvat evenwel niet de organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod.

- 17° Het begrip zorgcontinuüm betekent niet alleen een in de tijd naadloos aaneensluiten van verschillende vormen van zorg, maar ook binnen een bepaalde zorgperiode. Zo zal in het laatste geval, bijvoorbeeld in het kader van een poliklinische bevalling en de bijhorende nazorg, een gelijktijdige goede samenwerking tussen verschillende zorgverleners nodig zijn om een zorgcontinuüm te realiseren.

- 18° Het zorgplan bevat onder andere gegevens verstrekt door de gebruiker en gegevens uit hun respectievelijke begeleidingsplannen van

de personen of diensten die rechtstreeks bij de zorg betrokken zijn, de evaluatie van het verminderd zelfzorgvermogen, een omschrijving van de soort zorg die wordt verstrekt en een afsprakenregeling (wie doet wat wanneer). Het zorgplan wordt beschouwd als een schriftelijk communicatiemiddel tussen de gebruiker en iedere persoon die bij de geplande zorg betrokken is en tussen deze personen onderling. De geplande zorg slaat op de zorg die al dan niet beroepshalve wordt verstrekt, dus ook de zorg door mantelzorgers en vrijwilligers.

- 19° Het betreft hier voornamelijk beroepsbeoefenaars van de gezondheidszorgberoepen zoals bepaald in het Koninklijk Besluit nummer 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen van 10 november 1967, met uitzondering van de arts-specialist. Ook groeperingen van deze beroepen die gezamenlijk de beroepspraktijk beoefenen zijn hierin begrepen.

Toch is in deze definitie niet verwezen naar het Koninklijk Besluit nummer 78 omdat het niet de bedoeling is alle daar vermelde gezondheidsberoepen op te nemen als zorgverstrekker. Momenteel handelt het Koninklijk Besluit nummer 78 over volgende gezondheidsberoepen : geneeskunde (artsen), tandheelkunde en vroedkunde inbegrepen, en de artsenijsbereidkunde (apothekers) (hoofdstuk I) ; de kinesitherapie (hoofdstuk I bis) ; de verpleegkunde met inbegrip van de zorgkundige (hoofdstuk I ter) en de paramedische beroepen (hoofdstuk II). Bij de paramedische beroepen horen volgende disciplines : ambulancier (regeling in voorbereiding) ; audicien (regeling in voorbereiding) ; bandagist, orthesist, prothesist (KB 6 maart 1997) ; diëtist (KB 19 februari 1997) ; ergotherapeut (KB 8 juli 1996) ; farmaceutisch-technisch assistent (KB 5 februari 1997) ; medisch laboratorium technoloog (KB 2 juni 1993) ; logopedie (KB 20 oktober 1994) ; orthoptist (KB 24 november 1997) ; podoloog (KB 15 oktober 2001) ; technoloog medische beeldvorming (KB 28 februari 1997).

De Vlaamse regering kan, zonder afbreuk te doen aan het Koninklijk Besluit nummer 78, voor de toepassing van dit decreet andere disciplines als zorgverstrekker erkennen ongeacht deze al dan niet erkend zijn in het kader van het Koninklijk Besluit nummer 78. Dit zou bijvoorbeeld voorzien kunnen worden voor de maatschappelijk werkers die geïntegreerd wer-

ken binnen groepspraktijken of wijkgezondheidscentra.

De ergotherapeut is niet opgenomen in de opsomming omdat in de praktijk deze functie momenteel vooral ingevuld wordt vanuit de opdrachten van welzijnsvoorzieningen. De Vlaamse regering kan echter, als dit een meerwaarde heeft, de ergotherapeut wel opnemen in de lijst van zorgverstrekkers.

De zorgverstrekkers dienen werkzaam te zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit betekent dus dat bijvoorbeeld een ziekenhuisapotheker of een vroedvrouw, werkzaam op een kraamafdeling, in het kader van dit decreet niet als zorgverstrekker worden beschouwd. Een vroedvrouw werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg staat in voor kraamzorg in de thuissituatie. Het betreft dus bijvoorbeeld ook niet een vroedvrouw die louter werkzaam is in een preventieve setting.

Artikel 3

Het eerbiedigen van de keuzevrijheid, vermeld in het tweede lid, betekent echter niet dat er in de toekomst geen regels kunnen afgesproken worden inzake de toegankelijkheid tot bijvoorbeeld (hoog)gespecialiseerde zorg. Door een zorgvuldige zorgindicatiestelling kan bijvoorbeeld overconsumptie worden tegengegaan zodat voldoende capaciteit aan gespecialiseerde zorg overblijft voor die personen die er echt nood aan hebben.

Het eerbiedigen van de keuzevrijheid staat evenmin haaks op het eventueel later invoeren van een reglementering die de gebruiker (financieel) stimuleert om te kiezen voor een huisarts die zijn globaal medisch dossier beheert.

Er wordt ook een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de gebruiker. In een gezondheidszorgsysteem waar de gemeenschap ruime middelen besteedt aan de gezondheidszorgorganisatie, is de responsabilisering van alle betrokkenen aangewezen. Naast de verstrekkers en de ziekenfondsen dienen ook de gebruikers hun verantwoordelijkheden op te nemen.

Het advies van de Vlaamse gezondheidsraad (VGR) van 15 oktober 2002 stelt : “De raad gaat weliswaar akkoord met het principe van keuzevrijheid, maar vindt dat dit wel moet genuanceerd worden om inadequaate gebruik van voorzieningen

(‘shopping’) te vermijden. De raad kan zich vinden in de manier waarop dit in de memorie van toelichting wordt verwoord, en meent dan ook dat de tekst van het decreet meer in overeenstemming hiermee zou moeten geformuleerd worden. Men dient hier preciezer te omschrijven, en er moet duidelijk verwezen worden naar een engagement van de patiënt ten aanzien van de zorgverstrekker. De keuzevrijheid van de patiënt moet gaan over een globaal pakket van aanbod dat een bepaalde zorgaanbieder verstrekt, waarbij er ook een engagement is van de patiënt tegenover de zorgverlener, en waarbij vooraf vastgestelde procedureregels bij wijziging van het engagement worden gevolgd. Zoals nu gesteld, gaan we niet verder op weg naar een meer georganiseerde en kosteneffectieve zorgverlening”. De VGR adviseerde daarom de laatste zin van het tweede lid van § 1 “De medeverantwoordelijkheid wordt zo veel als mogelijk aangemoedigd.” te vervangen door de huidige tekst : “De medeverantwoordelijkheid van de gebruiker wordt zo veel als mogelijk aangemoedigd, om te komen tot een duurzame en kwaliteitsvolle zorginvulling waarbij samenhang in de zorg en continuïteit in de relatie tussen gebruiker en zorgverstrekker centraal staan”.

Paragraaf twee gaat uit van de noodzaak tot het aanbieden van een zo doeltreffend en doelmatig mogelijke gezondheidszorg. Dit houdt in dat een kwaliteitsvolle zorg moet verleend worden aan een voor de gebruiker en voor de gemeenschap zo gunstig mogelijke kostprijs.

De zorg wordt verleend in een voor de gebruiker vertrouwde omgeving. Dit kan zowel thuis zijn als in een thuisvervangend milieu : bijvoorbeeld een rusthuis of een rust- en verzorgingstehuis. Een belangrijk aspect van de eerstelijnsgezondheidszorg is dat, vooral in de situaties waar de gebruiker zich niet of moeilijk kan verplaatsen, de zorg ook aangeboden wordt in het thuismilieu van de gebruiker.

Het begrip ‘toegankelijkheid’ in de derde paragraaf van dit artikel dient in de ruime betekenis van het woord te worden gelezen. Dit kadert ook in het ‘gelijke kansen beleid’ dat de Vlaamse overheid wil voeren en betekent ook dat bij het verstrekken van zorg ook rekening houden wordt met de menselijke diversiteit. Deze slaat onder andere op factoren als cultuur, gender en vermogenstoestand. Rekening houden met en respect opbrengen voor deze factoren sluit aan bij de idee van ‘zorg op maat’. Aandacht voor diversiteit impliceert dat voorzieningen werken, handelen en denken vanuit dit gegeven. Dat uit zich bijvoorbeeld in beleid, methodieken, relatie met gebruikers en omgeving.

Om deze gelijke kansen te realiseren is het niet uitgesloten dat positief discriminerende maatregelen kunnen worden overwogen.

Artikel 4

Dit artikel bevat een niet-limitatieve opsomming van taken die tot de opdracht van de zorgverstrekkers in de eerstelijnsgezondheidszorg behoren. Dit betekent evenwel niet dat deze opdrachten exclusief tot de taken van de eerstelijnsgezondheidszorgverstrekkers behoren. In veel gevallen zal samenwerking met andere zorgaanbieders op de eerste lijn, of met gespecialiseerde hulpverleners, noodzakelijk zijn om deze taken te realiseren.

Eigen aan de eerstelijnsgezondheidszorg is dat deze eerste deskundige opvang niet voorgeselecteerd is en zich ‘ongedifferentieerd’ aandient bij de hulpverlener.

Eerstelijnsgezondheidszorg omvat zowel de behandeling van gezondheidsproblemen met een acuut of chronisch karakter, maar ook preventieve gezondheidszorg. De meeste (bevolkingsgericht georganiseerde) primaire en secundaire preventieve acties worden binnen het decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid geregeld. De activiteiten binnen het voorliggend decreet zijn aanvullend aan dit preventiedecreet. Het betreft hier zowel individuele primaire (gezondheidsbevorderend gesprek, gerichte tetanusvaccinatie), secundaire (case-finding, zogenaamde 'opportunistische screening') als tertiaire interventies (het voorkomen van het verergeren van een aandoening).

Binnen de eerstelijnsgezondheidszorg treedt de huisarts op als centrale begeleider van de gebruiker doorheen het gezondheidszorgaanbod, en dit van bij zijn geboorte tot zijn overlijden. Uiteraard wordt met 'de huisarts' hier de functie van huisarts bedoeld en niet het individu, of anders gezegd, de begeleiding kan bijvoorbeeld door verschillende huisartsen tegelijk opgenomen worden in een groepspraktijk of door verschillende huisartsen(praktijken) verspreid in de tijd. De toegankelijkheid van het globaal medisch dossier en het doorgeven ervan is hierbij een belangrijke kwaliteitsverhogende randvoorwaarde.

In het kader van de samenwerking met andere hulpverleners dient aangestipt dat het de bedoeling is te werken volgens het subsidiariteitsprincipe. Hierbij wordt de zorg verstrekt op het minst gespecialiseerde zorgniveau waar de vereiste deskundig-

heid voorhanden is om kwaliteitsvolle zorg te bieden. Zo zal de hulpverlener in de eerstelijnsgezondheidszorg ook adequaat ingaan op een verwijzing vanuit een meer gespecialiseerd zorgniveau.

Met betrekking tot dit artikel adviseerde de Vlaamse gezondheidsraad op 15 oktober 2002 om § 1 aan te passen door “de volgende taken” te vervangen door “één of meer van de volgende taken”. Deze aanpassing is niet weerhouden omdat ze te inperkend zou kunnen geïnterpreteerd worden : een zorgverstrekker zou zich dan immers kunnen beperken tot slechts één taak. Anderzijds is het ook niet de bedoeling dat elke zorgverstrekker vanuit zijn opdracht in staat kan worden geacht alle vernoemde taken even goed te realiseren. Daarom was reeds § 2 ingelast. Om deze gedachte nog te verduidelijken werd “vanuit hun eigen professionele deskundigheid” vervangen door “in het kader van hun professionele deskundigheid”. Dit betekent dat de taken dienen gerealiseerd te worden voor zo ver zij kaderen in de deskundigheid die normaal mag verwacht worden – vandaar het adjectief ‘professionele’ – van een zorgverstrekker van de betrokken discipline. Indien de normaal geachte professionele deskundigheid tekort schiet zullen de zorgverstrekkers, zoals § 2 verder bepaalt, andere zorgaanbieders of organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod inschakelen om de taken te realiseren. Om de betrokkenheid van de gebruiker en zijn omgeving te garanderen is bepaald dat het begeleidingsplan en het zorgplan ook op zijn initiatief kan worden opgestart en opgevolgd door de zorgverstrekker. Dit betekent echter niet dat dit een taak is die exclusief aan de zorgverstrekker is toebedeeld.

Artikel 5

Om ondermeer een goede afstemming mogelijk te maken met andere regelgevingen, wordt bepaald dat de Vlaamse regering nadere regels kan vastleggen met betrekking tot de opdrachten en taken. Dit kan bijvoorbeeld nuttig zijn in het kader van de evaluatie van het zelfzorgvermogen en het opmaken en opvolgen van het zorgplan. Het is niet de bedoeling om de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen zelf te regelen.

Artsen-specialisten behoren niet tot de eerstelijnsgezondheidszorg. In bepaalde situaties, vandaar de omschrijving ‘bijzondere omstandigheden’, kan het zinvol en wenselijk zijn artsen van bepaalde specialistische disciplines in te schakelen om de eerste-

lijnsgezondheidszorg mee te helpen realiseren. Zo kan bijvoorbeeld een geriater een multidisciplinair overleg bijwonen of een psychiater betrokken worden bij het overleg in de psychiatrische thuiszorg. Dit overleg kadert binnen de SEL-werking (artikel 9, § 2, en 10, § 1, 2°). Deze eventuele bijdrage van de arts-specialist kadert in het realiseren van een zorgcontinuüm en doet geen afbreuk aan de positie van de huisarts als spilfiguur van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling andere organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod dan artsen-specialisten, in bepaalde omstandigheden, een plaats te geven binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

Deze laatste zin is ter verduidelijking toegevoegd na het advies van 15 oktober 2002 van de Vlaamse gezondheidsraad. De VGR stelde voor de tekst van dit artikel te vervangen door : “De Vlaamse regering kan de modaliteiten uitwerken waaronder artsen-specialisten en andere gespecialiseerde zorgverleners en zorgaanbieders in de tweede en derde lijn, in het kader van een geïntegreerd zorgcontinuüm ondersteunend kunnen optreden voor de eerstelijnsgezondheidszorg.”

Deze tekstaanpassing beoogt volgens de VGR ondermeer de instroom in de gezondheidszorg via de eerstelijnsgezondheidszorg te doen verlopen.

Deze aanpassing werd niet opgenomen omdat het bepalen onder welke modaliteiten de zogenaamde ‘tweede en derde lijn’ de eerstelijnsgezondheidszorg kan ondersteunen, beter niet geregeld wordt in een decreet dat de regels bepaalt voor de eerstelijnsgezondheidszorg, maar wel in een regelgeving waar regels en normen worden bepaald ten aanzien van de ‘tweede en derde lijn’. Dit kan, indien dit nodig zou blijken, bijvoorbeeld gebeuren in uitvoering van het decreet betreffende de indeling in zorgregio’s en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen.

Bijkomende argumenten om de door de VGR voorgestelde tekst niet te weerhouden zijn :

- conform de definitie van zorgaanbieder – deze heeft per definitie een eerstelijnsfunctie – mag deze term niet gebruikt worden om gespecialiseerde zorgvormen aan te duiden ;
- ‘tweede en derde lijn’ is niet gedefinieerd ;

- “artsen-specialisten en andere gespecialiseerde zorgverleners en zorgaanbieders in de tweede en derde lijn” zou, om coherent te zijn met de rest van het ontwerp, moeten luiden “organisaties, diensten en personen met een gespecialiseerd zorgaanbod”;
- de door de VGR voorgestelde formulering laat veel meer ruimte voor uitzonderingen dan bedoeld is;
- het door de VGR beoogde doel, ondermeer de instroom in de gezondheidszorg via de eerstelijnsgezondheidszorg te doen verlopen, wordt door haar voorstel van aanpassing niet gerealiseerd. In het tekstvoorstel gaat het immers enkel om ‘ondersteuning van de eerste lijn door de hogere echelon’s’.

Artikel 6

Diensten en activiteiten die op de individuele gebruiker gericht zijn, worden verleend op het praktijkniveau. Dit kan, bijvoorbeeld, zowel de solo-praktijk als de groepspraktijk als het wijkgezondheidscentrum zijn. De dienstverlening betreft zowel de louter medische en paramedische zorg, maar ook de individuerichte organisatorische aspecten die daarmee verband houden. Zo verricht een huisarts die met een kinesist overleg pleegt omtrent een gebruiker, een gebruiker-gebonden activiteit.

De diensten en activiteiten van de zorgverstrekkers zijn niet allemaal gericht op de individuele gebruiker. Een aantal ervan overstijgt de *colloque singulier* en situeert zich op een niveau waar de zorgaanbieders van een bepaalde zorgregio worden gegroepeerd. Een huisartsenkring die bijvoorbeeld met een vereniging van thuisverpleegkundigen in de zorgregio afspraken maakt inzake dringende hulpverlening, verricht een organisatorische activiteit. Deze activiteit situeert zich op het SEL-niveau.

Artikel 7

Dit artikel wil onderdak bieden aan de verschillende vormen van samenwerking die zich vandaag reeds spontaan manifesteren.

Dit artikel vormt de decretale basis voor de erkenning en subsidiëring van dergelijke samenwer-

kingsverbanden, zonder bepaalde vormen van samenwerking op voorhand uit te sluiten of als ‘beste’ naar voor te schuiven.

Door deze erkenning en/of subsidiëring kan ondersteuning worden geboden aan dat aspect van de eerstelijnsgezondheidszorg, bedoeld in het eerste lid van paragraaf 2 van artikel 6, namelijk de activiteiten gericht op de gebruiker op het niveau van de praktijkvoering waar het individueel contact met de gebruiker plaatsvindt en waar nodig multidisciplinair overleg omtrent de gebruiker wordt gepleegd.

Een groot deel van de zorgverstrekkers blijft er de voorkeur aan geven zijn beroep solo uit te oefenen. Volgens gegevens van de WVVH werkt ongeveer 70 % van de huisartsen solo en 30 % in een groepspraktijk.

Meer en meer zorgverstrekkers kiezen voor één of andere samenwerkingsvorm. In de meeste gevallen beperkt dit zich tot een associatie van zorgverstrekkers van dezelfde discipline die samen hun beroep uitoefenen in hetzelfde praktijkgebouw. Soms wordt de samenwerking uitgebreid met zorgverstrekkers van een andere discipline.

Sommige zorgverstrekkers werken samen rond bepaalde items zoals praktijkpermanentie, gemeenschappelijk secretariaat en gemeenschappelijk dossierbeheer zonder dat ze zich in een zelfde praktijkgebouw vestigen.

De meest geïntegreerde vorm van multidisciplinaire samenwerking vormen de wijkgezondheidscentra. Momenteel zijn er 8 wijkgezondheidscentra actief in Vlaanderen.

De beoogde vormen van samenwerkingsverbanden worden in het decreet zelf niet besproken. Daar is bewust voor gekozen, enerzijds om het dynamische karakter van de organisatie van dat aspect van de eerstelijnsgezondheidszorg niet in het gedrang te brengen en anderzijds om een maximale afstemming met de eventuele evoluties in de regelgeving door de federale overheid, mogelijk te maken.

In haar advies van 15 oktober 2002 merkte de Vlaamse gezondheidsraad op dat dit artikel nogal vaag was. Dit heeft vooral te maken met de in vorige alinea aangehaalde reden. Toch werd gedeeltelijk tegemoet gekomen aan de opmerking van de VGR door in de tekst bij § 3 “kunnen onder meer betrekking hebben op” te vervangen door “hebben onder meer betrekking op”.

Dit betekent dat, indien de Vlaamse regering samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering erkent, de erkenningsvoorwaarden bepalingen zullen bevatten die betrekking hebben op :

- de juridische vorm (bijvoorbeeld feitelijke vereniging of vereniging zonder winstgevend doel) : de Vlaamse regering kan bepalen welke juridische vorm bepaalde samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering dienen aan te nemen ;
- de permanentie van de zorgverlening ;
- de graad van multidisciplinaire werking binnen de praktijk of het samenwerkingsverband ;
- in welke mate en op welke wijze de gegevens in het individueel gezondheidszorgdossier toegankelijk zijn voor medewerkers die bij de zorgverlening betrokken zijn. Hierbij zal de Vlaamse regering zeker rekening houden met de gevoeligheid van de verschillende gegevens en met de inachtneming van de regelgeving inzake het beroepsgeheim en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ;
- de doelgroep van gebruikers tot wie het samenwerkingsverband zich voornamelijk richt : zo wordt momenteel bepaald dat wijkgezondheidscentra recht hebben op een subsidiëring van infrastructuur indien ondermeer de verhouding van rechthebbenden en gerechtigden met verhoogde verzekeringstegemoetkoming, als bedoeld in artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ten opzichte van het totale aantal bij het centrum ingeschreven rechthebbenden en gerechtigden, hoger ligt dan het landelijk gemiddelde voor de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, na standaardisering voor leeftijd en geslacht ;
- de vestigingsplaats van het samenwerkingsverband of de delen er van : zo kan vastgelegd worden dat bepaalde samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering dienen gevestigd te zijn in éénzelfde gebouw terwijl bij andere samenwerkingsverbanden, al dan niet onder bijkomende voorwaarden, een praktijkuitoefening in verschillende gebouwen kan toegelaten worden.

De Vlaamse regering kan evenwel ook erkenningsvoorwaarden bepalen die betrekking hebben op andere zaken dan deze kenmerken.

Artikel 8

Door deze erkenning en subsidiëring wordt ondersteuning geboden aan dat aspect van de eerstelijnsgezondheidszorg, bedoeld in het tweede lid van paragraaf 2 van artikel 6, namelijk de activiteiten gericht op de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg die de eigen praktijkvoering overstijgen en gebeuren op een niveau waar de zorgaanbieders binnen een bepaald werkgebied hun werking op elkaar afstemmen.

De erkenning door de Vlaamse regering van samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's), is een belangrijke hoeksteen van dit decreet. Hun opdrachten, samenstelling en werkgebied worden in de volgende artikelen bepaald.

Het protocol van 25 juli 2001 gesloten tussen de federale regering en de overheden, bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg, bepaalt engagementen van zowel de federale overheid als de gemeenschappen/gewesten.

Zo engageert de federale overheid zich ondermeer om uitvoering te geven aan artikel 5, § 1, van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging, gewijzigd door de wet van 8 augustus 1980, het Koninklijk Besluit nummer 59 van 22 juli 1982 en de wet van 25 januari 1999 dat de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT) regelt. Inmiddels werd deze verbintenis gerealiseerd door het Koninklijk Besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en het ministerieel besluit van 17 juli 2002 houdende vaststelling van de programmatiecriteria voor de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

De Vlaamse overheid van haar kant engageert zich onder meer om de zorgzones te bepalen, de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging te erkennen en wetgeving op te stellen die toelaat bijkomende opdrachten te enten op de werking van de GDT's. Het voorliggend ontwerp van decreet, en in het bijzonder het hoofdstuk IV over de 'samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg' samen met het ontwerp van decreet 'betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen' beogen dit engagement te realiseren. Beide ontwerpdecreten en hun uitvoeringsbesluiten zullen een adequate afstemming met

de regelgeving inzake de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging mogelijk maken.

Artikel 9

Dit artikel beschrijft de opdrachten van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg (SEL). Artikel 10 zet deze opdrachten om in concrete taken.

In § 1 wordt een belangrijk werkingsprincipe vooropgesteld om een optimale zorgverlening aan de gebruiker te verzekeren. Dit werkingsprincipe gaat uit van de optie de gebruiker zo optimaal mogelijk aan de samenleving te laten participeren. Hiervoor zal het SEL maximaal beroep doen op het zelfbeschikkingsvermogen van de gebruiker en zal het SEL zijn zelfredzaamheid en de medeverantwoordelijkheid aanmoedigen en verhogen.

In haar advies van 15 oktober 2002 stelde de Vlaamse gezondheidsraad voor om in § 1 “optimale zorgverlening” te vervangen door “optimale organisatie van de zorgverlening”. Hierop werd niet ingegaan omdat in artikel 9 de opdrachten omschreven worden vanuit een eerder strategisch oogpunt. Dit wordt dan, zoals de aanhef van artikel 10 bepaalt (“in uitvoering van”), in artikel 10 verder geconcretiseerd in taken die op het operationele vlak liggen. De finaliteit van de opdracht in artikel 9, § 1, is niet de ‘optimale organisatie van de zorgverlening’, maar wel degelijk de ‘optimale zorgverlening’ zelf. De concretisering hiervan wordt uitgelegd in artikel 10 en daaruit blijkt dat de werking van het SEL niet op het niveau van het contact met de gebruiker ligt.

De SEL-opdrachten hebben, binnen het werkgebied van het SEL, betrekking op de volgende thema's die in § 2 worden omschreven :

- initiatieven nemen om het zorgaanbod af te stemmen op de noden ;
- het bevorderen van de samenwerking ;
- het informeren van de bevolking over het zorgaanbod ;
- het fungeren als een neutraal aanspreekpunt.

Onder neutraal aanspreekpunt wordt verstaan een aanspreekpunt dat zich onafhankelijk van belangengroepen en van ideologische, filosofische of godsdienstige strekkingen opstelt.

In haar advies van 15 oktober 2002 stelt de Vlaamse gezondheidsraad dat het SEL geen middelen noch bevoegdheden heeft om het aanbod van zorgaanbieders te wijzigen. Deze opmerking is terecht. Toch kan een SEL initiatieven nemen om het zorgaanbod af te stemmen op de noden, wetende dat deze initiatieven geen dwingend karakter kunnen hebben. Artikel 10 geeft een aantal instrumenten aan om deze algemene opdracht te helpen realiseren. Het fungeren als overlegplatform van zorgaanbieders en het gestructureerd overleg zoals bepaald in artikel 10, § 1, 1° en 2°, geeft het SEL de ruimte om de verschillende zorgaanbieders en ook de organisaties, diensten en personen met een gespecialiseerd zorgaanbod te confronteren met de noden van de bevolking in het werkgebied en de eventuele hiaten in het aanbod. Deze confrontatie kan een voldoende uitlokkende factor zijn opdat het aanbod zichzelf zou bijsturen. Het zelf opzetten van samenwerkingsverbanden op uitvoerend niveau door het SEL zelf, zoals de VGR suggereert, behoort evenwel niet tot de prioritaire opdrachten van het SEL. Het SEL zal de samenwerking bevorderen, maar daarom niet zelf als zorgverlenend samenwerkingsverband fungeren. 9° van artikel 10, § 1, geeft het SEL de mogelijkheid om hierover te rapporteren aan de Vlaamse overheid. Ook door het ondersteunen van de multidisciplinaire samenwerking (artikel 10, § 1, 3°) en de bewakingsopdrachten bedoeld in artikel 10, § 1, 4°, 10° en 12° kan het SEL een belangrijke faciliterende rol spelen in het afstemmen van de zorg op de noden. Daarenboven is het de bedoeling om in de regelgeving die betrekking heeft op de diverse zorgaanbieders, waar mogelijk en noodzakelijk, in te schrijven dat zij geacht worden mee te werken aan het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg van het werkgebied waar ze actief zijn.

Het bevorderen van de samenwerking situeert zich op drie niveau's : tussen de zorgaanbieders en gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers ; tussen de zorgaanbieders onderling ; en tussen de zorgaanbieders en het meer gespecialiseerd zorgaanbod.

Noch het informeren van de bevolking, noch het fungeren als een neutraal aanspreekpunt, noch de initiatieven met betrekking tot de afstemming van het aanbod op de noden betekent dat het SEL optreedt in de plaats van de zorgaanbieders of rechtstreeks tussenkomt in de relatie zorgaanbieder-gebruiker. De vermelde opdrachten overstijgen het niveau van de individuele praktijkvoering.

In § 3 van dit artikel wordt van de SEL's bijzondere inspanningen gevraagd inzake het bevorderen van de toegankelijkheid van de zorg die door de zorgaanbieders wordt aangeboden. Dit betekent

onder meer het drempelverlagend werken naar alle bevolkingsgroepen en veronderstelt uiteraard specifieke aandacht voor bevolkingsgroepen die leven in achterstellingssituaties. Dit begrip werd na taalkundig advies vervangen door ‘achtergestelde situaties’. Ook aspecten zoals interculturalisering van de zorg en diversiteit van het aanbod worden beschouwd als elementen van het werken aan een optimale toegankelijkheid.

Artikel 10

De in dit artikel opgesomde taken zijn niet-limitatief en vormen een minimumpakket. SEL's kunnen op eigen initiatief bijkomende taken op zich nemen op voorwaarde dat ze kaderen in de opdrachten omschreven in artikel 9 en dat ze betrekking hebben op hun werkgebied.

§ 1, 1° De functie ‘overlegplatform voor de zorgaanbieders’ heeft tot doel het overleg te bevorderen tussen de zorgaanbieders onderling enerzijds en tussen het SEL en de zorgaanbieders anderzijds.

Dit overleg kan plaatsvinden tussen zorgaanbieders van eenzelfde discipline onderling, bijvoorbeeld het ondersteunen van overleg tussen de kinesisten van de zorgregio of tussen de verpleegkundigen van de zorgregio, maar ook het overleg tussen zorgaanbieders van verschillende disciplines. Hier wordt bijvoorbeeld overleg bedoeld tussen de verpleegkundigen, de huisartsen en maatschappelijke werkers.

Het overleg tussen het SEL en de zorgaanbieders (van de eerste lijn) kan bilateraal zijn, bijvoorbeeld tussen het SEL en huisartsen, maar ook multilateraal, bijvoorbeeld tussen het SEL, huisartsen en verpleegkundigen. Hier heeft ook het overleg plaats met thuisvervangende voorzieningen zoals rusthuizen, het overleg met voorzieningen zoals dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf, diensten voor oppashulp, en het overleg met OCMW's en LOGO's.

Het fungeren als overlegplatform kan ook eerder een informeel, casuïstisch karakter hebben.

2° Het gestructureerd overleg dat hier bedoeld wordt gaat dieper dan het overleg bedoeld onder 1°; het betreft eerder de probleemanalyse en het zoeken naar oplossingen en af-

spraakmodellen die op het niveau van de collectieve gebruikersbelangen te situeren zijn.

Daarenboven is dit overleg ruimer dan wat bedoeld is onder het overleg vermeld onder 1°. Het kan betrekking hebben op alle organisaties, diensten en personen wiens optreden een effect kunnen hebben op de eerstelijnsgezondheidszorg.

Zo kan het gaan om overleg met de gebruikers, de mantelzorgers en de vrijwilligers, met het meer gespecialiseerd zorgaanbod en met andere organisaties, diensten en personen.

Zo is het niet ondenkbaar dat lokaal overleg met het buurtopbouwwerk, de politie en andere, nuttig kan zijn.

Ook de organisaties, diensten en personen die klassiek tot de zogenaamde tweede en derde lijn worden gerekend, zoals centra geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuizen, extramurale specialisten, revalidatiecentra en centra voor behandeling van drugverslaafden bijvoorbeeld, kunnen dus bij dit gestructureerd overleg worden betrokken.

Dit gestructureerd overleg moet er onder meer ook toe leiden de opdracht uit het eerste lid van artikel 9, § 2, te realiseren, met name het afstemmen van het aanbod op de noden van de bevolking met inbegrip van het opsporen van hiaten in het aanbod zowel als van een eventueel overaanbod. De resultaten van dit overleg kunnen aanleiding zijn tot een advies aan de Vlaamse overheid zoals bedoeld onder 9°.

3° De taak van het SEL die in dit punt wordt besproken, beantwoordt aan de bijzondere opdracht van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT) zoals bepaald in artikel 9 van het Koninklijk Besluit tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging van 8 juli 2002 : “De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging heeft in het bijzonder als opdracht te waken over het praktisch organiseren en het ondersteunen van zorgverleners bij hun verstrekkingen in het kader van de thuisverzorging en meer in het bijzonder bij :

- a) de evaluatie van de zelfredzaamheid van de patiënt ;
- b) de uitwerking en de opvolging van een zorgplan ;
- c) de taakafspraken tussen zorgverstrekkers ;

- d) het multidisciplinair overleg ter concretisering van voornoemde punten a) tot en met c).”.

Deze afstemming maakt het mogelijk dat het SEL het takenpakket van de GDT realiseert, zodat een erkende SEL eveneens kan erkend worden als GDT. Daardoor kan de entiteit ‘GDT’ volledig samenvallen met de entiteit ‘SEL’. Dit voorkomt dat er in Vlaanderen nieuwe structuren moeten worden opgericht.

In het ontwerp van decreet vervangt de term ‘zelfzorgvermogen’ de term ‘zelfredzaamheid’ uit het Koninklijk Besluit. In feite wordt hetzelfde bedoeld, doch vanuit het taalaanvoelen benadrukt ‘zelfzorgvermogen’ meer wat de betrokkene nog zelf kan en geeft minder de indruk dat hij zich uit een (uitzichtloze) positie moet weten te ‘redden’. Ook geeft dit beter weer wat in het Frans (zie tekst Koninklijk Besluit) ‘l'autonomie du patient’ wordt genoemd.

In haar advies van 15 oktober 2002 stelt de Vlaamse gezondheidsraad (VGR) voor om ‘zelfzorgvermogen’ te vervangen door ‘functionele toestand’, gezien ‘zelfzorgvermogen’ slechts een beperkt aspect is van de ‘functionele toestand’. Het beperken van de evaluatie van de chronisch zieke tot zijn ‘zelfzorgvermogen’ ontnemt de mogelijkheid om ontwikkelingstrajecten uit te werken op basis van een functioneel bilan, zo stelt de VGR verder. Op deze suggestie is echter niet ingegaan omdat de afstemming met het vermelde Koninklijk Besluit dan minder duidelijk wordt. Ook is het een kwestie van interpretatie te besluiten dat ‘functionele toestand’ beperkender is dan ‘zelfzorgvermogen’. In elk geval is duidelijk dat de evaluatie van het zelfzorgvermogen en de evaluatie van de functionele toestand slechts onderdelen zijn van het multidisciplinair overleg en het zorgplan dat daaruit voortvloeit. Het is trouwens niet de bedoeling van dit ontwerp van decreet om het zorgproces zelf in al zijn aspecten te regelen of aan voorwaarden te koppelen. De taakomschrijving in dit punt wil enkel het multidisciplinair overleg bevorderen waarbij taakafspraken worden gemaakt en een zorgplan tot stand komt waarbij men minstens uitgaat van het zelfzorgvermogen van de betrokkene.

Multidisciplinaire samenwerking tussen de zorgaanbieders, mantelzorgers en vrijwilligers wordt geconcretiseerd in een zorgplan. De minimale vereisten van dit zorgplan zullen in een uitvoeringsbesluit worden vastgelegd. Ook hier zal een afstemming worden gezocht met federa-

le initiatieven terzake. Zo is er momenteel een federale regelgeving in voorbereiding die, onder bepaalde voorwaarden, voorziet in een financiering vanuit het RIZIV van het multidisciplinair overleg in het kader van geïntegreerde dienst voor thuisverzorging. Uit de voorbereidende teksten blijkt dat het verzekeringscomité van het RIZIV bepalingen voorziet waaraan het zorgplan moet voldoen. Zo zou het zorgplan ondermeer ‘het functioneel bilan van de activiteiten van het dagelijks leven en van de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven’ moeten bevatten.

In een zorgplan worden minstens de taakafspraken tussen de zorgaanbieders, mantelzorgers en vrijwilligers genoteerd. Een zorgplan is een communicatiemiddel en ondersteunt als dusdanig de zorgafstemming, zodat deze maximaal tegemoet komt aan de noden van de gebruiker. Vandaar dat ook sprake is van ‘... een zorgplan in overleg met de gebruiker’.

Een zorgplan is een dynamisch instrument dat regelmatig dient te worden aangepast aan de evolutie. Om die reden is ook sprake van ‘opvolging’ van het zorgplan. In wezen is een zorgplan iets anders dan het instrument om het zelfzorgvermogen te bepalen of te evalueren. Wel zal in functie van de graad van verminderd zelfzorgvermogen en van de evolutie ervan het zorgplan moeten worden aangepast. In die zin is er wel een verband tussen de evaluatie van het zelfzorgvermogen en het zorgplan.

Een zorgplan wordt opgemaakt op vraag van de gebruiker. Het is een instrument waarmee de gebruiker zo maximaal mogelijk zelf zijn zorg in handen neemt. In de situaties waar de gebruiker dat onvoldoende zelf kan zal de mantelzorger hem hierbij ondersteunen. De gebruiker of zijn mantelzorger kiest autonoom wanneer op een zorgaanbieder wordt beroep gedaan om het zorgplan op te maken en op te volgen en bepaalt eveneens autonoom wie dit zal doen. In het voorliggend ontwerp van decreet is er doelbewust voor gekozen deze opdracht niet aan één bepaalde zorgaanbieder toe te vertrouwen. In het zorgproces staat de keuze van de gebruiker immers centraal. Elke zorgaanbieder neemt hierbij evenwel zijn verantwoordelijkheid op. Indien meerdere zorgaanbieders in het zorgproces betrokken zijn, is zorgafstemming nodig. Bij zwaardere zorgvormen zal in veel gevallen een geschreven zorgplan aangewezen zijn. Het meewerken aan deze zorgafstemming en het werken met een zorgplan behoren tot de normale taken van een zorgaanbieder.

Het ondersteunen van deze gebruikersgerichte samenwerking betekent evenwel ook dat op verzoek van de gebruiker, en wat de aan hem verstrekte zorg betreft, er eveneens wordt samengewerkt met zorgvoorzieningen van buiten het werkgebied van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg. Dit principe slaat op de individuele hulpverlening en is niet in strijd met het principe dat de taken van het SEL enkel betrekking hebben op het eigen werkgebied van het SEL.

4° Eénduidige richtlijnen voor het opstellen van dit meetinstrument en voor het werken met zorgplannen, moeten nog door de Vlaamse regering uitgewerkt worden. Verschillende zorgaanbieders zullen instaan voor de uitvoering ervan. Het is de bedoeling om op SEL-niveau een dialoog op gang te brengen waarbij het proces van de evaluatie van het zelfzorgvermogen en het werken met zorgplannen wordt bewaakt.

5° Om tot een dergelijk bestand van alle zorgaanbieders in het werkgebied te komen kan het SEL uiteraard beroep doen op bestaande sociale kaarten en deze waar nodig aanvullen en corrigeren. Dergelijk bestand is slechts waardevol als het ook op een actieve wijze wordt kenbaar gemaakt aan de zorgaanbieders en aan de inwoners van het werkgebied, zijnde de potentiële gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers. De nadruk ligt hier op het informeren van de hele bevolking, bijvoorbeeld via lokale tijdschriften of een website, en niet zozeer op de individuele gebruiker met zijn specifieke zorgvraag. Deze zal de informatie eerder verkrijgen via de zorgaanbieder. Het is niet de bedoeling dat het SEL hier tussenkomt in de individuele relatie zorgaanbieder-gebruiker, tenzij de gebruiker er vaart nood te hebben aan meer informatie terzake.

De Vlaamse overheid kan bepalen op welke wijze de informatie uit deze bestanden aan haar administratie dient te worden bezorgd.

6° Het SEL stimuleert de zorgaanbieders om te handelen volgens wetenschappelijk verantwoorde praktijkrichtlijnen, uitgewerkt door de partnerorganisaties. Daar waar de partnerorganisaties ook opdrachten hebben naar gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers, zal het SEL ook zorgen voor de promotie van de adviezen en richtlijnen van de partnerorganisaties naar deze doelgroepen toe.

7° Het SEL zorgt ervoor dat voldaan wordt aan de multidisciplinaire vormingsbehoeften van de

zorgaanbieders. Zij coördineert deze verschillende vormingsinitiatieven zodat ze op elkaar zijn afgestemd. Dit betekent ook dat het SEL gezamenlijke vormingsinitiatieven zelf kan organiseren. Wel ontslaat dit de verschillende zorgaanbieders zelf niet om in te staan voor hun eigen vorming en bijscholing. Het accent van de taak van het SEL inzake vorming ligt op het afstemmen van de multidisciplinaire aspecten, zodat de verschillende vormingsinitiatieven geen tegenstrijdige boodschappen bevatten.

8° De registratie heeft een dubbel doel : enerzijds het evalueren van de werking van de SEL's en anderzijds het verzamelen van een set van gegevens voor epidemiologische doeleinden die dan geïntegreerd worden in het informatiesysteem gezondheid van de Vlaamse Gemeenschap. Ook wordt gedacht aan een periodieke rapportering aan de administratie, met inbegrip van het aan-geven van trends.

Deze registratietaak beantwoordt ook aan de bijzondere opdracht van de GDT zoals bepaald in artikel 10 van het bovenvermelde Koninklijk Besluit. De uitvoeringsbesluiten zullen zorg dragen voor een goede afstemming tussen de Vlaamse en de federale regelgeving.

9° Het kan bijvoorbeeld gaan om adviezen die voortvloeien uit het gestructureerd overleg zoals bedoeld onder 2° of om vaststellingen die betrekking hebben op 4°. Het decreet gaat niet verder in op de inhoud en vorm van de adviezen. Dit kan in uitvoeringsbesluiten worden geregeld zoals § 2 bepaalt, maar anderzijds is het ook de bedoeling om het initiatiefrecht van het SEL zelf niet te beperken door te veel bijkomende voorwaarden op te leggen.

Wel is bepaald dat de bedoelde adviezen betrekking moeten hebben op de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

Zo haalt de Vlaamse gezondheidsraad in haar advies van 15 oktober 2002 onder meer volgend voorbeeld aan : “In de raad werd het voorbeeld gegeven van het constateren van een verhoogde opname van demente bejaarden met decompensatie tijdens weekends op de spoedopname ; dit zou door het ziekenhuis kunnen gesignaleerd worden aan het plaatselijke SEL, dat de situatie kan analyseren en dan met de partnerorganisaties eventueel naar mogelijke oplossingen zoekt. Aangezien dit probleem zich ook in andere regio's kan stellen, zou het nuttig kunnen zijn om dergelijke problemen en de eventuele

aanpak ervan op een georganiseerde wijze door te geven naar de andere SEL's. Dit zou een efficiënte 'bottom-up' probleemsignalering kunnen opleveren, en vermijden dat men telkens opnieuw hetzelfde werk moet doen (al zal natuurlijk steeds rekening moeten worden gehouden met de lokale situatie)". Verder stelt de VGR bij punt 8°: "Bovendien kan er een centraal meldpunt komen voor problemen die het lokale niveau overstijgen, hetzij doordat ze niet op lokaal niveau kunnen worden opgelost, hetzij omdat ze wellicht ook in andere SEL's voorkomen. Het op georganiseerde wijze doorgeven van dergelijke problemen, kan een efficiënte 'bottom-up' probleem-signalering opleveren."

Deze verduidelijking vanwege de VGR is terecht, maar wordt geplaatst bij 9° eerder dan bij 8°. Het meldpunt waarvan sprake is immers best de Vlaamse overheid zelf en de registratie en gegevensuitwisseling onder 8° is niet het meest geschikte kanaal om dergelijke adviezen te melden.

- 10° Het SEL waakt erover dat de verschillende zorgaanbieders, waar nodig, een kwaliteitsvolle wachtdienst en permanentie organiseren en zoekt mee naar oplossingen bij eventuele organisatorische problemen. Het is niet de bedoeling dat het SEL de wachtdienst organiseert in de plaats van de zorgaanbieders. Wel kan het SEL een stimulerende en ondersteunende rol vervullen.
- 11° Deze taak beoogt een laagdrempelig klachtenmeldpunt met betrekking tot de opdrachten en taken van de SEL's. Dit veronderstelt ook een methodiek tot klachtenbemiddeling. Dit initiatief op niveau van het SEL sluit dus de verantwoordelijkheid ter zake van elke afzonderlijke dienstverlening niet uit. Het SEL is geen klachtenmeldpunt voor de zorgverlening door de zorgaanbieders zelf, maar wel voor die aspecten die het niveau van de praktijkvoering en de individuele zorgverlening overstijgen.
- 12° Teneinde de gebruiker zo autonoom mogelijk te laten participeren aan de samenleving en hem zo lang mogelijk op een verantwoorde wijze in zijn vertrouwde omgeving te kunnen laten functioneren, zal het SEL erover waken dat de zorgaanbieders in haar werkgebied een dag- en nachtpermanentie organiseren met betrekking tot de hulpverlening inzake activiteiten van het dagelijks leven.

§ 2. De in § 1 opgesomde taken zijn eerder algemeen geformuleerd. De toevoeging van deze paragraaf geeft de Vlaamse regering de mogelijkheid om deze taken meer in detail te regelen. Dit is nodig om, op basis van maatschappelijke evoluties of evoluties in de gezondheidszorg zelf, een dynamisch en nodengestuurd beleid te kunnen voeren en om de doelmatigheid van de zorgverlening te kunnen verbeteren.

§ 3. Het gestructureerd overleg, waarvan sprake in § 1, 2°, zal in een aantal gevallen moeten resulteren in een schriftelijke overeenkomst. Dit maakt dit overleg veel minder vrijblijvend.

De Vlaamse regering krijgt de mogelijkheid om hier regulerend op te treden. Zo kan zij bepalen voor welke groepen van zorgaanbieders en rond welke thema's een schriftelijke overeenkomst nodig is en welke punten er moeten in geregeld worden.

Het kan bijvoorbeeld gaan over de wijze waarop diverse zorgaanbieders vertegenwoordigd zijn bij het opmaken van de overeenkomst en de wijze van besluitvorming, of over de concretisering van bepaalde taken zoals het ontslagmanagement of procedures inzake crisisopvang...

Het is de bedoeling dat de Vlaamse regering hier enkel regulerend optreedt als dit, bijvoorbeeld omwille van de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorgverlening, nodig blijkt. Om evenwel de administratieve belasting niet te groot te maken wordt deze verplichting nog niet opgenomen in het ontwerp van decreet, maar wordt de regering wel gemachtigd dit te doen als dit nodig blijkt.

Artikel 11

Dit artikel laat toe dat de Vlaamse regering bepaalt dat bepaalde taken van het SEL kunnen worden gedelegeerd naar een andere entiteit met rechtspersoonlijkheid. Het zou kunnen dat bijvoorbeeld een partnerorganisatie of een koepelvereniging van SEL's bepaalde taken, of aspecten ervan, op een doelmatiger manier kan uitvoeren. Het zou bijvoorbeeld kunnen gaan om een aantal administratieve taken die te maken hebben met de financiering van de GDT of met het samenbrengen van een aantal registratiegegevens in het kader van het operationeel of epidemiologisch luik van een gezondheidsinformatiesysteem. In zo'n gevallen zal de Vlaamse regering dit dan regelen in een uitvoeringsbesluit. Het SEL zelf blijft in dat geval evenwel steeds de eindverantwoordelijkheid dragen.

Dit artikel creëert ook de mogelijkheid om rond specifieke zorgvragen, die door hun complexiteit en chronisch karakter veel deelaspecten hebben, specifieke netwerken in te schakelen die het niveau van het SEL overstijgen. Hier zou bijvoorbeeld kunnen gedacht worden aan palliatieve samenwerkingsverbanden, al dan niet aangestuurd vanuit een partnerorganisatie.

Het tweede lid van artikel 11 biedt daarenboven de mogelijkheid dat de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg een beroep doen op de ondersteuning en begeleiding van de provincies, of voor wat het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad betreft op de Vlaamse Gemeenschapscommissie. Deze bepaling komt tegemoet aan de afspraken inzake de kerntaken van de provincies en aan een hedendaagse realiteit in het werkveld van de eerstelijnszorg.

Artikel 12

In de eerste paragraaf wordt het SEL verplicht om de plaatselijke vertegenwoordigers van zorgaanbieders, gebruikers en mantelzorgers en vrijwilligers uit te nodigen lid te worden van het SEL. Er is een acceptatieplicht voorzien. Het SEL kan alleen om gegronde redenen, die duidelijk gemotiveerd moeten worden, een dienst of organisatie weigeren. Bij de procedures die de Vlaamse regering uitwerkt in het kader van de erkenning, schorsing en intrekking van de erkenning (artikel 24) worden bepalingen bij het niet naleven van deze acceptatieplicht opgenomen.

In haar advies van 15 oktober 2002 stelt de Vlaamse gezondheidsraad dat met betrekking tot § 1, a), het belangrijk is om zoveel mogelijk zorgaanbieders die actief zijn in het werkgebied van het SEL te betrekken in plaats van hun vertegenwoordigers. Dit is inderdaad correct. Toch is er voor geopteerd om de individuele zorgaanbieders niet rechtstreeks lid te laten worden van het SEL maar dit te doen via hun vertegenwoordigers. Op die manier worden de individuele zorgaanbieders wel verbonden aan het SEL, maar blijft de werkbaarheid van dit samenwerkingsinitiatief behouden. Een te zware structuur met een te groot aantal leden kan verlamdend werken. Dit moet vermeden worden. Gezien § 3 kan de Vlaamse regering deze verbondenheid van de individuele zorgaanbieder via de vertegenwoordiging nader regelen, wat voldoende garanties biedt.

In de tweede paragraaf wordt bepaald welke zorgaanbieders minstens deel moeten uitmaken van het SEL. Het gaat om zorgaanbieders die een centrale rol vervullen bij de opdrachten van het SEL : de diensten voor gezinszorg, de huisartsen, de lokale dienstencentra, de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, de rusthuizen ongeacht ze RVT bedden hebben, de verpleegkundigen en vroedvrouwen, en de ziekenfondsdiensten. Het advies van de Vlaamse gezondheidsraad van 15 oktober 2002 werd gevolgd waar het stelde dat de rusthuizen eveneens deel moesten uitmaken van het SEL.

Er wordt gesteld dat deze categorieën moeten vertegenwoordigd zijn. Dit betekent dat de zorgaanbieders van een bepaalde categorie zich kunnen laten vertegenwoordigen door andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld vroedvrouwen door verpleegkundigen of door een dienst gezinszorg). Wel dient het steeds om plaatselijke vertegenwoordigers te gaan en niet om bijvoorbeeld vertegenwoordigers van koepelverenigingen van zorgaanbieders.

Als één van de opgesomde categorieën van zorgaanbieders om één of andere reden niet actief is in het werkgebied van het SEL, dan vervalt de verplichte vertegenwoordiging van die categorie van zorgaanbieders.

In het derde lid van de tweede paragraaf is een uitweg voorzien voor het geval één van de ‘verplichte’ partners om één of andere reden de oprichting van een SEL zou blokkeren door te weigeren aan te sluiten. Wel moeten steeds huisartsen en verpleegkundigen en vroedvrouwen vertegenwoordigd zijn samen met drie van de resterende ‘verplichte’ partners.

De derde paragraaf beoogt ervoor te zorgen dat wanneer (een groep) zorgaanbieders aansluit bij het SEL, zij dit doen namens het grootste deel van de zorgaanbieders van dezelfde categorie. Deze vereiste is beperkt tot de zorgaanbieders en slaat dus niet op de vertegenwoordigers van mantelzorgers en gebruikers, noch op de vertegenwoordigers van de vrijwilligers.

De Vlaamse regering zal de nadere regels bepalen. Zo kan rekening worden gehouden met het aantal personen of diensten binnen het werkgebied dat behoort tot de betrokken categorie van zorgaanbieders. Anderzijds kan het ook mogelijk zijn dat de Vlaamse regering rekening houdt met de omvang van de dienstverlening van de betrokken zorgaanbieders.

De Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) stelt in haar advies van 15 oktober 2002 voor om in deze memoë te omschrijven dat : “per categorie van zorgaanbieders minstens de helft van de georganiseerde zorg vertegenwoordigd moet zijn in een SEL. Dit wil zeggen dat, indien een bepaalde beroepsgroep wil deelnemen aan het samenwerkingsinitiatief, de vertegenwoordigers van deze beroepsgroep moeten kunnen aantonen dat ze minstens 50% van de aangeboden dienstverlening in de regio vertegenwoordigen.”.

Toch kan de Vlaamse regering ook bepalen in welke omstandigheden de verplichting vervalt om minstens de helft van de georganiseerde zorg voor een bepaalde categorie van zorgaanbieders te vertegenwoordigen. Dit kan bijvoorbeeld nodig zijn indien er manifeste aanwijzingen zijn dat bijvoorbeeld een bepaalde groep van zorgaanbieders de werking van het SEL niet daadwerkelijk steunt of zelfs tegenwerkt.

Artikel 13

Met het oog op een doelmatige zorgverlening wordt het grondgebied van het Vlaamse Gewest en het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest ingedeeld in zorgregio's. Op basis van natuurlijke fluxen van de bevolking kan men van de diverse gemeenten de natuurlijke invloedssfeer bepalen, evenals de hiërarchische verhoudingen tussen de verschillende gemeenten.

Volgens dit model kan men op verschillende niveaus zorgregio's afbakenen.

Gezien de eerstelijnsgezondheidszorg een basisvoorziening betreft wordt deze georganiseerd op een niveau dicht bij de gebruiker. Daarom dienen de SEL's op een zo laag mogelijk niveau dat een doelmatige werking toelaat, te worden georganiseerd.

De Vlaamse regering zorgt er voor dat de werkgebieden geografisch op elkaar zijn afgestemd, elkaar niet overlappen en heel het Vlaamse Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad bestrijken. Indien echter in een bepaald gebied geen initiatieven ontstaan om een SEL op te richten, dan zal de Vlaamse regering niet kunnen voldoen aan de voorwaarde om heel het Vlaamse Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad te bestrijken. Vandaar de toevoeging ‘tenzij dit onmogelijk blijkt’.

Er moet vermeden worden dat een te grote omvang van het werkgebied van een SEL een doelmatige werking in de weg staat. Dit kan voornamelijk in grootstedelijke gebieden het geval zijn. In dit artikel wordt de regering de mogelijkheid geboden hierin regulerend op te treden door een werking via afdelingen op te leggen in de grootstedelijke gebieden Gent en Antwerpen en in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

De geschetste afbakening van werkgebieden zal er uiteraard voor zorgen dat een gemeente slechts tot het werkgebied van één SEL kan behoren. Dit wil ook zeggen dat een SEL steeds het volledige grondgebied van een gemeente bestrijkt.

Artikel 14

Door middel van het erkennen van een partnerorganisatie wil de Vlaamse overheid publiek te kennen geven dat de erkende organisatie voldoet aan vooraf bepaalde vereisten die een waarborg betekenen inzake kwaliteit. Een erkenning is, volgens dit decreet, een noodzakelijke voorwaarde om tot subsidiëring van de organisatie te kunnen overgaan. Verder bepaalt het decreet dat het toekennen van een eventuele subsidie gebeurt via een beheersovereenkomst. De specifieke kenmerken van de verschillende partnerorganisaties zijn immers zo divers dat een generieke regeling inzake subsidiëring in de praktijk bijna niet mogelijk is. Deze specificiteit noopt tot een manier van subsidiëren via het sluiten van beheersovereenkomsten. In deze beheersovereenkomsten treden beide partners, de Vlaamse overheid en de partnerorganisatie, in overleg om enerzijds tegemoet te komen aan de eigenheid van de expertise en van het aanbod van de partnerorganisatie en om anderzijds hiertegenover de resultaatsgebieden te formuleren en de middelen te bepalen die de Vlaamse overheid wenst ter beschikking te stellen indien de resultaatsgebieden en de daaraan verbonden indicatoren, gehaald worden.

Onder beheersovereenkomst wordt een schriftelijke overeenkomst bedoeld waarin de partijen in onderling overleg zowel de na te streven resultaten, de meetinstrumenten of indicatoren, als de subsidie-enveloppe, vastleggen. Het gaat dus om duurzame samenwerkingsverbanden.

Om de dienstverlening te optimaliseren en de achterstand in het uitbetalen van de voorschotten zoveel mogelijk te vermijden, volgen de beheersovereenkomsten éénmaal, bij het begin van de looptijd

van deze beheersovereenkomsten, de volledige procedure, rekening houdend met het subsidiebedrag :

- voor advies voorleggen aan de inspectie van financiën ;
- begrotingsakkoord aanvragen aan de minister bevoegd voor begroting ;
- ter goedkeuring voorleggen aan de Vlaamse regering.

De volgende jaren, binnen de looptijd van de beheersovereenkomst, worden de besluiten ter uitvoering hiervan enkel nog voor advies aan de inspectie van financiën voorgelegd.

Deze werking verhoogt niet alleen de klantvriendelijkheid maar ook de efficiëntie van de uitbetaling. Hierdoor kunnen nodeloze kosten (kaskredieten) vermeden worden, waardoor het volledige budget kan ingezet worden ter uitvoering van de beheersovereenkomst.

Artikel 15

De aard van de deskundigheid waarvoor een partnerorganisatie wordt erkend, dient te worden vermeld in het erkenningsbesluit. Dit kan verder worden gespecificeerd in het beleidsplan.

Omwille van de transparantie en de doelmatigheid, dient in elk geval duidelijk te worden aangegeven welke de opdrachten zijn ten aanzien van de overheid en ten aanzien van de diverse doelgroepen. De partnerorganisaties die kunnen worden erkend en gesubsidieerd, kunnen zeer verscheiden zijn wat betreft de omvang en de opdracht. Al naargelang de omstandigheden zal dit bepaald worden hetzij in de erkenning, hetzij in het beleidsplan.

Welke organisaties als partnerorganisatie zullen erkend worden kan nu nog niet definitief worden vastgelegd. Veel hangt af van de wetenschappelijke en maatschappelijke evoluties terzake.

Een partnerorganisatie kan bijvoorbeeld een netwerk ondersteunen (zie ook de opmerking bij artikel 2, 10°, in deze memorie). De ondersteuning van een netwerk kan nodig zijn om een zorgcontinuüm te verkrijgen bij specifieke doch complexe en chronische zorgsituaties waar bijvoorbeeld een samenwerking tussen extra- en intramurale zorgverleners

nodig is. Palliatieve netwerken zijn hier een voorbeeld van.

Andere partnerorganisaties ondersteunen bijvoorbeeld bepaalde zorgaanbieders, voornamelijk door hun wetenschappelijke kennis. Ze kunnen bijvoorbeeld richtlijnen over zorgverlening gebaseerd op wetenschappelijke bewijskracht aan de zorgaanbieders verstrekken. Momenteel heeft de Vlaamse overheid een convenant afgesloten met de Wetenschappelijke Vereniging voor Huisartsen (WVVH). In deze context is het niet onlogisch als de WVVH als partnerorganisatie binnen dit decreet zou erkend worden voor de wetenschappelijke ondersteuning van de huisartsen en bijvoorbeeld voor het ontwikkelen van praktijkrichtlijnen voor specifieke thema's.

Ook kan gedacht worden aan een partnerorganisatie die ondersteuning biedt aan de SEL's op het vlak van de multidisciplinaire samenwerking. Dit zou bijvoorbeeld een opdracht kunnen zijn voor VELO (Vlaams eerstelijnsoverleg).

De opdrachten van de partnerorganisaties zullen in de vermelde voorbeelden waarschijnlijk heel verschillend structureel worden vastgelegd, vandaar dat artikel 15 verscheidenheid mogelijk maakt.

Artikel 16

§ 1. De continuïteit van de zorgverlening vergt onder andere een uitwisseling van gegevens tussen de zorgaanbieders binnen de eerstelijns onderling en de zorgaanbieders werkzaam in de tweede en de derde lijn.

Om deze uitwisseling van gegevens op een veilige en doelmatige manier te laten verlopen en te optimaliseren, wordt een operationeel informatiesysteem uitgebouwd tussen de bovengenoemde zorgaanbieders, met betrekking tot de gegevens die nodig zijn om de continuïteit van de individuele zorgverlening te verzekeren.

Er werd een tweede lid toegevoegd aan deze paragraaf om tegemoet te komen aan de bezorgdheid van de Raad van State waarin werd verduidelijkt dat de kosten voor registratie en gegevensuitwisseling niet kunnen afgewenteld worden op de federale overheid.

§ 2. Een goed gezondheidsbeleid is wetenschappelijk onderbouwd en vereist een adequate registratie van beleidsrelevante gegevens die ter beschik-

king worden gesteld van de overheid ('evidence based').

Een epidemiologisch informatiesysteem wordt uitgebouwd dat tot doel heeft de elektronische gegevensuitwisseling te optimaliseren tussen enerzijds de samenwerkingverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerste lijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties onderling, en anderzijds tussen de samenwerkingverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerste lijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties en de Vlaamse overheid.

Dit informatiesysteem heeft betrekking op gegevens die nodig zijn om het gezondheidsbeleid zoveel mogelijk op bewijskracht te baseren, de doeltreffendheid en de doelmatigheid ervan te evalueren, en op basis hiervan de gezondheidszorg te organiseren en waar nodig bij te sturen.

§ 3. Deze paragraaf is opgenomen naar analogie met het ontwerp van decreet betreffende het preventief gezondheidsbeleid. De inlassing 'na advies van de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer' kwam er na het advies aangaande het ontwerp van decreet betreffende het preventief gezondheidsbeleid door de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer op 21 augustus 2002.

Artikel 17

De overheid kan aan haar gegevensleveranciers opleggen dat zij in hun communicatie naar de overheid voor zichzelf, en voor de gebruikers die op hen een beroep doen, een unieke identificatiecode gebruiken.

Hiermee wordt een pseudo-identiteit bedoeld. Dit is een reeks tekens die verwijst naar een natuurlijk persoon of organisatie maar slechts op indirecte wijze toelaat de identiteit van deze persoon of organisatie te bepalen.

Dit laatste is bedoeld om in overeenstemming te zijn met de regelgeving aangaande de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

De tweede paragraaf is opgenomen naar analogie met het ontwerp van decreet betreffende het preventief gezondheidsbeleid. De inlassing 'na advies van de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer' kwam er na het advies aangaande het ontwerp van decreet betreffende het

preventief gezondheidsbeleid door de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer op 21 augustus 2002.

Artikelen 18, 19 en 20

Alle instanties die door de Vlaamse regering erkend en/of gesubsidieerd worden met het oog op het vervullen van opdrachten inzake uitvoering en ondersteuning van de eerste lijnsgezondheidszorg, worden onderworpen aan een verantwoordingsplicht. Dat impliceert dat er gevraagd wordt aan deze instanties om gegevens te verstrekken die de overheid toelaten om na te gaan of de gemeenschapsgelden 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. Dit kan zowel gelden ten aanzien van SEL's, partnerorganisaties en samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering.

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

Niet alleen op basis van gegevens die opgevraagd worden bij deze instanties, maar ook door een toezicht ter plekke kan de manier van werken en de aanwending van gemeenschapsmiddelen geëvalueerd worden.

Artikel 20, § 1 en § 2, regelen een aspect van het financieel toezicht. 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 20, § 3, voorzien in de mogelijkheid tot reservevorming.

Artikel 21

Inzake de controle op het verlenen en het gebruik van de door de gemeenschappen en gewesten toegekende subsidies gelden algemene federale bepalingen. Deze bepalingen zijn thans ondermeer terug te vinden in artikel 57 van de wetten op de rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991. Deze bepalingen zijn overgenomen in 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. De betreffende bepalingen van de wet van 16 mei 2003 zullen op termijn in de plaats komen van artikel 57 van de wetten op de rijkscomptabiliteit.

Gevolg gevend aan het advies van de afdeling wetgeving van de Raad van State bij het voorontwerp van decreet, werd dan ook in artikel 21 van het ontwerp van decreet rekening gehouden met het bestaan van deze algemene federale bepalingen. Deze algemene federale bepalingen zijn onverkort van toepassing ('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 ...').

Tevens werden in de opsomming twee verplichtingen geschrapt omdat die reeds zijn opgenomen in de federale regelgeving, met name de verplichting 'het verantwoord worden of zich onderwerpen aan een toezicht, zoals bedoeld in artikel 18' en de verplichting 'het aanwenden van subsidies enkel voor de opdrachten binnen het kader van dit decreet, zoals bedoeld in artikel 19'.

Wel werd de mogelijkheid tot een administratieve sanctie behouden voor drie specifieke gevallen die niet gevat worden door de algemene federale bepalingen.

Aldus werd tegemoetgekomen aan het advies van de afdeling wetgeving van de Raad van State om artikel 21 te herschrijven.

Artikel 22

Behoeft geen verdere verduidelijking.

Artikel 23

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 24

De Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen, opgericht bij decreet van 20 december 1996, is bevoegd om advies te geven met betrekking tot bezwaar- of verweermiddelen die ingediend worden bij een voornemen tot weigering, schorsing of intrekking van erkenning.

Volgens het decreet is een verzorgingsvoorziening immers elke organisatie die activiteiten uitoefent inzake zorgverstrekking, gezondheidsopvoeding of preventieve gezondheidszorg, zoals bedoeld in artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen en die in dat kader door Vlaamse Gemeenschap kan worden erkend.

De Vlaamse regering bepaalt de procedureregels inzake erkenning, schorsing en intrekking van de erkenning. In deze procedureregels worden ook bepalingen opgenomen over het niet opnemen van bepaalde vertegenwoordigers in het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, zoals bedoeld in artikel 12, § 1.

Artikel 25

Om de continuïteit in de zorgverlening te verzekeren is voorzien in overgangsbepalingen.

Artikel 26

Dit artikel is opgenomen naar analogie met het ontwerp van decreet betreffende het preventief gezondheidsbeleid. Indien een Vlaamse regering zou beslissen om op een decretale basis, een eigen toezichtcommissie op te richten, dan kan de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer hierin vertegenwoordigd zijn, hetzij op vrijwillige basis, hetzij conform artikel 92ter, tweede lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming van de instellingen. Op die manier wordt tegemoet gekomen aan de opmerking van de afdeling wetgeving van de Raad van State bij dit artikel.

De ziekenfondsdiensten worden momenteel nog niet als dusdanig onder die benaming geregeld. Wel worden de in de definitie (artikel 2, 15°) opgenomen functies voor het ogenblik grotendeels gerealiseerd door onder meer de centra voor algemeen welzijnswerk in het kader van de ziekenfondsen. Betrokken diensten maken trouwens nu al deel uit van de Samenwerkingsinitiatieven in de thuisverzorging (SIT) conform artikel 7, § 1, van het besluit van de Vlaamse regering van 21 december 1990 houdende coördinatie en ondersteuning van thuisverzorging. Om de continuïteit te verzekeren worden, zolang de bestaande regelgeving niet wordt aangepast, de betrokken diensten aangeduid als zijnde 'ziekenfondsdiensten' die vertegenwoordigd moeten zijn in de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg.

Artikel 27

Dit artikel behoeft geen verdere commentaar.

De minister-president van de Vlaamse regering,

Bart SOMERS

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,

Adelheid BYTTEBIER

VOORONTWERP VAN DECREET

VOORONTWERP VAN DECREET

betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders

DE VLAAMSE REGERING,

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen ;

Na beraadslaging,

BESLUIT :

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen 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 I

Algemene bepaling en definities

Artikel 1

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Artikel 2

Voor de toepassing van dit decreet wordt verstaan onder :

- 1° administratie : de administratie van de diensten van de Vlaamse regering bevoegd voor de gezondheidszorg ;
- 2° begeleidingsplan : document dat per gebruiker, op basis van een evaluatie van het zelfzorgvermogen en een omschrijving van de zorgvraag, weergeeft welke passende zorg de zorgaanbieder voorziet aan te bieden of nodig acht en dat kan worden bijgestuurd in functie van de evoluerende zorgbehoefte ;
- 3° gebruiker : iedere natuurlijke persoon die een beroep doet op een zorgaanbieder ;
- 4° eerstelijnsgezondheidszorg : zorg aangeboden door zorgverstrekkers in dat segment van de gezondheidszorg waarop gebruikers een beroep doen voor eerste deskundige opvang, behandeling of meer continue begeleiding van gezondheidsproblemen, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder of door een organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod ;
- 5° evaluatie van het zelfzorgvermogen : een aan een zorgvraag gekoppelde inschatting van de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen van de gebruiker, uitgevoerd volgens een vooraf bepaald uniform stramien en op basis van objectieve en meetbare criteria ;
- 6° gezondheid : toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden bij de mens ;

- 7° kwaliteitsvolle zorg : verantwoorde zorg die rekening houdt met doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid ;
- 8° mantelzorger : een persoon die vanuit een sociale en emotionele band één of meerdere personen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven wanneer de zelfzorg ontoereikend blijkt ;
- 9° meer gespecialiseerd zorgaanbod : zorg die doorgaans verleend wordt door of onder leiding van een arts-specialist, een ziekenhuis of een andere organisatie, dienst of persoon die door de regelgeving of door de aard en omstandigheden van de zorg niet tot de eerstelijnszorg wordt gerekend ;
- 10° partnerorganisatie : een organisatie met rechtspersoonlijkheid die als centrum van expertise fungeert omwille van minstens één van de hiernavolgende competenties :
- a) de deskundigheid om ondersteuning te bieden aan samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, netwerken, zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers of vrijwilligers ;
 - b) het aanleveren van gegevens inzake gezondheidszorg ;
- 11° samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, afgekort SEL : een door de Vlaamse regering erkend samenwerkingsverband van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en eventueel van vertegenwoordigers van mantelzorgers en gebruikers en/of vrijwilligers, dat gericht is op het optimaliseren van de zorg binnen een bepaald geografisch afgebakend werkgebied ;
- 12° vrijwilliger : een persoon die één of meerdere personen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven wanneer de zelfzorg ontoereikend blijkt ;
- 13° woonondersteuning : dienstverlening die er op gericht is de gebruiker in zijn eigen leefomgeving te ondersteunen door middel van informatie, advies en het ter beschikking stellen van hulpmiddelen die betrekking hebben op de activiteiten van het dagelijks leven ;
- 14° zelfzorg : de persoonlijke beslissingen en acties in het dagelijkse leven met het oog op het voorzien in de eigen basisbehoeften, en de daarbij aansluitende eigen activiteiten en vaardigheden ;
- 15° ziekenfondsdienst voor maatschappelijk werk en woonondersteuning, verder ziekenfondsdienst genoemd : een dienst, opgericht door een of meer ziekenfondsen, die, volgens de maatschappelijke werkmethoden, passende zorg verleent of hiertoe bijdraagt en die woonondersteuning biedt, minstens ten aanzien van hun eigen leden die tijdelijk of blijvend zorg nodig hebben of dreigen nodig te hebben ten gevolge van ouderdom, ziekte of handicap ;
- 16° zorgaanbieder : een zorgverstrekker zoals bedoeld in 19°, 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 ;
- 17° zorgcontinuüm : het gelijktijdig of in de tijd gespreid, naadloos op elkaar aansluiten van diverse vormen van zorgverlening ;
- 18° zorgplan : een schriftelijke afsprakenregeling met betrekking tot de geplande zorg voor een gebruiker, die gebaseerd is op één of meer begeleidingsplannen en die kan worden bijgestuurd afhankelijk van de evoluerende zorgbehoefte ;
- 19° zorgverstrekker : een in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzame apotheker, arts, diëtist, kinesist, logopedist, tandarts, verpleegkundige, vroedvrouw of beroepsbeoefenaar van een andere door de Vlaamse regering bepaalde discipline, met uitzondering van de arts-specialist, met inbegrip van feitelijke of juridische entiteiten die hen groeperen in mono- of multidisciplinair verband.

HOOFDSTUK II

Opdrachten, operationele doelstellingen en werkingsbeginselen van de eerstelijnsgezondheidszorg

Artikel 3

§ 1. Iedere persoon, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, van ras of geaardheid en zonder onderscheid van zijn vermogenstoestand, heeft recht op een kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg en op een respectvolle behandeling en begeleiding.

De vrijheid van keuze van zorg en zorgverstrekker wordt in hoofde van de gebruiker geëerbiedigd. De medeverantwoordelijkheid van de gebruiker wordt zo veel mogelijk aangemoedigd, om te komen tot een duurzame en kwaliteitsvolle zorginvulling waarbij samenhang in de zorg en continuïteit in de relatie tussen gebruiker en zorgverstrekker centraal staan.

Het zelfzorgvermogen van de gebruiker wordt zo veel mogelijk aangemoedigd en verhoogd opdat hij zo autonoom mogelijk aan de samenleving zou kunnen participeren.

§ 2. De zorgverstrekkers bieden kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg aan. Hiertoe wordt de zorg, indien nodig en mogelijk, aangeboden bij de gebruiker thuis.

§ 3. De zorgverstrekkers leveren bijzondere inspanningen om de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg te optimaliseren, in het bijzonder voor personen die leven in achtergestelde situaties.

Artikel 4

§ 1. Ter uitvoering van de opdrachten, bepaald in artikel 3, vervullen de zorgverstrekkers onder meer de volgende taken :

- 1° het aanbieden van de eerste deskundige opvang bij gezondheidsproblemen ;
- 2° het verzorgen, begeleiden en opvolgen van gebruikers met acute of chronische gezondheidsproblemen ;
- 3° het bijdragen tot het voorkomen van het ontstaan of het verergeren van gezondheidsproblemen ;
- 4° het ondersteunen van de gebruikers bij de zelfzorg, de mantelzorgers, de vrijwilligers en de andere zorgaanbieders ;
- 5° het opnemen van het eigen aandeel in het zorgcontinuüm.

§ 2. De zorgverstrekkers voeren deze taken uit in het kader van hun professionele deskundigheid. Indien het in het belang van de gebruiker nodig is, maken ze, al dan niet op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, een begeleidingsplan op en maken ze onderling taakafspraken, alsook met andere zorgaanbieders en met organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod. De taakafspraken kunnen worden vastgelegd in een zorgplan. Het zorgplan kan op eigen initiatief of op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger door de zorgverstrekker worden opgestart en/of opgevolgd. Indien nodig verwijzen ze gebruikers gericht door. Na verwijzing door een andere zorgaanbieder of door een organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, leveren de zorgverstrekkers adequate zorg.

Artikel 5

§ 1. De Vlaamse regering kan, binnen haar bevoegdheden, nadere regels bepalen met betrekking tot de opdrachten en taken bedoeld in artikel 3 en 4.

§ 2. De Vlaamse regering kan bepalen onder welke bijzondere omstandigheden artsen-specialisten, in het kader van het zorgcontinuüm, een bijdrage kunnen leveren in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Artikel 6

§ 1. Om de in artikel 3 geformuleerde opdrachten te realiseren verrichten de zorgverstrekkers activiteiten die gericht zijn op de gebruiker en activiteiten die gericht zijn op de goede organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg.

§ 2. De activiteiten die gericht zijn op de gebruiker worden verstrekt op het niveau van de praktijkvoering, waar het individueel contact tussen de zorgverstrekker en de gebruiker plaatsvindt, en, waar nodig, multidisciplinair overleg omtrent de gebruiker wordt gepleegd.

Activiteiten die gericht zijn op de goede organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg, overstijgen de eigen praktijkvoering en gebeuren op een niveau waar de zorgaanbieders binnen een bepaald werkgebied hun werking op elkaar afstemmen.

HOOFDSTUK III

Samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering

Artikel 7

§ 1. De Vlaamse regering kan vormen van samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering erkennen en kan de infrastructuur en/of de werking ervan subsidiëren. De Vlaamse regering bepaalt hiertoe de voorwaarden.

§ 2. De Vlaamse regering bepaalt in voorkomend geval de erkenningsvoorwaarden, de regels inzake de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

§ 3. De erkenningsvoorwaarden voor samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering hebben onder meer betrekking op de juridische vorm, de permanentie, de mono- of multidisciplinariteit, de dossiertoegankelijkheid, de doelgroep en de vestigingsplaats.

§ 4. De Vlaamse regering bepaalt in voorkomend geval de subsidie en werkt nadere regels uit aangaande de wijze van subsidiëring.

HOOFDSTUK IV

Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg

AFDELING I

Algemene bepalingen

Artikel 8

§ 1. De Vlaamse regering erkent en subsidieert samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en bepaalt hun werkgebied.

§ 2. De Vlaamse regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de regels inzake de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

§ 3. De Vlaamse regering bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden.

§ 4. Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg hebben de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk.

AFDELING II

Opdrachten

Artikel 9

§ 1. De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg beogen een optimale zorgverlening aan de gebruiker waarbij maximaal een beroep gedaan wordt op zijn zelfbeschikkingsvermogen en waarbij zijn zelfzorgvermogen en medeverantwoordelijkheid zo veel mogelijk worden aangemoedigd en verhoogd opdat hij zo autonoom mogelijk aan de samenleving zou kunnen participeren.

§ 2. De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg nemen, binnen hun werkgebied, initiatieven die er toe bijdragen het aanbod van de zorgaanbieders af te stemmen op de noden van de bevolking en van de individuele gebruiker.

De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg bevorderen, binnen hun werkgebied, de samenwerking tussen de zorgaanbieders onderling, tussen de zorgaanbieders en andere organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, alsook tussen de zorgaanbieders en de gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers.

De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg informeren de bevolking binnen hun werkgebied over het zorgaanbod.

De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg fungeren, voor de aangelegenheden die het niveau van de praktijkvoering of van de individuele zorgaanbieder overstijgen, binnen hun werkgebied als neutraal aanspreekpunt voor gebruikers, mantelzorgers, vrijwilligers, andere hulpverleners en voorzieningen, en voor de Vlaamse overheid.

§ 3. Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg leveren bijzondere inspanningen om de toegankelijkheid van de zorg te optimaliseren, in het bijzonder voor bevolkingsgroepen die leven in achtergestelde situaties.

Artikel 10

§ 1. Ter uitvoering van de opdrachten, bepaald in artikel 9, vervullen de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg met betrekking tot hun werkgebied en met het oog op een kwaliteitsvolle zorg minimaal de volgende taken :

- 1° het fungeren als overlegplatform voor zorgaanbieders ;
- 2° het organiseren, ondersteunen en opvolgen van gestructureerd overleg, ondermeer met het oog op het afstemmen van de zorg op de noden van de bevolking, tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en andere organisaties, diensten of personen, waaronder organisaties, diensten of personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, wiens optreden een effect kan hebben op de eerstelijnsgezondheidszorg ;
- 3° het bewaken van de praktische organisatie en de ondersteuning van multidisciplinaire samenwerking, met het oog op het afstemmen van de zorg op de noden van de gebruiker, van zorgaanbieders, mantelzorgers en vrijwilligers en meer in het bijzonder bij :
 - a) de evaluatie van het zelfzorgvermogen ;
 - b) de taakafspraken tussen zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers ;
 - c) de uitwerking en het opvolgen van een zorgplan in overleg met de gebruiker ;
 - d) het multidisciplinair overleg ter concretisering van a) tot en met c) ;
- 4° het bewaken van de procedures die betrekking hebben op de evaluatie van het zelfzorgvermogen en/of de uitwerking en het opvolgen van een zorgplan, zoals bepaald door de Vlaamse regering en uitgevoerd door de zorgaanbieders ;
- 5° het beschikken over een geactualiseerd bestand van de zorgaanbieders en dit ter beschikking stellen aan de bevolking, de zorgaanbieders en desgevraagd, op gestandaardiseerde wijze, aan de administratie ;
- 6° het aanmoedigen van zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers om een beroep te doen op de ondersteunende expertise van partnerorganisaties en om de hiermee verband houdende richtlijnen te integreren in de zorg ;
- 7° het maken van afspraken over en het op elkaar afstemmen van multidisciplinaire vormingsinitiatieven ;
- 8° het registreren en uitwisselen van gegevens ;
- 9° het verlenen van advies aan de Vlaamse overheid, op verzoek van de Vlaamse overheid of op eigen initiatief, over de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders ;
- 10° het bewaken van de permanentieregeling van de zorgaanbieders ;
- 11° het organiseren en ondersteunen van een klachtenmeldpunt en van de klachtenbemiddeling met betrekking tot de opdrachten en taken, bedoeld in artikel 9 en artikel 10 ;

12° het bewaken van de organisatie van een dag- en nachtpermanente hulpverlening in het thuismilieu met betrekking tot activiteiten van het dagelijks leven.

§ 2. De Vlaamse regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot de taken, bedoeld in § 1.

§ 3. De Vlaamse regering bepaalt voor welke categorieën van zorgaanbieders en andere organisaties, diensten of personen en voor welke thema's het gestructureerde overleg, bedoeld in § 1, 2°, minimaal resulteert in een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst.

De Vlaamse regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot deze schriftelijke samenwerkingsovereenkomsten.

Artikel 11

De Vlaamse regering kan bepalen welke taken van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg door een andere rechtspersoon dan het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg in kwestie uitgevoerd kunnen worden en onder welke voorwaarden dit kan gebeuren.

AFDELING III

Samenstelling

Artikel 12

§ 1. De volgende plaatselijke vertegenwoordigers kunnen lid worden van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg en worden hiertoe uitgenodigd :

- a) plaatselijke vertegenwoordigers van zorgaanbieders die actief zijn in het werkgebied van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg ;
- b) plaatselijke vertegenwoordigers van mantelzorgers en gebruikers ;
- c) plaatselijke vertegenwoordigers van vrijwilligers.

Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg neemt elke, in het eerste lid bedoelde, dienst, organisatie of groepering die dit wenst en die zich ertoe verbindt de bepalingen van dit decreet na te leven, op als lid, tenzij er gegronde redenen zijn om deze te weigeren. Een beslissing tot weigering wordt met vermelding van de redenen meegedeeld aan de dienst, organisatie of groepering in kwestie en aan de administratie.

§ 2. Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg kan pas erkend worden als de diensten voor gezinszorg, de huisartsen, de lokale dienstencentra, de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, de rusthuizen al dan niet met RVT bedden, de verpleegkundigen en vroedvrouwen en de ziekenfondsdiensten door plaatselijke afgevaardigden, vertegenwoordigd zijn.

Indien in een werkgebied van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg een of meerdere van de in het eerste lid bedoelde categorieën van zorgaanbieders ontbreken, dan vervalt deze erkenningsvoorwaarde met betrekking tot deze categorie van zorgaanbieders.

Indien in een werkgebied van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg een of meerdere van de in het eerste lid bedoelde categorieën van zorgaanbieders niet bereid zijn vertegenwoordigd te worden, dan vervalt deze erkenningsvoorwaarde met betrekking tot deze categorie van zorgaanbieders, mits naast

de huisartsen en verpleegkundigen en vroedvrouwen minstens drie van de resterende categorieën bedoeld in het eerste lid zijn vertegenwoordigd.

§ 3. Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg kan pas erkend worden als voor het werkgebied van het initiatief in kwestie, per categorie van zorgaanbieders die deel uitmaakt van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, minstens de helft van de georganiseerde zorg vertegenwoordigd is.

De Vlaamse regering bepaalt hiertoe nadere regels en kan uitzonderingen bepalen bij de verplichting, bepaald in het eerste lid.

AFDELING IV

Werkgebied

Artikel 13

§ 1. De Vlaamse regering bepaalt het werkgebied van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg op basis van een geografische indeling van het Vlaamse Gewest.

De Vlaamse regering ziet erop toe dat de werkgebieden geografisch op elkaar zijn afgestemd, elkaar niet overlappen en, tenzij dit onmogelijk blijkt, heel het Vlaamse Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad bestrijken.

§ 2. Voor de grootstedelijke gebieden Gent, Antwerpen en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kan de Vlaamse regering bepalen dat de taken van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg van de betreffende grootstedelijke gebieden toevertrouwd worden aan afdelingen van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg.

Hiertoe verdeelt het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg het werkgebied in kleinere deelgebieden wanneer dit nodig blijkt om de kwaliteit van de zorgverlening te optimaliseren.

§ 3. Een gemeente kan slechts deel uitmaken van het werkgebied van één samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg.

HOOFDSTUK V

Partnerorganisaties

Artikel 14

§ 1. De Vlaamse regering kan in het kader van dit decreet partnerorganisaties met rechtspersoonlijkheid erkennen en eventueel hun werkgebied bepalen.

§ 2. De Vlaamse regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de regels inzake de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

§ 3. Enkel een erkende partnerorganisatie waarmee de Vlaamse regering een beheersovereenkomst afsluit, komt in aanmerking voor subsidiëring.

Deze beheersovereenkomst geldt voor minimaal drie en maximaal vijf jaar en omvat minstens :

1° het beleidsplan voor de duurtijd van de beheersovereenkomst dat minstens de volgende gegevens bevat :

- a) de resultaatgebieden voor de uitvoering van de beheersovereenkomst ;
- b) de indicatoren met betrekking tot de resultaatgebieden om onder meer de uitvoering van de beheersovereenkomst te kunnen evalueren ;

2° de financieringsvoorwaarden en –modaliteiten, waaronder de bepaling van de subsidie-enveloppe en de mate waarin die ingevolge indexering en weddendrift evolueert.

Artikel 15

Het erkenningsbesluit van de partnerorganisatie en/of het beleidsplan, bedoeld in artikel 14, § 3, 1°, vermelden de aard van de deskundigheid van de partnerorganisatie, aan welke doelgroepen de partnerorganisatie minstens ondersteuning biedt en welke haar opdrachten zijn ten aanzien van de Vlaamse overheid.

HOOFDSTUK VI

Registratie en gegevensuitwisseling

Artikel 16

§ 1. Het zorgcontinuüm moet verzekerd worden, onder andere door de uitwisseling van gegevens tussen de zorgaanbieders onderling en tussen organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod. Deze gegevensuitwisseling gebeurt door middel van een operationeel informatiesysteem dat de uitwisseling optimaal laat verlopen.

§ 2. De samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerste lijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, participeren op verzoek van de Vlaamse regering aan de uitbouw en aan de werking van een epidemiologisch informatiesysteem om het gezondheidsbeleid zo veel mogelijk wetenschappelijk te onderbouwen.

§ 3. Met betrekking tot § 1 en § 2 bepaalt de Vlaamse regering, na advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, nadere regels.

Artikel 17

§ 1. De Vlaamse regering kan, in het kader van de operationele en epidemiologische gegevensuitwisseling, bedoeld in artikel 16, samenwerkingverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerste lijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, verplichten om voor hun identificatie gebruik te maken van een identificatiecode, die hen op een eenvormige en unieke manier vereenzelvigd.

§ 2. Bovendien kan in het kader van de gegevensuitwisseling, bedoeld in artikel 16, en na advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, een gelijkaardig systeem opgelegd worden voor de identificatie van de gebruikers.

§ 3. Met betrekking tot § 1 en § 2 kan de Vlaamse regering nadere regels bepalen.

HOOFDSTUK VII

Verantwoordingsplicht en toezicht

Artikel 18

§ 1. Alle samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, die door de Vlaamse regering erkend en/of gesubsidieerd worden voor opdrachten binnen het kader van dit decreet, moeten verantwoording afleggen en zijn onderworpen aan toezicht.

De Vlaamse regering organiseert het toezicht en de controle op de naleving van dit decreet.

§ 2. De ambtenaren die de Vlaamse regering belast met het toezicht, hebben het recht de in § 1 bedoelde samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties te bezoeken en ter plaatse zelf kennis te nemen van alle stukken en bescheiden die noodzakelijk of relevant zijn voor de uitoefening van hun ambt.

Van hun vaststellingen maken zij een verslag op waarvan een afschrift wordt overgemaakt aan het samenwerkingsverband op het niveau van de praktijkvoering, het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg of de partnerorganisatie in kwestie.

§ 3. De Vlaamse regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot § 1 en § 2.

Artikel 19

De subsidies die de Vlaamse regering toekent aan samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, voor opdrachten binnen het kader van dit decreet, kunnen enkel aangewend worden voor de uitvoering van deze opdrachten.

Artikel 20

§ 1. Onverminderd artikel 18 zijn alle samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, die door de Vlaamse regering gesubsidieerd worden voor opdrachten inzake uitvoering en/of ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg, op eenvoudig verzoek van de Vlaamse regering gehouden tot het kenbaar maken van alle andere financiële middelen dan de middelen die verkregen werden binnen het kader van dit decreet. Alle stukken ter staving moeten op eenvoudig verzoek ter beschikking gesteld kunnen worden.

§ 2. Tenzij dubbele financiering van eenzelfde activiteit wordt aangetoond, worden de buiten dit decreet verworven financiële middelen niet in mindering gebracht van de subsidies die via dit decreet werden verkregen.

§ 3. Het aanleggen van reserves kan worden toegestaan. De Vlaamse regering bepaalt hiertoe nadere regels.

HOOFDSTUK VIII

Administratieve sancties

Artikel 21

§ 1. De subsidie van een samenwerkingsverband op het niveau van de praktijkvoering, een samenwerking-sinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg en een partnerorganisatie, kan geheel of gedeeltelijk ingehouden of teruggevorderd worden indien een of meerdere van de volgende verplichtingen niet wordt nageleefd :

- 1° het verantwoorden of zich onderwerpen aan een toezicht, zoals bedoeld in artikel 18 ;
- 2° het aanwenden van subsidies enkel voor de opdrachten binnen het kader van dit decreet, zoals bedoeld in artikel 19 ;
- 3° de verplichting tot het kenbaar maken van andere financiële middelen, zoals bedoeld in artikel 20, § 1 ;
- 4° het uitwisselen van gegevens in het kader van het epidemiologische informatiesysteem, zoals bedoeld in artikel 16, § 2 ;
- 5° het gebruiken van een identificatiecode voor de gegevensuitwisseling, zoals bedoeld in artikel 17.

§ 2. Het bedrag van de inhouding of terugvordering wordt door de administratiesoeverein bepaald, rekening houdend met de ernst van de feiten.

Artikel 22

De erkenning van een samenwerkingsverband op het niveau van de praktijkvoering, een samenwerking-sinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg en een partnerorganisatie, kan geschorst of ingetrokken worden indien ze niet of niet meer voldoet aan de verplichtingen die voortvloeien uit dit decreet.

Artikel 23

Een administratieve sanctie, zoals bedoeld in artikel 21 en 22, kan slechts uitgevoerd worden als :

- 1° de betrokkene vanwege de administratie een schriftelijke aanmaning heeft ontvangen de verplichtingen in kwestie na te komen ;
- 2° de betrokkene de verplichtingen in kwestie niet is nagekomen binnen de door de administratie bepaalde termijn ;
- 3° de betrokkene werd uitgenodigd om gehoord te worden door de administratie.

HOOFDSTUK IX

Procedure inzake erkenning, schorsing en intrekking van een erkenning

Artikel 24

§ 1. Met betrekking tot de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en de partnerorganisaties, regelt de Vlaamse regering de procedure inzake erkenning en inzake schorsing en intrekking van de erkenning.

§ 2. De Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen, opgericht bij het decreet van 20 december 1996 houdende oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad en van een Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen, geeft advies met betrekking tot bezwaar- of verweermiddelen die in het kader van deze procedures ingediend worden bij een voornemen tot weigering, schorsing of intrekking van erkenning.

HOOFDSTUK X

Overgangsbepalingen en inwerkingtreding

Artikel 25

In afwachting van het in werking treden van de besluiten ter uitvoering van dit decreet, blijft de geldende regelgeving, die op het ogenblik van de inwerkingtreding van dit decreet van kracht is, van toepassing.

Het betreft de regelgeving met betrekking tot :

- 1° de coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging ;
- 2° de erkenning en subsidiëring van de palliatieve netwerken.

Artikel 26

Het advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, bedoeld in artikel 25, § 3 en artikel 26, § 2, wordt ingewonnen tot de Vlaamse regering een eigen toezichtcommissie opricht waarin de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer vertegenwoordigd is.

Artikel 27

Dit decreet treedt in werking op de tiende dag na de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad, met uitzondering van artikel 10, § 1, 10°, 11° en 12°, die slechts in werking treden op een door de Vlaamse regering vast te stellen datum.

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse regering,

Bart SOMERS

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,

Adelheid BYTTEBIER

ADVIES VAN DE VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

INHOUD

	Blz.
I. Beleidsadvies	46
A. Historiek en beleidskader	46
B. Methodiek	46
C. Advies	47
II. Achtergrond	48
A. Inleiding	48
B. Bespreking	48
1. Algemene beschouwingen bij de tekst van het decreet en de toelichtingsnota	48
2. Bespreking per artikel	51
3. Voorstellen voor tekstaanpassingen	55
a. Voorontwerp van decreet	55
b. Memorie van toelichting	58

ADVIES VAN DE VLAAMSE GEZONDHEIDSRaad

VOORONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

VGR2002/01

I. Beleidsadvies**A. Historiek en beleidskader**

In haar brief van 24 juli 2002 verzocht de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking, mevrouw Mieke Vogels, de Vlaamse Gezondheidsraad om te adviseren over het voorontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze tekst beoogt een kaderdecreet te creëren waarin de samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg wordt geregeld, met de nadruk op het multidisciplinaire karakter ervan.

Dit verzoek om advies werd voorgelegd aan de raad op de installatievergadering op 3 september 2002, met de vraag om tegen 30 september 2002 een advies te formuleren. De raad betreurt hierbij de korte termijn die ze heeft om dit voorontwerp te bestuderen en een gegrond advies uit te brengen. De raad betreurt ook dat dit voorontwerp al zeer ruim circuleert alvorens het advies van de raad terzake werd ingewonnen.

De plenaire vergadering keurde het advies goed op 15 oktober 2002.

B. Methodiek

Gezien de beperkte termijn werd dit advies voorbereid aan de hand van schriftelijke commentaren van leden van de Raad. Het ontwerpadvies werd op 17/9/2002 en 15/10/2002 besproken op de plenaire vergadering van de VGR en op 26/9/2002 in een ad hoc samengestelde werkgroep. Het voorontwerp van decreet werd toegelicht door het kabinet (dhr. P. Vandenbulcke) op de vergaderingen van 3 en 26 september 2002.

Het proces van adviesformulering werd vanuit de administratie Gezondheidszorg opgevolgd door dr. M. Wauters als inhoudelijk medewerker en door mevr. R. Vandenreyt als secretaris van de Vlaamse Gezondheidsraad.

C. Advies

De Vlaamse Gezondheidsraad meent dat dit voorontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijk document vormt. Met name het principe om de zorgregio's centraal in te delen, en zo tot een territoriale organisatie van de gezondheidszorg te komen, wordt wellicht een belangrijk element in de toekomstige ontwikkelingen van de zorgstructurering in Vlaanderen.

Belangrijkste punten van kritiek:

- Het voorliggend ontwerp van decreet wordt niet ervaren als een kaderdecreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg, aangezien het niet verder ingaat op de *organisatie* van de eerstelijnsgezondheidszorg. Wel wordt een kader gecreëerd waarin de *samenwerking* in de eerstelijnsgezondheidszorg wordt gestimuleerd. Daarom wordt voorgesteld om het decreet anders te benoemen, namelijk "*Decreet betreffende de samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg*", wat beter de inhoud van het decreet zou dekken dan de huidige titel, die verkeerde verwachtingen schept naar de inhoud van het decreet.
- De raad vindt het niet echt gepast dat het kader van dit decreet wordt gebruikt om de werking van de diensten voor *maatschappelijk werk in het kader van de ziekenfondsen* te regelen. Men meent dat dit beter in een apart decreet of besluit zou gebeuren.
- De raad mist in dit decreet de inbedding van de zorgverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg in het bredere welzijnsgebeuren. Een functionele samenwerking tussen de welzijnssector en de eerstelijnsgezondheidszorg moet op verschillende niveaus mogelijk zijn. Concreet wordt voorgesteld om bij de taken van de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg het initiëren van *samenwerking met de welzijnssector* expliciet toe te voegen.
- Aangezien het werkgebied van de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg zal bepaald worden door de zorgregio's, meent de raad dat het aangewezen was dat over het decreet betreffende de zorgregio's ook advies was gevraagd aan de raad. Om de implementatie van deze samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg mogelijk te maken, wordt voorgesteld om een *zorgregiomanager* aan te stellen (bijvoorbeeld per provincie), met een tijdelijke opdracht, om alle actoren in dit proces te betrekken en een maximale stroomlijning van de verschillende bestaande structuren te realiseren.
- Vele van de gebruikte *definities* zijn niet eenduidig, en verschillen van de gebruikte definities in eerdere wetgeving (zowel op gemeenschaps-, federaal-, als Europees niveau)

II. Achtergrond

A. Inleiding

De WHO stelde in 1998 dat op nationaal niveau de overheden prioriteit zouden moeten geven aan de ontwikkeling en het versterken van een voor iedereen toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg, ondermeer door het bevorderen van netwerken en 'health information systems' (*Consensus statement of the international meeting celebrating 20 years after Alma-Ata*).

Met dit decreet wil de Vlaamse Regering een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg realiseren. Dit decreet benadrukt het multidisciplinaire karakter van de eerstelijnsgezondheidszorg. De Vlaamse Regering wil hiermee een kaderdecreet creëren waarin de *samenwerking* binnen de eerstelijnsgezondheidszorg wordt geregeld. Het decreet schept een wettelijk kader voor 1. de erkenning en subsidiëring van (reeds bestaande of nieuw op te richten) *samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering*, 2. het creëren van *samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)*, die bredere samenwerkingsverbanden moeten vormen ter vervanging van de huidige samenwerkingsverbanden geïntegreerde thuisverzorging (SIT), en 3. de ondersteuning van *partnerorganisaties* die reeds actief zijn in het veld. Een betere samenwerking tussen de verschillende actoren in de eerstelijnsgezondheidszorg vormt de basis voor het ontwikkelen van een meer geïntegreerd zorgsysteem, essentieel voor een efficiënte behandeling van met name chronische aandoeningen, die in toenemende mate het voorwerp van zorgverlening vormen. De Vlaamse Gezondheidsraad meent dan ook dat dit voorontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijk document vormt.

B. Bespreking

1. Algemene beschouwingen bij de tekst van het decreet en de toelichtingsnota

De Vlaamse Gezondheidsraad stelt vast dat een aantal belangrijke suggesties die in het advies "*Samenwerking in de eerste lijn*" (2000) werden geformuleerd, niet terug te vinden zijn in dit voorontwerp van decreet. De raad onderschrijft bij deze nog steeds nadrukkelijk de aanbevelingen die in dat advies werden gedaan. Aangezien er in het verloop van de tekst regelmatig naar wordt verwezen, zal dit advies in bijlage worden toegevoegd.

- Dit decreet is bedoeld als kaderdecreet voor samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg. Een dergelijk decreet moet een kader scheppen waarbinnen elke zorgverstrekker zich kan plaatsen en waarbij men voelt dat men samen bij de gebruiker meer kan bereiken dan alleen. Dit decreet wordt echter niet als dusdanig ervaren : enerzijds is het

erg vaag, bijvoorbeeld wat betreft de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, anderzijds wordt het op sommige plaatsen te gedetailleerd, bv. in artikel 10 en 12 waar de SEL's qua vertegenwoordiging en taken gedetailleerd worden omschreven. Zo is dit voorontwerp noch een echt kaderdecreet, noch een operationeel decreet.

- Aangezien in het decreet niet verder wordt ingegaan op de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg, maar enkel op de samenwerkingsvormen, wordt voorgesteld om de titel van het decreet te wijzigen in *“Decreet betreffende de samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg”*.
- Een decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg zou in de eerste plaats moeten leiden tot een verbetering van het zorgaanbod voor de zorggebruiker, en, via een betere organisatie en informatieverstrekking, leiden tot een verduidelijking van de mogelijkheden van zorgverlening naar de gebruiker toe. De raad vraagt zich af of deze doelstelling met het voorontwerp van decreet in zijn huidige vorm wordt bereikt. Er moet over worden gewaakt dat enerzijds het zorgaanbod naar de zorggebruiker toe duidelijker wordt gemaakt, en anderzijds de werkbelasting voor de zorgverstrekker niet wordt verhoogd, door extra vergaderingen in nieuwe structuren. In het kader van een beter bestuurlijk beleid is het oprichten van één operationeel aanspreekpunt bevorderlijk voor de herkenbaarheid en bereikbaarheid naar de burger toe. De raad verwijst in dit verband ook naar de aanbevelingen in zijn advies van 2000, waarin de nood aan stroomlijning vanuit het standpunt van de zorggebruiker werd benadrukt.
- De raad mist in dit decreet de inbedding van de hulpverlening in het bredere welzijnsgebeuren en de ontwikkeling van de samenleving. In het vorig advies van de VGR (2000) omtrent de samenwerking in de eerste lijn, werd benadrukt dat ‘welzijn’ en ‘gezondheid’ twee complementaire vormen van instroom zijn, en dat het belangrijk is dat beide op elkaar zijn afgestemd, om deze instroom goed te laten verlopen. Dit betekent dat de welzijns- en gezondheidssector bijzonder belangrijke partners worden, en dat het essentieel is dat deze partners ook onderling goed samenwerken. Een functionele samenwerking tussen de welzijnssector en de eerstelijnsgezondheidszorg moet op verschillende niveaus mogelijk zijn, aangezien de instroom van zorgvragen van verschillende kanten kan komen (bv. zowel bij de huisarts als bij het OCMW...) en doorgegeven worden naar andere gezondheids- en/of welzijnswerkers. Het voorliggend decreet moet zorgen voor een goede organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg, van waaruit dan mogelijkheden voor een functionele samenwerking met de welzijnszorg zouden moeten worden opgezet. Een heldere regeling van de instroom welzijn volgens duidelijke functionele werkingsgebieden is hierbij vereist. Concreet stellen we voor om bij de taken van de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg het initiëren van samenwerking met andere domeinen, met name in de sociale sector, expliciet toe te voegen.

- Het voorstel om de indeling in zorgregio's te gebruiken als basis voor de afbakening van de werkgebieden van de SEL's is op zich positief, aangezien dit op termijn kan leiden tot een vereenvoudiging van de structurering van de zorg in Vlaanderen, als deze indeling ook als basis wordt gebruikt voor de territoriale organisatie van andere structuren. Er wordt echter op gewezen dat hierbij ook moet worden rekening gehouden met de realiteit, waarbij historisch gegroeide lokale netwerken binnen deze regio's al goed kunnen functioneren. Het is belangrijk dat de werking van deze samenwerkingsverbanden steunt op een lokale dynamiek, en dat binnen de grenzen die door de overheid worden bepaald voldoende ruimte wordt gelaten aan het lokale initiatief. Samenwerking tussen zorgverleners zal enkel constructief zijn als de vraag van onderuit komt en niet als een verplichting wordt opgelegd. Om de overgang van de bestaande structuren (GDT's en SIT's) naar de SEL's vlot te laten verlopen, wordt door de raad voorgesteld om een (tijdelijke) *zorgregiomanager* aan te stellen, bijvoorbeeld per provincie. Deze moet alle actoren in dit overgangsproces betrekken en een maximale stroomlijning realiseren, rekening houdend met de reeds bestaande operationele netwerken. Dit is uitermate belangrijk om de medewerking van de mensen uit het veld te verkrijgen.
- Een verbeterde organisatie van de thuiszorg door het bevorderen van de samenwerking in het kader van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) is positief, ondermeer in het kader van de veroudering van de bevolking en de toename van chronische aandoeningen. Om een goede werking van de SEL's te garanderen wordt er echter op aangedrongen dat hiervoor ook voldoende financiële middelen worden voorzien.
- De toevoeging van het laatste luik omtrent de diensten van maatschappelijk werk in het kader van de ziekenfondsen aan dit decreet rond de samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg, roept heel wat vragen op. Het lijkt zinniger om dit deel te behandelen in een aparte tekst.

2. Bespreking per artikel

Hoofdstuk I: Algemene bepaling en definities

Algemene opmerking : Vele van de hier gebruikte definities zijn niet eenduidig, en verschillen bv. van de gebruikte definities in eerdere wetgeving (zowel op gemeenschaps-, federaal-, als Europees niveau).

Art. 2, 3°: Voorstel voor uitbreiding van de definitie van *'dienst voor maatschappelijk werk in het kader van de ziekenfondsen'* (zie tekstvoorstel).

Art. 2, 4°: De hier gebruikte definitie van *eerstelijnsgezondheidszorg*, met ondermeer de verwijzing door een andere zorgaanbieder, is verwarrend en moet anders worden geformuleerd. De eerste lijn heeft in wezen te maken met een instroom van problematiek in het systeem van professionele zorgverlening. Het zou wenselijk zijn om zich aan te sluiten bij de internationaal erkende definities (WHO en WONCA - zie tekstvoorstel).

Art. 2, 5°: Hier, en verder in de tekst, heeft men het over het *'zelfzorgvermogen'*, wat slechts een beperkt aspect is van de *'functionele toestand'*. Het lijkt wenselijker om de *'functionele toestand'* op te volgen. Het beperken van de evaluatie van de chronisch zieke tot zijn *'zelfzorgvermogen'* ontnemt de mogelijkheid om ontwikkelingstrajecten uit te werken op basis van een functioneel bilan.

Art. 2, 6°: Inzake de definitie van gezondheid pleiten we ervoor om de volledige definitie van de WHO aan te houden (zie tekstvoorstel).

Art. 2, 8°: Voorstel om als definitie voor *mantelzorger* de definitie uit het decreet van 1998 houdende de erkenning en subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg te gebruiken, om consequent te zijn met vroegere regelgeving (zie tekstvoorstel).

Art. 2, 12°: De definitie van *zorgaanbieder* is verwarrend.

Art. 2, 15°: Stemt *zorgverstrekker* overeen met *'gezondheidswerker'*, zoals gebruikt in diverse KBs ('huisartsen, kinesitherapeuten, vroedvrouwen, verpleegkundigen, zorgkundigen, klinisch psychologen en beoefenaars van de paramedische beroepen bedoeld in artikel 22 van het KB nr 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en maatschappelijk werkers actief in de gezondheidszorg) ?

Hoofdstuk II: Opdrachten, operationele doelstellingen en werkingsbeginselen van de eerstelijnsgezondheidszorg

Art. 3: In § 1 wordt gesteld dat “de *vrijheid van keuze* van zorg en zorgverstrekker in hoofde van de gebruiker wordt geëerbiedigd”. De raad gaat weliswaar akkoord met het principe van keuzevrijheid, maar vindt dat dit wel moet genuanceerd worden om inadequaat gebruik van voorzieningen (‘shopping’) te vermijden. De raad kan zich vinden in de manier waarop dit in de memorie van toelichting wordt verwoord, en meent dan ook dat de tekst van het decreet meer in overeenstemming hiermee zou moeten geformuleerd worden. Men dient hier preciezer te omschrijven, en er moet duidelijk verwezen worden naar een engagement van de patiënt t.a.v. de zorgverstrekker. De keuzevrijheid van de patiënt moet gaan over een globaal pakket van aanbod dat een bepaalde zorgaanbieder verstrekt, waarbij er ook een engagement is van de patiënt tegenover de zorgverlener, en waarbij vooraf vastgestelde procedureregels bij wijziging van het engagement worden gevolgd. Zoals nu gesteld gaan we niet verder op weg naar een meer georganiseerde en kosten-effectieve zorgverlening.

Art. 4, §1: Er wordt voorgesteld om ‘ *vervullen de zorgverstrekkers de volgende taken*’ te vervangen door ‘ *vervullen de zorgverstrekkers één of meer van de volgende taken*’.

Art. 5: Dit artikel zorgt door zijn formulering voor enige verwarring omtrent de rol van de artsen-specialisten in de eerstelijnsgezondheidszorg. De huidige formulering is zeer ruim interpreteerbaar, en wordt door sommigen begrepen als ‘specialisten kunnen onder bepaalde voorwaarden deel uitmaken van de eerstelijnsgezondheidszorg’. Het zou duidelijker moeten blijken dat de instroom in de gezondheidszorg in principe via de eerste lijn moet gebeuren, terwijl de doorstroom in het kader van het zorgcontinuüm kan gebeuren in samenwerking met zowel artsen-specialisten als andere gespecialiseerde zorg in de tweede en derde lijn. (zie tekstvoorstel)

Hoofdstuk III: Samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering

Art. 7: §1 is erg vaag. Dit artikel moet dan ook geoperationaliseerd worden in verdere uitvoeringsbesluiten, waarin rekening moet worden gehouden met de bestaande samenwerkingsverbanden, zoals groepspraktijken en wijkgezondheidscentra, en er tegelijk ruimte wordt gelaten voor nieuwe toekomstgerichte samenwerkingsvormen.

Hoofdstuk IV: Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg

Afdeling II: Opdrachten

Art. 9, §1: De omschrijving van de opdracht van de SEL's zoals hier in §1, geeft de indruk dat dit op het niveau van het contact met de gebruiker ligt, en niet op het niveau van de samenwerking, zoals de bedoeling is. Dit zou in de tekst moeten verduidelijkt worden (zie tekstvoorstel).

Art. 9, §2: In de eerste zin wordt gesteld dat de SEL's binnen hun werkgebied initiatieven moeten nemen om het aanbod af te stemmen op de noden. De SEL's hebben echter geen middelen noch bevoegdheden om het aanbod van zorgaanbieders te wijzigen. Hier zou moeten verduidelijkt worden hoe ze dit kunnen (bv. door het opzetten van samenwerkingsverbanden)

In de tweede zin spreekt men over 'personen en diensten met een meer gespecialiseerd zorgaanbod'. Dit zou moeten verduidelijkt worden. (zie tekstvoorstel memorie van toelichting)

Art. 10, §1, 5°: Het lijkt wenselijk dat er centraal een model voor een 'zorgplan' wordt uitgewerkt. Hiervan zijn voldoende goede voorbeelden voorhanden in Vlaanderen.

Art. 10, §1, 9°: Het registreren en uitwisselen van gegevens: voorstel om hier in de memorie van toelichting een meldpunt toe te voegen voor problemen die niet op lokaal niveau kunnen worden opgelost en/of die wellicht ook in andere SEL's voorkomen.

In de raad werd het voorbeeld gegeven van het constateren van een verhoogde opname van demente bejaarden met decompensatie tijdens weekends op de spoedopname; dit zou door het ziekenhuis kunnen gesignaleerd worden aan het plaatselijke SEL, dat de situatie kan analyseren en dan met de partnerorganisaties ev. naar mogelijke oplossingen zoekt. Aangezien dit probleem zich ook in andere regio's kan stellen, zou het nuttig kunnen zijn om dergelijke problemen en de eventuele aanpak ervan op een georganiseerde wijze door te geven naar de andere SEL's. Dit zou een efficiënte 'bottom-up' probleemsignalering kunnen opleveren, en vermijden dat men telkens opnieuw hetzelfde werk moet doen (al zal natuurlijk steeds rekening moeten worden gehouden met de lokale situatie).

Art. 11: Uitvoeren van taken door een andere rechtspersoon dan de SEL: aan welke situaties denkt men hier ? Heeft de SEL hier inspraak in, of is het de bedoeling dat dit kan gebeuren op aanvraag van de SEL ?

Afdeling III: Samenstelling

Art. 12, §1. 1° a) : Het is belangrijk om zoveel mogelijk de zorgaanbieders zelf die actief zijn in het werkgebied van het SEL te betrekken i.p.v. hun vertegenwoordigers.

Art. 12, §2: Teneinde het zorgcontinuüm te garanderen pleit de raad ervoor om bij de verplichte partners die moeten uitgenodigd worden om met de SEL samen te werken ook de thuisvervangende zorg op te nemen: met name de ROB's, RVT's, dagopvang.... Dit is belangrijk om de overgang tussen bv. thuiszorg, dagopvang en (tijdelijke) opname vlot te laten verlopen.

Art. 12, §3: Het is niet duidelijk wat precies wordt bedoeld met 'minstens de helft van de georganiseerde zorg'. Dit moet verder gespecificeerd worden (zie tekstvoorstel memorie van toelichting). De vraag wordt ook gesteld of dit wel een realistisch objectief is ?

Art. 12 : De raad stelt voor om hier een extra paragraaf toe te voegen waarin verduidelijkt wordt hoe de tweede en derde lijn (zowel artsen-specialisten als andere gespecialiseerde zorgverlening) kunnen betrokken worden bij het overleg (zie tekstvoorstel).

Hoofdstuk VI: Diensten voor maatschappelijk werk in het kader van de ziekenfondsen

Art. 19 : In het eerste deel van dit artikel wordt gestipuleerd dat de dienstverlening gratis is voor de leden van de ziekenfondsen. Het gevaar bestaat dat een groep gebruikers, met name een deel van de kansarme bevolking die is verzekerd bij de Hulpkas, geen gebruik zal kunnen maken van deze diensten.

Voorstel om extra paragraaf of artikel toe te voegen, waarin wordt gestipuleerd dat de Vlaamse regering andere vormen van maatschappelijk werk naast deze in het kader van de ziekenfondsen kan erkennen en subsidiëren (zie tekstvoorstel). De opdrachten en taken uitgevoerd door de verschillende diensten voor maatschappelijk werk moeten op dezelfde manier worden vergoed, onafhankelijk van de vorm waaronder ze worden uitgevoerd.

Hoofdstuk VIII. Registratie en gegevensuitwisseling

Art. 26 : Het idee voor het gebruik van identificatiecodes is uitstekend, maar het lijkt zeer wenselijk om deze af te stemmen op de federale identificatiecode.

3. Voorstellen voor tekstaanpassingen

a. Voorontwerp van decreet

Hoofdstuk I: Algemene bepaling en definities

Art. 2.3°: dienst voor maatschappelijk werk in het kader van de ziekenfondsen: een dienst, opgericht door één of meerdere ziekenfondsen, die minstens ten aanzien van de leden van dit of die ziekenfondsen, instaat voor *een verantwoorde dienst- en hulpverlening volgens maatschappelijke werkmethodeken, aan personen die ten gevolge van ouderdom, ziekte of handicap tijdelijk of blijvend problemen ondervinden of dreigen te ondervinden. Dit opdat betrokkene zo lang mogelijk in het vertrouwde thuismilieu kan blijven functioneren en teneinde de hulp en zorgverlening die deze persoon nodig heeft te vergemakkelijken en/of mogelijk te maken.*

Art. 2.4°: eerstelijnsgezondheidszorg: *“basisgezondheidszorg, toegankelijk voor alle individuen en families in een gemeenschap, met voor hen aanvaardbare middelen, met hun volledige medewerking, en aan een kost die de gemeenschap en het land zich kunnen veroorloven. Het maakt integraal deel uit van 's lands gezondheidszorgsysteem, waarvan het de kern vormt, en van de algemene socio-economische ontwikkeling van de gemeenschap. Eerstelijnsgezondheidszorg kan verstrekt worden door huisartsen, thuisverpleegkundigen, of andere professionelen met een specifieke opleiding”*

Art. 2.5°: Voorstel voor het gebruik van de ‘functionele toestand’ in plaats van zelfzorgvermogen : *“Onder functionele toestand wordt het niveau verstaan waarop iemand in staat is te functioneren: zowel zijn vermogen zich te handhaven als het vermogen een taak of rol naar behoren te vervullen en dit op een bepaald moment of gedurende een bepaalde periode.”*

Art. 2.6°: gezondheid: toestand van *optimaal* lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden bij de mens, en niet enkel de afwezigheid van ziekte of handicap.

Art. 2.8°: mantelzorger: *“elke natuurlijke persoon die op een niet-professionele basis, noch in een georganiseerd verband, hulp en bijstand biedt aan een gebruiker”*

Hoofdstuk II: Opdrachten, operationele doelstellingen en werkingsbeginselen van de eerstelijnsgezondheidszorg

Art. 3, §1: De vrijheid van keuze van zorg en zorgverstrekker wordt in hoofde van de gebruiker geëerbiedigd. De medeverantwoordelijkheid van de gebruiker wordt zo veel als mogelijk aangemoedigd, *om te komen tot een duurzame en kwalitatieve zorginvulling waarbij samenhang in de zorg en continuïteit in de relatie tussen gebruiker en zorgverstrekker centraal staan.*

Art. 4, §1: In uitvoering van de opdrachten, bepaald in artikel 3, vervullen de zorgverstrekkers één of meer van de volgende taken:....

Art. 5: Voorstel om dit artikel te vervangen door : *“De Vlaamse Regering kan de modaliteiten uitwerken waaronder artsen-specialisten en andere gespecialiseerde zorgverleners en zorgaanbieders in de tweede en derde lijn, in het kader van een geïntegreerd zorgcontinuüm ondersteunend kunnen optreden voor de eerstelijnsgezondheidszorg.”*

Hoofdstuk IV: Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg

Art. 9, §1: Voorstel : De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg beogen een optimale organisatie van de zorgverlening aan de gebruiker. Hierbij wordt maximaal beroep gedaan op het zelfbeschikkingsvermogen van de gebruiker en worden zijn zelfredzaamheid en medeverantwoordelijkheid zo veel mogelijk aangemoedigd en verhoogd opdat hij

Art. 10, §1, 4° a : ...de evaluatie van de functionele toestand... (i.p.v. het zelfzorgvermogen)

Art. 10, §1, 5°: ... de evaluatie van de functionele toestand ... (i.p.v. het zelfzorgvermogen)

Art. 12, §2: Voorstel om hier ook thuisvervangende zorg bij te voegen.

Art. 12, §4: Voorstel om paragraaf toe te voegen:

“Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg kan via structureel overleg beroep doen op de expertise van gespecialiseerde zorgaanbieders, zowel artsen-specialisten als andere gespecialiseerde zorgverlening, zonder dat deze deel uitmaken van het samenwerkingsinitiatief, met name voor het optimaliseren van de doorstroom tussen eerste, tweede en derde lijn.”

Hoofdstuk VI: Diensten voor maatschappelijk werk in het kader van de ziekenfondsen.

Art. 18, 6°: ...voor de evaluatie van *de functionele toestand* ... (i.p.v. het zelfzorgvermogen)

Art. 19 : Voorstel om extra paragraaf of artikel toe te voegen, nl:

“De Vlaamse regering kan andere vormen van maatschappelijk werk geïntegreerd in multidisciplinaire voorzieningen voor eerstelijnsgezondheidszorg dan deze vermeld in artikel 16 erkennen en subsidiëren voor opdrachten en taken, bedoeld in paragraaf 1.”

b. Memorie van toelichting

Art. 2, 14° (p.9) : ... de evaluatie van de *verminderde functionele toestand* ... (i.p.v. het zelfzorgvermogen)

Art. 4, §2; art. 9, §2; en art.10 §1 : *personen en diensten met een meer gespecialiseerd zorgaanbod*: hiermee worden alle andere zorgaanbieders uit de eerste lijn bedoeld, alsook de tweede en derde lijn. Dit omvat ondermeer de ziekenhuizen en geneesheren-specialisten, maar ook andere, niet-medische, categoriale zorgvormen, zoals een dienst gespecialiseerd in de opvang van drugsverslaafden.

Art. 10, §1, 4° (p.15): ...om de *functionele toestand* te bepalen of te evalueren (i.p.v. het zelfzorgvermogen)

Art. 10, §1, 4° (p.16): ...van *verminderde functionele toestand* ... (i.p.v. zelfzorgvermogen)

Art. 10, §1, 4° (p.16): ...tussen de evaluatie van de *functionele toestand* en het zorgplan.

Art. 10, §1, 5° (p.16): ...van de evaluatie van de *functionele toestand* en het werken met...

Art. 10, §1, 9° (p.17): Voorstel om paragraaf i.v.m. gegevensuitwisseling toe te voegen:
"Bovendien kan er een centraal meldpunt komen voor problemen die het lokale niveau overstijgen, hetzij doordat ze niet op lokaal niveau kunnen worden opgelost, hetzij omdat ze wellicht ook in andere SEL's voorkomen. Het op georganiseerde wijze doorgeven van dergelijke problemen, kan een efficiënte 'bottom-up' probleem-signalering opleveren."

Art. 12, §3 (p.18): Voorstel om verduidelijking toe te voegen:

"In de derde paragraaf wordt bepaald dat per categorie van zorgaanbieders minstens de helft van de georganiseerde zorg vertegenwoordigd moet zijn in een SEL. Dit wil zeggen dat, indien een bepaalde beroepsgroep wil deelnemen aan het samenwerkingsinitiatief, de vertegenwoordigers van deze beroepsgroep moeten kunnen aantonen dat ze minstens 50% van de aangeboden dienstverlening in de regio vertegenwoordigen."

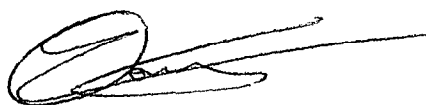
Art. 18, §1, 6° (p.22): De evaluatie van de *functionele toestand* kan aanleiding geven tot...

Goedkeuring Plenaire vergadering

Dit advies werd goedgekeurd tijdens de Plenaire vergadering van 15 oktober 2002.

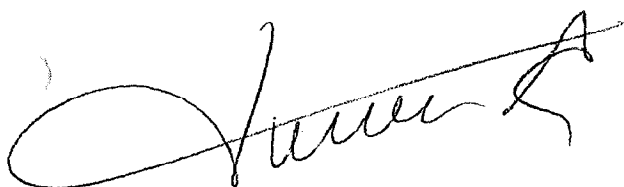
Gedaan te Brussel op 15 oktober 2002,

De secretaris

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'R' followed by a series of loops and a long horizontal stroke.

Ria Vandenreyt

De voorzitter

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'L' followed by a series of loops and a long horizontal stroke.

Prof. Lieven Annemans

ADVIES VAN DE VLAAMSE GEZONDHEIDSRaad

TITEL: SAMENWERKING IN DE EERSTE LIJN

VGR.2000/1^e Lijn - 07**I. Beleidsadvies****A. Historiek en beleidskader**

Naar aanleiding van het door de VGR op 20 april goedgekeurde advies inzake de Wijkgezondheidscentra, heeft de VGR zich bezonnen over een aantal elementen die betrekking hebben op de eerstelijnsgezondheidszorg. De korte tijd voor adviesverlening liet niet toe een advies ten gronde te formuleren. Echter, binnen de VGR leefde de nood hieraan duidelijk.

Dit **advies** komt er derhalve **op eigen initiatief** van de VGR.

De Plenaire Vergadering keurde het advies goed op 20 juni 2000. Het Bureau heeft zich, bij wijze van eindadvies, bij het advies van de Plenaire Vergadering aangesloten.

B. Advies

In de bestaande organisatie van zorg worden een aantal problemen ervaren m.b.t. het opvangen in de thuissituatie van mensen waarvoor een meer complexe zorgorganisatie nodig is. **Het betreft 10% à 15% van de case-load in een modale huisartspraktijk.** Het creëren van nieuwe, of versterken van bestaande structuren en coördinatie, kan daarop een antwoord bieden. 85% tot 90% van de problemen wordt rechtstreeks opgelost, door de huisarts zelf of via samenwerking met een andere eerstelijns hulpverlener.

Prioritair bij het organiseren van een meer adequate samenwerking in de eerste lijn is voorzien in voldoende capaciteit (d.i. een toereikend aanbod van hulp- en zorgverlening, bijv. in de gezinszorg). Met het oog op de structurele ondersteuning van de samenwerking, is het belangrijk om - op voorwaarde dat het aanbod aan de vraag voldoet - eerst bestaande structuren te versterken/optimaliseren. Een aantal belangrijke uitgangspunten zoals o.a. de centrale positie van de patiënt, de toegankelijkheid van zorg en de vrije keuze van de patiënt moeten daarbij gerespecteerd worden.

1. Instroom

Er zijn **twee complementaire vormen van instroom** op de eerste lijn: een *instroom 'gezondheid'* en een *instroom 'welzijn'*. Om deze goed te laten verlopen en coördinatie voor de patiënt te optimaliseren, lijkt het wenselijk dat het globaal medisch dossier van de huisarts als centraal verzamelpunt van informatie wordt opgenomen, met daarin ook verwijzingen naar gegevens over de patiënt die bij andere voorzieningen beschikbaar zijn, en, in voorkomend geval, naar de eventuele zorgbemiddelaar van de patiënt.

2. Doorstroom**a. Informatie-coördinatie**

Het is belangrijk dat er **een 'plaats' is (virtueel) per werkgebied waar alle informatie over het zorgaanbod in een bepaald gebied wordt samengebracht op een internetsite**. De know-how (een 'sjabloon') terzake kan geleverd worden door de Vlaamse Gemeenschap. Dit algemeen kader dient in een volgende stap concreet ingevuld te worden in functie van elk werkgebied, bijv. op het niveau van de SITs.

b. coördinatie van het zorgaanbod

Voor complexe zorgsituaties binnen de eerste lijn is het aangewezen om per werkgebied, binnen het kader van de SITS, iemand aan te stellen die instaat voor de coördinatie van het zorgaanbod: de **lokale SIT-coördinator** staat in contact met de zorgaanbieders en treedt ondersteunend op t.a.v. de zorgequipe en de eventuele zorgbemiddelaar van een patiënt. Hij/zij heeft niets te maken met de concrete zorgcoördinatie van de individuele patiënt..

Per SIT wordt bijvoorbeeld 0,5 tot 1 voltijds equivalent coördinator voorzien (met administratieve ondersteuning en werkmiddelen) om op deze wijze de slagkracht en de efficiëntie van de lokale thuiszorg te verbeteren.

c. Zorg-coördinatie rond de patiënt

Ten behoeve van de patiënt in een complexe zorgsituatie kan een patiënt-gericht **functioneel samenwerkingsverband** opgestart worden, zodat verschillende actoren - ook de mantelzorgers - in de zorgverlening kunnen betrokken worden. Voor minder zwaar zorgbehoevenden volstaat het dat meerdere betrokken zorgverleners de gewone verwijzingsdocumenten hanteren.

Bij patiënten waarbij het om een brede waaier van zorg gaat, is het nodig dat de betrokken zorgverleners meer intensief samenwerken. Dit kan o.m. gerealiseerd worden via **zorgbemiddeling**, zorgenplan en multidisciplinaire teamvergaderingen. De zorgbemiddelaar is een door de patiënt aangewezen zorgverstrekker (een vertrouwenspersoon) of mantelzorger die de werking van de betrokken hulpverleners op elkaar afstemt.

d. Samenwerking bij complexe zorgsituaties

De VGR dringt er op aan om de verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg, zoals erkend en gesubsidieerd in het kader van het besluit van de Vlaamse regering van 18 december 1998 (BS. 30.03.99), te integreren in de werking van de SIT.

e. Stimuleren en erkennen van samenwerking

Er hebben zich in de praktijk een aantal organisaties en modellen, die kunnen bijdragen tot de realisatie van een betere samenwerking op de eerste lijn, ontwikkeld. Sommige daarvan worden momenteel niet erkend door de overheid. De VGR stelt bij wijze van voorbeeld voor om o.a. Huisartsenkringen, wachtkringen van huisartsen, Kringen van kinesitherapeuten, multidisciplinaire wijkgezondheidscentra, enz. te erkennen. Deze erkenning kan een basis vormen voor een gespreksplatform rond de positionering van deze samenwerkingsverbanden in het gezondheidsbeleid.

f. Signalen naar andere beleidsniveaus

De VGR adviseert deze nota als basis voor gesprek te gebruiken met andere bevoegde beleidsniveaus, in de eerste plaats met het federale ministerie van Volksgezondheid.

II. Achtergrond

A. Inleiding

De onmiddellijke aanleiding voor het formuleren van dit advies was de goedkeuring door de Plenaire Vergadering van het 'advies m.b.t. het voorstel van decreet houdende de organisatie en subsidiëring van wijkgezondheidscentra' op 20 april 1999. In het licht hiervan vindt de VGR het belangrijk om, steeds opnieuw, de koppeling met dit advies te maken.

B. Methodiek

De werkgroep 'Samenwerking in de eerste lijn' telt **12 leden**: dhr. prof. dr. J. P. Baeyens (voorzitter), mevr. C. Boonen, mevr. L. Decaluwe, dhr. prof. dr. J. De Maeseneer, mevr. M. Detiege, mevr. M. Raedt, mevr. dr. H. Roels, mevr. E. Strubbe, dhr. M. Tack, dhr. dr. B. Van Daele, mevr. R. Van Overvelt, en dhr. dr. E. Wauters.

Mevr. K. Colaert volgde het proces van adviesformulering als inhoudelijke medewerker.

De werkgroep kwam, met het oog op het uitwerken van dit advies, voor het eerst samen op 16 november 1999. In totaal werd **7 keer vergaderd**¹. Tussendoor heeft de werkgroep ook een aantal bedenkingen geformuleerd t.a.v. de conceptnota van minister Aelvoet inzake 'Ondersteuning en structurering van de eerste lijn: de essentiële component in de gezondheidszorgorganisaties'².

C. Resultaten

1. Beschouwingen en keuzes

a. Begripsomschrijving

De eerste lijn bevindt zich **tussen niet-professionele hulpverleners** (de zogenaamde nulde lijn: mantelzorg, lekenzorg en lekenadvies) enerzijds **en de specialistische hulpverleners** (tweede en derde lijn) anderzijds. Van de eerste groep onderscheidt zij zich door het professionele karakter en van de tweede door een generalistische (en continue) aanpak.

De eerstelijnszorg heeft **een eigen identiteit**. De eerstelijnszorg wordt gekenmerkt door een lage toegangsdrempel en nabijheid bij de dagelijkse bekommernissen van mensen. Hierdoor worden problemen die zich (mogelijks zouden kunnen) stellen snel ontdekt en goed begeleid of verholpen.

Eerstelijnsgezondheidszorg houdt meer in dan zorg en behandeling van mensen met acute of chronische aandoeningen. Het betreft **evenzeer gezondheidsbevordering en ziektepreventie**.

De eerste lijn groepeerd twee verschillende werkvormen: een aantal meer gestructureerde voorzieningen en een aantal initiatieven van meer individuele aard. De meer **gestructureerde initiatieven** hebben o.a. betrekking op diensten voor thuisverpleegkunde, uitleendienst, diensten maatschappelijk werk, diensten voor ziekenvervoer, psychiatrische thuisverzorging, diensten voor gezins- en bejaardenhulp, poetsdiensten en maaltijdbedeling. Tot de meer **individuele initiatieven** behoren een aantal beroepsgroepen, zoals huisartsen, tandartsen, verpleegkundigen vroedvrouwen, kinesitherapeuten, apothekers, pedicuren, logopedisten, enz. Binnen sommige van deze beroepsgroepen zien we vandaag ook samenwerking (associaties, groepspraktijk, enz.).

Vaak worden eerstelijnszorg en ambulante zorg gebruikt om één en hetzelfde fenomeen aan te duiden. Maar er is een onderscheid. **Ambulante zorg** staat voor alle zorg die wordt aangeboden

¹ Respectievelijk op 16/11/1999, 22/12/1999, 19/01/2000, 09/02/2000, 15/03/2000, 05/04/2000, 31/05/2000.

² Zie ook het VGR-advies van 04/2000 'Bedenkingen bij de conceptnota van minister Aelvoet, Ondersteuning en structurering van de eerste lijn'.

buiten het verblijf in het ziekenhuis (inclusief ambulante specialistische zorg, labo-onderzoeken, enz.). **Eerstelijnsgezondheidszorg** is een onderdeel van ambulante zorg.

b. Uitgangspunten

1) Keuzevrijheid van de patiënt

Om te vermijden dat keuzevrijheid een theoretisch concept zou blijven, moet op de eerste plaats **toegankelijkheid** tot zorg- en hulpverlening gewaarborgd worden. De beste garantie voor een directe en gelijke toegankelijkheid³ is een sterk uitgebouwde eerste lijn.

Vrije keuze van zorgverstrekker door de patiënt is aldus een rode draad doorheen het gehele gezondheidszorgsysteem: in functie van de vertrouwensrelatie arts-patiënt en de historische realiteit, moet maximale keuzevrijheid van de patiënt gewaarborgd worden.

Keuzevrijheid **mag** echter **niet leiden tot 'medical shopping'**⁴. De keuzevrijheid kan daartoe eventueel gestroomlijnd worden om inadequaat gebruik van voorzieningen te beperken (bijv. aan de hand van stimuli: financiële, maar evenzeer bewustwordingsprogramma's en promotiecampagnes). Binnen de echelons moet de keuzevrijheid zo breed mogelijk zijn, maar gelijktijdig, los van elkaar, consulteren van meerdere zorgverleners van dezelfde discipline, wordt ontraden.

2) Subsidiariteit

Binnen de structuur van gezondheidszorg is **subsidiariteit** een belangrijk beginsel: *'wat op een eenvoudig niveau kan opgelost worden, wordt bij voorkeur daar opgelost'*. Zo wordt in de eerste plaats de **autonomie van de patiënt** nagestreefd (o.a. via zelfzorg-ondersteuning).

Ongeveer 85% à 90% van de gezondheidsproblemen die zich aanmelden in een doorsnee huisartsenpraktijk, kunnen opgelost worden in een eenvoudige eerstelijnsregie, d.i. binnen de setting die nu bestaat. Uit onderzoek blijkt dat zes procent van de contacten in een modale huisartspraktijk een specialistische verwijzing vergt⁵. **Ongeveer 10% à 15% van de case-load in de huisartspraktijk vraagt om een meer complexe zorgorganisatie..**

3) De patiënt staat centraal

De (zwaar zorgbehoevende) patiënt en zijn levenskeuzen staan centraal. Elke zorgvraag, elk probleem, en elke interventie moet geplaatst worden in de totaliteit van een unieke persoon en zijn context. Daartoe is het realiseren van een algemene opvang binnen het eigen leefmilieu, waarin alle aspecten van gezondheidsproblemen een eerste benadering en meestal ook een oplossing vinden, aangewezen.

Continuïteit van hulpverlening is hierbij essentieel. Het omvat het aspect decentralisatie van de zorg, d.w.z. de zorg zo dicht mogelijk bij de dagelijkse leefomgeving van de patiënt aanbieden. Het vergt enerzijds een **permanente beschikbaarheid** (waarbij rekening wordt gehouden met de eigenheid van de hulpvrager en de hulpverlener), **en** anderzijds de **begeleidende aanwezigheid** van professionele zorg en mantelzorg **in het volledige gezondheidsproces**.

³ Het is niet realistisch te stellen dat oneigenlijk gebruik van diensten of voorzieningen (bijv. spoedafdeling in een ziekenhuis) opgelost kan worden door het anders organiseren van de eerste lijn alleen. De eerstelijnsdiscipline moet daartoe **in overleg treden met** de meer gespecialiseerde disciplines.

⁴ Veel patiënten raadplegen verscheidene artsen, zowel huisartsen als specialisten, voor eenzelfde aandoening. Elk van deze artsen onderzoekt de patiënt dan vanuit het oogpunt van zijn discipline. Zo wordt een alomvattende benadering onmogelijk en de patiënt loopt verloren in het overvloedig en ingewikkeld aanbod in de gezondheidszorg.

⁵ Uit een registratie-onderzoek bij 94 huisartsen, waarbij 5.478 contacten werden geregistreerd, bleek dat de huisarts in 5,8% van de contacten de patiënt verwees naar de medisch-specialist. 1% van de contacten gaf aanleiding tot opname in het ziekenhuis (De Maeseneer, 1989:177) (zie ook bijlage 5).

4) Globale en integrale zorgverlening

Bovenstaande benadering van zorg veronderstelt tevens **een globale** (curatieve en preventieve, palliatieve en revaliderende) **en integrale** (somatische, psychische en sociale) **aanpak** van de gestelde gezondheidsproblemen.

5) Gerichtheid op de leefcontext en de gemeenschap

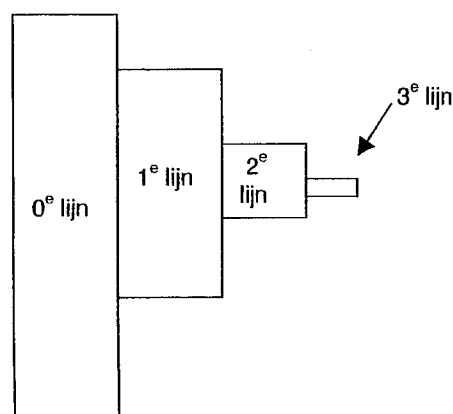
Zorg op de eerste lijn moet gericht zijn op de **directe leefomgeving** van de patiënt en de bredere **gemeenschap**. Dit brengt met zich mee dat de overheid een zekere mate van territorialiteit in dit model dient te stimuleren⁶: verschillende regionale indelingen moeten op een samenhangende manier verankerd worden, waarbij grotere eenheden de grenzen van kleinere entiteiten respecteren.

6) Organisatiemodel

Het principe achter de organisatie van zorg, zoals in bovenstaande uitgangspunten aangegeven, is **'samenwerking en solidariteit, binnen een proces van specialisatie, waarbij de patiënt centraal staat'**. Dit principe kan visueel voorgesteld worden aan de hand van drie complementaire figuren.

De eerste figuur geeft aan hoe de *kwantiteit van zorg* zich situeert binnen de verschillende specialisaties van zorg. De tweede laat zien hoe de *instroom* in de hulp- en zorgverlening best gebeurt: de gespecialiseerde zorgaanbieder treedt ondersteunend op t.a.v. minder gespecialiseerde niveaus (d.i. als de mantel- en zelfzorg niet meer aan de zorgbehoefte tegemoet kunnen komen, moet de eerste lijn optreden). De derde figuur geeft aan hoe de gezondheidszorg *functioneel* best georganiseerd worden.

Figuur a: kwantiteit van de zorg (case-load)

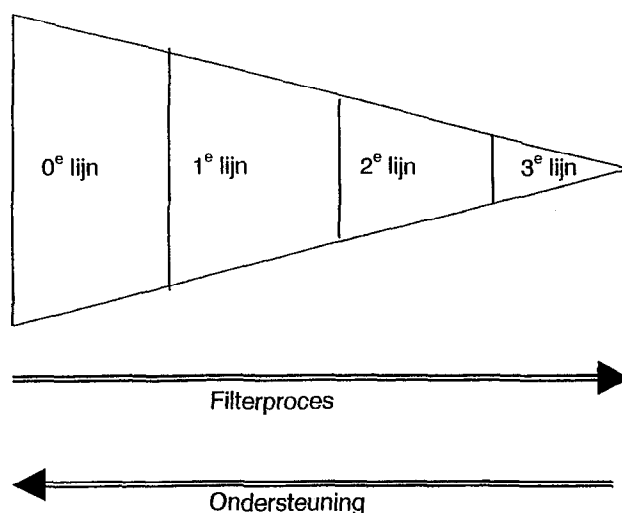


Het grootste aandeel van de zorgverlening gebeurt op de nulde lijn. Het is daarom belangrijk om, tijdens het hele debat inzake samenwerking op de eerstelijns, ***mantelzorg als zorgvorm***⁷ **niet uit het oog te verliezen** – en mantelzorgers zelf mee in het debat te betrekken. Het is noodzakelijk dat mantelzorgers, indien nodig, kunnen steunen op de expertise van de eerste lijn.

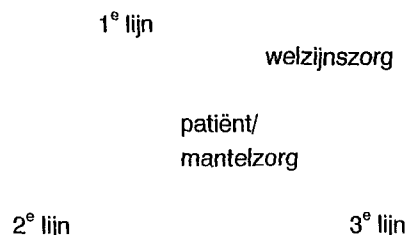
Figuur b: Instroom

⁶ Anderzijds moet men er ook voor waken dat, door een sterk doorgevoerde territorialiteit, de samenwerkingsverbanden die in de huidige situatie spontaan ontstaan niet in de kiem gesmoord worden. Een betere territoriale structuur is nodig, maar de manier waarop die gerealiseerd wordt, moet mede van onderuit gestuurd kunnen worden.

⁷ Er moet aandacht zijn voor zowel zorg dóór mantelzorg als zorg vóór mantelzorg



Figuur c: Functionele samenwerking



2. Principes van zorgorganisatie en samenwerking⁸

In de bestaande organisatie van zorg worden een aantal problemen ervaren m.b.t. het opvangen van mensen in de thuissituatie. Het creëren van nieuwe, of versterken van bestaande structuren en coördinatie, kan daarop een antwoord bieden. Maar het is niet het enige antwoord. Men dient immers in eerste instantie na te gaan of het aanbod op de eerste lijn toereikend is (capaciteitsvraagstuk). Dit is een prioritaire voorwaarde om tot een betere organisatie van de eerste lijn te kunnen komen.

a. Optimalisatie van de coördinatie

Het is belangrijk aandacht te besteden aan de manier waarop de patiënt zijn weg vindt binnen het aanbod van zorg, rekening houdend met het principe van de vrije keuze van de patiënt. Er kan daarbij een onderscheid gemaakt worden tussen instroom en doorstroom.

Instroom staat voor de manier waarop de hulpvraag in het zorgnetwerk terechtkomt. **Doorstroom** heeft betrekking op 'waarheen' en 'hoe' problemen van zorg versluisd worden en wat hierbij de randvoorwaarden zijn (d.i. het verwijsnetwerk⁹).

⁸ Voor een grafische voorstelling hiervan wordt verwezen naar bijlage 1.

⁹ Hierbij is speciale aandacht voor daling van kwaliteit wegens gebrek aan doorstroming van dossiergegevens nodig (bijv. kostbare tijd kan verloren gaan).

Er zijn twee complementaire vormen van instroom¹⁰: een *instroom 'gezondheid'* en een *instroom 'welzijn'* (zie bijlage 2). Ze hebben beiden hun eigen verwijfsnetwerken, maar het is belangrijk dat ze alletwee goed op elkaar aansluiten.

Om beide instromen goed te laten verlopen en coördinatie te optimaliseren, wordt gepleit voor een **centralisatie van data**: het lijkt wenselijk dat, in de coördinatie van zorg, het globaal medisch dossier van de huisarts als centraal gegeven wordt opgenomen, waarin o.a. ook genoteerd wordt welke andere zorg- of hulpverlening bij de patiënt gebeurt. Daarnaast is het aangewezen om, in voorkomend geval, ook te vermelden wie de zorgbemiddelaar van de patiënt is.

Deze centralisatie van gegevens mag geenszins een supplementaire administratieve en juridische verantwoordelijkheid voor de huisarts met zich meebrengen. Deze databank betreft in hoofdzaak **verwijzingen naar data** die beschikbaar zijn bij andere hulpverleners die bij de patiënt aan huis komen (bijv. verplegingsdossier, globaal sociaal dossier, enz.)¹¹.

b. Organisatie per regio: coördinatie van overleg

1) Informatie-coördinatie

Het is belangrijk dat er **een 'plaats' (virtueel) is waar alle informatie over het zorgaanbod wordt samengebracht**. Men kan er, 24 uur op 24 uur, te weten komen voor 'welke' zorgen men 'waar' terecht kan. Het is van essentieel belang dat deze informatie gemakkelijk en snel ter beschikking kan gesteld worden.

De know-how (d.i. een sjabloon) terzake kan geleverd worden door de Vlaamse Gemeenschap. Dit algemeen kader moet dan in een volgende stap concreet ingevuld worden **in functie van elk werkgebied**, bijv. door de SITs, op een voor dat werkgebied specifieke **internetsite**. Hierbij kan vruchtbaar gebruik gemaakt worden van de ervaring die hieromtrent werd opgebouwd in het plaatselijk en regionaal welzijnsoverleg. Tevens biedt samenwerking met bestaande initiatieven (sociale kaart, lokale welzijnsgidsen, enz.) hier mogelijkheden.

2) De lokale SIT-coördinator

Voor complexe zorgsituaties binnen de eerste lijn is het aangewezen om per werkgebied, binnen het kader van de SITs, iemand aan te stellen die instaat voor de coördinatie van het zorgaanbod (een eerste inschatting leert dat per regio van 25.000 inwoners een case-load van 50 à 75 patiënten normaal lijkt om de zorgvraag te kunnen beantwoorden. Het zou wenselijk zijn om via onderzoek deze 'case-load' te preciseren via onderzoek.

Per SIT wordt bijvoorbeeld 0,5 tot 1 voltijds equivalent coördinator voorzien (met administratieve ondersteuning en werkingsmiddelen) om op deze wijze de slagkracht en de efficiëntie van de lokale thuiszorg te verbeteren.

Een lokale SIT-coördinator **staat op de eerste plaats in voor het optimaal verloop van de coördinatie van het zorgaanbod** in overleg met de verschillende betrokken partijen, en is daarop aanspreekbaar. Hij/zij ziet erop toe dat zorgverlening plaatsvindt – daarbij is contact met de vertrouwenspersoon van de patiënt (bijv. de zorgbemiddelaar) mogelijk maar niet noodzakelijk¹².

De SIT-coördinator staat in contact met de zorgaanbieders. Daartoe is het belangrijk dat de persoon die deze functie vervult **professioneel deskundig en structureel onafhankelijk is van het zorgaanbod**. Hij is een 'zorgmakelaar' die op de 'welzijnsmarkt' goederen en diensten zoekt,

¹⁰ Het afzonderlijk vermelden van beide soorten instroom is eerder conceptueel. In realiteit zijn beide vormen sterk verweven. Het is hier bijgevolg niet te bedoeling om 2 verschillende loketten te creëren.

¹¹ Het gaat m.a.w. niet om een bijkomende inventarisatie.

¹² Concrete taken van de lokale SIT-coördinator zijn: preventief optreden, activerend werken naar organisaties toe, noden detecteren, zorgverleners bij elkaar brengen.

verzamelt, signaleert en op elkaar afstemt¹³, maar die verder niets te maken heeft met de uitvoering van activiteiten van de zorgverlening.

Deze SIT-coördinator moet beschikken over **voldoende organisatorische, agogische en communicatieve vaardigheden** (niveau A1 of universitair).

c. Organisatie per patiënt: coördinatie van zorg

1) Flexibele patiëntgerichte functionele samenwerkingsverbanden

Functionele samenwerkingsverbanden maken het mogelijk dat, gelijk waar de instroom plaatsvindt, verschillende actoren betrokken worden in de zorgverlening: ten behoeve van een concrete patiënt wordt - indien nodig - een **flexibel patiëntgericht samenwerkingsverband** opgericht.

Deze ad hoc samenwerkingsverbanden zullen steeds een andere samenstelling hebben, in functie van de noden van een bepaalde patiënt.

Voor minder zwaar zorgbehoevende patiënten volstaat het dat meerdere betrokken zorgverleners de gewone verwijzingsdocumenten en procedures hanteren. Voor zwaar zorgbehoevende patiënten is het daarentegen aangewezen dat betrokken zorgverleners met elkaar in contact komen door samen rond de tafel te zitten (multidisciplinair team-overleg¹⁴, met - ter ondersteuning - bijv. het communicatieschriftje (niet bindend)).

2) Zorgbemiddelaar

Bij patiënten waarbij het om een brede waaier van zorg gaat (complexe zorgproblematiek, waarbij de medische context vaak overschreden wordt) is het nodig dat de betrokken zorgverleners – ook de mantelzorgers - elkaar effectief ontmoeten. Dit kan o.m. gerealiseerd worden via zorgbemiddeling. Een **zorgbemiddelaar** is de door de patiënt aangewezen zorgverstrekker (een vertrouwenspersoon) of mantelzorger, die de werking van de partners op elkaar afstemt via het opstellen van een zorgenplan¹⁵. Deze functie moet m.a.w. ingevuld worden door iemand die heel dicht bij de patiënt staat. Het moet een **vertrouwenspersoon** van de patiënt zijn. Vaak zal het één van de betrokken zorgverleners zijn. In eerste plaats is hij bondgenoot of medestander van de patiënt.

Zijn/haar taak bestaat erin de opgebouwde organisatie van zorg systematisch bij te sturen in functie van de noden van de patiënt. Hij/zij doet dit ad-hoc en 'casus-gebonden' - in tegenstelling tot de lokale zorgcoördinator. Wel opereert de zorgbemiddelaar - indien gewenst of nodig - in nauw overleg met de SIT-coördinator¹⁶.

3) Globaal medisch dossier

Het globaal medisch dossier (GMD) is een functionele en selectieve verzameling, beheerd door de huisarts, van relevante administratieve (identificatie), sociale, psychische en medische (fysische) gegevens van een bepaalde patiënt, met als doel bruikbaar te zijn voor een optimale preventieve en curatieve gezondheidszorg voor deze patiënt¹⁷.

¹³ De SIT-coördinator staat niet in rechtstreeks contact met de patiënt. Wel met de zorgbemiddelaar en de eerste lijn (bijv. de huisarts).

¹⁴ Ook eventuele mantelzorgers behoren tot dit team.

¹⁵ Het zorgenplan gaat uit van de doelstellingen van patiënt en hulpverlener, en vormt een instrument voor afstemming en coördinatie van zorg op maat.

¹⁶ Omdat de taak van zorgbemiddelaar wordt opgenomen door een zorgverlener met vaak een voltijdse functie, moet deze op elk moment kunnen terugvallen op de kennis van de lokale SIT-coördinator.

¹⁷ Wat 'informatisering' als instrument tot bevordering van samenwerking betreft, is het in de eerste plaats aangewezen linken te leggen met de fora die hier reeds rond werken, zoals bijv. de werkgroep EMDMI (federaal ministerie van Volksgezondheid).

3. Financiering

Hoewel de financiering van de curatieve gezondheidszorg niet tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap behoort, vindt de VGR het aangewezen om een aantal **uitgangspunten rond financieringsmechanismen** te formuleren.

a. Vaststellingen

De taken op de eerste lijn voor de verschillende hulpverleners zijn vaak zeer complex. Een algemene stelling is dan ook dat 'een complexe taak om een complex financieringsmechanisme vraagt'. Het is wellicht **niet mogelijk om de zeer verscheiden opdrachten via één mechanisme te betalen**. Er moet ook aandacht zijn voor een aantal extra taken die momenteel wel uitgevoerd maar niet of weinig betaald worden.

b. Wetenschappelijke evidentie

Intussen is in de wetenschappelijke literatuur enige duidelijkheid over de 'wetenschappelijke evidentie' van de **werkzaamheid van bepaalde financieringsmechanismen in relatie tot het bereiken van specifieke doelstellingen**. In december 1997 kwamen 57 experts uit 56 verschillende landen samen in Cambridge om na te denken over 'Physician Funding Systems' (Brown et al, 1999). De conclusies van één van de werkgroepen tijdens deze bijeenkomst kan als volgt worden samengevat:

1. Geen enkele betalingswijze afzonderlijk kan op een eenvoudige wijze de **complexe opdracht** zoals die op de eerste lijn o.a. door huisartsen wordt gerealiseerd, betalen.
2. De **basis** van het financieringssysteem kan best een al dan niet gewogen '**capitation**' zijn.
3. **Bovenop deze basisfinanciering**, kunnen **specifieke betalingsvormen** zoals 'sessional payment', betaling per prestatie, 'target payment' worden toegevoegd om eerstelijnsgezondheidswerkers te motiveren om de taken die zij opnemen beter te realiseren. In het bijzonder kan 'target payment' bijdragen tot het stimuleren van de kwaliteit en de realisatie van specifieke gezondheidsdoelstellingen.
4. Wijzigingen in de structuren en financiering van een eerstelijnsgezondheidszorgsysteem zal ten dele **effecten** hebben **op de medische opleiding**.
5. Een betalingssysteem dient er hoe dan ook in te slagen om **kwaliteitsvolle en gemotiveerde hulpverleners**, die willen bijdragen tot het tegemoetkomen aan de gezondheidsnoden van de bevolking, te selecteren (Brown et al, 1999: 92).

In elk geval is het duidelijk dat het creatief nadenken over een **differentiëring in het betalingsmechanisme**, mogelijkheden creëert om een aantal doelstellingen op verschillende niveaus (de incidentele zorg, de continue zorg, de preventieve zorg, enz.) beter te realiseren.

4. Concrete beleidsvoorstellen¹⁸

De voorgestelde hervormingen kunnen pas succesvol worden doorgevoerd als ze ondersteund worden door een aantal noodzakelijke randvoorwaarden en beleidsmaatregelen.

¹⁸ Dit advies wil een aanzet geven tot betere samenwerking op de eerste lijn. Enkele punten dienen evenwel verder uitgediept te worden. De VGR vindt het daarom aangewezen om een bijkomend advies te formuleren, waarin een aantal elementen geconcretiseerd worden. Voor de bespreking hiervan wordt verwezen naar bijlage 6.

a. Adequaat zorgaanbod: het capaciteitsvraagstuk

Het is van essentieel belang te weten wat bepalend is voor het feit of mensen al dan niet in de eerste lijn opgevangen worden. De cruciale vraag daarbij is of het aanbod voldoet aan de vraag. De VGR meent dat dit niet het geval is en stelt dat het versterken van coördinatie en structuren gepaard moet gaan met het realiseren van de noodzakelijke capaciteit (bijv. in de gezinszorg).

b. Samenwerking bij complexe zorgsituaties

Wat betreft de thuisgezondheidszorg dient de structuur en werking van de samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg (LSI/SIT) stevig te worden uitgebouwd. De VGR dringt er hierbij in eerste instantie op aan dat de verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg, zoals erkend en gesubsidieerd in het kader van het besluit van de Vlaamse regering van 18 december 1998 (BS. 30.03.99), geïntegreerd worden in de werking van de SIT.

De VGR stelt voor om per SIT een lokale coördinator aan te stellen die bij complexe zorgsituaties instaat voor het optimaal verloop van de zorg, in overleg met de verschillende betrokken partijen. De SIT-coördinator treedt ondersteunend op t.o.v. de zorgequipe en de zorgbemiddelaar.

c. Territoriale afstemming

De VGR pleit, conform haar advies *'Krijtlijnen voor de uitbouw van een preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen met bijzondere aandacht voor de rol van de huisarts'* (12/1997), voor een duidelijke territoriale afstemming zowel binnen de sector 'welzijn' als binnen de sector 'gezondheid' (inclusief de geestelijke gezondheid). Uit de VGR-studie *'Een territoriale benadering in de gezondheidszorg'* (Buellens, Van Loon en Heyrman, 1998), blijkt dat deze afstemming, alleen al in de sector gezondheidszorg, in de huidige situatie niet optimaal is.

Netwerkvorming moet m.a.w. zo efficiënt mogelijk geïmplementeerd worden. Leidend principe hierbij zou moeten zijn dat 'een hoger niveau van territoriale samenwerking, de grenzen van de lagere niveaus respecteert'.

Het is wenselijk een 'task-force' op te richten om deze afstemming te realiseren. De provincies lijken het niveau waarop deze afstemming kan gebeuren (terreinkennis, reeds bestaande oefeningen rond Logo's, palliatieve netwerken, enz.).

c. Stimuleren en erkenning van bestaande samenwerkingsverbanden

De VGR adviseert de minister om initiatieven die zich op het terrein ontwikkelen, en die te maken hebben met verbetering van de samenwerking (tussen disciplines, binnen disciplines, enz.) te erkennen. Bij wijze van voorbeeld (niet limitatief) stelt de VGR de minister voor om over te gaan tot erkenning van 'huisartsenkringen', wachtkringen van huisartsen, de erkenning van 'wijkgezondheidscentra', de erkenning van kinesistenkringen. Ook de wachtkringen, nu reeds erkend, voeren vaak meer taken uit dan waarvoor de erkenning geldt.

Deze erkenning kan een basis vormen voor een gespreksplatform rond de positionering van deze samenwerkingsverbanden in het gezondheidsbeleid.

d. Afstemming curatieve – preventieve sector

De VGR pleit voor een finale afstemming van de structuren in het kader van de zorgverlening, met preventieve structuren. Zo is het duidelijk dat de samenwerkingsinitiatieven thuiszorg moeten articuleren met Logo's, palliatieve netwerken, netwerken in de geestelijke gezondheidszorg, enz. Tevens is afstemming noodzakelijk met de binnen het federale gezondheidsbeleid voorziene 'zorgregio's'.

e. Samenwerking op lokaal niveau

Teneinde de doelstelling van **samenwerking op lokaal niveau** te bevorderen, kunnen twee soorten initiatieven behulpzaam zijn:

- a)** het stimuleren van de oprichting van Plaatselijk Welzijns- en gezondheidsoverleg (PWO), waar alle hulpverleners uit een beperkt territoriaal gebied (een wijk, buurt, dorp,...) elkaar regelmatig ontmoeten om op deze wijze een plaatselijk netwerk te vormen (bijv. bespreken hoe men in crisissen met elkaar omgaat, stellen van een 'maatschappelijke diagnose' van bepaalde gezondheidsproblemen, enz.);
- b)** het ter beschikking stellen van een voortdurende aan te passen data-bank, per territoriale entiteit, waar gegevens m.b.t. hulpverleningsdiensten in de buurt te vinden zijn (een soort 'electronische sociale kaart' op lokaal niveau).

f. Opleiding

Ter ondersteuning van het oprichten van nieuwe structuren en coördinatie is het noodzakelijk dat eerstelijns werkers een **basisattitude inzake samenwerking** aanleren. Daartoe is het belangrijk dat bovenstaande visie op de organisatie van gezondheidszorg reeds wordt meegegeven tijdens de opleiding en dat de noodzakelijke attitude en vaardigheden voor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden worden verworven.

Goedkeuring Plenaire vergadering

Dit advies werd voorbereid door de VGR-denkgroep 'Samenwerking in de eerste lijn' en werd goedgekeurd tijdens de Plenaire Vergadering van 20 juni 2000.

Goedkeuring Bureau

Het Bureau heeft zich op 27 juni 2000, bij wijze van eindadvies, bij het advies van de Plenaire Vergadering aangesloten.

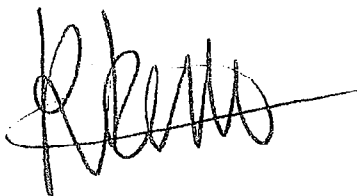
Gedaan te Brussel op 27 juni '00

De secretaris

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Ria Vandenreyt', with a long horizontal stroke extending to the right.

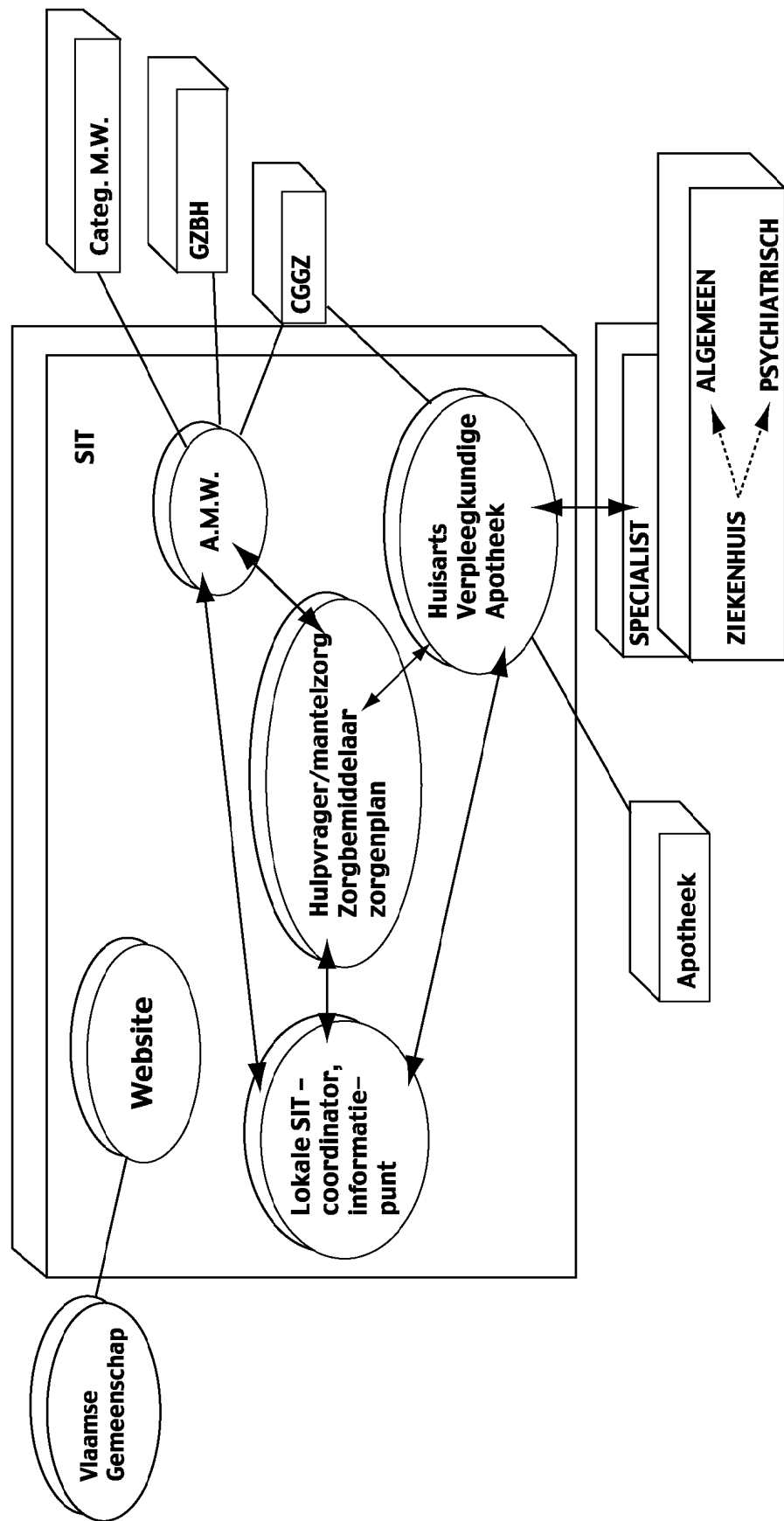
Ria Vandenreyt

De voorzitter

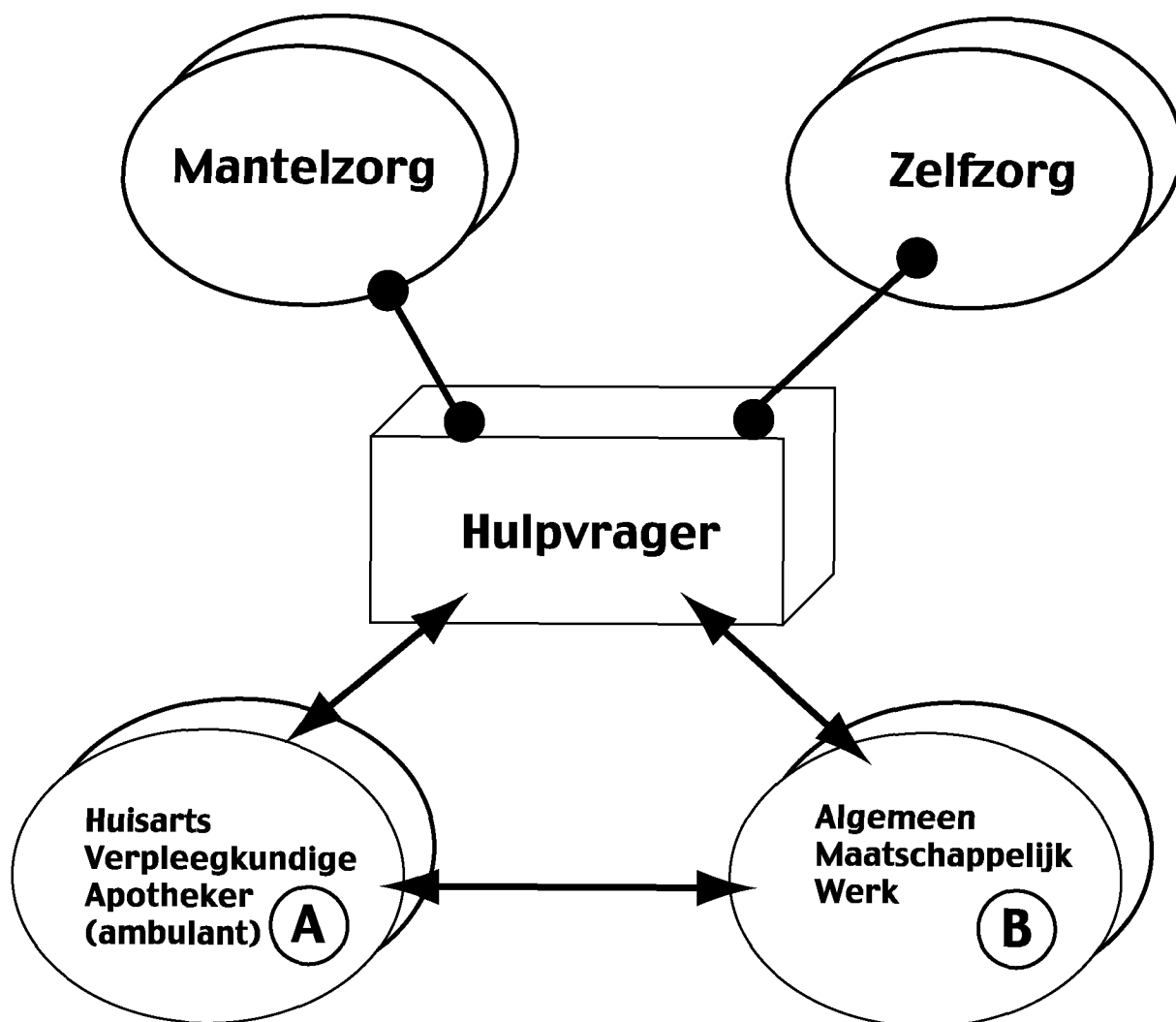
A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Katrien Kesteloot', with a long horizontal stroke extending to the right.

Prof. dr. Katrien Kesteloot

BIJLAGE 1 : ORGANISATIE SAMENWERKING BIJ COMPLEXE PROBLEMSITUATIES



BIJLAGE 2 : DE INSTROOM IN DE EERSTE LIJN



A

Instroom Gezondheid

B

Instroom Welzijn

- 1) De instroom gebeurt bij voorkeur op de eerste lijn.
- 2) Instroom in gezondheidszorg en instroom in welzijn moet gerelateerd zijn.

BIJLAGE 3: TYPOLOGIE VOOR SAMENWERKING BINNEN VOORZIENINGEN OP DE EERSTE LIJN

Er kunnen *een vijftal hoofdassen* aangereikt worden waarop elke voorziening kan gesitueerd worden.

a) Situeert de voorziening zich op de eerstelij, tweedelij, of derdelij?**b) Is de voorziening categoriaal of territoriaal georganiseerd?**

Categoriaal georganiseerde voorzieningen spitsen zich toe op een beperkte categorie van de bevolking (d.i. een doelgroep, zoals migranten, kinderen, kansarmen, enz.), los van geografische of territoriale grenzen. Voorzieningen die *territoriaal* georganiseerd zijn, hebben als doelstelling de bevolking van een bepaald grondgebied tot dienst te zijn, zonder zich grensoverschrijdend toe te spitsen op één bepaalde categorie van de bevolking.

c) Is de voorziening uni- of multidisciplinair (respectievelijk homogeen of heterogeen) van aard?

Unidisciplinaire samenwerkingsvormen betreffen de samenwerking tussen gelijksoortige voorzieningen. *Multidisciplinaire samenwerkingsvorm* daarentegen beschrijven een samenwerking tussen ongelijksoortige voorzieningen (d.i. multidisciplinaire samenwerking) (Van Windekens, e.a., 1998: 12).

d) Wat is de 'bandbreedte' van de voorziening?

Is er sprake van opvang van een breed scala van ongeselecteerde problemen, of ligt de focus van de voorziening op een beperkte problematiek.

e) Wat is het doel van de samenwerking waarbij de voorziening betrokken is?

Het doel van samenwerking kan betrekking hebben op zorgverlening, nascholing of belangenbehartiging, of een combinatie daarvan (Van Windekens, e.a., 1998: 12).

BIJLAGE 4: KNELPUNTEN IN DE ORGANISATIE VAN DE EERSTELIJNSZORG

De beslissing om al dan niet zorg te verlenen in de thuissituatie van de patiënt wordt veelal bepaald door de mate waarin het zorgaanbod toereikend is. Daarom is het noodzakelijk om **op de eerste plaats na te gaan of het zorgaanbod voldoet aan de vraag**. Pas als aan deze voorwaarde voldaan is, kan het nuttig zijn om middelen vrij te maken voor het versterken van bestaande, of oprichten van nieuwe structuren om de thuiszorg te bevorderen.

a) Inhoudelijke knelpunten

- ☐ Samenwerking is een term die vele ladingen dekt: gaande van advies, overleg tot intensieve samenwerking en netwerkvorming
- ☐ Er is nood aan duidelijke definiëring van concepten als eerstelijnsgezondheidszorg, ambulante zorg, echelonnering, functionele samenwerking, transmurale zorg, enz.

b) Organisatorische knelpunten**1. Het ontbreken van structurering en terreinafbakening**

- ☐ Op meso-niveau:
 - Het probleem van de verschillende omschrijvingen van het werkgebied op territoriaal en categoriaal vlak (bijv. het werkgebied van een huisartsenkring en de sector van thuisverpleging)
Het territorialiteitsbeginsel is belangrijk aspect binnen de analyse van knelpunten. In het recente verleden werden verschillende netwerken opgericht in de gezondheidszorg zoals de palliatieve netwerken, de Samenwerkingsinitiatieven Thuisverzorging (SiT's) en de LOGO's. Deze netwerken hebben een verschillende grootte en worden verschillend opgebouwd. De kleinere netwerken passen vaak niet binnen de grotere. Op sommige plaatsen wordt gelijksoortige dienstverlening door verschillende netwerken aangeboden. Op andere plaatsen ontbreken sommige soorten dienstverlening.
De uitdaging wordt dan al deze netwerken qua grenzen en inhoud in of op elkaar te doen passen. Coördinatie tussen voorzieningen is nodig om overlap en blinde vlekken te vermijden. Onderlinge afspraken tussen de medewerkers dienen ervoor te zorgen dat de verschillende soorten dienstverlening elkaar aanvullen in plaats van elkaar te beconcurreren. Samenwerking tussen medewerkers van verschillende voorzieningen en netwerken kan de kwaliteit van gezondheidszorg verbeteren (Beullens, 1998: 2).
Er zou een sturingsmechanisme moeten komen dat de verschillende actoren op de 'privé-markt' ertoe brengt zich zo te organiseren dat hun werkgebieden beter op elkaar afgestemd worden. Zo zou bijvoorbeeld één van de erkenningsvoorwaarden kunnen zijn dat men - zij het op middellange termijn - erin moet slagen het territorialiteitsbeginsel adequaat te implementeren.
 - Anderzijds moet erover gewaakt worden dat de structuren niet verlamdend werken en dat er voldoende aandacht is voor de werking
- ☐ Op micro-niveau:
 - Ontbreken de taakomschrijvingen en terreinafbakening tussen de verschillende disciplines bijv. maatschappelijk werker en psycholoog, gezinsverzorgende en verpleegkundige, ...
 - Blijft het moeilijk voor hulpverleners om duidelijk te vertrekken vanuit de doelstellingen van de patiënt en zijn/haar omgeving

2. Het ontbreken van modellen

- ☐ Er zijn weinig concrete samenwerkingsvormen aanwezig als voorbeelden voor nieuwe jonge samenwerkingsvormen
- ☐ De afwezigheid van 'experimenten-ruimte' en wetenschappelijk onderzoek rond samenwerking

3. Het ontbreken van methodieken

- ☐ Hulpverleners missen samenwerkingsvaardigheden
- ☐ Hulpverleners ervaren het gebrek aan vergadertechnieken en komen niet tot groepswerking

4. Het ontbreken van modaliteiten

- ☐ Bij samenwerking ervaart men onderbezetting van sommige disciplines, bijv. de gezinsverzorgenden
- ☐ Het tijdsgebrek van sommige hulpverleners kan erg remmend werken bij samenwerking
- ☐ Er is een gebrek aan de noodzakelijke infrastructuur voor samenwerking (gebouwen, vergaderlokalen, administratieve infrastructuur)
- ☐ Samenwerking vraagt administratieve ondersteuning

c) Institutionele knelpunten

- ☐ Het ontbreken van een planmatige aanpak en ondersteuning van experimenten vanuit de federale overheid; wel is er een eerste aanzet tot subsidiëring door de regionale overheid
- ☐ Er is niet altijd bereidheid¹⁹ tot ondersteunend optreden van de tweede lijn naar de eerste lijn toe, en vice versa; eerste en tweede lijn zijn rechtstreeks toegankelijk en staan concurrentieel t.o.v. elkaar opgesteld.
- ☐ Veel samenwerkingsvormen bevinden zich nog in een experimentele fase, wat hun een zwakke positie geeft in het geheel van de gezondheidszorg

d) Juridische knelpunten

- ☐ Het feit dat de meeste beroepen in de gezondheidszorg wettelijk geregeld zijn²⁰, kan een belemmering vormen voor samenwerking. Een verpleegkundige mag bijv. alleen in de wet opgesomde activiteiten uitoefenen.
- ☐ Het medisch beroepsgeheim wordt door sommigen aangewend om samenwerking af te wijzen. Het medische beroepsgeheim is echter geen belemmering voor samenwerking. De zwijgplicht bestaat niet tegenover collega's en andere gezondheidswerkers die gegevens nodig hebben om de patiënt te onderzoeken of verder te behandelen. Het is immers in het belang van de patiënt dat zijn gegevens vrij kunnen doorstromen in het preventieve en curatieve gezondheidscircuit. De (stilzwijgende) toestemming van de patiënt is hier doorslaggevend. De arts aan wie de gegevens worden doorgegeven, moet uiteraard betrokken zijn bij de diagnosestelling of de behandeling van de patiënt, en er mogen niet meer gegevens dan noodzakelijk worden doorgegeven.
- ☐ Wettelijke en deontologische opvattingen zoals die onder meer tot uiting komen in de (tucht)rechtspraak, kunnen een bezwaar vormen voor samenwerking
- ☐ Bij samenwerking blijft binnen een team steeds iemand eindverantwoordelijke voor een bepaalde handeling. Er is evenwel geen goed stelsel beschikbaar van klachtenbehandeling en klachtenbemiddeling om de patiëntenrechten afdwingbaar te maken. Dit dient dringend geregeld te worden.
- ☐ In de rechtsleer en de rechtspraak is er nu toch al meer duidelijkheid inzake patiëntenrechten. Patiëntenrechten zijn evenwel niet wettelijk geregeld. Binnen de sector van de gezondheidszorg vindt de noodzaak van een wettelijke regeling van de rechten van de patiënt steeds meer erkenning. Een wettelijke regeling moet zowel inhoudelijke als procedurele bepalingen bevatten.

¹⁹ ook ontbreken financiële en juridische stimuli

²⁰ uitoefening geneeskunde, uitoefening tandheelkunde, artsenijsbereidkunde, uitoefening van het beroep van vrouwvrouw, kinesitherapie, paramedische beroepen, verpleegkunde

e) Financiële knelpunten

- ☐ Er is een onderbetaling van bepaalde zorgen, cf. sommige verpleegkundige zorgen, preventieve zorgverlening
- ☐ Er is geen adequate financiële tegemoetkoming voor thuisgezondheidszorg in hoofde van de patiënt (thuisverzorging is voor de patiënt vaak duurder dan opname in het ziekenhuis)
- ☐ Naar de hulpvrager toe bestaan er nog financiële drempels voor bepaalde disciplines, bijv. de psycholoog, de diëtist (deze hulpverlening is niet opgenomen in het ziekenfondspakket en valt volledig ten laste van de patiënt), de kinesist (hoog remgeld, ...)
- ☐ De betaling per prestatie, als uniek financieringsmodel, heeft beperkingen zoals:
 - Betaling per prestatie stelt het ziekteconcept centraal en niet het gezondheidsconcept
 - Betaling per prestatie oriënteert naar een technische benadering zowel bij de huisarts als bij verpleegkundige en kinesist
 - Individueel-gericht, niet gemeenschapgericht
 - Belemmert samenwerking: verwijzing naar diëtist, maatschappelijk werk, CGG betekent inkomensverlies
 - Belemmert zelfzorg: de verpleegkundige die een patiënt leert zichzelf in te spuiten beperkt het inkomen van haarzelf of haar organisatie
- ☐ Het hospitalocentrisme van de financiering

f) Socio-culturele knelpunten**1. Hulpverleners**

- ☐ Nog niet alle hulpverleners staan positief t.o.v. samenwerking.
- ☐ Men stelt vast dat sommige attitudes, zoals paternalisme, concurrentiegeest en individualisme samenwerking bemoeilijken
- ☐ Het blijkt moeilijk in de praktijk – ook voor gemotiveerde hulpverleners – hun werkwijze ter discussie te stellen
- ☐ Hulpverleners worden ook onderling geconfronteerd met het probleem van de verzuiling: van elk soort dienstverlening bestaat vaak een christelijke, socialistische en liberale variëteit. Samenwerkingsafspraken worden daardoor erg omslachtig en tijdrovend.

2. Bevolking – hulpvragers

- ☐ De hulpvrager is niet voorbereid op samenwerking
- ☐ Voor de hulpvragers vormen samenwerkingsvormen, teams vaak nog een bedreiging omdat ze vrezen dat de persoonlijke band met de individuele hulpverlener erin verloren zal gaan
- ☐ Hulp bieden wordt nog steeds gezien als een individueel moment
- ☐ Er is een gebrekkig inzicht in het geheel van de voorzieningen, meer bijzonder een gebrekkige kennis van psycho-sociale voorzieningen
- ☐ Ook bij de hulpvragers speelt het probleem van de verzuiling een belangrijke rol

g) Knelpunten in en door de opleiding

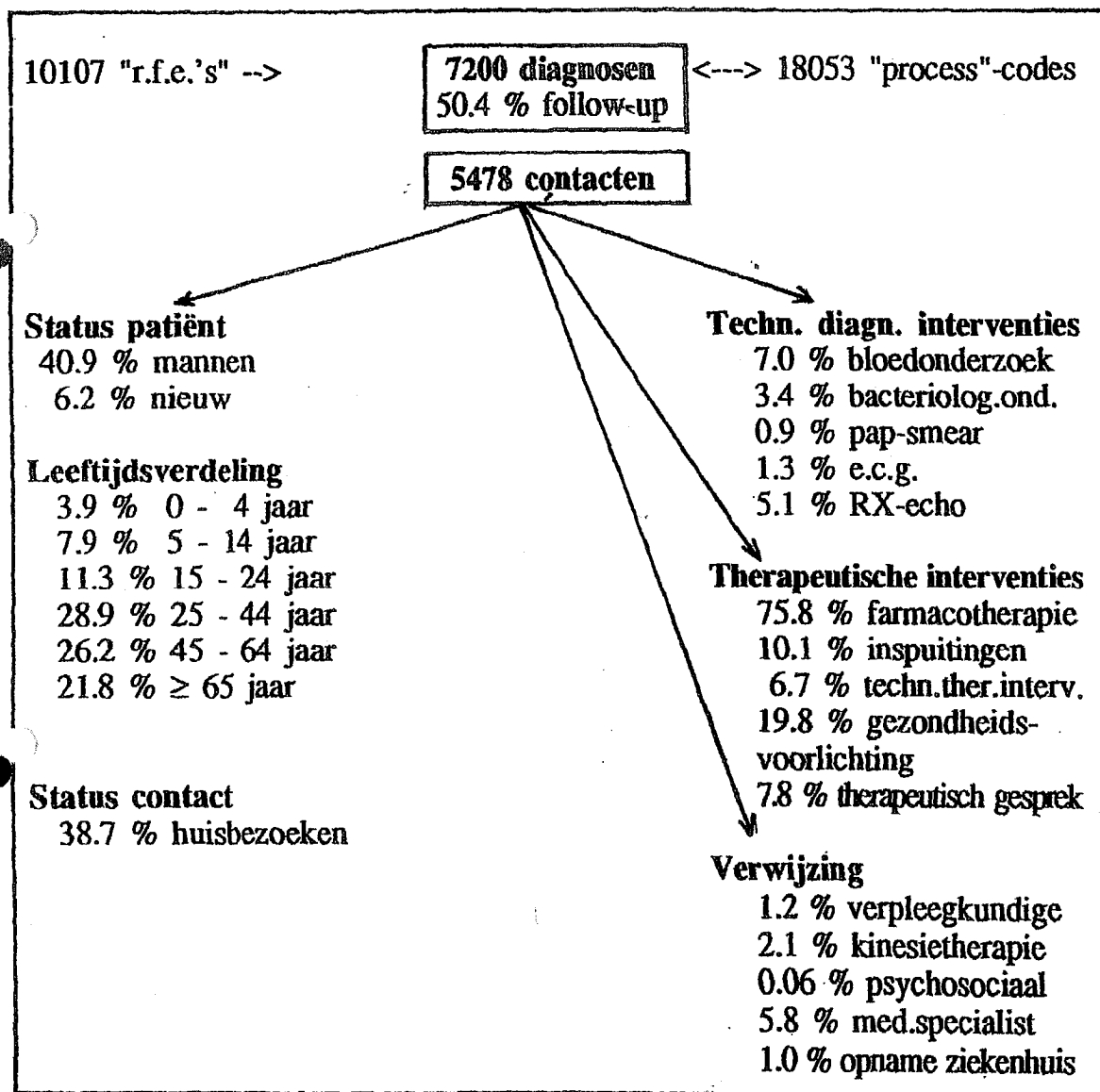
- ☐ De opleiding bereidt de hulpverlener weinig voor op een globale aanpak van problemen en interdisciplinair werken (onbekendheid met teamwerken)
- ☐ De opleiding beklemtoont nog steeds de individuele benadering
- ☐ De verpleegkundigen en kinesitherapeuten ervaren een gebrek aan positionering, en zijn nog hoofdzakelijk opgeleid in een ziekenhuissituatie
- ☐ De opleiding tot algemeen maatschappelijk werker in de eerste lijn is onvoldoende uitgebouwd

BIJLAGE 5

4.3. Samenvattend overzicht van de gegevens in verband met de arts-patiëntcontacten

Figuur 4.28. geeft een globaal overzicht van de gegevens in dit onderzoek (op contact-niveau).

FIGUUR 4.28. : GLOBAAL OVERZICHT VAN DE CONTACTEN



Het overzicht in figuur 4.28. geeft een beeld van de gang van zaken in de "gemiddelde huisartspraktijk" in ons onderzoek. In figuur 4.29. situeren we de rol van de huisarts bij de aanpak van de problemen ten opzichte van de tweede lijn.

BIJLAGE 6: THEMA'S WAARVAN UITDIEPING IN EEN VOLGEND ADVIES AANGEWEZEN IS

1. **Werking van de SITs:** sommige functioneren goed, andere niet. Het is belangrijk na te gaan wat daar de reden van is, en aan te geven hoe dit kan veranderen.
2. De **zorgenplannen**, als legitimering van de financiering, gehanteerd binnen de SITs, leiden soms tot een anomalie: in sommige gevallen worden deze plannen bijv. per post rondgestuurd van de ene medewerker naar de andere. Dit is een 'aanfluiting' van elke vorm van multidisciplinair overleg (het doel van een zorgenplan). Het is aangewezen de werking en het gebruik van het zorgenplan te evalueren (ook in functie van de financiering die eraan gekoppeld is)
3. Taak van de **SIT-coördinator** operationaliseren.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
CGGZ	Centra Geestelijke Gezondheidszorg
GMD	Globaal Medisch Dossier
DAC	Derde Arbeidscircuit
GH	Gezinshulp
LSI	Lokale Samenwerkingsinitiatieven
PVT	Psychiatrisch Verzorgingstehuis
PWO	Plaatselijk welzijnsoverleg
ROB	Rustoord voor bejaarden
RVT	Rust- en Verzorgingstehuis
SIT	Samenwerkingsinitiatieven Thuiszorg

LITERATUURREFERENTIES

BEULLENS, J., H. VAN LOON, J. HEYRMAN (1998) *Een territoriale benadering in de gezondheidszorg: probleemstelling en een eerste voorstel van een toetsingskader*. Rapport in opdracht van de Vlaamse Gezondheidsraad, ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 79 pp.

BROWN, S. ET AL (1999) *Physician funding and health care systems - an international perspective*. London, Royal College of General Practitioners, 1999, pag. 92.

BURGHGRAEVE, P., L. CALLEWAERT, J. DE MAESENEER (1999) *Casemanagement als methodiek in de ambulante sector gesitueerd in het kader van een zorgcontinuüm*. Rapport in opdracht van de Vlaamse Gezondheidsraad, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 85 pp.

DE MAESENEER, J. (1989) *Huisartsgeneeskunde: een verkenning. Een explorerend onderzoek bij huisartsen-stagebegeleiders aan de Universiteit Gent*. Gent, vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, pp. 177.

HEYRMAN, J., H. VAN LOON, J. DE LEPELEIRE (1999) *Conceptnota Huisartsgeneeskunde voor Vlaanderen*. Stuurgroep van het Leuven Centrum voor Eerstelijns Gezondheidszorg Ontwikkeling en Onderzoek, 25 pp.

VAN WINDEKENS, N., E.A. (1998) *Naar een continuüm van zorgvormen: de opdrachten en positie van zorgcircuits, netwerken en samenwerkingsverbanden*. Rapport in opdracht van de Vlaamse gezondheidsraad, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 134 pp.

WERKGROEP EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG (1983) *Horizontale samenwerking van de basisdisciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg*. Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 32 pp.

VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD (1999) *Advies met betrekking tot het voorstel van decreet houdende de organisatie en subsidiëring van wijkgezondheidscentra*. Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2 pp.

KINDEFFECTRAPPORT (10/03/2003)

KINDEFFECTRAPPORT

Betreft: voorontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders

1. Algemene omschrijving van het voorontwerp van decreet

Het voorontwerp van decreet waarover hier een kindeffectrapport werd opgesteld, is een voorontwerp van kaderdecreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen zorgaanbieders. Het gaat uit van de Vlaamse minister, bevoegd voor de gezondheid. Het decreet vormt de wettelijke basis voor concrete maatregelen die via uitvoeringsbesluiten moeten gerealiseerd worden.

Het voorontwerp van decreet beoogt een beter zorgverlening binnen de eerstelijnsgezondheidszorg aan te bieden waarbij wordt uitgegaan van het principe dat de zorg zich moet aanpassen aan de gebruiker en niet omgekeerd. Tevens wil dit voorontwerp van decreet ook de aanzet vormen tot het optimaliseren van de zorgprocessen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, en vooral bij complexe zorgsituaties, om aldus bij te dragen tot een kwaliteitsvolle zorg en bijgevolg ook tot een verhoging van de levenskwaliteit van de gebruiker en zijn nabestaanden. Deze optimalisatie kan gerealiseerd worden door de complementariteit van de verschillende actoren beter te benutten en door het stimuleren van overleg, taakafspraken, gegevensuitwisseling en netwerkvorming.

Er werd vastgesteld dat de monodisciplinaire organisatie van het zorgaanbod met alleenwerkende zorg- en hulpverleners meer en meer plaats ruimt voor georganiseerde samenwerkingsverbanden. Deze evolutie is niet enkel ontstaan vanuit de vraagzijde (de gebruiker) maar ook vanuit de aanbodzijde. Zorgaanbieders kiezen namelijk meer en meer voor een organisatie die hen toelaat hun professionele taken beter te combineren met hun gezins- en sociaal leven.

De eerstelijnsgezondheidszorg wordt subsidiair verleend in het kader van een zorgcontinuüm. Dit wil zeggen dat de zorg verleend wordt op het laagst mogelijk niveau dat voldoende kwaliteit waarborgt.

De eerstelijnszorg wordt gekenmerkt door twee soorten activiteiten: gebruikersgebonden activiteiten, die zich doorgaans op het niveau van de praktijkvoering situeren, en de activiteiten die eerder van organisatorische aard zijn, zij betreffen het afstemmen van de zorg op de noden van de zorg- en hulpvragers.

In het voorontwerp van decreet wordt de mogelijkheid voorzien om samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering te erkennen en te subsidiëren.

Een belangrijke hoeksteen van dit voorontwerp van decreet is de oprichting van Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's). Deze samenwerkingsinitiatieven overstijgen het praktijkniveau en richten zich vooral op de organisatorische activiteiten. Zij beogen een samenwerking te bevorderen tussen de verschillende actoren die rechtstreeks of onrechtstreeks bij de eerstelijnsgezondheidszorg binnen één zorgregio betrokken zijn. De SEL's functioneren op een kleinschalig niveau dicht bij de burger.

Bovendien voorziet het voorontwerp van decreet ook de mogelijkheid om partnerorganisaties te erkennen en te subsidiëren. Dit zijn organisaties met rechtspersoonlijkheid die kunnen optreden als expertisecentra omwille van één of meerdere specifieke competenties. Bijvoorbeeld: organisaties die blijk geven van een wetenschappelijke ingesteldheid en aldus werkmethoden aanreiken die een betekenisvolle bijdrage kunnen leveren aan een kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg.

2. Analyse van de effecten op kinderen

a) Werd bij de opstelling van het voorontwerp van decreet, *expliciet*, rekening gehouden met de bepalingen en beginselen van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind?

Neen, wel impliciet

Motiveer uw antwoord

Er werd rekening gehouden met de doelstellingen van het Verdrag inzake de Rechten van het Kind, maar op een meer impliciete wijze. De vier basisbeginselen, namelijk het belang van het kind, non-discriminatiebeginsel, recht op leven, overleven en ontwikkeling en het recht op participatie, zijn perfect toepasbaar op de basisvisie van het voorontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg. Artikel 3 van het voorontwerp van decreet bepaalt dat iedere persoon, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, van ras of gecaardheid en zonder onderscheid van zijn vermogenstoestand, recht heeft op een kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg en op een respectvolle behandeling en begeleiding.

Het voorontwerp van decreet is in de eerste plaats gericht op de zorgbehoevende in een thuisomgeving en op elke zorgaanbieder die rechtstreeks of onrechtstreeks bij deze thuiszorg betrokken is. Natuurlijk heeft het ook consequenties voor de naastbestaanden (familie, vrienden, ...) en is het decreet globaal gezien gericht op de Vlaamse bevolking in zijn geheel.

Ook wordt het belang onderstreept dat de gebruiker, en dus ook het kind, en de mantelzorgers maximaal betrokken wordt bij het multidisciplinair overleg en bij het opmaken van het zorgplan.

*b) Welke domeinen worden door de beslissing beïnvloed? Wat zijn de te verwachten effecten voor kinderen op die domeinen? Wat is het verschil met de effecten op volwassenen?
Motiveer uw antwoord.*

☐ Gezin

Het voorontwerp van decreet heeft invloed op het domein gezin. Dit voorontwerp van decreet faciliteert de thuiszorg en bouwt de eerstelijnsgezondheidszorg verder uit, waarbij de 'zorg aan huis' dus in de leefomgeving van de betrokkene zelf, een belangrijk facet is. Dit bevordert niet alleen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg naar de gezinnen, maar draagt ook bij tot een optimaal aan de leefomstandigheden afgestemde zorg. Daarenboven kunnen hierdoor bedreigende factoren in de leefomgeving van kinderen onrechtstreeks opgespoord en verholpen worden. Een voorbeeld hiervan zijn initiatieven om kindermishandeling te voorkomen. Het aantal kinderen dat geregistreerd wordt bij de zes erkende Vlaamse centra voor kindermishandeling geven een vaag vermoeden over de omvang van disfunctionerende gezinsrelaties met een objectiveerbaar negatieve impact op de gezondheid. In 2001 ontvingen deze centra 5.151 meldingen van mishandeling of verwaarlozing waarbij 7.112 kinderen betrokken waren.

Ook bij de zorgaanbieders biedt georganiseerde samenwerking de mogelijkheid hun professionele taken beter te combineren met hun gezins- en sociaal leven.

☐ Huisvesting

Het voorwerp van decreet heeft onrechtstreeks invloed op het domein van de huisvesting omdat de zorgaanbieders waar nodig de zorgen ten huize aanbieden. De woonondersteuning, zoals het adviseren over en het aanbieden van hulpmiddelen voor de activiteiten van het dagelijks leven, zal echter omwille van zijn specificiteit in een ander decreet geregeld worden.

☐ Vrijtijdsbesteding (spel, sport)

☐ Gezondheid en Welzijn

Het domein gezondheid en welzijn wordt het meest beïnvloed door het voorliggend voorontwerp van decreet. Het decreet wil de eerstelijnsgezondheidszorg en meer in het bijzonder de thuisgezondheidszorg voor alle zorgbehoevende mensen en dus ook van kinderen bevorderen. Daartoe wordt samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders en het multidisciplinair overleg gefaciliteerd. De wetgever wenst dat iedereen, en dit geldt zeker voor kinderen, indien nodig en mogelijk thuis, in de gezinssituatie, verzorgd wordt.

☐ Mobiliteit

☐ Onderwijs

☐ Milieu

☐ Andere

c) Zijn de vier basisbeginselen van het Verdrag, zoals hieronder vermeld, van toepassing op het voorontwerp van decreet? Zo ja, omcirkel het cijfer (1 = zeer weinig, 5 = zeer veel) Zo neen, omcirkel NV (niet van toepassing). Motiveer uw antwoord.

1. Het hoger belang van het kind

- algemeen: 1---2---3---4---5---NVT
- gezamenlijke verantwoordelijkheid v/d ouders: 1---2---3---4---5---NVT
- verantwoordelijkheid van de overheid: 1---2---3---4---5---NVT
- verantwoordelijkheid van het kind zelf: 1---2---3---4---5---NVT

Het voorontwerp stelt dat ieder persoon, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht ... recht heeft op een kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg en op een respectvolle behandeling en begeleiding. De reden voor de toekenning van het cijfer 3 en niet 5 is niet dat het hoger belang van het kind hier niet erkend wordt, maar is omdat het voorontwerp van decreet zich niet uitsluitend en specifiek naar kinderen richt.

2. Het recht van het kind op non-discriminatie

- algemeen: 1---2---3---4---5---NVT
- eerbiediging van de rechten van het kind, ongeacht ras, huidskleur, geslacht, taal, godsdienst, politieke of andere overtuiging, nationale, etnische of maatschappelijke afkomst, welstand, handicap, geboorte of andere omstandigheden van het kind of zijn wettige voogd: 1---2---3---4---5---NVT
- verplichting van de overheid om alle passende maatregelen te nemen om het kind te beschermen tegen alle vormen van discriminatie: 1---2---3---4---5---NVT
- de minderjarigheid van het kind geeft zelf aanleiding tot ongeoorloofde discriminatie bij de toepassing van het voorontwerp van decreet: 1---2---3---4---5---NVT

Zoals reeds hoger vermeld werd, stelt het voorontwerp expliciet dat ieder persoon, zonder onderscheid van leeftijd, geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, van ras of geaardheid en zonder onderscheid van zijn vermogenstoestand, recht heeft op ... behandeling en begeleiding.

3. Het recht van het kind op leven, overleven en ontwikkeling

- algemeen: 1---2---3---4---5---NVT
- verplichting van de overheid om het kind te beschermen tegen mishandeling door ouders of door degenen die de verantwoordelijkheid dragen voor de zorg van het kind: 1---2---3---4---5---NVT
- verplichting van de overheid om de nodige preventieve en curatieve maatregelen te nemen tegen kindermishandeling: 1---2---3---4---5---NVT
- recht op een behoorlijke levensstandaard: 1---2---3---4---5---NVT

Het voorontwerp van decreet voorziet in het aanbieden van de eerste deskundige opvang bij gezondheidsproblemen. Gezondheid wordt gedefinieerd als een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden.

Tevens wordt in dit voorontwerp bepaald dat de zorgverstrekkers bijzondere inspanningen leveren om de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg te optimaliseren in het bijzonder voor personen die leven in achtergestelde situaties.

4. Het recht van het kind op participatie

- algemeen: 1---2---3---4---5---NVT
- recht van het kind om zijn mening te kennen te geven in alle aangelegenheden die het kind betreffen: 1---2---3---4---5---NVT
- verplichting van de overheid om ervoor te zorgen dat aan de mening van het kind 'in overeenstemming met zijn of haar leeftijd en rijpheid' passend belang wordt gehecht: 1---2---3---4---5---NVT
- recht op toegang tot passende informatie: 1---2---3---4---5---NVT
- recht op vereniging: 1---2---3---4---5---NVT
- recht op vrijheid van gedachte, geweten en godsdienst: 1---2---3---4---5---NVT

Het voorontwerp van decreet bepaalt dat de medeverantwoordelijkheid van de gebruiker zo veel mogelijk aangemoedigd wordt om te komen tot een duurzame en kwaliteitsvolle zorginvulling. Daarbij staat samenhang in de zorg en continuïteit in de relatie tussen gebruiker en zorgverstrekker centraal. Het zelfzorgvermogen van de gebruiker wordt zo veel mogelijk aangemoedigd en verhoogd opdat hij zo autonoom mogelijk aan de samenleving zou kunnen participeren. Expliciet wordt vermeld dat de gebruikers moeten ondersteund worden in hen zelfzorg. De gebruikers moeten de nodige informatie krijgen en mogelijke zorgplannen moeten in overleg met de gebruikers opgemaakt worden.

d) *Hoe werden deze gegevens verzameld? kruis uw antwoord aan en motiveer het.*

☐ algemene kennis (parate kennis, media,...)

Er werd gebruik gemaakt van de parate kennis die aanwezig was, zowel binnen de administratie als bij de organisaties en voorzieningen die door de Vlaamse overheid erkend en/of gesubsidieerd worden.

☐ raadpleging adviesorganen: Jeugdraad voor de Vlaamse Gemeenschap, Vlaamse Onderwijsraad, Sociaal-Economische Raad voor Vlaanderen,...

De Vlaamse Gezondheidsraad werd geraadpleegd.

☐ op basis van onderzoeksgegevens

Hier kunnen onder meer de volgende onderzoeken vermeld worden:

- Het welzijn van de patiënt verzorgd in SIT-verband (maart 2001; Prof. Jef Breda - Vakgroep Sociologie en Sociaal Beleid, UA).

- Haalbaarheid van de convergentie tussen SIT en lokale dienstencentra (november 2001; Prof. Jef Breda - Vakgroep Sociologie en Sociaal Beleid, UA) uitgevoerd in opdracht van de vzw Vlaams Eerstelijnsoverleg (VELO).

☐ inbreng middenveld: Kinderrechtencoalitie,...

☐ raadpleging kinderrechtencommissariaat

☐ enquête onder kinderen en jongeren

☐ via het aanspreekpunt kinderrechten van de functionele bevoegde administratie of instelling

Dit kindeffectrapport werd na opmaak besproken met het aanspreekpunt kinderrechten van de functioneel bevoegde administratie en met het coördinerend aanspreekpunt kinderrechten.

☐ andere

3. Evaluatie effecten

a) *Werden alternatieve beleidsvoornemens overwogen?*

Nee

Motiveer uw antwoord.

In dergelijke kader-regelgeving zijn alternatieve oplossing niet van toepassing.

b) *Gaf dit kindeffectrapport aanleiding tot een duidelijk aanwijsbare aanpassing van het voorontwerp van decreet*

Nee

Motiveer uw antwoord.

De belangen van het kind waren reeds impliciet opgenomen.

4. Varia

Zijn er overwegingen die hebben meegespeeld bij de opstelling van het voorontwerp van decreet, maar die nog niet aan bod zijn gekomen in dit kindeffectrapport? Zo ja, welke?

Nee

5. Evaluatiewijze

a) *Welke moeilijkheden ondervond u bij de opmaak van het kindeffectrapport,*

- Het betreft hier een voorontwerp van kaderdecreet dat weinig of geen concrete uitwerking van maatregelen en initiatieven bevat. De uitwerking volgt in uitvoeringsbesluiten. Dat maakt het moeilijk om te rapporteren. Misschien is het mogelijk om voor kaderdecreten andere rapportagerichtlijnen te voorzien.

- Het voorontwerp is in de eerste plaats gericht op alle natuurlijke personen die een beroep doen op een zorgaanbieder. Kinderen zijn echter niet de enige mogelijke gebruikers. Voor kansarmen en senioren bv. bestaat er geen internationaal verdrag en geen rapportage, maar deze andere gebruikers zijn even belangrijk.

- De vier algemene principes van het decreet zijn te weinig uitgelegd (er staat geen verwijzing bij naar de overeenstemmende artikelen in het verdrag en het verdrag zelf is ook niet onderverdeeld). Dit maakt het moeilijk om juist te weten wat er mee bedoeld wordt en om dus de inhoud van een voorontwerp eraan te toetsen.

- Mede omwille van het feit dat het hier een voorontwerp van kaderdecreet betreft, is het niet mogelijk om de vragen bij de evaluatie van effecten te motiveren.

b) *Welke suggesties hebt u om een kindeffectrapport gebruiksvriendelijker te maken?*

- Het opstellen van andere rapportagerichtlijnen voor kaderdecreten (die toch regelmatig opgemaakt worden).

- De richtlijnen en het stramien elektronisch ter beschikking stellen zou de rapportage gebruiksvriendelijker maken.

- Het recht op leven, overleven en ontwikkeling anders uitwerken: het is nu o.a. teveel op 'negatieve' preventie (kindermishandeling,...) gericht en het is te gedetailleerd uitgewerkt voor kindermishandeling en te algemeen voor alle andere domeinen die hieronder vallen (bv. gezondheid).

6. Beleidsconclusie

Welke voorstellen hebt u op basis van het gemaakte kindeffectrapport voor het beleid?

Geen, daarvoor is dit decreet (en bijhorende kindeffectrapport) te algemeen.

7. Contactpersoon

Helga Lakiere
Administratie Gezondheidszorg
Afdeling Preventieve en Sociale Gezondheidszorg
Markiesstraat 1
1000 Brussel
Telefoon 02-553 35 08
E-mail: helga.lakiere@wvc.vlaanderen.be

ADVIES VAN DE SOCIAAL-ECONOMISCHE RAAD VAN VLAANDEREN

Mevrouw Adelheid BYTTEBIER
Vlaams minister Welzijn, Gezondheid, Gelijke
Kansen
Koolstraat 35

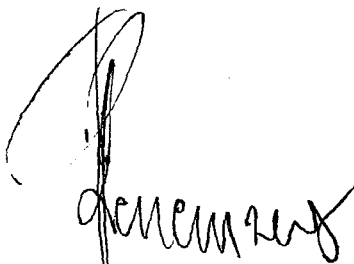
1000 BRUSSEL

Mevrouw de minister,

De SERV heeft gezamenlijk met de sectoriële commissie Welzijns- en Gezondheidszorg op 11 juni 2003 zijn advies geformuleerd over het voorontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen zorgaanbieders. U vindt het advies hierbij.

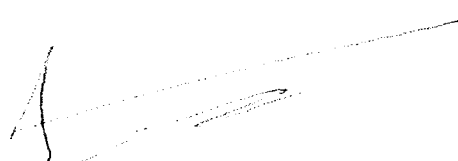
In dit advies vragen de SERV en de sectoriële commissie Welzijns- en Gezondheidszorg dat de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) als hoeksteen in de voorgestelde regeling de noodzakelijke actieve ondersteuning krijgen zodanig dat ze hun rol kunnen waarmaken. In het bijzonder moeten de SEL's kunnen functioneren op het hun geëigende niveau, zijnde dicht bij de bevolking. Tussen de SEL's en de institutionele zorg dient een structurele band te worden voorzien. De afbakening van de werkgebieden van de SEL's zal gebeuren op basis van de vastgelegde zorgregio's. Om het vermijden dat bestaande lokale netwerken eerstelijnszorg zouden stilgelegd worden door de introductie van een SEL is een voldoende ruime overgangsperiode noodzakelijk waarbinnen een overgangscoördinator bestaande werkingen op een schaal te brengen die overeenkomst met de betreffende zorgregio.

Wij hopen, mevrouw de minister, dat u met de zienswijze van de SERV en de sectoriële commissie Welzijns- en gezondheidszorg zoals deze blijkt uit het bijgevoegde advies kunt rekening houden.



Pieter Kerremans,
administrateur-generaal.

Met bijzondere hoogachting,



Xavier Verboven,
voorzitter.

Brussel, 11 juni 2003

061103_Advies_eerstelijnsgezondheidszorg

Advies

*van de SERV en de sectoriële commissie Welzijns- en
Gezondheidszorg over het voorontwerp van decreet
betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg
en de samenwerking tussen de zorgaanbieders*



Vooraf

Op 29 april 2003 heeft de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking de SERV om advies gevraagd over het voorontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

De SERV heeft op zijn beurt de sectoriële commissie Welzijns- en Gezondheidszorg om advies verzocht over het vermelde voorontwerp van decreet. Op 3 juni 2003 heeft de sectoriële commissie Welzijns- en Gezondheidszorg haar advies uitgebracht.

De SERV en de sectoriële commissie Welzijns- en Gezondheidszorg formuleren gezamenlijk het hierna vermelde advies.

Essentialia

Het (kader)decreet beoogt een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en benadrukt het multidisciplinaire karakter ervan. De Vlaamse regering wil in het decreet de basis leggen voor een gestructureerde *samenwerking* tussen de verschillende actoren in de eerstelijnsgezondheidszorg waardoor een meer geïntegreerd zorgsysteem kan worden ontwikkeld.

Het decreet schept een wettelijk kader voor:

- (a) de erkenning en subsidiëring van *samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering*;
- (b) het creëren van *samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)*.
De SEL's zullen de facto de taken overnemen van bestaande samenwerkingsverbanden (huidige samenwerkingsinitiatieven in de thuisverzorging (SIT), geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT));
- (c) de ondersteuning van *partnerorganisaties* die actief zijn in het veld.

Advies

De SERV en de sectoriële commissie Welzijns- en Gezondheidszorg onderschrijven het opzet van het voorontwerp van decreet. Bij de uitwerking van de leidende beginselen vragen de SERV en de sectoriële Commissie Welzijns- en Gezondheidszorg bijzondere aandacht voor onderstaande punten:

1. Het voorontwerp van decreet dient het brede kader uit te tekenen waarin alle actoren binnen de eerste lijn worden gepositioneerd en hun onderlinge relaties uitgetekend. Hierbij moet zowel de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg als de functionele samenwerking met de preventieve gezondheidszorg en de welzijnssector centraal staan. In het voorontwerp van decreet en Memorie van toelichting dient dit duidelijk te worden geëxpliciteerd. Bovendien verdient het aanbeveling een *consistente kaderregeling* uit te werken. Detaillistisch bepalingen (bijvoorbeeld opdrachten Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg - SEL) worden dan ook beter via besluit geregeld. Bij de herstructurering van het voorontwerp van decreet dient erover gewaakt dat een daadwerkelijke bijdrage tot vereenvoudiging van de regelgeving wordt bereikt.
De SERV en de sectoriële commissie Welzijns- en Gezondheidszorg wijzen erop dat de opname in de SEL's van de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT) ongemoeid laat dat de GDT deels geregeld worden via federale wetgeving, deels in casu via Vlaamse regelgeving. Ondermeer in hoofde van de zorgberoepen is het belangrijk dat in deze duidelijkheid wordt gecreëerd.
2. De finaliteit van het regelgevend kader dient erin te bestaan te komen tot een beter eerstelijnszorgaanbod voor de zorgbehoevende via meer duidelijkheid en coördinatie in het zorgpallet, inbegrepen de institutionele zorg.
Deze betrachting op het terrein waarmaken is meteen de achilleshiel van het project. Immers, niet alleen moet een grondige informatietaak worden waargemaakt. Daarnaast zullen zorgverstrekkers ook tijd moeten investeren in overleg waardoor werkbelasting zeker in de aanvangsfase zal toenemen. Het is daarom cruciaal voor het slagen van de uitbouw van de SEL's en de vlotte opname van bestaande initiatieven (samenwerkingsinitiatieven in de thuisverzorging, geïntegreerde diensten voor thuisverzorging) in deze structuur dat een noodzakelijke actieve ondersteuning hiertoe wordt voorzien. Het zou haaks staan op de betrachting van de voorgestelde regeling indien door gebrek aan middelen meerdere SEL's zouden moeten worden samengenomen en opgetild tot een niveau dat niet meer zou overeenkomen met het beoogde.

Een structurele band tussen de SEL's en de institutionele zorgverleners (bvb. ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen) dient te worden gelegd. Deze moet toelaten tot een gestructureerd overleg te komen met betrekking tot de overgang, zowel in opgaande als neergaande lijn, tussen de niveaus van zorgverstrekking (bvb. ontslagbeleid, relatie daghospitalisatie-eerste lijn).

3. De afbakening van de werkgebieden van de SEL's zal gebeuren op basis van de bij decreet van 7 mei 2003 vastgelegde zorgregio's. Vanuit de bekommernis om historisch gegroeide lokale netwerken op het vlak van eerstelijnszorg (bv. huisartsenkringen, palliatieve netwerken,...) die voortreffelijk functioneren niet ineens stil te leggen door de plotse transpositie van een SEL is het noodzakelijk dat een voldoende ruime overgangsperiode wordt voorzien. In deze periode is het aangewezen dat per zorgregio een overgangscoördinator ondersteunend werkt om bestaande werkingen op een schaal te brengen (binnen een SEL) die overeenkomt met de omschrijving van de zorgregio.
4. De definities van gehanteerde begrippen in het voorontwerp van decreet dienen maximaal worden afgestemd op de definities die gebruikt worden in reeds bestaande regelgeving of op deze welke internationaal aanvaard zijn. Bovendien dienen ze eenduidig te zijn.

Zo is bij wijze van voorbeeld de definitie van "gezondheid" niet volledig conform met de definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie. De definitie van "mantelzorger" wijkt af van deze gebruikt in het decreet van 14 juli 1998 houdende erkenning en subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg. De definitie van "zorgaanbieder" is niet sluitend door de vaagheid in de uitzondering die in de definitie reeds wordt gemaakt. De definitie van "zorgverstrekker" in het voorgelegde voorontwerp van decreet wijkt af van de definitie die aan hetzelfde begrip gegeven wordt in het tegelijkertijd voor advies voorgelegde voorontwerp van decreet betreffende gezondheidsinformatiesystemen. De opname van doelmatigheid als een leidend beginsel van "kwaliteitsvolle zorg" dient begrepen te worden als een efficiëntietoets in het verlenen van zorg. Het mag er niet toe leiden dat omwille van kosten wordt afgezien van zorgverstrekking. De Memorie van Toelichting dient in deze zin worden aangepast.

ADVIES VAN DE COMMISSIE VOOR DE BESCHERMING
VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER

22-07-2003

KONINKRIJK BELGIE



COMMISSIE VOOR DE
BESCHERMING VAN DE
PERSOONLIJKE LEVENSSFEER

Brussel,

Postadres : Federale Overheidsdienst Justitie
Waterloolaan 115, B-1000 Brussel

Kantoren : Hallepoortlaan 5 - 8, B-1060 Brussel

Tel. : +32(0)2/542.72.00

Fax. : +32(0)2/542.72.12

Email : commission@privacy.fgov.be<http://www.privacy.fgov.be/>

O. Ref. : 10 / A/2003/021/011

(Referentie hernemen a.u.b.)

U. Ref. : PVB-03-0339982-IVE-b

Dossier behandeld door :

Tel. : +32(0)2/542.72.30

E-mail :

Aan Mevrouw A. BYTTEBIER
Vlaams Minister van Welzijn, Gezondheid,
Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking
Koolstraat 35
1000 BRUSSEL

BETREFT : Ontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

Mevrouw de Minister,

Ik heb de eer u als bijlage een eensluidend verklaard afschrift in de Nederlandse taal te laten geworden van het advies Nr 36/2003 dat de Commissie aangaande bovenvermelde adviesaanvraag op 17 juli 2003 uitbracht.

Zoals voorzien in artikel 29, § 5, 2de lid van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens wordt terzelfdertijd een eensluidend verklaard afschrift van dit advies gezonden aan Mevrouw de Minister van Justitie.

Een eensluidend verklaard afschrift van het advies in de Franse taal zal u zo spoedig mogelijk worden toegezonden.

Met zeer bijzondere hoogachting,

De voorzitter,

P. THOMAS

Bijlage(n) : Eensluidend verklaard afschrift van het advies Nr 36/2003 van 17 juli 2003.

KONINKRIJK BELGIE



COMMISSIE VOOR DE
BESCHERMING VAN DE
PERSOONLIJKE LEVENSSFEER

Brussel,

Postadres : Federale Overheidsdienst Justitie
Waterloolaan 115, B-1000 Brussel

Kantoren : Hallepoortlaan 5 - 8, B-1060 Brussel

Tel. : +32(0)2/542.72.00

Email : commission@privacy.fgov

Fax : +32(0)2/542.72.12

<http://www.privacy.fgov.be/>

ADVIES Nr 36 / 2003 van 17 juli 2003

O. Ref. : 10 / A/2003/021

BETREFT : Ontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders

De Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer,

Gelet op de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, inzonderheid artikel 29;

Gelet op de adviesaanvraag van 29 april 2003 van de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen;

Gelet op het verslag van dhr. E. Van Hove,

Brengt op 17 juli 2003 het volgende advies uit:

I. VOORWERP VAN DE ADVIESAANVRAAG:

Het ontwerp decreet voorziet in een aantal instrumenten die een betere werking van de eerstelijnsgezondheidszorg moeten verzekeren. Vooreerst kan de Vlaamse overheid samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering erkennen en subsidiëren. Verder wordt de oprichting en subsidiëring mogelijk van samenwerkingsinitiatieven die voor een welomschreven gebied de zorg tussen de verschillende eerstelijns zorgverleners coördineren. Ten derde kan de Vlaamse regering partnerorganisaties, ondersteunende expertorganen, erkennen en subsidiëren.

In artikel 16 wordt gesteld dat om de continuïteit van de zorg te verzekeren er gegevensuitwisseling tussen de verschillende zorgaanbieders nodig is en dat deze opimaal verloopt door middel van een operationeel informatiesysteem. Tevens kunnen de erkende samenwerkingsverbanden, initiatieven en partnerorganisaties door de overheid verzocht worden om bij te dragen aan een epidemiologisch informatiesysteem dat het gezondheidsbeleid moet ondersteunen. Voor beide opdrachten zal de Vlaamse regering nadere regels bepalen na advies van de Commissie.

Artikel 17 voorziet de mogelijkheid dat de Vlaamse regering ten behoeve van deze gegevensuitwisseling en registraties het gebruik van een unieke identificatiecode oplegt, vooreerst aan de zorgaanbieders en, na advies van de Commissie, ook ter identificatie van de zorggebruikers.

BESPREKING

De draagwijdte van de verplichting tot overdracht van gegevens die artikel 16 instelt is niet duidelijk. Vooreerst is de bepaling eerder geredigeerd als een vaststelling dan een opdracht. Ten tweede is het niet duidelijk op wie de verplichting zou slaan: beperkt tot de door de Vlaamse overheid gesubsidieerde opdrachten of alle zorgverstrekking.

Bij de opstelling van dit ontwerp decreet werd rekening gehouden met de opmerkingen die de Commissie had geformuleerd in haar advies 30/2002 over het ontwerp decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid van 12 augustus 2002. In dat ontwerp decreet worden gekijkaardige bepalingen opgenomen die voorzien in de uitwisseling van operationele gegevens en het aanleveren van beleidsgegevens. De Commissie had toen de opmerking gemaakt dat de eigenlijke afweging om de bescherming van de persoonlijke levenssfeer te vrijwaren maar kon gebeuren in de uitvoeringsdecreten en dat daarbij het advies van de Commissie behulpzaam kon zijn. Deze opmerking is tevens hier ter harte genomen en er wordt inderdaad voorzien in het advies van de Commissie bij die gelegenheid.

Dit ontwerp decreet werd voorgelegd aan de Commissie voor advies tezamen met het ontwerp decreet betreffende het gezondheidsinformatiesysteem. Daarin worden reeds heel wat precisering gegeven betreffende de werking van de informatiesystemen die in de artikelen 16 en 17 van dit ontwerp worden geviseerd. Opmerkingen aangaande deze informatiesystemen worden dan ook in het desbetreffende advies gegeven.

OM DEZE REDENEN,

Geeft de Commissie een gunstig advies mits een duidelijke omschrijving van de verplichtingen opgenomen in artikel 16.

De secretaris,

(get.) J. BARET



De voorzitter,

(get.) P. THOMAS.

Voor eensluidend verklaard afschrift :
De secretaris van de Commissie;

J. BARET
Secretaris-generaal 18.07.2003

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE

KONINKRIJK BELGIË

ADVIES 35.773/3

VAN DE AFDELING WETGEVING
VAN DE RAAD VAN STATE

De RAAD VAN STATE, afdeling wetgeving, derde kamer, op 24 juli 2003 door de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen verzocht haar, binnen een termijn van dertig dagen, verlengd tot zestig dagen, van advies te dienen over een voorontwerp van decreet "betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders", heeft op 18 september 2003 het volgende advies gegeven:

1. Met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, heeft de afdeling wetgeving zich in hoofdzaak beperkt tot het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond, alsmede van de vraag of aan de voorgeschreven vormvereisten is voldaan.

*

* *

STREKKING VAN HET ONTWERP

2. Het voor advies voorgelegde voorontwerp van decreet beoogt bepaalde aspecten van de eerstelijnsgezondheidszorg te regelen. Onder "eerstelijnsgezondheidszorg" moet worden verstaan: "zorg aangeboden door zorgverstrekkers in dat segment van de gezondheidszorg waarop gebruikers een beroep doen voor eerste deskundige opvang, behandeling of meer continue begeleiding van gezondheidsproblemen, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder of door een organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod" (artikel 2, 4°).

Het ontwerp beoogt tevens, zoals uit het opschrift blijkt, het bevorderen van de samenwerking tussen de zorgaanbieders. Tot de "zorgaanbieders" behoren in de eerste plaats de "zorgverstrekkers", d.i. de in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzame apothekers, artsen, diëtisten, kinesisten, logopedisten, tandartsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen of beroepsbeoefenaars van een andere door de Vlaamse regering bepaalde discipline, met uitzondering van de artsen-specialisten, met inbegrip van de feitelijke of juridische entiteiten die hen groeperen in mono- of multidisciplinair verband (artikel 2, 19°). Bij uitbreiding behoren tot de "zorgaanbieders" ook de organisaties, diensten of personen die professioneel zorgen of diensten verlenen aan gebruikers en die daardoor de eerstelijnsgezondheidszorg vergemakkelijken, mogelijk maken of ondersteunen, met uitzondering van de organisaties, diensten of personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod (artikel 2, 16°).

35.773/3

3. In hoofdstuk I worden een aantal begrippen gedefinieerd.

Hoofdstuk II formuleert een aantal rechten inzake eerstelijnsgezondheidszorg en legt een aantal plichten op aan zorgverstrekkers.

Hoofdstuk III voorziet in een erkennings- en subsidiëringsregeling met betrekking tot de samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering. De erkenningsvoorwaarden hebben o.m. betrekking op de juridische vorm, de permanentie, de mono- of multidisciplinariteit, de dossiertoegankelijkheid, de doelgroep en de vestigingsplaats.

Hoofdstuk IV voorziet in een erkennings- en subsidiëringsregeling met betrekking tot de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL). Een SEL is een samenwerkingsverband van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en eventueel van vertegenwoordigers van mantelzorgers en gebruikers of vrijwilligers, dat gericht is op het optimaliseren van de zorg binnen een bepaald geografisch afgebakend werkgebied (artikel 2, 11°). Het ontwerp voorziet in allerlei opdrachten, die in hoofdzaak betrekking hebben op overleg en samenwerking.

Hoofdstuk V bevat een regeling i.v.m. de erkenning en de subsidiëring van partnerorganisaties. Een partnerorganisatie is een organisatie met rechtspersoonlijkheid die als centrum van expertise fungeert omwille van haar deskundigheid om ondersteuning te bieden aan SEL's, netwerken, zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers of vrijwilligers, of omwille van haar competentie om gegevens inzake gezondheidszorg aan te leveren (artikel 2, 10°). Om gesubsidieerd te worden, moet een partnerorganisatie een beheersovereenkomst sluiten met de Vlaamse regering.

Hoofdstuk VI heeft betrekking op een operationeel en een epidemiologisch informatiesysteem voor de uitwisseling van gegevens. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van identificatiecodes voor de betrokken samenwerkingsverbanden, samenwerkingsinitiatieven en partnerorganisaties, alsook voor de gebruikers.

Hoofdstuk VII voorziet in een toezichtsregeling met betrekking tot de aanwending van de toegekende subsidies.

Hoofdstuk VIII bevat een regeling met betrekking tot de sancties. Die kunnen bestaan in de inhouding of de terugvordering van subsidies of in de schorsing of de intrekking van een erkenning.

Hoofdstuk IX heeft betrekking op de procedure voor de toekenning, de schorsing en de intrekking van een erkenning.

Hoofdstuk X ten slotte bevat een aantal overgangsbepalingen. Het regelt ook de inwerkingtreding van het ontworpen besluit.

BEVOEGDHEID VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

4. Op grond van artikel 5, § 1, I, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen zijn de gemeenschappen in beginsel bevoegd voor "het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen".

De maatregelen waarin het ontwerp voorziet, beogen een verbetering van de eerstelijnsgezondheidszorg en een bevordering van de samenwerking tussen personen en diensten die bij de eerstelijnsgezondheidszorg betrokken zijn. Die maatregelen passen in het kader van een beleid betreffende de zorgverstrekking buiten de verplegingsinrichtingen.

De Vlaamse Gemeenschap is op grond van de voornoemde bepaling van de bijzondere wet bevoegd voor het nemen van dergelijke maatregelen, gesteld dat daarbij op generlei wijze afbreuk wordt gedaan aan de bevoegdheden van de federale overheid, zoals die zijn omschreven in de litterae a) tot g) van die bepaling, noch afbreuk wordt gedaan aan andere federale bevoegdheden ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Vgl. Arbitragehof, 15 juli 1998, nr. 83/98, overw. B.5.3.
Inzake eerstelijnsgezondheidszorg moet in feite vastgesteld worden dat de gemeenschappen (op grond van hun principiële bevoegdheid) en de federale overheid (op grond van haar voorbehouden en residuaire bevoegdheden) elk voor een deel bevoegd zijn. De gemeenschappen en de federale overheid hebben trouwens op 25 juli 2001 een protocol met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg gesloten.

35.773/3

5. Voor wat betreft de aan de federale overheid voorbehouden bevoegdheden, dient in het kader van het onderzoek van het voorliggende ontwerp i.h.b. rekening te worden gehouden met artikel 5, § 1, I, 1°, a), van de bijzondere wet, op grond waarvan de federale overheid bevoegd gebleven is voor de "organieke wetgeving".

5.1. Volgens het Arbitragehof moet onder "organieke wetgeving" in de eerste plaats verstaan worden: "de basisregels en krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid", zoals onder meer vervat in de ziekenhuiswet ⁽²⁾. Ook de basisregeling inzake zorgverstrekking buiten de verplegingsinrichtingen kan, blijkens de parlementaire voorbereiding van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, tot de "organieke wetgeving" gerekend worden, in zoverre er een band bestaat met de organieke wetgeving inzake de ziekenhuizen ⁽³⁾.

5.2. In zoverre de artikelen 8 tot 15 van het ontwerp betrekking hebben op de samenwerking tussen bepaalde voorzieningen, moet vastgesteld worden dat die bepalingen niet beogen te raken aan de organisatie van de voorzieningen zelf. Het ontwerp beoogt de samenwerking tussen die voorzieningen te bevorderen, zonder evenwel aan de voorzieningen de verplichting op te leggen om tot enig samenwerkingsverband toe te treden. In die omstandigheden kan de in het ontwerp vervatte regeling niet geacht worden te behoren tot de "organieke wetgeving". Vanuit dit oogpunt roept het ontwerp dus geen bevoegdheidsbezwaren op.

⁽²⁾ Arbitragehof, 15 juli 1998, nr. 83/98, overw. B.5.4; Arbitragehof, 31 oktober 2000, nr. 108/2000, overw. B.1.4.1.

⁽³⁾ Arbitragehof, 31 oktober 2000, nr. 108/2000, overw. B.1.4.2. Zie in dezelfde zin R.v.St., afd. wetg., advies 27.822/1/3/4 van 22, 25 en 30 juni 1998 over het ontwerp dat geleid heeft tot de wet van 25 januari 1999 houdende sociale bepalingen, Parl. St., Kamer, 1997-98, nr. 1722-I, (162), 179.

6. Zoals blijkt uit o.m. de parlementaire voorbereiding van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, is in de overdracht van bevoegdheden aan de gemeenschappen niet begrepen de regeling inzake de uitoefening van de geneeskunst en de paramedische beroepen ⁽⁴⁾. Die aangelegenheid is m.a.w. blijven behoren tot de residuaire bevoegdheid van de federale overheid.

6.1. Op grond van die bevoegdheid kan de federale overheid het uitoefenen van activiteiten van geneeskundige of paramedische aard onderwerpen aan bepaalde vereisten, en het uitoefenen van die activiteiten met name afhankelijk stellen van een erkenning ⁽⁵⁾. Die bevoegdheid sluit niet uit dat de gemeenschappen, in een materie die tot hun bevoegdheid behoort, bepaalde juridische of administratieve gevolgen kunnen voorbehouden aan medische handelingen gesteld door beroepsbeoefenaars die voldoen aan de bijzondere vereisten die door de betrokken gemeenschap in de bedoelde materie zijn opgelegd ⁽⁶⁾.

De federale bevoegdheid i.v.m. de uitoefening van geneeskundige of paramedische beroepen mag bovendien niet zo ruim worden begrepen dat ze "elk aspect van de verhouding tussen patiënten en artsen ⁽⁷⁾ zou omvatten. Een doelmatige uitoefening van de hem toegewezen bevoegdheid (inzake gezondheidszorg) onderstelt noodzakelijkerwijze dat de decreetgever in zijn regelgeving bepaalde aspecten van die verhouding in aanmerking neemt" ⁽⁸⁾.

⁽⁴⁾ Memorie van toelichting, Parl. St., Senaat, 1979-80, nr. 434-1, p. 7; verslag, Parl. St., Senaat, 1979-80, nr. 434-2, p. 125; verklaring van de heer Califice, Minister van Volksgezondheid en Leefmilieu, Parl. Hand., Senaat, 20 juli 1980, p. 2319; verslag, Parl. St., Kamer, 1979-80, nr. 627-10, p. 52.

⁽⁵⁾ Arbitragehof, 18 december 1996, nr. 81/96, overw. B.4.2.

⁽⁶⁾ Zie aldus, i.v.m. de bijzondere vereisten die door de Vlaamse Gemeenschap zijn gesteld aan artsen, met het oog op hun medewerking aan de toepassing van de decretale regeling inzake de medisch verantwoorde sportbeoefening, Arbitragehof, 12 november 1992, nr. 69/92, overw. 5.B.5.

⁽⁷⁾ Of andere beoefenaars van een gezondheidszorgberoep.

⁽⁸⁾ Arbitragehof, 15 juli 1998, nr. 83/98, overw. B.5.11.

35.773/3

6.2. De artikelen 3 tot 5 van het ontwerp bevatten bepalingen die o.m. verplichtingen opleggen aan zorgverstrekkers. Deze verplichtingen hebben betrekking op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorgverstrekking, alsook op taakafspraken tussen de verschillende zorgverstrekkers.

Het feit dat de federale overheid beschikt over de residuaire bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunst en de paramedische beroepen impliceert geenszins dat de gemeenschappen geen verplichtingen kunnen opleggen aan de zorgverstrekkers. In het voeren van een beleid ter verbetering van de zorgverstrekking kunnen de gemeenschappen zulke verplichtingen wel degelijk opleggen. Alleen moeten ze ervoor zorgen niet de uitoefening zelf van de gezondheidszorgberoepen te regelen. Maatregelen die geen verplichting of verbod inhouden om bepaalde medische handelingen te stellen, en die voor het overige ook geen afbreuk doen aan de diagnostische en therapeutische vrijheid van de arts, zoals die vrijheid thans in de federale wetgeving is geregeld, kunnen passen in de bevoegdheidssfeer van de decreetgever ⁽⁹⁾.

Uit de tekst van de artikelen 3 tot 5 van het ontwerp kan niet worden afgeleid dat het de bedoeling is dat ook de medische aspecten van de zorgverstrekking zouden worden gereguleerd. Op zich lijken die bepalingen dan ook niet door enige bevoegdheidsoverschrijding te zijn aangetast.

Wel zal er bij de uitvoering van de ontworpen bepalingen, door de Vlaamse regering, over gewaakt moeten worden aan die bepalingen een bevoegdheidsconforme interpretatie te geven. Ondanks de ruime bewoordingen waarin de voornoemde artikelen zijn gesteld, zullen de uitvoeringsbesluiten m.a.w. geen maatregelen mogen bevatten die ingrijpen in de wijze waarop de gezondheidszorgberoepen zelf worden uitgeoefend.

6.3. Ook artikel 7 van het ontwerp, dat een erkennings- en subsidiëringsregeling opzet met betrekking tot de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, moet onderzocht worden vanuit het oogpunt van de federale residuaire bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunst en de paramedische beroepen.

⁽⁹⁾ Zelfde arrest, overw. B.5.13 tot B.5.15.

Het bevorderen van de samenwerking tussen individuele gezondheidszorgbeoefenaars beoogt een verbetering van de eerstelijnsgezondheidszorg. Op zich zijn de gemeenschappen bevoegd om dit aspect van de zorgverstrekking buiten de verplegingsinrichtingen te regelen ⁽¹⁰⁾.

De decreetgever zou zijn bevoegdheid te buiten gaan indien hij, onder het mom van erkenningsvoorwaarden met het oog op de subsidiëring van de infrastructuur of de werking, in feite aspecten van het medisch handelen (of, concreet, medische aspecten van de praktijkvoering) zou regelen. Er is echter geen bevoegdheidsoverschrijding indien de door een gemeenschap vastgestelde regeling slechts betrekking heeft op de omkadering van de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, en ze de zorgverstrekkers m.a.w. niet belet de federale regels i.v.m. de uitoefening van de gezondheidszorg in acht te nemen ⁽¹¹⁾.

Te dezen volgt uit artikel 7, § 3, van het ontwerp dat de voorwaarden voor de erkenning van samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering betrekking kunnen hebben op o.m. de juridische vorm, de permanentie, de mono- of multidisciplinariteit, de dossiertoegankelijkheid, de doelgroep en de vestigingsplaats. Voorwaarden die op die aspecten betrekking hebben, kunnen geacht worden het eigenlijke medisch handelen onverlet te laten. Er moet echter vastgesteld worden dat de opsomming niet limitatief bedoeld is ("onder meer"). Het zal dan ook zaak zijn voor de Vlaamse regering om, bij het nemen van de besluiten tot nadere regeling van de erkenningsvoorwaarden, geen voorwaarden op te leggen die raken aan de federale bevoegdheid inzake de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

6.4. Ten slotte moeten de artikelen 16 en 17 van het ontwerp vermeld worden. Ook die bepalingen beogen het opleggen van verplichtingen aan de zorgaanbieders en aan o.m. de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, meer bepaald i.v.m. de registratie en de uitwisseling van gegevens.

⁽¹⁰⁾ Die vaststelling neemt overigens niet weg dat ook de federale overheid, op grond van haar bevoegdheid, maatregelen kan nemen om de samenwerking tussen beoefenaars van een gezondheidszorgberoep en andere personen en diensten te bevorderen. Zie Arbitragehof, 31 oktober 2000, nr. 108/2000, overw. B.2.3 - B.2.4.

⁽¹¹⁾ Vgl. Arbitragehof, 15 juli 1998, nr. 83/98, overw. B.5.4.

35.773/3

Andermaal moet vastgesteld worden dat het opleggen van dergelijke verplichtingen op zich geen afbreuk doet aan de federale regels inzake de uitoefening van de medische beroepen, maar dat het van de concrete uitwerking zal afhangen of de door de Vlaamse Gemeenschap opgelegde verplichtingen het voor de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen mogelijk maken om die federale regels na te leven.

ALGEMENE OPMERKING

7. Het ontworpen decreet is duidelijk opgevat als een kaderdecreet. Het bevat dan ook tal van bepalingen waarbij ruime delegaties worden verleend aan de Vlaamse regering (zie bijv. de artikelen 5, 7, 8, 10, 14, 16 en 17).

Het staat aan het Vlaams Parlement om te oordelen over de opportuniteit van een dergelijke regeling.

Zoals hiervóór reeds is opgemerkt, zal er bij de uitvoering van de ontworpen bepalingen in elk geval op gelet moeten worden dat van de opgedragen machten geen gebruik wordt gemaakt op een wijze die de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap te buiten gaat.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Artikel 6

8. Deze bepaling lijkt veeleer beschrijvend te zijn dan normatief. De memorie van toelichting biedt ter zake weinig verduidelijking. Er wordt ook niet voorzien in een delegatie aan de Vlaamse regering om de aard van de erin bedoelde activiteiten (activiteiten "die gericht zijn op de gebruiker" en activiteiten "die gericht zijn op een goede organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg") te preciseren.

Indien deze bepaling vooral een pedagogische functie heeft, en met name een inleiding vormt op wat in de volgende bepalingen geregeld wordt, kan ze beter worden verwerkt in de memorie van toelichting (wat al grotendeels het geval is) en weggelaten uit het ontwerp zelf.

Artikel 7

9. Dit artikel handelt over de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering. Allicht wordt hier enkel de praktijkvoering bedoeld in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het lijkt nuttig om dit uitdrukkelijk te vermelden.

Artikel 9

10. De hier opgesomde opdrachten van de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg zijn vrij vaag geformuleerd. In de memorie van toelichting wordt er bovendien op gewezen dat die opdrachten nader worden uitgewerkt in artikel 10.

De Raad van State vraagt zich af of artikel 9 wel een normatieve draagwijdte heeft. Zoals bij artikel 6 (opmerking 8), dienen de stellers van het ontwerp zich af te vragen of de bepalingen van artikel 9 (of toch een groot deel ervan) niet thuishoren in de memorie van toelichting, en dus uit het ontwerp kunnen worden weggelaten.

11. Onverminderd de voorgaande opmerking, lijkt het wenselijk om in de memorie van toelichting te verduidelijken wat wordt bedoeld met het adjectief "neutraal" in paragraaf 2, vierde lid.

Artikel 14

12. Dit artikel bevat bepalingen i.v.m. de erkenning en de subsidiëring van partnerorganisaties.

35.773/3

Uit de ontworpen bepaling kan niet duidelijk worden opgemaakt hoe de erkenningsvoorwaarden (zie paragraaf 2) en de beheersovereenkomst (zie paragraaf 3) zich tot elkaar verhouden. Dit moet worden verduidelijkt in de tekst, of minstens in de memorie van toelichting. Het gaat immers over twee afzonderlijke juridische technieken die tot op zekere hoogte wel kunnen worden gecombineerd, maar die niet zomaar door elkaar kunnen worden gebruikt.

Men kan zich voorstellen dat de algemene beginselen in erkenningsnormen aan bod komen, en dat specifieke afspraken, afhankelijk van de aard en het expertisedomein van de betrokken partnerorganisatie, in de beheersovereenkomst worden gemaakt. Het is aan de stellers van het ontwerp om hierover duidelijkheid te scheppen.

13. Het verdient aanbeveling om te voorzien in een uitdrukkelijke machtiging aan de Vlaamse regering om de voorwaarden en de procedure voor het verkrijgen van de subsidie te bepalen (vgl. artikel 8, § 3). Zoals de tekst van artikel 14 thans is geredigeerd, zou de subsidie volledig worden geregeld in elke individuele beheersovereenkomst (zie paragraaf 3, 2°), hetgeen moeilijk te verantwoorden valt.

Artikelen 16 en 17

14. Deze artikelen voorzien in een systeem van registratie en uitwisseling van gegevens (artikel 16). De Vlaamse regering wordt bovendien gemachtigd om de in het ontwerp bedoelde samenwerkingsverbanden, samenwerkingsinitiatieven en partnerorganisaties te verplichten om een unieke identificatiecode te gebruiken voor de identificatie van die organisaties zelf en van de gebruikers (artikel 17)

Uit advies nr. 36/2003 van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van 17 juli 2003 blijkt dat de bedoelde artikelen moeten gelezen worden in het licht van een voorontwerp van decreet betreffende het gezondheidsinformatiesysteem. Dat voorontwerp zou preciseren wat in het voorliggende ontwerp in zeer algemene bewoordingen wordt bepaald.

Omtrent de overeenstemming van de thans ontworpen regeling met het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer, kan de Raad van State zich thans dan ook moeilijk een beeld vormen. Op dit punt moet hij zich ertoe beperken een voorbehoud te maken.

Hoe dan ook verdient het aanbeveling om in artikel 16, § 1, duidelijker te omschrijven waarop de daarin bedoelde uitwisseling van gegevens betrekking hebben, en om te preciseren op wie de verplichting tot uitwisseling rust.

15. Bij artikel 16, § 1, moet bovendien een bevoegdheidsvoorbehoud worden gemaakt.

De Vlaamse Gemeenschap kan aan gezondheidsvoorzieningen die vallen onder de bevoegdheid van de federale overheid (o.m. ziekenhuizen), niet zonder meer verplichtingen opleggen inzake het opzetten van bepaalde informatiesystemen. Het nakomen van zulke verplichtingen, i.h.b. de investeringen die daarmee gepaard gaan, zouden immers een weerslag kunnen hebben op de financiering van de exploitatie. Dit zou met name het geval zijn indien de bedoelde investeringen van substantiële aard zouden zijn, zodat de federale overheid ertoe gebracht zou kunnen worden om de kosten ervan in de financiering door de Staat op te nemen. In die hypothese zou de ontworpen regeling treden op het terrein van de federale overheid ⁽¹²⁾.

Anders is het wanneer het veeleer de bedoeling is om de federaal geregelde gezondheidsvoorzieningen toegang te geven tot een informatiesysteem dat wordt ingericht tussen eerstelijnsvoorzieningen, althans indien dit voor de betrokken federale voorzieningen weinig lasten impliceert. In dat geval kan de ontworpen regeling wel worden aanvaard.

Ook op dit punt moet de Raad van State, bij gebreke van een inzicht in alle feitelijke gegevens, zich ertoe beperken een voorbehoud te maken.

⁽¹²⁾ Vgl. R.v.St., afd. wetg., advies 33.060/3 van 8 januari 2003 over een voorstel van decreet houdende de invoering van een informatiedokter in ziekenhuizen, Parl. St., Vl. Parl., 2002-03, nr. 786-2, pp. 9-10, nr. 3.2.

35.773/3

16. De artikelen 16, § 3, en 17, § 2, voorzien in een verplichting om de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer over bepaalde ontwerperegelingen te raadplegen.

Het feit dat de Commissie een federale instelling is, belet niet dat ze door de decreetgever wordt belast met het geven van advies over ontwerpen van besluit van de Vlaamse regering. Uit artikel 29, § 1, van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens blijkt immers dat de Vlaamse regering de Commissie om advies mag vragen ⁽¹³⁾.

Artikel 21

17. Volgens dit artikel kan een toegekende subsidie geheel of gedeeltelijk ingehouden of teruggevorderd worden, indien de betrokken organisatie bepaalde verplichtingen niet naleeft (paragraaf 1). De administratie wordt gemachtigd om het bedrag van de inhouding of de terugvordering te bepalen, rekening houdend met de ernst van de feiten (paragraaf 2).

Luidens artikel 50, § 2, derde lid, van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten bepaalt de (federale) wet de algemene bepalingen op de controle inzake het verlenen en het gebruik van subsidies. Krachtens artikel 71, § 1, van diezelfde bijzondere wet zijn, "tot de inwerkingtreding van de wet bedoeld in artikel 50, § 2, ... de vigerende bepalingen betreffende ... de controle op het verlenen en het gebruik van subsidies ... van overeenkomstige toepassing op de Gemeenschappen en de Gewesten".

Uit die bepalingen van de bijzondere financieringswet en uit de parlementaire voorbereiding ervan blijkt dat het de gemeenschappen en de gewesten niet toekomt inzake de controle op het verlenen en het gebruik van subsidies "algemene bepalingen" vast te stellen, doch dat ze alleen bevoegd zijn om "buiten dit wettelijk

⁽¹³⁾ Zie R.v.St., afd. wetg. (alg. verg.), advies 34.339/AV van 29 april 2003 over het ontwerp van decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, Parl. St. , VI. Parl., 2002-03, nr. 1709-1, (141), p. 161, nr. 30.

kader ... in deze materies specifieke regels te bepalen" ⁽¹⁴⁾. Die bevoegdheid om terzake "specifieke regels" vast te stellen moet - volgens de verklaringen van de Minister van Financiën in de bevoegde Kamercommissie - in die zin worden begrepen dat "de Gemeenschappen en Gewesten die (door de nationale wetgever vastgestelde) regels (eigenlijk) alleen maar strenger (kunnen) maken (en er) niet (kunnen van) afwijken" ⁽¹⁵⁾.

Artikel 57, eerste lid, van de wetten op de rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991, somt drie gevallen op waarin de toelagetrekker gehouden is tot onmiddellijke terugbetaling van de toelage. Artikel 57, tweede lid, vermeldt nog een vierde geval ⁽¹⁶⁾. Artikel 21, § 1, van het ontwerp kan geacht worden op twee van die gevallen betrekking te hebben (niet-aanwending van de subsidie voor de doeleinden waarvoor ze toegekend is, en verhindering van de controle), maar niet op de twee andere (niet-naleven van de voorwaarden waaronder de subsidie is verleend, en verzuim de nodige verantwoording te verstrekken). Daaruit zou kunnen worden afgeleid dat de laatste twee gevallen te dezen niet relevant zouden zijn. Zulke conclusie zou echter strijdig zijn met de aangehaalde bepalingen van de bijzondere financieringswet.

Naar luid van artikel 57, eerste lid, van de wetten op de rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991, is de toelagetrekker die zich in een van de genoemde gevallen bevindt, bovendien tot onmiddellijke terugbetaling van de toelage gehouden. Artikel 21, §§ 1 en 2, van het ontwerp houdt een versoepeling in ten aanzien van die bepaling, in zoverre het voorziet in de mogelijkheid - en niet in de verplichting - tot terugvordering van de subsidie, en het bovendien lijkt te bepalen dat de subsidie niet in alle gevallen volledig terugbetaald moet worden. Ook op dit punt is de ontworpen regeling strijdig met de aangehaalde bepalingen van de bijzondere financieringswet.

⁽¹⁴⁾ Memorie van toelichting, Parl. St., Kamer, 1988-89, nr. 635-1, p. 37.

⁽¹⁵⁾ Parl. St., Kamer, 1988-89, nr. 635-18, p. 543.

⁽¹⁶⁾ Met ingang van 1 januari 2004 (of 1 januari 2005) worden de gecoördineerde wetten van 17 juli 1991 opgeheven. De inhoud van artikel 57, eerste en tweede lid, is, wat de gemeenschappen en de gewesten betreft, overgenomen in artikel 13, eerste en tweede lid, 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.

35.773/3

Artikel 21 dient dan ook herschreven te worden.

Artikel 25

18. Volgens deze bepaling blijft de geldende regeling m.b.t. twee specifieke aangelegenheden van kracht "in afwachting van het in werking treden van de besluiten ter uitvoering van dit decreet".

Uit de memorie van toelichting blijkt dat het de bedoeling is om het besluit van de Vlaamse Regering van 21 december 1990 houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging en het besluit van de Vlaamse regering van 3 mei 1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken een wettelijke grondslag te geven.

Die bedoeling kan op een meer transparante en rechtszekere manier tot uiting gebracht worden. De Raad van State stelt de volgende tekst voor:

"Art. 25. De volgende besluiten blijven van kracht tot aan hun opheffing:

1° het besluit van de Vlaamse Regering van 21 december 1990 houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 18 december 1991, 28 december 1997, 7 april 1998 en 30 november 2001;

2° het besluit van de Vlaamse regering van 3 mei 1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 8 december 1998 en 30 november 2001."

Artikel 26

19. Artikel 26 bepaalt dat de adviezen van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, bedoeld in de artikelen 25, § 3, en 26, § 2 (lees: de artikelen 16, § 3, en 17, § 2), slechts worden ingewonnen tot de Vlaamse regering een eigen toezichtscommissie heeft opgericht, waarin de genoemde Commissie vertegenwoordigd is.

Met betrekking tot de vertegenwoordiging van de Commissie in de later op te richten toezichtscommissie, dient herinnerd te worden aan het beginsel van de autonomie van de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten. Op grond van dat beginsel kan een gemeenschap slechts bepalen dat een federale instelling vertegenwoordigd wordt in een door de gemeenschap opgerichte instelling, als die vertegenwoordiging louter facultatief is.

Dit betekent te dezen dat, bij gebreke van besluit genomen ter uitvoering van artikel 92^{ter}, tweede lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen ⁽¹⁷⁾, de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer niet verplicht kan worden om zich door een of meer van haar leden te laten vertegenwoordigen, en dat het ontbreken van zulke vertegenwoordiging of de afwezigheid van vertegenwoordigers van de Commissie op de vergadering van de toezichtscommissie geen gevolgen mag hebben voor de werking van de toezichtscommissie of voor de geldigheid van de handelingen die deze stelt. Bovendien mag aan de vertegenwoordigers van de Commissie slechts een raadgevende stem verleend worden, opdat die leden geen beslissende invloed zouden kunnen uitoefenen binnen de toezichtscommissie.

De conclusie zou anders zijn, indien bijvoorbeeld bepaald zou worden dat de Vlaamse overheid de leden van de toezichtscommissie aanwijst, en dat een of meer leden van de toezichtscommissie tevens lid moeten zijn van de Commissie. In dat geval zouden de bedoelde leden immers niet optreden als “vertegenwoordigers” van de Commissie.

Artikel 26 van het ontwerp dient derhalve aangepast te worden ⁽¹⁸⁾.

⁽¹⁷⁾ Artikel 92^{ter}, tweede lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 bepaalt dat de gemeenschapsregering, bij besluit genomen na akkoord van de Koning, de vertegenwoordiging regelt van de federale overheid in de beheers- of beslissingsorganen van de gemeenschapsinstellingen en organismen, o.m. met een adviserende taak, die ze aanduidt.

⁽¹⁸⁾ Zie advies 34.339/AV van 29 april 2003, vermeld in noot 15, op pp. 161-162, nr. 31.

35.773/3

De kamer was samengesteld uit

de Heren	W. DEROOVER,	eerste voorzitter,
	D. ALBRECHT,	staatsraden,
	P. LEMMENS,	
	H. COUSY,	assessoren van de afdeling wetgeving,
	J. VELAERS,	
Mevrouw	F. LIEVENS,	griffier.

Het verslag werd uitgebracht door de H. J. VAN NIEUWENHOVE, auditeur.

DE GRIFFIER,

DE EERSTE VOORZITTER,

F. LIEVENS

W. DEROOVER

ONTWERP VAN DECREET

ONTWERP VAN DECREET

DE VLAAMSE REGERING,

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn,
Gezondheid en Gelijke Kansen ;

Na beraadslaging,

BESLUIT :

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen 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 I.

Algemene bepaling en definities

Artikel 1.

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Artikel 2

Voor de toepassing van dit decreet wordt verstaan onder :

- 1° administratie : de administratie van de diensten van de Vlaamse regering bevoegd voor de gezondheidszorg ;
- 2° begeleidingsplan : document dat per gebruiker, op basis van een evaluatie van het zelfzorgvermogen en een omschrijving van de zorgvraag, weergeeft welke passende zorg de zorgaanbieder voorziet aan te bieden of nodig acht en dat kan worden bijgestuurd in functie van de evoluerende zorgbehoefte ;
- 3° gebruiker : iedere natuurlijke persoon die een beroep doet op een zorgaanbieder ;
- 4° eerstelijnsgezondheidszorg : zorg aangeboden door zorgverstrekkers in dat segment van de

gezondheidszorg waarop gebruikers een beroep doen voor eerste deskundige opvang, behandeling of meer continue begeleiding van gezondheidsproblemen, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder of door een organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod ;

- 5° evaluatie van het zelfzorgvermogen : een aan een zorgvraag gekoppelde inschatting van de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen van de gebruiker, uitgevoerd volgens een vooraf bepaald uniform stramien en op basis van objectieve en meetbare criteria ;
- 6° gezondheid : toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden bij de mens ;
- 7° kwaliteitsvolle zorg : verantwoorde zorg die rekening houdt met doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid ;
- 8° mantelzorger : een persoon die vanuit een sociale en emotionele band één of meerdere personen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven wanneer de zelfzorg ontoereikend blijkt ;
- 9° meer gespecialiseerd zorgaanbod : zorg die doorgaans verleend wordt door of onder leiding van een arts-specialist, een ziekenhuis of een andere organisatie, dienst of persoon die door de regelgeving of door de aard en omstandigheden van de zorg niet tot de eerstelijnszorg wordt gerekend ;
- 10° partnerorganisatie : een organisatie met rechtspersoonlijkheid die als centrum van expertise fungeert omwille van minstens één van de hiernavolgende competenties :
 - a) de deskundigheid om ondersteuning te bieden aan samenwerkingsinitiatieven eerste lijnsgezondheidszorg, netwerken, zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers of vrijwilligers ;
 - b) het aanleveren van gegevens inzake gezondheidszorg ;
- 11° samenwerkingsinitiatief eerste lijnsgezondheidszorg, afgekort SEL : een door de Vlaamse regering erkend samenwerkingsverband van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en eventueel van vertegenwoordigers van mantelzorgers en gebruikers en/of vrijwilligers, dat ge-

richt is op het optimaliseren van de zorg binnen een bepaald geografisch afgebakend werkgebied ;

12° vrijwilliger : een persoon die één of meerdere personen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven wanneer de zelfzorg ontoereikend blijkt ;

13° woonondersteuning : dienstverlening die er op gericht is de gebruiker in zijn eigen leefomgeving te ondersteunen door middel van informatie, advies en het ter beschikking stellen van hulpmiddelen die betrekking hebben op de activiteiten van het dagelijks leven ;

14° zelfzorg : de persoonlijke beslissingen en acties in het dagelijkse leven met het oog op het voorzien in de eigen basisbehoeften, en de daarbij aansluitende eigen activiteiten en vaardigheden ;

15° ziekenfondsdienst voor maatschappelijk werk en woonondersteuning, verder ziekenfondsdienst genoemd : een dienst, opgericht door een of meer ziekenfondsen, die, volgens de maatschappelijke werkmethoden, passende zorg verleent of hiertoe bijdraagt en die woonondersteuning biedt, minstens ten aanzien van hun eigen leden die tijdelijk of blijvend zorg nodig hebben of dreigen nodig te hebben ten gevolge van ouderdom, ziekte of handicap ;

16° zorgaanbieder : een zorgverstrekker zoals bedoeld in 19°, 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 ;

17° zorgcontinuüm : het gelijktijdig of in de tijd gespreid, naadloos op elkaar aansluiten van diverse vormen van zorgverlening ;

18° zorgplan : een schriftelijke afsprakenregeling met betrekking tot de geplande zorg voor een gebruiker, die gebaseerd is op één of meer begeleidingsplannen en die kan worden bijgestuurd afhankelijk van de evoluerende zorgbehoefte ;

19° zorgverstrekker : een in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzame apotheker, arts, diëtist, kinesist, logopedist, tandarts, verpleegkundige,

vroedvrouw of beroepsbeoefenaar van een andere door de Vlaamse regering bepaalde discipline, met uitzondering van de arts-specialist, met inbegrip van feitelijke of juridische entiteiten die hen groeperen in mono- of multidisciplinair verband.

HOOFDSTUK II

Opdrachten, operationele doelstellingen en werkingsbeginselen van de eerstelijnsgezondheidszorg

Artikel 3

§ 1. Iedere persoon, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, van ras of geaardheid en zonder onderscheid van zijn vermogenstoestand, heeft recht op een kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg en op een respectvolle behandeling en begeleiding.

De vrijheid van keuze van zorg en zorgverstrekker wordt in hoofde van de gebruiker geëerbiedigd. De medeverantwoordelijkheid van de gebruiker wordt zo veel mogelijk aangemoedigd, om te komen tot een duurzame en kwaliteitsvolle zorginvulling waarbij samenhang in de zorg en continuïteit in de relatie tussen gebruiker en zorgverstrekker centraal staan.

Het zelfzorgvermogen van de gebruiker wordt zo veel mogelijk aangemoedigd en verhoogd opdat hij zo autonoom mogelijk aan de samenleving zou kunnen participeren.

§ 2. De zorgverstrekkers bieden kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg aan. Hiertoe wordt de zorg, indien nodig en mogelijk, aangeboden bij de gebruiker thuis.

§ 3. De zorgverstrekkers leveren bijzondere inspanningen om de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg te optimaliseren, in het bijzonder voor personen die leven in achtergestelde situaties.

Artikel 4

§ 1. Ter uitvoering van de opdrachten, bepaald in artikel 3, vervullen de zorgverstrekkers onder meer de volgende taken :

- 1° het aanbieden van de eerste deskundige opvang bij gezondheidsproblemen ;
- 2° het verzorgen, begeleiden en opvolgen van gebruikers met acute of chronische gezondheidsproblemen ;
- 3° het bijdragen tot het voorkomen van het ontstaan of het verergeren van gezondheidsproblemen ;
- 4° het ondersteunen van de gebruikers bij de zelfzorg, de mantelzorgers, de vrijwilligers en de andere zorgaanbieders ;
- 5° het opnemen van het eigen aandeel in het zorgcontinuüm.

§ 2. De zorgverstrekkers voeren deze taken uit in het kader van hun professionele deskundigheid. Indien het in het belang van de gebruiker nodig is, maken ze, al dan niet op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, een begeleidingsplan op en maken ze onderling taakafspraken, alsook met andere zorgaanbieders en met organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod. De taakafspraken kunnen worden vastgelegd in een zorgplan. Het zorgplan kan op eigen initiatief of op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger door de zorgverstrekker worden opgestart en/of opgevolgd. Indien nodig verwijzen ze gebruikers gericht door. Na verwijzing door een andere zorgaanbieder of door een organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, leveren de zorgverstrekkers adequate zorg.

Artikel 5

§ 1. De Vlaamse regering kan, binnen haar bevoegdheden, nadere regels bepalen met betrekking tot de opdrachten en taken bedoeld in artikel 3 en 4.

§ 2. De Vlaamse regering kan bepalen onder welke bijzondere omstandigheden artsen-specialisten, in het kader van het zorgcontinuüm, een bijdrage kunnen leveren in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Artikel 6

§ 1. Om de in artikel 3 geformuleerde opdrachten te realiseren verrichten de zorgverstrekkers activiteiten die gericht zijn op de gebruiker en activiteiten die gericht zijn op de goede organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg.

§ 2. De activiteiten die gericht zijn op de gebruiker worden verstrekt op het niveau van de praktijkvoering, waar het individueel contact tussen de zorgverstrekker en de gebruiker plaatsvindt, en, waar nodig, multidisciplinair overleg omtrent de gebruiker wordt gepleegd.

Activiteiten die gericht zijn op de goede organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg, overstijgen de eigen praktijkvoering en gebeuren op een niveau waar de zorgaanbieders binnen een bepaald werkgebied hun werking op elkaar afstemmen.

HOOFDSTUK III

Samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg

Artikel 7

§ 1. De Vlaamse regering kan vormen van samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg erkennen en kan de infrastructuur en/of de werking ervan subsidiëren. De Vlaamse regering bepaalt hiertoe de voorwaarden.

§ 2. De Vlaamse regering bepaalt in voorkomend geval de erkenningsvoorwaarden, de regels inzake de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

§ 3. De erkenningsvoorwaarden voor samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg hebben onder meer betrekking op de juridische vorm, de permanentie, de mono- of multidisciplinariteit, de dossiertoegankelijkheid, de doelgroep en de vestigingsplaats.

§ 4. De Vlaamse regering bepaalt in voorkomend geval de subsidie en werkt nadere regels uit aangaande de wijze van subsidiëring.

HOOFDSTUK IV

Samenwerkingsinitiatieven
eerstelijnsgezondheidszorg

AFDELING I.

Algemene bepalingen

Artikel 8

§ 1. De Vlaamse regering erkent en subsidieert samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en bepaalt hun werkgebied.

§ 2. De Vlaamse regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de regels inzake de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

§ 3. De Vlaamse regering bepaalt de subsidie en de subsidievoorwaarden.

§ 4. Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg hebben de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk.

AFDELING II

Opdrachten en taken

Artikel 9

§ 1. De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg beogen een optimale zorgverlening aan de gebruiker waarbij maximaal een beroep gedaan wordt op zijn zelfbeschikkingsvermogen en waarbij zijn zelfzorgvermogen en medeverantwoordelijkheid zo veel mogelijk worden aangemoedigd en verhoogd opdat hij zo autonoom mogelijk aan de samenleving zou kunnen participeren.

§ 2. De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg nemen, binnen hun werkgebied, initiatieven die er toe bijdragen het aanbod van de zorgaanbieders af te stemmen op de noden van de bevolking en van de individuele gebruiker.

De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg bevorderen, binnen hun werkgebied, de samenwerking tussen de zorgaanbieders onderling,

tussen de zorgaanbieders en andere organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, alsook tussen de zorgaanbieders en de gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers.

De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg informeren de bevolking binnen hun werkgebied over het zorgaanbod.

De samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg fungeren, voor de aangelegenheden die het niveau van de praktijkvoering of van de individuele zorgaanbieder overstijgen, binnen hun werkgebied als neutraal aanspreekpunt voor gebruikers, mantelzorgers, vrijwilligers, andere hulpverleners en voorzieningen, en voor de Vlaamse overheid.

§ 3. Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg leveren bijzondere inspanningen om de toegankelijkheid van de zorg te optimaliseren, in het bijzonder voor bevolkingsgroepen die leven in achtergestelde situaties.

Artikel 10

§ 1. Ter uitvoering van de opdrachten, bepaald in artikel 9, vervullen de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg met betrekking tot hun werkgebied en met het oog op een kwaliteitsvolle zorg minimaal de volgende taken :

1° het fungeren als overlegplatform voor zorgaanbieders ;

2° het organiseren, ondersteunen en opvolgen van gestructureerd overleg, onder meer met het oog op het afstemmen van de zorg op de noden van de bevolking, tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en andere organisaties, diensten of personen, waaronder organisaties, diensten of personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, wiens optreden een effect kan hebben op de eerstelijnsgezondheidszorg ;

3° het bewaken van de praktische organisatie en de ondersteuning van multidisciplinaire samenwerking, met het oog op het afstemmen van de zorg op de noden van de gebruiker, van zorgaanbieders, mantelzorgers en vrijwilligers en meer in het bijzonder bij :

a) de evaluatie van het zelfzorgvermogen ;

- b) de taakafspraken tussen zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers ;
 - c) de uitwerking en het opvolgen van een zorgplan in overleg met de gebruiker ;
 - d) het multidisciplinair overleg ter concretisering van a) tot en met c) ;
- 4° het bewaken van de procedures die betrekking hebben op de evaluatie van het zelfzorgvermogen en/of de uitwerking en het opvolgen van een zorgplan, zoals bepaald door de Vlaamse regering en uitgevoerd door de zorgaanbieders ;
- 5° het beschikken over een geactualiseerd bestand van de zorgaanbieders en dit ter beschikking stellen aan de bevolking, de zorgaanbieders en desgevraagd, op gestandaardiseerde wijze, aan de administratie ;
- 6° het aanmoedigen van zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers om een beroep te doen op de ondersteunende expertise van partnerorganisaties en om de hiermee verband houdende richtlijnen te integreren in de zorg ;
- 7° het maken van afspraken over en het op elkaar afstemmen van multidisciplinaire vormingsinitiatieven ;
- 8° het registreren en uitwisselen van gegevens ;
- 9° het verlenen van advies aan de Vlaamse overheid, op verzoek van de Vlaamse overheid of op eigen initiatief, over de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders ;
- 10° het bewaken van de permanentieregeling van de zorgaanbieders ;
- 11° het organiseren en ondersteunen van een klachtenmeldpunt en van de klachtenbemiddeling met betrekking tot de opdrachten en taken, bedoeld in artikel 9 en artikel 10 ;
- 12° het bewaken van de organisatie van een dagen nachtpermanente hulpverlening in het thuismilieu met betrekking tot activiteiten van het dagelijks leven.
- § 2. De Vlaamse regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot de taken, bedoeld in § 1.

§ 3. De Vlaamse regering bepaalt voor welke categorieën van zorgaanbieders en andere organisaties, diensten of personen en voor welke thema's het gestructureerde overleg, bedoeld in § 1, 2°, minimaal resulteert in een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst.

De Vlaamse regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot deze schriftelijke samenwerkingsovereenkomsten.

Artikel 11

De Vlaamse regering kan bepalen welke taken van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg door een andere rechtspersoon dan het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg in kwestie uitgevoerd kunnen worden en onder welke voorwaarden dit kan gebeuren.

In uitvoering van het eerste lid kan, onder de voorwaarden bepaald door de Vlaamse regering en dit na overleg met de provinciebesturen en de Vlaamse Gemeenschapscommissie, het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, naast de ondersteuning door partnerorganisaties, een beroep doen op de ondersteuning of begeleiding van provinciebesturen of, voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, van de Vlaamse Gemeenschapscommissie.

AFDELING III

Samenstelling

Artikel 12

§ 1. De volgende plaatselijke vertegenwoordigers kunnen lid worden van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg en worden hiertoe uitgenodigd :

- a) plaatselijke vertegenwoordigers van zorgaanbieders die actief zijn in het werkgebied van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg ;
- b) plaatselijke vertegenwoordigers van mantelzorgers en gebruikers ;
- c) plaatselijke vertegenwoordigers van vrijwilligers.

Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg neemt elke, in het eerste lid bedoelde, dienst, organisatie of groepering die dit wenst en die zich ertoe verbindt de bepalingen van dit decreet na te leven, op als lid, tenzij er gegronde redenen zijn om deze te weigeren. Een beslissing tot weigering wordt met vermelding van de redenen meegedeeld aan de dienst, organisatie of groepering in kwestie en aan de administratie.

§ 2. Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg kan pas erkend worden als de diensten voor gezinszorg, de huisartsen, de lokale diensten-centra, de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, de rusthuizen al dan niet met RVT bedden, de verpleegkundigen en vroedvrouwen en de ziekenfondsdiensten door plaatselijke afgevaardigden, vertegenwoordigd zijn.

Indien in een werkgebied van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg een of meerdere van de in het eerste lid bedoelde categorieën van zorgaanbieders ontbreken, dan vervalt deze erkenningsvoorwaarde met betrekking tot deze categorie van zorgaanbieders.

Indien in een werkgebied van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg een of meerdere van de in het eerste lid bedoelde categorieën van zorgaanbieders niet bereid zijn vertegenwoordigd te worden, dan vervalt deze erkenningsvoorwaarde met betrekking tot deze categorie van zorgaanbieders, mits naast de huisartsen en verpleegkundigen en vroedvrouwen minstens drie van de resterende categorieën bedoeld in het eerste lid zijn vertegenwoordigd.

§ 3. Een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg kan pas erkend worden als voor het werkgebied van het initiatief in kwestie, per categorie van zorgaanbieders die deel uitmaakt van het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, minstens de helft van de georganiseerde zorg vertegenwoordigd is.

De Vlaamse regering bepaalt hiertoe nadere regels en kan uitzonderingen bepalen bij de verplichting, bepaald in het eerste lid.

AFDELING IV

Werkgebied

Artikel 13

§ 1. De Vlaamse regering bepaalt het werkgebied van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg op basis van een geografische indeling van het Vlaamse Gewest.

De Vlaamse regering ziet erop toe dat de werkgebieden geografisch op elkaar zijn afgestemd, elkaar niet overlappen en, tenzij dit onmogelijk blijkt, heel het Vlaamse Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad bestrijken.

§ 2. Voor de grootstedelijke gebieden Gent, Antwerpen en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kan de Vlaamse regering bepalen dat de taken van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg van de betreffende grootstedelijke gebieden toevertrouwd worden aan afdelingen van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg.

Hiertoe verdeelt het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg het werkgebied in kleinere deelgebieden wanneer dit nodig blijkt om de kwaliteit van de zorgverlening te optimaliseren.

§ 3. Een gemeente kan slechts deel uitmaken van het werkgebied van één samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg.

HOOFDSTUK V

Partnerorganisaties

Artikel 14

§ 1. De Vlaamse regering kan in het kader van dit decreet partnerorganisaties met rechtspersoonlijk-

heid erkennen en eventueel hun werkgebied bepalen.

§ 2. De Vlaamse regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de regels inzake de duur, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

§ 3. Enkel een erkende partnerorganisatie waarmee de Vlaamse regering een beheersovereenkomst afsluit, komt in aanmerking voor subsidiëring.

Deze beheersovereenkomst geldt voor minimaal drie en maximaal vijf jaar en omvat minstens :

1° het beleidsplan voor de duurtijd van de beheersovereenkomst dat minstens de volgende gegevens bevat :

- a) de resultaatgebieden voor de uitvoering van de beheersovereenkomst ;
- b) de indicatoren met betrekking tot de resultaatgebieden om onder meer de uitvoering van de beheersovereenkomst te kunnen evalueren ;

2° de financieringsvoorwaarden en -modaliteiten, waaronder de bepaling van de subsidie-enveloppe en de mate waarin die, ingevolge indexering en weddendrift, evolueert.

Artikel 15

Het erkenningsbesluit van de partnerorganisatie en/of het beleidsplan, bedoeld in artikel 14, § 3, 1°, vermelden de aard van de deskundigheid van de partnerorganisatie, aan welke doelgroepen de partnerorganisatie minstens ondersteuning biedt en welke haar opdrachten zijn ten aanzien van de Vlaamse overheid.

HOOFDSTUK VI

Registratie en gegevensuitwisseling

Artikel 16

§ 1. Het zorgcontinuüm moet verzekerd worden, onder andere door de uitwisseling van gegevens die noodzakelijk zijn om de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening te verzekeren tussen de

zorgaanbieders onderling en tussen de zorgaanbieders en organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod. Deze gegevensuitwisseling gebeurt door middel van een operationeel informatiesysteem dat de uitwisseling optimaal laat verlopen.

Indien de gegevensuitwisseling door organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod een weerslag heeft op de financiering door de federale overheid van de exploitatie, dan gebeurt deze gegevensuitwisseling op vrijwillige basis.

§ 2. De samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, participeren op verzoek van de Vlaamse regering aan de uitbouw en aan de werking van een epidemiologisch informatiesysteem om het gezondheidsbeleid zo veel mogelijk wetenschappelijk te onderbouwen.

§ 3. Met betrekking tot § 1 en § 2 bepaalt de Vlaamse regering, na advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, nadere regels.

Artikel 17

§ 1. De Vlaamse regering kan, in het kader van de operationele en epidemiologische gegevensuitwisseling, bedoeld in artikel 16, samenwerkingverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, verplichten om voor hun identificatie gebruik te maken van een identificatiecode, die hen op een eenvormige en unieke manier vereenzelvigt.

§ 2. Bovendien kan in het kader van de gegevensuitwisseling, bedoeld in artikel 16, en na advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, een gelijkaardig systeem opgelegd worden voor de identificatie van de gebruikers.

§ 3. Met betrekking tot § 1 en § 2 kan de Vlaamse regering nadere regels bepalen.

HOOFDSTUK VII

Verantwoordingsplicht en toezicht

Artikel 18

§ 1. Alle samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, die door de Vlaamse regering erkend en/of gesubsidieerd worden voor opdrachten binnen het kader van dit decreet, moeten verantwoording afleggen en zijn onderworpen aan toezicht.

De Vlaamse regering organiseert het toezicht en de controle op de naleving van dit decreet.

§ 2. De ambtenaren die de Vlaamse regering belast met het toezicht, hebben het recht de in § 1 bedoelde samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties te bezoeken en ter plaatse zelf kennis te nemen van alle stukken en bescheiden die noodzakelijk of relevant zijn voor de uitoefening van hun ambt.

Van hun vaststellingen maken zij een verslag op waarvan een afschrift wordt overgemaakt aan het samenwerkingsverband op het niveau van de praktijkvoering, het samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg of de partnerorganisatie in kwestie.

§ 3. De Vlaamse regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot § 1 en § 2.

Artikel 19

De subsidies die de Vlaamse regering toekent aan samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, voor opdrachten binnen het kader van dit decreet, kunnen enkel aangewend worden voor de uitvoering van deze opdrachten.

Artikel 20

§ 1. Onverminderd artikel 18 zijn alle samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties, die door de

Vlaamse regering gesubsidieerd worden voor opdrachten inzake uitvoering en/of ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg, op eenvoudig verzoek van de Vlaamse regering gehouden tot het kenbaar maken van alle andere financiële middelen dan de middelen die verkregen werden binnen het kader van dit decreet. Alle stukken ter staving moeten op eenvoudig verzoek ter beschikking gesteld kunnen worden.

§ 2. Tenzij dubbele financiering van eenzelfde activiteit wordt aangetoond, worden de buiten dit decreet verworven financiële middelen niet in mindering gebracht van de subsidies die via dit decreet werden verkregen.

§ 3. Het aanleggen van reserves kan worden toegestaan. De Vlaamse regering bepaalt hiertoe nadere regels.

HOOFDSTUK VIII

Administratieve sancties

Artikel 21

§ 1. 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, kan de subsidie van een samenwerkingsverband op het niveau van de praktijkvoering, een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg en een partnerorganisatie, geheel of gedeeltelijk ingehouden of teruggevorderd worden indien een of meerdere van de volgende verplichtingen niet wordt nageleefd :

- 1° de verplichting tot het kenbaar maken van andere financiële middelen, bedoeld in artikel 20, § 1 ;
- 2° het uitwisselen van gegevens in het kader van het epidemiologische informatiesysteem, bedoeld in artikel 16, § 2 ;
- 3° het gebruiken van een identificatiecode voor de gegevensuitwisseling, bedoeld in artikel 17.

§ 2. Het bedrag van de inhouding of terugvordering wordt door de administratie soeverein bepaald, rekening houdend met de ernst van de feiten.

Artikel 22

De erkenning van een samenwerkingsverband op het niveau van de praktijkvoering, een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg en een partnerorganisatie, kan geschorst of ingetrokken worden indien ze niet of niet meer voldoet aan de verplichtingen die voortvloeien uit dit decreet.

Artikel 23

Een administratieve sanctie, zoals bedoeld in artikel 21 en 22, kan slechts uitgevoerd worden als :

- 1° de betrokkene vanwege de administratie een schriftelijke aanmaning heeft ontvangen de verplichtingen in kwestie na te komen ;
- 2° de betrokkene de verplichtingen in kwestie niet is nagekomen binnen de door de administratie bepaalde termijn ;
- 3° de betrokkene werd uitgenodigd om gehoord te worden door de administratie.

HOOFDSTUK IX

Procedure inzake erkenning, schorsing
en intrekking van een erkenning

Artikel 24

§ 1. Met betrekking tot de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en de partnerorganisaties, regelt de Vlaamse regering de procedure inzake erkenning en inzake schorsing en intrekking van de erkenning.

§ 2. De Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen, opgericht bij het decreet van 20 december 1996 houdende oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad en van een Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen, geeft advies met betrekking tot bezwaar- of verweermiddelen die in het kader van deze procedures ingediend worden bij een voorne-

men tot weigering, schorsing of intrekking van erkenning.

HOOFDSTUK X

Overgangsbepalingen en inwerkingtreding

Artikel 25

De volgende besluiten blijven van kracht tot aan hun opheffing :

- 1° het besluit van de Vlaamse regering van 21 december 1990 houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 18 december 1991, 28 december 1997, 7 april 1998 en 30 november 2001 ;
- 2° het besluit van de Vlaamse regering van 3 mei 1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 8 december 1998 en 30 november 2001.

Artikel 26

Het advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, bedoeld in artikel 16, § 3, en artikel 17, § 2, wordt ingewonnen tot de Vlaamse regering een eigen toezichtcommissie opricht.

In afwachting van het in werking treden van nieuwe regelgeving met betrekking tot de ziekenfondsdiensten wordt voor de toepassing van artikel 12 onder ziekenfondsdienst verstaan het centrum voor algemeen welzijnswerk in het kader van de ziekenfondsen, bedoeld in het decreet van 19 december 1997 betreffende het algemeen welzijnswerk.

Artikel 27

Dit decreet treedt in werking op de tiende dag na de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad, met uitzondering van artikel 10, § 1, 10°, 11° en 12°, die slechts in werking treden op een door de Vlaamse regering vast te stellen datum.

Brussel, 10 oktober 2003.

De minister-president van de Vlaamse regering,

Bart SOMERS

*De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en
Gelijke Kansen,*

Adelheid BYTTEBIER
