



Vlaams
Parlement

ingediend op **623** (2015-2016) – Nr. 1
25 januari 2016 (2015-2016)

Verslag van de gedachtewisseling

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
uitgebracht door Jan Bertels en Cindy Franssen

over 'Reorganisatie van de eerstelijnszorg in
Vlaanderen – Situering en veranderingstraject
2015-2019'

Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

Voorzitter: Bart Van Malderen.

Vaste leden:

Caroline Croo, Danielle Godderis-T'Jonck, Lies Jans, Lorin Parys, Peter Persyn, Tine van der Vloet;
Griet Coppé, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
Freya Saeys, Martine Taelman;
Freya Van den Bossche, Bart Van Malderen;
Elke Van den Brandt.

Plaatsvervangers:

Björn Anseeuw, Vera Celis, Cathy Coudyser, Koen Daniëls, Ingeborg De Meulemeester, Manuela Van Werde;
Sonja Claes, Dirk de Kort, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
Jo De Ro, Emmily Talpe;
Jan Bertels, Ingrid Lieten;
Elisabeth Meuleman.

Toegevoegde leden:

Ortwin Depoortere.

INHOUD

I.	Toelichting door Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	4
1.	Het belang van de eerstelijnsgezondheidszorg	4
2.	Wie financiert de eerste lijn?	5
3.	Beleidstraject inzake eerste lijn in Vlaanderen tot en met 2014.....	6
4.	Afstemming met de federale overheid over de chronische zorg	7
5.	Participatief traject met de stakeholders	9
6.	Aansturing van het traject.....	12
II.	Vragen van de leden	12
	Gebruikte afkortingen.....	22
	Bijlage: zie dossierpagina op www.vlaamsparlement.be	

Op dinsdag 5 januari 2016 wisselde de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin met Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, van gedachten over 'Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen – Situering en veranderingstraject 2015-2019'.

De nota is als bijlage terug te vinden op de [dossierpagina](#) van dit document op www.vlaamsparlement.be.

I. Toelichting door Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

1. Het belang van de eerstelijnsgezondheidszorg

In het Vlaamse regeerakkoord 2014-2019 staat: "De Vlaamse Regering is ervan overtuigd dat de uitbouw en versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg, zeker gelet op de stijgende noden aan goede chronische zorg, zorgcontinuïteit, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg, cruciaal is. We willen daarbij vertrekken van de sterktes van ons zorgaanbod met zijn verscheidenheid aan vormen waarin zorgverstrekkers in de eerste lijn actief zijn."

In de huidige maatschappelijke context zijn de volgende evoluties belangrijk:

- een stijgende levensverwachting maar eveneens een enorme toename van het aantal personen met een langdurige zorgnood, chronische ziekte en multimorbiditeit;
- een explosie van medische mogelijkheden maar ook een ongelofelijke potentiële toename van de zorgkosten;
- nood aan meer thuiszorg die kan inspelen op complexe zorgsituaties;
- aandacht voor en ook de mogelijkheid van het voorkomen van aandoeningen;
- een stijgende vraag naar zorg dichtbij de patiënt en zorg op maat waarbij de patiënt en de mantelzorger als volwaardige partner in de zorg worden betrokken;
- de patiënt die steeds mondiger en vaak beter geïnformeerd is;
- de patiënt die steeds meer verscheiden is door toenemende diversiteit op vlak van cultuur, religie, taal, filosofie, door de sociale maar ook digitale gezondheidskloof;
- en toenemende aandacht voor kwaliteit van zorg, waarbij de noden en doelstellingen van de patiënt centraal gesteld worden.

Om al deze redenen is een persoonsgerichte en geïntegreerde benadering en niet langer een ziektegeoriënteerde aanpak aan de orde. Deze persoonsgerichte benadering reflecteert zich ook in de uitrol van de Vlaamse sociale bescherming tijdens deze legislatuur.

Vanwege deze evoluties is ook multidisciplinair en interdisciplinair samenwerken cruciaal, zowel binnen elke lijn als tussen de verschillende lijnen van de gezondheidszorg, met nieuwe vormen en methodes voor de organisatie van de zorgverlening en aandacht voor de betrokkenheid van de zieke en zijn omgeving. Daarom is het ook belangrijk om te kunnen steunen op een toegankelijke en laagdrempelige, en dus sterke en goed uitgebouwde eerstelijnszorg.

Volgens de definitie van de SAR WGG is de eerstelijnszorg de rechtstreeks toegankelijke, ambulante, generalistische zorg voor niet-gespecificeerde gezondheids- of welzijn(gerelateerde) problemen, zowel van fysieke, psychologische en sociale aard. Voorts vormt ze in de regel het eerste contact met professionele zorg; kan ze diagnostische, curatieve, revaliderende en palliatieve zorgverlening aanbieden voor het overgrote deel van de problemen; biedt ze preventie voor individuen en risicogroepen in de eigen populatie; houdt ze

rekening met de persoonlijke en sociale context van mensen; verzekert ze continuïteit van zorg over de tijd en tussen zorgaanbieders; en ondersteunt ze de informele zorg rondom de patiënt/cliënt.

Een zorgverstrekker uit de eerste lijn is volgens het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen zorgaanbieders 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.

2. Wie financiert de eerste lijn?

Grootteorde federale uitgaven eerstelijnszorg	miljoen euro
honoraria huisartsen	1200
wachtposten	23
honoraria apothekers	575
terugbetaling geneesmiddelen in officina	2100
honoraria thuisverpleegkundigen	1200
subsidies diensten voor thuisverpleging	15
honoraria tandartsen	800
honoraria kinesitherapeuten	600
honoraria logopedisten	90
honoraria vroedvrouwen	20
honoraria ergotherapeuten en diëtisten	5
	6628

Vlaamse uitgaven eerstelijnszorg (alle actoren uit het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009)	miljoen euro
samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg	2,47
geïntegreerde diensten voor thuisverzorging	2,91
palliatieve netwerken	0,95
palliatieve samenwerkingsverbanden	1,48
lokale multidisciplinaire netwerken	4,88
huisartsenkringen	2,14
multidisciplinaire begeleidingsequipes (palliatieve)	8,70
diensten maatschappelijk werk	16,56
regionale dienstencentra	1,56
lokale dienstencentra	7,25
diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg	514,92
logistieke hulp	112,59
oppashulp	3,35
gastopvang	0,11
woonzorgcentra animatiefunctie	25,61
woonzorgcentra en centra kortverblijf	1532,63
dagverzorgingscentra	31,94

collectieve autonome dagopvang	
sociaal akkoord	327,02
zorgvernieuwingsprojecten	2,25
expertisecentra dementie	1,38
Impulseo	16,21
	2616,93
waarvan overgekomen in het kader van de zesde staatshevorming	1930,16

De middelen die naar aanleiding van de zesde staatshervorming zijn overgeheveld, bedragen, weliswaar zonder de middelen voor de woonzorgcentra, 35,37 miljoen euro.

Voor de zesde staatshervorming gaf Vlaanderen, voornamelijk voor de gezinszorg en de animatiefunctie, 657 miljoen euro uit om de eerstelijnsgezondheidszorg te ondersteunen. Na de zesde staatshervorming bedraagt dat samen met het budget voor de residentiële ouderenzorg 2,616 miljard euro.

3. Beleidstraject inzake eerste lijn in Vlaanderen tot en met 2014

Reeds in de aanloop naar de eerstelijnsconferentie van 2010 werd nagedacht over een betere eerste lijn. De doelstellingen van de conferentie van 2010 waren (1) de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg verbeteren voor de patiënten door een betere en professionelere samenwerking tussen de verschillende zorgverstrekkers; en (2) de kwaliteit van leven en werken van de zorgverstrekkers beter garanderen door de samenwerking te ondersteunen en te faciliteren en ze zo te organiseren dat de administratieve lasten voor alle betrokkenen worden verlaagd.

In navolging van deze conferentie werd zwaar ingezet op de ontwikkeling van ICT-ondersteuning voor de eerste lijn. Het Vitalink-platform werd opgericht en het project eenlijn.be voor de ondersteuning van de eerste lijn in het gebruik van ICT ging van start. Ook werd de eerstelijnspsychologische functie in het leven geroepen, werd een Zorgambassadeur aangesteld, ontstond het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg, werd nagedacht over multidisciplinaire samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering en groeide het besef dat het ondersteunende mesoniveau aan herstructurering toe is.

Op 7 december 2013 vond een symposium over de eerstelijnsgezondheidszorg plaats, waarin een stand van zaken werd gegeven van het beleid ter zake.

De zesde staatshervorming geeft de mogelijkheid en opportuniteit om grondig na te denken over de reorganisatie van de eerste lijn zowel op vlak van structuren als inhoud. In het regeerakkoord van de Vlaamse Regering en de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2014-2019 (*Parl.St.* VI.Parl. 2014-15, nr. 125/1) wordt aangegeven dat het beleid hier werk wil van maken in samenwerking met de stakeholders op het terrein: "Momenteel zijn er diverse netwerkstructuren actief op de eerste lijn. In overleg met de stakeholders, maken we werk van een operationeel plan voor de versterking, afstemming, vereenvoudiging en integratie van de structuren op de eerste lijn. De zesde staatshervorming creëert het momentum voor deze uitdaging met de overdracht van de ondersteuning van de gezondheidsberoepen van de eerste lijn en de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg (Huisartsenkringen, Lokale Multidisciplinaire Netwerken, Geïntegreerde Diensten Thuiszorg, de palliatieve netwerken en de palliatieve multidisciplinaire teams)". Voorts: "Op die manier

wordt de herkenbaarheid van deze structuren beter voor de burger en voor wie zorg behoeft. Ook voor de zorgverleners en de overheid leidt de vereenvoudigde structuur tot efficiëntiewinst zoals het beperken van het aantal overlegmomenten en kortere communicatielijnen.”.

Het veranderingstraject moet ook aansluiten op andere lopende of nog te initiëren hervormingen, met name: de uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming, de ontwikkeling van een nieuw organisatie- en financieringsmodel voor de ouderenzorg, de implementatie van de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap, de inkanteling van de nieuwe bevoegdheden inzake de geestelijke gezondheidszorg en de verbreding van het bereik van de zorgstrategische planning van ziekenhuizen. Ook moet gestroomlijnd worden met de acties die vanuit het gemeenschappelijk plan voor geïntegreerde zorg voor chronische zieken gelanceerd worden. Daarnaast wordt ook rekening gehouden met een aantal transities op het federale niveau zoals de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de herziening van het koninklijk besluit 78.

4. Afstemming met de federale overheid over de chronische zorg

In 2015 is er intensief samengewerkt tussen de federale overheid en de deelstaten aan chronische zorg. Een traject dat zeer nauw aansluit bij dit hervormingstraject.

In 2011 onderstreepten de Verenigde Naties de nood aan aandacht voor chronische ziekten en vaardigden de ‘Political Declaration on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases’ uit. Voor vele westerse landen was dit het startschot om plannen te ontwikkelen met het oog op een beleid gericht op de opvang van chronische ziekten, zo ook in België.

Een eerste belangrijke mijlpaal was de position paper ‘KCE-rapport 190’ over de chronische zorg. De pistes voorgesteld door het KCE vormden de basis van de grote nationale conferentie over de organisatie van de zorg voor chronisch zieken van 28 november 2013. De visie die daar tot stand kwam, mondde uit in de oriëntatienota ‘Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België’.

Met het protocolakkoord van 24 februari 2014 keurden de Federale Regering en de deelstaatregeringen de nota goed. De negen ministers van Volksgezondheid namen het politiek engagement om werk te maken van deze geïntegreerde zorg op het terrein. Op federaal niveau is de inter-administratieve cel RIZIV-FOD Volksgezondheid opgericht. Zij bereidt de operationele beleidswerkzaamheden inzake de organisatie van de geïntegreerde zorg voor de chronische ziekten voor.

De zesde staatshervorming trad in werking en er vonden verkiezingen plaats in 2014. De verschillende regeringen bevestigen het belang van geïntegreerde zorg in hun regeerakkoorden. Het engagement werd ook bevestigd in de gemeenschappelijke verklaring over de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken goedgekeurd op de IMC Volksgezondheid van 30 maart 2015. Op de IMC van 19 oktober 2015 keurden de negen ministers van Volksgezondheid een gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken goed, genaamd: ‘Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid’.

Met dit plan engageren de ministers van Volksgezondheid zich om aan de hand van vier actielijnen de ontwikkeling van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken te ondersteunen: (1) proefprojecten, (2) wetenschappelijke, methodologische en technische begeleiding, (3) een governancestructuur ter ondersteuning van het veranderingsproces, en (4) bijkomende maatregelen en complementaire acties van de verschillende ministers binnen hun eigen bevoegdheden. Zij engageren zich ook om initiatieven te ontwikkelen die dit plan versterken.

Uit verschillende overlegmomenten met stakeholders en zich baserend op de verschillende rapporten en oriëntatienota's, bleek dat voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg achttien componenten van belang zijn. Deze achttien componenten behoren tot verschillende domeinen in de gezondheids- en welzijnszorg, waarvoor diverse overheden bevoegd zijn. Om op de verschillende niveaus op een simultane manier te kunnen handelen, is een nauwe samenwerking tussen de bevoegdheidsniveaus (federaal, gemeenschappen, gewesten en lokaal) essentieel.

Er is gekozen voor het uittesten van het merendeel van de componenten in proefprojecten (actielijn 1). Deze aanpak wordt verkozen om de haalbaarheid te evalueren, maar ook om een draagvlak te creëren bij zorgverleners, zorgaanbieders en bevolking.

De uitvoering van de verschillende componenten van het plan vereist ook wetenschappelijke, technische en methodologische ondersteuning om best practices te identificeren, te ontwikkelen en te implementeren. Dat is de actielijn 2.

De aansturing van het plan wordt opgenomen door een governancestructuur (actielijn 3) die zowel de beleidsverantwoordelijken als de wetenschappelijke milieus en stakeholders betreft om uitvoering, coördinatie, monitoring, ondersteuning, financiering en promotie van het plan te verzekeren.

Daarnaast zijn er ook meerdere initiatieven en ondersteuning van de betrokken overheden nodig bij de uitwerking van de achttien componenten. Dit is actielijn 4. Ieder overheidsniveau kan het proces ondersteunen met specifieke of complementaire acties binnen zijn eigen bevoegdheden.

De achttien componenten uit het plan waarvan de eerste veertien zullen uitgetest worden in de proefprojecten zijn:

1. empowerment van de patiënt;
2. ondersteuning van de mantelzorgers;
3. case-management;
4. werkbehoud, socio-professionele en socio-educatieve re-integratie;
5. preventie;
6. overleg en coördinatie;
7. extra-, intra- en transmurale zorgcontinuïteit;
8. valorisatie van de ervaring van patiëntenorganisaties, familie-organisaties en ziekenfondsen;
9. geïntegreerd patiëntendossier;
10. multidisciplinaire guidelines;
11. ontwikkeling van een kwaliteitscultuur;
12. aanpassing van de financieringssystemen;
13. stratificatie van de risico's binnen de bevolking en cartografie van de omgeving;
14. en change management.

De laatste vier componenten vallen hier niet onder:

1. opleiding voor zorgprofessionals in empowerment en multidisciplinaire samenwerking;
2. vervolgopleiding geïntegreerde zorg en continue vorming;
3. evaluatie van de performance van het systeem;
4. en beroepsattractiviteit.

Dit plan en een draft van de gids die de voorwaarden voor de proefprojecten chronische zorg stipuleert en waar momenteel de sector over bevraagd wordt, is na te lezen op www.chroniccare.be. Het plan vormt ook een van de belangrijke uitgangsdOCUMENTEN voor de werkgroepen in het hervormingstraject eerste lijn.

5. Participatief traject met de stakeholders

Participatie is het kernwoord in het veranderingstraject, zowel voor burger als professional. Het participatieve traject wordt uitgevoerd door zes werkgroepen en verloopt in drie fasen.

De opstart van de zes werkgroepen verloopt gespreid in de tijd. In de eerste twee werkgroepen wordt een visie ontwikkeld op integrale zorg en op de rol van de persoon met een zorgnood in het zorgproces en in de organisatie van de zorg. Steunend op deze visie kunnen de volgende werkgroepen deelaspecten van deze visie verder uitwerken, zoals de concrete organisatie en ondersteuning van de zorg, de structuren die deze ondersteuning moeten bieden, de afbakening van zorgregio's, de kwaliteit van de zorg en de zorgorganisatie, en innovaties noodzakelijk om de integrale zorg te ondersteunen en verder uit te bouwen.

De oproep tot deelname aan de werkgroepen met een effectief en plaatsvervangend lid verliep via het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg. Dit platform vormt het overlegorgaan binnen de eerste lijn in Vlaanderen. Bij de oprichting van het platform op 9 september 2011 gaf de Vlaamse Regering de volgende opdrachten mee: informatie verstrekken en advies uitbrengen over beleidsvoorstellen voor de eerstelijnsgezondheidszorg; overleg voeren over de prioriteiten en het toepassen van beleidsvoorstellen; samenwerking stimuleren en verwezenlijken tussen de actoren in de gezondheids- en welzijnssector die betrokken zijn bij de eerstelijnsgezondheidszorg; de samenhang bewaken en ondersteunen in de uitvoering van strategieën of andere initiatieven van het beleid voor de eerstelijnsgezondheidszorg; en de gegevensdeling organiseren tussen de verschillende zorgactoren in de eerste lijn met een ICT-platform.

De Vlaamse Regering legde op 7 oktober 2011 de samenstelling van het platform vast: de academische wereld, het patiëntenplatform, het Netwerk tegen Armoede, de ziekenfondsen, de vertegenwoordigers van de diverse disciplines binnen de eerste lijn uit de welzijns- en gezondheidssector, de samenwerkingsinitiatieven in de eerstelijnsgezondheidszorg of SEL's, het agentschap Zorg en Gezondheid, de SAR WGG, het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, de VVSG, de koepelorganisaties van woonzorgcentra en ziekenhuizen, het Huis voor Gezondheid van Brussel, de diensten voor maatschappelijk welzijn van de ziekenfondsen en de verenigingen van gebruikers en mantelzorgers.

Op vandaag ontbreken de vertegenwoordigers van de structuren die met de zesde staatshervorming naar de deelstaten worden overgeheveld: de huisartsenkringen, de lokale multidisciplinaire netwerken, de palliatieve netwerken en de multidisciplinaire begeleidingsequipes. Aan deze structuren is een afzonderlijke oproep gedaan voor vertegenwoordiging.

De leden brachten daarnaast nog organisaties aan die eveneens waardevolle inbreng kunnen leveren.

In iedere werkgroep worden ook één of meerdere vertegenwoordigers uit de geestelijke gezondheidszorg betrokken (platforms geestelijke gezondheidszorg, expertisecentra dementie), alsook vertegenwoordigers uit de welzijnszorg (diensten maatschappelijk werk, CAW's).

Om te stroomlijnen met de beleidsinitiatieven binnen het gemeenschappelijk plan geïntegreerde zorg voor chronische zieken, is een vertegenwoordiging vanuit de inter-administratieve cel van de federale overheid die opgericht werd in het kader van dit plan, opgenomen in alle werkgroepen.

In samenspraak met de voorzitters van de respectievelijke werkgroepen kunnen ook experts uitgenodigd worden.

De samenstelling van de werkgroepen werd goedgekeurd op 27 mei 2015 door de vergadering van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg. Elke werkgroep bestaat uit 35 tot 40 effectieve en evenveel plaatsvervangende leden.

Om een goede aanpak te garanderen van de werkgroepvergaderingen, wordt nauw samengewerkt tussen de externe procesbegeleiding en de voorzitters van de werkgroepen. Er wordt ingezet op een efficiënte tijdsinzet door een goede inhoudelijke voorbereiding en het voorzien van gepaste hulpinstrumenten en materialen. Een stakeholderanalyse wordt voorafgaand aan elke eerste vergadering van de werkgroep uitgevoerd. De externe procesbegeleiding houdt de vinger aan de pols door na elke vergadering een kleine evaluatie uit te sturen naar de werkgroepleden. Om zo min mogelijk in herhaling te vallen en het maken van beslissingen te bevorderen, wordt gevraagd dat de effectieve leden zoveel mogelijk aanwezig zijn bij elke vergadering.

Van november 2015 tot en met januari 2016 voeren de werkgroep 'Modellen van integrale zorg' en de werkgroep 'Persoon met een zorgbehoefte centraal' hun werkzaamheden uit. Eind januari 2016 worden de voorstellen van deze twee werkgroepen geformuleerd in een tussentijds rapport dat ter beschikking gesteld wordt aan de volgende werkgroepen, die hun start maken vanaf februari 2016.

Vanaf februari 2016 komen de werkgroep 'Taakstelling en structuurintegratie' en de werkgroep 'Innovatie en ondernemerschap in de zorg' samen. Aansluitend volgt in april 2016 de opstart van de werkgroep 'Afbakening zorgregio's' en in mei 2016 de start van de werkgroep 'Gegevensdeling en kwaliteit'. Deze werkgroepen bereiden eveneens voorstellen voor, die voorgesteld zullen worden in een tussentijds rapport.

Vervolgens geeft minister *Jo Vandeurzen* een overzicht van een aantal belangrijke rapporten waarmee de werkgroepen rekening zullen houden.

Er is de nota 'Together we change' van de vier faculteiten Huisartsgeneeskunde, waarin terecht gepleit wordt voor een betere ondersteuning van het praktijkondersteunende niveau van de eerstelijnsgezondheidszorg en dat is ook wat het beleid wil realiseren met het hervormingstraject.

Daarnaast wordt in 'Together we change' gepleit voor een beschikbaar Budget Financiële Middelen naar analogie met de ziekenhuisfinanciering. De auteurs stellen voor om afhankelijk van de regio en de kenmerken van de bevolking in die eerstelijnsregio, een pakket aan middelen toe te kennen. Het financieren van zorgprestaties is en blijft een federale bevoegdheid. Dat getuigt van het belang van doorgedreven overleg met de federale minister van Volksgezondheid.

Verder zijn er ook de twee rapporten van Domus Medica van 2015: het rapport over de zorgregio's en het rapport over 'Belemmerende en bevorderende factoren voor kwalitatieve chronische zorg in Vlaanderen'.

In opdracht van het agentschap Zorg en Gezondheid startte Domus Medica in 2013 het project om, naast de reeds bestaande vijftien strategische zorgregio's, een zestigtal organisatorische zorgregio's af te bakenen op het kleinstedelijke niveau. Tijdens de voortgang van dit project werd duidelijk dat de inhoud van wat er in zo'n zorgregio moet gebeuren, veel belangrijker is dan eenvoudigweg gemeenten en hun inwoners groeperen. Het werd ook duidelijk dat in de discussie over zorgregio-afbakening logischerwijze wordt uitgegaan van de bestaande structuren. Net omdat de structuren herbekeken worden, alsook welke

taken op welk niveau best opgenomen worden, moeten ook de zorgregio's herbekeken worden. In deze studie wordt duidelijk dat het begrip 'zorgregio' eigenlijk een werkwoord is: in onderling overleg met inwoners, patiënten, zorgverleners, zorgorganisaties, overlegstructuren en openbare besturen worden in de zorgregio's de lokale gezondheidszorgorganisatie voor een bepaalde groep uitgewerkt en steeds opnieuw bijgestuurd.

Een belangrijke opdracht voor de zorgregio is het doen functioneren van het nieuwe zorgmodel voor chronische ziekten. Om de percepties en meningen hierover te kennen, deed Domus Medica een bevraging bij zorgverleners in zestien proefregio's in de vijf Vlaamse provincies. Meer dan 1300 zorgverleners uit de verschillende beroepsgroepen van de eerste lijn namen hieraan deel, samen met netwerken en organisaties uit zowel de zorg- als welzijnssector. Het eindrapport van de zorgregio's bevat hierdoor een schat aan informatie.

Op basis van deze bevraging werden zeventien aanbevelingen geformuleerd, elf voor de twee bevoegde ministers van Volksgezondheid en zes voor de zorgverleners. Deze focussen op de huidige belemmeringen en wat er beter kan. De aanbevelingen kunnen volgens drie krachtlijnen ingedeeld worden: aspecten van de organisatie van chronische zorg; aspecten van het proces van verandering; en aspecten van kennis, opleiding en educatie, multidisciplinaire navorming en informatiebronnen.

De conclusie luidt dat toenemende chronische zorgvragen toenemende middelen vergen, zowel financieel als logistiek. Dat er meer aandacht moet gaan naar preventie, naar patient empowerment, en naar samenwerking en taakverdeling tussen communicatie en ICT.

Een heel aantal van deze punten komt aan bod in het gemeenschappelijk plan voor chronische zieken dat goedgekeurd werd op de IMC Volksgezondheid van 19 oktober 2015 en wordt ook verder uitgewerkt in aanloop naar de volgende eerstelijnsconferentie in 2017 dat de verdere uitrol van het nieuwe zorgmodel in de zorgregio's zal bepalen.

Op basis van de tussentijdse rapporten van de zes werkgroepen wordt in de maanden juli, augustus en september 2016 een grote toetsing georganiseerd. Het brede werkveld van betrokken actoren en organisaties wordt op een provinciaal toetsingsmoment betrokken, en ook de wetenschappelijke wereld krijgt de mogelijkheid om de voorstellen te bestuderen en te beoordelen op haalbaarheid en zinvolheid. Alle feedback wordt gebundeld in een toetsingsrapport.

In het najaar van 2016 gaan alle werkgroepen opnieuw aan de slag met het toetsingsrapport. De tussentijdse voorstellen worden eventueel herwerkt aan de hand van de feedback. Een eindrapport per werkgroep is het resultaat van deze tweede fase. Dit besluit de werkzaamheden van de werkgroepen.

Ook de eindrapporten worden afsluitend getoetst bij de academici. De eindteksten bestaan uit de eindrapporten met verwerking van de feedback van de academici. De conferentie begin 2017 vormt het sluitstuk van het voorbereidingstraject. Na de eerstelijnsconferentie start het eigenlijke veranderingstraject dat ongetwijfeld een wijziging zal inhouden van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, het Zorgregiodecreet van 23 mei 2003 en het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009.

6. Aansturing van het traject

Het project steunt op een stuurgroep. Hierin zitten de voorzitters van de werkgroepen, verschillende medewerkers van het kabinet en het agentschap Zorg en Gezondheid en de externe procesbegeleiding, gegund aan Möbius.

Het brede publiek zal geïnformeerd worden op de website van het agentschap Zorg en Gezondheid vanaf januari 2016. Op deze website wordt eveneens een nieuwsbrief verspreid naar alle personen die zich hierop inschrijven. Ook dit kanaal wordt aangewend om informatie over het traject bekend te maken.

II. Vragen van de leden

Peter Persyn zegt dat minister Vandeuren de rol van Vlaanderen lijkt te relativeren in zijn uiteenzetting over de financiering van de eerste lijn. Het federale budget bedraagt weliswaar 6,6 miljard euro maar 30 percent daarvan zijn uitgaven voor medicamenten. De overige middelen staan voor prestatie-gerichte financiering. Vlaanderen mag niet te bescheiden zijn en moet het voortouw nemen door van visie te getuigen.

Het is goed dat administratie en kabinet een visie ontwikkelen, voor een kader zorgen en de grote lijnen trekken. Maar het terrein moet ten volle betrokken en gerespecteerd worden, wat gebeurt doordat ook bottom-up wordt gewerkt. Grote hervormingen vereisen beide bewegingen.

Wat ontbreekt, is hoe traditionele structuren en reeds lang betreden paden verlaten zullen worden. Hoe zullen de veranderingen, die noodzakelijkerwijs samengaan met financiële incentives, gerealiseerd worden?

'Together We Change' schuift de regionaal-stedelijke gezondheidsbenadering naar voren. Het kleinstedelijke gebied in Vlaanderen telt 60 steden wat overeenkomt met het aantal bewoners dat naar voren wordt geschoven, namelijk 100.000 inwoners. Met welke financiële incentives zal deze regionale benadering van de gezondheidszorg gerealiseerd worden? In 'Together We Change' heeft men het over 10 percent voor Pay for Quality. In de uiteenzetting en de nota is daar weinig over terug te vinden.

Naast een mentaliteitsverandering dient ook de praktijkvoering te wijzigen, wat zonder financiële consequenties niet zal gebeuren. Er is het model van de chronische zorg, maar ook dat van palliatieve patiënten aan wie verschillende zorgverstrekkers samen op een constructieve manier zorg verstrekken. Uit dat traject kunnen lessen getrokken worden. Het komt de Vlaamse overheid toe voorstellen te lanceren. Hoe kan door het Vlaamse budget beperkt en doelgericht in te zetten een mentaliteits-, attitude- en praktijkwijziging gerealiseerd worden?

De spreker heeft geen a priori's maar is de mening toegedaan dat een grondige hervorming financiële consequenties veronderstelt. Wie dit moet uitvoeren, verdient loon naar werk. Goede rekeningen maken goede vrienden.

Jan Bertels zegt dat minister Vandeuren het in zijn uiteenzetting voornamelijk had over de vorm, het traject en de procedure, en vraagt hem uitdrukkelijk de doelstelling niet uit het oog te verliezen. De eerste lijn moet toegankelijk zijn en de zorgverstrekkers op de eerste lijn dienen daarbij een sociale rol te spelen. Door maximaal rendement te halen uit de competenties op de eerste lijn kan samen werk worden gemaakt van een laagdrempelige en vlot toegankelijke zorg. Vervolgens komt men tot de vragen van de heer Persyn over hoe deze doelstelling gerealiseerd zal worden.

Blijkbaar voelt een aantal van de recent overgehevelde zorgverstrekkers zich niet geroepen om tot de werkgroepen toe te treden.

Minister *Jo Vandeurzen* zegt dat het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg tijdens de vorige regeerperiode is opgericht waardoor een aantal van de recent overgehevelde ondersteuningsstructuren niet tot het formele samenwerkingsplatform behoort. Die groepen zijn uitgenodigd om ook een vertegenwoordiger af te vaardigen, wat ook is gebeurd.

Jan Bertels vindt het belangrijk dat daarover gewaakt wordt.

Vervolgens moet erop worden toegezien dat de eerste lijn gebiedsdekkend is. De 60 kleinstedelijke gebieden zijn niet allemaal in dezelfde mate ontwikkeld. De doelstellingen moeten in heel Vlaanderen gehaald worden. Brussel mag daarbij niet uit het oog worden verloren.

Om tot een andere praktijkvoering te komen zijn niet noodzakelijk meer middelen nodig. Middelen kunnen bijvoorbeeld ook anders ingezet worden. Uitsluitend uitgaan van de middelen zoals beschreven in 'Together We Change' zou een zwakgebod zijn. Niets wijst erop dat federaal minister De Block bereid is federale ziekenhuismiddelen over te hevelen. De vraag is wat minister Vandeurzen zelf vooropstelt in de begroting 2017 om dit proces te beëindigen. Een status quo waarbij de huidige verdeling van de middelen over de verschillende beroepsgroepen blijft, kan niet de bedoeling zijn. Het beleid zal zelf moeten voorstellen hoe de middelen anders ingezet zullen worden, wat los staat van de vraag of middelen ook zullen verhogen. Zonder beleidsinitiatief zal de uitkomst van de eerstelijnsconferentie niet gerealiseerd geraken.

De ervaring uit het zorgtraject voor chronisch zieken en uit enkele andere RIZIV-zorgtrajecten is bruikbaar. Net zoals de ervaring met de eerstelijnspsychologische functie. Dat kan worden gecombineerd met wat de proefprojecten opleveren.

Het proces is goed omschreven, maar moet in 2017 wel tot resultaten leiden. Met een mooie oefening zonder resultaat is de Vlaamse burger die een goed werkende, toegankelijke en sociale eerste lijn nodig heeft, niet gebaat.

Cindy Franssen zegt dat minister Vandeurzen veel belang hecht aan de uitbouw en de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Er is al een lange weg afgelegd waardoor kan worden voortgebouwd op de inzichten verworven in 2010 en 2013. De zesde staatshervorming biedt tal van mogelijkheden om hier verder op in te zetten.

Chronische zorg is een belangrijke factor. Er is het gemeenschappelijke plan voor chronisch zieken 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid', dat in oktober 2015 werd goedgekeurd door alle bevoegde ministers. De spreekster acht het aangewezen dit plan te bespreken eens de verschillende actielijnen geconcretiseerd zijn.

CD&V benadrukt het belang van buurtgerichte zorg. Er is de resolutie betreffende de ontwikkeling van buurtgerichte ondersteuning van zorgafhankelijke mensen (*Parl.St.* VI.Parl. 2013-14, nr. 2347/3) waaruit de verantwoordelijke werkgroep inspiratie kan halen.

Het is positief dat het Netwerk tegen Armoede betrokken wordt.

Er wordt verwezen naar het cirkelmodel waarin de mantelzorger een belangrijke plaats inneemt. Het is niet onbelangrijk dat dit niet los wordt gezien van het aangekondigde mantelzorgplan.

Welke rol zal de patiënt spelen in de beleidsontwikkeling? Wordt de federale wetgeving inzake patiëntenrechten in rekening gebracht?

Er is reeds gepleit voor het anders inzetten van de beschikbare middelen. Maakt de evaluatie en hervorming van Impulseo deel uit van dit traject? Het zal er op dit punt immers op aankomen proactief te handelen.

Elke Van den Brandt vindt het belangrijk dat het Vlaams Parlement geregeld geïnformeerd wordt en input kan geven over dit traject. Het is de bedoeling om tot een sterke en efficiënte eerste lijn te komen zodat zorg toegankelijk is en de gezondheidskloof wordt gedicht. Een sterke eerste lijn zal bovendien onvermijdelijk tot efficiëntiewinst leiden.

Een aantal van de conclusies uit de vorige eerstelijnsconferentie is nog niet uitgewerkt. Op welke obstakels is men gebotst? Welk antwoord zal daarop geboden worden? Het kan niet de bedoeling zijn dit traject om de vijf jaar te lopen als op voorhand geweten is dat een aantal obstakels in de weg staat.

Zo is nog niet bepaald hoe de regio's exact afgebakend moeten worden. Het is belangrijk dat alle aspecten van zorg en welzijn goed in elkaar passen. De regio's mogen niet per deelt thema anders afgebakend worden. Hoe ziet de minister dit aspect evolueren?

Voor Groen moet de nadruk liggen op het lokale niveau. Uiteraard kan er op dat niveau samengewerkt worden tussen de verschillende lokale niveaus. De meest recente maatregelen versterken dat niveau echter niet. Vertrekt de minister ook van het lokale niveau of opteert hij voor het niveau van bijvoorbeeld de regionale dienstencentra? Zal het model met zestig kleinstedelijke gebieden op het hele beleidsdomein toegepast worden?

De spreekster is tevreden dat ook N-VA de mening is toegedaan dat financiële stimuli soms aangewezen zijn om tot een gedragswijziging te komen. Veel verloopt spontaan. Er wordt veel overlegd. Maar het is niet aangewezen te wachten tot alles spontaan gebeurt. Door een visie te ontwikkelen kan het beleid sturen. Met Impulseo zouden ook beleidskeuzes gemaakt kunnen worden. Impulseo kan bijvoorbeeld gebruikt worden om multidisciplinaire groepspraktijken te promoten of om vroedvrouwen aan groepspraktijken toe te voegen. Impulseo kan een toekomstgericht instrument worden dat het beleid ondersteunt.

Het wijkgezondheidscentrum is een van de modellen om de multidisciplinaire teams vorm te geven. Moeten de wijkgezondheidscentra erkend worden? Verdienen ze een decretale verankering?

De geestelijke gezondheidszorg maakt idealiter deel uit van de eerstelijnsgezondheidszorg. Er is de eerstelijns psychologische functie. De cgg's zitten officieel op de tweede lijn maar er is duidelijk een grijze zone. Is er een tendens om ook dit aspect te hertekenen om dubbelop te vermijden? Het is belangrijk dat er goed wordt doorverwezen. Wie met een zorgvraag zit, moet immers geholpen worden. Hoe evalueert de minister de eerstelijns psychologische functie? Moet dit model versterkt worden?

Het Brusselse Huis voor Gezondheid maakt deel uit van het samenwerkingsplatform eerstelijnsgezondheidszorg. De spreekster neemt aan dat ook overleg wordt

gepleegd met de Franstalige actoren om tot afspraken te komen. Hoe verloopt de afstemming? Komt er in Brussel een model vergelijkbaar met het Vlaamse? Wellicht zal de Brusselse realiteit aanleiding geven tot een ander type van samenwerkingsmodel.

Het gebied wordt niet volledig gedekt. Worden de leemtes geïnventariseerd? Komen er groeitrajecten om de leemtes te vullen? Het kan niet de bedoeling zijn dat regio's worden afgebakend zonder dat er een aanbod is.

Freya Saeys benadrukt het belang van de reorganisatie van de eerste lijn. Van de eerstelijnsgezondheidszorg worden meer efficiëntie en kwaliteit verwacht. De eerstelijnswerker moet blijvend gemotiveerd, gestimuleerd en ondersteund worden. Velen haken immers vroegtijdig af vanwege overbelasting of stress. Door bepaalde structuren af te schaffen kan veel efficiëntie en tijd gewonnen worden.

Zal de werkgroep 'Taakstelling en structuurintegratie' het praktijkniveau ondervragen over de meest efficiënte ondersteuning? Huisartsen lopen verloren in de talrijke overlegplatforms. Het vergt te veel – vaak verloren – tijd. Ook in de welzijnssector wordt opgemerkt dat overleg te veel tijd vergt en maar weinig meerwaarde heeft voor de patiënt. Zal het mogelijk zijn het aantal overlegmomenten in te dijken en de efficiëntie ervan te verhogen? Zal het mogelijk zijn door structuurintegratie efficiëntiewinst te boeken?

De patiënt, en zeker de chronische patiënt, is de spil van de zorg. Inzicht in de aandoening en een aanpassing van de levensstijl bepalen de gunstige afloop van een aandoening. Buigt de werkgroep 'Modellen van integrale zorg' zich over coaching en educatie van de patiënt zodat hij zijn centrale rol kan vervullen. Hoe zullen de netwerken van geïntegreerde zorg verder ontwikkelen? Er is vrijwillige samenwerking tussen de actoren, wat vaak leidt tot samenwerking tussen gelijkgezinde organisaties. Of zullen de actoren vraaggestuurd samenwerken rond één patiënt die zelf de regie in handen heeft? Hoe verhouden de modellen van geïntegreerde zorg zich tot het toekomstige ouderenbeleid dat met persoonsgebonden budgetten zal werken?

Zijn er aan de geïntegreerde zorg consequenties verbonden voor de artsenvak- tijken? Samenwerken rond een patiënt is een deontologische plicht van zorgverstrekkers. Dat doel kan op verschillende wijzen bereikt worden. Zorgverstrekkers kunnen samenzitten in één huis, maar een samenwerkingsverband zonder dat ze samen een praktijk voeren, is ook mogelijk.

Hoe zal de werkgroep 'Persoon met een zorgbehoefte centraal' de vrije keuze van de patiënt garanderen? In welke mate zal de patiënt de zorgregie zelf in handen krijgen? Er rijzen vragen over de toeleiding van patiënten naar zorg. Omdat het de patiënt vaak aan informatie ontbreekt, kunnen toeleiders hem gidsen volgens hun inzichten. Hoe ziet de minister de toeleiding? Hoe zal hij de vrije en onafhankelijke keuze van de patiënt garanderen?

Een patiënt leeft niet alleen en maakt vaak deel uit van een gezin, dat ook de gevolgen draagt van de chronische aandoening. Zal er rekening worden gehouden met gezin en (jonge) mantelzorgers? Zal dit model de aandacht voor deze kwetsbare groep van mantelzorgers verankeren?

De werkgroepen zijn voornamelijk samengesteld uit vertegenwoordigers van de eerste lijn. Wordt er, bijvoorbeeld wanneer het over geïntegreerde zorg gaat, overlegd met specialisten? Daarnaast bevinden tal van specialisten zich op de eerste lijn.

Vera Jans zegt dat onderzocht zal worden of de overlegplatforms van de geestelijke gezondheidszorg geïntegreerd kunnen worden. Ze streven immers een specifieke, omkaderde en afgebakende doelstelling na. Ze zijn specifiek op de geestelijke gezondheidszorg gericht. Bij een integratie moet een en ander nauw op elkaar worden afgestemd.

Dit plan van aanpak geeft duidelijk aan dat participatief gewerkt zal worden. Samen met de sector wordt voor een draagvlak gezorgd. De reorganisatie staat evenmin op zichzelf. Ze wordt geënt op andere aangekondigde of al lopende hervormingen zoals de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en de Vlaamse sociale bescherming. Wordt ook het basisondersteuningsbudget meegenomen? Met dit vrij te besteden budget kan immers ook zorg op de eerste lijn ingekocht worden.

Minister *Jo Vandeuren* beaamt dat inspraak moet leiden tot uitspraak. Het voordeel van de bottom-up aanpak is tijdens de vorige eerstelijnsconferentie aangetoond, maar beleidsmatige consequenties zijn nodig. Het is niet de bedoeling te komen tot een succesvolle maar onbetaalbare consensus waarover operationele afspraken onhaalbaar blijken. Daarover moet gewaakt worden. De uiteindelijke uitspraken hoeven niet steeds eenduidig te zijn. Vlaams Parlement en Vlaamse Regering zullen ook hun politieke en beleidsmatige verantwoordelijkheid moeten nemen om een en ander te verduidelijken.

De overheid beschikt over een aantal instrumenten om deze sector te hervormen. Naast de regelgeving moet werk worden gemaakt van een dynamisch proces. Financiële incentives moeten ontwikkelingen stimuleren. Als er eensgezindheid is over de gewenste evolutie, moet onderzocht worden wat de regelgevende consequenties zijn maar ook welke financieringssystemen aangepast moeten worden.

Er zijn nog andere methoden om verandering te stimuleren. Voor het kwaliteits-indicatorenproject in de ziekenhuizen heeft de Vlaamse Regering de koepels beperkt gefinancierd. Zonder nieuwe regelgeving of zware financiële inspanningen, is een omvangrijk project opgezet over het stimuleren en transparant maken van kwaliteit.

Dat alles sluit uiteraard niet uit dat na verloop van tijd voor een over meerdere jaren gespreid budgettair traject gezorgd moet worden. Dat veronderstelt eensgezindheid over de lijn die deze budgettaire inspanning moet aanhouden. Het zal bovendien niet uitsluitend over nieuwe middelen gaan, maar ook over het hergroeperen van de huidige middelen. Het is de overtuiging van de minister dat de overheveling van de federale bevoegdheden tot efficiëntiewinst moet leiden.

De minister roept de commissie op een en ander ook technisch te evalueren. Hij is het eens met de opmerking van de heer Persyn over het Vlaamse en het RIZIV-budget. Vlaanderen heeft een duidelijke visie op hoe de zorg georganiseerd moet worden. Daarin speelt de eerste lijn een belangrijke rol. Waar budgetten bij elkaar worden gebracht, is er de mogelijkheid met de sector te overleggen over de gewenste evolutie. Daarbij staat niet het perspectief van de zorgverstrekker centraal, maar wel dat van de Vlaamse burger. Het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 omschrijft die verwachting als zo lang mogelijk in de vertrouwde thuisomgeving ondersteund worden.

Vlaanderen heeft redenen genoeg om ambitieus te zijn. Ook ten aanzien van het RIZIV moet een en ander duidelijk geformuleerd worden. Er is de Vlaamse bevoegde minister, die duidelijk weet welke rol hij hierin kan spelen. Er zijn daarnaast de Vlaamse gesprekspartners, die ook verwachtingen koesteren ten

aanzien van het Vlaamse beleid. Zij echter kunnen in alle gremia waar ze vertegenwoordigd zijn, meewerken aan de realisatie van deze visie.

Het Vlaamse budget is niet het belangrijkste argument om ambitieus te zijn tijdens de eerstelijnsconferentie. In 2010 heeft Vlaanderen ervoor geopteerd werk te maken van een platform om informatie te delen tussen welzijn en zorg. Hoewel de Franstalige Gemeenschap daar niet voor opteert kan Vlaanderen asymmetrisch aansluiten op eHealth.

Er is nog een andere overweging, die bij meer en meer zorgverstrekkers leeft. Vlaanderen heeft een goede en gedreven eerste lijn. Wie kijkt hoe het debat op de tweede lijn wordt georganiseerd, moet beseffen dat de eerste lijn eigenlijk geen keuze heeft. Een eerste lijn die zichzelf ernstig neemt, moet die evaluatie en verandering volgen. In het andere geval bestaat de kans dat een en ander eerder op basis van de visie van de tweede lijn zal verlopen. Vlaanderen heeft er alle belang bij om samen met alle partners op de eerste lijn na te gaan wat de Vlaamse patiënt verwacht en hoe aan die verwachtingen, die het referentiekader vormen, kan worden voldaan.

De Vlaamse financiering staat niet los van de federale financiering. Het moet – in overeenstemming met het uitgangspunt van de Vlaamse sociale bescherming – de bedoeling zijn de vraagsturing sterker te maken. Een zorgvraag beantwoorden is contextafhankelijk als gevolg van de wijze waarop het aanbod in de huidige stand van de staatshervorming gefinancierd wordt. Wanneer een zorgvraag wordt beantwoord in de residentiële ouderenzorg, dan wordt een beroep gedaan op de Vlaamse Gemeenschap. Dezelfde zorgvraag beantwoorden in de thuissituatie, leidt tot gedeelde financiering. Daar moet terdege rekening mee worden gehouden als financiële incentives belangrijk zijn om verandering te stimuleren. De huidige financiering door verschillende niveaus houdt al een zekere financiële incentive in. Dat moet in overweging worden genomen met respect voor alle bevoegdheidsniveaus.

Dat is de reden waarom Vlaanderen meewerkt aan het gemeenschappelijke plan voor chronisch zieken en aan de proefprojecten. Om fundamenteel in te grijpen op de financiering is minstens een experimentele setting nodig waaraan beide bestuursniveaus deelnemen. In het andere geval zijn de conclusies op voorhand gehypothekeerd omdat de uitgangspunten niet overeenstemmen met de realiteit. Chronische zorgen verstrekken zonder rekening te houden met wat Welzijn daarin te bieden heeft, is niet realistisch. Een fundamenteel project in de chronische zorg moet Vlaanderen leren hoe vraagsturing daarin gerealiseerd kan worden.

Dat alles is niet het gevolg van de zesde staatshervorming. In een staatsmodel met meerdere bestuursniveaus moet worden samengewerkt om bepaalde ambities te realiseren. België verschilt daarin niet van andere federale staten.

De eerstelijns psychologische functie staat hier niet los van. Op de eerste eerstelijnsconferentie is vastgesteld dat de geestelijke gezondheidszorg op de eerste lijn onvoldoende toegankelijk was. Er is toen gestart met de eerstelijns psychologische functie als project, waarvan de Vlaamse financiering thans gestabiliseerd wordt. De setting van die experimenten is telkens verschillend. De evaluatie loopt en zal zeker in rekening worden gebracht. Als dit wordt uitgerold, moeten verschillende keuzes worden gemaakt. Wordt overal hetzelfde model gevolgd? Welk model wordt het? Wordt gewerkt met een budget per regio zodat de verschillende stakeholders, waaronder de patiënten, tussen een aantal opties moeten kiezen? Veel zal afhangen van de federale beslissing over het terugbetalen van de psychotherapie, die wellicht ook door een aantal voorwaarden bepaald zal worden. Vlaanderen zal complementair moeten werken.

Enkele overlegplatforms in de geestelijke gezondheidszorg hebben er al voor geopteerd op te gaan in het SEL. Andere modellen zijn denkbaar maar vast staat dat dit een plaats verdient in het geheel. De sector van de geestelijke gezondheid is in elke werkgroep aanwezig. Er is niet gekozen voor een afzonderlijke werkgroep voor de geestelijke gezondheidszorg op de eerste lijn omdat dit geen afzonderlijk segment mag worden maar deel moet uitmaken van een omvattend geheel.

Minister Jo Vandeuren is het niet eens met de stelling van mevrouw Van den Brandt dat de zorgregio's nog niet gerealiseerd zijn. Tijdens de eerstelijnsconferentie van 2010 was duidelijk dat een en ander moest veranderen. Zonder uniformiteit tussen de regio's kan geen efficiëntiewinst geboekt worden. Er is toen gekozen voor een bottom-up aanpak. Domus Medica kreeg de opdracht te onderzoeken of een draagvlak haalbaar was bij huisartsen, maar ook bij andere actoren zoals de welzijnswerkers, voor een gebiedsindeling in regio's met 70.000 tot 100.000 inwoners. Het rapport van Domus Medica is lezenswaardig omdat het ook aantoonde wat samenwerking in de weg staat. Deze aanpak leidt in 95 percent van de gevallen tot een logische constellatie. In een beperkt aantal regio's is dat niet zo. In een aantal gevallen vanwege objectieve redenen, maar vaak ook 'omdat het altijd zo is geweest'. Na de eerstelijnsconferentie zal moeten blijken of de sector zelf in staat is dat te overstijgen, dan wel of knopen doorgehakt zullen moeten worden.

Het klopt dat deze geografische oefening inmiddels met een aantal dimensies is uitgebreid. Waar de zorgregio's aanvankelijk gecontesteerd werden, wordt thans gezocht naar informele samenwerkingsvormen. Binnen Welzijn hebben de integrale jeugdhulp of de geestelijke gezondheidszorg niet altijd dezelfde dynamiek gevolgd. In welke mate leeft de overtuiging in het werkveld dat stappen gezet moeten worden in een aantal thema's? Minister Jo Vandeuren staat achter de bottom-up benadering. Er moet respect worden opgebracht voor het proces.

De regionale benadering is niet incompatibel met de verzekeringslogica. Een betalingssysteem dat het patiënten mogelijk maakt zich te verplaatsen gaat niet in tegen buurtgerichtheid en nabijheid van zorg.

Door alle belanghebbenden te betrekken mag ook een uitspraak verwacht worden over de overlegmomenten en de werkdruk als gevolg ervan. De minister drukt de hoop uit dat iedereen de kracht heeft om de eigen structuur te overstijgen. Ook ICT is een belangrijk onderdeel. Voor wat verband houdt met gegevensdeling en communicatie, wordt naar andere technieken gezocht in plaats van vergaderen.

In Brussel moet allicht werk worden gemaakt van een regeling ad hoc.

Patient empowerment staat uitdrukkelijk op de agenda. Aan de begeleiders van de werkgroepen is daar expliciet aandacht voor gevraagd. Ook met de mantelzorgers moet rekening worden gehouden, al dient dat laatste te sporen met de Vlaamse beleidsontwikkelingen.

Een aantal van de bezorgdheden, zoals de vrije keuze van de patiënt, zijn uitgangspunten.

Vermits een en ander moet aansluiten op de ontwikkeling van de Vlaamse sociale bescherming, zal ook het basisondersteuningsbudget in rekening worden gebracht.

De Vlaamse overheid financiert het project Bewegen op Verwijzing. Dat project illustreert hoe ook met gezondheidspromotie rekening moet worden gehouden.

Er zal rekening worden gehouden met de ervaring met palliatieve zorg.

Impulseo maakt deel uit van deze oefening, en wellicht ook de evaluatie van het Charter van collectieve patiëntenrechten.

Peter Persyn stelt een grote convergentie van ideeën vast. Hij verduidelijkt niet te pleiten voor meer middelen maar wel om die anders in te zetten. Gerichte incentives kunnen tot een cataliserend effect leiden.

Een federale maatregel zoals de verkorting van de verblijfsduur na een bevalling die consequenties heeft voor de thuiszorg, moet ertoe leiden dat er ook meer middelen worden ingezet in die sector. Wanneer zaken naar de eerste lijn worden geduwd, zijn geoordeelde budgettaire compensaties nodig.

Er wordt niet van een wit blad vertrokken. Het landschap is complex omdat meerdere beleidsniveaus betrokken zijn, maar het is niet inefficiënt. Met de middelen waar Vlaanderen over beschikt, kan het gerichte incentives toekennen. Naast overleg kan ook praktijkondersteuning op een generische manier gefinancierd worden. In een praktijk worden meerdere functies (management, coördinatie of opvolging) vervuld maar niet vergoed ook al vergen ze tijd. Reële tijdsbesteding, kwalificaties en competenties moeten gewaardeerd worden. Groepspraktijken, grote solopraktijken en wijkgezondheidscentra illustreren dat management en coördinatie specifieke functies zijn. Dat zal ook tot uiting komen in de chronische en de palliatieve zorg.

De spreker wil de zaken op regionaal niveau bekijken. De verstrekkers op de eerste lijn bekijken de zaken vanuit het kikkorsperspectief. Ze zijn gehecht aan een beperkte perimeter van vijf tot tien kilometer. Dat geldt niet voor de tweede en de derde lijn.

De tweede en derde lijn verzoenen met de eerste is geen onmogelijke opdracht. In de oefening die aan de basis ligt van de huidige kaart, is rekening gehouden met het gezondheidsgebruik op de verschillende niveaus. Uit de studie van Domus Medica blijkt inderdaad dat het aantal gemeenten dat tot een ander kleinstedelijk niveau wil behoren allicht beperkt is tot een vijftal. Wat wel klopt, is dat een en ander niet overeenstemt met de geestelijke gezondheidszorg. De spreker verzet zich tegen al te veel divergente geometrieën. Los van financiering en aanpak moet naar regionale verantwoordelijkheid worden gestreefd. Dat zal er op termijn toe leiden dat een link moet worden gemaakt met andere financieringsmethodieken, verzekeringstechnieken en Pay for Quality. Dat kan niet op individueel niveau. Er moet worden gewerkt met een gemiddelde per regio. Het geeft geen pas dokterspraktijken tegen elkaar af te zetten zoals dat met ziekenhuizen gebeurt.

Jan Bertels beaamt dat iedereen tot een efficiëntere eerste lijn wil komen. Voor de financiering moet naar twee aspecten worden gekeken. Niet alleen financiële incentives voor zorgprestaties maar ook samenwerkingsinitiatieven die niet noodzakelijk tot formele overlegmomenten moeten leiden. Ook het RIZIV heeft daar een rol in te spelen. Het debat mag niet geblokkeerd worden door discussies over budgetten die idealiter zouden moeten overkomen van het federale niveau.

De spreker is tevreden dat de geestelijke gezondheidszorg geen afzonderlijk circuit wordt al mogen de verschillen tussen de zorgregio's en de artikel 107-experimenten niet uit het oog worden verloren.

Hij vraagt de commissievoorzitter afspraken te maken over tussentijdse feedback.

Bart Van Malderen, commissievoorzitter, stelt een tussentijdse schriftelijke reportage tegen het zomerreces voor. Op basis van de dan verkregen informatie, kan een tweede gedachtewisseling overwogen worden.

Elke Van den Brandt zegt dat bottom-up werken het risico inhoudt dat de sterkste het haalt. Kleine spelers, nieuwkomers en sociale innovatie verdienen ook een plek. Ze benadrukt dat de politiek op een bepaald ogenblik inhoudelijk zal moeten sturen en keuzes maken. De politiek mag dit niet volledig uit handen geven en moet de grote lijnen trekken, weliswaar met respect voor wat van onderuit groeit.

De kaart met kleinstedelijke gebieden wordt niet gecontesteerd maar niet overal werkt alles even goed of is het even goed georganiseerd. De puzzel volledig maken zal niet eenvoudig zijn, maar als dat deze keer niet gebeurt gaat het momentum verloren. De vraag naar minder overleg en meer samenwerking biedt daartoe de gelegenheid, net zoals de overtuiging dat het werkgebied van de SEL's te groot is.

Thuiszorg versterken vraagt meer budget, wat door verschuivingen kan. Maar als meerdere bevoegdheidsniveaus betrokken zijn, wordt dat een moeilijke oefening. Anderzijds zijn er in België al vaker complexe constructies opgezet. De verkorting van het aantal ligdagen is een voorbeeld van hoe het niet moet. De spreker is ervan overtuigd dat de ministers De Block en Vandeuren tot een vergelijk kunnen komen.

Voor *Freya Saeys* is de samenwerking tussen Vlaanderen en het federale niveau cruciaal. Beide niveaus hebben elkaar nodig om beslissingen te nemen. Er kan worden nagegaan hoe de wachtposten in de zorgregio's kunnen worden ingebed.

Ze benadrukt het belang van concrete acties tegen stress, overbelasting en vroegtijdig afhaken van eerstelijnszorgverstrekkers. Het is belangrijk dat zij meer tijd kunnen vrijmaken. De eerstelijns werkers vervrouwelijken. Iedereen probeert werk en privé in evenwicht te brengen. Daar moet rekening mee worden gehouden bij de reorganisatie.

Minister *Jo Vandeuren* stemt ermee in verslag uit te brengen wanneer de commissie daarom vraagt. Hij zal evenwel niet beslissen vooraleer het proces is afgerond. Bij het zoeken naar een draagvlak is het niet zeker dat aan eenieders belangen kan worden tegemoetgekomen. Hij hoopt dat de commissie er begrip voor kan opbrengen dat hij niet middenin het proces kan tussenkomen. Er moet respect worden opgebracht voor de inspanningen die iedereen levert in dit proces.

Op een bepaald moment zullen er sowieso keuzes gemaakt moeten worden. Het perspectief is niet dat alles blijft zoals het thans is en alleen maar toeneemt. Door te hergroeperen zullen zaken anders georganiseerd worden. In een democratie heeft het parlement het laatste woord.

Het overleg met het federale niveau is cruciaal. Zaken naar de eerste lijn schuiven betekent niet altijd dat tussen bestuursniveaus wordt verschoven. Het kan ook tot verschuivingen in deelbudgetten leiden.

Ter illustratie van het budget verduidelijkt de minister dat de ondersteuningsstructuren waar Vlaanderen voor bevoegd is (inclusief deze die met de zesde staatshervorming zijn overgekomen), goed zijn voor 141 voltijdsequivalenten.

Bart VAN MALDEREN,
voorzitter

Jan BERTELS
Cindy FRANSSEN,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

CAW	centrum algemeen welzijnswerk
cgg	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
FOD	Federale Overheidsdienst
ICT	informatie- en communicatietechnologie
IMC	Interministeriële Conferentie
KCE	Federaal Kenniscentrum - Centre fédéral d'expertise
SAR WGG	Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid
SEL	samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
VVSG	Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten