



Vlaams  
Parlement

ingediend op **1878** (2018-2019) – Nr. 2  
26 maart 2019 (2018-2019)

## **Verslag**

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
uitgebracht door Cindy Franssen en Elke Sleurs

over het ontwerp van decreet

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

---

*Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:*

*Voorzitter:* Bert Moyaers.

*Vaste leden:*

Ingeborg De Meulemeester, Danielle Godderis-T'Jonck, Lorin Parys, Peter Persyn, Elke Sleurs,  
Tine van der Vloet;

Griet Coppé, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;

Freya Saeys, Martine Taelman;

Bert Moyaers, Freya Van den Bossche;

Elke Van den Brandt.

*Plaatsvervangers:*

Björn Anseeuw, Cathy Coudyser, Koen Daniëls, Lies Jans, Manuela Van Werde, Elke Wouters;

Sonja Claes, Dirk de Kort, Jamila Hamddan Lachkar, Tinne Rombouts;

Jo De Ro, Laurence Libert;

Jan Bertels, Bart Van Malderen;

Elisabeth Meuleman.

*Toegevoegde leden:*

Ortwin Depoortere.

Documenten in het dossier:

**1878** (2018-2019) – Nr. 1: Ontwerp van decreet

## INHOUD

I.	Toelichting door Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin .....	4
	1. Uitdagingen.....	4
	2. WHO en geïntegreerde zorg .....	4
	3. Momentum.....	4
	4. Eerstelijnsconferentie 16 februari 2017.....	5
	5. Principes.....	5
	6. Hoofdstuk 1: Algemene bepalingen .....	5
	7. Hoofdstuk 2: Werkingsprincipes voor een persoonsgerichte en geïntegreerde organisatie van de eerstelijnszorg.....	6
	8. Hoofdstuk 3: Organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag .....	7
	9. Hoofdstuk 4: Ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering .....	7
	10. Hoofdstuk 5: Zorgraden.....	7
	10.1. Opdrachten .....	7
	10.2. Samenstelling .....	8
	10.3. Werkgebied: eerstelijnszone .....	8
	10.4. Stand van zaken van de eerstelijnszones .....	8
	10.5. Vervolgtraject voor de eerstelijnszones .....	8
	11. Hoofdstuk 6: Regionale zorgplatformen .....	8
	11.1. Opdrachten .....	9
	11.2. Samenstelling .....	9
	11.3. Werkgebied: regionale zorgzone .....	9
	12. Hoofdstuk 7: Partnerorganisaties .....	9
	13. Oprichting van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn .....	10
	14. Krachtlijnen en hoofdopdrachten van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn .....	10
	15. Rationalisatie van structuren .....	10
	16. Hoofdstuk 8: Organisaties met terreinwerking .....	10
	17. Hoofdstuk 9: Projecten .....	10
	18. Hoofdstuk 10: Gegevensverwerking .....	11
	19. Hoofdstukken 11, 12, 13: Verantwoording en toezicht, administratieve sancties, erkenningsprocedures .....	11
	20. Hoofdstuk 14 en 15: Wijzigings- en slotbepalingen.....	11
II.	Algemene bespreking .....	11
III.	Artikelsgewijze bespreking en stemming.....	18
IV.	Stemming over het geheel .....	19
	Gebruikte afkortingen .....	20
	Bijlage: zie <a href="#">dossierpagina</a> van dit document op <a href="http://www.vlaamsparlement.be">www.vlaamsparlement.be</a> .	

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin besprak het ontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders, tijdens haar vergaderingen van 12 en 19 maart 2019.

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

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

### **1. Uitdagingen**

Op 5 januari 2016 vond in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een gedachtewisseling plaats over 'Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen – Situering en veranderingstraject 2015-2019' (*Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 623/1). Er is toen aangehaald dat de uitdagingen voor de eerstelijnszorg groot zijn en niet of nauwelijks verschillen van deze in andere landen: demografische en epidemiologische ontwikkelingen (verouderende bevolking en complexere zorgnoden), wetenschappelijke en technologische evoluties, globalisering, toenemende diversiteit in de samenleving, assertievere burgers en sociaal-economische ongelijkheden in gezondheid.

Zeer veel verschillende actoren werken in de Vlaamse eerstelijnszorg. Dat is een troef maar tegelijkertijd ook een uitdaging: versnippering en het ontbreken van een centraal aanspreekpunt verhogen de complexiteit van het Vlaamse zorglandschap. De zorg wordt, mede door deze versnippering, gestuurd door het aanbod van de verschillende diensten en actoren. Door deze aanbodgestuurde setting ontbreekt de centrale vraag of de aangeboden zorg optimaal is afgestemd op de noden van de patiënt.

### **2. WHO en geïntegreerde zorg**

De WHO beschouwt de eerstelijnszorg als hoeksteen van een modern gezondheidszorgbeleid in het rapport 'Primary Health Care: now more than ever!' en in het rapport 'Health 2020: European Policy Framework and Strategy for the 21st century'. Sinds de publicatie van het WHO-model voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg, hanteert Vlaanderen dit concept als leidraad voor de hervormingen. Het positioneert de mantelzorger, de vrijwilligers en de buurt als eerste beschermende en ondersteunende schil rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood die in het centrum staat. Bij toenemende complexiteit van de zorgnoden, zal professionele zorg ingeschakeld worden. Met andere woorden: de minst ingrijpende ondersteuning waar mogelijk, eerstelijnszorg waar nodig en de meer intense en gespecialiseerde hulp en zorg indien noodzakelijk.

Gezien de toenemende zorg- en ondersteuningsvragen van een ouder wordende populatie is het van het allergrootste belang te kunnen steunen op een sterke en goed uitgebouwde eerste lijn. Die kan de duurdere gespecialiseerde zorg ontlasten en in zeer grote mate bijdragen aan een toegankelijk, effectief en kwalitatief zorgsysteem voor iedereen. Een goed georganiseerde eerstelijnszorg kan ook sociale ongelijkheden op vlak van gezondheid verminderen door de toegankelijkheid van zorg te optimaliseren en een signaalfunctie op te nemen.

### **3. Momentum**

Gezien de uitdagingen waar de zorg voor staat, is het belangrijk dat er een sterk en goed uitgebouwde eerste lijn beschikbaar is. Het momentum om deze

verandering te introduceren werd geboden door de zesde staatshervorming gecombineerd met de voortschrijdende inzichten, zowel nationaal als internationaal, in integrale zorg en ondersteuning. In het Vlaams regeerakkoord 2014-2019 zijn daarom een vereenvoudiging van de eerstelijnsstructuren en versterking van de eerste lijn opgenomen. De Vlaamse overheid kiest resoluut voor een paradigmashift: van een aanbodgestuurde zorg naar een vraaggestuurde en integrale zorg en ondersteuning. De behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood vormen het uitgangspunt. Goede levenskwaliteit voor en door elke burger moet de ultieme ambitie zijn. Om dat te realiseren is een vernieuwd wettelijk kader voor de eerste lijn nodig.

#### **4. Eerstelijnsconferentie 16 februari 2017**

Bij deze hervorming is participatie het kernwoord, zowel voor de burger als voor de professional. Hiermee wordt draagvlak gecreëerd en vergroot de kans op slagen. De aanpak van dit participatief veranderingsproces werd tijdens de gedachtewisseling van januari 2016 uitvoerig besproken. Zes werkgroepen met zes belangrijke thema's bereidden de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017 voor:

- taakstelling en structuurintegratie;
- geografische afbakening van de zorgregio's;
- modellen voor integrale zorg;
- de patiënt/burger centraal;
- gegevensdeling en kwaliteit van zorg;
- innovatie en ondernemerschap in de zorg.

Naast de werkgroepen met de belangrijkste stakeholders, werden ook provinciale avonden georganiseerd en werd feedback gevraagd aan een wetenschappelijke reflectiekamer.

De beleidsvisie 'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn', zoals gepresenteerd op de conferentie 'Reorganisatie van de eerste lijn' van 16 februari 2017 en goedgekeurd door de Vlaamse Regering op 8 december 2017, vormt bijgevolg de gedragen basis van het toekomstige Vlaamse eerstelijnsbeleid. Deze beleidsvisie over de hervorming van de eerste lijn is het uitgangspunt van dit ontwerp van decreet.

Minister *Jo Vandeurzen* heeft echter niet gewacht tot de goedkeuring in het Vlaams Parlement om een aantal hervormingen reeds op de rails te zetten. Hij geeft in zijn toelichting aan welke acties ondertussen reeds ondernomen werden om verder gestalte te geven aan deze hervorming.

#### **5. Principes**

Het ontwerp van decreet blijft zoveel mogelijk trouw aan de bepalingen uit de beleidsvisietekst. Het betreft een ontwerp van kaderdecreet dat principes en algemene bepalingen formuleert. Concrete maatregelen en voorwaarden zullen hun uitwerking vinden in uitvoeringsbesluiten. Aan de titel zijn de regionale zorgplatformen toegevoegd om de continuïteit van de zorgverlening mee te nemen met de gespecialiseerde zorg evenals de samenwerking met de gespecialiseerde zorg voor onder andere thema's zoals palliatie, dementie en geestelijke gezondheid.

#### **6. Hoofdstuk 1: Algemene bepalingen**

De definities van de belangrijkste begrippen zijn afgestemd op het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, het ontwerp van decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod (*Parl.St.* VI.Parl. 2018-

19, nr. 1840/1) en het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

De definitie van eerstelijnszorg verlaat de strikt medische invalshoek uit het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. Door te kiezen voor het begrip eerstelijnszorg wordt resoluut gekozen voor een verbinding tussen gezondheids- en welzijnszorg. De definitie is geënt op die van de SAR WGG. Het is de rechtstreeks toegankelijke, ambulante, generalistische zorg voor niet-gespecificeerde gezondheids- of welzijnsgerelateerde problemen, zowel van fysieke, psychologische als sociale aard. Het vormt in de regel het eerste contact met professionele zorg, kan diagnostische, curatieve, revaliderende en palliatieve zorgverlening aanbieden voor het overgrote deel van de problemen, biedt preventie voor individuen en risicogroepen in de eigen populatie, houdt rekening met de persoonlijke en sociale context van mensen, verzekert continuïteit van zorg over de tijd en tussen zorgaanbieders, en ondersteunt de informele zorg rondom de patiënt/cliënt.

In het ontwerp van decreet wordt een onderscheid gemaakt tussen eerstelijnszorgaanbieders en zorgaanbieders. Het eerste begrip omvat de personen, diensten of organisaties die als zorg- of welzijnsactor professionele zorg of ondersteuning verlenen in de eerste lijn. Hier wordt het gespecialiseerde zorg- en ondersteuningsaanbod uitgesloten, wat niet het geval is voor het ruimer begrip 'zorgaanbieder'.

## **7. Hoofdstuk 2: Werkingsprincipes voor een persoonsgerichte en geïntegreerde organisatie van de eerstelijnszorg**

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

Bij integrale zorg staat de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag centraal. Er wordt gezorgd voor het ondersteunen en versterken van het zelfzorgvermogen en de informele zorg. Dat is het subsidiariteitsprincipe. Er wordt ingezet op het verhogen van zorggeletterdheid, en gezorgd voor een geïntegreerde zorgorganisatie met vrije keuze, naast garanties op transparante en objectieve informatie. Er wordt ten slotte gestreefd naar het quadruple aim: optimaliseren van de kwaliteit van de eerstelijnszorg zoals de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood die ervaart; verbeteren van gezondheid en welzijn van de bevolking met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid; creëren van een meerwaarde op het vlak van gezondheid en welbevinden voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood met de ingezette middelen; en nastreven van een kwaliteitsvolle en duurzame manier van werken voor de zorgaanbieder zelf.

## **8. Hoofdstuk 3: Organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag**

Dit hoofdstuk behandelt de effectieve praktijkvoering rond en met de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. De basis is interdisciplinaire samenwerking op basis van samenwerkingsafspraken. Bij complexe of langdurige zorg wordt gewerkt met zorg- en ondersteuningsdoelen, werken de zorgaanbieders samen in een zorgteam en wordt een zorg- en ondersteuningsplan opgemaakt. De persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, alsook de aanwezige mantelzorg, maken integraal deel uit van het zorgteam. Zorgcoördinatie wordt als rol opgenomen, bij voorkeur door de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zelf maar indien dat niet mogelijk is, door een zorgaanbieder van het zorgteam. De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen over zorgteam en zorgcoördinatie, alsook in financiering voorzien voor zorgcoördinatie.

Het zorgteam tracht het zorg- en ondersteuningsplan zo optimaal mogelijk uit te voeren. Bij problemen werkt het zorgteam in eerste instantie zelf aan een oplossing. Pas als de oplossingen ontoereikend zijn en de problemen aanhouden of escaleren, kan het zorgteam een beroep doen op ondersteuning van een zorgaanbieder die casemanagement aanbiedt. De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen over het inzetten van casemanagement, alsook in financiering voorzien.

## **9. Hoofdstuk 4: Ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering**

Dit hoofdstuk biedt ruimte aan de Vlaamse Regering om financiële ondersteuning te bieden aan de professionele activiteiten van eerstelijnszorgaanbieders, en om hen toe te laten deze activiteiten op een interdisciplinaire wijze uit te voeren. Een voorbeeld is het huidig Impulsfonds ter stimulatie van de huisartsgeneeskunde.

## **10. Hoofdstuk 5: Zorgraden**

De Vlaamse Regering kan op basis van dit hoofdstuk zorgraden erkennen, subsidiëren en hun werkingsgebied bepalen. Een zorgraad is een rechtspersoon die in zijn werkgebied werkt aan de organisatie van de eerstelijnszorg en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. De rechtspersoon is een vzw. Opdrachten, samenstelling en werkgebied kunnen door de Vlaamse Regering nader bepaald worden.

### **10.1. Opdrachten**

De zorgraden stemmen de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning af op de zorg- en ondersteuningsvragen, zoals vastgesteld op bevolkingsniveau in het werkgebied. Dat verloopt in samenspraak met de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, met de verenigingen van mantelzorgers en de verenigingen van vrijwilligers, de eerstelijnszorgaanbieders, de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod, en de lokale besturen.

De zorgraden kunnen doelgroepspecifiek of wijkgericht tewerk gaan, een lokaal sociaal beleid als vermeld in artikel 3, 4<sup>o</sup>, van het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid, ondersteunen, en beroepsgroepspecifieke verenigingen ondersteunen die alle vrijwillig toegetreden eerstelijnszorgaanbieders groeperen die in het werkgebied van de zorgraad hun beroepsactiviteit uitoefenen.

Voorts ondersteunen de zorgraden de eerstelijnszorgaanbieders bij de organisatie van kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning van de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, zoals vermeld in hoofdstuk 3, en met inbegrip van digitale gegevensdeling en het klachtenbeleid bij de interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking bij het aanbieden van die zorg, en bij de aanlevering van gegevens voor de sociale kaart. Ze werken ten slotte mee aan de uitvoering van Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en stellen zo nodig andere doelstellingen voor het werkgebied voor aan de Vlaamse Gemeenschap.

## 10.2. Samenstelling

Een zorgraad is pluralistisch en divers samengesteld en bestaat minstens uit de afgevaardigden van de lokale besturen, de eerstelijnszorgaanbieders van verschillende disciplines, de woonzorgcentra, diensten voor gezinszorg, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, centra algemeen welzijnswerk, de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, en de erkende verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers. Als het werkgebied van de zorgraad gelegen is in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad is de deelname van afgevaardigden van de lokale besturen uit het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad facultatief. De lokale besturen uit het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad worden uitgenodigd om via afgevaardigden deel te nemen aan de vergaderingen van de zorgraad.

## 10.3. Werkgebied: eerstelijnszone

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

- de eerstelijnszones overlappen elkaar niet;
- de eerstelijnszones bestrijken het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;
- een gemeente kan maar deel uitmaken van één eerstelijnszone, met uitzondering van de gemeenten Antwerpen en Gent;
- een eerstelijnszone omvat minimaal 70.000 inwoners.

## 10.4. Stand van zaken van de eerstelijnszones

In juli 2017 werd een oproep gelanceerd volgens de criteria beschreven in ontwerp van decreet. Dossiers konden worden ingediend tot december 2017. In maart 2018 heeft het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid 49 zones goedgekeurd. De sector kreeg de tijd om een nieuw dossier in te dienen tot mei 2018. Eind juni 2018 keurde de Vlaamse Regering 60 eerstelijnszones goed en gaf ondersteuning van transitiecoaches en SEL/LMN-medewerkers, naast een werkingsbudget van 12.000 euro. Ten slotte kan men terugvallen op het pionierswerk van Flanders Synergy en de eerstelijnszones in Zuid-Oost-Limburg en Dender, die sinds mei 2017 actief zijn als eerstelijnszone.

## 10.5. Vervolgtraject voor de eerstelijnszones

Ondertussen werden richtlijnen over de vorming van voorlopige zorgraden gecommuniceerd aan de sector. Het is de bedoeling dat de voorlopige zorgraden op basis van een uitvoeringsbesluit bij dit ontwerp van decreet een erkenningsdossier kunnen indienen tegen eind 2019 zodat ze in de loop van 2020 definitief erkend kunnen worden.

## 11. Hoofdstuk 6: Regionale zorgplatformen

De Vlaamse Regering kan op basis van dit hoofdstuk regionale zorgplatformen erkennen, subsidiëren en hun werkingsgebied bepalen. Een regionaal zorgplatform is een rechtspersoon (vzw) die in zijn werkgebied werkt aan de onderlinge afstemming tussen en ondersteuning van de leden van het regionaal zorgplat-



form. Opdrachten, samenstelling en werkgebied kunnen door de Vlaamse Regering nader bepaald worden.

### 11.1. Opdrachten

De regionale zorgplatformen adviseren het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin over de afstemming van het zorg- en ondersteuningsaanbod op de behoeften van de bevolking in hun werkgebied. Ze stemmen zorg en ondersteuning op elkaar af zodat de zorgcontinuïteit voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag kan worden gegarandeerd. Ten slotte behandelen ze problemen, drempels of knelpunten die niet door de zorgraden in hun werkgebied opgelost worden.

### 11.2. Samenstelling

De regionale zorgraden bestaan minstens uit:

- de Logo's zoals vermeld in artikel 2, 19°, van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid;
- de palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden voor palliatieve zorg;
- de erkende regionale expertisecentra dementie;
- de geestelijke gezondheidsnetwerken;
- de zorgraden in het werkgebied van het regionaal zorgplatform;
- de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en van erkende verenigingen van mantelzorgers en gebruikers.

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

### 11.3. Werkgebied: regionale zorgzone

Bij het bepalen van de regionale zorgzones neemt de Vlaamse Regering vier voorwaarden in acht. De regionale zorgzones bestrijken het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Een regionale zorgzone omvat minstens twee eerstelijnszones, met uitzondering van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, dat kan bestaan uit één eerstelijnszone. Een regionale zorgzone bestrijkt een aaneensluitend grondgebied, met uitzondering van de gemeenten Voeren en Baarle-Hertog, dat minimaal 300.000 inwoners omvat. Ten slotte worden de werkgebieden van de Logo's, de palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden voor palliatieve zorg, de erkende regionale expertisecentra dementie, de geestelijke gezondheidsnetwerken en de regionale zorgzones maximaal op elkaar afgestemd.

## 12. Hoofdstuk 7: Partnerorganisaties

Hoofdstuk 7 maakt het de Vlaamse Regering mogelijk om organisaties te erkennen en subsidiëren als partnerorganisatie, en om hun werkgebied en nadere erkennings- en subsidieregels te bepalen. Rechtsvorm is een vzw. Voorbeelden daarvan zijn het toekomstige Vlaams Instituut Eerste Lijn en het Vlaams Patiëntenplatform.

Naast erkenning biedt dit ontwerp van decreet ook de mogelijkheid om, al dan niet op basis van een oproep, een beheersovereenkomst te sluiten met een organisatie. Een beheersovereenkomst is beperkt in tijd (minimum drie jaar en maximum vijf jaar) met de mogelijkheid tot eenmalige verlenging. Een voorbeeld daarvan is de beheersovereenkomst met de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen.

### **13. Oprichting van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn**

Er is begin juli 2018 met alle betrokken actoren een akkoord afgesloten over inhoud, strategische opdrachten, prioriteiten en governance. Dat akkoord werd bekrachtigd door de Vlaamse Regering in september 2018. De organisatie heeft haar statuten uitgewerkt. Daarnaast zijn de algemene vergadering en de raad van bestuur samengesteld. Het is de bedoeling dat er nu een oproep komt voor de erkenning als partnerorganisatie.

### **14. Krachtlijnen en hoofdopdrachten van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn**

De organisatie wordt op een gelijkwaardige wijze beheerd door alle actoren: welzijn, zorg, lokale besturen, academische wereld, en mantelzorg- en patiëntenverenigingen. Er is gelijkwaardige vertegenwoordiging op niveau van de algemene vergadering en raad van bestuur, en een onafhankelijk voorzitterschap. Het bredere veld is betrokken in periodieke bijeenkomsten van een strategisch comité (inkanteling en verbreding van de SEL's) en van een platform van eerstelijnszones/regionale zorgzones.

VIVEL is een flexibele netwerkorganisatie met een kleine equipe. Het creëert samenwerking met de diverse actoren op het terrein. Zo gaan het Vlaams Expertisepunt Mantelzorg en eenlijn.be op in VIVEL.

De hoofdopdrachten zijn:

- ontsluiten en samenbrengen van informatie en data, en die op een actieve manier ter beschikking stellen aan alle actoren in de eerste lijn;
- ontwikkelen van evidencebased strategieën, methodieken en implementatietools voor de ondersteuning (van de organisatie) van de eerstelijnszorg;
- adviseren, coachen, vormen en sensibiliseren;
- stimuleren van innovatie;
- creëren en opvolgen van toegankelijkheid en kwaliteit van de eerstelijnszorg in Vlaanderen;
- adviseren van de Vlaamse overheid.

### **15. Rationalisatie van structuren**

De zesde staatshervorming biedt de gelegenheid om structuren te harmoniseren en vereenvoudigen. De figuur op slide 29 (zie bijlage) geeft een overzicht van de rationalisatie van de bestaande structuren op de diverse niveaus.

### **16. Hoofdstuk 8: Organisaties met terreinwerking**

Dit hoofdstuk staat de Vlaamse Regering toe om organisaties te erkennen en subsidiëren als organisatie met terreinwerking, en om hun werkgebied naast nadere erkennings- en subsidieregels te bepalen. De rechtsvorm wordt een vzw. Organisaties met terreinwerking kunnen een beroep doen op het aanbod van partnerorganisaties. Voorbeelden van organisaties met terreinwerking zijn de huisartsenkringen.

### **17. Hoofdstuk 9: Projecten**

De Vlaamse Regering kan subsidies toekennen aan projecten met een tijdelijk en vernieuwend karakter in de eerstelijnszorg.

## **18. Hoofdstuk 10: Gegevensverwerking**

De volgende persoonsgegevens, inclusief gezondheidsgegevens, worden verwerkt:

- persoonsgegevens voor de identificatie van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag;
- de relevante gegevens over de gezondheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag;
- de gegevens over de te verlenen zorg en ondersteuning;
- de persoonsgegevens voor de identificatie van de zorgaanbieders, die bij de zorg en ondersteuning van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag betrokken zijn;
- de persoonsgegevens die verband houden met de sociale situatie of de welzijnscontext van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag.

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

De gegevens worden verwerkt om over de nodige informatie te beschikken voor het aanbieden van de zorg en ondersteuning aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, zodat de zorg en ondersteuning die verleend wordt door de verschillende zorgaanbieders van het zorgteam op elkaar kan worden afgestemd, rekening houdende met de evoluerende zorg- en ondersteuningsdoelen, en zodat die zorg en ondersteuning kan worden opgevolgd en worden bijgestuurd waar nodig. Iedere zorgaanbieder die deel uitmaakt van het zorgteam is verwerkingsverantwoordelijke voor de gegevens die hij in het zorg- en ondersteuningsplan opneemt. De zorgaanbieders van het zorgteam duiden onder elkaar een lid aan dat ten aanzien van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag optreedt als contactpersoon voor de uitoefening van zijn rechten, zoals vermeld in artikel 12 tot en met 23 van de algemene verordening gegevensbescherming. Het zorg- en ondersteuningsplan wordt bewaard gedurende een termijn van dertig jaar vanaf de laatste aanpassing van het zorg- en ondersteuningsplan in kwestie.

## **19. Hoofdstukken 11, 12, 13: Verantwoording en toezicht, administratieve sancties, erkenningsprocedures**

In deze hoofdstukken staan bepalingen gebaseerd op het decreet van 19 februari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid. Voorts worden de administratieve sancties en de erkenningsprocedure bepaald.

## **20. Hoofdstuk 14 en 15: Wijzigings- en slotbepalingen**

De Vlaamse Regering regelt de opheffing van elke bepaling van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. Er wordt gezorgd voor continuïteit van de werking van betreffende organisaties, in afwachting van de uitvoering van de artikelen van dit ontwerp van decreet. De Vlaamse Regering bepaalt ten slotte voor elke bepaling in dit ontwerp van decreet de datum van inwerkingtreding.

## **II. Algemene bespreking**

*Peter Persyn* apprecieert het parcours dat minister Jo Vandeurzen aflegde, zijn imago van valse trage ogenschijnlijk eer aandoend, maar ondertussen op anderhalf jaar tijd enorme stappen zettend. Daarbij kreeg hij de volledige sector op zijn hand. De eerste lijn is cruciaal in het gezondheidssysteem, zeker gezien de shift van episodische naar meer chronische en geïntegreerde zorgverlening. Volgens N-VA biedt dit ontwerp van kaderdecreet daar de nodige handvatten

voor. Toch is het jammer dat het zo lang geduurd heeft aangezien de basis ervan al twintig jaar geleden gelegd is. Onder toenmalig federaal minister van Volksgezondheid Magda Aelvoet is er immers al een studie gestart over de compartimentering van het zorglandschap. Er waren toen al tal van lacunes vastgesteld, in de echelons van het zorgsysteem, maar ook in de zorgniveaus, met versnippering naast een gebrek aan samenwerking en overleg.

Hij eert de professoren Van Loon en Van Hecke, geestelijke vaders van de zorgregio's in hun complexiteit en eenvoud, als Russische popjes die in elkaar passen in een hiërarchische orde. Het idee is geïnspireerd op de ervaring van professor Van Loon met de gezondheidsstructuren in de derde wereld. Gedwongen door de schaarste wordt daar getracht een maximaal rendement te halen uit beperkte middelen. Ook in deze wereld van overvloed wordt men gedwongen de middelen zo efficiënt en doelmatig mogelijk in te zetten met een rationeler en getrapt zorglandschap tot gevolg, wat de zorg aan de eindgebruiker ten goede zal komen. Hij zal ook als volwaardige zorgactor betrokken worden dankzij de zogenaamde regie voor de eindgebruiker. Betere gegevensuitwisseling en de digitalisering zijn andere pluspunten in het ontwerp van decreet.

Het valt af te wachten hoe de zorgraden per eerstelijnszone en de zorgregio's zullen functioneren. Voor N-VA primeert dat ze doelmatig en pragmatisch werken en niet verzanden in praatbarakken. Harmonisering en centrale ondersteuning dienen ervoor te zorgen dat het niet de zoveelste zichzelf in stand houdende structuren zijn, maar het doel dienen van betere zorg, betere samenwerking en coördinatie. N-VA steunt dit ontwerp van decreet volmondig.

De overheveling van federale bevoegdheden maakte deze hertekening mogelijk, aldus *Freya Saeys*. Voor Open Vld diende daarbij de vrije keuze van zorgverstrekker gevrijwaard te blijven, wat in dit ontwerp van decreet ook gebeurt. Open Vld is tevreden dat voorstellen om een zorgverlener de zorgteams te laten aanduiden, het niet gehaald hebben. De zorgteams bestaan uit de zorgverstrekkers die de persoon met een zorgbehoefte, zijn vertegenwoordiger of mantelzorger heeft voorgedragen. Ook is de spreekster voor het principe van de eigen regie, waarbij de persoon met een zorgbehoefte of zijn wettelijke vertegenwoordiger de zorgcoördinator is. Als die dat niet willen of kunnen, duiden ze zelf een zorgbeoefenaar daarvoor aan. De vrije keuze van zorgverlener en zelfregie zijn zeker belangrijk voor thuiszorg, die zwaar ingrijpt op de privacy.

Het zorgteam kan, indien nodig, multidisciplinair overleg organiseren. Voor de financiering worden de middelen van de GDT's en de SEL's gebruikt. Overleg kan zinvol zijn, maar volgens de spreker is de meerwaarde van heel wat overleg nu voor de patiënt twijfelachtig. Heel wat van die afspraken kunnen ook via de telefoon gemaakt worden. Daarbij komt nog dat ze vaak niet worden nageleefd, waardoor heel wat zelfstandige zorgverleners al hebben afgehaakt. De spreker hoopt dat daar verandering in komt.

Als de zorg niet loopt zoals gewenst, komt er een casemanager, voor de spreker een goed laatste redmiddel. Ook dat instrument moet spaarzaam worden ingezet. De casemanager is geen lid van het zorgteam, wat maakt dat hij vanop afstand een klaardere kijk kan hebben op de situatie. De uitdaging is een goede, onafhankelijke casemanager te vinden.

Het opstapelen van overlegstructuren leidt niet tot samenwerking, kost veel geld en neemt vooral patiëntentijd in beslag. Met de vergrijzing, comorbiditeit en nu de patiënt de spil wordt van zijn eigen zorg, moet ervoor worden gezorgd dat zorgverleners vooral voldoende tijd hebben voor de patiënt. Met de zorgraad en het regionaal zorgplatform komt er een rationalisering van de talloze overlegstructuren. Toetsstenen zijn de mate waarin er efficiënt zal worden gewerkt en de

vergaderitis zal worden teruggedrongen, zorgverleners en beroepsbeoefenaars gesteund worden in het verlenen van integrale zorg en er tegemoetgekomen wordt aan de behoeften van de patiënt met dienstverlening die gezondheidseconomisch niet op het niveau van een praktijk kan worden georganiseerd.

Freya Saeys verwacht niet dat artsen de mogelijkheden van Impulseo zo maar zullen opgeven. VIPA-middelen voor multidisciplinaire praktijken lijken haar daarenboven niet wenselijk. Gezien de wachtlijsten en de grote zorgbehoeften is het beter het geld niet te investeren in infrastructuur, die er tot nog toe ook zonder subsidie kwam. Open Vld wil dat de middelen vooral de patiënt rechtstreeks ten goede komen met een betere toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. In hetzelfde gebouw gehuisvest zijn, is niet nodig voor multidisciplinair samenwerken. Zelfs in universitaire ziekenhuizen slagen de diensten er niet altijd in goed samen te werken.

Tot slot juicht Freya Saeys de investering in zorggeletterdheid en gezondheidswijsheid toe. 40 percent van de bevolking is immers niet in staat om gezondheidsboodschappen te begrijpen, informatie op te zoeken en toe te passen in het dagelijkse leven. Wetenschappelijk onderzoek heeft ook aangetoond dat ongeletterdheid samenhangt met ongelijkheid in gezondheid.

*Elke Van den Brandt* steunt namens Groen de visie en de doelstellingen van het ontwerp van decreet. Dat er na de lange voorbereiding een groot draagvlak voor is, is eveneens positief. In tegenstelling tot andere grote hervormingen is er zelfs honger naar sneller en daadkrachtiger ingrijpen. Een betere samenwerking in de eerste lijn zal de patiënt maar eigenlijk ook heel de bevolking ten goede komen.

Toch heeft ze enkele kanttekeningen. Die blijken trouwens ook in de adviezen. Aan de zorgregio wordt de kwaliteit van leven en zorg van die bevolking toevertrouwd. De SAR WGG vraagt een vorm van aansprakelijkheid, niet alleen inzake gezondheidswinst maar ook over de bestrijding van armoede en sociale ongelijkheid. De minister zegt dat in de uitvoeringsbesluiten te zullen regelen. Hoe zal hij dat doen?

Ook de link met andere beleidsdomeinen en aspecten zal worden geregeld in uitvoeringsbesluiten. Hoewel de actoren vaak dezelfde zijn, zullen het geïntegreerd breed onthaal en de eerstelijnszones apart functioneren. Om het praktisch werkbaar te maken lijkt het haar nochtans nodig om het onthaal in de eerstelijnszorg te organiseren. Waarom heeft de minister daar niet voor gekozen? Ook met de geestelijke gezondheidszorg en de woonzorg moet de eerstelijnszorg sporen. Het benieuwt haar hoe de minister dat allemaal in uitvoeringsbesluiten zal gieten.

Voorts zijn er tal van geografische afbakeningen, niet alleen in het welzijnsvakgebied, met eerstelijnszorgzones, zones voor ziekenhuizen, federaal en Vlaams, netwerken voor geestelijke gezondheidszorg, voor een-gezin-een-plan, maar ook in andere beleidsdomeinen zoals vervoersregio's, de stads- en streekgewesten enzovoort. Al die lappendekens vallen niet samen. Dat maakt telkens ander overleg nodig met net iets andere actoren. Heeft de minister een plan met timing en methodieken om de afbakeningen op elkaar af te stemmen?

Ook bij de manier van organiseren hebben tal van organisaties opmerkingen. Er worden 75 vzw's opgericht, een voor elk van de 60 eerstelijnszones en één per regionaal platform. Al die vzw's moeten in theorie een eigen boekhouding hebben, een eigen personeelsbeleid voeren, raden van bestuur oprichten, algemene vergaderingen houden enzovoort. Volgens de SAR WGG kan dat eenvoudiger. W13 vraagt bijvoorbeeld om die samenwerking te organiseren onder zijn koepel. De VVSG vraagt het personeelsbeleid bij de lokale overheid

onder te brengen of bij VIVEL. Waarom kiest de minister voor die talrijke vzw's die vergaderlast, planlast of bureaucratische last op de schouders van dezelfde mensen leggen?

Zelfstandige zorgverleners worden verondersteld tijd te stoppen in dat overleg zonder dat ze ervoor vergoed worden. De regio's staan zelf in voor een regeling voor presentiegelden. Hoe denkt de minister dat de participatie aan formele overlegmomenten dient te worden gehonoreerd?

De SAR WGG vraagt dat de zorgraden zich buigen over de zorg vanaf jonge leeftijd en dat ook de CLB's, consultatiebureaus en de Huizen van het Kind erin vertegenwoordigd zijn. Wat denkt minister daarover?

In iedere eerstelijnszorg moet er een eerstelijnspsycholoog komen. Toch komt de geestelijke gezondheidszorg pas op het regionale platformniveau. Waarom geen vertegenwoordiging in de zorgraden? De VVSG mist dan weer de lokale besturen in de regionale platformen. Hoe reageert de minister daarop?

Ook het personeel vraagt meer duidelijkheid. Door de huidige onzekerheid haken heel wat mensen af, waardoor er bereidwilligheid en expertise dreigt verloren te gaan. De taken van de zorgraad zijn bijvoorbeeld vaag omschreven. Ook dat zal in uitvoeringsbesluiten verder geregeld worden. Over wat de zorgraad zal doen ter ondersteuning van lokale besturen staat na de vraag van de SAR WGG meer informatie in de memorie van toelichting, maar over de ondersteuning van zorgaanbieders blijft het ontwerp van decreet bijzonder vaag. Met wat kwade wil valt er zelfs te lezen dat de zorgraden voortaan de boekhouding van de huisartsenkringen zullen moeten doen. Ze hoopt dat het uitvoeringsbesluit al klaarligt. Tot slot informeert ze of de dertien projectgroepen hun werk afgerond hebben.

*Cindy Franssen* sluit zich aan bij de woorden van lof. Het Vlaamse gezondheidssysteem behoort, zeker op vlak van toegankelijkheid en kwaliteit, tot de beste ter wereld. Tegelijk zijn er wel wat uitdagingen: de complexe zorgnoden, de multimorbiditeit, technische evoluties, sociaal-economische ongelijkheden enzovoort. De grootste behoeften zijn er waar gezondheidszorg en welzijn elkaar raken en overlappen. De eerstelijnszones worden beschouwd als een hoeksteen van het moderne gezondheidsbeleid, ook door de WHO en Europa. Vlaanderen kiest voor een paradigmashift van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde zorg. Dit ontwerp van decreet stelt de werkingsprincipes op scherp. Zo worden de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, de zorggeletterdheid, de toegankelijkheid en de sociale rechtvaardigheid centraal gesteld. De persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en de mantelzorger maken volwaardig deel uit van het zorgteam. Daar kan de tweedelijnsgezondheidszorg nog lessen uit trekken.

Het streven naar draagvlak, samenwerking en betrokkenheid van veel partners is typerend voor de minister. Het geïntegreerd breed onthaal, de eerstelijnszorgzones, het lokaal sociaal beleid, de Huizen van het Kind, de gegevensdeling, de kwaliteitszorg passen decretaal als puzzelstukken in elkaar, waardoor de minister een visionair kan worden genoemd. Nu de puzzel gelegd is, vormen patiënt en de samenwerking met het middenveld het centrum van de afbeelding.

*Jan Bertels* kan zich volmondig aansluiten bij de lof over het draagvlak en de basisprincipes, betere zorg, zorgregie, meer gelijke kansen op zorg, betere afstemming tussen zorgvrager en leverancier, zorggeletterdheid, vereenvoudiging en versterking van de eerste lijn, een betere afstemming tussen gezondheids- en welzijnssector, samenwerking of gegevensuitwisseling. Het

gezondheidssysteem werkt inderdaad redelijk goed, maar toch zijn er torenhoge uitdagingen, onder meer de ongelijkheid.

Het is thans zaak een operationeel plan op te stellen en uit te voeren in elke zone. Hij vraagt de minister het werkveld gerust te stellen. Een sterke nadruk op zelf- en mantelzorg, mag niet betekenen dat de zorg wordt afgeschoven op de zorgbehoevende. De overheid blijft een belangrijke rol spelen om kwetsbare personen te beschermen, om de combinatie arbeid en zorg mogelijk te maken enzovoort. Hij vraagt de minister duidelijkheid over onder meer de financiering, de zorgcoördinatie, het casemanagement, en de samenwerking tussen de nieuwe vzw's en bestaande instanties zoals W13.

Hij vraagt de minister voorts hoe het zit met de vertegenwoordiging van het lokale bestuur in het regionale zorgplatform en wat de link is tussen de organisatie van de eerste lijn en de zorgstrategische plannen in de ziekenhuisnetwerken. Waarom wordt die verbinding niet gemaakt in het ontwerp van decreet? Tot slot wil hij weten of er ook in andere facetten dan de eerstelijnspraktijkvormen een meerjarenplanning is voor de zorgcapaciteit.

Minister *Jo Vandeurzen* beaamt dat het terrein aandringt op enige spoed. Dat is een pluim voor de begeleiders van het traject, in eerste instantie het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. In 2010 werd voor het eerst in vele jaren een eerstelijnsconferentie gehouden. De vorige dateerde nog van de periode dat Roger De Wulf bevoegd minister was. Daarop is een tweede eerstelijnsconferentie gehouden waarna er een plan opgesteld is waaruit het ontwerp van decreet gedistilleerd is. Voor een goede en toegankelijke zorg moet er absoluut geïnvesteerd worden in de eerste lijn. Dat past helemaal in de visie op vermaatschappelijking en op goede kwaliteit van chronische zorg.

Het ontwerp van decreet maakt inderdaad nog niet alles duidelijk. Dat is echter een bewuste keuze uit respect voor bestaande goede praktijken en regelgeving. Het ontwerp van decreet is echter geen alibi geweest om niks te doen. Dat bewijst de deel- en leerdag van 19 maart 2019 waar de voortgang in onder andere de dertien projecten besproken werd. Een en ander moet van onderuit groeien. Later kan het beleid de contouren daarvan capteren en universeel maken. De thema's van de studiedag weerspiegelen de zorgen die de parlementsleden naar voren brachten: het in kaart brengen van de zorgnoden van de populatie, de betrokkenheid van de zelfstandige zorgverstrekkers, de sociale kaart, samenwerkingsmodellen rond de patiënt met een zorgvraag, de betrokkenheid van de mantelzorgers, het signalenbeleid, basiskennis over elkaar en netwerking in de eerstelijnszone, betrokkenheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, het opstellen van een beleids- en actieplan, de juiste zorg voor kwetsbare doelgroepen, doelgerichte zorg, en geïntegreerd breed onthaal met een link met de eerstelijnszone.

De bovenbouw wordt in de loop van de komende maanden geoperationaliseerd. Op 19 maart 2019 verscheen in het Belgisch Staatsblad het besluit met de oproep voor een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn, een vzw die alle stakeholders, ook de lokale besturen en de verschillende zorgberoepen moet representeren. Dat Vlaamse vehikel dient om de link te leggen met wetenschappelijk onderzoek, de zorg te ondersteunen, vorming en begeleiding te organiseren onder meer over digitalisering enzovoort. De overheid zal een beheersovereenkomst afsluiten met dat instituut. Het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders bevat nog voldoende juridische aanknopingspunten om met de oproep niet te moeten wachten op goedkeuring van dit ontwerp van decreet, dat wel gebruikt zal worden om het instituut te continueren.

Het besluit van de Vlaamse Regering over de zorgraden is voorbereid, maar zal allicht pas definitief goedgekeurd worden na de verkiezingen van mei 2019. Het is wel de bedoeling dat de raden tegen het einde van 2019 hun erkenning aanvragen. Imec heeft nagegaan hoe een elektronisch zorg- en ondersteuningsplan er dient uit te zien. Voor de implementatie ervan zal er een beroep gedaan worden op EFRO-gelden. Er wordt aan alle projecten gewerkt en het is de bedoeling dat voort te zetten in de volgende regeerperiode. Op digitalisering wordt radicaal ingezet. Ook voor het RIZIV zal de communicatie tussen professionelen binnen afzienbare tijd via de digitale weg verlopen. Éénlijn.be wordt al jaren gesubsidieerd om de e-gezondheidsdiensten bekend te maken en er opleidingen over te geven. Dat wordt een onderdeel van VIVEL, evenals het Expertisecentrum Mantelzorg.

De zorgraden worden vzw's, net om duidelijk te maken dat het eigenaarschap van een en ander bij die lokale samenwerkingsverbanden ligt. VIVEL moet heel wat van de materiële besognes van die vzw's voor zijn rekening nemen, wat geregeld zal worden in een protocol. Er is voor gekozen om de raden rechtspersoonlijkheid te geven om de dynamiek alle kansen te geven, tot het opbouwen van een eigen vermogen toe. De transitie zal complex zijn. Zo moeten er medewerkers muteren. Ook dat zal VIVEL in goede banen leiden.

In grote lijnen passen de decreten die het Vlaams Parlement in deze regeerperiode goedkeurde in elkaar. De minister illustreert de praktische implicaties daarvan met enkele voorbeelden. Vooreerst loopt er tot het einde van maart 2019 nog een oproep voor projecten om proactief kwetsbare groepen te detecteren. De regie daarvan ligt bij de lokale besturen en er wordt samengewerkt met de partners van het lokaal sociaal beleid en het geïntegreerd breed onthaal. Gemeenten worden gestimuleerd samen te werken maar enkel met andere gemeenten in hun eerstelijnszone. Doel is die zone ook te laten gelden voor het geïntegreerd breed onthaal. In Melle liep een project voor lokale dataverzameling over de gezondheid van de populatie, dat vergelijkingen met Vlaamse en federale cijfers mogelijk maakt. Ondertussen wordt dat meetinstrument tegen een schappelijke prijs ter beschikking gesteld van andere lokale overheden. Gemeenten mogen daarvoor samenwerken, maar opnieuw enkel met gemeenten die tot dezelfde eerstelijnszone horen. Gemeenten kunnen ook intekenen op Beweging op Verwijzing, eventueel samen met andere gemeenten in hun zone.

De minister komt geregeld in contact met organisaties voor personen met een beperking of in de jeugdhulp, die hun rechtstreeks toegankelijke hulp willen organiseren op niveau van de eerstelijnszone. Niets houdt die goede ontwikkelingen tegen. Als hij dat allemaal in het ontwerp van decreet had moeten regelen, was hij er allicht niet meer toe gekomen in deze regeerperiode. Dit systeem waarbij welzijn, lokale actoren en zorg samen aan het stuur zitten, is voldoende open om lokale ontwikkelingen maximale kansen te geven.

De eerste eerstelijnszones hebben in afwachting van dit ontwerp van decreet al een projectfinanciering gekregen met daaraan gekoppeld opdrachten en verwachtingen. Daarmee zijn uiteraard niet alle vragen van praktische aard opgelost. Over een en ander zijn er al richtlijnen, zo heeft de minister al wat instructies gegeven over zitpenningen. Digitale hulpmiddelen moeten ervoor zorgen dat die niet te veel administratie vergen. Wat groeit in de praktijk zal zo nodig via VIVEL en de Vlaamse Regering gestandaardiseerd worden.

Omdat verschillende sectoren al regionale werkingen hebben, waar de klinische netwerken van de ziekenhuizen nog bij komen, kunnen de regionale zones niet zo maar van onderuit groeien. De minister zal nog initiatieven nemen om die zones uniformer te maken, in eerste instantie voor de Vlaamse geestelijke gezondheid en de artikel 107-projecten, maar in tweede instantie ook voor



aspecten als dementie of palliatieve zorg. Zo zullen de regionale zorgstrategische plannen van de ziekenhuizen pas gevalideerd worden als er voldoende afstemming is met de eerste lijn, de revalidatie en de geestelijke gezondheidszorg. De regionale afbakeningen worden zoveel mogelijk gelijkgesteld, maar dat lukt allicht niet vanaf de eerste dag.

Geen enkel zorgberoep heeft gegarandeerd zitting in de regionale zorggraad. De zorggraad is immers samengesteld uit vertegenwoordigers van de eerstelijnszones en partners die al actief zijn op dat regionale niveau. Iedereen er zitting in laten hebben, zou het onwerkbaar maken. In VIVEL zijn ze echter allemaal vertegenwoordigd, en met de VVSG ook de lokale overheden. Om geen bevoegdheidsdebat in gang te zetten, heeft Vlaanderen zich in dit ontwerp van decreet, net als in het ontwerp van decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod (*Parl.St.* VI.Parl. 2018-19, nr. 1840/1), terughoudend opgesteld in de relatie met de ziekenhuizen: ze mogen maar moeten niet deelnemen. Uiteraard is het de bedoeling hen wel degelijk bij dat regionale niveau te betrekken.

In de regio Genk liep er een experiment om huisartsenkringen in de eerstelijnszone te laten samenwerken. Toen werd ook de vraag gesteld of hetzelfde mogelijk was voor de geestelijke gezondheidszorg. De moeilijkheid daarbij is dat er onvoldoende dienstverleners zijn op die eerste lijn. Het is nochtans de bedoeling om psychologenkringen net als andere kringwerkingen te capteren in de zorggraad. Het is conceptueel geregeld maar vooralsnog een rariteit. De minister merkt dat ondertussen vele zorgverleners eraan denken zich te organiseren in kringen per eerstelijnszone.

Er is wel degelijk een plan. Veel projecten zijn al vergevorderd. VIVEL zal nog deze regeerperiode in de steigers staan. Uiteraard zal daar financiering aan gekoppeld worden. In de begroting 2019 zijn er al financiële regelingen getroffen voor éénlijn.be, de mantelzorg, VIVEL of het multidisciplinair overleg. De structuren zullen er zijn. Het is aan de volgende Vlaamse Regering om die financiële keuzes te maken die de eerste lijn nodig heeft. Voor die sectoren die onder de Vlaamse bevoegdheid vallen en tot de Vlaamse sociale bescherming behoren, zal de volgende Vlaamse Regering aan de hand van een behoefteschatting een groeipad opstellen. Bepaalde sectoren zoals de gezinszorg en de residentiële ouderenzorg zijn de afgelopen periode al gegroeid. Er is echter een breder kader nodig. Nu de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin geïnstalleerd is, verwacht de minister dat die de Vlaamse overheid daarover van advies zal dienen.

Een werkgroep buigt zich over de zorgcapaciteit. Impulso is overgeheveld door de federale overheid. Met de aanbevelingen uit de evaluatie van het ondersteunen van (multidisciplinaire) eerstelijnspraktijken zal rekening worden gehouden in het hervormingstraject. De werkgroep heeft bijvoorbeeld al nieuwe criteria geformuleerd voor de prioritaire zones. Voorts wordt bekeken of er ook VIPA-financiering kan komen voor eerstelijnspraktijken. De visietekst van de werkgroep zal naar verwachting klaar zijn voor de zomer van 2019. Die kan in het najaar worden vertaald in een besluit van de Vlaamse Regering.

*Jan Bertels* vraagt of hij goed begrepen heeft dat de eerstelijnszones ook een eigen vermogen kunnen opbouwen. Wat bedoelt de minister daar precies mee. Kunnen er ook VIPA-subsidies gaan naar de zones?

Minister *Jo Vandeurzen* heeft geleerd dat samenwerken een collectief belang vereist. Het is een mooie droom om in elke zone gemeenschappelijke vergaderinfrastructuur of een lokaal voor een huisartsenwachtpost te hebben. Een beperkt eigen vermogen, onder meer ingebracht door de lokale besturen, kan dan een

troef zijn. De meningen over VIPA-middelen zijn verdeeld, maar de minister ziet persoonlijk weinig redenen om de VIPA-financiering enkel voor wijkgezondheidscentra en niet voor andere duurzame samenwerkingen in kwetsbare buurten in te zetten.

*Elke Van den Brandt* vindt dat, als de Vlaamse en federale overheid hun deel van de taken doen, de eerstelijnszones moeten kunnen afgerekend en beloond worden voor het behalen van resultaten. Ook dat zorgt voor eigenaarschap. Ze pleit er met W13 voor om de rechtsvorm lokaal te laten bepalen om zo een tsunami van vzw's te vermijden. Het is goed dat ook andere domeinen zich beginnen te organiseren volgens de structuur van de eerstelijnszones, maar ze verwacht dat de overheid sturend optreedt, waarmee ze niet bedoelt dat er één decreet komt maar wel dat het bijvoorbeeld een vereiste is bij projectoproepen. Als het in bepaalde regio's moeizaam loopt, dient de Vlaamse overheid in te grijpen. Idealiter gaat Vlaanderen voor stads- en streekgewesten voor alle bevoegdheden, niet alleen Welzijn. Ze informeert of de minister de deelname van de ziekenhuizen aan de eerstelijnszones ook zal stimuleren via de erkenningsvoorwaarden. Doorgaans wordt er in een ontwerp van decreet een evaluatie aangekondigd. Waarom is dat in dit ontwerp van decreet niet het geval?

Minister *Jo Vandeurzen* acht het evident dat de zaak na een tijdje geëvalueerd wordt. De gezondheidsconferenties om de vier tot vijf jaar zijn daar ideaal voor. In het besluit van de Vlaamse Regering over de eerstelijnszorgzones zullen financieringsvoorwaarden omschreven worden. Daarvoor wordt gewerkt met parameters, onder meer het armoederisico. W13 kan niet zo maar de zorggraad vervangen omdat die vzw enkel lokale besturen en niet de andere partners omvat. Dat neemt niet weg dat kan worden nagegaan wat wel mogelijk is binnen de decretale contouren. Het is bijvoorbeeld de bedoeling om het Brusselse Huis voor Gezondheid als vzw van de zorgzone te laten fungeren.

De minister hoopt dat de volgende Vlaamse Regering sturend zal optreden. Veel hangt af van VIVEL. De overheid heeft met het Zorgregiodecreet van 23 mei 2003 al geprobeerd een indeling op te leggen, maar dat heeft niet veel teweeggebracht. Thans zijn de stakeholders wel enthousiast om af te stemmen op de regio-indeling. Op een bepaald moment zal dat tot de standaardpraktijk horen. Uiteraard leeft de hoop dat ook de RIZIV-stakeholders voor dezelfde indeling kiezen. Het gaat namelijk om 2,1 miljard euro Vlaamse middelen, maar 4,1 miljard euro zijn middelen die via de federale ziekteverzekering naar de prestaties gaan van de actoren in de eerste lijn.

Hij raadt de lezing aan van het groenboek met adviezen over toekomstige subsidie- en erkenningsnormen van ziekenhuizen. Het klopt dat ziekenhuizen moeten afstemmen op de zorgverlening buiten hun muren. Dat blijft een boeiend maar ingewikkeld debat wegens de vele stakeholders en de grote belangen.

### **III. Artikelsgewijze bespreking en stemming**

Artikel 1 tot 34

De artikelen 1 tot 34 worden zonder opmerkingen met 11 stemmen bij 1 onthouding aangenomen.

#### **IV. Stemming over het geheel**

Het ontwerp van decreet wordt met 11 stemmen bij 1 onthouding aangenomen.

*Elke Van den Brandt* vindt het ontwerp van decreet positief. In de plenaire stemming zal één lid van haar fractie zich onthouden, zoals zij dat ook bij de stemming in de commissie doet. Groen ziet immers nog wel wat werkpunten. Daarbij komt dat de meerderheid mogelijks al inzicht heeft in de uitvoeringsbesluiten, maar voor Groen en het terrein blijft er heel wat onduidelijk. Met haar onthouding wil ze vooral duidelijk maken dat er met sturing en participatie verdere stappen nodig zijn.

Bert MOYAERS,  
voorzitter

Cindy FRANSSEN  
Elke SLEURS,  
verslaggevers

**Gebruikte afkortingen**

CLB	centrum voor leerlingenbegeleiding
EFRO	Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling
GDT	geïntegreerde dienst voor thuisverzorging
imec	onafhankelijk Europees onderzoekscentrum op het gebied van micro-elektronica, nanotechnologie, ontwerpmethodes en technologieën voor ICT-systemen
Impulseo	een pakket maatregelen om de vestiging van huisartsen aan te moedigen
LMN	lokaal multidisciplinair netwerk
Logo	loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie (verkorte naam = lokaal gezondheidsoverleg)
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SAR WGG	Strategische Adviesraad voor het Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid
SEL	samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg
VIPA	Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden
VIVEL	Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn
VVSG	Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten
WHO	World Health Organization
W13	vereniging van de 14 OCMW's en het CAW van Zuid-West-Vlaanderen