

Multidisciplinaire praktijkvormen en zorgcapaciteit ondersteunen

ONTWERPTEKST – CONCEPTEN VOORGESTELD DOOR DE
WERKGROEP

////////////////////////////////////

Auteur	E-mail	Telefoon	Datum
Thomas Boeckx	thomas.boeckx@zorg-en-gezondheid.be	02 553 35 58	24.05.2019

Onderwerp

Multidisciplinaire praktijkvormen en zorgcapaciteit ondersteunen - concepten voorgesteld door de werkgroep

////////////////////////////////////

Inhoudsopgave

1	Context	3
2	Doelstelling van de projectgroep	3
2.1	Beleidsvisietekst	3
2.2	Projectgroep	5
2.2.1	<i>Uitwerken van een nieuwe ondersteuning voor multidisciplinaire eerstelijns samenwerkingsverbanden in prioritaire zones.</i>	5
2.2.2	<i>Analysestrategie ontwikkelen om de evolutie van het aantal multidisciplinaire samenwerkingsverbanden te monitoren en af te bakenen in prioritaire zones</i>	5
2.2.3	<i>Ondersteunen van kwaliteitsvolle zorg en verhoging van de zorgcapaciteit</i>	6
2.2.4	<i>Ondersteunen van het aanbod van Nederlandkundige zorgverleners in Brussel</i>	6
3	Stapsgewijze aanpak	6
4	Huidige regelgeving 'impulsfonds'	6
4.1	Beschrijving van de bestaande financiële impulsen.	6
4.2	Gebruik van de huidige financiële impulsen	7
4.2.1	<i>Huidige budgettaire weerslag</i>	7
5	Aanbeveling geformuleerd vanuit de werkgroep	8
6	Prioritaire zones – verfijning van het berekeningsmodel	9
6.1	Verfijnen parameters prioritaire zones	9
6.2	Zorgzwaarte: kwetsbaarheid en multimorbiditeit samenbrengen in één model	10
6.3	Berekening van de prioritaire zones	11
6.3.1	<i>Samenvattend</i>	11
6.3.2	<i>Verlaten van de normpraktijk</i>	11
6.3.3	<i>Prioritaire zone – geografische afbakening</i>	12
6.3.4	<i>Detailberekening van de prioritaire zones</i>	13
6.3.5	<i>Duurtijd dat een gebied als prioritaire zone in aanmerking komt</i>	13
6.3.6	<i>Sociale kaart als planningsinstrument</i>	13
6.3.7	<i>Actieve huisarts</i>	13
6.3.8	<i>Uitstapmogelijkheid</i>	13
6.3.9	<i>Globale evaluatie van het berekeningsmodel en de geografische afbakening</i>	14
6.4	Simulatiemodel	14
7	Multidisciplinaire praktijkvormen en zorgcapaciteit ondersteunen en inzetten op kwaliteitsvolle samenwerking	14
7.1	Samenwerking bevorderen door ondersteuning aan te bieden	14
7.1.1	<i>Renteloze lening</i>	14

////////////////////////////////////

1 Context

De voorliggende ontwerptekst werd gerealiseerd in de periode van maart 2018 tot juni 2019, rekening houdend met de beleidsambities van de toenmalige Vlaamse regering. Deze tekst in deze context te worden gelezen.

2 Doelstelling van de projectgroep

2.1 BELEIDSVISIETEKST

De beleidsvisietekst “een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn”, wil geïntegreerde zorg in het Vlaamse zorglandschap voor toekomstige generaties uitbouwen. De ondersteuning van de eerstelijnspraktijkvormen is een belangrijke randvoorwaarde voor deze nieuwe eerstelijnszorg.

In de toekomstige eerstelijnspraktijk werken alle actoren samen om geïntegreerde zorg op maat af te stemmen voor elke burger in Vlaanderen. De tendens om intens samen te werken rond individuele zorg is reeds ingezet. Jonge zorgaanbieders kiezen steeds minder voor een solo-praktijk en vinden elkaar in multidisciplinaire praktijken waar de zorg voor een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag centraal staat.

De Vlaamse overheid ondersteunt deze evolutie door de ontwikkeling van de eerstelijnszones, regionale zorgplatformen en het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn. Rondom de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag werkt een proactief, goed voorbereid zorgteam. In complexe zorgsituaties kan dit team de hulp inroepen van een casemanager.

In de voorlopige zorgraden ligt de focus o.a. op samenwerken en het creëren van betrokkenheid tussen de verschillende zorgaanbieders. Vlaanderen investeerde reeds in deze samenwerking via een opdracht om modellen voor geïntegreerde praktijkvoering bij zelfstandig zorgverstrekkers uit te werken enerzijds en anderzijds in een opleidingspakket om de betrokkenheid van de zelfstandige zorgaanbieder bij de zorgraad te verhogen.

Het stimuleren van samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders in verschillende praktijkvormen is complex. Mensen, middelen en infrastructuur moeten op elkaar worden afgestemd om integrale zorg aan te bieden op maat van de individuele persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en die actief te betrekken bij deze zorg.

De Vlaamse overheid ondersteunt reeds de individuele zorgaanbieder, met name de huisarts, via het impulsfonds. Deze middelen werden overgedragen met de zesde staatshervorming.

De aangeboden ondersteuning via dit fonds bestaat uit:

1. Een tussenkomst voor de installatie van huisartsen:
 - a. Een renteloze lening
 - b. Een vestigingspremie in prioritaire zones¹
2. Tegemoetkoming voor de loonkost van een bediende die belast is met het onthaal en het praktijkbeheer in een huisartsenpraktijk. Deze tegemoetkoming is beschikbaar voor individuele huisartsen en voor huisartsen die deel uitmaken van een groepering.

¹ Een prioritaire zone is een gebied met ofwel minder dan 90 huisartsen per 100.000 inwoners ofwel minder 125 inwoners per km² en minder dan 120 huisartsen per 100.000 inwoners.



- worden vormingen aangeboden in functie van de behoeften van de doelgroep zoals bv. zorgmanagement en zou op termijn indien wenselijk ook vormingen over multidisciplinaire samenwerking kunnen tot stand komen.”

geformuleerd in de beleidsvisietekst is opgenomen in de uiteindelijke doelstellingen van deze projectgroep.

2.2 PROJECTGROEP

Om deze context van zich wijzigende praktijkvoering en aanbevelingen i.v.m. het impulsfonds om te zetten in concrete beleidsmaatregelen werd de projectgroep 'multidisciplinaire praktijkvormen en zorgcapaciteit ondersteunen' opgericht.

Hoewel de naam van de werkgroep multidisciplinariteit onderstreept, is de werkgroep van mening dat het de ambitie moet zijn om te evolueren naar interprofessionele samenwerking, waarbij alle zorgactoren gedeeld verantwoordelijk zijn voor het totale zorgproces. Het is in deze context dat de lezer de woorden 'multidisciplinair' en 'interdisciplinair' moet begrijpen.

Met de hervorming van de eerste lijn wil Vlaanderen via deze projectgroep de voorgenoemde aandachtspunten uitwerken in regelgeving.

De projectgroep heeft vier belangrijke doelstellingen.

2.2.1 Uitwerken van een nieuwe ondersteuning voor multidisciplinaire eerstelijns samenwerkingsverbanden in prioritaire zones.

- Gebaseerd op de aanbevelingen uit de “evaluatie impulsbeleid”
- Bestaande instrumenten en incentives (VIPA-ondersteuning en impulspremie) harmoniseren
- Ondersteuning is gekoppeld aan sociodemografische gegevens en aan de graad van multidisciplinariteit

2.2.2 Analysestrategie ontwikkelen om de evolutie van het aantal multidisciplinaire samenwerkingsverbanden te monitoren en af te bakenen in prioritaire zones

- Ontwikkelen van een set parameters om een prioritaire zone af te bakenen

- Ontwikkelen van een set parameters om de graad van multidisciplinariteit te inventariseren (door het project sociale kaart)

2.2.3 Ondersteunen van kwaliteitsvolle zorg en verhoging van de zorgcapaciteit

- Stimuleren van multidisciplinaire samenwerkingsvormen
- Stimuleren van begeisterende stageplaatsen in multidisciplinaire samenwerkingsvormen
- Subsidiariteit en het effect van subsidiariteit op de kwaliteit van zorg stimuleren (i.s.m. project basisopleiding en permanente opleiding)
- Stimuleren van competentieontwikkeling voor zorgverstrekkers om andere professionele rollen op te nemen (i.s.m. project basisopleiding en permanente opleiding)

2.2.4 Ondersteunen van het aanbod van Nederlandskundige zorgverleners in Brussel

- Aandacht voor de specifieke Brusselse context

3 Stapsgewijze aanpak

Bovenstaande strategische doelstellingen vertalen zich naar een concreet stappenplan.

- Voortraject: verkennende gesprekken
- Stap 1: Prioritaire zones - het bepalen van criteria voor prioritaire zones m.b.t. het impulsfonds
- Stap 2: Multidisciplinaire praktijkvormen - wat verstaat de projectgroep onder een multidisciplinaire praktijkvorm
- Stap 3: VIPA - hoe kunnen de VIPA-subsidies m.b.t. wijkgezondheidscentra worden uitgebreid naar ander multidisciplinaire praktijkvormen, indien er budgettaire ruimte is.
- Stap 4: Zorgcapaciteit - welk zijn de maatregelen die de projectgroep voorstelt om de zorgcapaciteit te stimuleren in de eerste lijn
- Stap 5: Brussel - inventariseren van specifieke maatregelen om Nederlandstalige zorgaanbieders in Brussel te ondersteunen

4 Huidige regelgeving ‘impulsfonds’

4.1 BESCHRIJVING VAN DE BESTAANDE FINANCIËLE IMPULSEN.

De huidige regelgeving van het impulsfonds⁴ bevat 3 ondersteuningsmaatregelen.

1. Tussenkomen in de installatie van huisartsen
 - a. Een renteloze lening van € 15.000,00 voor een eerste installatie
 - b. Een vestigingspremie van € 20.000,00 wanneer een huisarts voor een nieuwe installatie in een huisartsenarm gebied (prioritaire zone).
2. Tegemoetkoming voor de loonkosten voor een onthaalbediende ten bedrage van 6.047,00⁵ euro.
3. Tegemoetkoming voor kosten voor diensten telesecretariaat: 3.474,00⁶ euro.

⁴ Koninklijk Besluit dd. 23/03/2012 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkinsregels ervan.

⁵ Niet geïndexeerd bedrag.

⁶ Niet geïndexeerd bedrag.

De huidige regelgeving vindt zijn oorsprong in de federale wetgeving. Na de zesde staatshervorming werd het impulsfonds een Vlaamse bevoegdheid. De primaire doelstellingen van de middelen binnen dit impulsfonds zijn om de instroom in huisartsenberoep te stimuleren door huisartsenberoep aantrekkelijker te maken en de vestiging in huisartsenarme gebieden te stimuleren. In deze optiek is binnen het huidige impulsfonds de individuele huisarts de begunstigde van deze ondersteuning. Ook in het toekomstige regelgeving zal de huisarts de begunstigde blijven.

Het is evenwel de opdracht voor de werkgroep om een regelgevend kader te creëren waardoor deze middelen door de individuele huisarts worden gebruikt om volgende doelstellingen te bereiken:

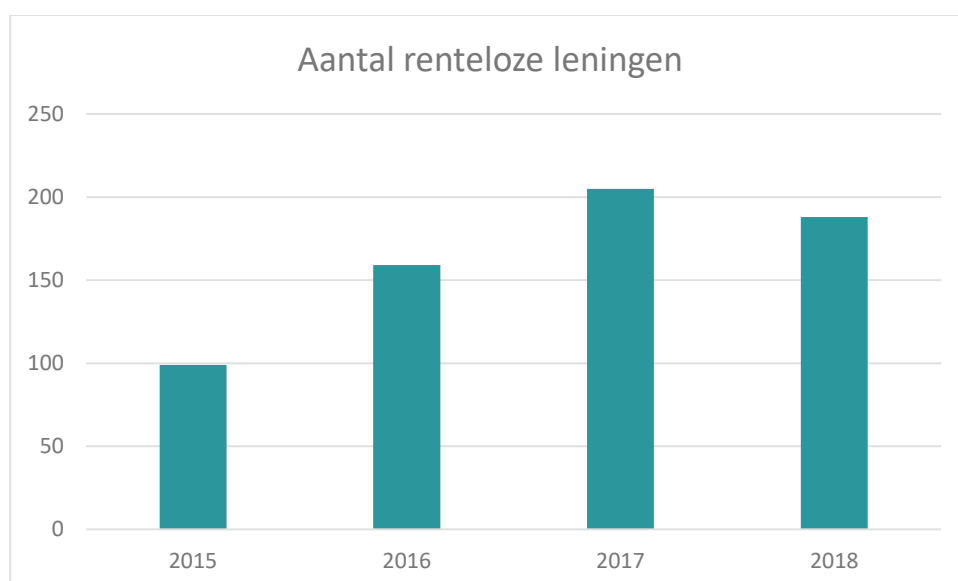
- 1° De vestiging van huisartsen in huisartsenarme gebieden met een kwetsbare populatie bevorderen
- 2° Multidisciplinaire samenwerking ondersteunen en uitbouwen
- 3° Het ondersteunen van de zorgcapaciteit

4.2 GEBRUIK VAN DE HUIDIGE FINANCIËLE IMPULSEN

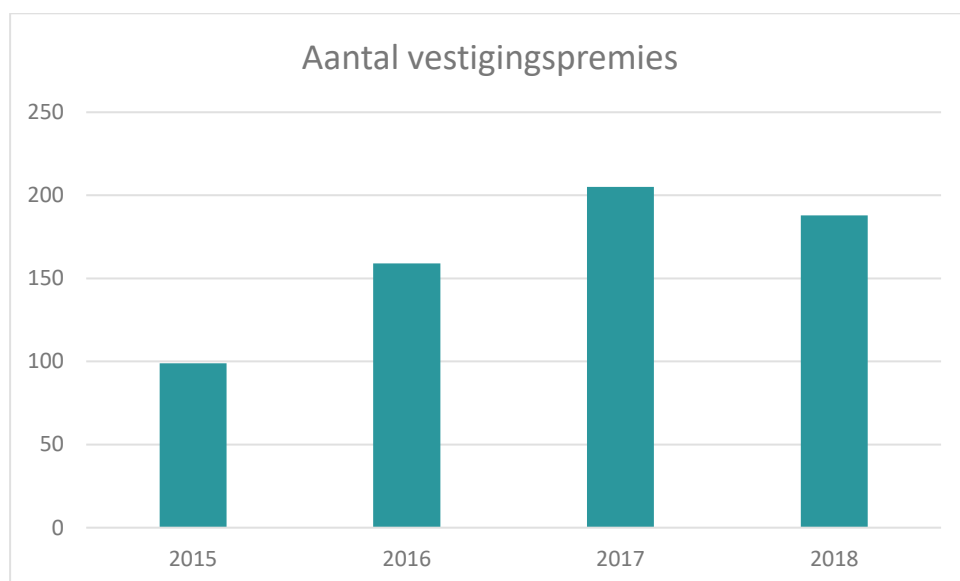
4.2.1 Huidige budgettaire weerslag

	2018
Renteloze lening	3 565 000,00
Impulsfonds (totaal)	18 893 000,00
Werking (PMV)	250 000,00
Totaal	22 747 000,00

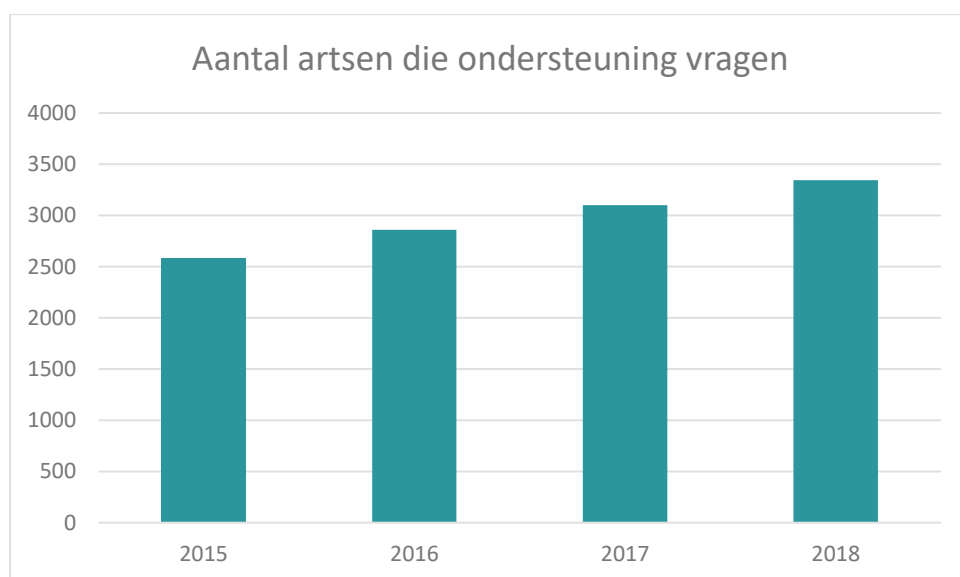
4.2.1.1 Aantal toegekende renteloze leningen per jaar



4.2.1.2 Aantal toegekende vestigingspremies



4.2.1.3 Aantal artsen die ondersteuning aanvragen



5 Aanbeveling geformuleerd vanuit de werkgroep

Onderstaande lijst formuleert de belangrijkste aanbevelingen.

- > De nieuwe vestigingspremie wordt samengesteld uit de combinatie van een vast bedrag en een variabel bedrag. Het variabel gedeelte is afhankelijk van de zorgzwaarte in de prioritaire zone.

- > Er is behoefte aan begeleiding en coaching van de samenwerkingsverbanden tussen de verschillende zorgaanbieders. Deze behoefte varieert naar inhoud, afhankelijk van het samenwerkingsverband.
 - > Heroriëntatie van middelen in een infrastructuurondersteuning hetzij via een huursubsidie, hetzij via de renteloze lening. De heroriëntatie van deze middelen is afhankelijk van de intensiteit van samenwerking.
 - > Samenwerking faciliteren door de loonsubsidie open te stellen voor verschillende disciplines.
 - > Ondersteuning van een samenwerkingsverband afhankelijk maken van de kwaliteitsbevorderende initiatieven opgenomen door dit samenwerkingsverband. Deze kwaliteitsbevorderende initiatieven hebben betrekking op zowel de externe als de interne werking van het samenwerkingsverband als afhandeling van zorgprocessen en klantgerichtheid van de samenwerking.
 - > De huidige VIPA subsidiering toegankelijker maken: mogelijke opties zijn het herdefiniëren van de samenwerkingsvorm (bediende of ad hoc contract), de verplichte rechtspersoon om in aanmerking te komen voor VIPA-middelen herbekijken daar dit afremmend werkt en het verplicht aantal patiënten herbekijken.
- De VIPA regelgeving afhankelijk maken van de zorgzwaarte.

6.1 VERFIJNEN PARAMETERS PRIORITAIRE ZONES

Het verdient de aanbeveling om onderstaande parameters met betrekking tot het bepalen van de prioritaire zones zo goed mogelijk af te stemmen op de parameters die de zorgzwaarte in de eerstelijnszone definiëren.

1. Demografische indicatoren
 - a. Bevolkingsaantal en bevolkingsdichtheid
 - b. Leeftijdsstructuur
2. Socio-economisch indicatoren
 - a. Rechthebbenden op verhoogde tegemoetkoming + omnio
 - b. Kansarmoede en sociaal zwakkere wijken
 - c. Kwetsbare personen
3. Indicatoren m.b.t. gezondheidskenmerken van de populatie
 - a. Aandeel chronisch zieken
 - b. Mentale gezondheid
4. Indicatoren die organisatorische kenmerken van de medische zorg omvatten
 - a. Aantal huisartsen en leeftijdspiramide huisartsen
 - b. Aanbod
 - i. Binnen de eerste lijn zelf
 - ii. Aanbod van de tweede lijn
 - c. Wachtdienstorganisatie van de eerste lijn
 - i. Aanwezigheid wachtpost

Op dit moment ontbreekt voor de categorie 'organisatorische kenmerken' een actueel kadaster van zorgaanbieders.

Het project sociale kaart biedt de mogelijkheid om een correcte rapportage van het aantal zorgaanbieders op te zetten. In de projectgroep is er een consensus om de rapportage van de organisatorische kenmerken van de gemeenten/wijken door het terrein zelf te laten uitvoeren. In een eerste instantie beperkt de rapportage zich tot het aantal huisartsen en de wachtdienstorganisatie.

In een tweede tijd kan eventueel overwogen worden om rekening te houden met het aantal daadwerkelijk VTE's werkzaam als huisartsen. De definitie van één voltijds huisartsenequivalent is hierbij een uitdaging.

In eerste instantie zal de rapportage gebeuren door de huisartsenkringen, nadien kan de rapportage via de sociale kaart verlopen.

De demografische, socio-economische indicatoren en de indicatoren met betrekking tot de gezondheidskenmerken komen in grote mate overeen met de indicatoren die gebruikt worden om de zorgzwaarte te bepalen in de eerstelijnszones om de financiering van de zorgraden te bepalen⁷.

Verschillende van de voorgestelde indicatoren zijn slechts deels of zelfs niet ter beschikking. (bv. aanbod zorg, actueel kadaster, etc). Om daadwerkelijk de capaciteit goed te kunnen plannen, adviseert de werkgroep aan de Vlaamse Overheid om deze parameters minimaal te ontsluiten op gemeentelijk niveau, idealiter op niveau van de wijk.

6.2 ZORGZWAARTE: KWETSBAARHEID EN MULTIMORBIDITEIT SAMENBRENGEN IN ÉÉN MODEL

Kwetsbare en oudere mensen hebben een verhoogde kans op multimorbiditeit. De indicatoren die deze kwetsbaarheid bepalen worden gecombineerd met enkele andere indicatoren die voorspellend zijn voor multimorbiditeit.

Onderstaande set indicatoren is een goede manier om de zorgzwaarte in kaart te brengen. Deze set van indicatoren werd ter advies voorgelegd aan Statistiek Vlaanderen en het Intermutualistisch Agentschap. De basis van deze set afkomstig is van uit de programmawet CAW⁸, hierdoor is er voldoende afstemming met de welzijnssector. Met deze set wordt zowel de welzijnscomponent als de medische component samen in kaart gebracht.

1. het aantal inwoners met verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering ten opzichte van het totale aantal inwoners.
2. Het aantal alleenstaande ouders ten opzichte van het totale aantal huishoudens.
3. de kansarmoede-index van Kind en Gezin.
4. Aandeel personen (0-59 jaar) in een gezin met zeer lage werkintensiteit.
5. het aantal inwoners van buitenlandse niet-EU-herkomst ten opzichte van het totale aantal inwoners.
6. het aantal kredietnemers met minstens één uitstaand achterstallig contract ten opzichte van het totale aantal inwoners van achttien jaar of ouder.
7. het aantal geplaatste en ingeschakelde budgetmeters ten opzichte van het aantal huishoudelijke elektriciteitsafnemers die aangesloten zijn op het distributienet.

⁷ Besluit van de Vlaamse Regering van 17 mei 2019 tot erkenning en subsidiëring van de zorgraden en houdende inwerkingtreding van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

⁸ Ministerieel besluit van 23 december 2016 houdende de programmatie van de centra van algemeen welzijnswerk.



8. Verhouding van het aantal alleenstaande inwoners van 75 jaar of ouder ten opzichte van het totale aantal inwoners
9. Statuut chronische aandoening

Twee extra parameters worden specifiek opgenomen i.v.m. de context van de prioritaire zones.

1. Aanwezigheid van een wachtpost
2. Het aantal huisartsen⁹

De indicatoren voorgesteld door de projectgroep in de categorie 'socio-economisch' en de categorie 'gezondheidskenmerken' zit volledig vervat in bovenstaande lijst indicatoren. De categorie 'demografie' wordt opgenomen door de verhouding van het aantal alleenstaande inwoners van 75 jaar of ouder ten opzichte van het totale aantal inwoners mee te nemen in het model.

De organisatorische kenmerken worden deels gecapteerd door het al dan niet aanwezig zijn van een wachtpost mee in kaart te brengen.

Het ruime zorgaanbod (eerste- en tweedelijnszorg) inventariseren is een opdracht voor de sociale kaart. Op dit moment ontbreken accurate gegevens over dit zorgaanbod en kan dus bijgevolg niet worden opgenomen in de berekening.

Door het afstemmen van de indicatoren in drie verschillende regelgevende initiatieven: berekening van de prioritaire zones, de programmawet van de CAW's en de financiering van de zorgraden werkt de Vlaamse overheid aan een uniforme en coherente regelgeving.

6.3 BEREKENING VAN DE PRIORITAIRE ZONES

6.3.1 Samenvattend

De indicatoren worden per prioritaire zone gecombineerd tot een risicofactor. Aan de hand van deze risicofactor wordt een gewogen bevolkingsaantal berekend. Op basis van het totaal gewogen bevolkingsaantal wordt een relatief gemiddelde aantal huisartsen berekend. Dit relatief gemiddeld aantal huisartsen vormt de basis om te bepalen of er een relatief huisartsentekort is in een bepaald geografisch afgebakend gebied.

6.3.2 Verlaten van de normpraktijk

Het berekeningsmodel verlaat de piste om een normpraktijk (90 huisartsen per 100.000 inwoners) te bepalen.

Het vaststellen van deze normpraktijk voor de huisarts op basis van het gewogen aantal inwoners is in de Vlaamse context quasi onmogelijk: in de prestatie gebonden financiering is het bepalen van één voltijds huisartsenequivalent een moeilijk proces. Praktijkpopulatie, praktijkorganisatie, kwaliteit van werken, snelheid van werken, uitstroom vanuit het onderwijs enz. zijn stuk voor stuk factoren die een invloed hebben op de definitie van deze VTE.

De belangrijkste argumentatie is dat de norm van 90 huisartsen per 100.000 inwoners geen streefdoel is. De vestigingspremie impulsfonds heeft tot doel om de vestiging van huisartsen in huisartsenarme zones met een kwetsbare populatie te bevorderen door het aantal huisartsen te verhogen en samenwerking te stimuleren.

⁹ Het aantal wachtdoende huisartsen wordt niet in rekening gebracht, immers huisartsenkringen die collega's stimuleren om te blijven participeren aan de wachtdienst (bijvoorbeeld in een uitbolsenario) worden hierdoor benadeeld bij het bepalen van de prioritaire zone.



Dit gemiddelde wordt als streefdoel gezien om naar toe te groeien. De vestigingspremie bevordert op die manier de vestiging van huisartsen in extreem huisartsenarme regio met een kwetsbare populatie en heeft tot doel om in deze regio's een gemiddeld aantal huisartsen te laten vestigen zodat de relatieve achterstand in deze regio's uiteindelijk wordt ingelopen.

Er wordt gekozen voor een groeitraject voor deze geografische afbakening. Idealiter gebeurt deze afbakening van een prioritaire zone best via de Zorgraad van de eerstelijnszone i.f.v. de zorgstrategische planning. Alle relevante actoren worden via de Zorgraad mee betrokken in dit beslissingsproces. Hierbij is het immers belangrijk dat alle elementen (bv. zorgaanbod, beschikbaar vastgoed, zorgzwaarte, etc. ...) mee in rekening worden gebracht.

1. In een eerste fase gebeurt de geografische afbakening van de prioritaire zones in Vlaanderen op het gemeentelijk niveau. Enkel voor de grootsteden Antwerpen en Gent zal de geografische grens van de prioritaire zone zich situeren op het wijkniveau. Hierdoor kan er in deze twee grootsteden gericht worden ingezet op extreem huisartsenarme gebieden.
2. In een tweede stap word de zorgraad van de betrokken grootsteden betrokken bij de geografische afbakening om de prioritaire zones om deze af te stemmen op de zorgstrategische planning binnen de betrokken eerstelijnszone.
In de grootsteden Anwerpen en Gent wordt hiervoor een pilootproject opgestart. Als pilootproject wordt de desbetreffende lijst van prioritaire wijken ter discussie voorgelegd aan de betrokken zorgraden. Het is de zorgraad die samen met de lokale huisartsenkringen een finale lijst van prioritaire zones voorstelt aan de bevoegde minister via het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
Het succes van dit project wordt afgemeten aan de hand van de beslissingsmaturiteit van de betrokken actoren om in functie van de zorgzwaarte, het initieel voorgestelde aantal prioritaire zones en de budgettaire impact in het finale voorstel het aantal prioritaire zones te herverdelen, verenigen of te verruimen.
3. In een derde stap kunnen de andere centrumsteden i.s.m. met de zorgraden een voorstel doen om hun regio op te delen in wijken. Immers, in de stedelijke context verdient het de aanbeveling om de prioritaire zones op wijkniveau te definiëren om een betere planning van het aanbod mogelijk i.s.m. de zorgraad mogelijk te maken.
4. In een laatste stap kan geopteerd worden om deze manier van werken stapsgewijs over het Vlaamse grondgebied te implementeren.

Deze geografische afbakening ligt vast voor 6 jaar. Dit is conform de evaluatiecyclus, zoals voor voorgesteld in de globale evaluatie (punt 5.3.9.)

6.3.4 Detailberekening van de prioritaire zones

Voor de gedetailleerde uitwerking van de berekening zie bijlage 2.

6.3.5 Duurtijd dat een gebied als prioritaire zone in aanmerking komt

Het aantal gewogen inwoners per gemeente wordt om de drie jaar herberekend. De meeste recente cijfers om deze indicatoren te berekenen worden opgevraagd bij Statistiek Vlaanderen, het Intermutualistisch Agentschap en de huisartsenkringen. Bijgevolg is een gemeente/wijk voor 3 jaar al dan niet een prioritaire zone¹⁰.

Deze periode zal worden afgestemd op de berekening van de financiering van de eerstelijnszones zoals gespecificeerd in het besluit van de Vlaamse Regering tot erkenning en subsidiëring van de zorgraden en houdende inwerkingtreding van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.

6.3.6 Sociale kaart als planningsinstrument

De sociale kaart wordt het planningsinstrument om het aantal actieve huisartsen en de samenwerkingsverbanden in kaart te brengen.

6.3.7 Actieve huisarts

Als actieve huisarts wordt gedefinieerd:

1. een huisarts die effectief praktijk voert als huisarts zoals gerapporteerd door de huisartsenkring,
2. en zich onder de wettelijke pensioenleeftijd bevindt

Deze twee voorwaarden worden gecombineerd met enkele voorwaarden zoals gedefinieerd door het RIZIV om in aanmerking te komen voor het sociaal statuut en de geïntegreerde praktijkpremie.

Deze bijkomende voorwaarden zijn

1. De activiteitsdrempel¹¹ behalen, zoals bepaald door het RIZIV.
2. Maakt gebruik van de E-gezondheidsdiensten en komt in aanmerking voor de geïntegreerde praktijkpremie¹² zoals gedefinieerd door het RIZIV.

De lokale huisartsenkringen kunnen deze aantallen corrigeren als er collega's langdurig ziek zijn. De nodige bewijsmiddelen moeten ter inzage beschikbaar zijn.

6.3.8 Uitstapmogelijkheid

Een uitstapmogelijkheid om niet in aanmerking te komen als prioritaire zone wordt aangeboden aan de huisartsenkring. Een verantwoording om niet in aanmerking te komen als prioritaire zone wordt opgesteld i.s.m. de zorgraad. De argumenten hebben betrekking op capaciteit en zorgzwaarte.

¹⁰ Door deze timing wordt optimaal gesynchroniseerd met de berekening van de zorgzwaarte in de eerstelijnszones.

¹¹ Het betreft hier de 'activiteitsdrempel' en niet de 'verlaagde activiteitsdrempel' zoals gedefinieerd door het RIZIV. Op dit moment ligt de activiteitsdrempel 25.000 euro.

¹² <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/geintegreerde-praktijk/Paginas/toelichting-geintegreerde-praktijkpremie.aspx>

6.3.9 Globale evaluatie van het berekeningsmodel en de geografische afbakening

Het systeem wordt na 6 jaar¹³ geëvalueerd door een projectgroep samengesteld met leden uit het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Doel van deze evaluatie is om na te gaan of het voorliggend mathematisch en geografisch model moet worden bijgestuurd.

6.4 SIMULATIEMODEL

Voorgaand berekeningsmodel werd via een simulatie uitgewerkt. De resultaten van dit simulatiemodel (cf. bijlage simulatie prioritaire zone-gemeente) werd door de werkgroep besproken en als representatief bevonden. De werkgroep heeft dit berekeningsmodel en de bijhorende simulatie goedgekeurd.

7 Multidisciplinaire praktijkvormen en zorgcapaciteit ondersteunen en inzetten op kwaliteitsvolle samenwerking

7.1 SAMENWERKING BEVORDEREN DOOR ONDERSTEUNING AAN TE BIEDEN

Twee belangrijke principes worden naar voor geschoven om multidisciplinaire praktijkvormen te ondersteunen.

1. Ondersteuning van het samenwerkingsverband zelf
2. Initiëren van kwaliteitsdenken binnen het samenwerkingsverband

Hiervoor wordt de bestaande maatregelen van het huidige impulsfonds aangepast, uitgebreid of ingeperkt binnen de bestaande budgettaire marges.

Er wordt aanbevolen om:

1. de renteloze lening te koppelen aan multidisciplinariteit en de ondersteuning van dit samenwerkingsverband.
2. de vestigingspremie afhankelijk maken van de zorgzwaarte in een regio
3. de ondersteuning van een multidisciplinaire praktijk te koppelen aan zowel kwaliteitsvol werken als aan het uitbouwen en begeleiden van een samenwerkingsverband.
4. Te onderzoeken hoe VIPA stapsgewijs verruimd kan worden door nauwgezet te monitoren en evalueren. Als eerste maatregel wordt onderzocht of lokale besturen betrokken kunnen worden als initiatiefnemer om een VIPA-dossier op te starten.

7.1.1 Renteloze lening

7.1.1.1 Algemeen

Elke zich vestigende erkende huisarts komt hiervoor in aanmerking, ongeacht of de vestigingsplaats al dan niet een prioritaire zone is.

De renteloze lening bestaat uit:

- een basisbedrag, indien er niet wordt geïnvesteerd in samenwerking;
- een verhoogd bedrag, indien wel wordt geïnvesteerd in samenwerking.

¹³ Een zesjaarlijkse wordt voorgesteld: dit is twee keer de driejaarlijkse berekeningscyclus en volgt hiermee ook de driejaarlijkse beroepsopleiding tot huisart.



Hoogte van de premie wordt toegekend afhankelijk van het relatief tekort aan huisartsen. Binnen de grootsteden Antwerpen en Gent afzonderlijk te berekenen (cf. bijlage 2). De opdeling tussen de prioritaire zones gebeurt als volgt: 1/3 grootste tekort, 1/3 gemiddeld tekort, 1/3 laagste relatief tekort aan huisartsen.

Een minimum percentage van de toegekende premie moet worden besteed aan ondersteuning. Onder ondersteuning wordt verstaan = middelen voor advisering, coördinatie, begeleiding en ondersteuning van een multidisciplinair samenwerkingsverband, gekoppeld aan een kwaliteitsverbeterende PDCA-cyclus waardoor wordt aangetoond dat het samenwerkingsverband wordt ondersteund en deze ondersteuning de samenwerking bevordert.

Door het reserveren van deel van het budget voor deze ondersteuning zal de marktwerking worden gestimuleerd om een specifiek aanbod uit te werken voor de sector.

De vestigingspremie is éénmalig aan te vragen, wordt enkel hoofdelijk uitbetaald aan een erkende huisarts, te starten vanaf de nieuwe lichting afgestudeerde huisartsen van 2020.

Om te anticiperen op heersende tendens om zich niet direct te vestigen na het afstuderen, het flexibel kunnen plannen van een carrière en het willen vermijden van opportunistische aanvragen voor de vestigingspremie op het einde van een carrière wordt door de werkgroep een leeftijdsgrens van 45 jaar gesuggereerd om de vestigingspremie aan te vragen. De vestigingspremie heeft immers tot hoofddoelstelling om pas afgestudeerde artsen te stimuleren om zich te vestigen in huisartsenarme gebieden.

Om in aanmerking te komen voor de vestigingspremie moet men een actieve huisarts zijn, zoals gedefinieerd in punt 5.3.7. aangevuld met volgende criteria:

- 500 ingeschreven patiënten per jaar¹⁷ (GMD of forfaitair), per actieve arts berekend over de volledige praktijkpopulatie¹⁸ (gemiddeld berekend over 5 jaar te starten vanaf het aanvraagjaar)
- Gebruik makend van een elektronisch dossiersysteem, goedgekeurd door het RIZIV en het nog te ontwikkelen digitaal planningsinstrument (Digitaal Zorg en Ondersteuningsplan, kortweg DZOP).
- Jaarlijks beschikbaarheidshonoraria hebben ontvangen over een periode van 5 jaar. Te starten vanaf het aanvraagjaar.
- Van voorgaande punten kan slechts worden afgeweken bij langdurige ziekte¹⁹, gestaafd door een medisch attest arbeidsongeschiktheid.

Het premiebedrag wordt in één keer uitbetaald. Na vijf jaar worden de nodige bewijsstukken opgevraagd ter staving van het gespendeerde budget aan ondersteuning en wordt de activiteit gedurende de vestigingsperiode gecontroleerd.

7.1.2.2 Bijkomende voorwaarden

De betrokken huisarts engageert zich om gedurende vijf jaar in de prioritaire zone te vestigen en zorg te dragen en beschikbaar te zijn voor de populatie in het voorgaande welomschreven geografisch gebied.

¹⁷ In het Vlaams gewest heeft elke huisarts ongeveer 950 patiënten, waarvan 80% (760) een GMD heeft (bron: IMA). Gemiddeld consulteert een Vlaming 4.3 keer per jaar zijn huisarts (bron: gezondheidsenquête 2013 - sciensano). Met een 500 ingeschreven patiënten (GMD of forfaitpatiënten) worden dus ongeveer 2150 patiëntencontacten gerealiseerd.

¹⁸ Voor groepspraktijken worden de totale populatie van de groepspraktijk gedeeld door het aantal actieve artsen.

¹⁹ Langer dan 4 weken arbeidsongeschikt



Dit geografisch gebied wordt in overeenstemming met de lokale huisartsenkring bepaald. Hiervoor wordt een engagementverklaring tussen de huisartsenkring en betrokken huisarts afgesloten.

7.1.2.3 Effectmeting

Er wordt een effectmeting ingevoerd om deze ondersteuningsmaatregel te evalueren: indien er significant geen verschil is in vestiging van nieuwe artsen in prioritaire t.o.v. niet prioritaire zones zal er een heroriëntatie van deze middelen naar andere of nieuwe initiatieven binnen de doelstelling van deze regelgeving gebeuren. Het systeem wordt na 6 jaar geëvalueerd door het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn en Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

7.1.3 Subsidiepremie voor multidisciplinaire praktijkvorm

7.1.3.1 Algemeen

De subsidiepremie voor multidisciplinaire praktijkvormen bestaat uit twee componenten. De begunstigde huisarts kan aanspraak maken op een basisbedrag indien de multidisciplinaire eerstelijnspraktijkvorm voldoet aan een aantal voorwaarden. Indien de eerstelijnspraktijkvorm permanent investeert in kwaliteitsontwikkeling kan het basisbedrag worden verhoogd.

Het is de wens van de werkgroep dat de huidige ondersteuning voor telesecretariaat wordt gecontinueerd. De startende eerstelijnspraktijkvorm heeft immers nood aan éénvoudig ondersteuningsmechanisme dat snel te implementeren is, op maat van een groeiende organisatie.

Het is echter de finale doelstelling om multidisciplinaire samenwerking te ondersteunen, in deze optiek wordt er best geopteerd voor een degressieve premie voor de ondersteuning voor telesecretariaat.

7.1.3.2 Basisbedrag

Eén subsidiebedrag te investeren in het multidisciplinair samenwerkingsverband.

De middelen afkomstig voor deze subsidiepremie zijn afkomstig door een heroriëntatie van de middelen voor een tegemoetkoming voor de loonkosten voor een onthaalbediende en een tegemoetkoming voor kosten voor diensten telesecretariaat. Door het verfijnen van het criteria van de prioritaire zones daalt het uiteindelijke aantal prioritaire zones. De budgettaire middelen die hierdoor vrijkomen worden geïnvesteerd in de subsidiepremie voor multidisciplinaire praktijkvormen.

De actieve huisarts kan aanspraak maken op deze ondersteuning indien er een samenwerkingsverband is tussen verschillende disciplines.

Het samenwerkingsverband is op contractuele basis (bv. samenwerkingsovereenkomst, bediendestatuut), waarvan een minimum nader te definiëren aantal voltijdsequivalenten werkzaam zijn binnen de multidisciplinaire eerstelijnspraktijkvorm.

Onder disciplines wordt verstaan minstens één discipline huisartsgeneeskunde uitgeoefend door een erkende huisarts gecombineerd met;

- ofwel praktijkondersteuning (door de rol²⁰ van onthaalfunctie of de rol van manager te introduceren in de praktijkvorm);

²⁰ De term 'rol' wordt benadrukt. Het kan niet de bedoeling zijn om nieuwe beroepen en functies te creëren.



- ofwel een eerstelijnszorgaanbieder zoals gedefinieerd in het nieuwe decreet²¹ die een gezondheidsberoep uitoefent zoals gedefinieerd door de gecoördineerde wet betreffende de gezondheidsberoepen (10/05/2015) met minimum de graad van bachelor;
- ofwel een eerstelijnszorgaanbieder met de rol van brugfiguur tussen medische zorg, welzijns- en geestelijk gezondheidszorg.

De combinatie tussen de extra disciplines moet wezenlijk bijdragen tot realisatie van geïntegreerde zorg en ondersteuning²² en de realisatie van populatiegerichte zorg binnen de eerstelijnspraktijkvorm. Het aanbod is specifiek en uniek afgestemd op de populatie van de praktijk en deze disciplines dragen substantieel bij tot het verhogen van de zorgcapaciteit en de zorgkwaliteit van minstens de discipline huisartsgeneeskunde in de eerstelijnspraktijkvorm.

7.1.3.3 Voorwaarden om het basisbedrag te verhogen

Indien het samenwerkingsverband bestaat uit 3 of meer van elkaar verschillende disciplines kan de premie worden uitgebreid. De verschillende disciplines zijn een minimum aantal VTE effectief werkzaam in de praktijk.

Minimum één van deze disciplines is effectief tewerkgesteld in dienstverband met de multidisciplinaire praktijkvorm als werkgever. Voor de andere disciplines volstaat een samenwerkingsovereenkomst met taakafspraken.

Het bedrag waarmee de premie wordt uitgebreid is afhankelijk van de beschikbare budgettaire middelen.

Onder disciplines wordt verstaan minstens één discipline huisartsgeneeskunde uitgeoefend door een erkende huisarts gecombineerd met;

- ofwel praktijkondersteuning (door de rol²³ van onthaalfunctie of de rol van manager te introduceren in de praktijkvorm);
- ofwel een eerstelijnszorgaanbieder zoals gedefinieerd in het nieuwe decreet²⁴ die een gezondheidsberoep uitoefent zoals gedefinieerd door de gecoördineerde wet betreffende de gezondheidsberoepen (10/05/2015) met minimum de graad van bachelor;
- ofwel een eerstelijnszorgaanbieder met de rol van brugfiguur tussen medische zorg, welzijns- en geestelijk gezondheidszorg.

De combinatie tussen de extra disciplines moet wezenlijk bijdragen tot realisatie van geïntegreerde zorg en ondersteuning²⁵ en de realisatie van populatiegerichte zorg binnen de eerstelijnspraktijkvorm. Het aanbod is specifiek en uniek afgestemd op de populatie van de praktijk en deze disciplines dragen substantieel bij tot het verhogen van de zorgcapaciteit en de zorgkwaliteit van minstens de discipline huisartsgeneeskunde in de eerstelijnspraktijkvorm.

Tevens hanteert dit samenwerkingsverband minimum volgende principes om de kwaliteit te verhogen.

- Binnen het samenwerkingsverband is gestructureerd overleg (meestal fysiek) aanwezig. Dit overleg is zowel gericht op casusbespreking als gericht op de samenwerking. Onder

²¹ Het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders, art. 2, 3°

²² Zoals gedefinieerd in art. 2 van het decreet 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

²³ De term 'rol' wordt benadrukt. Het kan niet de bedoeling zijn om nieuwe beroepen en functies te creëren.

²⁴ Het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders, art. 2, 3°

²⁵ Zoals gedefinieerd in art. 2 van het decreet 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders



- De persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag wordt actief betrokken in de samenwerking door installatie van kwaliteit bevorderende processen. Bijvoorbeeld: bevestigingen, focusgroepen, online vragenlijst, ...)
- Het samenwerkingsverband heeft een procedure om veilig incidenten te melden, bespreekbaar te maken en om te zetten in een kwaliteit bevorderende PDCA-cyclus.
- Het samenwerkingsverband beschikt over een persoon met een coachende rol op vlak van de zorginhoudelijke samenwerking. Deze coachende rol heeft 3 doelstellingen
 - kwalitatief inhoudelijk werken initiëren, uitwerken en begeleiden (vakgerelateerde topics – bv. diabeteszorg) zowel op het niveau van de individuele zorgaanbieder als op het niveau van het samenwerkingsverband.
 - Functioneel ondersteunen en begeleiden van het samenwerkingsverband (bv. Conflicthantering /klachtenbeleid) en
 - Inhoudelijk, organisatorisch uitwerken van het samenwerkingsverband (bv. taakdelegatie, het herkennen en het erkennen van elkaars rol, coaching).
- Populatie gericht werken, met aandacht voor kwetsbare groepen, is gestructureerd aanwezig binnen het samenwerkingsverband. Preventie maakt integraal deel uit van populatiegericht werken. Concrete acties om de zorg en gezondheid van de populatie te verbeteren worden uitgewerkt, opgestart en continu geëvalueerd.
- Het samenwerkingsverband gebruikt kwaliteitsvolle, gestructureerde, digitale gegevensdeling met andere actoren.

7.1.3.4 Effectmeting

7.1.4 Infrastructuurondersteuning

- het aantal disciplines in dienstverband werkzaam in de praktijk;
- het al dan niet aanwezig zijn van forfaitair vergoedingssysteem;
- een bepaald percentage patiënten met een verhoogde tegemoetkoming.

De werkgroep accepteert dat binnen de huidige context het niet evident is om de inhoudelijke criteria van de VIPA-regelgeving te wijzigen. Desalniettemin is de werkgroep akkoord met onderstaande voorstellen.

- ### 7.1.4.3 Effectmeting

7.1.5 Overzicht van het volledige ondersteuningsaanbod d.m.v. van drie scenario's

7.1.5.1 Algemeen

7.1.5.2 Startende (solo) eerstelijnspraktijkvormen

- een renteloze lening
 - Basisbedrag. Dit is toegankelijk voor elke starter zonder engagement tot samenwerking.

- een degressieve ondersteuningspremie voor een dienst telesecretariaat
- een vestigingspremie indien vestiging in een prioritaire zone i.f.v. de zorgzwaarte van de vestigingsregio onder voorwaarde dat een deel van de premie zal geïnvesteerd worden in de uitbouw en ondersteuning van (toekomstige) samenwerkingsverbanden.
- Infrastructuur, aangeboden via de lokale besturen ondersteund door VIPA-middelen (onder voorbehoud cf. punt 7.3)

Door de degressieve ondersteuningspremie voor telesecretariaat en slechts toegankelijk maken van de vestigingspremie indien er wordt geïnvesteerd in een samenwerkingsverband wil de werkgroep een duidelijk signaal geven om te investeren in een groeipad richting interprofessionele samenwerking.

7.1.5.3 De ambitieuze startende eerstelijnspraktijkvorm, die inzet op samenwerking

Door als starter zich te engageren om samen te werken met andere eerstelijnszorgaanbieders krijgt de zorgaanbieder toegang tot extra middelen om dit samenwerkingsverband uit te bouwen of een bestaand samenwerkingsverband te ondersteunen.

- toegang tot een hoger bedrag om renteloos te lenen.
- een basisbedrag om te investeren in een multidisciplinaire samenwerkingsverband
- een vestigingspremie indien vestiging in een prioritaire zone i.f.v. de zorgzwaarte van de vestigingsregio onder voorwaarde dat een deel van de premie zal geïnvesteerd worden in de uitbouw en ondersteuning van (toekomstige) samenwerkingsverbanden.
- Infrastructuur
 - aangeboden via de lokale besturen ondersteund door VIPA-middelen of
 - zelf opgebouwd ondersteund door VIPA-middelen indien er gekozen wordt voor een VZW-structuur (onder voorbehoud cf. punt 7.3)

7.1.5.4 De groeiende eerstelijnspraktijkvorm - inzetten op kwaliteitsvol samenwerken

De groeiende eerstelijnspraktijkvorm heeft volgende ondersteuningsmechanismen ter beschikking

- extra middelen, bovenop het basisbedrag om te investeren in een multidisciplinaire samenwerkingsverband indien wordt ingezet op kwaliteit en ondersteuning van het samenwerkingsverband.
- infrastructuur
 - aangeboden via de lokale besturen ondersteund door VIPA-middelen of
 - zelf opgebouwd ondersteund door VIPA-middelen indien er gekozen wordt voor een VZW-structuur (onder voorbehoud cf. punt 7.3)

8 Externe adviezen

8.1 ZORGAMBASSADEUR

Deze ontwerptekst werd ter advies voorgelegd aan de Vlaamse Zorgambassadeur. De meest relevante opmerkingen zijn verwerkt in deze tekst. Een belangrijk aandachtspunt is dat het niet de bedoeling mag zijn om via deze regelgeving nieuwe beroepsfuncties en -titels met de

////////////////////////////////////

De rol van de lokale partners om hiaten in het zorgsysteem te signaleren werd door iedereen erkend.

Het aanbod op de 2^e en 3^e lijn enerzijds en de 1^e lijn anderzijds, werd door de verschillende stakeholders als communicerende vaten beschreven. Het aanbod wordt immers bepaald door de voorhanden zijn de infrastructuur, aantal zorgaanbieders en de uiteindelijke financiering. Beide versterken elkaar volgens de stakeholders: goede infrastructuur alsook een goede organisatie van zorg (subsidiariteit en getrapte zorg) bevordert de inloop in het zorgberoep en omgekeerd. Het verbeteren van de huidige infrastructuur en organisatiestructuren met gerichte incentives (eventueel beperkt in de tijd) moet een continu aandachtspunt zijn. Het is door gerichte investeringen dat de attractiviteit voor de verschillende beroepen kan worden vergroot en dat samenwerking kan worden geoptimaliseerd.

Het ondersteunen van goede, kwaliteitsvolle opleidingsplaatsen, alsook het ontwikkelen van specifieke competenties om samen te werken zijn belangrijke randvoorwaarden die de integrale zorg, het aanbod en de toegankelijkheid kunnen bevorderen.

Verskillende stakeholders waren van mening dat VIPA en het impulsfonds mee kunnen helpen om samenwerking te bevorderen tussen verschillende zorgaanbieders. Niet-discriminerend werken tussen de verschillende beroepsgroepen onderling, binnen dezelfde beroepsgroep en tussen verschillende organisatievormen (solo of groep) is een belangrijk aandachtspunt.

2 Bijlage: berekening

2.1.1 Stapsgewijze detailberekening voor de alle Vlaamse gemeenten

In bijlage worden de berekeningsprocedure tot in detail uitgelegd.

Er wordt een gewogen bevolkingsaantal berekend. Dit wordt als volgt bepaald.

1. Elke Vlaamse gemeente/wijk die voor een indicator een score heeft boven het 75^e percentiel van deze indicator krijgt risicoscore 1 voor deze indicator, uitgezonderd de indicator wachtpost.
2. Indien er GEEN wachtpost aanwezig is in de gemeente is krijgt deze risicoscore 1.
3. De totale risicoscore van een gemeente bestaat uit de som van alle risicoscores van de 10 indicatoren (= alle indicatoren met uitzondering van het aantal huisartsen)
4. De wegingscoëfficiënt wordt bepaald aan de hand van de totale risicoscore
 - a. Gemeente met een risicoscore 0 tot en met 3 krijgt als wegingscoëfficiënt 1,000
 - b. Gemeente met een risicoscore 4 tot en met 7 krijgt als wegingscoëfficiënt 1,072
 - c. Gemeente met een risicoscore 8 tot en met 10 krijgt als wegingscoëfficiënt 1,386²⁶
5. Het bevolkingsaantal van de gemeente wordt vermenigvuldigt met dit gewicht: dit is het gewogen bevolkingsaantal.
6. Het gewogen bevolkingsaantal wordt gedeeld door het totaal aantal actieve huisartsen: dit is het gemiddeld gewogen bevolkingsaantal per huisarts.
7. Het geschat relatief tekort van huisartsen²⁷ wordt berekend door het gewogen bevolkingsaantal van de gemeente of wijk te delen door het gemiddeld gewogen bevolkingsaantal per huisarts en van dit resultaat het aantal actieve huisartsen af te trekken.
8. Een prioritaire zone wordt gedefinieerd als een gemeente of wijk waar het gewogen bevolkingsaantal per huisarts groter is dan het gemiddeld gewogen bevolkingsaantal per huisarts EN het relatief schat tekort aan huisartsen groter is dan 1.

2.1.2 Stapsgewijze detailberekening voor de grootsteden Antwerpen en Gent.

De berekening gebeurt volgens dezelfde principes zoals beschreven in punt 5.3.1. Het gemiddeld gewogen bevolkingsaantal per huisarts wordt berekend op het totale niveau van de grootstad en dus niet op het totale Vlaamse niveau. In een volgende stap wordt het geschat relatief tekort per huisarts bekeken op wijkniveau t.o.v. gemiddeld gewogen bevolkingsaantal per huisarts op het totale Vlaamse niveau (cf. vorige berekening)

De vergelijkingsbasis van het gemiddeld gewogen bevolkingsaantal per huisarts in de steden Antwerpen en Gent is identiek als op het Vlaamse niveau. Hiervoor is het evenwel noodzakelijk dat de grootsteden Antwerpen en Gent mee worden opgenomen in het algemene berekeningsmodel voor de gemeenten. De opsplitsing op wijkniveau gebeurt dus in een 2^e tijd. Zo wordt er binnen de stedelijk context de verschillende wijken beoordeeld naar zorgzwaarte binnen deze stad. Het zorgaanbod (gemiddeld gewogen bevolkingsaantal per huisarts) wordt vergeleken t.o.v. gans Vlaanderen.

²⁶ De spreiding (7,2% tot 38,6%) is afgeleid van de kansarmoedeindex. De mediaan van het aantal kansarme gezinnen in Vlaanderen is 7,2%, het maximum aantal kansarme gezinnen in een gemeente is 38,6% (gemeente Boom).

²⁷ Aan de hand van dit geschat relatief tekort kan men onmogelijk uitspraken doen i.v.m. de effectieve nood VTE aan huisartsen



In deze redenering wordt de beschikbare huisartsencapaciteit gelijkmatig verdeeld, volgens zorgzwaarte, over heel het Vlaamse grondgebied.

De berekening volgens een gewogen bevolkingsaantal berekend gebeurt als volgt:

1. Elke grootstedelijke wijk die voor een indicator een score heeft boven het 75^e percentiel van deze indicator krijgt risicoscore 1 voor deze indicator, uitgezonderd de indicator wachtpost.
2. Indien er GEEN wachtpost aanwezig is in de wijk is krijgt deze risicoscore 1.
3. De totale risicoscore van een wijk bestaat uit de som van alle risicoscores van de 10 indicatoren (= alle indicatoren met uitzondering van het aantal huisartsen)
4. De wegingscoëfficiënt wordt bepaald aan de hand van de totale risicoscore
 - a. Wijk met een risicoscore 0 tot en met 3 krijgt als wegingscoëfficiënt 1,000
 - b. Wijk met een risicoscore 4 tot en met 7 krijgt als wegingscoëfficiënt 1,072
 - c. Wijk met een risicoscore 8 tot en met 10 krijgt als wegingscoëfficiënt 1,386²⁸
5. Het bevolkingsaantal van de wijk wordt vermenigvuldigd met dit gewicht: dit is het gewogen bevolkingsaantal.
6. Gemiddeld gewogen bevolkingsaantal per huisarts op stedelijk niveau is gelijk aan het Vlaams gemiddeld gewogen bevolkingsaantal per huisarts, zoals berekend op het totale Vlaamse niveau.
7. Het geschat relatief tekort van huisartsen wordt berekend door het gewogen bevolkingsaantal van de wijk te delen door het Vlaams gemiddeld gewogen bevolkingsaantal per huisarts en van dit resultaat het aantal actieve huisartsen af te trekken.
8. Een prioritaire zone wordt gedefinieerd als een wijk waar het gewogen bevolkingsaantal per huisarts groter is dan het gemiddeld gewogen bevolkingsaantal per huisarts EN het relatief geschat tekort aan huisartsen groter is dan 1.

Indien een van de voorgenoemde indicatoren niet beschikbaar zijn op wijkniveau, wordt de desbetreffende indicator van de gemeente gebruikt, of wordt in onderlinge overeenstemming tussen ELZ en het Vlaams Agentschap een gelijkwaardige indicator gebruikt.

²⁸ De spreiding (7,2% tot 38,6%) is afgeleid van de kansarmoedeindex. De mediaan van het aantal kansarme gezinnen in Vlaanderen is 7,2%, het maximum aantal kansarme gezinnen in een gemeente is 38,6% (gemeente Boom).



3 Bijlage: simulatie

Deze simulatie is berekend op de meest recente aantallen actieve huisartsen, jonger dan 65 jaar, exclusief de HAO's. Deze gegevens werden opgevraagd tijdens de laatste rapportage van de jaarverslagen (2019) van de huisartsenkringen. Hierdoor het aantal effectief actieve huisartsen zeer accuraat en geeft deze simulatie een zeer goede inschatting van de toekomstige prioritaire zones.

Door deze zeer accurate rapportage is er in 2019 een flinke toename van het aantal prioritaire zones volgens de klassieke berekeningsmethode.

In onderstaand simulatiemodel werden de grootsteden Antwerpen en Gent nog niet uitgesplitst tot op wijkniveau.

Tabel: simulatie prioritaire zones

NISCode	Gemeente	PZ Klassiek < 90 ²⁹	PZ Nieuw ³⁰
11002	Antwerpen	WAAR	WAAR
11005	Boom	WAAR	WAAR
11007	Borsbeek	WAAR	WAAR
11018	Hemiksem	WAAR	WAAR
11023	Kapellen (Antwerpen)	WAAR	WAAR
11029	Mortsel	WAAR	WAAR
11040	Schoten	WAAR	WAAR
11044	Stabroek	WAAR	WAAR
11056	Zwijndrecht	WAAR	WAAR
12021	Lier	WAAR	WAAR
12040	Willebroek	WAAR	WAAR
13003	Balen	WAAR	WAAR
13019	Lille	WAAR	WAAR
13031	Oud-Turnhout	WAAR	WAAR
13044	Vorselaar	WAAR	WAAR
23003	Beersel	WAAR	WAAR
23016	Dilbeek	WAAR	WAAR
23024	Gooik	WAAR	WAAR
23025	Grimbergen	WAAR	WAAR
23027	Halle (Halle-Vilvoorde)	WAAR	WAAR
23032	Herne	WAAR	WAAR
23033	Hoeilaart	WAAR	WAAR
23044	Liedekerke	WAAR	WAAR
23047	Machelen (Halle-Vilvoorde)	WAAR	WAAR
23077	Sint-Pieters-Leeuw	WAAR	WAAR

²⁹ PZ Klassiek: simulatie volgens de huidige criteria – aantal huisartsen/gemeente of wijk is minder dan 90 per 100.000 inwoners

³⁰ PZ Nieuw: simulatie volgens de nieuwe berekeningsmethode

44083	Deinze	WAAR	WAAR
46014	Lokeren	WAAR	WAAR
46021	Sint-Niklaas (Sint-Niklaas)	WAAR	WAAR
71002	As	WAAR	WAAR
71004	Beringen	WAAR	WAAR
71022	Hasselt	WAAR	WAAR
71053	Sint-Truiden	WAAR	WAAR
72021	Maaseik	WAAR	WAAR
72039	Houthalen-Helchteren	WAAR	WAAR
72042	Oudsbergen	WAAR	WAAR
72043	Pelt	WAAR	WAAR
73022	Heers	WAAR	WAAR
73042	Lanaken	WAAR	WAAR
73066	Riemst	WAAR	WAAR
12025	Mechelen	ONWAAR	WAAR
13040	Turnhout	ONWAAR	WAAR
24107	Tienen	ONWAAR	WAAR
44021	Gent	ONWAAR	WAAR
45041	Ronse	ONWAAR	WAAR
73083	Tongeren	ONWAAR	WAAR
73107	Maasmechelen	ONWAAR	WAAR
11001	Aartselaar	WAAR	ONWAAR
11004	Boechout	WAAR	ONWAAR
11008	Brasschaat	WAAR	ONWAAR
11009	Brecht	WAAR	ONWAAR
11016	Essen	WAAR	ONWAAR
11025	Lint	WAAR	ONWAAR
11030	Niel	WAAR	ONWAAR
11035	Ranst	WAAR	ONWAAR
11038	Schelle	WAAR	ONWAAR
11039	Schilde	WAAR	ONWAAR
11050	Wijnegem	WAAR	ONWAAR
11052	Wommelgem	WAAR	ONWAAR
11053	Wuustwezel	WAAR	ONWAAR
12002	Berlaar	WAAR	ONWAAR
12005	Bonheiden	WAAR	ONWAAR
12007	Bornem	WAAR	ONWAAR
12009	Duffel	WAAR	ONWAAR
12014	Heist-op-den-Berg	WAAR	ONWAAR
12026	Nijlen	WAAR	ONWAAR
12035	Sint-Katelijne-Waver	WAAR	ONWAAR
12041	Puurs - Sint-Amands	WAAR	ONWAAR
13001	Arendonk	WAAR	ONWAAR

////////////////////////////////////

13004 Beerse	WAAR	ONWAAR
13006 Dessel	WAAR	ONWAAR
13010 Grobbendonk	WAAR	ONWAAR
13011 Herentals	WAAR	ONWAAR
13012 Herenthout	WAAR	ONWAAR
13014 Hoogstraten	WAAR	ONWAAR
13016 Hulshout	WAAR	ONWAAR
13017 Kasterlee	WAAR	ONWAAR
13021 Meerhout	WAAR	ONWAAR
13029 Olen	WAAR	ONWAAR
13035 Ravels	WAAR	ONWAAR
13036 Retie	WAAR	ONWAAR
13037 Rijkevorsel	WAAR	ONWAAR
13046 Vosselaar	WAAR	ONWAAR
13053 Laakdal	WAAR	ONWAAR
23002 Asse	WAAR	ONWAAR
23023 Galmaarden	WAAR	ONWAAR
23038 Kampenhout	WAAR	ONWAAR
23045 Londerzeel	WAAR	ONWAAR
23050 Meise	WAAR	ONWAAR
23060 Opwijk	WAAR	ONWAAR
23062 Overijse	WAAR	ONWAAR
23064 Pepingen	WAAR	ONWAAR
23081 Steenokkerzeel	WAAR	ONWAAR
23096 Zemst	WAAR	ONWAAR
23097 Roosdaal	WAAR	ONWAAR
23105 Affligem	WAAR	ONWAAR
24007 Begijnendijk	WAAR	ONWAAR
24011 Bierbeek	WAAR	ONWAAR
24020 Diest	WAAR	ONWAAR
24028 Geetbets	WAAR	ONWAAR
24041 Hoegaarden	WAAR	ONWAAR
24045 Huldenberg	WAAR	ONWAAR
24048 Keerbergen	WAAR	ONWAAR
24055 Kortenberg	WAAR	ONWAAR
24109 Tremelo	WAAR	ONWAAR
24133 Linter	WAAR	ONWAAR
31003 Beernem	WAAR	ONWAAR
31012 Jabbeke	WAAR	ONWAAR
31040 Zedelgem	WAAR	ONWAAR
31042 Zuienkerke	WAAR	ONWAAR
32010 Koekelare	WAAR	ONWAAR
32011 Kortemark	WAAR	ONWAAR
32030 Lo-Reninge	WAAR	ONWAAR

////////////////////////////////////

33037 Zonnebeke	WAAR	ONWAAR
33039 Heuvelland	WAAR	ONWAAR
34040 Waregem	WAAR	ONWAAR
34041 Wevelgem	WAAR	ONWAAR
35005 Gistel	WAAR	ONWAAR
35006 Ichtegem	WAAR	ONWAAR
35014 Oudenburg	WAAR	ONWAAR
36010 Ledegem	WAAR	ONWAAR
36012 Moorslede	WAAR	ONWAAR
36019 Staden	WAAR	ONWAAR
37002 Dentergem	WAAR	ONWAAR
37007 Meulebeke	WAAR	ONWAAR
37010 Oostrozebeke	WAAR	ONWAAR
37011 Pittem	WAAR	ONWAAR
37015 Tielt (Tielt)	WAAR	ONWAAR
37017 Wielsbeke	WAAR	ONWAAR
37018 Wingene	WAAR	ONWAAR
38002 Alveringem	WAAR	ONWAAR
41024 Haaltert	WAAR	ONWAAR
41027 Herzele	WAAR	ONWAAR
41063 Sint-Lievens-Houtem	WAAR	ONWAAR
42004 Buggenhout	WAAR	ONWAAR
42011 Lebbeke	WAAR	ONWAAR
42026 Wichelen	WAAR	ONWAAR
43010 Maldegem	WAAR	ONWAAR
43014 Sint-Laureins	WAAR	ONWAAR
44019 Evergem	WAAR	ONWAAR
44034 Lochristi	WAAR	ONWAAR
44040 Melle	WAAR	ONWAAR
44045 Moerbeke (Gent)	WAAR	ONWAAR
44048 Nazareth	WAAR	ONWAAR
45059 Brakel	WAAR	ONWAAR
45060 Kluisbergen	WAAR	ONWAAR
45063 Lierde	WAAR	ONWAAR
45064 Maarkedal	WAAR	ONWAAR
45065 Zwalm	WAAR	ONWAAR
45068 Kruisem	WAAR	ONWAAR
46003 Beveren (Sint-Niklaas)	WAAR	ONWAAR
46013 Kruibeke	WAAR	ONWAAR
46020 Sint-Gillis-Waas	WAAR	ONWAAR
46024 Stekene	WAAR	ONWAAR
46025 Temse	WAAR	ONWAAR
71011 Diepenbeek	WAAR	ONWAAR
71017 Gingelom	WAAR	ONWAAR

////////////////////////////////////

71045 Nieuwerkerken (Hasselt)	WAAR	ONWAAR
71066 Zonhoven	WAAR	ONWAAR
71067 Zutendaal	WAAR	ONWAAR
72003 Bocholt	WAAR	ONWAAR
72004 Bree	WAAR	ONWAAR
72018 Kinrooi	WAAR	ONWAAR
72020 Lommel	WAAR	ONWAAR
72030 Peer	WAAR	ONWAAR
73028 Herstappe	WAAR	ONWAAR
73032 Hoeselt	WAAR	ONWAAR
73040 Kortesseem	WAAR	ONWAAR
73109 Voeren	ONWAAR	ONWAAR
11013 Edegem	ONWAAR	ONWAAR
11021 Hove (Antwerpen)	ONWAAR	ONWAAR
11022 Kalmthout	ONWAAR	ONWAAR
11024 Kontich	ONWAAR	ONWAAR
11037 Rumst	ONWAAR	ONWAAR
11054 Zandhoven	ONWAAR	ONWAAR
11055 Zoersel	ONWAAR	ONWAAR
11057 Malle	ONWAAR	ONWAAR
12029 Putte	ONWAAR	ONWAAR
13002 Baarle-Hertog	ONWAAR	ONWAAR
13008 Geel	ONWAAR	ONWAAR
13013 Herselt	ONWAAR	ONWAAR
13023 Merksplas	ONWAAR	ONWAAR
13025 Mol	ONWAAR	ONWAAR
13049 Westerlo	ONWAAR	ONWAAR
23009 Bever	ONWAAR	ONWAAR
23039 Kapelle-op-den-Bos	ONWAAR	ONWAAR
23052 Merchtem	ONWAAR	ONWAAR
23086 Ternat	ONWAAR	ONWAAR
23099 Kraainem	ONWAAR	ONWAAR
23100 Linkebeek	ONWAAR	ONWAAR
23103 Wezembeek-Oppeem	ONWAAR	ONWAAR
24001 Aarschot	ONWAAR	ONWAAR
24008 Bekkevoort	ONWAAR	ONWAAR
24009 Bertem	ONWAAR	ONWAAR
24014 Boortmeerbeek	ONWAAR	ONWAAR
24016 Boutersem	ONWAAR	ONWAAR
24033 Haacht	ONWAAR	ONWAAR
24038 Herent	ONWAAR	ONWAAR
24043 Holsbeek	ONWAAR	ONWAAR
24054 Kortenaak	ONWAAR	ONWAAR
24059 Landen	ONWAAR	ONWAAR

//

24062	Leuven	ONWAAR	ONWAAR
24066	Lubbeek	ONWAAR	ONWAAR
24086	Oud-Heverlee	ONWAAR	ONWAAR
24094	Rotselaar	ONWAAR	ONWAAR
24130	Zoutleeuw	ONWAAR	ONWAAR
24134	Scherpenheuvel-Zichem	ONWAAR	ONWAAR
24135	Tielt-Winge	ONWAAR	ONWAAR
24137	Glabbeek	ONWAAR	ONWAAR
31005	Brugge	ONWAAR	ONWAAR
31006	Damme	ONWAAR	ONWAAR
31022	Oostkamp	ONWAAR	ONWAAR
31043	Knokke-Heist	ONWAAR	ONWAAR
33011	Ieper	ONWAAR	ONWAAR
33041	Vleteren	ONWAAR	ONWAAR
34002	Anzegem	ONWAAR	ONWAAR
34009	Deerlijk	ONWAAR	ONWAAR
34025	Lendelede	ONWAAR	ONWAAR
34042	Zwevegem	ONWAAR	ONWAAR
34043	Spiere-Helkijn	ONWAAR	ONWAAR
36006	Hooglede	ONWAAR	ONWAAR
36011	Lichtervelde	ONWAAR	ONWAAR
37012	Ruiselede	ONWAAR	ONWAAR
37020	Ardoos	ONWAAR	ONWAAR
41034	Lede	ONWAAR	ONWAAR
41081	Zottegem	ONWAAR	ONWAAR
42010	Laarne	ONWAAR	ONWAAR
42023	Waasmunster	ONWAAR	ONWAAR
43002	Assenede	ONWAAR	ONWAAR
43007	Kaprijke	ONWAAR	ONWAAR
44012	De Pinte	ONWAAR	ONWAAR
44013	Destelbergen	ONWAAR	ONWAAR
44020	Gavere	ONWAAR	ONWAAR
44043	Merelbeke	ONWAAR	ONWAAR
44052	Oosterzele	ONWAAR	ONWAAR
44064	Sint-Martens-Latem	ONWAAR	ONWAAR
44084	Aalter	ONWAAR	ONWAAR
44085	Lievegem	ONWAAR	ONWAAR
45017	Kruishoutem	ONWAAR	ONWAAR
45035	Oudenaarde	ONWAAR	ONWAAR
45061	Wortegem-Petegem	ONWAAR	ONWAAR
45062	Horebeke	ONWAAR	ONWAAR
71016	Genk	ONWAAR	ONWAAR
71020	Halen	ONWAAR	ONWAAR
71024	Herk-de-Stad	ONWAAR	ONWAAR

////////////////////////////////////

71034	Leopoldsburg	ONWAAR	ONWAAR
71037	Lummen	ONWAAR	ONWAAR
71057	Tessenderlo	ONWAAR	ONWAAR
71069	Ham	ONWAAR	ONWAAR
71070	Heusden-Zolder	ONWAAR	ONWAAR
72037	Hamont-Achel	ONWAAR	ONWAAR
72038	Hechtel-Eksel	ONWAAR	ONWAAR
72041	Dilsen-Stokkem	ONWAAR	ONWAAR
73001	Alken	ONWAAR	ONWAAR
73006	Bilzen	ONWAAR	ONWAAR
73009	Borgloon	ONWAAR	ONWAAR
73098	Wellen	ONWAAR	ONWAAR
Aantal prioritaire zones		204	90