

ingediend op **1924** (2023-2024) – Nr. 1
18 december 2023 (2023-2024)

Ontwerp van decreet

tot wijziging van de regelgeving
over de organisatie van de eerstelijnszorg
voor de persoon met een zorg-
en ondersteuningsnood, de zorgraden en de
verwerking van persoonsgegevens in het kader
van het digitale zorg- en ondersteuningsplan,
de financiering van eerstelijnszorgaanbieders
en voor beleidsdoeleinden

INHOUD

Memorie van toelichting	3
Bijlagen bij de memorie van toelichting:	
– Nota aan de Vlaamse Regering betreffende slagkrachtige zorgraden middels het versterken van de rol van de lokale besturen in de zorgraden, het verhogen van de betrokkenheid van het welzijnsveld en de actualisering van de opdrachten van de zorgraden.....	61
– Bijlage bij de nota aan de Vlaamse Regering: Verslag van het participatietraject (voorjaar/najaar 2022) – Versterking van de lokale zorgraden.....	73
– Advies van de Raad van State over het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering tot ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en tot uitbreiding van de opdrachten van de huisartsenkringen	77
Voorontwerp van decreet van 12 mei 2023	85
Advies van de Vlaamse Toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens	107
Advies van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	133
Advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit	155
Voorontwerp van decreet van 15 september 2023.....	163
Advies van de Raad van State	185
Ontwerp van decreet.....	199

MEMORIE VAN TOELICHTING

Samenvatting

De Vlaamse Regering formuleerde duidelijke ambities in het Vlaamse regeerakkoord (*Parl.St.* VI.Parl. 2019-20, nr. 31/1) voor de eerste lijn in Vlaanderen:

- 1° Vlaanderen zet in op kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning. Om dit te realiseren wordt gewerkt met concrete zorg- en ondersteuningsvragen waarbij de levenskwaliteit centraal staat.
- 2° Vlaanderen wil een kwaliteitsvol georganiseerde eerstelijnszorg met slagkrachtige en efficiënte eerstelijnszones. De regierol van de lokale besturen met betrekking tot het lokaal sociaal beleid wordt bekrachtigd.
- 3° Vlaanderen gaat radicaal digitaal. Het digitale zorg- en ondersteuningsplan wordt momenteel gebouwd met relancemiddelen van Vlaamse Veerkracht.

Dit ontwerp van decreet wil deze ambities voor een doelgerichte, kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg verder uitwerken:

- 1° Het begrippenkader met betrekking tot doelgerichte, geïntegreerde zorg wordt verfijnd: levensdoelen worden een belangrijke schakel om een kwaliteitsvol zorg- en ondersteuningsproces op te starten.
- 2° De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn mantelzorger werken samen met het zorg- en ondersteuningsteam aan het zorg- en ondersteuningsplan. Digitale gegevensuitwisseling binnen dit zorg- en ondersteuningsteam wordt mogelijk gemaakt door de gegevensverwerking te regelen.
- 3° Om gepaste beleidsmaatregelen te kunnen nemen om het zorgaanbod op de zorgnood af te stemmen, zijn gegevens nodig om zowel de nood als het aanbod te inventariseren. Dit ontwerp van decreet regelt daartoe de gegevensverwerking.
- 4° De zorgraden worden slagkrachtiger gemaakt door de opdrachten beter te definiëren. De eerstelijnszones worden de fundamentele bouwstenen in het zorglandschap. De regierol van de lokale besturen inzake het lokaal sociaal beleid wordt bekrachtigd. De diensten van Opgroeien (kinderen en jongeren als doelgroep) en van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap worden beter betrokken in de zorgraad. Ten slotte worden de regionale zorgplatformen maximaal gealigneerd op de referentieregio's.
- 5° De Vlaamse Regering keurde op 9 december 2022 het besluit van de Vlaamse Regering tot ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en tot uitbreiding van de opdrachten van de huisartsenkringen goed. Dit ontwerp van decreet volgt het advies van de Raad van State om de bijbehorende gegevensverwerking decretaal te verankeren.

I. ALGEMENE TOELICHTING**A. Situering**

In 2017 werd de hervorming van de eerste lijn opgestart na een participatief en cocreatief proces. Doelgericht en geïntegreerd werken, gebaseerd op levensdoelen, zijn geen onbekende begrippen meer. Doelgericht werken veronderstelt een actieve betrokkenheid van de persoon, zijn vertegenwoordiger en de mantelzorgers en een proactief zorg- en ondersteuningsteam. In het zorg- en ondersteuningsteam zit de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zelf, zijn mantelzorger(s), (professionele) zorgaanbieders uit de zorg- en welzijnssector en andere personen die de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood in zijn team heeft aangevuld en opgenomen. Het begrippenkader wordt in het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders aangepast om dit te realiseren.

Het digitale zorg- en ondersteuningsplan wordt het werkinstrument bij uitstek voor deze doelgerichte, geïntegreerde aanpak. Vlaanderen investeert ondertussen via de relancemiddelen volop in de ontwikkeling van het digitale zorg- en ondersteuningsplan. Een digitaal instrument vraagt om een aanpassing van het decreet op het vlak van gegevensverwerking en definities. Bij de opmaak van het decreet in 2018 waren de contouren van het digitale zorg- en ondersteuningsplan nog niet helder.

Dit ontwerp van decreet wil een wettelijk kader scheppen voor het digitale zorg- en ondersteuningsplan. Dataminimalisatie en opslagbeperking, met respect voor gegevensbescherming, vormen de basisprincipes van dit wettelijke kader.

Het ontwerp van decreet doet geen afbreuk aan de regelgeving inzake de bescherming van natuurlijke personen bij de verwerking van persoonsgegevens die van toepassing is bij de mededeling van persoonsgegevens, zoals ze in voorkomend geval op federaal of Vlaams niveau verder is of wordt gespecificeerd, noch aan de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Evenmin doet dit ontwerp van decreet afbreuk aan de regelgeving inzake e-government zoals die in voorkomend geval op federaal of Vlaams niveau is of wordt gespecificeerd.

Een performant georganiseerde eerste lijn vereist slagkrachtige organisaties. Een bekrachtiging van de regierol van de lokale besturen inzake het lokaal sociaal beleid staat dan ook expliciet in het regeerakkoord. De COVID-19-crisis toonde duidelijk de meerwaarde aan van een intense samenwerking tussen de zorg- en welzijnssector. Vele zorgraden en lokale besturen leverden uitstekend werk om beide te verbinden. Binnen de bestaande zorgraden werden de diensten van Opgroeien (kinderen en jongeren als doelgroep) en van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap al heel vaak betrokken als optionele partner. Hierdoor zijn verschillende actoren meer dan ooit vragende partij om deel uit te maken van de zorgraad. Dit ontwerp van decreet consolideert deze voortreffelijke werking van de zorgraden en verankert deze diensten structureel in de zorgraden en bekrachtigt de rol van de lokale besturen inzake de afstemming van het lokaal sociaal beleid op bovenlokale besturen. Bovendien biedt de nieuwe taakomschrijving van de zorgraden instrumenten om hun beleid beter af te stemmen op lokale, bovenlokale en Vlaamse beleidsdoelstellingen.

In een performant gezondheidssysteem worden de werkingsgebieden maximaal op elkaar afgestemd. De evolutie naar referentieregio's wil meer coherentie creëren in de verschillende werkingsgebieden, waaronder de eerstelijnszones. Vlaanderen positioneert de eerstelijnszones als de kleinste elementaire bouwsteen voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De referentieregio's zelf situeren zich op het regionale niveau en krijgen in het decreet een plaats als werkgebied van de regionale zorgplatformen.

Op 9 december 2022 werd het besluit van de Vlaamse Regering tot ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en tot uitbreiding van de opdrachten van de huisartsenkringen goedgekeurd.

De huisarts krijgt hierdoor vanaf 1 januari 2023 de mogelijkheid om, naast een tegemoetkoming in de loonkosten voor een praktijkondersteuner of een tegemoetkoming in de kosten voor telesecretariaat, een tegemoetkoming in de loonkosten voor een praktijkverpleegkundige aan te vragen. Daarbovenop kan een startende huisarts een bijkomende renteloze lening aanvragen in geval van interdisciplinaire samenwerking, naast de al bestaande renteloze lening. Deze bijkomende lening is een extra stimulans tot samenwerking.

In het advies van de Raad van State bij het bovengenoemde besluit (pagina 77) werd aangegeven dat het voor de verwerking van de persoonsgegevens in dat kader raadzaam is om een decretale regeling uit te werken, gelet op het legaliteitsbeginsel in artikel 22 van de Grondwet.

In dit ontwerp van decreet wordt de decretale basis gecreëerd voor de verwerking van de persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders in het kader van de financiering ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering, vermeld in artikel 8 van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.

Dit ontwerp van decreet zet de eerste stappen naar een zorgstrategische planning binnen de eerste lijn. Naast de gegevensverwerking in het kader van de financiering ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders is er binnen de Vlaamse Gemeenschap behoefte aan een duidelijk overzicht van het aanbod van de eerstelijnszorgaanbieders. Dat is nodig om beleidsmaatregelen te kunnen nemen die de eerstelijnszorg in het Nederlandse taalgebied gericht versterken, zodat het zorgaanbod zo goed als mogelijk kan worden afgestemd op de zorgnood. Dit ontwerp van decreet creëert een decretale basis om in het kader van dat doeleinde persoonsgegevens te kunnen verwerken van de eerstelijnszorgaanbieders om het zorgaanbod in kaart te brengen.

B. Inhoud

Onder punt B worden de volgende onderwerpen behandeld:

1. Probleemstelling en omgevingsanalyse
2. Beleidsmaatregelen en doelstelling
3. Impactanalyse
 - 3.1. Impact met betrekking tot de inhoudelijke wijzigingen
 - 3.2. Impact op grondrechten en op het gelijkheidsbeginsel
 - 3.3. Kind- en jongereneffectrapport
 - 3.4. Armoedetoets
 - 3.5. Handhaving en evaluatie
 - 3.6. Bestuurlijke impact op lokale besturen, provinciale besturen en Brussel
4. Informatie over het digitale zorg- en ondersteuningsplan
5. De logistieke uitwerking van het digitale zorg en ondersteuningsplan
6. Implementatie

1. Probleemstelling en omgevingsanalyse

De zorgsector staat voor enorme uitdagingen:

- 1° de zorgvragen worden complexer en wijzigen continu;
- 2° de demografische evoluties worden onvoorspelbaar door migratie;
- 3° de klimaatverandering heeft een impact op de zorgsector en het welbevinden;
- 4° de zorgcapaciteit en de toegankelijkheid van de zorg staan continu onder druk;
- 5° nieuwe technologische ontwikkelingen zetten druk op het zorgbudget;
- 6° een verregaande digitalisatie zorgt voor nieuwe opportuniteiten maar wordt door velen als bedreigend gevoeld;
- 7° hoewel de burger mondiger wordt, is de sociaaleconomische kloof met de daarbij horende gezondheidsverschillen groter dan ooit;
- 8° een persoonsgerichte benadering wordt belangrijker dan ooit, maar tegelijk moet de shift naar een populatiegerichte aanpak worden gemaakt;
- 9° de krapte op de arbeidsmarkt, in het bijzonder de openstaande vacatures in de zorg- en welzijnssector.

Deze snelle maatschappelijke evoluties dwingen beleidsmakers op verschillende niveaus om samen te werken om oplossingen te creëren voor deze vraagstukken.

2. Beleidsmaatregelen en doelstelling

Zowel internationaal als in Vlaanderen¹ wordt de 'quintuple aim' gebruikt als kompas om beleidsdoelstellingen af te toetsen als antwoord op bovenstaande complexe uitdagingen. De toekomstige zorg ambieert om:

- 1° de zorg zoals die door het individu wordt ervaren te verbeteren;
- 2° de gezondheidstoestand en het welzijn van het bevolkingsniveau te verbeteren;
- 3° een meerwaarde te realiseren met de ingezette middelen voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 4° ervoor te zorgen dat professionals hun werk op een goede en duurzame manier kunnen uitvoeren;
- 5° extra inspanningen te leveren voor de kwetsbaren, om voor iedereen hetzelfde te realiseren.

De beleidsvisietekst van februari 2017 heeft de basis gelegd om de eerste lijn te hervormen. Via drie grote trajecten werd in de afgelopen jaren stapsgewijs verder gewerkt:

- 1° het oprichten van nieuwe structuren om een performante, geïntegreerde eerstelijnszorg te realiseren: in 2019 werd Vlaanderen opgedeeld in zestig eerstelijnszones met als beheersstructuur de zorgraden. Het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL) verzorgt sindsdien de ondersteuning van de zorgraden in hun verschillende taken;
- 2° het uitwerken van concepten om zorg- en ondersteuning doelgerichter en geïntegreerd te maken: zorgcoördinatie en casemanagement worden hierbij als hoeksteen gepositioneerd;
- 3° het aanbieden van instrumenten om doelgerichte en geïntegreerde zorg te realiseren: het digitale zorg- en ondersteuningsplan, het BelRAI-instrument, de persoonsvolgende financiering en een datagedreven populatiegerichte aanpak via de Zorgatlas om de COVID-19-crisis het hoofd te bieden, zijn enkele belangrijke voorbeelden om een geïntegreerd zorgbeleid te ondersteunen.

Ook tijdens deze legislatuur wil de Vlaamse Regering verder aan dit pad timmeren. In het Vlaamse regeerakkoord formuleerde de Vlaamse Regering enkele belangrijke doelstellingen waarop dit ontwerp van decreet een antwoord wil geven:

- 1° Vlaanderen zet in op kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning. Om dit te realiseren, wordt gewerkt met concrete zorg- en ondersteuningsnoden waarbij de levenskwaliteit centraal staat.
- 2° Vlaanderen wil een kwaliteitsvol georganiseerde eerstelijnszorg met slagkrachtige en efficiënte eerstelijnszones. De regierol van de lokale besturen inzake het lokaal sociaal beleid wordt bekrachtigd.
- 3° Vlaanderen gaat radicaal digitaal. Het digitale zorg- en ondersteuningsplan wordt momenteel gebouwd met relancemiddelen van Vlaamse Veerkracht.

¹ Quintuple Aim – het kompas van VIVEL.

3. Impactanalyse

De voorliggende impactanalyse richt zich op de onderstaande elementen:

- 1° aanpassing van het begrippenkader en de concepten met betrekking tot doelgerichte en geïntegreerde zorg:
 - a) wijziging van het begrip persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag naar persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - b) introductie van het begrip levensdoelen in artikel 2, 6/1°;
 - c) verruiming van het begrip zorgteam naar zorg- en ondersteuningsteam in artikel 2, 19°;
 - d) wat zorgcoördinatie betreft:
 - i) in artikel 5 wordt de organisatie van de eerstelijnszorg om zorg- en ondersteuningsdoelen en de bijbehorende samenwerkingsafspraken te formuleren, gedelegeerd aan de Vlaamse Regering;
 - ii) in artikel 6, §3, derde lid, wordt geformuleerd dat het zorg- en ondersteuningsteam moet beraadslagen over de aanstelling van een zorgcoördinator:
 - bij scharniermomenten;
 - of wanneer de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger dit niet wenst op te nemen;
 - e) casemanagement wordt uitgebreid naar de volgende situaties in artikel 7, §3:
 - i) wanneer er geen zorg- en ondersteuningsteam aanwezig is of samengesteld is, de personen met een zorg- en ondersteuningsnood niet de zorg ontvangen die volgens hun noden aanwezig is en geen enkele zorgaanbieder bij machte is om door de hoge complexiteit het zorgproces aan te vatten;
 - ii) wanneer het zorg- en ondersteuningsteam er niet in slaagt om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken of de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, zijn informele zorg of een zorgaanbieder aangeven dat er verbetering moet komen in het zorgproces;
- 2° in artikel 11 worden de opdrachten van de zorgraden aangepast om te evolueren naar een organisatie die beter beleidsprioriteiten kan leggen:
 - a) de afstemming met de lokale besturen gebeurt in het kader van het lokaal sociaal beleid, afgestemd op de bovenlokale doelstellingen (artikel 11, eerste lid, 1°, d));
 - b) de afstemming met de beroepsgroep specifieke verenigingen wordt verruimd naar eerstelijnszorgaanbieders, verenigingen van mantelzorgers, personen met een zorg- en ondersteuningsnood, met inbegrip van afstemming over digitale gegevensdeling bij interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking (artikel 11, eerste lid, 3°);
 - c) mee vormgeven aan de beleidsdoelstellingen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en indien nodig andere prioritaire doelstellingen voorstellen voor het werkgebied (artikel 11, eerste lid, 4°);
- 3° in artikel 12, tweede lid, 5°, wordt de samenstelling van de zorgraden uitgebreid met voorzieningen erkend, vergund of gesubsidieerd door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap alsook de voorzieningen erkend, vergund of gesubsidieerd door het agentschap Opgroeien regie;
- 4° de gegevensverwerking wordt decretaal verankerd voor:
 - a) het besluit van de Vlaamse Regering van 9 december 2022 tot ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en tot uitbreiding van de opdrachten van de huisartsenkringen;
 - b) het toekomstige digitale zorg- en ondersteuningsplan.

Punt 1 tot en met 3 zijn inhoudelijk van aard en zullen samen worden behandeld onder de titel 'Impact met betrekking tot de inhoudelijke wijzigingen'. Punt 4 zal afzonderlijk worden behandeld onder de titel 'Impact met betrekking tot de gegevensverwerking'.

3.1. Impact met betrekking tot de inhoudelijke wijzigingen

Dit deel van de impactanalyse wordt uitgesplitst over twee deelgebieden:

- 1° impactanalyse met betrekking tot het begrippenkader en concepten met betrekking tot doelgerichte en geïntegreerde zorg;
- 2° impactanalyse voor de opdrachten en de samenstellingen van de zorgraden.

Impactanalyse met betrekking tot het begrippenkader en concepten met betrekking tot doelgerichte en geïntegreerde zorg

Doelgroepen

De doelgroepen zijn:

- 1° personen met een zorg- en ondersteuningsnood of hun vertegenwoordiger;
- 2° mantelzorgers en verenigingen van mantelzorgorganisaties;
- 3° zorgaanbieders;
- 4° specifieke ondersteunende organisaties;
- 5° zorgraden;
- 6° de overheid.

Afstemmingsproces

Binnen de recent opgerichte werkgroepen met betrekking tot het digitale zorg- en ondersteuningsplan werd uitgebreid gedebatteerd met afvaardigingen vanuit de verschillende doelgroepen over de bijgestelde begrippenkaders en concepten. Binnen de werkgroepen was er consensus dat doelgericht werken op basis van levensdoelen de voorkeurspiste is om geïntegreerde zorg te realiseren. Een helder begrippenkader over zorgcoördinatie en casemanagement werd in deze werkgroep gevraagd. Dit ontwerp van decreet geeft hierop een antwoord.

Maatschappelijke impact op de doelgroepen

Doelgroep	Voordelen	Knelpunten
Persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger	- De concepten levensdoelen en de integratie van de mantelzorger in het zorg- en ondersteuningsteam, gecombineerd met zorgcoördinatie zullen voor een betere zorg op maat zorgen. - Casemanagement wordt een belangrijke schakel in de continuïteit van zorg op scharniermomenten wanneer niemand van de zorgaanbieders bij machte is om het zorgproces aan te vatten door de hoge complexiteit of wanneer de zorg onvoldoende kwaliteit biedt door de afwezigheid van een zorgcoördinator.	- De begrippen vereisen een grotere bewustwording en een actievere participatie van de persoon in het zorgproces, hiervoor is sensibilisering en permanente investering in zelfversterking een noodzakelijke randvoorwaarde. - Personen moeten voldoende gezondheidsvaardigheden hebben. Deze moeten ingebed worden in de opleidingen.

Mantelzorgers en verenigingen van mantelzorgorganisaties	• Mantelzorgers worden lid van het zorg- en ondersteuningsteam. Ze krijgen een volwaardige plaats in het zorg- en ondersteuningsproces.	• De mantelzorger is vaak al overbevraagd. • De nodige gezondheidsvaardigheden moeten worden aangescherpt bij de mantelzorger om deze rol ten volle op te nemen.
Zorgaanbieders	• Zorgaanbieders zullen door het gebruik van levensdoelen de zorgplanning beter op maat kunnen afstemmen op de werkelijke wensen en noden van de persoon. • Door beter inzicht in de werkelijke noden en vragen van de persoon en door teamwerk komt de juiste zorgvraag bij de juiste zorgaanbieder terecht.	• In veel zorgsettings ontbreken nog de juiste organisatorische en financiële randvoorwaarden om met deze concepten aan de slag te gaan. • Doelgericht en geïntegreerd werken vergt een attitudeverandering bij alle actoren in de zorgketen, ook binnen de verschillende opleidingen moet aandacht worden besteed aan deze nieuwe aanpak.
Beroepsgroepspecifieke organisaties	• De verschillende organisaties in het netwerk van de zorgraden hebben een belangrijke rol om hun professionals te sensibiliseren en te begeleiden in de richting van doelgerichte en geïntegreerde zorg.	• Deze organisaties moeten de denkkaders van hun individuele beroepsgroep overstijgen.
Zorgraden	• De verschillende concepten raken aan de kerntaken van de zorgraden. Hun waardevolle rol zal worden verstrekt. Hun rol om zowel professionals, beroepsverenigingen en ook de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood te begeleiden in de richting van doelgerichte en geïntegreerde zorg wordt hiermee duidelijker omschreven.	• Zorgraden zullen als organisatienetwerk specifieke competenties moeten ontwikkelen om hun taak op te nemen. • De nodige financiële ondersteuning voor de zorgraad moet worden voorzien. • De nodige ondersteuning voor de zorgraden moet worden uitgewerkt. Het ondersteuningsaanbod moet worden afgestemd op de specifieke noden van de zorgraden.

Overheid	• Doelgerichte en geïntegreerde zorg is voor de overheid een middel om de kwaliteit van zorg te verbeteren en beter op maat van de persoon af te stemmen.	• De budgettaire impact van doelgerichte en geïntegreerde zorg is nog onduidelijk en moeilijk in te schatten.
----------	---	---

Budgettaire impact met betrekking tot inhoudelijke begrippen

De budgettaire impact situeert zich op het niveau van de toekomstige uitvoeringsbesluiten die samenhangen met de begrippen zorgcoördinatie en casemanagement. De impact zal bij het opstellen van deze uitvoeringsbesluiten, binnen de op dat moment geldende budgettaire marges, worden geëvalueerd.

De middelen voor het uitwerken van een digitaal zorg- en ondersteuningsplan werden voorzien via het relancebudget (VV116).

Impactanalyse voor de opdrachten en de samenstellingen van de zorgraden

Doelgroepen

De doelgroepen zijn:

- 1° zorgraden en hun leden;
- 2° VAPH/Opgroeien (VAPH: Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap);
- 3° lokale besturen;
- 4° de overheid.

Afstemmingsproces

Er werd een zorgvuldig overleg met de belanghebbenden uitgewerkt naar aanleiding van het opstellen van de nota aan de Vlaamse Regering betreffende slagkrachtige zorgraden middels het versterken van de rol van de lokale besturen in de zorgraden, het verhogen van de betrokkenheid van het welzijnsveld en de actualisering van de opdrachten van de zorgraden. Deze nota (VR 2022 0912 DOC. 1831/1BIS) en de bijbehorende bijlage (VR 2022 0912 DOC. 1381/2) werden op 9 december 2022 goedgekeurd door de Vlaamse Regering en zijn toegevoegd als bijlage bij deze memorie van toelichting. Deze afstemming mondde finaal uit in vier concrete beleidsvoorstellen:

- 1° een herformulering en actualisatie van de opdrachten van de zorgraden zal ervoor zorgen dat zorgraden een beter evenwicht kunnen vinden tussen de Vlaamse beleidsagenda (gezondheids- en welzijnsdoelstellingen en beleidsprioriteiten) en hun autonomie om lokaal accenten te leggen (zie ook punt 2);
- 2° een betere afstemming van de meerjarenplannen van zorgraden (voor de aspecten die hierop betrekking hebben) met het lokale sociale beleid van de lokale besturen die hierin de regierol uitoefenen;
- 3° een nieuwe kijk op het lidmaatschap en de zorgraad als een open organisatie zorgen voor een hernieuwde dynamiek tussen de algemene vergadering, het bestuursorgaan en werkgroepen in de zorgraad. Hierbij wordt aan de zorgraden gevraagd om de principes van goed bestuur toe te passen;
- 4° de drie voorgaande elementen hebben ook een impact op de financiering van de zorgraden: een traject wordt opgestart om de financiering van de zorgraden in een volgende fase hierop af te stemmen binnen de beschikbare begrotingskredieten.

Maatschappelijke impact op de doelgroepen

Doelgroep	Voordelen	Knelpunten
Zorgraden en hun leden	• Er worden daadwerkelijke instrumenten en methodieken aangeboden om prioriteiten te leggen. • De zorgraden krijgen de nodige vrijheidsgraden om hun bestuursniveau op maat van hun lokale identiteit te organiseren. • De nieuwe leden zullen voor een nieuwe dynamiek en kijk op integrale zorg zorgen.	• Er moet geanticipeerd worden op een complexe opdracht. Zorgraden, als organisatie, dienen voldoende te investeren in goed bestuur. • Opleiding krijgen om zich te ontwikkelen als organisatie, maar ook opleiding en informatie geven aan hun leden vergt tijd en middelen.
VAPH/Opgroeien	• De stem van beide domeinen zal ongetwijfeld zorgen voor een nieuwe dynamiek en kijk op integrale zorg en interdisciplinaire samenwerking.	• Beide domeinen kantelen in, in een al bestaande structuur. Er moet in de nodige tijd en middelen worden voorzien om dit te realiseren.
Lokale besturen	• De waardevolle rol van de lokale besturen als partner in het zorg- en ondersteuningsbeleid op lokaal niveau wordt gehonoreerd. • Door de afstemming van de beleidscycli kan een coherent lokaal sociaal beleid worden uitgebouwd. • Kwetsbare doelgroepen (bijvoorbeeld armoede) worden door de betrokkenheid van de lokale besturen beter bereikt.	• Lokale besturen als volwaardige partner leren kennen. • Lokale besturen zullen het bovenlokaal sociaal beleid actief mee moeten vormgeven, als ze ten volle willen gebruikmaken van het potentieel dat hun wordt aangeboden.
Overheid	• De nieuwe opdrachten, met duidelijke handvatten voor prioriteitsstelling, geven de overheid belangrijke instrumenten om het beleid te evalueren.	• Kennis omtrent beleids-evaluatie voor geïntegreerde, doelgerichte zorg is nog in volle ontwikkeling.

Budgettaire impact

De budgettaire impact wordt bepaald door het 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.

Tijdens het opstellen van de nota aan de Vlaamse Regering betreffende slagkrachtige zorgraden middels het versterken van de rol van de lokale besturen in de zorgraden, het verhogen van de betrokkenheid van het welzijnsveld en de actualisering van de opdrachten van de zorgraden is aangegeven dat de uitvoering van de ambities, beschreven in deze nota met betrekking tot de financiering van de zorgraden binnen de beschikbare begrotingskredieten moet worden opgevangen.

3.2. Impact op de grondrechten en op het gelijkheidsbeginsel

Dit ontwerp van decreet raakt twee verschillende grondrechten. Enerzijds het bredere sociaal-economische grondrecht op een kwaliteitsvol leven met een voldoende toegang tot sociale diensten (artikel 23 van de Grondwet), anderzijds het recht op privacy (artikel 22 van de Grondwet).

Concreet hebben de volgende artikelen van het ontwerp van decreet een impact op deze grondrechten:

- artikel 13 tot en met 15, die wijzigingen aanbrengen aan het decreet van 26 april 2019 met betrekking tot de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- artikel 22, dat een verwerking inhoudt van persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders die in het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad werken;
- artikel 24 tot en met 32: die een verwerking inhouden van persoonsgegevens in het kader van een digitaal zorg- en ondersteuningsplan.

Organisatie van de eerstelijnszorg voor een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood (artikel 13 tot en met 15)

Deze artikelen hebben geen negatieve impact op de bescherming van de gezondheid en de geneeskundige bijstand.

Zo heeft de opheffing van artikel 6, §2, vierde lid, van het decreet van 26 april 2019, dat in een mogelijkheid voorziet voor een financiering van het interdisciplinaire overleg geen negatieve impact, aangezien de financiering van dit overleg al vervat zit in het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, wat een uitwerking van de financiering in het kader van het decreet van 26 april 2019 overbodig maakt.

De wijzigingen die worden aangebracht in het kader van de zorgcoördinatie en het casemanagement hebben evenmin een negatieve invloed op het grondrecht van artikel 23 van Grondwet.

Door bijkomend te voorzien dat bij scharniermomenten – die de complexiteit van het zorgproces gaan verhogen en die kunnen leiden tot het evalueren en bijsturen van de zorg- en ondersteuningsdoelen, de zorg- en ondersteuningstaken, het zorg- en ondersteuningsteam en bijgevolg het zorg- en ondersteuningsplan – door het zorg- en ondersteuningsteam wordt beraadslaagd over de aanstelling van een zorgcoördinator, wordt het zorgproces geoptimaliseerd.

Idem wat de bijkomende mogelijkheid betreft die voorzien wordt om een zorgaanbieder aan te stellen die de taak van casemanagement opneemt wanneer er geen zorg- en ondersteuningsteam aanwezig is of is samengesteld en er geen enkele zorgaanbieder rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood bij machte is om het zorgproces aan te vatten door de hoge complexiteit. Deze bijkomende mogelijkheid geeft aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de zorgaanbieders de mogelijkheid om een beroep te doen op de expertise van een externe zorgaanbieder die de taak van casemanagement op zich neemt, zodat toch nog een oplossing wordt gevonden om een zorg- en ondersteuningsteam rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood samen te stellen, zodat deze persoon de zorg ontvangt die volgens zijn noden aanwezig moet zijn.

Verwerking van de persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders voor de financiering van de eerstelijnszorg en voor beleidsdoeleinden

Artikel 22 van het ontwerp houdt voor de betrokken eerstelijnszorgaanbieders een inperking in op het recht op een privéleven (artikel 22 van Grondwet). Deze verwerkingen zijn afgetoetst aan de beginselen van legitimiteit, geschiktheid, noodzakelijkheid en evenredigheid.

Zo wordt bij dit ontwerp van decreet een decretale rechtsgrond, conform artikel 6, lid 1, c), van de algemene verordening gegevensbescherming gecreëerd voor de verwerking van de persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders voor deze doeleinden.

Het is evident dat de financiering van de eerstelijnszorgaanbieders niet kan worden toegekend of gecontroleerd zonder een verwerking van de persoonsgegevens van de aanvragende eerstelijnszorgaanbieders. De opgevraagde persoonsgegevens blijven ook beperkt tot de gegevens die noodzakelijk zijn om te kunnen oordelen of de eerstelijnszorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden voor de financiering en om de financiering effectief aan hem te kunnen toekennen.

Het verwerken van persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders voor beleidsdoeleinden is noodzakelijk gebleken omdat er tot vandaag geen representatieve gegevens beschikbaar zijn die toelaten om het aanbod van de eerstelijnsgezondheidszorgaanbieders in kaart te brengen. Dit doeleinde is legitiem, aangezien een zicht op het aanbod van de eerstelijnszorg en de nood aan eerstelijnszorg in het Nederlandse taalgebied en dit op lokaal en regionaal niveau nodig is voor de Vlaamse Gemeenschap om binnen haar bevoegdheden doelgericht maatregelen te kunnen nemen om het aanbod aan eerstelijnszorg afgestemd te krijgen op de nood aan eerstelijnszorg. De opgevraagde gegevens zijn beperkt tot gegevens die alleen betrekking hebben op de professionele activiteiten van de betrokken eerstelijnszorgaanbieders en hun praktijk. Voorafgaandelijk aan deze decretale basis werden er, specifiek voor de huisartsen, in overleg met de representatieve beroepsverenigingen, pilootprojecten opgestart om de gegevens die noodzakelijk zijn voor het in kaart brengen van het aanbod van de eerstelijnszorgaanbieders af te bakenen. In eerste instantie worden alleen de voor- en achternaam en de contactgegevens van de betrokken eerstelijnszorgaanbieders en de contactgegevens van hun praktijk verwerkt, waarna hun een vragenlijst zal worden gestuurd. Het invullen van deze vragenlijst is niet verplicht. Hier wordt gewerkt met sensibilisering van de eerstelijnszorgaanbieders om het draagvlak om de vragenlijst in te vullen te verhogen. De overige persoonsgegevens zullen pas worden verwerkt nadat zij de vragenlijst ingevuld en bezorgd hebben aan de door de Vlaamse Regering aangewezen instantie.

Verwerking van persoonsgegevens in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan

De digitalisering van het zorg- en ondersteuningsplan biedt veel mogelijkheden, maar kan ook ongelijkheden scheppen. Niet elke persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, zijn vertegenwoordiger, mantelzorger of overig lid van zijn zorg- en ondersteuningsteam kan even vlot overweg met digitale instrumenten. In deze digitale kloof ligt een basis van eventuele ongelijkheid.

De cijfers van digitale geletterdheid gaan gelukkig nog altijd in stijgende lijn maar permanente aandacht om de digitale geletterdheid te verhogen, blijft noodzakelijk.

Ook het digitale zorg- en ondersteuningsplan biedt een mogelijkheid om aan de slag te gaan met minder digitaal vaardige burgers of wanneer de techniek het laat afweten (bijvoorbeeld geen verbinding met het internet). Het digitale zorg- en ondersteuningsplan kan worden afgedrukt om de toegankelijkheid tot de gegevens te verhogen. Het afdrukken van gegevens kan een veiligheidsrisico met zich meebrengen. De gegevens worden immers gedecentraliseerd. De gebruikers van de papieren versie zullen worden gewezen op dit risico.

Naast de beschikbaarheid van de digitale applicaties via veelgebruikte, al dan niet mobiele hardware, draagt de presentatie van de gegevens in deze digitale applicaties ook bij tot het verminderen van de digitale kloof. De gebruiksvriendelijkheid van het digitale zorg- en ondersteuningsplan is tijdens de ontwikkeling van de applicatie een permanent aandachtspunt. Dit alles zorgt ervoor dat een eventuele ongelijkheid in de mate van het mogelijke wordt vermeden.

Het digitale zorg- en ondersteuningsplan stimuleert alle zorgaanbieders om doelgericht en geïntegreerd te werken. Deze manier van werken draagt bij aan de grondrechten van de burgers (gelijkheid, non-discriminatie en recht op kwaliteitsvolle gezondheidszorg).

Dat wordt gewerkt met een digitaal zorg- en ondersteuningsplan (ten opzichte van een papieren dossier), is overigens proportioneel in het licht van een mogelijke ongelijkheid. Het is in ieder geval beter om persoonsgegevens digitaal bij te houden dan in verschillende aparte papieren dossiers. Papieren dossiers zijn immers veel minder veilig, terwijl de centrale digitale oplossing die hier wordt voorzien, net bijdraagt aan de bescherming van de persoonsgegevens.

Eveneens is er bij het (digitale) zorg- en ondersteuningsplan sprake van een bepaalde inperking op het recht op een privéleven, vervat in artikel 22 van de Grondwet, door de verwerking van persoonsgegevens die plaatsvindt in het kader van dit digitale zorg- en ondersteuningsplan. Het is immers zo dat in het digitale zorg- en ondersteuningsplan toegang wordt verleend tot persoonsgegevens (ook tot de bijzondere categorie van gegevens zoals gegevens omtrent de gezondheid en het welzijn van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood) en deze gegevens ook worden gedeeld tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

Die inperking wordt geoorloofd geacht als wordt voldaan aan drie principes:

- 1° het legaliteitsbeginsel (met inbegrip van het criterium van de voorzienbaarheid);
- 2° het legitimiteitsbeginsel;
- 3° het proportionaliteitsbeginsel (met inbegrip van het noodzakelijkheids criterium).

In dit ontwerp van decreet wordt met deze achterliggende principes rekening gehouden. De volgende alinea's gaan hier dieper op in.

Het legaliteitsbeginsel houdt uiteraard in dat er een wettelijke basis voorhanden moet zijn om de inmenging in het privéleven (en dus de inperking van het recht op

privéleven) toe te laten. Deze wettelijke basis wordt voorzien in dit ontwerp van decreet zelf, waarin de verwerking van de persoonsgegevens wordt vastgelegd. Het legaliteitsbeginsel houdt eveneens het voorzienbaarheids criterium in; dat betekent dat de formulering ervan voldoende precies is zodat een burger de gevolgen van een bepaalde handeling kan voorzien. Gelet op de duidelijke bewoordingen van dit ontwerp van decreet, het opnemen van de essentiële elementen van de verwerking en de conformiteit met andere regelgeving zoals de algemene verordening gegevensbescherming wordt het legaliteitsbeginsel gerespecteerd.

Vervolgens wordt ook het legitimeitsbeginsel, dat betrekking heeft op het doel van de beoogde inmenging, gerespecteerd. Het doel van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, waarbinnen de verwerking van persoonsgegevens de inmenging en dus de inperking van het recht op privéleven inhoudt, kadert in de bescherming van de gezondheid (wat tevens een grondrecht inhoudt) en het verbeteren van de gezondheidszorg- en welzijnsverlening aan de burger. Dat is volgens het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) een legitiem doel, waardoor ook wordt voldaan aan het tweede principe.

Tot slot is dit ontwerp van decreet in overeenstemming met het proportionaliteitsbeginsel, met inbegrip van de noodzakelijkheidsvereiste. De beoogde verwerking is immers relevant om het nagestreefde doeleinde te behalen (het verwerken van de gegevens draagt uiteraard bij aan de volledigheid van het digitale zorg- en ondersteuningsplan en dus aan de verbetering van de gezondheidszorg- en welzijnsverlening aan de burger) en uit de gegevensbeschermingsimpactanalyse blijkt dat er geen minder ingrijpende manier is dan wat is voorzien in dit ontwerp van decreet om het beoogde doeleinde te bereiken. De bepalingen van de algemene verordening gegevensbescherming worden uiteraard gerespecteerd, waarbij het principe van de gegevensminimalisatie vooropstaat: er worden niet meer gegevens verwerkt dan strikt noodzakelijk is voor het bereiken van het doeleinde. Daarenboven wordt elke verwerking van de persoonsgegevens die gebeurt in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan afgewogen ten aanzien van het recht op bescherming van het privéleven, waarbij net de belangen van de betrokkenen worden vooropgesteld. Het voordeel dat het digitale zorg- en ondersteuningsplan biedt, kadert uiteraard in het belang van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn volledige zorg- en ondersteuningsteam, en draagt bij aan betere gezondheidszorg, -opvolging en -ondersteuning. Daarenboven is het zo dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood een therapeutische relatie heeft met hetzij een lid uit het zorg- en ondersteuningsteam (zorgaanbieder), hetzij met een persoon uit zijn vertrouwenskring (mantelzorger, overig lid) die hij zelf toegang geeft tot het digitale zorg- en ondersteuningsplan. Verder worden de verwerkingen enkel voorzien waar nodig en zoveel als mogelijk beperkt.

Samenvattend doorstaat dit ontwerp van decreet de toetsing van artikel 22 van de Grondwet, aangezien er een duidelijke decretale basis voor de verwerking van persoonsgegevens die voldoet aan het legaliteitsbeginsel is voorzien, en bovendien het legitimeitsbeginsel en het proportionaliteitsbeginsel altijd worden gerespecteerd. Het legitimeitsbeginsel wordt gerespecteerd aangezien het digitale zorg- en ondersteuningsplan een legitiem doeleinde heeft. Het proportionaliteitsbeginsel wordt ook gerespecteerd aangezien de in het ontwerp van decreet beoogde verwerkingen proportioneel zijn in het licht van het legitieme doeleinde en het doeleinde niet op een andere, minder ingrijpende manier kan bereikt worden. Hierdoor is de inperking van het recht op privéleven geoorloofd.

Bij het digitale zorg- en ondersteuningsplan worden onvermijdelijk persoonsgegevens verwerkt. Conform de bepalingen van de algemene verordening gegevensbescherming moet(en) hiervoor een (of meerdere) rechtsgrond(en) bestaan. Zo wordt bij dit ontwerp van decreet een rechtsgrond gecreëerd voor de verwerking van die persoonsgegevens, die al dan niet onder de 'bijzondere' categorie van

persoonsgegevens (artikel 9, lid 1, AVG) vallen. De verwerking van de persoonsgegevens zoals bepaald in de ontworpen artikelen 24 tot en met 28 van het ontwerp van decreet gebeurt – afhankelijk van het specifieke doeleinde – op grond van de volgende rechtsgronden: wettelijke opdracht van de verwerkingsverantwoordelijke (artikel 6, lid 1, c), AVG) en/of taak van algemeen belang van de verwerkingsverantwoordelijke (artikel 6, lid 1, e), AVG), in combinatie met preventieve geneeskunde, verstrekken van gezondheidszorg en sociale diensten (artikel 9, lid 2, h), AVG) en/of algemeen belang op gebied van volksgezondheid (waarborgen van kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg (artikel 9, lid 2, i), AVG), en/of statistische doeleinden (artikel 9, lid 2, j), AVG).

Tot slot voorziet de algemene verordening gegevensbescherming in de uitvoering van een gegevensbeschermingseffectbeoordeling (GEB of DPIA (Data Protection Impact Assessment)), waarbij de effecten van de verwerking van de persoonsgegevens op de bescherming van die gegevens worden nagegaan. Daarbij is voorzien dat aan de betrokkenen zelf of aan hun vertegenwoordigers kan gevraagd worden wat hun mening is over de beoogde verwerking (artikel 35, lid 9, van de algemene verordening gegevensbescherming). In dat kader zouden de leden van het zorg- en ondersteuningsteam kunnen bevraagd worden over het gebruik van de applicatie voor het digitale zorg- en ondersteuningsplan, waarna het verwerkingsbeleid kan verbeteren en de gebruiksvriendelijkheid van de applicatie kan verhogen.

3.3. Kind- en Jongereneffectrapport (JoKER)

Zoals beschreven, zorgt het (digitale) zorg- en ondersteuningsplan voor een bepaalde inperking, ook voor de jongere, van het recht op een privéleven, vervat in artikel 22 van de Grondwet, door de verwerking van persoonsgegevens die plaatsvindt in het kader van dat digitale zorg- en ondersteuningsplan. Die inperking wordt geoorloofd geacht in dit ontwerp van decreet omdat rekening wordt gehouden met drie principes: het legaliteitsprincipe, het legitimiteitsprincipe en het proportionaliteitsprincipe.

Aangezien dit ontwerp van decreet zich in hoofdzaak richt op het verder verfijnen en uitwerken van de bestaande concepten binnen het bestaande decreet, wordt verwezen naar de JoKER-toets die initieel werd uitgewerkt voor het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. Er werd toen duidelijk een positieve afweging gemaakt in de richting van geïntegreerde zorg in de eerste lijn voor de jongere. In de toenmalige analyse werden enkele nadelen benoemd die met dit ontwerp van decreet worden aangepakt:

- 1° Een digitaal hulpmiddel om een zorgplan te ontwikkelen, ontbreekt.
- 2° Sturing op de verschillende actoren voor de verschillende groepen jongere werd als complex geformuleerd.
- 3° Inspraak door de verschillende betrokken partijen (zorgaanbieders, ouders, mantelzorgers enzovoort) werd als tijdsintensief en niet evident bestempeld.
- 4° Interregionale afstemming tussen de verschillende actoren werd als niet evident bestempeld.

Op de destijds geformuleerde aandachtspunten wordt met dit ontwerp van decreet een antwoord geformuleerd.

- 1° Door levensdoelen expliciet op te nemen in dit ontwerp van decreet en als fundament te positioneren voor de zorgplanning zal de zorg een betere aansluiting bieden op de leefwereld van de jongere en de ouders.
- 2° Het in ontwikkeling zijnde digitale zorg- en ondersteuningsplan biedt een antwoord om de complexe zorg voor de jongere beter te stroomlijnen tussen de verschillende zorgdisciplines en betere inspraak van zowel de jongere als de ouders zelf mogelijk te maken.

- 3° Door de voorzieningen erkend, vergund of gesubsidieerd door het agentschap Opgroeien regie in de zorgraad te verankeren, zal de regionale afstemming beter verlopen tussen de verschillende zorgactoren. De zorgraad is het forum bij uitstek waar de verschillende beroepsgroepen elkaar vinden om concrete afspraken te maken om geïntegreerde en doelgerichte zorg te realiseren.

Het belang van de jongere werd via verschillende inhoudelijke werkgroepen bewaakt via het agentschap Opgroeien regie dat nauw werd betrokken bij het uitschrijven van de inhoudelijke klijtlijnen van het digitale zorg- en ondersteuningsplan. Binnen de governancestructuur van dit project wordt, ook in de toekomst, via deze weg rekening gehouden met deze belangrijke doelgroep.

3.4. Armoedetoets

Ook hier wordt verwezen naar de armoedetoets die initieel werd uitgewerkt voor het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. Jammer genoeg is de socio-economische kloof door de recente crisissen enkel maar gegroeid; de correlatie tussen armoede en gezondheid werd enkel maar beter belicht.

De toenmalige analyse stelde al dat voor het globale armoedebelief iedereen betrokken partij is: de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de mantelzorgers, zorgaanbieders, lokale besturen, de welzijnssector enzovoort.

De zorgraden hebben hier een duidelijke rol te vervullen om voor hun specifieke populatie een kwaliteitsvol, toegankelijk en laagdrempelig zorg- en welzijnsaanbod naar voren te schuiven voor elke burger binnen de eerstelijnszone.

Om dit te realiseren, koos de Vlaamse Regering ervoor om de rol van de lokale besturen, als belangrijke partner voor het lokaal sociaal beleid, te versterken in de zorgraad, door ervoor te zorgen dat de beleidscycli en beleidsprioriteiten beter op elkaar worden afgestemd. Daartoe worden zowel de zorgstrategische planning en populatiemanagement als belangrijke instrumenten gepositioneerd om doelgroepen/of wijkgericht te werk te gaan.

Bijkomend wordt het model van doelgerichte, geïntegreerde zorg om via de levensdoelen een zorg- en ondersteuningsplanning te realiseren, duidelijk gepositioneerd. Deze methodiek van werken moet de dialoog tussen de professional, de informele zorgaanbieders en de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood stimuleren om een zorgaanbod op maat te realiseren voor elke burger, dus ook voor de meest kwetsbaren in de maatschappij.

3.5. Handhaving en evaluatie

Het voorliggende ontwerp van decreet biedt bijkomende zaken om het beleid te evalueren:

- 1° Het toekomstige digitale zorg- en ondersteuningsplan kan de nodige beleidsrelevante gegevens opleveren om minstens enkele proces- en resultaatsindicatoren inzake doelgerichte en geïntegreerde zorg te evalueren.
- 2° Het afstemmingsproces tussen de beleidscycli van de lokale besturen en de zorgraden voor het lokale sociale beleid biedt toekomstige mogelijkheden om de beleidsprioriteiten beter te begrijpen.
- 3° Het specifieke doelgroepenbeleid wordt beter onderbouwd door de zorgstrategische planning en populatiemanagement.

De exacte modaliteiten betreffende handhaving en evaluatie moeten finaal verder uitgewerkt worden in de uitvoeringsbesluiten.

3.6. Bestuurlijke impact op lokale besturen, provinciale besturen en Brussel

Aangezien de lokale besturen al lid zijn van de zorgraad wordt enkel een minimale bestuurlijke impact verwacht. Ook voor de Brusselse context is er alleen maar een minimale bestuurlijke impact. Er moet worden opgemerkt dat de lokale besturen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, aangezien dat bicommunautaire voorzieningen zijn, niet verplicht worden om deel te nemen aan de zorgraden, maar zij kunnen wel op vrijwillige basis deelnemen aan de werkzaamheden van de zorgraad.

De bestuurlijke impact zal zich beperken tot een betere professionalisering van de samenwerkingsverbanden die worden opgezet met de verschillende zorgraden.

Op het niveau van de provinciale besturen is er geen impact.

4. Informatie over het digitale zorg- en ondersteuningsplan

Het digitale zorg- en ondersteuningsplan is voorlopig opgebouwd uit verschillende modules:

- 1° de levensdoelen;
- 2° de zorg- en ondersteuningsdoelen;
- 3° de zorg- en ondersteuningstaken;
- 4° het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° de communicatie;
- 6° de context;
- 7° de kalender en tijdslijn.

De levensdoelen

De levensdoelen zijn de bouwstenen voor doelgerichte, geïntegreerde zorg. De levensdoelen behandelen onderwerpen zoals wonen, werken (onder andere re-integratie na ziekte), relaties, vrije tijd en creativiteit, seksualiteit, mobiliteit, vorming en onderwijs, autonomie en competenties van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Enkele voorbeelden zijn:

- Zo lang mogelijk met de partner thuis kunnen blijven wonen.
- Het sociaal contact in het buurthuis tijdens vrijwilligerswerk geeft veel energie en voldoening, de wens bestaat om dit vrijwilligerswerk opnieuw aan te vatten.

De levensdoelen worden bepaald door een doelgericht gesprek te voeren. Het digitale zorg- en ondersteuningsplan kan in de toekomst verbinden met digitale applicaties die kunnen helpen bij het bepalen van deze levensdoelen.

Alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam kunnen levensdoelen opnemen in het digitale zorg- en ondersteuningsplan, altijd in overleg met en mits goedkeuring van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.

De zorg- en ondersteuningsdoelen

De levensdoelen worden door het zorg- en ondersteuningsteam vertaald naar zorg- en ondersteuningsdoelen. Enkele voorbeelden zijn:

- Behoud van de lichamelijke mogelijkheden en voorkomen van valrisico's.
- Het sociaal netwerk opnieuw uitbouwen.
- Opnieuw op restaurant kunnen gaan.

Zorg en ondersteuningsdoelen zijn resultaatgericht geformuleerd. Via het digitale zorg- en ondersteuningsplan kunnen deze zorg- en ondersteuningsdoelen samen met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden opgesteld, beheerd, gedeeld, aangepast en geëvalueerd. Bovendien kunnen de zorg- en

ondersteuningsdoelen worden gelinkt aan specifieke zorg- en ondersteuningstaken die aan het zorg- en ondersteuningsteam worden toegekend.

De zorg- en ondersteuningstaken

Dit zijn concrete, specifieke taken, SMART²-geformuleerd, om de zorg- en ondersteuningsdoelstellingen te behalen. Enkele voorbeelden zijn:

- Dagelijkse controle door de mantelzorger waarbij wordt nagegaan of de medicatie correct en tijdig werd genomen.
- Wekelijkse oefeningen bij de kinesist om pijn te verhelpen in de knie.
- Maandelijks bezoek aan het buurthuis.

De zorg- en ondersteuningstaken van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden in het digitale zorg- en ondersteuningsplan opgesteld en beheerd, en worden gelinkt aan de daarbij horende zorg- en ondersteuningsdoelen. Deze taken kunnen vervolgens worden toegewezen aan een of meerdere leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

Zorg- en ondersteuningsteam

Het zorg- en ondersteuningsteam is het netwerk van formele en informele zorgverleners uit de gezondheids- en welzijnssector rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.

Niet alleen (professionele) zorgaanbieders zoals de huisarts, specialist, kinesist, maatschappelijk werker, psycholoog, thuisverpleegkundige enzovoort zijn hierin opgenomen, maar ook niet-professionele personen die zorg en ondersteuning bieden aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, bijvoorbeeld de buurvrouw, de echtgenoot, de kinderen, de beste vriend enzovoort. Ook de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zelf maakt deel uit van het zorg- en ondersteuningsteam.

In het digitale zorg- en ondersteuningsplan worden al deze personen opgenomen, voor zover zij daartoe door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zijn toegelaten. De toegang tot bepaalde gegevens wordt ook per lid van het zorg- en ondersteuningsteam bepaald overeenkomstig zijn rol binnen het team. De overige leden van het team hebben geen volledige toegang tot alle gegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, tenzij de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood anders beslist. Ook van die overige leden zelf worden gegevens, meer bepaald contact- en profielgegevens, opgenomen zodat ze gekend zijn en gecontacteerd kunnen worden.

De communicatiemodule

De leden van het zorg- en ondersteuningsteam kunnen via de communicatiemodule van het digitale zorg- en ondersteuningsplan met elkaar communiceren over niet-dringende zaken met betrekking tot het zorg- en ondersteuningsplan.

De teamleden zullen in de toekomst kunnen communiceren via of door het opladen van tekst-, spraak- of videoberichten.

Het is van groot belang dat alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam begrijpen dat urgenties niet in het digitale zorg- en ondersteuningsplan kunnen worden opgenomen en dat dergelijke berichtgeving via andere kanalen moet gebeuren. Indien een lid van het zorg- en ondersteuningsteam wel dringende communicatie

² SMART is een acroniem dat gebruikt wordt om doelstellingen op te stellen. Deze doelstellingen zijn specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden.

(alleen) via het digitale zorg- en ondersteuningsplan zou meedelen, kan hier in hoofde van de andere leden van het zorg- en ondersteuningsteam geen aansprakelijkheid uit worden afgeleid met betrekking tot de schade die potentieel zou kunnen ontstaan als deze urgentie niet vanuit het digitale zorg- en ondersteuningsplan zou zijn opgepikt door een ander lid van het zorg- en ondersteuningsteam.

Via het digitale zorg- en ondersteuningsplan is het mogelijk om de gevoerde communicatie (berichten, afbeeldingen, video, spraakberichten en dergelijke meer) voor de gebruikers ervan samen te brengen op één plaats of één medium en een eventueel verlies van informatie te voorkomen (wat vroeger bijvoorbeeld wel sneller mogelijk was met briefjes of post-its die op de keukentafel of op andere plaatsen werden achtergelaten). Het is immers al vaker gebleken dat, indien de communicatie op papier verloopt, veel relevante informatie verloren gaat of niet bij de juiste persoon terechtkomt. Voorts is het ook niet wenselijk om communicatie die een impact heeft op de gezondheid en het welzijn van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood niet te centraliseren. Bovendien is de communicatie beter afgeschermd, aangezien ze enkel zichtbaar zal zijn voor het zorg- en ondersteuningsteam. Elk lid van het zorg- en ondersteuningsteam heeft toegang tot de volledige communicatie (maar daarom nog niet per se tot de informatie met betrekking tot de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood in de andere modules). Het is immers niet de bedoeling dat er tussen bepaalde leden een-op-een gecommuniceerd kan worden.

De context

In deze module wordt de bio-psycho-sociale context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood beschreven. De context wil een globaal beeld geven van de leefwereld van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Contextinformatie kan bestaan uit: relatiestatus, wooninrichting, allergieën, geloofsovertuiging, beroep, re-integratie na ziekte, medicatieschema, alcoholgebruik, hobby's, etnische afkomst en dergelijke meer.

Contextinformatie is relevant om levensdoelen, zorg- en ondersteuningsdoelen en zorg- en ondersteuningstaken beter te begrijpen. De toegang tot deze informatie wordt bepaald in functie van de rol die een lid binnen het zorg- en ondersteuningsteam heeft. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood kan zelf bepalen welke leden binnen het zorg- en ondersteuningsteam de volledige of een deel van de context kunnen zien of raadplegen. Dit is uiteraard in lijn met andere relevante wetgeving hierover.

De kalender en tijdslijn

De kalender en tijdslijn geven de verschillende ingeplande zorg- en ondersteuningstaken weer in de tijd aan de hand van agenda-items. Deze worden ingevuld door middel van interne en externe agenda's (waarbij bijvoorbeeld kan worden gedacht aan een agenda uit het externe softwarepakket van de thuisverpleegkundige), waarbij die agenda's kunnen worden gekoppeld. Een agendapunt wordt gekoppeld aan een zorg- en ondersteuningstaak en na het uitvoeren van die taak kan in het digitale zorg- en ondersteuningsplan worden aangegeven dat ze werd uitgevoerd.

5. De legistieke uitwerking van het digitale zorg- en ondersteuningsplan

Om al deze functionaliteiten en modules mogelijk te maken, voegt dit ontwerp van decreet een afdeling in waarin al deze specifieke bepalingen over het digitale zorg- en ondersteuningsplan zijn opgenomen.

Vooreerst worden enkele definities toegevoegd.

Verder worden de essentiële elementen van de verwerking opgenomen in de wettelijke basis, gelet op het feit dat er in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan veel 'gewone' en de 'bijzondere' categorieën van persoonsgegevens in de zin van de algemene verordening gegevensbescherming worden verwerkt. Deze essentiële elementen moeten worden opgenomen naar aanleiding van het arrest 33/2022 van 10 maart 2022 van het Grondwettelijk Hof. Bijgevolg bevat de ingevoegde afdeling de volgende essentiële elementen:

- de doeleinden van de verwerking;
- de categorieën van persoonsgegevens die worden verwerkt;
- de categorieën van ontvangers van de persoonsgegevens en de toegang tot de verwerkte persoonsgegevens;
- de rechten van de betrokkenen (en eventuele inperking daarvan);
- de bewaartermijnen van de persoonsgegevens;
- de verwerkingsverantwoordelijken.

De doeleinden van de verwerking kaderen in de voormelde modules; het gaat dus over:

- 1° het bepalen van de levensdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 2° het opstellen en, indien nodig, toewijzen van de zorg- en ondersteuningsdoelen door het zorg- en ondersteuningsteam en de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood aan de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 3° het opstellen en toewijzen van de zorg- en ondersteuningstaken door het zorg- en ondersteuningsteam en de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood aan de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 4° het samenstellen en valideren van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° het mogelijk maken van niet-dringende communicatie tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam in de communicatiemodule van het digitale zorg- en ondersteuningsplan over de inhoud ervan;
- 6° het in kaart brengen van de complexe context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 7° het bepalen van de kalender en tijdslijn aan de hand van interne en externe agenda's, die de ingeplande zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood weergeven.

Bovendien is het de bedoeling dat het Departement Zorg aan beleidsrapportering zal kunnen doen. Onder beleidsrapportering valt bijvoorbeeld hoeveel keer en wanneer wordt ingelogd door de gebruikers van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, het aantal gebruikers en hun rol, het aantal levensdoelen, zorg- en ondersteuningsdoelen en -taken, het gemiddeld aantal berichten in de communicatiemodule enzovoort. Het betreft hier de mogelijkheid om statistische gegevens te verzamelen, onder andere met het oog op de evaluatie van digitale zorg- en ondersteuningsplannen en het verbeteren van de toepassing en de functionaliteiten ervan. Verder is het ook de bedoeling om de kwaliteit van de zorg en ondersteuning te bevorderen en te verbeteren en het interdisciplinaire zorgplanningsproces zoveel mogelijk te faciliteren. Met een gebruiker wordt in het kader van dit ontwerp van decreet de persoon bedoeld die het digitale zorg- en ondersteuningsplan gebruikt. Dat kan dus elk lid van het zorg- en ondersteuningsteam zijn.

Per rol binnen het zorg- en ondersteuningsteam wordt bepaald welke (categorieën van) (persoons)gegevens worden verwerkt. Aangezien de algemene verordening gegevensbescherming voorschrijft dat er bij de verwerking van persoonsgegevens altijd gegevensminimaliserend te werk gegaan moet worden, worden niet meer (categorieën van) persoonsgegevens verwerkt dan noodzakelijk voor het bereiken van de doeleinden. Dat is dan ook op die manier opgenomen.

Zoals hierboven al werd uiteengezet, is het niet de bedoeling dat elke ontvanger (dus elk lid van het zorg- en ondersteuningsteam) volledige toegang krijgt tot alle persoonsgegevens die in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan worden verwerkt. Bijgevolg is niet alleen afzonderlijk bepaald welke persoonsgegevens van welk lid van het zorg- en ondersteuningsteam worden verwerkt, maar ook welk lid de facto toegang krijgt tot welke gegevens. Het is bijvoorbeeld niet ondenkbaar dat een buur mee in het zorg- en ondersteuningsteam van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood wordt opgenomen, bijvoorbeeld omdat hij dagelijks warm eten brengt naar die persoon en er samen mee eet. Deze buurvrouw of -man moet echter niet de facto toegang krijgen tot (alle) gezondheidsgegevens en gegevens over de context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, maar bijvoorbeeld wel tot de aan haar of hem toebedeelde zorg- en ondersteuningstaken en tot de communicatie (bijvoorbeeld om te noteren of de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood goed heeft gegeten). Om die reden is dan ook afzonderlijk bepaald welk lid van het zorg- en ondersteuningsteam toegang krijgt tot welke persoonsgegevens. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood kan uiteraard autonoom beslissen om een lid toch toegang te geven tot (bepaalde) gegevens waartoe hij normaal geen toegang zou hebben. Op die manier behoudt de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood de regie over het zorg- en ondersteuningsplan.

De bewaartermijnen van de gegevens zijn opgenomen rekening houdend met de bewaartermijnen van de gegevens in Vitalink, omdat ze in Vitalink worden bewaard. In dit ontwerp van decreet wordt dan ook bepaald dat de persoonsgegevens in het digitale zorg- en ondersteuningsplan worden bewaard tot zes maanden na het overlijden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. De loggegevens (zijnde technische en statistische gegevens) worden bewaard tot vijf jaar na de laatste verwerking ervan. Deze termijnen zijn in overeenstemming met de termijnen in het decreet van 8 juli 2022 tot oprichting van het platform Vitalink, en zijn conform het principe van opslagbeperking uit de algemene verordening gegevensbescherming.

Het Departement Zorg is voor het beheer van het digitale zorg- en ondersteuningsplan de verwerkingsverantwoordelijke. Bij andere verwerkingen binnen het digitale zorg- en ondersteuningsplan in het kader van het aanbieden van zorg kan het Departement Zorg met de zorgaanbieder(s) optreden als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijke. In andere gevallen zal de zorgaanbieder binnen de gezondheidsrechtelijke verplichtingen waaraan hij moet voldoen, optreden als verwerkingsverantwoordelijke en het Departement Zorg als loutere verwerker. Een professionele zorgaanbieder, die op grond van zijn wettelijke verplichtingen als verwerkingsverantwoordelijke moet optreden, zal immers bij de uitwisseling van de niet-dringende berichten gebruikmaken van de module communicatie. In deze context zal het Departement Zorg dan als verwerker instaan voor het opslaan en faciliteren van die berichten.

Naast de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood wordt in dit ontwerp van decreet telkens de vertegenwoordiger meegenomen. Dat kadert uiteraard in het feit dat niet elke persoon met een zorg- en ondersteuningsnood onder het gezondheidsrecht en meer bepaald onder de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt als wilsbekwaam kan worden beschouwd. Er kan gedacht worden aan een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood jonger dan 16 jaar, aan een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood die aan dementie lijdt of die zijn wil niet meer kan uitdrukken vanwege een andere aandoening. De rechten (en dus ook de toegang tot de gegevens) van die persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden in dat geval uitgeoefend door de vertegenwoordiger. Om die reden wordt de vertegenwoordiger ook meegenomen in de bepalingen over het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

6. Implementatie

Dit ontwerp van decreet bevat de volgende delegaties aan de Vlaamse Regering:

- 1° artikel 13: dit artikel voegt een delegatie in in artikel 5 van het decreet van 26 april 2019, op basis waarvan de Vlaamse Regering de nadere regels kan bepalen met betrekking tot de organisatie van de eerstelijnszorg voor een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de samenwerkingsafspraken die gemaakt worden tussen de betrokken zorgaanbieders, de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de mantelzorgers bij de organisatie van de eerstelijnszorg;
- 2° artikel 22: dit artikel bevat de volgende delegaties die worden ingeschreven in een nieuw artikel 23 van het decreet van 26 april 2019:
 - a) de Vlaamse Regering wijst de dienst aan die de persoonsgegevens verwerkt, vermeld in het ontworpen artikel 23, §2;
 - b) de Vlaamse Regering kan de persoonsgegevens, vermeld in het ontworpen artikel 23, §2, nader preciseren;
- 3° artikel 26: de Vlaamse Regering kan, na advies van de bevoegde toezichthoudende autoriteit de persoonsgegevens die in het digitale zorg- en ondersteuningsplan worden verwerkt door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorgaanbieders, de mantelzorgers en de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam nader preciseren (ontworpen artikel 23/3, laatste lid);
- 4° artikel 27: de Vlaamse Regering wijst de instantie aan die als gebruiker gegevens kan ontvangen uit het digitale zorg- en ondersteuningsplan (ontworpen artikel 23/4, 5°);
- 5° artikel 30: de Vlaamse Regering kan voor specifieke gegevens een bewaartermijn bepalen die korter is dan de bewaartermijnen vastgelegd in het ontworpen artikel 23/7 (ontworpen artikel 23/7, §6).

Dit ontwerp van decreet treedt in werking op 1 januari 2025, met uitzondering van artikel 18 (decretaale voorwaarden waaraan de eerstelijnszones moeten voldoen) en artikel 20 (decretaale voorwaarden waaraan de regionale zorgzones moeten voldoen), die in werking treden tien dagen na de datum van publicatie van het decreet in het Belgisch Staatsblad.

De Vlaamse Regering kan voor iedere bepaling van het decreet, met uitzondering van artikel 18 en 20, een datum van inwerkingtreding bepalen die vroeger ligt dan 1 januari 2025.

C. Totstandkomingsprocedure

Het gunstige advies van de Inspectie van Financiën werd verkregen op 24 april 2023. De Inspectie van Financiën had geen opmerkingen over het voorontwerp van decreet. Het gemotiveerd akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, is niet vereist.

Het wetgevingstechnisch en taalkundig advies werd verkregen op 27 april 2023. Het voorontwerp van decreet werd aangepast aan het wetgevingstechnisch en taalkundig advies 2023/160 van 27 april 2023.

Het advies van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Vlaamse Raad WVG) werd verkregen op 30 juni 2023.

Het advies 2023/060 van de Vlaamse toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens (VTC) werd verkregen op 14 juni 2023.

De Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) heeft op de zitting van 18 juli 2023 beslist om voor het ontwerp van decreet te verwijzen naar het standaardadvies 65/2023 van 24 maart 2023.

De Raad van State heeft op 29 november 2023 advies 74.497/3 over het voorontwerp van decreet uitgebracht.

1. Bespreking van het advies van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

De Vlaamse Raad ziet globaal stappen in de goede richting naar meer integrale zorg en ondersteuning, maar haalt aan dat de weg nog lang is.

De raad stelt dat het goed is dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood als centrale figuur wordt beschouwd in het ontwerp van decreet. Toch ziet de raad nog heel wat drempels voor het nemen van zorgregie, waaraan het ontwerp van decreet voorbijgaat.

Deze opmerking is terecht en begrijpelijk maar in een ontwerp van decreet over de organisatie van de eerstelijnszorg kunnen deze elementen niet allemaal geregeld worden. Hiervoor zijn andere initiatieven nodig op meerdere terreinen, die vaak de grenzen van het voorliggende ontwerp van decreet overstijgen. Dat wil niet zeggen dat hier geen aandacht voor is in de hervorming van de eerstelijnszorg.

De raad mist linken naar modellen van buurtgerichte zorg en ondersteuning, zoals de projecten zorgzame buurten.

Het is helemaal niet de bedoeling voorbij te gaan aan de modellen van buurtgerichte zorg en ondersteuning die momenteel uitgetest worden maar die zitten nog in een testfase en de resultaten kunnen nog niet dienen om de voorliggende regelgeving te documenteren of de gepaste richtlijnen of voorwaarden in te schrijven. Uiteraard worden die modellen wel meegenomen in de visieontwikkeling en het beleidskader om doelgerichte zorg en ondersteuning en integrale zorg en ondersteuning vorm te geven.

De raad vraagt om meer immateriële instrumenten in te zetten zoals opleiding, intervisie, tijd en ruimte om te experimenteren.

Het ontwerp van decreet bevat alle elementen die het de opsteller mogelijk maken om deze immateriële instrumenten te ontwikkelen en in te zetten. De oprichting van een VIVEL, zorggraden, projectmogelijkheden, de ondersteuning van interdisciplinaire praktijkvoering enzovoort zijn allemaal hefboomen om deze immateriële elementen op het terrein te realiseren. Een verdere verfijning van deze hefboomen vindt plaats in de uitvoeringsbesluiten.

De raad stelt zich vragen bij de verschillende integratiebewegingen binnen de eerste lijn en haalt aan dat al deze bewegingen op een bepaalde manier moeten samenkomen. In dit punt verwijst de raad specifiek naar de ziekenhuizen.

De raad haalt daar een terechte bezorgdheid aan. Er zijn inderdaad in verschillende domeinen binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin evoluties aan de gang met het oog op meer integrale zorg en ondersteuning. Vanuit een logische gedragen evolutie worden stap voor stap simultaan wegen bewandeld en werkingsprincipes uitgewerkt die de beweging naar meer geïntegreerde zorg en ondersteuning mogelijk moeten maken binnen verschillende domeinen. Op zich is dit niet onlogisch. Binnen elke sector is sprake van versnippering en diversiteit in aanbod en organisatie. Door deze bewegingen te maken, moet hieraan verholpen kunnen worden. Ondertussen worden er werkingsprincipes uitgezet waarbij voorzieningen kansen krijgen om te evolueren naar meer integrale zorg en ondersteuning. Dit betekent dat zij hun verantwoordelijkheid moeten nemen om de eigen sector te overstijgen en de brug te maken naar andere sectoren. Deze bewegingen vragen tijd, maar zijn wel nodig om uiteindelijk te komen tot een meer geïntegreerde organisatie van zorg en ondersteuning over sectoren heen.

Wat de ziekenhuizen betreft, moet rekening gehouden worden met de bevoegdheidsverdeling. De Vlaamse Gemeenschap kan niet aan alle actoren in de tweede en derde lijn verplichtingen opleggen. Deze problematiek kwam ook naar voren bij het Eerstelijnsdecreet van 26 april 2019, waarin de Raad van State het volgende bepaalde (punt 4.2, advies 64.944/3 van 24 januari 2019): "Bij de uitoefening van de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap inzake de gespecialiseerde gezondheidszorg moet rekening worden gehouden met de federale bevoegdheden ter zake, in het bijzonder de residuaire bevoegdheid inzake de reglementering van de gespecialiseerde beroepen. Door op algemene wijze te bepalen dat de eerstelijnszorg afgestemd wordt op "de gespecialiseerde zorg" kan daarover twijfel ontstaan."

In het advies raadde de Raad van State dan ook aan om een definitie op te nemen van gespecialiseerde zorg, waarin duidelijk wordt vermeld dat het alleen gaat om de gespecialiseerde zorg waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is.

De raad merkt op dat voorbijgegaan wordt aan het tekort aan professionele zorgaanbieders op het terrein.

Het capaciteitsprobleem kan niet onderwerp zijn van dit ontwerp van decreet. Dat moet aangepakt en geregeld worden via de sectordecreten en besluiten over deze zorgaanbieders (bijvoorbeeld het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019). Anderzijds is de opsteller van het ontwerp van decreet ervan overtuigd dat het subsidiariteitsprincipe beter zal worden gerespecteerd door een betere organisatie van de zorg, wat ten slotte tot een gedeeltelijke optimalisatie van de capaciteit zal leiden.

De raad vraagt verduidelijking bij de concepten zorgcoördinatie en casemanagement:

- 1° Zorgcoördinator en casemanager moeten duidelijk gepositioneerd worden ten opzichte van elkaar.
- 2° Het is niet duidelijk of er een mandaat, en zo ja, welk mandaat aan deze functies gegeven zal worden.
- 3° Er moet worden bepaald wie de opdracht van casemanager kan opnemen.
- 4° Er moet worden verduidelijkt wanneer en door wie kan worden vastgesteld dat het bestaande zorg- en ondersteuningsteam er niet in slaagt om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken.

In het ontwerp van decreet wordt het onderscheid tussen beide rollen gemaakt. Beide rollen verschillen op een aantal essentiële punten: binnen versus buiten het zorg- en ondersteuningsteam, langdurige versus tijdelijke inzet. De zorgcoördinator verleent naast zijn coördinerende rol ook zorg en ondersteuning aan de persoon waarvoor hij de zorg coördineert, de casemanager niet (hij kan wel zorg en ondersteuning verlenen aan andere personen). Casemanagement is een ondersteuning voor het zorg- en ondersteuningsteam om het zorg- en ondersteuningsproces weer vlot te krijgen of als 'startkabel' voor een persoon om een zorg- en ondersteuningsproces op gang te trekken. Zorgcoördinatie kan enkel als er sprake is van een zorg- en ondersteuningsteam. Er mag niet uit het oog verloren worden dat de coördinatie van het zorgproces ook door de persoon zelf of zijn informele zorg opgenomen kan worden. Voor zorgcoördinatie is dus niet altijd een professionele zorgaanbieder nodig. Casemanagement daarentegen moet altijd door een professionele zorgaanbieder opgenomen worden, die hiervoor de nodige competenties heeft ontwikkeld. Een verdere concretisering van beide rollen zal het voorwerp uitmaken van een uitvoeringsbesluit.

De opsteller van het ontwerp van decreet zal bij het opstellen van het uitvoeringsbesluit de nodige aandacht geven aan sectorale afstemming.

Onder scharniermomenten valt veel meer dan enkel de overgang van een thuissituatie naar een residentiële situatie en omgekeerd. Elke gebeurtenis die het zorg- en ondersteuningsteam dwingt tot evaluatie en bijsturing van de bestaande zorg en

ondersteuning en van het aanwezige zorg- en ondersteuningsteam kan een scharniermoment genoemd worden. Dit gaat dan bijvoorbeeld ook over het wegvallen van de informele zorg, een tijdelijke verergering van de lichamelijke toestand van de persoon, acute zorgnoden die ineens opduiken (andere dan de al bestaande bijvoorbeeld), verlies van autonomie bij de persoon, crisissituaties in het gezin enzovoort. Er wordt geen beperking opgelegd in doelgroepen of sectoren, want dat zou haaks staan op de visie van integrale zorg en ondersteuning.

De definitie zal aangepast worden: scharniermomenten zijn "situaties waarbij de context van de zorg en ondersteuning, de frequentie waarmee de zorg en ondersteuning wordt toegediend, of de complexiteit wijzigt".

In het begin van de hervorming naar zorgcoördinatie en casemanagement zal er ook nood zijn aan voldoende 'chance management' als men beide basisbegrippen in het kader van geïntegreerde zorg en ondersteuning succesvol wil kunnen implementeren in de sector. Deze nood kan na verloop van tijd wel afnemen, zodra zorgaanbieders en welzijnsondersteuners voldoende vertrouwd en opgeleid zijn om de zorgcoördinatie (en het casemanagement waar nodig) kwaliteitsvol op te nemen, ook door het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan en andere maatregelen die nodig zijn om geïntegreerd te werken.

De opstellers van het ontwerp van decreet zijn van mening dat artikel 7, §3, 2°, voldoende weergeeft dat het een gezamenlijke beslissing is van het zorg- en ondersteuningsteam en niet van één lid van het team afzonderlijk. Veel meer dan vroeger moet in doelgerichte zorg en ondersteuning het zorgproces bekeken worden vanuit een teamlogica eerder dan vanuit een individuele logica. Het gaat hier om een gezamenlijke inspanning om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken. In de teambespreking kan elk lid zijn visie op het zorgproces geven, net zoals de zorgcoördinator, en kan dan overgegaan worden tot de aanstelling van een case-manager. Het is niet de bedoeling om de zorgcoördinator verantwoordelijk te stellen voor het verbeteren van het zorgproces. Hij kan hiervoor wel de aanzet geven en op tafel leggen wat volgens hem moet gebeuren, maar het is uiteindelijk het voltallige zorg- en ondersteuningsteam dat hierover een consensus vindt.

De Vlaamse Raad geeft aan dat hij het goed vindt dat het digitale zorg- en ondersteuningsplan een decretale basis krijgt, maar meent dat de uitwerking ervan in het voorontwerp van decreet heel ver gaat en detaillistisch is. Dit zou voor een deel in uitvoeringsbesluiten kunnen worden opgenomen, na pilootprojecten en evaluaties (randnummer 2.2).

De opstellers begrijpen de opmerkingen van de Vlaamse Raad WVG, maar zij kunnen de vaste rechtspraak (Grondwettelijk Hof) en adviezen (Raad van State en GBA) niet naast zich neerleggen. In het ontwerp van decreet zijn enkel de essentiële elementen van de verwerking opgenomen zoals voorgeschreven in het arrest 27/2020 van 20 februari 2020 van het Grondwettelijk Hof. In dat arrest heeft het Hof bepaald dat de essentiële elementen van de verwerking de volgende zijn:

- het (de) precieze doeleinde(n), waarvan bij lezing al kan worden afgeleid welke gegevensverwerkingsverrichtingen zullen worden ingevoerd voor de verwezenlijking ervan;
- de identiteit van de verwerkingsverantwoordelijke(n);
- het soort gegevens die noodzakelijk zijn voor de verwezenlijking van dit (deze) doeleinde(n);
- de bewaartermijn van de gegevens;
- de categorieën van betrokkenen van wie de gegevens zullen worden verwerkt;
- de ontvangers of categorieën van ontvangers aan wie de gegevens worden meegedeeld;
- de omstandigheden waarin ze zullen worden meegedeeld;

- de eventuele beperking van de verplichtingen en/of rechten, vermeld in artikel 5, 12 tot en met 22, en 34 van de AVG.

Het decreet moet ook de toetsing aan artikel 22 van de Grondwet, zijnde de toetsing aan het legaliteitsbeginsel, doorstaan. Dit kan enkel – volgend op voormeld arrest van het Grondwettelijk Hof en cf. de adviezen van de Raad van State en de gegevensbeschermingsautoriteiten – als voormelde essentiële elementen van de verwerking in de wettelijke tekst, hier dus in het ontwerp van decreet, zijn opgenomen.

Die essentiële elementen vormen in hoofdzaak “categorieën van...” (betrokkenen, ontvangers, persoonsgegevens enzovoort) en zijn dus niet gedetailleerd, maar eerder globaal opgenomen. Voor de verdere uitwerking is wel de mogelijkheid voorzien om dit op te nemen in een uitvoeringsbesluit. Het is dus zo dat enkel die zaken die verplicht in een wettekst moeten staan, zijn opgenomen in het ontwerp van wijzigingsdecreet. Die elementen opnemen in een uitvoeringsbesluit zou een schending van het legaliteitsbeginsel met zich meebrengen, wat uiteraard te allen tijde vermeden moet worden.

De raad vraagt zich af op welke wijze levensdoelen gebruikt zullen worden.

De levensdoelen zijn enkel richtinggevend voor het opzetten van het zorg- en ondersteuningsproces en de formulering van zorg- en ondersteuningsdoelen. Het bepalen van levensdoelen gebeurt door interactie van de zorgaanbieder(s) met de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. Hiervoor kunnen al dan niet sjablonen of specifieke methodieken worden gebruikt. Er is geen verplichting om deze specifieke sjablonen of methodieken te gebruiken. Levensdoelen worden genoteerd in het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De raad vraagt om het begrip levensdoelen expliciet op te nemen in de definitie van zorg- en ondersteuningsplan.

Deze vraag wordt niet gevolgd. In de definitie staan alle elementen die een zorg- en ondersteuningsplan altijd moet bevatten om een kwaliteitsvol zorgproces vorm te geven, ongeacht de complexiteit of stabiliteit van het zorgproces. Het formuleren van levensdoelen kan in de definitie gelezen worden onder vraagverheldering. Er wordt geen verplichting ingeschreven om in het zorg- en ondersteuningsplan altijd levensdoelen te formuleren. Het opstarten van een zorg- en ondersteuningsplan moet, in uitzonderlijke situaties, mogelijk blijven zonder het bepalen van de levensdoelen. Toch wil dit ontwerp van decreet het gebruik van deze levensdoelen duidelijk positioneren als een belangrijk onderdeel van een goed uitgewerkt zorg- en ondersteuningsplan.

De raad vraagt om bij de context-module uit te gaan van het ‘only once’-principe.

De opstellers van het ontwerp van decreet gaan zeker uit van het ‘only once’-principe. Om de toepassing zo gebruikersvriendelijk en laagdrempelig te maken, moet dit principe aangehouden worden. Het principe is dan ook ingebouwd waar mogelijk en noodzakelijk in de ontwikkeling van alle modules.

De raad stelt dat er een discrepantie is tussen het ontwerp van decreet en de memorie van toelichting op het vlak van toegang tot het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

Het is wel degelijk zo dat de persoon zelf voor alle potentiële en effectieve leden van het zorg- en ondersteuningsteam kan bepalen wie welke toegang krijgt. De opstellers verwijzen hier graag naar artikel 6, §1, waarin staat dat de persoon moet akkoord gaan met het opstellen van een zorgplan en naar artikel 6, §2, waarin

staat dat nieuwe zorgaanbieders “altijd met respect voor de vrije keuze van de persoon” kunnen toetreden. In de praktijk zal de persoon voor elk nieuw lid van het zorgteam een goedkeuring moeten geven vooraleer dat zorgteamlid het zorgplan van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood kan inkijken. De toevoeging “voor zover de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood hiertoe toestemming verleent” bij de rol “overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam” in het ontworpen artikel 23/5, vierde lid, 7°, slaat enkel op de daar opgesomde onderdelen en is een extra toestemming bovenop de algemene goedkeuring van toetreding tot het zorgteam.

De raad verwijst naar de digitale kloof en vraagt meer inzet om die te overbruggen.

Het is niet het opzet van dit ontwerp van decreet om de digitale kloof (volledig) te overbruggen. Dit ontwerp van decreet regelt louter het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan en de gegevensverwerking in dat kader. De digitale kloof moet immers op velerlei andere vlakken aangepakt worden en valt buiten de mogelijkheden en het toepassingsgebied van dit ontwerp van decreet. Het overbruggen van de digitale kloof vraagt inspanningen en acties van heel wat actoren op het terrein, niet alleen vanuit de eerstelijnszorg maar ook van andere domeinen. Vanuit het domein eerstelijnszorg zal het overbruggen van die kloof zeker mee gestimuleerd kunnen worden. Er wordt bijvoorbeeld gedacht aan de werking van de zorgraad, waarin alle actoren verenigd zijn die hiervoor actie kunnen ondernemen (lokale besturen, welzijnszorg, gezondheidszorg, VAPH en jeugdhulp). Bijkomend kan men argumenteren dat het digitale zorg- en ondersteuningsplan in eerste instantie een werkinstrument is voor het zorgteam. Het instrument wil op geen enkele wijze de dialoog en interactie van de individuele zorgaanbieders met de persoon vervangen. Deze dialoog en interactie blijven essentieel in het opstellen van een zorg- en ondersteuningsplan.

De raad vraagt om een duidelijk financieringsplan voor de ontwikkeling en het onderhoud van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

Deze bezorgdheid is terecht en wordt gedeeld. Na de ontwikkeling van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (en de hiervoor al vastgelegde middelen) is het logisch dat er ook nagedacht wordt over de toekomstige onderhoudskosten ervan.

De raad vindt het essentieel dat er stroomlijning komt met andere plannen en instrumenten.

De opstellers van het ontwerp van decreet zijn zich hiervan bewust. De ontwikkeling van het digitale zorg- en ondersteuningsplan wordt dan ook maximaal afgestemd met andere initiatieven.

De raad vraagt om in de opdrachten van de zorgraden ook “het mee vorm geven aan federale beleidsdoelstellingen” op te nemen.

De opstellers van het ontwerp van decreet volgen deze vraag niet. De zorgraden zijn door de Vlaamse overheid erkende en gesubsidieerde organisaties. Het opdrachtenkader wordt bepaald door de Vlaamse overheid. Enkel wanneer de Vlaamse overheid gedeelde beleidsdoelstellingen formuleert met andere overheden, kan de realisatie ervan gevraagd worden aan de zorgraden. Het delen van beleidsdoelstellingen tussen overheden maakt hiervan ook Vlaamse beleidsdoelstellingen, waardoor de voorliggende tekst sluitend is.

De raad is bezorgd dat de zorgraden zullen beslissen over het uitbreidingsbeleid, wat volgens de raad niet de bedoeling is.

Het is inderdaad niet de bedoeling om de zorgraden te laten beslissen over het uitbreidingsbeleid. Wel kunnen de zorgraden een signaalfunctie uitoefenen, ter onderbouwing van het uitbreidingsbeleid van de Vlaamse overheid.

De raad vraagt om de uitwerking van de lokale sociale beleidsplannen en de plannen van de zorgraad parallel te laten gebeuren.

De afstemming van de beleidsplannen van de zorgraden met de lokale sociale beleidsplannen levert enkel voordelen op, voor beide partijen die samen in de zorgraad vertegenwoordigd zijn. De opdracht van de zorgraad om een duidelijke foto van de populatie in de eerstelijnszone te maken, kan het lokaal bestuur helpen om de juiste analyses van de noden te maken en samen met de andere partners in de zorgraad te bespreken welke acties nodig zijn om die noden te lenigen. Voor de realisatie van een kwaliteitsvol lokaal sociaal beleid is het samenwerken van de lokale besturen (die voornamelijk welzijnsinitiatieven nemen) met de andere clusters, zoals de persoon met de zorgnood zelf en de gezondheidszorgactoren, een grote meerwaarde om de acties effectief te laten zijn.

De raad roept op om werk te maken van een sterke vertegenwoordiging van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn mantelzorger.

Dit is voorwerp van een wijziging van het 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. Het is de ambitie om te voorzien in een gelijke vertegenwoordiging van de cluster van de persoon zelf en zijn mantelzorger ten opzichte van de andere aanwezige clusters.

De raad pleit voor een evenwichtige samenstelling van de zorgraad en een evenwichtige verhouding tussen de zorgraden en de lokale besturen.

Ook deze oproep wordt ter harte genomen en vormt het voorwerp van de wijziging van het voornoemde besluit van 17 mei 2019. Aan de wijziging van dat besluit is een heel participatief traject voorafgegaan waarin die elementen allemaal een plaats hadden.

De raad pleit voor een klachten- en beroepsprocedure.

In samenwerking met VIVEL wordt een klachtenprocedure ontwikkeld. Volgens de principes van de nota 'Slagkrachtige zorgraden' is er ook een beroepsprocedure in ontwikkeling.

De raad vraagt zich af wat de alignering op de referentieregio's zal betekenen voor de eerstelijnszones.

De eerstelijnszones vormen de bouwsteen van de gebiedsindeling in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Op zes eerstelijnszones na blijven alle eerstelijnszones hun werkgebied behouden na alignering op de referentieregio's. De afstemming van de eerstelijnszones werd al voor het zomerreces door de Vlaamse Regering goedgekeurd en wordt nu in regelgeving omgezet. De regionale zorgzones zullen een verzameling van eerstelijnszones vormen, met een minimum van 300.000 inwoners en van twee eerstelijnszones. Naast deze twee criteria zullen de grenzen van de eerstelijnszones en daarna die van de referentieregio's gerespecteerd worden. Momenteel loopt binnen het beleidsdomein een oefening om de regionale zorgzones af te bakenen, met respect voor bovenstaande criteria. Deze oefening is volop lopende en nog niet afgerond. In de nota van de Vlaamse Regering ('Regiovorming-Afbakening referentieregio's en vervolgt traject

(VR 2021 1203 DOC 0187/1 Quinquies)) werd voor de samenwerkingsverbanden de volgende timing afgesproken: het regelgevend kader voor de door Vlaanderen opgelegde of gestimuleerde samenwerking/samenwerkingsverbanden moet uiterlijk begin 2024 aangepast zijn zodat de werkingsgebieden van de samenwerkingsverbanden binnen de afgesproken overgangstermijn gealigneerd worden met de referentieregio's (implementatie tegen 1 januari 2025). Binnen het beleidsdomein WVG gaat het concreet om het GBO (geïntegreerd breed onthaal), de CAW's (centra algemeen welzijnswerk), IBW (initiatieven voor beschut wonen) en de 'één-gezin-één-plan'-samenwerkingsverbanden.

De Vlaamse Raad leest in artikel 31 dat het Departement Zorg en elke gebruiker die persoonsgegevens ontvangt, conform artikel 23/4, hun onderlinge afspraken met betrekking tot de gegevensuitwisseling schriftelijk vastleggen. De raad meent dat dit een administratief erg omslachtige en een weinig flexibele methode is. Er is vermeld dat de AVG dit vereist, maar volgens de raad zou dit niet in overeenstemming zijn met de werkwijze voor andere instrumenten zoals het medicatieschema. De raad vraagt zich af of het mogelijk is deze bepalingen in artikel 31 in overeenstemming te brengen met de andere werkwijzen (randnummer 2.5).

Artikel 26 AVG vermeldt uitdrukkelijk dat er tussen gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken een overeenkomst moet worden afgesloten. Het uitwerken van een dergelijke overeenkomst vormt een verplichting onder de AVG waaraan de opstellers moeten voldoen, dit ter bescherming van de betrokkenen van wie de persoonsgegevens worden verwerkt. De overeenkomst zoals opgenomen in het ontwerp van decreet, in geval van gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken, betreft dus een overeenkomst in de zin van artikel 26, AVG en behelst de regeling tussen beide; er wordt daarin onder meer geregeld welke gegevens worden verwerkt en waarvoor, hoe lang deze worden bewaard, en waar de betrokkenen hun rechten kunnen uitoefenen. Dit staat echter los van de specifieke inhoud van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, waarvan het medicatieschema deel uitmaakt.

De opstellers vinden het dan ook opportuun om onderlinge afspraken tussen de gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken te maken om verwarring voor de gebruiker te voorkomen. Het komt de transparantie ten aanzien van de gebruiker enkel ten goede, aangezien duidelijk is wie verantwoordelijk is voor wat en waar de gebruiker terecht kan voor het uitoefenen van zijn rechten. Het is dus een overeenkomst tussen de partijen die net op een overzichtelijke manier de concrete en pragmatische afspraken regelt, net om te voorkomen dat er in de praktijk geen duidelijkheid heerst over wie moet antwoorden op de verzoeken van betrokkenen. De betrokkene zal hier dus baat bij hebben en hiervan op een transparante en pragmatische manier kennisnemen bij het gebruik van de applicatie (onder meer aan de hand van de privacyverklaring).

2. Bespreking van het advies van de Vlaamse toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens

De VTC meent dat de rechtvaardigingsgrond (rechtsgrond) van de verwerking eerder een "taak van algemeen belang" is, terwijl het in de diverse hypothesen eerder om louter dossierbeheer gaat. De VTC vraagt om dit aan te passen in de memorie van toelichting (randnummer 10).

De opstellers willen er graag op wijzen dat niet elke doelstelling dezelfde rechtsgrond heeft of hoeft te hebben. Niet elke doelstelling hoeft dus als rechtsgrond wettelijke opdracht van de verwerkingsverantwoordelijke te hebben. Een taak van algemeen belang kan bijgevolg een rechtsgrond vormen voor een specifieke doelstelling. Doordat een wettelijk kader wordt gecreëerd door middel van het decreet, kan echter niet elke doelstelling als rechtsgrond algemeen belang hebben. De memorie van toelichting werd dan ook in die zin aangepast.

De VTC meent dat de opstellers van de wettelijke en reglementaire teksten zullen moeten inschatten of de beoogde verwerking een meer uitgewerkte rechtsgrond nodig heeft. Daarbij moet in eerste instantie gekeken worden naar de graad van inmenging van de overheid in het privéleven (randnummer 14).

De opstellers hebben deze afweging duidelijk gemaakt door het opstellen van het ontwerp van decreet en door daarbij de toetsing aan artikel 22 van de Grondwet (legaliteitstoetsing) te doen. Voor zover dit noodzakelijk was in het kader van het algemeen belang, is ook de toetsing aan de 3 stapstest gemaakt.

De opstellers wensen erop te wijzen dat er voldoende transparantie wordt geboden aan de gebruiker aan de hand van de gebruikersvoorwaarden en de privacyverklaring, die beide zowel een voor de gebruiker eenvoudig behapbare samenvatting als de volledige tekst bevatten en die ter kennis worden gebracht aan en beschikbaar zijn voor de gebruiker in de applicatie. De tekst van het ontwerp van decreet vermeldt daarenboven alle essentiële elementen van de verwerking, maar er kan niet van worden uitgegaan dat de gebruiker die wetgevingstekst en de uitvoeringsbesluiten zal lezen of verkiezen boven de gebruikersvoorwaarden en de privacyverklaring. De opstellers stellen overigens vast dat de Vlaamse Raad WVG net vindt dat de tekst te uitgebreid en detaillistisch is. Er werd hier dus een evenwichtige afweging gemaakt.

De VTC vraagt dat in de memorie van toelichting verder toegelicht wordt hoe de diverse hypothesen inzake de verwerkingsverantwoordelijke(n) zich stellen aangezien dit geenszins duidelijk blijkt uit de tekst van het ontwerp van decreet, en dat ook aangegeven wordt wie in welke hypothese het doel en de middelen bepaalt opdat nagegaan kan worden wie de verwerkingsverantwoordelijke is, of er sprake is van gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken, dan wel van een verwerker (randnummer 27).

De opstellers wijzen erop dat naarmate de ontwikkeling van het platform vordert, ook de concrete rollen onder de AVG meer vorm zullen krijgen. Gelet op het feit dat volgens de ECGB (Europees Comité voor Gegevensbescherming) de invulling van de kwalificatie tot (gezamenlijke) verwerkingsverantwoordelijke(n) vaak dient bepaald te worden op grond van de concrete omstandigheden terzake³, is het niet mogelijk dit al volledig te voorspellen, nu het project nog in volle ontwikkeling is. De DPO's (data protection officers) spelen hier kort op de bal; dit wordt ook meegenomen in de DPIA en wordt nauwgezet opgevolgd.

In ieder geval vermeldt de artikelsgewijze bespreking van de memorie van toelichting hierover al het volgende:

"De verwerkingsverantwoordelijken voor de gegevensuitwisselingen worden bepaald door het ontworpen artikel 23/8.

Het Departement Zorg is voor het beheer van het digitale zorg- en ondersteuningsplan de verwerkingsverantwoordelijke. In het kader van andere verwerkingen binnen het digitale zorg- en ondersteuningsplan in het kader van het aanbieden van zorg kan het Departement Zorg met de zorgaanbieder(s) optreden als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijke. In dit geval leggen zij hun respectieve rollen, verantwoordelijkheden en verplichtingen op transparante wijze vast in een overeenkomst conform hetgeen is bepaald in de algemene verordening gegevensbescherming voor verantwoordelijken.

³ Zie ECGB (EDPB), Richtsnoeren 07/2020 over de begrippen "verwerkingsverantwoordelijke" en "verwerker" in de AVG, versie 2.0, vastgesteld op 7 juli 2021, https://edpb.europa.eu/system/files/2022-02/eppb_guidelines_202007_controllerprocessor_final_nl.pdf

In andere gevallen zal de zorgaanbieder binnen zijn gezondheidsrechtelijke verplichtingen waaraan de zorgaanbieder dient te voldoen optreden als verwerkingsverantwoordelijke en het Departement Zorg als loutere verwerker.

In geval van gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijke, zal het Departement Zorg daartoe een overeenkomst als vermeld in artikel 26 van de algemene verordening gegevensbescherming dienen te sluiten met elke ontvanger van de persoonsgegevens, waarin op transparante wijze hun respectievelijke verantwoordelijkheden voor de nakoming van de verplichtingen uit hoofde van de algemene verordening gegevensbescherming schriftelijk worden bepaald, met name met betrekking tot de uitoefening van de rechten van de betrokkenen en hun respectievelijke transparantieplichtingen.

Het vijfde lid van het ontworpen artikel 23/8 bepaalt dat de actoren zelf verantwoordelijk zijn voor de inhoud die ze ter beschikking stellen en uitwisselen via het digitale zorg- en ondersteuningsplan en voor het zorgvuldig gebruik van de gegevens die ze verkregen hebben via het digitale zorg- en ondersteuningsplan. Deze bepaling is ingegeven door het feit dat in het digitale zorg- en ondersteuningsplan voornamelijk actuele gegevens worden bijgehouden die uit andere databanken worden opgevraagd. Daardoor kunnen de gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken de juistheid van deze gegevens niet controleren en is het de verantwoordelijkheid van de actoren om de gegevens te controleren op hun juistheid.

Dit artikel kan echter niet in die zin geïnterpreteerd worden dat het Departement Zorg niet zou kunnen optreden als verwerker met betrekking tot bepaalde gegevensverwerkingen middels het digitale zorg- en ondersteuningsplan. Waar zij voor een welbepaald project bijvoorbeeld uitsluitend ten behoeve van een verwerkingsverantwoordelijke optreedt, is dit bijvoorbeeld zo het geval.

De VTC wijst erop dat er rekening zal moeten worden gehouden met artikel 8 van het Vlaamse E-govdecreet van 18 juli 2008, dat aan Vlaamse instanties de verplichting oplegt om protocollen af te sluiten voor de mededeling van persoonsgegevens aan andere overheden (randnummer 39).

De opstellers bevestigen dat zij hiermee rekening zullen houden.

De VTC vraagt om te verantwoorden waarom de bewaringstermijnen van de persoonsgegevens in het digitale zorg- en ondersteuningsplan zijn gekozen en om de memorie van toelichting aan te vullen (randnummer 45).

De artikelsgewijze bespreking van de memorie van toelichting werd aangevuld in de volgende zin:

"De maximale bewaartermijn van de gegevens is bepaald op zes maanden na het overlijden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of na opschorting van zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan. De technische gegevens omtrent de identiteit van het lid van het zorg- en ondersteuningsteam en diens gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan en de statistische gegevens over het gebruik van het zorg- en ondersteuningsplan, zoals bijvoorbeeld de gegevens die betrekking hebben op het loggen, met name loggegevens, worden tot maximaal vijf jaren na de laatste verwerking ervan bewaard, gelet op de verjaringstermijn van een aansprakelijkheidsvordering daaromtrent en gelet op het akkoord dat daaromtrent tussen de verschillende DPO's is gesloten. De gegevens met betrekking tot het digitale zorg- en ondersteuningsplan zelf (dus de gebruikersprofielen van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en de contactgegevens van die personen) worden maximaal zes maanden na het overlijden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of na opschorting van zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan bewaard aangezien

deze na zes maanden niet meer relevant zijn om opzoeken omtrent technische voorvallen en problemen uit te voeren, tenzij dat technische gegevens uitmaken, dan is de bewaartermijn maximaal vijf jaren na de laatste verwerking ervan, gelet op de verjaringstermijn van een aansprakelijkheidsvordering daaromtrent en gelet op het akkoord dat daaromtrent tussen de verschillende DPO's is gesloten."

Met betrekking tot de rechten van de betrokkenen en transparantie, is de VTC van oordeel dat het aanbevolen is om het ontwerp van decreet aan te vullen met de verplichting om de vermeldingen, bedoeld in randnummer 37, op te nemen in de communicatie met de burger zodat de betrokkenen goed geïnformeerd worden over de verwerking van hun persoonsgegevens en het voor de betrokkenen duidelijk is wat hun rechten zijn en tot wie zij zich moeten richten voor de uitoefening van hun rechten (randnummer 51).

De opstellers wensen erop te wijzen dat er voldoende transparantie wordt geboden aan de gebruiker aan de hand van de gebruikersvoorwaarden en de privacyverklaring, die beide zowel een voor de gebruiker eenvoudig behapbare samenvatting als de volledige tekst bevatten en die ter kennis worden gebracht aan en beschikbaar zijn voor de gebruiker in de applicatie. De tekst van het ontwerp van decreet vermeldt daarenboven alle essentiële elementen van de verwerking, maar er kan niet van worden uitgegaan dat de gebruiker die wetgevingstekst en de uitvoeringsbesluiten zal lezen of kiezen boven de gebruikersvoorwaarden en de privacyverklaring.

3. Bespreking van het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit

De GBA heeft een standaardadvies uitgebracht. De opstellers hebben dat grondig doorgenomen en het ontwerp van decreet onderworpen aan een grondige doorlichting. Vervolgens hebben ze het INSZ-nummer (INSZ: identificatienummer van de sociale zekerheid) nog toegevoegd aan de verwerkte persoonsgegevens van de zorgaanbieder in artikel 26, en kunnen ze bevestigen dat de tekst van het ontwerp van decreet voldoet aan de (standaard)opmerkingen van de GBA.

4. Bespreking van het advies van de Raad van State

De Raad van State merkt op dat het raadzaam is om, voor de opdracht van de zorggraden, vermeld in het ontworpen artikel 11, eerste lid, 1^o, c), van het decreet van 26 april 2019, een onderscheid te maken tussen de personen, diensten en organisaties waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is en degene waarvoor ze niet bevoegd is. Voorts zou minstens in de memorie van toelichting moeten worden verduidelijkt wat moet worden verstaan onder de notie gespecialiseerd zorgaanbod (randnummer 6).

Er werd ingegaan op de suggestie van de Raad van State. Het ontworpen artikel 11, eerste lid, 1^o, c), van het decreet van 26 april 2019 werd in die zin aangepast dat de zorgraad de opdracht "de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning binnen zijn werkgebied afstemmen op de zorg- en ondersteuningsnoden" dient uit te voeren in samenspraak met de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is. Voor de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod waarvoor de Vlaamse Gemeenschap niet bevoegd is, werd er toegevoegd dat de zorgraad voor de voormelde opdracht moet afstemmen met die diensten in functie van de beleidsprioriteiten. De afstemming door de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod waarvoor de Vlaamse Gemeenschap niet bevoegd is, kan enkel gebeuren op vrijwillige basis en houdt dus voor die actoren geen verplichting in. Het is echter wel de opdracht van de zorgraad om met die actoren rekening te houden, wanneer ze aangeven betrokken en gehoord te willen worden met betrekking tot de organisatie en de afstemming

van het aanbod binnen de eerstelijnszone. In dat geval stemt de zorgraad ook met die actoren af.

In de artikelsgewijze bespreking van artikel 16 werd een verduidelijking toegevoegd van wat begrepen moet worden onder gespecialiseerd zorgaanbod.

De Raad van State wijst erop dat de definities van populatiemanagement en zorgstrategische planning in het ontworpen artikel 11, derde lid, normatieve bepalingen bevatten die niet thuishoren in een definitie en moeten worden overgeheveld naar het ontworpen tweede lid (randnummer 4).

De opmerking van de Raad van State wordt gevolgd. In het ontwerp van decreet werden de normatieve bepalingen uit de definitie gehaald en toegevoegd aan het ontworpen artikel 11, tweede lid.

De Raad van State heeft met betrekking tot artikel 22 van het ontwerp van decreet vragen gesteld over van welke eerstelijnszorgaanbieders die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad werken de persoonsgegevens worden verwerkt (a) en waarom er voor het doeleinde, vermeld in het ontworpen artikel 23, §1, eerste lid, 3°, van het decreet van 26 april 2019 en in het ontworpen artikel 23, §2, tweede en derde lid, alleen een verwerking wordt geregeld van eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied (b) (randnummer 5).

In zijn advies neemt de Raad van State de antwoorden op die naar aanleiding van de vragen van de Raad van State werden meegedeeld. De Raad van State formuleert geen opmerkingen op de gegeven antwoorden.

De Raad van State wijst, in navolging van het antwoord op de vraag waarom “de burgerlijke staat van de aanvrager en, als de aanvrager getrouwd is, de identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer van de partner van de aanvrager” worden opgevraagd in het ontworpen artikel 23, §2, eerste lid, 8°, van het decreet van 26 april 2019 erop dat, indien het eveneens nodig is dat een wettelijk samenwonende partner mee tekent voor kennisname, de ontworpen bepaling moet worden uitgebreid door ook “wettelijk samenwonend” te vermelden en dat met het oog op de minimale verwerking van persoonsgegevens moet worden gepreciseerd dat de betrokken gegevens alleen worden verwerkt met het oog op de aanvraag van een renteloze lening (en niet voor andere vormen van financiering) (randnummer 6).

Er werd gevolg gegeven aan de opmerking van de Raad van State. Het ontworpen artikel 23, §2, eerste lid, 8°, van het decreet van 26 april 2019 werd als volgt aangepast:

“8° als de financiering wordt verleend onder de vorm van een lening: de burgerlijke staat van de aanvrager en, als de aanvrager getrouwd of wettelijk samenwonend is, de identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, van de partner van de aanvrager.”

De Raad van State raadt aan om in de memorie van toelichting bij de ontworpen artikelen 23/1 tot en met 23/5 van het decreet van 26 april 2019 te vermelden wat voor de ontworpen regelingen van de verwerking van persoonsgegevens de rechtsgronden zijn overeenkomstig de algemene verordening gegevensbescherming (randnummer 7).

De memorie van toelichting werd in die zin aangevuld.

De Raad van State stelt dat de term sociale status die in het ontworpen artikel 23/3 en 23/5 wordt gebruikt, op heel uiteenlopende wijze kan worden begrepen

en duidelijker moet worden omschreven in de tekst van het ontwerp van decreet (randnummer 8).

In de tekst van het ontwerp van decreet werd in het ontworpen artikel 23/3 en 23/5 de term sociale status vervangen door "de sociaaleconomische situatie, op grond van opleiding, beroep en inkomen, die tevens betrekking kan hebben op tegemoetkomingen".

De Raad van State wijst erop dat, afgezien van de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, waarnaar wordt verwezen in het ontworpen artikel 23/4, 5°, van het decreet van 26 april 2019, het ontworpen artikel 23/4 niets toevoegt aan het ontworpen artikel 23/5 van het decreet van 26 april 2019 en beter kan worden weggelaten. In het ontworpen artikel 23/5 moet dan wel een bepaling worden opgenomen die regelt tot welke persoonsgegevens die bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, toegang heeft (randnummer 9).

De opstellers kunnen zich niet vinden in het advies om artikel 23/4 te schrappen. Dat artikel bepaalt immers de categorieën van ontvangers van de persoonsgegevens, wat volgens het Grondwettelijk Hof een essentieel element van de verwerking uitmaakt. Bijgevolg zijn de opstellers verplicht om dit op te nemen in het decreet en kan dit artikel niet zomaar geschrapt worden. De suggestie om de toegang voor de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, te bepalen in artikel 23/5, is wel meegenomen. De opstellers voegden een vijfde lid toe aan dat artikel.

De Raad van State heeft enkele opmerkingen over de beperking van de rechten van de betrokkene die is ingeschreven in het ontworpen artikel 23/6 van het decreet van 26 april 2019. Zo moet in de memorie van toelichting worden uiteengezet waarom de beperkingen noodzakelijk zijn om het belang, vermeld in artikel 23, lid 1, g), AVG te beschermen. Bovendien is het ontworpen artikel 23/6 door de algemeenheid ervan moeilijk als proportioneel te beschouwen. Ten slotte moet, in overeenstemming met artikel 23, lid 2, AVG de bepaling worden aangevuld met de overige specifieke bepalingen betreffende de in het voornoemde lid genoemde aangelegenheden (randnummer 11).

De memorie van toelichting werd in die zin aangevuld dat de noodzakelijkheid van de beperkingen van de uitoefening van de rechten worden uitgelegd. Daarnaast werd het ontworpen artikel 23/6 vereenvoudigd en de duur van de inperking vastgelegd. Wat betreft de verwijzing naar de "eer en de waardigheid van de uitoefening van gereglementeerde beroepen" (in tegenstelling tot de "beroepscode voor gereglementeerde beroepen", vermeld in artikel 23, lid 1, g), AVG), werd geen aanpassing doorgevoerd. Niet elk gereglementeerd beroep in Vlaanderen beschikt over een beroepscode, waardoor een aantal beroepen buiten de toepassing van dit artikel zouden vallen, wat niet wenselijk is. Bovendien zijn er ook beroepsbeoefenaars uit de welzijnssector betrokken, en ook daar bestaan geen beroepscode. Elk beroep is evenwel in zekere zin onderworpen aan een "eer en waardigheid".

Het toevoegen van de aangelegenheden, vermeld in artikel 23, lid 2, AVG, is hier niet mogelijk, noch wenselijk. Vooreerst stelt artikel 23, lid 2, AVG duidelijk dat de elementen die erin vermeld zijn, slechts "in voorkomend geval" moeten worden opgenomen. Conform de richtlijnen van de EDPB⁴ (European Data Protection Board of Europees Comité voor Gegevensbescherming) en de interpretatie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens moet dit zo worden geïnterpreteerd dat dit moet worden toegevoegd afhankelijk van de omstandigheden en de relevantie. Gelet op de noodzakelijkheidstest die in concreto wordt gemaakt (zie hieronder), is het niet relevant om al deze elementen hierin op te nemen.

⁴ Richtlijnen 10/2020 over de beperkingen onder artikel 23, AVG van de EDPB, randnr. 45-46, https://edpb.europa.eu/sites/default/files/consultation/edpb_guidelines_202010_article23_en.pdf

De Raad van State merkt op dat in het ontworpen artikel 23/8 van het decreet van 26 april 2019 beter uitdrukkelijk kan worden bepaald dat het Departement Zorg geen individuele zorg- en ondersteuningsplannen beheert of er toegang toe heeft (randnummer 12).

Dit werd opgenomen in een nieuw zesde lid van voormeld ontworpen artikel. Dit laat de mogelijkheden van het Departement Zorg echter onverlet om nodige maatregelen te treffen in het kader van zijn verantwoordelijkheden als verwerkingsverantwoordelijke. Het betreft dan de uitoefening van de principes en rechten, vermeld in artikel 5, lid 1, f), artikel 12 tot en met 22, 25 en 32, van de algemene verordening gegevensbescherming, met name het bieden van ondersteuning en onderhoud, en het toepassen van passende technische en organisatorische maatregelen indien dit nodig is in het kader van het bereiken van oplossingen op het niveau van bescherming van de gegevens.

De Raad van State stelde vragen bij het ontworpen artikel 23/8, zesde lid, van het decreet van 26 april 2019, dat bepaalt dat het Departement Zorg voor bepaalde gegevensverwerkingen in het digitale zorg- en ondersteuningsplan kan optreden als verwerker in het kader van een bepaald project, na voorafgaand advies van het bestuursorgaan van het digitale zorg- en ondersteuningsplan. In antwoord op deze vragen werd meer informatie gegeven en werd eveneens vermeld dat de verwijzing naar het bestuursorgaan van het digitale zorg- en ondersteuningsplan foutief is blijven staan en geschrapt moest worden. De Raad van State stemde in met deze schrapping, maar raadde aan om, minstens in de memorie van toelichting, te verduidelijken welke gegevensverwerkingen en welke projecten worden bedoeld (randnummer 13).

In het ontworpen artikel 23/8 werd het oorspronkelijke zesde lid geschrapt. Dit oorspronkelijke lid betrof de rol van het Departement Zorg als verwerker en verwees naar het bestuursorgaan van het digitale zorg- en ondersteuningsplan. Het bestuursorgaan van het digitale zorg- en ondersteuningsplan bestaat niet; die passage moest bijgevolg hoe dan ook worden geschrapt. Daarnaast betreft het opnemen van de rol als verwerker geen essentieel element van de verwerking cf. het Grondwettelijk Hof, waardoor die niet in het decreet moet worden opgenomen.

D. Bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaamse Gewest

Dit ontwerp van decreet past volledig in de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap inzake het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen (artikel 5, §1, I, eerste lid, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, hierna BWHI), de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn (artikel 5, §1, I, eerste lid, 6°, BWHI).

In zoverre het decreet betrekking heeft op voorzieningen en organisaties die niet begrepen zijn in voormelde bijzondere wetsbepaling en die werden betrokken omdat ze eerstelijnsgezondheidszorg of gespecialiseerde zorg aanbieden, steunt dit ontwerp van decreet op artikel 5, §1, I, eerste lid, 2° tot en met 5°, en 8°, BWHI.

Ten slotte steunt dit ontwerp van decreet op de gemeenschapsbevoegdheden inzake bijstand aan personen (artikel 5, §1, II, BWHI) voor de aspecten inzake de opdrachten en samenstelling van de zorggraden (bijvoorbeeld de uitbreiding van de zorggraad met de voorzieningen erkend, vergund of gesubsidieerd door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap en Opgroeien regie) die veeleer betrekking hebben op welzijn dan op gezondheidszorg.

II. TOELICHTING BIJ DE ARTIKELLEN

Artikel 1

Dit artikel behoeft geen toelichting.

Artikel 2 tot en met 9

Deze artikelen brengen wijzigingen aan in andere decreten om in de verschillende decreten de gehanteerde terminologie en definities op elkaar af te stemmen.

Meer bepaald worden aan de volgende decreten wijzigingen aangebracht:

- het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming: de term zorgteam wordt aangepast naar zorg- en ondersteuningsteam;
- het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019: de term zorg- en ondersteuningsvraag wordt gewijzigd naar zorg- en ondersteuningsnood en de definitie van zorg- en ondersteuningsplan wordt gewijzigd door te verwijzen naar de definitie zoals die door dit ontwerp van decreet wordt gewijzigd in het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders (hierna het decreet van 26 april 2019);
- het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod: de term zorgteam wordt aangepast naar zorg- en ondersteuningsteam, en de definitie van casemanagement wordt geharmoniseerd met de gewijzigde definitie van casemanagement in het decreet van 26 april 2019.

Artikel 10

Dit artikel wijzigt de definities van zorg- en ondersteuningsvraag naar zorg- en ondersteuningsnood, en van zorgteam naar zorg- en ondersteuningsteam en past de definitie van zorg- en ondersteuningsplan aan. Het voegt eveneens een nieuwe definitie van levensdoelen toe.

De wijziging naar zorg- en ondersteuningsnood beantwoordt aan de vraag van de vertegenwoordigers van zowel de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood als de zorgaanbieders om uit te gaan van de noden van een persoon, eerder dan van zijn vragen. In een doelgerichte zorg en ondersteuning moeten de noden van de persoon kunnen worden vertaald naar zorg- en ondersteuningsdoelen.

De uitbreiding van het begrip zorgteam naar zorg- en ondersteuningsteam geeft duidelijker weer dat ook de informele zorg en actoren uit andere domeinen dan de gezondheids- en welzijnszorg een gelijkwaardige plaats krijgen in het zorg- en ondersteuningsteam.

De aanpassing van de definitie van zorg- en ondersteuningsplan vloeit voort uit de evolutie naar een digitaal zorg- en ondersteuningsplan en bouwt de noodzakelijke elementen in om dit instrument al dan niet digitaal op te bouwen en bij te houden.

Een definitie van de algemene verordening gegevensbescherming werd ten slotte toegevoegd aan dit artikel, aangezien deze term nu in verschillende artikelen van het decreet van 26 april 2019 wordt gebruikt.

Artikel 11

Dit artikel wijzigt artikel 4 van het decreet van 26 april 2019 om de gebruikte terminologie aan te passen aan de gewijzigde definities.

Artikel 12

Dit artikel wijzigt het opschrift van hoofdstuk 3 van het decreet van 26 april 2019 door te spreken van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood in plaats van een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag.

Artikel 13

Dit artikel past artikel 5 van het decreet van 26 april 2019 aan de nieuwe terminologie aan.

Een derde lid wordt aan dit artikel toegevoegd, dat toelaat om bijkomende regels te bepalen over zorgtoeleiding en het maken van samenwerkingsafspraken over de zorg en ondersteuning. De mogelijkheid om nadere regels te bepalen is in het huidige decreet niet voorzien. De hervorming van de organisatie van de eerstelijnszorg vraagt echter om deze mogelijkheid wel te hebben.

Artikel 14

Dit artikel schrapt het eerste en het laatste lid van artikel 6, §2, van het decreet van 26 april 2019 om dat artikel in overeenstemming te brengen met de inbedding en uitvoering van de vergoeding rond multidisciplinair overleg in het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, zoals dit werd ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021. De decretale basis voor de financiering van het overleg wordt dus voorzien door het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming en kan uit het decreet van 26 april 2019 verwijderd worden.

Ook wordt artikel 6, §3, derde lid, van het decreet van 26 april 2019 aangepast. De hervorming van de organisatie van de eerstelijnszorg wijst uit dat de formulering te beperkt is voor de aanstelling van een zorgcoördinator. Het is van belang om, naast het feit dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zelf de zorgcoördinatie niet kan of wil opnemen, ook te voorzien in deze mogelijkheid bij scharniermomenten in het zorgproces. Het zijn scharniermomenten die de complexiteit van het zorgproces gaan verhogen. Die scharniermomenten kunnen leiden tot het evalueren en bijsturen van de zorg- en ondersteuningsdoelen, de zorg- en ondersteuningstaken, het zorg- en ondersteuningsteam en bijgevolg het zorg- en ondersteuningsplan. Dergelijke interventies vragen in voorkomend geval om een beraadslaging om via een zorgcoördinatie het zorgproces te optimaliseren. Voorbeelden van scharniermomenten zijn de wisseling van een thuissituatie naar residentiële settings (bijvoorbeeld een (psychiatrisch) ziekenhuis, kortverblijf, een woonzorgcentrum) en omgekeerd, plots autonomieverlies van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, acute situaties of complicaties in de zorg en ondersteuning, draagkrachtverlies of het wegvallen van de informele zorg, het optreden van veranderingen of bijkomende problemen op andere domeinen zoals wonen, werk, onderwijs en justitie.

De nieuwe formulering geeft aan dat de aanstelling van de zorgcoördinator een gezamenlijke beraadslaging van het hele zorg- en ondersteuningsteam inhoudt. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger maakt daar integraal deel van uit en neemt een gelijkwaardige plaats in binnen het zorg- en ondersteuningsteam. De beraadslaging van het zorg- en ondersteuningsteam treedt nooit in de plaats van de werkingsprincipes in artikel 4 van het decreet, die het volgende stellen:

- 1° het benaderen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag vanuit het principe van integrale zorg en ondersteuning, vermeld in artikel 4, tweede lid, 1°, met respect voor zijn recht op zelfbeschikking;

- 2° het centraal stellen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en uitgaan van zijn zorg- en ondersteuningsvraag, keuzes, behoeften en levensdoelen.

Het recht op vrije keuze van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is integraal gekoppeld aan deze zelfbeschikking. De aanduiding van een zorgcoördinator zal dus nooit gebeuren zonder het akkoord van de persoon zelf.

Met de beraadslaging wil men de mogelijkheid creëren om bij zorgweigeraars toch een zorgcoördinator te kunnen aanduiden, een functie die in deze complexe zorgsituaties meer dan welkom is om de zorg aanklappend te maken.

De concrete bepalingen zullen verder opgenomen worden in een uitvoeringsbesluit.

Artikel 15

Met dit artikel wordt het geëvolueerde inzicht rond casemanagement en de afstemming met het federale begrippenkader ingebouwd in artikel 7 van het decreet van 26 april 2019.

Terwijl het casemanagement in het huidige decreet van 26 april 2019 enkel inzetbaar is bij aanwezigheid van een zorg- en ondersteuningsteam dat met de bestaande zorgcoördinatie niet de gewenste resultaten kan behalen (punt 2° van de herwerkte paragraaf 3), wordt in dit artikel ook bepaald dat casemanagement inzetbaar moet zijn bij personen met een zorg- en ondersteuningsnood die niet tot het gewenste zorgproces komen. Bij complexe situaties, waar veel zorg en ondersteuning op verschillende domeinen nodig zijn en potentieel moet gecombineerd en afgestemd worden en er moeilijk of niet tot een zorgproces wordt gekomen, kan een zorgaanbieder, die de taak van casemanagement opneemt, de persoon gaan begeleiden naar een gepast zorgproces. Dat zal in uitzonderlijke gevallen zijn, wanneer geen enkele zorgaanbieder zich door de hoge complexiteit bij machte voelt om het zorgproces aan te vatten. Het nieuwe punt 1° in paragraaf 3 geeft weer dat casemanagement enkel ingezet kan worden in zorgsituaties als aan alle opgesomde voorwaarden is voldaan. De concrete bepalingen zullen verder opgenomen worden in een uitvoeringsbesluit.

Artikel 16

Dit artikel brengt wijzigingen aan in artikel 11 van het decreet van 26 april 2019 met betrekking tot de opdrachten van de zorgraden.

De volgende verduidelijking kan worden gegeven bij de gewijzigde opdrachten van de zorgraden:

- 1° De zorgraad zal onderzoeken of er voor de bevolking van zijn werkgebied, op basis van de zorgnoden, een voldoende aanbod is aan kwaliteitsvolle zorg en of dat aanbod optimaal georganiseerd is. De zorgraad kan daarbij doelgroep-specifiek of wijkgericht te werk gaan. Hij doet dit door datagedreven analyses en het gebruik van instrumenten zoals populatiemanagement en omgevingsanalyse.

De analyses vormen voor de zorgraad de basis om, met de vermelde partners en de inbreng van hun expertise, te overleggen op welke wijze de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning beter op de gedetecteerde noden afgestemd kunnen worden.

Populatiemanagement is een middel om aan specifieke noden binnen een populatie of regio of aan een algemene vraag tegemoet te komen met een zo gepast mogelijke actie afgestemd op de doelgroep. Universele proportionaliteit is hierbij een grondbeginsel. Populatiemanagement gebeurt door kennis te nemen van de populatie binnen een eerstelijnszone, de specifieke noden en/of

vraag in kaart te brengen en de juiste partners te betrekken. Nadien worden met de betrokken partners specifieke acties uitgerold.

De continuïteit van de zorg en ondersteuning, evenals de samenwerking met de gespecialiseerde zorg, wordt opgenomen door een afvaardiging van de zorggraad in het regionaal zorgplatform en kadert binnen de uitgewerkte zorgstrategische planning. Met de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod bedoelt men de actoren die zich, in tegenstelling tot de actoren die generalistische zorg en ondersteuning bieden, bekwamen in of enkel richten op de behandeling van een bepaalde ziekte, probleem of aandoening. Die actoren nemen de behandeling op van de ziekten, problemen of aandoeningen van zodra de complexiteit ervan te groot is en dus een specifieke expertise vereist die de algemene kennis van de eerstelijnszorg overstijgt. De behandeling van deze ziekten, problemen of aandoeningen kan zowel ambulantly als residentieel gebeuren. Vaak is deze gespecialiseerde zorg niet rechtstreeks toegankelijk, maar enkel na doorverwijzing vanuit de eerstelijnszorg.

- 2° De zorgraden laten hun inhoudelijke werking en meerjarenplan aansluiten op de meerjarenplanning van de lokale besturen in het kader van het lokaal sociaal beleid. Beide partijen kunnen ook een gezamenlijk initiatief nemen om een bovenlokaal sociaal beleid te ontwikkelen. Conform het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid wordt de regierol inzake het lokaal sociaal beleid aan het lokaal bestuur toevertrouwd, maar het lokaal bestuur kan wel met de zorgraden, waarin zowat alle lokale zorg- en welzijnsactoren vertegenwoordigd zijn, in gesprek gaan en gebruikmaken van de kennis en expertise die er aanwezig is. De concrete modaliteiten rond de afstemming van de beleidsplannen zijn voorwerp van het uitvoeringsbesluit over de zorgraden.
- 3° De geïntegreerde zorg is een belangrijke focus voor de organisatie van de zorg in de toekomst. De zorggraad heeft de opdracht om aan de vermelde partners ondersteuning te bieden om die kwaliteitsvolle, interdisciplinaire en geïntegreerde zorg mogelijk te maken. Die ondersteuning richt zich op de realisatie van hoofdstuk drie van het ontwerp van decreet, waarin bepalingen opgenomen zijn over de werking met zorg- en ondersteuningsdoelen, zorg- en ondersteuningsteams, zorgcoördinatoren en het aanbieden van casemanagement. De ondersteuning richt zich ook op het promoten, faciliteren en ondersteunen van de vermelde partners bij het gebruik van digitale tools voor gegevensdeling in het aanbieden van zorg en ondersteuning.
- 4° De decreetgever heeft via specifieke regelgeving een aantal beleidsdoelstellingen bepaald; het decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid bijvoorbeeld beoogt een verbetering van de volksgezondheid, meer bepaald het behalen van gezondheidswinst op Vlaams bevolkingsniveau of het verhogen van de efficiëntie van het gezondheidsbeleid om zo bij te dragen tot een verhoging van de levenskwaliteit. In dit artikel wordt het geheel bedoeld van deze doelstellingen die van toepassing zijn op het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
Daarnaast wordt bij het aantreden van een nieuwe Vlaamse Regering een aantal doelstellingen voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin bepaald in het regeerakkoord voor de volgende legislatuur.
De zorgraden werken mee aan het geheel van deze beleidsdoelstellingen. De zorgraden kunnen ook andere doelstellingen formuleren die specifiek zijn voor hun werkgebied. De Vlaamse Gemeenschap zal erop toezien dat de geformuleerde lokale doelstellingen passen binnen de doelstellingen voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

De zorgraden vinden het evenwicht tussen:

- de doelstellingen die voortkomen uit de analyses van de noden van de populatie binnen hun werkgebied;
- de ondersteuning van het lokaal sociaal beleid en de prioriteiten die de lokale besturen daarin leggen;
- de beleidsdoelstellingen voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Ten gevolge van de wijzigingen die dit artikel aanbrengt in artikel 11, eerste lid, van het decreet van 26 april 2019, worden ook enkele juridisch-technische wijzigingen aangebracht in artikel 11, tweede lid, dat een definitielijst bevat.

Ten eerste wordt een definitie van lokaal sociaal beleid toegevoegd omdat die term meerdere keren wordt gebruikt in artikel 11, eerste lid, van het decreet van 26 april 2019.

Ten tweede wordt in de definitie van multidisciplinaire samenwerking de term persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag vervangen door de term persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.

Ten derde wordt de definitie van sociale kaart opgeheven, omdat daarover niet meer wordt gesproken in de opdrachten van de zorgraden, vermeld in artikel 11, eerste lid, van het decreet van 26 april 2019.

Ten vierde worden twee nieuwe definities toegevoegd, namelijk die van populatiemanagement en van zorgstrategische planning.

Artikel 17

Dit artikel breidt de samenstelling uit van de zorgraden, vermeld in artikel 12, tweede lid, van het decreet van 26 april 2019.

Als in het decreet van 26 april 2019 gesproken wordt over de zorgraden, gaat het altijd over de zorgraden als vzw. De leden van deze vzw vormen de algemene vergadering.

In het streven naar geïntegreerde zorg is het belangrijk dat zoveel mogelijk partners betrokken zijn. De reikwijdte van de huidige voorzieningen is beperkt tot de woonzorgcentra, de diensten voor gezinszorg, de lokale dienstencentra, de CAW's en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. Het verdient aanbeveling om de zorgraden uit te breiden met de voorzieningen die erkend, vergund en gesubsidieerd worden door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap en Opgroeien regie, in de eerste plaats die met een lokaal bereik en een lokale werking. Hoewel die voorzieningen geen eerstelijnszorgaanbieders zijn conform artikel 2, 3°, van het decreet van 26 april 2019, worden ze toch opgenomen in de zorgraden vanwege het aanbod aan zorg waarin zij voorzien en de dagdagelijkse betrokkenheid bij het zorgproces. Om die reden zijn ook zij onmisbare partners voor de realisatie van kwaliteitsvolle interdisciplinaire en geïntegreerde zorg.

De vertegenwoordiging van deze nieuwe partijen moet ervoor zorgen dat de zorggraad pluralistisch en divers samengesteld is. Uitgaande van de grote verscheidenheid (diversiteit) aan zorgaanbieders, die elk vanuit eigen disciplines, werkvormen, visies en ideologische strekkingen hun zorg en ondersteuning verlenen, moet gezocht worden naar een pluralistische en diverse samenstelling van de zorggraad. Pluralistisch slaat dan op het feit dat de voorzieningen die in de zorggraad vertegenwoordigd zijn een representatieve afspiegeling vormen van de verschillende ideologische strekkingen in deze eerstelijnszone, rekening houdend met de verschillende voorzieningen die actief zijn in de eerstelijnszone.

Artikel 18

Dit artikel brengt een wijziging aan in artikel 13 van het decreet van 26 april 2019, dat de decretale voorwaarden bepaalt waaraan een eerstelijnszone (werkgebied van een zorgraad) moet voldoen.

Concreet wordt de voorwaarde dat een eerstelijnszone minstens 70.000 inwoners moet omvatten, versoepeld naar 60.000 inwoners omdat door fluctuaties in inwonersaantallen bepaalde eerstelijnszones in de gevarenzone kunnen terechtkomen met de drempel van 70.000 inwoners. De drempel van 60.000 inwoners moet als een strikt minimum gezien worden om de leefbaarheid van een eerstelijnszone te blijven garanderen.

Daarnaast wordt een nieuw punt 5° toegevoegd, dat stelt dat er gestreefd wordt naar een maximale afstemming van de eerstelijnszones op de referentieregio's, vermeld in artikel 5 van het decreet van 3 februari 2023 over de regiovorming en tot wijziging van het decreet van 22 december 2017 over het lokaal bestuur. Het gaat om een maximale afstemming op de referentieregio's, omdat in de beslissing rond afstemming de inhoudelijke motivatie en argumentatie om eventueel te kunnen afwijken, bepalend zullen zijn. De inhoudelijke motivatie vindt zijn grond in de opdrachten van de zorgraden, waarbij de noden van de bevolking in het werkgebied en de organisatie van zorg en ondersteuning, die passend moet zijn voor het beantwoorden van deze noden, doorslaggevend zijn.

Artikel 19

Dit artikel past artikel 16 en 17 van het decreet van 26 april 2019 aan om ze in overeenstemming te brengen met de gewijzigde definities.

Artikel 20

Dit artikel voegt een extra voorwaarde toe aan de decretale voorwaarden in artikel 18 van het decreet van 26 april 2019, waaraan een regionale zorgzone (werkgebied van een regionaal zorgplatform) moet voldoen.

Concreet wordt in de bijkomende voorwaarde ingeschreven dat een regionale zorgzone maximaal moet zijn afgestemd op de grenzen van de referentieregio's, vermeld in artikel 5 van het decreet van 3 februari 2023 over de regiovorming en tot wijziging van het decreet van 22 december 2017 over het lokaal bestuur.

Het gaat om een maximale afstemming, aangezien de voorwaarden van artikel 18, tweede lid, 1° tot en met 3°, voorrang zullen hebben op de afstemming met de grenzen van de referentieregio's. Hier zijn voornamelijk de volgende voorwaarden van belang:

- Een regionale zorgzone omvat minstens twee eerstelijnszones, met uitzondering van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Dat wil zeggen dat bij het vastleggen van regionale zorgzones geen afbreuk wordt gedaan aan de indeling in eerstelijnszones. Een regionale zorgzone omvat minstens twee (volledige) eerstelijnszones. Dit heeft tot gevolg dat afwijkingen ten aanzien van de referentieregio's op het niveau van de eerstelijnszones (eerstelijnszone A bevindt zich bijvoorbeeld grotendeels in referentieregio X, maar omvat eveneens twee gemeenten in referentieregio Y) mee geïntegreerd zullen worden op het niveau van de regionale zorgzones. In dit voorbeeld zal de eerstelijnszone A dus deel gaan uitmaken van één regionale zorgzone, samen met een andere eerstelijnszone van de referentieregio X. Deze regionale zorgzone zal dus eveneens de twee gemeenten uit referentieregio Y omvatten.
- Een regionale zorgzone omvat minimaal 300.000 inwoners. Dit wil zeggen dat als een referentieregio minder dan 300.000 inwoners omvat, de regionale zorgzone actief in die referentieregio zal moeten bestaan uit meerdere referentieregio's. Hierbij moet worden opgemerkt dat als er wordt gesproken over een maximale afstemming op de grenzen van de referentieregio's, dat op zich niet uitsluit dat een regionale zorgzone uit meerdere referentieregio's kan bestaan (ook al bevatten beide referentieregio's meer dan 300.000 inwoners) of dat één referentieregio kan worden onderverdeeld in meerdere regionale zorgzones.

Het gaat immers om een afstemming op de grenzen van de referentieregio's, niet om een afstemming op de referentieregio's zelf.

Artikel 21

Dit artikel deelt hoofdstuk 10 van het decreet van 26 april 2019 in in afdelingen. Een eerste afdeling bevat de artikelen over de verwerking van persoonsgegevens in het kader van de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering, vermeld in artikel 8 van het decreet van 26 april 2019 en de verwerking in het kader van beleidsdoeleinden.

Artikel 22

Dit artikel vervangt het huidige artikel 23 van het decreet van 26 april 2019. Dat artikel is verouderd en de gegevensverwerkingen in het kader van een zorg- en ondersteuningsplan worden vervangen door een gegevensverwerking in het kader van een digitaal zorg- en ondersteuningsplan, wat wordt geregeld in de toekomstige artikelen 23/1 tot en met 23/9, die worden ingevoegd bij artikel 24 tot en met 32 van dit ontwerp van decreet.

Het nieuwe artikel 23 regelt de verwerking van persoonsgegevens door een door de Vlaamse Regering aan te wijzen dienst in het kader van de volgende doeleinden:

- de afhandeling en de controle van de financiering ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering, vermeld in artikel 8;
- het nemen van beleidsmaatregelen om de eerstelijnszorg te versterken;
- het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieders om ze een bevraging te laten invullen die het aanbod van de eerstelijnszorg in het Nederlandse taalgebied in kaart brengt;
- indien de eerstelijnszorgaanbieder hiermee instemt, het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieder met het oog op crisiscommunicatie en informatiecampaagnes van de Vlaamse overheid.

De verschillende doeleinden worden hierna duidelijker toegelicht.

De afhandeling en de controle van de financiering ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering

In uitvoering van artikel 8 van het decreet van 26 april 2019 kan de Vlaamse Regering een financiering voorzien ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering.

De Vlaamse Regering heeft van deze mogelijkheid gebruikgemaakt bij het besluit van de Vlaamse Regering van 9 december 2022 tot ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en tot uitbreiding van de opdrachten van de huisartsenkringen, waarbij huisartsen onder bepaalde voorwaarden een renteloze lening, een tegemoetkoming in de loonkosten of in de kosten van diensten kunnen ontvangen.

Om deze renteloze leningen en tegemoetkomingen te kunnen ontvangen, worden persoonsgegevens van de huisarts verwerkt. Die zijn opgenomen in het bovengenoemde besluit van de Vlaamse Regering van 9 december 2022. De Raad van State heeft in zijn advies 72.175/3 van 12 oktober 2022 over dit besluit de volgende opmerking gemaakt (randnummer 5): "Verscheidene bepalingen in het ontwerp met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens kunnen worden beschouwd als een intrinsiek gevolg van de door de decreetgever gecreëerde mogelijkheid om te voorzien in een financiering ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering. Dat is echter

niet evident voor alle categorieën van gegevens die overeenkomstig de ontworpen regeling worden verwerkt en evenmin voor de regeling van de bewaartermijn. Het is dan ook raadzaam, gelet op het voormelde legaliteitsbeginsel, om ter zake een decretaale regeling uit te werken.”

Dit artikel wil onder meer tegemoetkomen aan de hierboven vermelde opmerking van de Raad van State door op decretaal niveau de essentiële elementen van de verwerking van de persoonsgegevens, opgenomen in het besluit van de Vlaamse Regering van 9 december 2022, te regelen. Zo wordt onder meer het volgende geregeld:

- het doeleinde van de verwerking van persoonsgegevens (ontworpen artikel 23, §1, 1°);
- de categorieën van persoonsgegevens en categorieën van betrokkenen (ontworpen artikel 23, §2, eerste lid);
- de maximumtermijn voor het bewaren van de gegevens (ontworpen artikel 23, §3, eerste lid);
- de aanduiding van de verwerkingsverantwoordelijke (ontworpen artikel 23, §4).

Voor dit doeleinde zullen de gegevens alleen worden verwerkt door de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst. De gegevens zullen dus niet worden overgemaakt aan derden. Wel is het mogelijk dat de dienst voor de administratieve afhandeling en de betaling van de renteloze leningen en tegemoetkomingen een beroep doet op een derde partij, die als verwerker zal optreden bij het verwerken van de persoonsgegevens. De rol van verwerker moet echter niet decretaal worden verankerd.

De rechtsgrond voor de verwerking van de bovengenoemde gegevens zal, afhankelijk van het doeleinde van de verwerking, hetzij artikel 6, lid 1, c), van de algemene verordening gegevensbescherming, namelijk een wettelijke opdracht van de verwerkingsverantwoordelijke, hetzij artikel 6, lid 1, e), van de algemene verordening gegevensbescherming, namelijk een taak van algemeen belang van de verwerkingsverantwoordelijke, zijn.

Voor dit doeleinde zullen zowel persoonsgegevens worden verwerkt van de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn (hun praktijk voeren) in het Nederlandse taalgebied als in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, aangezien de persoonsgegevens verwerkt zullen worden van de eerstelijnszorgaanbieders actief in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad die een beroep wensen te doen op de door de Vlaamse Gemeenschap ontworpen financieringsregeling. Er wordt bewust gekozen voor de term eerstelijnszorgaanbieders en niet voor de term huisartsen opdat de decretaale basis eveneens een verwerking van persoonsgegevens zou toelaten van eerstelijnszorgaanbieders andere dan de huisartsen, mocht de Vlaamse Regering aan deze eerstelijnszorgaanbieders een financiering toekennen in het kader van artikel 8 van het decreet van 26 april 2019. Alleen de gegevens van de eerstelijnszorgaanbieders die een financiering aanvragen, zullen worden verwerkt.

Naast de persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders kunnen ook persoonsgegevens worden verwerkt van de partner van de eerstelijnszorgaanbieder die een financiering aanvraagt, als die financiering een lening is (zie paragraaf 2, eerste lid, 8°), en de werknemer of werknemers die de eerstelijnszorgaanbieder tewerkstelt en waarvoor hij een tegemoetkoming aanvraagt (cf. paragraaf 2, eerste lid, 9°).

In het kader van dit doeleinde zullen de volgende persoonsgegevens worden verwerkt:

- identificatiegegevens en contactgegevens van de aanvrager: deze gegevens zijn noodzakelijk om de aanvrager van een financiering te kunnen identificeren en contacteren;

- gegevens over de praktijk waarin de aanvrager werkzaam is: deze gegevens zijn noodzakelijk om de interdisciplinaire samenwerking te kunnen beoordelen en voor controledoeleinden;
- het bankrekeningnummer van de aanvrager: dit gegeven is noodzakelijk om de tegemoetkoming/renteloze lening te kunnen uitbetalen;
- de erkenningsdatum/datum van terugkeer naar België en documenten en gegevens die bewijzen dat de aanvrager voldoet aan de voorwaarden om een financiering te ontvangen: deze gegevens zijn nodig om te kunnen controleren of de aanvrager wel degelijk voldoet aan de voorwaarden om voor financiering in aanmerking te komen. De financiering zal immers aan voorwaarden zijn gekoppeld (bijvoorbeeld aangesloten zijn bij de huisartsenkring actief in de betrokken huisartsenzone, opleidingsvoorwaarden met betrekking tot de tewerkgestelde persoon voor wie een tegemoetkoming in de loonkosten wordt aangevraagd enzovoort);
- de burgerlijke staat van de aanvrager en identificatiegegevens van de partner van de aanvrager: deze gegevens zijn noodzakelijk om (renteloze) leningen te kunnen toekennen;
- de identificatiegegevens en tewerkstellingsgegevens van de werknemers die de aanvragende eerstelijnszorgaanbieder tewerkstelt: deze gegevens zijn noodzakelijk als de tegemoetkoming afhankelijk is van de tewerkstelling van werknemers of als er in een tegemoetkoming is voorzien in de loonkosten van deze werknemers.

De gegevens zullen voor dit doeleinde maximaal bewaard worden gedurende een periode van tien jaar, na, hetzij, als het een tegemoetkoming betreft, de datum van de toekenning van die tegemoetkoming, hetzij, als het een lening betreft, de datum waarop de lening volledig door de aanvragende eerstelijnszorgaanbieder werd afgelost. Deze bewaartermijn wordt verantwoord door de verjaringstermijn van persoonlijke rechtsvorderingen conform artikel 2262bis, §1, Burgerlijk Wetboek.

Het nemen van beleidsmaatregelen om de eerstelijnszorg te versterken

Om de eerstelijnszorg binnen het Nederlandse taalgebied gericht te kunnen versterken binnen haar bevoegdheden (bijvoorbeeld door een gerichte financiering), is het noodzakelijk dat de Vlaamse Gemeenschap een zicht krijgt op het aanbod van de eerstelijnszorg en de nood aan eerstelijnszorg in het Nederlandse taalgebied op lokaal en regionaal niveau. Het is maar door dat zicht op het aanbod van de eerstelijnszorg en de beoordeling in welke mate dat aanbod is afgestemd op de lokale/regionale noden dat de Vlaamse Gemeenschap doelgericht maatregelen kan nemen om binnen het Nederlandse taalgebied het aanbod aan eerstelijnszorg afgestemd te krijgen op de nood aan eerstelijnszorg.

Die oefening, waarbij het aanbod en de nood aan eerstelijnszorg in kaart worden gebracht, vereist een verwerking van persoonsgegevens.

Aan de vraagkant (de nood aan eerstelijnszorg) kan men zich beperken tot het verwerken van geanonimiseerde gegevens die een indicatie zijn van de zorgnoden in de regio (bijvoorbeeld het statuut chronische aandoening, alleenwonenden van 75 jaar of ouder, eenoudergezinnen, zeer lage werkintensiteit, betalingsachterstand, inkomen). Aan de aanbodzijde zal een verwerking nodig zijn van persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders om een overzicht te krijgen van het huidige aanbod, maar ook om te kunnen nagaan in welke mate dat aanbod al dan niet onder druk staat en hoe het in de toekomst kan evolueren. Hierover bestaan tot nu toe immers geen gegevens of de bestaande gegevens zijn niet betrouwbaar, wegens onvolledig of verouderd.

Het in kaart brengen van het aanbod en de nood aan eerstelijnszorg zal gefaseerd gebeuren, waarbij in de eerste plaats wordt gefocust op de huisartsengeneeskunde en waarbij dit later kan worden uitgebreid naar andere eerstelijnszorgaanbieders. Het in kaart brengen zal gebeuren aan de hand van een bevraging van de betrokken eerstelijnszorgaanbieders. Voor het in kaart brengen van het aanbod huisarts-geneeskunde zal de huisartsenkring een lijst aanleveren en valideren waarop de actieve huisartsen in zijn huisartsenzone staan opgelijst. Op basis van die lijst zullen huisartsen en huisartsenpraktijken gecontacteerd worden om een vragenlijst in te vullen met betrekking tot hun zorgaanbod.

Dit artikel regelt de decretale basis en de essentiële elementen voor de gegevensverwerking om het aanbod van de eerstelijnszorgaanbieders in kaart te brengen.

De gegevensverwerking vindt zijn rechtsgrond hetzij in artikel 6, lid 1, c), van de algemene verordening gegevensbescherming (wettelijke opdracht van de verwerkingsverantwoordelijke), hetzij in artikel 6, lid 1, e), van de algemene verordening gegevensbescherming (taak van algemeen belang van de verwerkingsverantwoordelijke), en dit afhankelijk van het specifieke doeleinde.

Voor dit doeleinde zullen alleen gegevens worden verwerkt van de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied.

In het kader van dit doeleinde zullen de volgende persoonsgegevens worden verwerkt:

- 1° identificatiegegevens van de eerstelijnszorgaanbieder: dit gegeven is noodzakelijk om de verschillende eerstelijnszorgaanbieders uniek te identificeren om fouten te voorkomen;
- 2° gegevens over de praktijk waarin de eerstelijnszorgaanbieder werkzaam is:
 - a) adres van de praktijk: dit gegeven is nodig om een overzicht te kunnen krijgen van de locatie van de verschillende praktijken om zo zorgaanbod en zorgnood aan elkaar te kunnen linken;
 - b) praktijkvorm: het uitsplitsen van de verzamelde gegevens over solo- duo- of groepspraktijken is nodig om beleidsrelevante informatie te verzamelen (bijvoorbeeld in welk type praktijk werkt men vaker met een praktijkverpleegkundige, waar gebruikt men het meeste telesecretariaat enzovoort);
 - c) gehanteerde vergoedingssysteem: deze gegevens zijn nodig om het aandeel en de spreiding van prestatiegerichte praktijken versus forfaitaire praktijken in kaart te brengen (en ook versus andere financieringsmodellen in de toekomst), en om die gegevens te kunnen koppelen aan andere indicatoren om hieruit beleidsrelevante informatie te trekken;
 - d) aanbod en aanwezige disciplines: dit gegeven is noodzakelijk om het zorgaanbod goed te kunnen inschatten, en om hieruit beleidsrelevante informatie te halen (bijvoorbeeld het aantal uren dat een huisarts moet werken om evenveel patiënten te bedienen in een monodisciplinaire versus een multidisciplinaire praktijk);
 - e) geografische afbakening: dit gegeven is noodzakelijk om te achterhalen tot welk doelpubliek de betrokken praktijk zich richt, waar hij zijn dienstverlening primair aanbiedt, en om het zorgaanbod te kunnen koppelen aan de gegevens over de lokale zorgnood;
 - f) gegevens over de werklast van de praktijk: hieronder wordt begrepen het aantal patiënten dat de betrokken praktijk heeft en behandelt en de werktijd die nodig is. Dat zal berekend worden aan de hand van het aantal beheerde globale medische dossiers (GMD), gegevens over het aantal wekelijkse consultaties, het aantal uren die binnen de praktijk besteed worden aan consultvoering en bijkomende praktijktaken. Deze gegevens zijn noodzakelijk om zicht te krijgen op de patiëntenpopulatie van de praktijk, op de werklast voor de eerstelijnszorgaanbieder en de zorgcapaciteit;

- g) gegevens over het al dan niet voeren van een beperking op de toegankelijkheid tot de praktijk: hiermee wordt gepeild of de praktijk een volledige of gedeeltelijke patiëntenstop heeft ingevoerd, en indien gedeeltelijk ook de aard van deze patiëntenstop (Welke patiënten worden wel nog toegelaten? Is de patiëntenstop gelimiteerd in tijd?). Dit gegeven is noodzakelijk omdat het informatie geeft over de marge die de praktijk heeft om nieuwe patiënten op te vangen, en het brengt regio's in kaart waarin huisartsentoegeankelijkheid al dan niet gewaarborgd is;
 - h) gegevens over de continuïteit van de zorg in de praktijk: hiermee wordt gepeild of de praktijk continuïteit van zorg kan aanbieden bij vakanties en afwezigheden. Dit gegeven is noodzakelijk omdat aan de hand van de continuïteit van zorg kan worden afgeleid wat de zorgcapaciteit van een praktijk of regio is;
 - i) gegevens over een uitbreiding van de capaciteit van de praktijk: dit gegeven is noodzakelijk omdat dit een invloed heeft op hoe het toekomstige aanbod door de praktijk zal wijzigen, en op die manier toekomstprojecties naar zorgcapaciteit mogelijk zijn;
- 3° het geboortjaar van de eerstelijnszorgaanbieder: dit gegeven is noodzakelijk om de eerstelijnszorgaanbieders te kunnen opdelen in leeftijdscohorten. De leeftijd van de eerstelijnszorgaanbieders geeft immers belangrijke informatie over het toekomstige aanbod (in een regio met veel huisartsen tussen 60 en 70 jaar weet men bijvoorbeeld dat er op korte termijn een daling van het aanbod zal komen) waaraan het beleid aangepast kan worden (bijvoorbeeld toekomstprojecties voor de Vlaamse Planningscommissie);
- 4° gegevens over het beroep en het statuut van de eerstelijnszorgaanbieder: hiermee wordt onder andere bedoeld welk gezondheidszorgberoep de eerstelijnszorgaanbieder uitoefent, of hij nog in opleiding is of al erkend is, maar ook gegevens over zijn beroepsuitoefening (bijvoorbeeld toekomstperspectief, of hij van plan is zijn beroepsactiviteiten stop te zetten, uit te bouwen enzovoort). Deze gegevens zijn noodzakelijk om een inschatting te kunnen maken van het toekomstige zorgaanbod en de toekomstige zorgcapaciteit;
- 5° gegevens over de werklast van de eerstelijnszorgaanbieder, de ervaren werkdruk en het welzijn bij het uitoefenen van zijn werk: deze gegevens zijn noodzakelijk om het aanbod goed af te stemmen op de zorgnood. De werkdruk kan worden gelinkt aan de evolutie van het aanbod (als de werkdruk bijvoorbeeld als (te) hoog wordt ervaren, gaat de betrokken eerstelijnszorgaanbieder zijn aanbod dan in de toekomst beperken/verminderen?). Beleidsmatig kan worden bekeken wat factoren zijn die de ervaren werkdruk van de huisarts versterken of verminderen (wat is bijvoorbeeld het effect van samenwerken met een praktijkverpleegkundige op de werkdruk die de huisarts ervaart?).

De gegevens zullen worden bewaard gedurende een termijn van maximaal tien jaar. Op basis van de door de eerstelijnszorgaanbieders ingevulde vragenlijsten zullen kaarten worden opgesteld en rapporten worden opgemaakt. De vragenlijsten die ze hebben gediend voor het opmaken van deze kaarten en rapporten zullen gedurende een termijn van maximaal tien jaar worden bewaard om onderzoek op lange termijn mogelijk te maken. Brongegevens moeten gedurende deze periode beschikbaar blijven om aanvullende analyses te kunnen uitvoeren en rapporten te kunnen opmaken om zo maximale beleidsrelevante gegevens te destilleren.

In het kader van dit doeleinde zullen de persoonsgegevens ook worden doorgegeven aan derden, namelijk de zorgraden, de organisaties met terreinwerking (bijvoorbeeld huisartsenkringen) en de partnerorganisaties (bijvoorbeeld VIVEL). De persoonsgegevens zullen aan deze derden worden doorgegeven om hun taken te vervullen in het kader van het nemen van initiatieven om de huisartsengeneeskunde en de eerstelijnszorg te versterken. Deze door de Vlaamse Regering erkende organisaties hebben als erkenningsvoorwaarde de opdracht om (op het terrein) bij

te dragen tot de versterking van de eerstelijnszorg. Hier kan onder andere verwezen worden naar:

- artikel 11, eerste lid, 1°, van het decreet van 26 april 2019 voor de opdrachten van de zorgraden: “de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg- en ondersteuning binnen hun werkgebied afstemmen op de zorg- en ondersteuningsnoden”;
- artikel 2, eerste lid, 8°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 4 februari 2022 over de regels voor de erkenning en subsidiëring van een partnerorganisatie als Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn: “de toegankelijkheid en de kwaliteit van de eerstelijnszorg in het Nederlandse taalgebied [en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad] bevorderen en opvolgen”;
- artikel 8, eerste lid, 4°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen: “optimaliseert een huisartsenkring de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde voor alle patiënten van de huisartsenzone”.

Deze derden zullen, conform het principe van minimale gegevensverwerking, vermeld in artikel 5, lid 1, c), van de algemene verordening gegevensbescherming, de gegevens in principe anoniem ontvangen, tenzij het niet mogelijk is om hun doeleinden te bereiken met anonieme gegevens; in dat geval kunnen gepseudonimiseerde gegevens worden uitgewisseld. Enkel als het doeleinde niet bereikt kan worden met anonieme, noch met gepseudonimiseerde gegevens, zullen aan deze derden zuivere persoonsgegevens mogen worden bezorgd, uiteraard altijd beperkt tot wat noodzakelijk is om het doeleinde te bereiken. Bij beleidsrapportering is de norm echter altijd om anonieme gegevens op te nemen of als dat niet mogelijk is, gepseudonimiseerde gegevens.

Contacteren van de eerstelijnszorgaanbieders om hen een bevraging te laten invullen

Zoals hierboven gesteld, wordt het aanbod van de eerstelijnszorg vastgesteld aan de hand van een bevraging van de eerstelijnszorgaanbieders. Daartoe worden vragenlijsten naar de eerstelijnszorgaanbieders gestuurd. Om die vragenlijsten te kunnen bezorgen aan de eerstelijnszorgaanbieders in het Nederlandse taalgebied, moeten hun naam en voornaam, hun contactgegevens en die van hun praktijk worden verwerkt. Die gegevens zullen niet worden gebruikt voor beleidsmaatregelen; daarom worden ze onder een apart doeleinde ondergebracht.

Deze gegevens worden verwerkt hetzij op grond van artikel 6, lid 1, c), van de algemene verordening gegevensbescherming (wettelijke opdracht van de verwerkingsverantwoordelijke), hetzij op grond van artikel 6, lid 1, e), van de algemene verordening gegevensbescherming (taak van algemeen belang van de verwerkingsverantwoordelijke), en dit afhankelijk van het specifieke doeleinde.

Deze gegevens worden voor dit doeleinde bewaard gedurende een termijn van maximaal achttien maanden. De bevraging zal jaarlijks gebeuren maar er wordt een marge ingebouwd van zes maanden.

Indien de eerstelijnszorgaanbieder hiermee instemt, het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieder met het oog op crisiscommunicatie en informatiecampagnes van de Vlaamse overheid

Tijdens de COVID-19-crisis werd vastgesteld dat het niet altijd evident was om de eerstelijnszorgaanbieders te contacteren. Om die reden wordt in de bevraging in het kader van het vaststellen van het aanbod van de eerstelijnszorg ook aan de eerstelijnszorgaanbieder gevraagd of hij in de toekomst gecontacteerd wenst te worden voor crisiscommunicatie (= dringende communicatie, bijvoorbeeld in het kader van een pandemie) of voor informatiecampagnes van de Vlaamse overheid

(= niet-dringende communicatie, in het kader van door de Vlaamse overheid georganiseerde gezondheidscampagnes, bijvoorbeeld preventiecampagnes).

Deze gegevens zullen in het kader van dit doeleinde bewaard worden gedurende een termijn van maximaal achttien maanden. Uiteraard zullen ze niet meer gebruikt/bewaard worden voor dit doeleinde als de betrokken eerstelijnszorgaanbieder te kennen heeft gegeven dat hij voor dit doeleinde niet meer wenst gecontacteerd te worden.

Deze gegevens worden verwerkt door de door de Vlaamse Regering aangewezen dienst hetzij op basis van artikel 6, lid 1, c), van de algemene verordening gegevensverwerking (wettelijke opdracht van de verwerkingsverantwoordelijke), hetzij op basis van artikel 6, lid 1, e), van de algemene verordening gegevensbescherming (taak van algemeen belang van de verwerkingsverantwoordelijke), en dit afhankelijk van het specifieke doeleinde.

Artikel 23

Dit artikel voegt een afdeling 2 in in hoofdstuk 10. Gegevensverwerking van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. Deze afdeling betreft het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

Artikel 24 tot en met 32

Deze artikelen regelen het digitale zorg- en ondersteuningsplan, opgenomen in de nieuwe afdeling 2 van hoofdstuk 10 van het decreet van 26 april 2019.

Deze artikelen bevatten naast enkele definities (artikel 24 – ontworpen artikel 23/1) de essentiële elementen van de verwerking van de persoonsgegevens in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan zoals:

- de doeleinden van de verwerking (artikel 25 – ontworpen artikel 23/2);
- de categorieën van persoonsgegevens die worden verwerkt (artikel 26 – ontworpen artikel 23/3);
- de categorieën van ontvangers van de persoonsgegevens (artikel 27 – ontworpen artikel 23/4);
- de toegang tot de verwerkte persoonsgegevens (artikel 28 – ontworpen artikel 23/5);
- de rechten van de betrokkenen (en eventuele inperking daarvan) (artikel 29 – ontworpen artikel 23/6);
- de bewaartermijnen van de persoonsgegevens (artikel 30 – ontworpen artikel 23/7);
- de verwerkingsverantwoordelijken (artikel 31 – ontworpen artikel 23/8).

Tot slot wordt in het ontworpen artikel 23/9 bepaald dat de nodige technische en organisatorische maatregelen getroffen worden (artikel 32 van het ontwerp van decreet).

In het ontworpen artikel 23/1 worden enkele definities opgenomen die worden gebruikt in deze afdeling. Het 'overig lid van het zorg- en ondersteuningsteam' wordt hier als dusdanig gedefinieerd, gelet op het onderscheid in toegangsrechten voor de verschillende leden van het zorg- en ondersteuningsteam. Het is immers niet de bedoeling dat een buur evenveel (vaak gevoelige) informatie te zien krijgt in het digitale zorg- en ondersteuningsplan als de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger, de zorgaanbieder of de mantelzorger. De elektronische communicatiegegevens worden gedefinieerd als inhoud en metagegevens over die elektronische communicatie, waarbij onder inhoud moet worden begrepen: de uitgewisselde inhoud door middel van elektronische communicatiediensten,

zoals tekst, spraak, video, beelden en geluid en onder metagegevens over die elektronische communicatie: gegevens die worden verwerkt in een elektronischecom-municatienetwerk met het oog op de transmissie, de distributie of de uitwisseling van elektronischecom-municatie-inhoud, met inbegrip van gegevens die worden gebruikt voor de opsporing en identificatie van de bron en de bestemming van de communicatie, gegevens betreffende de locatie van de apparatuur die bij het aanbieden van elektronischecom-municatiediensten worden gegenereerd, en de datum, het tijdstip, de duur en de aard van de communicatie.

Het ontworpen artikel 23/2 beschrijft de doeleinden van de gegevensverwerking in het digitale zorg- en ondersteuningsplan. De gegevensverwerking gebeurt binnen de klijtlijnen vastgesteld door dit ontwerp van decreet en de algemene verordening gegevensbescherming. Persoonsgegevens moeten toereikend, ter zake dienend en niet overmatig zijn, uitgaand van de doeleinden waarvoor ze verkregen worden of verder verwerkt worden. Daarom mogen alleen persoonsgegevens worden verwerkt die noodzakelijk zijn voor de verwerkingsdoeleinden die kaderen in de verschillende modules van het digitale zorg- en ondersteuningsplan. Dit betreft dus de volgende zaken: het bepalen van de levensdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, het opstellen en, indien nodig, toewijzen van de zorg- en ondersteuningsdoelen door het zorg- en ondersteuningsteam en de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood aan de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, het opstellen en toewijzen van de zorg- en ondersteuningstaken door het zorg- en ondersteuningsteam en de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood aan de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, het samenstellen en valideren van het zorg- en ondersteuningsteam, het mogelijk maken van niet-dringende communicatie tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam in de communicatiemodule van het digitale zorg- en ondersteuningsplan over de inhoud ervan, het in kaart brengen van de complexe context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en het bepalen van de kalender en tijdslijn aan de hand van interne en externe agenda's, die de ingeplande zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood weergeven.

Ook wordt het voor het Departement Zorg mogelijk gemaakt om aan de hand van de verwerking van de gegevens aan beleidsrapportering te doen, waaronder ook het beheer van het digitale zorg- en ondersteuningsplan wordt begrepen. Zo kan bijvoorbeeld worden nagegaan hoe vaak wordt ingelogd in de applicatie. Dit dient voor statistische doeleinden en wordt nooit geïndividualiseerd. Verder is het ook de bedoeling om door middel van het digitale zorg- en ondersteuningsplan de kwaliteit van de zorg en ondersteuning en van het zorg- en ondersteuningsplan te bevorderen en verbeteren.

Er worden daarnaast enkele begrippen verduidelijkt in artikel 23/2. Het digitale zorg- en ondersteuningsplan zal een communicatiemodule bevatten, waarin niet-dringende communicatie gevoerd kan worden. Deze niet-dringende communicatie omvat geenszins urgenties omtrent de toestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Het is niet de bedoeling dat er wordt gecommuniceerd over de nood van een dringende medische of niet-medische tussenkomst door een ander lid van het zorg- en ondersteuningsteam. Er kan ook geen enkele (medische) aansprakelijkheid in hoofde van een ander lid van het zorg- en ondersteuningsteam voortvloeien uit een melding in de communicatiemodule die een urgentie omvat. Elk lid van het zorg- en ondersteuningsteam heeft toegang tot de communicatie in deze communicatiemodule. In het licht van het beroepsgeheim is het dan ook van belang dat geen (dringende) medische gegevens worden gedeeld in de communicatiemodule. De niet-complexe context rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood betreft de multidimensionale biopsychosociale context. Dit omvat beknopte biomedische informatie en uitgebreide niet-medische

informatie over de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood met betrekking tot zijn psychologische en socio-economische achtergrond, bijvoorbeeld of die persoon een leefloon geniet, de relatiestatus, wooninrichting, allergieën, geloofsbelijdenis, beroep, medicatieschema, alcoholgebruik, hobby's, etnische afkomst en dergelijke meer. De interne en externe agenda's maken het mogelijk om zorg- en ondersteuningstaken rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood van een agenda van een extern softwarepakket te integreren in de kalender van het digitale zorg- en ondersteuningsplan of omgekeerd, om zo te kunnen inplannen wanneer welke taken moeten worden of werden uitgevoerd.

Het ontworpen artikel 23/3 dat in het decreet van 26 april 2019 wordt ingevoegd, bevat de limitatieve opsomming van de categorieën van persoonsgegevens die in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan worden verwerkt. Rekening houdend met de principes van dataminimalisatie en opslagbeperking worden de categorieën van persoonsgegevens per lid van het zorg- en ondersteuningsteam opgelijst. De keuze voor deze categorieën van persoonsgegevens is een bewuste keuze waarmee het evenwicht wordt gevonden tussen de bovenvermelde principes van de algemene verordening gegevensbescherming en het bereiken van de (verwerkings)doeleinden van het digitale zorg- en ondersteuningsplan. Deze oplijsting voldoet ook aan de transparantieverplichting die op het Departement Zorg als verwerkingsverantwoordelijke rust.

Het eerste lid vermeldt de gegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood die worden verwerkt. Het spreekt voor zich dat de meeste persoonsgegevens van die persoon worden verzameld. Het gaat over identificatiegegevens (bijvoorbeeld naam en geboortedatum), contactgegevens (bijvoorbeeld adres en telefoonnummer), het INSZ-nummer (rijksregisternummer of BIS-nummer), gegevens over de gezondheid en het welzijn, andere relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen zoals de sociaaleconomische situatie, op grond van opleiding, beroep en inkomen, die ook betrekking kan hebben op tegemoetkomingen (bijvoorbeeld leefloon, maximumfactuur, maar ook de context rond de persoon zoals bijvoorbeeld beroep, waarbij die categorie voldoende ruim wordt geïnterpreteerd zodat alle voor het digitaal zorg- en ondersteuningsplan relevante elementen worden meegenomen), de zorg- en ondersteuningstaken, de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie, de gegevens die de zorgbehoefte aangeven (bijvoorbeeld mobiliteit, continëntie), de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen en levensbeschouwelijke of religieuze overtuigingen. Daarnaast worden elektronische of digitale communicatiegegevens verzameld, en ook gegevens over de hoedanigheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood (met name het feit dat deze persoon binnen dit zorg- en ondersteuningsplan optreedt in de hoedanigheid van persoon met een zorg- en ondersteuningsnood), en tot slot technische gegevens over de identiteit van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bijvoorbeeld de metadata over de connectie, het IP-adres, hoe de tool wordt gebruikt) en statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bijvoorbeeld hoeveel keren wordt ingelogd).

Het tweede lid vermeldt de gegevens van de zorgaanbieder die worden verwerkt. Het gaat over identificatiegegevens (bijvoorbeeld naam en geboortedatum), contactgegevens (bijvoorbeeld adres, telefoonnummer), het INSZ-nummer (rijksregisternummer of BIS-nummer), het erkenningsnummer (bijvoorbeeld RIZIV-nummer), elektronische of digitale communicatiegegevens, gegevens over wie binnen dit zorg- en ondersteuningsplan optreedt in de hoedanigheid van zorgaanbieder, en tot slot technische gegevens over de identiteit van de zorgaanbieder en het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bijvoorbeeld de metadata over de connectie, het IP-adres, hoe de tool wordt gebruikt) en statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bijvoorbeeld hoeveel keren wordt ingelogd).

Het derde lid vermeldt de gegevens van de mantelzorger die worden verwerkt. Het gaat over identificatiegegevens (bijvoorbeeld naam en geboortedatum), contactgegevens (bijvoorbeeld adres en telefoonnummer), het INSZ-nummer (rijksregisternummer of BIS-nummer), elektronische of digitale communicatiegegevens, gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker (met name het feit dat deze persoon binnen dit zorg- en ondersteuningsplan optreedt in de hoedanigheid van mantelzorger), en tot slot technische gegevens over de identiteit van de mantelzorger en het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bijvoorbeeld de metadata over de connectie, het IP-adres, hoe de tool wordt gebruikt) en statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bijvoorbeeld hoeveel keren wordt ingelogd).

Het vierde lid vermeldt de gegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam die worden verwerkt. Het gaat over identificatiegegevens (bijvoorbeeld naam en geboortedatum), contactgegevens (bijvoorbeeld adres en telefoonnummer), het INSZ-nummer (rijksregisternummer of BIS-nummer), elektronische of digitale communicatiegegevens, gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker (met name het feit dat deze persoon binnen dit zorg- en ondersteuningsplan optreedt in de hoedanigheid van overig lid van het zorg- en ondersteuningsteam, bijvoorbeeld als buurvrouw), en tot slot technische gegevens over de identiteit van het overige lid en het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bijvoorbeeld de metadata over de connectie, het IP-adres, hoe de tool wordt gebruikt) en statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bijvoorbeeld hoeveel keren wordt ingelogd).

Het artikel laat de mogelijkheid open voor de Vlaamse Regering om de categorieën nader te omschrijven, zonder dat de Vlaamse Regering daarmee de categorieën van persoonsgegevens kan uitbreiden. Voorafgaand aan de nadere omschrijving van de categorieën moet advies worden ingewonnen bij de toezichthoudende autoriteit voor gegevensbescherming.

Het ontworpen artikel 23/4 bepaalt welke actoren gegevens kunnen uitwisselen via het digitale zorg- en ondersteuningsplan en dus wie de ontvangers zijn. De persoonsgegevens kunnen worden uitgewisseld tussen het volledige zorg- en ondersteuningsteam, dat bestaat uit de volgende actoren: de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorgaanbieder, de mantelzorger en de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam. Er kunnen ook gegevens worden uitgewisseld met een door de Vlaamse Regering aangeduide dienst, het Departement Zorg (voor de statistische en beleidsmatige doeleinden). Alle actoren worden aangeduid als gebruikers. Onder gebruiker wordt elke persoon verstaan die het digitale zorg- en ondersteuningsplan gebruikt. Dat kan dus elk lid van het zorg- en ondersteuningsteam zijn.

Het ontworpen artikel 23/5 bepaalt de toegang tot de gegevens voor de verwerking in het kader van de doeleinden. Aangezien niet elke actor of elk lid van het zorg- en ondersteuningsteam evenveel gegevens nodig heeft om de aan hem toegewezen zorg- en ondersteuningstaken te kunnen uitvoeren, wordt per lid (of rol) bepaald tot welke gegevens het lid toegang heeft, in lijn met het dataminimalisatieprincipe en het principe van de opslagbeperking van de algemene verordening gegevensbescherming.

Het eerste lid vermeldt tot welke gegevens de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood toegang heeft. Het gaat over de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zelf, van de zorgaanbieder, de mantelzorger(s) en de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam, het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, het erkenningsnummer van de zorgaanbieders, de gegevens over de gezondheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de andere relevante gegevens van

de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood die nodig zijn voor het verlenen van zorg en ondersteuning (sociaaleconomische situatie, op grond van opleiding, beroep en inkomen, die ook betrekking kan hebben op tegemoetkomingen, en gegevens over de welzijnstoestand, de zorg- en ondersteuningstaken, de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie, en -communicatie, de gegevens die de graad van zorgbehoefendheid meten, de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen en de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen), elektronische of digitale communicatiegegevens tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en gegevens over de hoedanigheid van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

Het tweede lid vermeldt tot welke gegevens de zorgaanbieder toegang heeft. Het gaat over de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, van de zorgaanbieders, de mantelzorger(s) en de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam, het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, het erkenningsnummer van de zorgaanbieders, de gegevens over de gezondheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de andere relevante gegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood die nodig zijn voor het verlenen van zorg en ondersteuning (sociaaleconomische situatie, op grond van opleiding, beroep en inkomen, die ook betrekking kan hebben op tegemoetkomingen, en gegevens over de welzijnstoestand, de zorg- en ondersteuningstaken, de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie, en -communicatie, de gegevens die de graad van zorgbehoefendheid meten, de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen en de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen), elektronische of digitale communicatiegegevens tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en gegevens over de hoedanigheid van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

Het derde lid vermeldt tot welke gegevens de mantelzorger toegang heeft. Het gaat over de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, van de zorgaanbieders, de mantelzorger(s) en de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam, het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, het erkenningsnummer van de zorgaanbieders, andere relevante gegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood die nodig zijn voor het verlenen van zorg en ondersteuning en die geen gegevens over de gezondheid betreffen (sociaaleconomische situatie, op grond van opleiding, beroep en inkomen, die ook betrekking kan hebben op tegemoetkomingen, en gegevens over de welzijnstoestand, de zorg- en ondersteuningstaken, de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie, en -communicatie, de gegevens die de graad van zorgbehoefendheid meten, de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen en de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen), elektronische of digitale communicatiegegevens tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en gegevens over de hoedanigheid van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

Het vierde lid vermeldt tot welke gegevens de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam toegang hebben. Het gaat over de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, van de zorgaanbieders, de mantelzorger(s) en de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam, het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, het erkenningsnummer van de zorgaanbieders, voor zover de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood hiertoe instemt: andere relevante gegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood die nodig zijn voor het verlenen van zorg en ondersteuning en die geen gegevens over de gezondheid betreffen (sociaaleconomische situatie, op grond van opleiding, beroep en inkomen, die ook betrekking kan hebben op tegemoetkomingen, en gegevens over de welzijnstoestand, de zorg- en ondersteuningstaken, de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie, en -communicatie, de gegevens die de graad van zorgbehoefendheid meten, de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen en de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen), elektronische of digitale communicatiegegevens tussen de leden

van het zorg- en ondersteuningsteam en gegevens over de hoedanigheid van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

Het vijfde lid vermeldt tot welke gegevens de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, toegang heeft. Het gaat over de technische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan voor beleidsdoeleinden (bijvoorbeeld hoe de tool wordt gebruikt) door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorgaanbieder, de mantelzorger en de overige leden van het zorgteam en de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bijvoorbeeld hoeveel keren wordt ingelogd) door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorgaanbieder, de mantelzorger en de overige leden van het zorgteam. In geen geval wordt toegang verleend tot individuele gegevens van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, een zorgaanbieder, een mantelzorger of een overig lid van een zorgteam.

Het ontworpen artikel 23/6 bepaalt dat de rechten van de betrokkenen (de andere leden van het zorg- en ondersteuningsteam), conform de bepalingen van artikel 23, lid 1, van de algemene verordening gegevensbescherming kunnen beperkt worden. Dit kan slechts ter waarborging van de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van handelingen die tegen de eer en de waardigheid van de uitoefening van gereguleerde beroepen ingaan. Zo kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de situatie waarbij een betrokkene vraagt om zijn recht op wissing uit te oefenen, maar er ook een procedure voor de schending van het beroepsgeheim van de zorgaanbieder loopt, waarbij de gegevens waarvan de betrokkene verzoekt om ze te wissen, van cruciale waarde zijn om een oordeel te vellen over het dossier. In dat geval kan het recht op wissing beperkt worden. De noodzakelijkheid van de beperking van een recht wordt, conform de interpretatie van de EDPB⁵, in concreto, rekening houdend met de context en omstandigheden, beoordeeld; er zal nooit een beperking van een recht of een beginsel kunnen plaatsvinden indien dat niet noodzakelijk blijkt om het beoogde doel te bereiken en enkel die beperkingen die nodig zijn om dat doel te bereiken, mogen worden toegepast. Als bijvoorbeeld bepaalde informatie in het kader van een onderzoek niet kan worden verstrekt, maar andere informatie wel, moet de informatie die wel kan worden verstrekt, ook daadwerkelijk aan de betrokkene worden verstrekt.

In ieder geval doet deze bepaling geen afbreuk aan de verplichting die rust op de verwerkingsverantwoordelijke om juistheid van de persoonsgegevens te waarborgen, vermeld in artikel 5, lid 1, d), van de algemene verordening gegevensbescherming.

Het inperken van de rechten van betrokkenen en/of de beginselen is alleen mogelijk voor een beperkte periode, met name vanaf de ontvangst van het verzoek tot uitoefening van een van deze rechten en voor de duur van het onderzoek, de opsporing en/of de vervolging van handelingen die tegen de eer en de waardigheid van de uitoefening van gereguleerde beroepen ingaan.

Het ontworpen artikel 23/7 legt de bewaartermijnen van de (persoons)gegevens vast. Omdat die gegevens worden bewaard in Vitalink, zijn dezelfde bewaartermijnen vastgelegd als bij Vitalink. Alle bewaartermijnen zijn ook in overeenstemming met het principe van opslagbeperking.

De maximale bewaartermijn van de gegevens is bepaald op zes maanden na het overlijden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of na opschorting van zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan. De technische gegevens omtrent de identiteit van het lid van het zorg- en ondersteuningsteam en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan en de

⁵ Richtlijnen 10/2020 over de beperkingen onder artikel 23 AVG van de EDPB, randnr. 38 e.v., https://edpb.europa.eu/sites/default/files/consultation/edpb_guidelines_202010_article23_en.pdf

statistische gegevens over het gebruik van het zorg- en ondersteuningsplan, bijvoorbeeld de gegevens die betrekking hebben op het loggen, met name loggegevens, worden tot maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard, gelet op de verjaringstermijn van een aansprakelijkheidsvordering daaromtrent en gelet op het akkoord dat daaromtrent tussen de verschillende DPO's is gesloten. De gegevens met betrekking tot het digitale zorg- en ondersteuningsplan zelf (dus de gebruikersprofielen van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en de contactgegevens van die personen), worden maximaal zes maanden na het overlijden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of na opschorting van zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan bewaard, aangezien ze na zes maanden niet meer relevant zijn om opzoeken omtrent technische voorvallen en problemen uit te voeren, tenzij het technische gegevens betreft, dan is de bewaartermijn maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan, gelet op de verjaringstermijn van een aansprakelijkheidsvordering daaromtrent en gelet op het akkoord dat daaromtrent tussen de verschillende DPO's is gesloten.

De Vlaamse Regering beschikt evenwel over de mogelijkheid om in een kortere bewaartermijn te voorzien, maar niet in een langere.

De verwerkingsverantwoordelijken voor de gegevensuitwisselingen worden bepaald door het ontworpen artikel 23/8.

Het Departement Zorg is voor het beheer van het digitale zorg- en ondersteuningsplan de verwerkingsverantwoordelijke. In het kader van andere verwerkingen binnen het digitale zorg- en ondersteuningsplan in het kader van het aanbieden van zorg kan het Departement Zorg met de zorgaanbieder(s) optreden als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijke. In dit geval leggen zij hun respectieve rollen, verantwoordelijkheden en verplichtingen op transparante wijze vast in een overeenkomst conform hetgeen is bepaald in de algemene verordening gegevensbescherming voor verantwoordelijken.

In andere gevallen zal de zorgaanbieder binnen de gezondheidsrechtelijke verplichtingen waaraan hij moet voldoen, optreden als verwerkingsverantwoordelijke en het Departement Zorg als loutere verwerker.

In geval van gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijke, zal het Departement Zorg daartoe een overeenkomst als vermeld in artikel 26 van de algemene verordening gegevensbescherming dienen te sluiten met elke ontvanger van de persoonsgegevens, waarin op transparante wijze hun respectievelijke verantwoordelijkheden voor de nakoming van de verplichtingen uit hoofde van de algemene verordening gegevensbescherming schriftelijk worden bepaald, met name met betrekking tot de uitoefening van de rechten van de betrokkenen en hun respectievelijke transparantieplichtingen.

Het vijfde lid van het ontworpen artikel 23/8 bepaalt dat de actoren zelf verantwoordelijk zijn voor de inhoud die ze ter beschikking stellen en uitwisselen via het digitale zorg- en ondersteuningsplan en voor het zorgvuldig gebruik van de gegevens die ze verkregen hebben via het digitale zorg- en ondersteuningsplan. Deze bepaling is ingegeven door het feit dat in het digitale zorg- en ondersteuningsplan voornamelijk actuele gegevens worden bijgehouden die uit andere databanken worden opgevraagd. Daardoor kunnen de gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken de juistheid van deze gegevens niet controleren en is het de verantwoordelijkheid van de actoren om de gegevens te controleren op hun juistheid.

Het zesde lid bepaalt dat het Departement Zorg nooit toegang kan krijgen tot een individueel zorg- en ondersteuningsplan van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, noch een individueel zorg- en ondersteuningsplan kan beheer in het kader van zorg en welzijn. Dit laat zijn mogelijkheden echter onverlet om

de nodige maatregelen te treffen in het kader van zijn verantwoordelijkheden als verwerkingsverantwoordelijke, bijvoorbeeld onder artikel 5, 12 tot en met 22, 25 en 32, AVG.

Ten slotte wordt met het ontworpen artikel 23/9 voorgeschreven dat het Departement Zorg passende technische en organisatorische maatregelen neemt overeenkomstig artikel 32 van de algemene verordening gegevensbescherming om een op het risico afgestemd beveiligingsniveau te waarborgen. Welke beveiliging precies vereist wordt, hangt af van de specifieke omstandigheden waarin deze persoonsgegevens verwerkt worden. Gelet op het feit dat er ook gezondheidsgegevens worden verwerkt door middel van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, is een hoog beveiligingsniveau aangewezen. Hier moet een afweging worden gemaakt tussen de kosten, het soort gegevens, en de potentiële risico's. Bovendien moet deze afweging ook rekening houden met de stand van de techniek: beveiligingsmaatregelen die vandaag adequaat zijn voor een bepaalde soort gegevens, zullen dat door het voortschrijdend inzicht morgen misschien niet meer zijn. De genomen beveiligingsmaatregelen zullen dus regelmatig herzien moeten worden.

Daarenboven geeft artikel 23/9 uiting aan de principes 'gegevensbescherming door ontwerp' en 'gegevensbescherming door standaardinstellingen', bepaald in artikel 25 van de algemene verordening gegevensbescherming. Dit betekent bijvoorbeeld dat het Departement Zorg een risicobeoordeling of gegevensbeschermingseffectbeoordeling (GEB) zal moeten maken als een bepaalde gegevensuitwisseling een aanzienlijk risico inhoudt voor de persoonlijke levenssfeer of andere rechten van zorggebruikers. Ook zullen privacyoverwegingen moeten worden geïntegreerd bij nieuwe ontwikkelingen (bijvoorbeeld nieuwe functionaliteit) van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

Artikel 33

Dit artikel wijzigt het decreet van 3 mei 2019 houdende de sociale kaart. In dat decreet wordt de term zorg- en ondersteuningsvraag vervangen door de term zorg- en ondersteuningsnood om de gebruikte terminologie te harmoniseren met de terminologie van het decreet van 26 april 2019.

Artikel 34

Dit artikel regelt de inwerkingtreding van dit decreet.

Artikel 1 tot en met 17, 19, en 21 tot en met 33 treden in werking uiterlijk op 1 januari 2025.

De Vlaamse Regering kan voor deze artikelen een datum van inwerkingtreding bepalen die voorafgaat aan 1 januari 2025.

Een uitzondering op voorgaande bepaling van de datum van inwerkingtreding zijn artikel 18 en 20, die een wijziging van de decretale voorwaarden bevatten waaraan een eerstelijnszone en een regionale zorgzone moeten beantwoorden. Deze wijzigingen treden in werking tien dagen na de datum van publicatie van dit decreet in het Belgisch Staatsblad.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Jan JAMBON

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Hilde CREVITS

BIJLAGEN BIJ DE MEMORIE VAN TOELICHTING:

- Nota aan de Vlaamse Regering betreffende slagkrachtige zorgraden middels het versterken van de rol van de lokale besturen in de zorgraden, het verhogen van de betrokkenheid van het welzijnsveld en de actualisering van de opdrachten van de zorgraden
- Bijlage bij de nota aan de Vlaamse Regering:
Verslag van het participatietraject
(voorjaar/najaar 2022) – Versterking van de lokale zorgraden
- Advies van de Raad van State over het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering tot ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en tot uitbreiding van de opdrachten van de huisartsenkringen

DE VLAAMSE MINISTER VAN WELIJK, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

NOTA AAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: Slagkrachtige zorgraden middels het versterken van de rol van de lokale besturen in de zorgraden, het verhogen van de betrokkenheid van het welzijnsveld en de actualisering van de opdrachten van de zorgraden.

Samenvatting

De Vlaamse Regering wil verder bouwen aan slagkrachtige en efficiënte eerstelijnszones en wil de zorgraden ondersteunen in hun nieuwe opdrachten (cfr. Vlaams regeerakkoord 1.2.3.2. Kwalitatieve eerstelijnszorg). De aanwezigheid van lokale besturen in de zorgraden wordt versterkt om aldus voldoende democratische controle over de werking te garanderen. Ook de groeiende vraag vanuit zowel de voorzieningen gefinancierd door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) als de voorzieningen gefinancierd vanuit het Agentschap Opgroeien om structureel mee te participeren in de zorgraad dient een antwoord te krijgen in de aan te passen regelgeving.

De COVID-19 pandemie zorgde voor een bliksemstart van de lokale zorgraden. Nieuwe coronagerelateerde opdrachten en taken kregen vorm en in nauwelijks 2 jaar tijd werd er een ervaring opgebouwd die anders jaren zou vergen. In dit licht is het nodig en wenselijk met een nieuwe blik naar de opdrachtenportefeuille van de zorgraden te kijken.

De Vlaamse Regering wil in deze oefening niet voorbij gaan aan de kernopdrachten van de zorgraden:

1. De organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning afstemmen op de zorg- en ondersteuningsvragen, zoals vastgesteld op bevolkingsniveau binnen het werkgebied van de zorgraad;
2. De ondersteuning van het lokale sociaal beleid;
3. Zorgaanbieders ondersteunen bij de organisatie van kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning van de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag;
4. Meewerken aan de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en beleidsdoelstellingen.

Om dit alles in goede banen te leiden zette het Agentschap Zorg en Gezondheid in het voorjaar/najaar 2022 een uitgebreid interactief proces op met alle belanghebbenden. In deze principesnota worden de resultaten van dit participatietraject vertaald in concrete beleidsvoorstellen.

- 1) Een herformulering en actualisatie van de opdrachten van de zorgraden zal ervoor zorgen dat zorgraden een beter evenwicht kunnen vinden tussen de Vlaamse beleidsagenda (gezondheids- en welzijnsdoelstellingen, beleidsprioriteiten) en hun autonomie om lokaal accenten te leggen (zie ook punt 2).
- 2) Een betere afstemming van de meerjarenplannen van zorgraden (voor de aspecten die hierop betrekking hebben) op het lokale sociale beleid van de lokale besturen die hierin de regierol uitoefenen.
- 3) Een nieuwe kijk op het lidmaatschap en de zorgraad als een open organisatie zorgen voor een hernieuwde dynamiek tussen Algemene Vergadering, bestuursorgaan en werkgroepen in de zorgraad. We vragen hierbij aan de zorgraden om de principes van goed bestuur toe te passen.
- 4) Deze 3 elementen hebben ook een impact op de financiering van zorgraden. In deze nota stellen we een traject en enkele basisprincipes voor om de financiering van de zorgraden in een volgende fase hierop af te stemmen binnen de beschikbare begrotingskredieten.

Na goedkeuring van deze nota door de Vlaamse Regering start een regelgevend traject waarbij eerst het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders gewijzigd zal worden, en nadien het Besluit van de Vlaamse Regering van 17 mei 2019 tot erkenning en subsidiëring van de zorgraden.

1. SITUERING

Het Vlaamse Regeerakkoord bepaalt dat de aanwezigheid van lokale besturen in zorgraden dient versterkt te worden teneinde een voldoende democratische controle over de zorgraden te garanderen.

Sleutelen aan de evenwichten en verhoudingen tussen de verschillende clusters in de zorgraad is een noodzakelijke en complexe evenwichtsoefening. Tijdens de vormingsperiode van deze nieuwe structuren (van circa september 2017 met de afbakening van de eerstelijnszones over voorjaar 2020 met de creatie van de vzw's tot 1 juli 2020 met de effectieve erkenning van de zorgraden) zijn de evenwichten in de beheersorganen een voortdurend punt van aandacht geweest. Anderzijds is er hoe dan ook een nieuw momentum. Zorgraden zijn de afgelopen 2 jaren – door hun rol in de bestrijding en beheersing van de COVID-19 pandemie – zeer zichtbaar geworden. De samenwerking met de lokale besturen is intens en constructief geweest. Ook vanuit de welzijnsvoorzieningen die vallen onder de bevoegdheid van het beleidsdomein WVG wordt met belangstelling gekeken naar de rol van zorgraden als lokaal overlegplatform tussen de diverse actoren in het zorg- en welzijnslandschap met het oog op persoonsgerichte, geïntegreerde en doelgerichte zorg. Tot slot is de opdrachtenportefeuille van de zorgraden – na de wel zeer bijzondere opstartjaren met uitdagingen die bij de creatie van de zorgraden nauwelijks voorstelbaar waren – aan herziening toe.

De Vlaamse Regering vroeg het Agentschap Zorg en Gezondheid een proces op te zetten met als bedoeling:

- de opdrachten van de zorgraden te herformuleren en te actualiseren;

- te onderzoeken hoe de zorgraden (beter) kunnen worden ondersteund in hun nieuwe opdrachten;
- de aanwezigheid van de lokale besturen in de werking van de zorgraden te versterken om voldoende de democratische controle te garanderen;
- en andere actoren in het welzijnsveld voldoende te betrekken.

In het voorjaar / najaar 2022 werd een participatieproces opgezet in verschillende stappen waarin aandacht werd besteed aan een voldoende betrokkenheid van alle belanghebbenden. Het proces werd opgevolgd door een politieke stuurgroep. Iedereen werd op regelmatige basis geïnformeerd over het verloop en de resultaten van de verschillende stappen in het traject. In bijlage bij deze principesnota wordt een beschrijving van het proces opgenomen.

De beslissingen inzake eerstelijnszones en zorgraden krijgen verder vorm binnen de contouren van de besluitvorming van de Vlaamse regering inzake de referentieregio's.

2. VOORSTEL

In het onderstaande voorstel worden vier concrete beleidsmatige hefbomen omschreven die de werking van de zorgraden moeten actualiseren en versterken. Deze hefbomen zijn onder meer gebaseerd op duidelijke uitgangspunten.

A. UITGANGSPUNTEN

Binnen de zorgraden moet maximaal worden ingezet om de kernopdrachten, die door iedereen aanvaard worden, te realiseren. Het gaat om:

1. de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning afstemmen op de zorg- en ondersteuningsvragen, zoals vastgesteld op bevolkingsniveau binnen het werkgebied van de zorgraad;
2. ondersteuning van het lokale sociaal beleid dat wordt uitgetekend door de lokale besturen die hierover de regierol hebben;
3. zorgaanbieders ondersteunen bij de organisatie van kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning van de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag;
4. meewerken aan de Vlaamse gezondheids- en welzijnsdoelstellingen en beleidsdoelstellingen.

Om de zorgraden in staat te stellen om deze rol en bijhorende meerwaarde voor zowel zorgaanbieders als voor de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag te realiseren zijn er 2 belangrijke perspectieven van waaruit er naar de rol van de zorgraad gekeken kan worden:

- de zorgraad die als organisatienetwerk vooral inzet op het stimuleren en faciliteren van samenwerking tussen hun leden in functie van de realisatie van hun opdrachten (koppelen van kennis, middelen, competenties en activiteiten).
- de zorgraad die zich als ondersteunend organisatienetwerk positioneert inzake het lokale sociale beleid m.b.t. welzijn, zorg en gezondheid, dat door de lokale besturen vorm wordt gegeven.

In de eerste invalshoek zet de zorgraad in op het faciliteren en de procesbegeleiding tussen de diverse actoren op het terrein en coördineert ze de in de schoot van de zorgraad gemaakte afspraken, meerjarenplan en projecten. De zorgraad doet hiervoor maximaal beroep op de partners

binnen het netwerk. Het is dan ook belangrijk dat de zorgraad hiervoor over de nodige competenties, expertise en middelen beschikt. In de tweede invalshoek positioneert de zorgraad zich als een organisatienetwerk dat mede de uitvoering geeft aan de opdracht in artikel 11, 2^e van het decreet van 26/04/2019 namelijk: een lokaal sociaal beleid als vermeld in artikel 3, 4^o, van het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid, ondersteunen..

De focus van de Vlaamse Regering ligt vooral op het eerste perspectief. Zorggraden hebben in de eerste plaats hun eigen opdrachten. Ze dienen mee uitvoering te geven aan Vlaamse beleidsprioriteiten en het bereiken van de Vlaamse gezondheids- en welzijnsdoelstellingen. Hiertoe stellen ze een meerjarenplan op.

We willen de zorggraden hierbij ondersteunen, door te investeren in instrumenten en processen die toekomstbestendig zijn en het lokale sociale beleid kunnen ondersteunen, dit zonder het totale takenpakket van de zorgraad uit het oog te verliezen. Het gaat onder meer om uitdagingen zoals populatiemanagement, zorgstrategische planning, implementatie van het Vlaams preventiebeleid met zijn gezondheidsdoelstellingen, het maken van specifieke omgevingsanalyses voor zorg en welzijn, de integratie van zorg in kaart brengen, enz.. Conform het decreet lokaal sociaal beleid wordt de regierol inzake het lokale sociale beleid aan het lokaal bestuur toevertrouwd, maar het lokaal bestuur kan wel met de zorggraden, waarin zowat alle lokale zorg- en welzijnsactoren vertegenwoordigd zijn, in gesprek gaan en gebruik maken van de kennis en expertise die er aanwezig is.

Belangrijke randvoorwaarden hierbij zijn:

- ondersteuning van de zorggraden in de ontwikkeling naar goed beheerde netwerkorganisaties. Zowel VIVEL - als expertise- en kenniscentrum - als het agentschap zorg- en gezondheid hebben hierin een rol op te nemen. Zo is het de ambitie om een toekomstig evaluatiesysteem op te zetten om de organisatorische en bestuurlijke maturiteit van zorggraden te meten.
- de zorggraden instrumenten en handvaten bieden om prioriteiten te leggen binnen hun takenpakket en een inhoudelijke werking uit te bouwen via:
 - het verhogen van knowhow en competenties rond populatiemanagement, omgevingsanalyse, maturiteit integratie (bv. Scirocco-tool), zorgstrategische planning, ...
 - aansturing vanuit gezondheidszorg- en welzijnsdoelstellingen en Vlaamse beleidsprioriteiten
 - het laten aansluiten van hun inhoudelijke werking en meerjarenplan op de meerjarenplanning van de lokale besturen uit hun eerstelijnszone inzake lokaal sociaal beleid (zie verder)
- de opdrachten van de verschillende WVG-domeinen laten connecteren met de netwerkfunctie van de zorggraden. Het vermijden van het naast elkaar laten bestaan van verschillende netwerkverbanden (met vaak overlappende actoren) is hierbij een belangrijke win-win.

B. HEFBOMEN

Hefboom 1: vereenvoudiging van de opdrachtenportefeuille door focus te leggen op essentiële opdrachten

Het uitgevoerde participatieproces toonde aan dat er bij zorggraden veel interesse bestaat om rond heel veel thema's en onderwerpen te werken. Ze vinden hier ook vaak aansluiting bij de thema's en onderwerpen die lokale besturen naar voren schuiven als potentiële terreinen voor samenwerking.

Om zorgraden enerzijds de autonomie en ruimte te geven om in te spelen op lokale thema's en kenmerken, maar anderzijds ook duidelijk te focussen op haar kernopdrachten, is het voorstel om in het uitvoeringsbesluit niet langer de decretale opdrachten uit te werken in een lange reeks van deelopdrachten (17 in het huidige BVR) **maar eerder de kenmerken van de wijze waarop de decretale opdrachten uitgevoerd worden, te bepalen**. Bijvoorbeeld door zorgraden in hun meerjarenplan te laten aangeven:

- in welke mate doelstellingen en acties voortkomen uit data-gedreven analyses en het gebruik van instrumenten zoals de Scirocco-tool, zorgstrategische planning, populatiemanagement, de omgevingsanalyse,...;
- hoe actoren op het terrein betrokken worden bij de werking van de zorgraad;
- welke elementen aansluiting vinden bij de Vlaamse beleidsprioriteiten en gezondheids- en welzijnsdoelstellingen
- welke elementen aansluiting vinden bij de meerjarenplanning van de lokale besturen van hun zone (cfr. infra) m.b.t. het lokaal sociaal beleid en waarom men op deze elementen wenst in te zetten;

Populatiemanagement en omgevingsanalyse kunnen instrumenten zijn om via de inhoudelijke werking van de zorgraden de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning binnen de eerstelijnszone af te stemmen op de zorg- en ondersteuningsvragen binnen de eerstelijnszone, en hierbij binnen de organisatie prioriteiten te bepalen. Op die manier kan men enerzijds bijdragen en het evenwicht vinden tussen de ondersteuning van het lokaal sociaal beleid en de prioriteiten die de lokale besturen daarin leggen, en anderzijds meewerken aan de uitvoering van Vlaamse beleidsprioriteiten en gezondheids- en welzijnsdoelstellingen en de doelstellingen die binnen de organisatie worden geformuleerd.

Met betrekking tot de kernopdrachten, kunnen de opdrachten zoals ze nu omschreven zijn in het decreet, grotendeels behouden blijven, met hier en daar enkele kleine aanpassingen.

Voorstel voor herformulering en actualisatie:

1. Het brede veld (lokale systeem) van beroepsgroepspecifieke verenigingen, zorg- en welzijnsvoorzieningen en eerstelijnszorgaanbieders ondersteunen bij de organisatie van kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning van de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag over de volledige zorgketen zoals vermeld in hoofdstuk 3, met inbegrip van digitale gegevensdeling bij de interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking bij het aanbieden van die zorg.
2. Een lokaal sociaal beleid als vermeld in artikel 3, 4°, van het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid, ondersteunen;
3. De organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning binnen de eerstelijnszone afstemmen op de zorg- en ondersteuningsvragen, door het bepalen van prioriteiten vastgesteld op het bevolkingsniveau (door populatie-management en de omgevingsanalyse) binnen de eerstelijnszone, in samenspraak met:
 - a) de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en met de verenigingen van mantelzorgers en de verenigingen van vrijwilligers;
 - b) de eerstelijnszorgaanbieders¹;
 - c) de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod;

¹ Het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders hanteert volgende definitie van eerstelijnszorgaanbieder: een persoon, dienst of organisatie die als zorg- of welzijnsactor professioneel zorg of ondersteuning verleent aan personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, met uitzondering van de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorg- en ondersteuningsaanbod;

d) de lokale besturen, die hun beleidslijnen en inhoudelijke prioriteiten bepalen in kader van het lokaal sociaal beleid, afgestemd op de bovenlokale doelstellingen;
De zorgraad kan daarbij doelgroepspecifiek of wijkgericht te werk gaan en dient zich te baseren op uitgevoerde zorgstrategische planning en populatiemanagement.

4. Meewerken aan de uitvoering van Vlaamse beleidsprioriteiten en gezondheids- en welzijnsdoelstellingen en zo nodig andere prioritaire doelstellingen voor het werkgebied voorstellen aan de Vlaamse Gemeenschap.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid zal ook de nodige processen opzetten om voeling te houden met lokale activiteiten, beleidsklemtonen en analyses van de zorgraden. Zo creëert ze de ruimte voor het bottom-up voeden van haar eigen beleid op het vlak van welzijn en gezondheid in Vlaanderen.

Herformulering van de kernopdrachten vergt uiteraard een zekere aanpassing van het decreet voor de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. Dergelijke decreetsaanpassing dient ook te gebeuren voor het opnemen van de voorzieningen met een lokaal aanbod gefinancierd door VAPH en Opgroeien in de cluster welzijn in de zorgraden. Het traject voor deze decreetsherziening dient zo spoedig mogelijk na de goedkeuring van deze principesnota te worden opgestart.

Hefboom 2: stimuleren van een brede kijk op lidmaatschap van de zorgraad en een meer open visie op de minimumvereisten voor het samenstellen van het bestuursorgaan.

In heel wat zorgraden wordt er op een relatief enge manier gekeken naar het lidmaatschap. In nogal wat zorgraden valt dit lidmaatschap samen met 'zitting hebben in het bestuursorgaan van de zorgraad' (dat meestal als 'de zorgraad' benoemd wordt). In deze zorgraden wordt het bestuursorgaan met enkele leden uitgebreid voor de vorming van de AV. Dit is niet voor alle zorgraden het geval. Er zijn ook zorgraden met een veel opener houding t.a.v. lidmaatschap. Deze zorgraden tellen meestal een uitgebreide algemene vergadering waarbinnen de verschillende clusters hun vertegenwoordigers voor het bestuursorgaan kiezen.

De zorgraad als een open netwerk

Als de Vlaamse Regering de zorgraden echt wil positioneren als organisaties die het brede lokale veld op het vlak van welzijn en zorg dienen te faciliteren (integratorfunctie), moet dit open model de norm worden in heel Vlaanderen. Vanuit de Vlaamse overheid kunnen we dit stimuleren door in een volgende beleidsperiode subsidiëring mee te laten afhangen van de mate waarin zorgraden aantonen (in hun meerjarenplan en in hun rapporteringen) hoe ze inzetten op:

- het actief betrekken van alle actoren die omwille van hun activiteit of hoedanigheid tot 1 van de vier clusters behoren (lokale besturen, welzijn, gezondheidszorg en PZON/mantelzorger/burger).
- het creëren van voldoende kansen en plaatsen waar het brede lokale netwerk van betrokken actoren inhoudelijk met elkaar in gesprek kan gaan en mee discussies binnen het bestuursorgaan en de algemene vergadering kunnen voeden, thematische werkgroepen te vormen en voeden waar – afhankelijk van het thema – ook niet-leden kunnen aan deelnemen en actief zijn.

Bij dit alles is het behoud van de vier clusters en het evenwicht/gelijkwaardigheid tussen deze clusters belangrijk. **De cluster welzijn dient te worden uitgebreid met de voorzieningen gefinancierd vanuit VAPH en het agentschap Opgroeien, in de eerste plaats deze met een lokaal bereik en werking.** De meer gespecialiseerde voorzieningen met een duidelijk regionaal bereik kunnen –

indien dit door de leden van de zorgraad nuttig en wenselijk wordt geacht – nog steeds deelnemen als ‘optionele partners’.

Voor wat betreft de cluster van de ‘PZON (persoon met zorg- en ondersteuningsnood)/mantelzorger/burger’ benadrukt de Vlaamse Regering het grote belang van de bijdrage van deze cluster aan de werking van de zorgraad. Vanuit het besef (en de realiteit) dat het vinden van de nodige bestuurskandidaten in deze cluster een zeer grote uitdaging is, zal de Vlaamse Regering een traject opstarten om samen met relevante partners acties te ondernemen om de betrokkenheid en inspraak van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, mantelzorgers en burgers in de werking van de zorgraad te ondersteunen. Dit zowel op niveau van de zorgraad, alsook voor andere relevante thema’s met betrekking tot geïntegreerde, doelgerichte zorg.

Meer autonomie in het samenstellen van het bestuursorgaan

Voor wat betreft het bestuursorgaan vertrekt de Vlaamse overheid van het principe dat zorgraden autonome organisaties zijn. Dit zal zich vertalen in het geven van meer autonomie voor de samenstelling van hun bestuursorgaan en de plek die ze willen geven aan hun dagelijks bestuur. Daar waar de regelgeving nu vrij gedetailleerd de criteria bepaalt voor de samenstelling van het bestuursorgaan, zal het te wijzigen BVR een lijst met minimale kwaliteitscriteria bevatten. Het leidend principe hierbij is dat alle clusters in het bestuursorgaan gelijkwaardig vertegenwoordigd zijn. Het gaat om volgende criteria:

- Het bestuursorgaan van de zorgraden blijft pluralistisch en divers samengesteld volgens een representatieve vertegenwoordiging van het zorglandschap vanuit de 4 verschillende clusters (welzijnsactoren, eerstelijnszorgactoren, lokale besturen afgevaardigden van de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, de erkende verenigingen van gebruikers en mantelzorgers en vrijwilligersverenigingen.) met een maximum van 8 leden per cluster, mits behoud van gelijkwaardigheid tussen de verschillende clusters. Dit laat toe dat het aantal leden binnen de verschillende clusters mag verschillen zolang het stemgewicht van elke cluster in het geheel van de zorgraad gelijk is. Concreet voorbeeld: de cluster ‘PZON/mantelzorger/burger’ moet niet altijd 4 à 5 bestuursleden afvaardigen om een gelijk stemgewicht te hebben als een andere cluster in de zorgraad;
- De zorgraden kunnen bijkomend maximaal vier bestuurders toelaten.(cf. huidige regelgeving, gaat om de “optionele partners”)
- de zorgraad dient aan te tonen hoe en in welke mate ze de principes van goed bestuur naleeft.

Door deze meer open benadering zullen zorgraden in staat zijn om – vanuit een onderlinge dialoog – oplossingen te creëren voor specifieke situaties of kenmerken eigen aan hun eerstelijnszone. De grootte van het bestuursorgaan is dus vrij te kiezen, mits de gelijkwaardigheid en het onderlinge evenwicht van de clusters ten volle wordt gerespecteerd. Door de meer open benadering kunnen zorgraden die opteren voor een grote, evenredige vertegenwoordiging in het bestuursorgaan daarnaast werken met een kleiner dagelijks bestuur dat de dagelijkse werking garandeert om slagvaardig, volgens de principes van goed bestuur, te kunnen functioneren.

De zorgraden kunnen voorzien in een zitpenning voor leden van de zorgraad.

Hefboom 3: onderlinge afstemming van de beleidscycli van lokale besturen en zorgraden

Uit het uitgevoerde participatietraject komt een sterk pleidooi naar voren om de beleidsprocessen van lokale besturen en zorgraden veel meer op elkaar af te stemmen.

Het vertrekpunt is de beleidsplanningscyclus van lokale besturen, die in het eerste jaar van de legislatuur een meerjarenplanning opstellen, inclusief het lokaal sociaal beleidsplan. Lokale besturen kunnen hierbij beroep doen op de kennis en expertise van de zorgraad die een ondersteunende bijdrage kan leveren door bijvoorbeeld het uitvoeren van een specifieke omgevingsanalyse, het opstellen van een zorgstrategisch plan voor de eerstelijnszone,.... Deze input kan door de lokale besturen meegenomen worden in het opstellen van het eigen lokaal sociaal beleidsplan). In dit proces mogen zorgraden een proactieve attitude aannemen en uitreiken naar het lokaal bestuur om de dialoog te openen.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid vraagt de meerjarenplannen van de zorgraden pas op in het tweede kwartaal van het jaar volgend op het beleidsplanningsjaar van de lokale besturen (= 2de jaar in de lokale legislatuur). In zowel het meerjarenplan als in de jaarverslagen van de zorgraden die daarop volgen, dient aangetoond welke acties en initiatieven aansluiting vinden bij de lokale sociale beleidsplannen van de lokale besturen van hun eerstelijnszone, welke acties en initiatieven aansluiting vinden bij de Vlaamse beleidsprioriteiten en welke acties vanuit de lokale zorgraad vertrekken.

Volgende werkingsprincipes worden hierbij gehanteerd:

1. Het meerjarenplan van de zorgraad m.b.t. het lokale sociaal beleid wordt afgestemd met alle lokale besturen in de eerstelijnszones en wordt ter kennisgeving bezorgd aan de gemeenteraad van elk lokaal bestuur in de eerstelijnszone.
2. Het meerjarenplan van de zorgraad m.b.t. de ondersteuning van het lokaal sociaal beleid mag niet ingaan tegen het lokaal sociaal beleid van de lokale besturen van de betrokken eerstelijnszone
3. Indien een lokaal bestuur van oordeel is dat het meerjarenplan van de zorgraad niet in overeenstemming is met het lokale sociale beleid dan is er een administratieve beroepsprocedure mogelijk bij het Agentschap Zorg en Gezondheid dat in overleg treedt met het lokaal bestuur dat beroep heeft ingesteld, en dit met het oog op het bereiken van een consensus over het meerjarenplan m.b.t. de ondersteuning van het lokaal sociaal beleid. Het resultaat van de procedure wordt ter kennis gebracht van de betrokken gemeenteraad en de Zorgraad.

De zorgraden kunnen hun meerjarenplan actualiseren na de actualisering van de lokale sociale beleidsplannen in de loop van de legislatuur.

In het meerjarenplan en de jaarverslagen lichten de zorgraden niet alleen hun inhoudelijke werking toe, maar ook de financiële werking. Zowel het meerjarenplan als de jaarverslagen dienen ter goedkeuring overgemaakt te worden aan het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Hefboom 4: Wijziging berekeningsbasis subsidie en – binnen de marges van de beschikbare begrotingskredieten – actualisatie en verhoging van het subsidiebedrag

De lokale zorgraden dienen een voldoende financiering te krijgen om:

- coördinatoren en medewerkers te vergoeden die op een actieve manier het netwerk van de zorgraad faciliteren en ondersteunen i.f.v. de realisatie van de opdrachten;
- in functie van de realisatie van de opdrachten middelen te investeren om de samenwerking te faciliteren tussen beroepsgroepspecifieke verenigingen, zorg- en welzijnsvoorzieningen en eerstelijnszorgaanbieders;

- een vormings- en opleidingsbudget te voorzien om zorg- en hulpverleners in de eerstelijnszone te ondersteunen in methodieken en aanpakken voor de realisatie van geïntegreerde zorg.

Om elke zorgraad in staat te stellen zijn opdrachten op een kwaliteitsvolle manier te vervullen zal in een volgende fase, na de goedkeuring van deze principesnota, worden onderzocht hoe de subsidie aan de zorgraden kan worden geactualiseerd. Dit met respect voor het bestaande financieringsmechanisme waarbij via een reeks parameters de zorgnood van de betreffende populatie binnen de eerstelijnszone wordt uitgedrukt. Binnen deze budgettaire oefening moet ook bekeken worden of er de nodige continuïteit kan worden gegarandeerd m.b.t. de huidige financiering, zodat de zorgraden niet geconfronteerd worden met onnodige fluctuaties in de financieringsstroom.

Binnen de marges van de beschikbare begrotingskredieten is een actualisatie en verhoging van de subsidie voor de zorgraden aangewezen. Deze zal in de volgende fase geconcretiseerd moeten worden. Deze noodzakelijke verhoging is gebaseerd op de volgende objectieve gronden:

- de inspanningen die dienen te gebeuren in functie van de uitbreiding van het netwerk (voorzieningen VAPH/Opgroeien) en de grotere rol voor de algemene vergadering van de zorgraad van een versterking en slagkrachtiger maken van de zorgraad;
- de noodzakelijke verdere professionele werking van de zorgraad door te investeren in vormgeving van interne processen, competentieopbouw rond netwerkmanagement en participatie en in kennisopbouw rond beleidsplanning en goed bestuur;
- het populatiemanagement en omgevingsanalyse op basis van goede data verder ontwikkelen als inhoudelijke instrumenten om prioriteiten en afstemming te bekomen te binnen de verschillende clusters van de zorgraad. Om op die manier de balans te vinden tussen eigen doelstellingen, doelstellingen van de lokale besturen m.b.t. het lokaal sociaal beleid en de Vlaamse beleidsdoelstellingen.

Het financieringsmechanisme zal verder uitgewerkt en verantwoord worden via de realisatie van een regelgevend traject dat na de goedkeuring van deze principesnota wordt opgestart om zowel het decreet van 26 april 2019 (in beperkte mate) als het 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 te wijzigen.

3. ADVIES INSPECTIE VAN FINANCIËN

De Inspectie van Financiën heeft op 26 oktober '22 een gunstig advies verleend.

De Inspectie van Financiën heeft hierbij een aantal opmerkingen en suggesties geformuleerd.

1) Andere organisaties met een coördinerende of sturende werking

De Inspectie van Financiën stelt vast dat het Vlaams welzijns- en gezondheidszorglandschap vele organisaties kent die een coördinerende of sturende werking hebben en oppert om deze op termijn te integreren. Dit is inderdaad in algemene zin een goede suggestie.

Specifiek voor de Logo's zijn er argumenten om niet voor integratie met de ELZ te gaan. De argumenten daarvoor zijn:

- Logo's hebben, naast genoemde netwerkfunctie, een disseminerende (of methodiek verspreidende) taak naar alle settings en een ondersteunende taak naar lokale besturen. Logo's opereren niet zelf op ELZ-niveau, maar op een bovenliggend niveau
- Logo's en alle andere organisaties binnen het preventieve gezondheidsbeleid vertrekken van de algemene bevolking (gezonde burgers), dus eerder de populatiebenadering, dan vertrekkend vanuit een persoon met een zorg- of ondersteuningsvraag. Het preventiebeleid zet o.a. in op factoren die bijdragen tot gezonde leefstijl en gedragsverandering bij alle burgers, bijgevolg zonder dit beleid te verbinden aan ziektes of zorg in de enge zin van het woord.
- De LOGO's werken grotendeels buiten de gezondheidszorg (de huisarts, de specialist, andere eestelijnsactoren), namelijk in de leefcontexten (settings) waarin mensen langdurig en gewoonlijk verblijven. Dit impliceert dat de Logo's een werking hebben naar 7 settings: onderwijs, werk, lokale besturen, gezin, vrije tijd, rechtstreeks naar de burger en zorg & welzijn. De setting zorg & welzijn, waarin de zorgraden zich situeren, is bijgevolg maar één van de 7 settings waarnaar de Logo's zich richten. Verder omvat de setting zorg & welzijn ook andere actoren waarnaar de Logo's werken zoals WZC, lokale dienstencentra, zorginstellingen, ...
- Logo's zijn netwerkorganisaties, ze brengen partners samen. Ze doen dit echter voor meer partners dan enkel binnen de eerste lijn.

De huisartsenkringen aligneren zich nu al sinds 2020 spontaan op de ELZ, met succes. De regelgeving (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de huisartsenkringen) werd aangepast op 12 juni 2021. Het opzet is in eerste instantie een maximale geografische afstemming te hebben. Door de verschillende fusiebewegingen daalde het aantal erkende huisartsenkringen van 79 in 2020 tot 69 erkende huisartsenkringen in 2022.

In een tweede tijd wordt een inhoudelijke afstemming van de taken beoogd.

2) Efficiëntie van de werking meten

De huidige reguliere subsidie bedraagt 9.295.536 euro. De uitbreidingsmiddelen (2,6 miljoen) zullen dit jaar worden besteed om de zorgraden te laten groeien in hun organisatorische maturiteit. Het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg en het Vlaams Patiëntenplatform werken aan patiëntgerelateerde indicatoren. Dit thema staat nog in de kinderschoenen, maar de aanzet is al wel gegeven.

Om de efficiëntie van geïntegreerde zorg te kunnen meten, is nog veel wetenschappelijke expertise nodig. Op dat vlak zijn nog geen indicatoren beschikbaar.

3) Versterkte afstemming met de gemeentebesturen

Artikel 7 en 8 van het decreet Lokaal Sociaal Beleid leggen de basis voor een bovenlokaal sociaal beleid waarvoor de zorgraden vanuit hun rol zeker input kunnen geven. Deze input kan door de lokale besturen meegenomen worden in het opstellen van het lokaal sociaal beleidsplan. Er zijn goede voorbeelden van intergemeentelijke samenwerking voor wat betreft het Lokaal Sociaal Beleid. In de ene eerstelijnszone zal dit gemakkelijker verlopen dan in de andere. Het zal zeker een uitdaging worden om deze afstemming in de praktijk te realiseren, maar ook hier kan door samenwerking winst geboekt worden.

4. VERDER TRAJECT

Na de goedkeuring van deze principiële nota door de Vlaamse Regering zullen de werkzaamheden worden opgestart voor de beperkte herziening van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders volgens de principes beschreven in deze nota. Vervolgens zal het uitvoeringsbesluit tot erkenning en subsidiëring van de zorggraden worden aangepast.

5. VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering beslist haar goedkeuring te geven aan deze nota.

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Hilde Crevits

Bijlage 1: Verslag van het participatietraject (voorjaar / najaar 2022) – versterking van de lokale zorggraden

Bijlage 1 : Verslag van het participatietraject (voorjaar / najaar 2022) – versterking van de lokale zorgraden

Het participatietraject bestond uit 4 fases:

Fase 1: Verkennende ronde bij belangrijkste belanghebbenden + opstellen synthese van inzichten uit deze gesprekken

Bij dit participatietraject waren, naast de zorgraden zelf, een groot aantal belanghebbenden betrokken. Om goed ieders belangen en gevoeligheden te kennen, werd in januari en februari 2022 een open gesprek gevoerd met elk van deze belanghebbenden. Het betrof volgende lijst belanghebbenden:

- Zorgraden (middels 5 + 1 (Brussel): vergaderingen in alle provincies)
- Domus Medica
- Departement Welzijn
- Zorgnet-Icuro
- Vlaams Welzijnsverbond
- Vlaams Apothekers Netwerk
- AXXON: beroepsvereniging voor kinesitherapeuten
- Nederlandstalig Platform voor Thuisverpleegkundigen
- Agentschap Binnenlands Bestuur
- Agentschap Opgroeien
- De afdeling Preventie en team Geestelijke Gezondheidszorg binnen het Agentschap Zorg en Gezondheid
- Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
- Vlaams Patiëntenplatform
- Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn
- Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten
- SOM: de federatie van sociale ondernemingen
- Vlaams Mantelzorgplatform

Een synthese van deze gesprekken werd voorgesteld aan de politieke stuurgroep. Samengevat bevatte deze synthese volgende punten:

- Er was een voorzichtig constructief draagvlak voor dit traject: vele belanghebbenden zagen opportuniteiten om vanuit de ervaringen van de afgelopen 2 jaren met een vernieuwde blik naar samenwerking te kijken. Maar dit ging gepaard met heel wat onrust en ongemak en vragen over de ambitie “versterking positie lokale besturen”, zeker bij de 4 andere betrokken clusters in de zorgraad (zorgverstrekkers, welzijnsactoren, patiënten/mantelzorgers/burgers, optionele cluster).
- Er was absoluut draagvlak voor de verruiming/opwaardering van de betrokkenheid van de andere welzijnsactoren (voorzieningen gefinancierd door VAPH & Opgroeien) naast de momenteel reeds betrokken welzijnsactoren (DMW, CAW, OCMW, WZC). Enige kanttekening die vooral door vertegenwoordigers van deze welzijnsactoren werd geplaatst, is de nog steeds gepercipieerde dominantie van het ‘gezondheidszorgdenken’.
- Heel wat actoren formuleerden een verlangen om op een andere manier naar de opdrachten van de zorgraden te kijken:
 - zodat er een beter evenwicht is tussen centrale aansturing en lokale autonomie

- en binnen dit evenwicht ook meer focus aanbrengen: het naar voren schuiven van enkele kaders, concepten en beleidsprioriteiten op Vlaams niveau waarbinnen lokale invulling mogelijk is.
- De financiering staat niet in verhouding tot de verwachtingen die op zorgraden worden geprojecteerd en/of de opdrachten die worden gegeven. Dit item dient in het verdere traject opgenomen te worden.
- Met betrekking tot het aspect 'versterking van posities':
 - de duidelijke vraag om de bestaande evenwichten tussen de verschillende clusters (zorg, welzijn, lokale besturen en personen met een zorg- en ondersteuningsvraag/mantelzorgers, optionele cluster) zorgvuldig te respecteren;
 - vanuit de zelfstandige zorgverstrekkers werd duidelijk aangegeven dat zij niet zozeer numeriek versterkt moesten worden, maar dat de deelname van zelfstandige zorgverstrekkers aan zorgraden beter gefaciliteerd diende te worden (bijv. kringwerking, financiering van vertegenwoordiging);
 - vanuit de cluster "PZON/mantelzorger/burger" werd aangegeven dat het zeker een goede zaak is dat ze konden beschikken over een gelijkwaardige vertegenwoordiging t.o.v. de andere clusters maar dat deze vertegenwoordiging nu vaak veel te instrumenteel werd ingevuld. Echte betrokkenheid van PZON/mantelzorger/burger dient breder vorm te krijgen (betere ondersteuning, rond concrete kwesties in werkgroepen, outreachend, ...).
- Met betrekking tot de governance van de zorgraden werd aangegeven dat
 - de werking in clusters zeker voordelen heeft: ze dwingt tot overleg en interactie tussen leden van dezelfde cluster. Maar er zijn ook nadelen: veel overleg, loodzware governance-structuur;
 - een vaak geformuleerde opmerking was dan ook of er geen lichtere governance-structuur mogelijk was, waarbij samenwerking veel meer gepositioneerd wordt in thematische werkgroepen:
 - voordeel: niet iedereen moet altijd overal bij zijn, men sluit aan bij de werkgroepen en thema's die men aanbelangt;
 - nadeel: het vergt andere skills van medewerkers/voorzitters die sterk moeten inzetten op participatie en procesmanagement.

Fase 2: bevraging van zorgraden en lokale besturen rond gewezen en toekomstige samenwerking

Via een online vragenlijst (maart/april 2022) met een beperkte set van goed gekozen vragen, werd de houding van zowel zorgraden als lokale besturen t.a.v. de samenwerking tussen beide actoren verduidelijkt, gebaseerd op de ervaring van afgelopen anderhalf jaar. Voor de zorgraden werd de vragenlijst verstuurd naar de voorzitter, voor de lokale besturen naar de burgemeester en algemeen directeur. 55 zorgraden (92%) en 78 lokale besturen (26%, goed verspreid over Vlaanderen en de eerstelijnszones) vulden de vragenlijst in.

De synthese van de bevraging werd eveneens aan de politieke stuurgroep voorgesteld en met hen besproken. Ze bevatte volgende hoofdlijnen:

- Zowel lokale besturen als zorgraden noteerden een (hoge) waardering voor samenwerking tussen beide actoren de afgelopen periode. Zeker de concrete samenwerking (rond COVID-opdrachten, vaccinatie, projectoproepen, ...) werd hoog geapprecieerd. Op het vlak van het wederzijds bijdragen aan meer beleidsmatige uitdagingen op het vlak van zorg en welzijn was de waardering iets minder hoog. Hier is het duidelijk dat beide actoren elkaar nog moeten vinden en dat er groeimarge is.

- Zowel zorgraden als lokale besturen geven een zeer brede waaier van thema's aan waar samenwerking mogelijk is. Bovendien vinden ze dezelfde thema's belangrijk: thema's zoals armoedebestrijding, zorgongelijkheid, tekorten in het zorgaanbod, gezondheids crisissen, preventie en gezondheidseducatie, zorgzame buurten en (medische) opvang van vluchtelingen/Oekraïners worden heel vaak benoemd.
- Wat het versterken van de positie van lokale besturen betreft, bevroegen we zowel een aantal concrete mogelijkheden om dit te realiseren en stelden we een open vraag naar de concrete mogelijkheden die ze zelf zien.
 - 1) Meer stemgewicht geven aan lokale besturen in het bestuursorgaan van de zorgraad, is voor de zorgraden geen optie. Maar ook bij lokale besturen zelf is er slechts een zeer kleine minderheid hiervoor te vinden. De meerderheid van lokale besturen benadrukt het belang van een evenwichtige stemverdeling in het bestuursorgaan. Slechts een minderheid pleit voor een relatief groter stemgewicht. Een vaak gehoorde argumentatie hiervoor is dat er in eerstelijnszones met meer dan 6 lokale besturen te weinig 'zetels' zijn om elk lokaal bestuur een individuele plek te geven. Een tweede argument is dat in zorgraden waar lokale besturen middelen ter beschikking stellen van zorgraden, ze graag kunnen bepalen hoe deze besteed worden.
 - 2) Voor wat betreft het kunnen agenderen van kwesties op de agenda van het bestuursorgaan van de zorgraad, geven de meesten, zowel bij de zorgraden als bij de lokale besturen, aan dat dit vandaag perfect mogelijk is.
 - 3) Ook het voorleggen van de jaarlijkse begroting van de zorgraad aan de lokale besturen, voorafgaand aan de formele goedkeuring ervan op de algemene vergadering van de zorgraad, kan op weinig draagvlak rekenen, alvast niet bij de zorgraden zelf. Het tast de autonomie van de zorgraad aan. Wel pleit een meerderheid van de lokale besturen voor het tijdig informeren van de lokale besturen over de begroting zodat een gesprek hierover mogelijk is.

Bij de twee laatste mogelijkheden die we bevroegen was er wel een duidelijk verschil in antwoordpatroon:

 - 4) Lokale besturen pleiten expliciet voor het erkennen van hun regierol op het vlak van lokaal sociaal beleid. Deelaspecten van het beleidsplan van de zorgraad die hierop betrekking hebben dienen voorafgaandelijk afgestemd te worden met de lokale besturen. Zorgraden staan hier relatief iets minder afwijzend tegenover als je vergelijkt met de andere mogelijkheden die bevestigd werden (zie hierboven) maar toch blijft een meerderheid hier tegen gekant.
 - 5) Lokale besturen zijn ook, anders dan zorgraden, gewonnen voor de idee dat het voorzitterschap van een zorgraad uit een duo-baan van een voorzitter en een co-voorzitter kan bestaan waarbij één van beide afkomstig is van een lokaal bestuur. Bij de argumentatie van deze voorkeur valt op dat lokale besturen vooral een professioneel en kwaliteitsvol bestuur wensen, een voorkeur die we bij de open vraag ook wel zien terugkomen bij de zorgraden zelf.- Bij de vraag naar de mogelijkheden die men zelf ziet om de positie van lokale besturen te versterken, blijkt er meer overeenstemming te bestaan:
 - 1) Wat hier terugkomt, is de suggestie om meer in te zetten op een (professioneel) dagelijks bestuur. In de argumentatie hiervoor valt op dat heel wat zorgraden spontaan evolueerden naar een systeem met een beperkt dagelijks bestuur waarbij het eigenlijk bestuursorgaan slechts 4 à 5 maal per jaar samenkomt.
 - 2) Samenwerking vormgeven rond concrete thema's in werkgroepen
 - 3) Beter afstemmen van de beleidsplanningscycli van lokale besturen en zorgraden
 - 4) Meer investeren in zorgraden (middelen/personeel)

- 5) Gestructureerd overleg organiseren tussen lokale besturen en zorgraden (bv. 1 keer per jaar)
- Tot slot wijzen heel wat lokale besturen op een moeilijker punt voor de versterking van de positie van lokale besturen in zorgraden, met name de intergemeentelijke afstemming. Meerdere lokale besturen geven aan dat de afstemming binnen de cluster lokale besturen moeilijk verloopt of zelfs onbestaande is waardoor de stem vanuit de lokale besturen in het bestuursorgaan van de zorgraad niet altijd eenduidig is.

Fase 3: Een reeks van focusgroepen om oplossingspistes voor de drie uitdagingen te verkennen

Tijdens de maand mei 2022 werd een reeks van focusgroepen - samengesteld uit relevante doelgroepen - bevraagd:

- 3 focusgroepen met bestuursleden van zorgraden (inclusief afgevaardigden van lokale besturen). Hier namen in totaal 36 mensen aan deel;
- 2 focusgroepen met burgemeesters, schepenen welzijn en/of sociaal beleid en algemeen directeuren. Hier namen in totaal 19 mensen aan deel;
- telkens 1 focusgroep met voorzieningen gefinancierd door VAPH (18 deelnemers) en het agentschap Opgroeien (8 deelnemers).

Op basis van het resultaat van de eerste twee, eerder onderzoekende fases, werd gepolst naar oplossingspistes voor het versterken van de positie van lokale besturen in de zorgraden en het betrekken van nieuwe partners in de werking van de zorgraden. Ook werden de mogelijkheden bevraagd voor de herschikking/herformulering van de opdrachten van de zorgraden.

Fase 4: Opstellen nota en stakeholderoverleg

Op basis van alle voorgaande resultaten werd een eerste ontwerpnota opgesteld met daarin een eerste uitgewerkt ontwerp van voorstel. De uitgangspunten van deze nota werden einde mei 2022 voorgelegd aan de politieke stuurgroep. Na verwerking van hun feedback ontstond een tweede versie van ontwerpnota. Dit voorstel werd voor het zomerreces voorgelegd aan een uitgebreide belanghebbendengroep (dezelfde actoren die in een eerste fase bevraagd werden, zie supra). Hun feedback werd – in de mate dat deze feedback ruim en breed gedragen was binnen deze groep - meegenomen in de finale formulering van het voorstel zoals het nu uitgeschreven staat in de principesnota aan de Vlaamse Regering.

Het is belangrijk te stellen dat deze uitgebreide belanghebbendengroep een aantal vragen heeft bij de noodzaak om de positie van lokale besturen in de zorgraden te versterken. Alle belanghebbenden geven aan dat er een grote erkenning is van de meerwaarde van een intense samenwerking en betrokkenheid van lokale besturen, maar het principe van evenredige vertegenwoordiging en gelijkwaardigheid tussen alle clusters is hierbij essentieel. De geraadpleegde belanghebbenden beklemtonen het belang van een autonome zorgraad die – binnen het kader van de bij Besluit van de Vlaamse Regering toegekende opdrachten – een eigen beleidsplan opstelt en uitvoert.



RAAD VAN STATE

afdeling Wetgeving

advies 72.175/3
van 12 oktober 2022

over

een ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering ‘tot
ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de
interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en tot
uitbreiding van de opdrachten van de huisartsenkringen’

Op 13 september 2022 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering ‘tot ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en tot uitbreiding van de opdrachten van de huisartsenkringen’.

Het ontwerp is door de derde kamer onderzocht op 4 oktober 2022. De kamer was samengesteld uit Wilfried VAN VAERENBERGH, eerste voorzitter, Jeroen VAN NIEUWENHOVE, kamervoorzitter, Koen MUYLLE, staatsraad, Bruno PEETERS, assessor, en Astrid TRUYENS, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Tim CORTHAUT, eerste auditeur.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 12 oktober 2022.

*

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

*

STREKKING VAN HET ONTWERP

2. Het voor advies voorgelegde ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering bevat een nieuwe regeling inzake de financiering van huisartsenpraktijken, ter vervanging van de bij de Zesde Staatshervorming overgedragen Impulsfinanciering, geregeld bij het koninklijk besluit van 23 maart 2012 ‘tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan’.

Hoofdstuk 1 bevat de definities (artikel 1).

Hoofdstuk 2 bevat algemene bepalingen. Artikel 2 regelt de wijze van indiening van aanvragen voor een tegemoetkoming of renteloze lening en de bijhorende gegevensverwerking. De verwerking van de aanvragen kan door het Agentschap Zorg en Gezondheid (hierna: het agentschap) worden toevertrouwd aan een of meer organisaties, die kunnen worden belast met het dagelijks beheer van de tegemoetkomingen, de renteloze leningen, alsook de financiering en controle van dat beheer (artikel 3). Artikel 4 legt een rapporteringsplicht op aan de huisartsen die tegemoetkomingen ontvangen. Artikel 5 verplicht het agentschap om de regeling binnen zes jaar na de inwerkingtreding te evalueren.

Hoofdstuk 3 regelt de toekenning van renteloze leningen. Artikel 6 stelt een renteloze lening in van maximaal 35.000 euro voor de installatie van startende huisartsen. Artikel 7 voorziet in een bijkomende renteloze lening van 10.000 euro indien wordt geïnvesteerd in samenwerking. Artikel 8 regelt de terugbetaling van de leningen, in beginsel binnen vijf jaar. Artikel 9 regelt de bewijsstukken die bij de aanvraag moeten worden gevoegd.

Hoofdstuk 4 regelt de tegemoetkoming in interdisciplinaire praktijkvoering, die de vorm kan aannemen van een tegemoetkoming in de loonkosten van medewerkers of een tegemoetkoming voor een telesecretariaat (artikel 10).

Artikel 11 bepaalt de hoogte van de tegemoetkoming in de loonkosten. Artikel 12 bepaalt de toekenningsvoorwaarden. De artikelen 13 en 14 hebben betrekking op de aanvraag van de tegemoetkoming. Artikel 15 voorziet in een bijkomende verhoging van 800 euro indien geïnvesteerd wordt in navorming van de medewerkers. Artikel 16 regelt de aanvraag van die verhoging.

Artikel 17 regelt het maximale bedrag voor de tegemoetkoming in de kosten van een telesecretariaat. Artikel 18 bepaalt de toekenningsvoorwaarden. Artikel 19 bepaalt hoe de tegemoetkoming moet worden aangevraagd. Artikel 20 beperkt het werkelijke bedrag van de tegemoetkoming tot de helft van de werkelijke kosten, met een maximum van 3400 euro.

Hoofdstuk 5 bevat wijzigingsbepalingen. Artikel 21 voegt een rapporteringsplicht voor huisartsenkringen toe aan artikel 8 van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 ‘betreffende de huisartsenkringen’.

Hoofdstuk 6 bevat de slotbepalingen. Artikel 22 strekt tot de opheffing van het koninklijk besluit van 23 maart 2012 ‘tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan’. Artikel 23 voorziet in een overgangsregeling voor de hangende aanvragen voor renteloze leningen en de terugbetaalbaarheid van onder het vorig besluit toegekende leningen, en artikel 24 bevat een overgangsregeling voor de tegemoetkomingen in de loonkosten die gedragen zijn in 2022. Artikel 25 regelt de aanvraag voor een tegemoetkoming voor de kosten van het telesecretariaat voor 2022. Artikel 26 bepaalt in welke mate een huisarts die op 1 januari 2023 al een tegemoetkoming in de kosten voor diensten heeft ontvangen onder de oude regeling, in aanmerking komt voor een tegemoetkoming onder de nieuwe regeling, gelet op de voorwaarde dat slechts gedurende vijf opeenvolgende jaren een tegemoetkoming kan worden toegekend. Artikel 27 bepaalt de inwerkingtreding van het te nemen besluit op 1 januari 2023, behalve voor artikel 21, dat overeenkomstig artikel 84, 2°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 ‘tot hervorming der instellingen’ in werking treedt de tiende dag na de bekendmaking van het te nemen besluit in het Belgisch Staatsblad.

RECHTSGROND

3. Het ontwerp vindt rechtsgrond in artikel 8 van het decreet van 26 april 2019 ‘betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders’, op basis waarvan de Vlaamse Regering kan voorzien in financiering ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en de voorwaarden daarvan mag bepalen.¹

VORMVEREISTEN

4. Het ontwerp bevat bepalingen die verband houden met de verwerking van persoonsgegevens. Bij de adviesaanvraag is advies nr. 2022/064 gevoegd dat de Vlaamse toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens op 19 juli 2022 over het ontwerp heeft uitgebracht. Zoals de Raad van State reeds in tal van adviezen heeft opgemerkt, dient met betrekking tot die bepalingen niet enkel het advies te worden ingewonnen van de Vlaamse toezichtcommissie, maar ook het advies van de (federale) Gegevensbeschermingsautoriteit bedoeld in de wet van 3 december 2017 ‘tot oprichting van de Gegevensbeschermingsautoriteit’. Het is immers die autoriteit die belast is met het toezicht op de naleving van de ‘algemene’ regels inzake de verwerking van persoonsgegevens, met inbegrip van de algemene regels die de federale

¹ Dat geldt ook voor artikel 21 van het ontwerp, aangezien die bepaling ook de nieuwe – het decreet van 26 april 2019 is immers in de plaats gekomen van de oude rechtsgrond voor het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 ‘betreffende de huisartsenkringen’ in het decreet van 3 maart 2004 ‘betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders’ – rechtsgrondbepaling is voor de financiering van de huisartsenkringen (wat impliceert dat ook de opdrachten waarvoor die financiering bedoeld is, kunnen worden bepaald).

overheid ter uitvoering van de algemene verordening gegevensbescherming² heeft vastgesteld. Daaronder valt ook de bevoegdheid om, wat die regels betreft, advies te geven teneinde te voldoen aan de adviesverplichting waarin artikel 36, lid 4, van de algemene verordening gegevensbescherming, gelezen in samenhang met artikel 57, lid 1, c), en overweging 96 van die verordening, voorziet.³

De conclusie is dan ook dat het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit alsnog moet worden ingewonnen vooraleer het ontwerp doorgang kan vinden.

Indien de aan de Raad van State voorgelegde tekst ten gevolge van het inwinnen van dat advies nog wijzigingen zou ondergaan,⁴ moeten de gewijzigde of toegevoegde bepalingen, ter inachtneming van het voorschrift van artikel 3, § 1, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, aan de afdeling Wetgeving worden voorgelegd.

ALGEMENE OPMERKINGEN

5. Krachtens artikel 22 van de Grondwet geldt voor elke verwerking van persoonsgegevens en, meer in het algemeen, voor elke schending van het recht op het privéleven, dat het formeel legaliteitsbeginsel dient te worden nageleefd. Doordat artikel 22 van de Grondwet aan de bevoegde wetgever de bevoegdheid voorbehoudt om vast te stellen in welke gevallen en onder welke voorwaarden afbreuk kan worden gedaan aan het recht op eerbiediging van het privéleven, waarborgt het aan elke burger dat geen enkele inmenging in dat recht kan plaatsvinden dan krachtens regels die zijn aangenomen door een democratisch verkozen beraadslagende vergadering. Een delegatie aan een andere macht is evenwel niet in strijd met het wettelijkheidsbeginsel voor zover de machtiging voldoende nauwkeurig is omschreven en betrekking heeft op de tenuitvoerlegging van maatregelen waarvan de “essentiële elementen” voorafgaandelijk door de wetgever vastgesteld zijn.⁵

Bijgevolg moeten de ‘essentiële elementen’ van de verwerking van persoonsgegevens in de wet zelf worden vastgelegd. In dat verband is de afdeling Wetgeving van oordeel dat ongeacht de aard van de betrokken aangelegenheid, de volgende elementen in beginsel ‘essentiële elementen’ uitmaken: 1°) de categorie van verwerkte gegevens; 2°) de categorie van betrokken personen; 3°) de met de verwerking nagestreefde doelstelling; 4°) de categorie van

² Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 ‘betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming)’.

³ Adv.RvS 61.267/2/AV van 27 juni 2017 over het voorontwerp dat heeft geleid tot de wet van 3 december 2017, *Parl.St.* Kamer 2016-17, nr. 54-2648/001, 106-115 (opmerkingen 1 tot 6) en 117 (opmerking 3).

⁴ Namelijk andere wijzigingen dan diegene waarvan in dit advies melding wordt gemaakt of wijzigingen die ertoe strekken tegemoet te komen aan hetgeen in dit advies wordt opgemerkt.

⁵ Vaste rechtspraak van het Grondwettelijk Hof: zie inzonderheid GwH 18 maart 2010, nr. 29/2010, B.16.1; GwH 20 februari 2020, nr. 27/2020, B.17.

personen die toegang hebben tot de verwerkte gegevens; en 5°) de maximumtermijn voor het bewaren van de gegevens.⁶

Verscheidene bepalingen in het ontwerp met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens kunnen worden beschouwd als een intrinsiek gevolg van de door de decreetgever gecreëerde mogelijkheid om te voorzien in een financiering ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering.⁷ Dat is echter niet evident voor alle categorieën van gegevens die overeenkomstig de ontworpen regeling worden verwerkt⁸ en evenmin voor de regeling van de bewaartermijn. Het is dan ook raadzaam, gelet op het voormelde legaliteitsbeginsel, om ter zake een decretale regeling uit te werken.⁹

6. Overeenkomstig artikel 1, 1°, van het ontwerp wordt als actieve huisarts beschouwd een erkende huisarts die praktijk voert als huisarts *in het Nederlandse taalgebied*. Het gevolg daarvan is dat de ontworpen regeling niet geldt voor huisartsen die praktijk voeren in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, ook al moeten ze wegens hun organisatie worden beschouwd als instellingen die uitsluitend behoren tot de Vlaamse Gemeenschap¹⁰ of indien ze moeten worden beschouwd als natuurlijke personen die op vrijwillige basis een beroep willen doen op de ontworpen regeling, zonder dat zij daarbij moeten aangeven “te willen behoren” tot de Vlaamse Gemeenschap.¹¹ De gemachtigde verklaarde daarover het volgende:

“U stelt de vraag wat de plaats is van huisartsen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad binnen het voorliggend ontwerp van besluit. U wijst erop dat Vlaanderen deels bevoegd zou kunnen zijn, omdat een ‘multidisciplinaire groepspraktijk’, wanneer die zich, gelet op zijn organisatie, exclusief richt naar de Vlaamse Gemeenschap, kan aanzien worden als een unicommunautaire instelling.

⁶ Adv.RvS 68.936/AV van 7 april 2021 over een voorontwerp dat heeft geleid tot de wet van 14 augustus 2021 ‘betreffende de maatregelen van bestuurlijke politie tijdens een epidemische noodsituatie’, *Parl.St.* Kamer 2020-21, nr. 55-1951/001, 119, opmerking 101. Zie ook GwH 10 maart 2022, nr. 33/2022, B.13.1.

⁷ Zie o.m. adv.RvS, 67.906/1/V van 16 september 2020 over een ontwerp dat heeft geleid tot het besluit van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering van 22 oktober 2020 ‘betreffende steun aan hotels en aparthotels in het kader van de gezondheidscrisis COVID-19’, opmerking 3.6; adv.RvS 69.250/1 van 22 april 2021 over een ontwerp dat heeft geleid tot het besluit van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering van 21 juni 2021 ‘betreffende steun aan de ondernemingen van de toeristische logiesector in het kader van de gezondheidscrisis COVID-19’, opmerking 4; adv.RvS 70.109/1/V van 6 september 2021 over een ontwerp dat heeft geleid tot het besluit van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering van 19 oktober 2021 ‘betreffende herstelsteun aan de nog zwaar getroffen ondernemingen van de sectoren van de discotheken, de restaurants en cafés en sommige van hun leveranciers, de evenementen, de cultuur, het toerisme, de sport en het personenvervoer’, opmerking 4.

⁸ Overigens kan de delegatie aan de Vlaamse minister bevoegd voor de gezondheids- en woonzorg, in artikel 4, § 2, tweede lid, van het ontwerp enkel zo worden begrepen dat de toe te voegen gegevens niet alleen een intrinsiek gevolg moeten zijn van de uitvoering van de rechtsgrondbepaling, maar ook dat het enkel kan gaan om regels van bijkomstige aard of van beperkt belang.

⁹ Artikel 23 van het decreet van 26 april 2019 ‘betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders’ volstaat in zijn huidige vorm daartoe niet, omdat die bepaling enkel de gegevensverwerking in het kader van het zorg- en ondersteuningsplan in de zin van artikel 6, § 1, van dat decreet regelt, terwijl de voorliggende regeling rechtsgrond vindt in artikel 8 van dat decreet.

¹⁰ Zie artikel 128, § 2, van de Grondwet.

¹¹ Zie daarover adv.RvS 64.944/3 van 24 januari 2019 over een voorontwerp dat heeft geleid tot het decreet van 26 april 2019, *Parl.St.* VI.Parl. 2018-19, nr. 1878/1, 116-117 (opmerkingen 7.1 en 7.2).

Belangrijk daarbij om te vermelden is dat op heden er geen financiering vanuit de Vlaamse Gemeenschap gebeurt voor huisartsen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

De ondersteuning van deze huisartsen is voorzien door de GGC. De regelgeving hiervoor is vastgelegd in het ‘Besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 27 januari 2022 betreffende de ondersteuning van de multidisciplinaire praktijken en jonge artsen’, waarin subsidies voorzien worden voor multidisciplinaire structuren, en voor jonge huisartsen die zich vestigen in een wijk met een huisartsentekort in het Brussels Gewest. Huisartsen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kunnen bovendien een tegemoetkoming voor loonkost of telesecretariaat aanvragen bij de GGC zoals vastgelegd in het ‘Koninklijk besluit van 23 maart 2012 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan’.

In het voorliggend ontwerp van besluit worden dus de huisartsen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad niet meegenomen, omdat voor hen de regeling van de GGC volstaat.”

De omstandigheid dat de door de gemachtigde aangehaalde regeling van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in de praktijk bedoeld is voor alle huisartsen die praktijk voeren in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, betekent nog niet dat de Vlaamse Gemeenschap ervan uit kan gaan dat er geen dergelijke huisartsen zijn die een beroep wensen te doen op de ontworpen regeling en die daar, wat betreft de territoriale bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, ook daadwerkelijk voor in aanmerking kunnen komen.

Deze opmerking klemmt des te meer nu de ontworpen regeling vereist dat een huisarts is toegetreden tot een huisartsenkring vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 ‘betreffende de huisartsenkringen’, terwijl dat besluit ook geldt in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, waar overeenkomstig artikel 5 ervan één huisartsenkring kan worden erkend.

De stellers zullen bijgevolg de regeling van het territoriale toepassingsgebied moeten herzien in het licht van het voorgaande.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Artikel 10

7. De gemachtigde bevestigde dat in artikel 10 van het ontwerp “*actieve huisarts(en)*” moet worden vermeld in plaats van “huisarts(en)”, gelet op de definitie in artikel 1, 1°, van het ontwerp en de terminologie in de artikelen 11 en 12 van het ontwerp.

Artikel 16

8. In de inleidende zin van artikel 16 van het ontwerp moet worden verwezen naar artikel 11, § 3 (niet: § 2), van het ontwerp.

Artikel 25

9. Duidelijkheidshalve kan in artikel 25 van het ontwerp beter worden verwezen naar “artikel 17 *van dit besluit*”, zodat geen verwarring kan ontstaan met het koninklijk besluit van 23 maart 2012, waar ook naar wordt verwezen.

DE GRIFFIER

DE EERSTE VOORZITTER

Astrid TRUYENS

Wilfried VAN VAERENBERGH

VOORONTWERP VAN DECREET
van 12 mei 2023



Ontwerp van decreet over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de hervorming van de zorgraden en de verwerking van persoonsgegevens in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, de financiering van eerstelijnszorgaanbieders en voor beleidsdoeleinden.

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

Na beraadslaging,

DE VLAAMSE REGERING BESLUIT:

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

Hoofdstuk 1. Inleidende bepaling

Artikel 1. Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Hoofdstuk 2. Wijzigingen van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

Art. 2. In artikel 2, eerste lid, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, gewijzigd bij de decreten van 15 februari 2019 en 18 juni 2021, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 20°/1 wordt het woord “zorgteam” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam”;

2° in punt 21°/1 en punt 48°/1 wordt het woord “zorgteam” telkens vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam”.

Hoofdstuk 3. Wijzigingen van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019

Art. 3. In artikel 2, §1, van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, gewijzigd bij het decreet van 20 december 2019, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 3°, 5° en 23° worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood";

2° punt 22° wordt vervangen door wat volgt:

"22° zorg- en ondersteuningsplan: een zorg- en ondersteuningsplan als vermeld in artikel 2, 17°, van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders;"

Art. 4. In artikel 4, §1, derde lid, 3°, en §2, eerste lid, 12°, van hetzelfde decreet worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Art. 5. In artikel 11 en 15 van hetzelfde decreet worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Art. 6. In artikel 18, tweede lid, van hetzelfde decreet worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" telkens vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Art. 7. In artikel 23, 25, 26, §1, tweede lid, 1°, artikel 31, tweede lid, artikel 33, 34, §1, eerste lid, 9°, en artikel 52, §1, tweede lid, van hetzelfde decreet worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Art. 8. In artikel 59, §2, van hetzelfde decreet, gewijzigd bij het decreet van 20 december 2019, worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" telkens vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Hoofdstuk 4. Wijzigingen van het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod

Art. 9. In artikel 18, tweede lid, van het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 1° wordt het woord "zorgteam" telkens vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam";

2° in punt 2° worden tussen het woord "van" en het woord "het" de woorden "de zorg- en ondersteuningsnood of" ingevoegd;

3° in punt 2° wordt het woord "zorgteam" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam".

Hoofdstuk 5. Wijzigingen van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

Art. 10. In artikel 2 van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° voor punt 1°, dat punt 1°/1 wordt, wordt een punt 1° ingevoegd, dat luidt als volgt:

“1° algemene verordening gegevensbescherming: verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming);”;

2° in punt 3°, 5°, 8°, 14° en 18° worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

3° in punt 4°, 11° en 16° worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” telkens vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

4° er wordt een punt 6°/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“6°/1 levensdoel: een persoonlijke doelstelling van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, gebaseerd op zijn waarden en wensen, die toelaat doelgerichte zorg te verlenen en zorg- en ondersteuningsdoelen op te stellen;”;

5° in punt 12° en 13° worden de woorden “zorg- of ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

6° punt 17° wordt vervangen door wat volgt:

“17° zorg- en ondersteuningsplan: een al dan niet digitaal werkinstrument waarin, na vraagverheldering of indicatiestelling, op aangeven van en in samenspraak met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorg- en ondersteuningsdoelen en de werkafspraken over de geplande zorg en ondersteuning voor die persoon zijn opgenomen en waarmee het zorg- en ondersteuningsteam met elkaar samenwerkt en communiceert;”;

7° in punt 19° wordt het woord “zorgteam” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam” en worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” telkens vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”.

Art. 11. In artikel 4 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid, 1°, 6°, a) en c), en tweede lid, 1°, 4° en 6°, worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

2° in het eerste lid, 2°, worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” telkens vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

3° in het eerste lid, 8°, wordt de zinsnede “verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming)” vervangen door de woorden “algemene verordening gegevensbescherming”.

Art. 12. In hetzelfde decreet wordt het opschrift van hoofdstuk 3 vervangen door wat volgt:

“Hoofdstuk 3. Organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood”.

Art. 13. In artikel 5 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste en tweede lid worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

2° er wordt een derde lid toegevoegd, dat luidt als volgt:

“De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen voor de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de samenwerkingsafspraken, vermeld in het tweede lid.”.

Art. 14. In artikel 6 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, eerste lid, tweede lid, en vierde lid, 1° en 3°, en paragraaf 3, tweede lid, worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

2° in paragraaf 1, eerste lid, vierde en vijfde lid, en paragraaf 3, tweede lid, wordt het woord “zorgteam” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam”;

3° in paragraaf 2 worden het eerste en vierde lid opgeheven;

4° in de bestaande paragraaf 2, tweede lid, die paragraaf 2, eerste lid, wordt, wordt het woord “zorgteam” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam”;

5° in de bestaande paragraaf 2, derde lid, die paragraaf 2, tweede lid, wordt, wordt het woord “zorgteam” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam”;

6° in paragraaf 3, eerste lid, wordt het woord “zorgteam” telkens vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam” en worden de woorden “zorg- of ondersteuningsvragen” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

7° in paragraaf 3 wordt het derde lid vervangen door wat volgt:

“Als de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger dat niet wil of kan opnemen, of bij scharniermomenten, wijst de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood in samenspraak en na beraadslaging met het zorg- en ondersteuningsteam een zorgaanbieder als zorgcoördinator aan.”;

8° aan paragraaf 3 wordt een vierde lid toegevoegd, dat luidt als volgt:

“In het derde lid wordt verstaan onder scharniermomenten: situaties waarbij de context van de zorg, de frequentie waarmee de zorg wordt toegediend, of de complexiteit wijzigt.”.

Art. 15. In artikel 7 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1 worden tussen het woord “van” en het woord “het” de woorden “de zorg- en ondersteuningsnood of” ingevoegd;

2° in paragraaf 1 wordt het woord “zorgteam” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam”;

3° paragraaf 2 wordt opgeheven;

4° paragraaf 3 wordt vervangen door wat volgt:

“§3. Het aanstellen van een zorgaanbieder, die de taak van casemanagement op zich neemt, kan alleen in de volgende gevallen:

- 1° in zorgsituaties waarbij voldaan is aan al de volgende voorwaarden:
 - a) de personen met een zorg- en ondersteuningsnood ontvangen niet de zorg die volgens hun noden aanwezig moet zijn;
 - b) er is geen zorg- en ondersteuningsteam aanwezig of samengesteld;
 - c) geen enkele zorgaanbieder is bij machte om door de hoge complexiteit het zorgproces aan te vatten;
- 2° bij zorgprocessen waarbij het bestaande zorg- en ondersteuningsteam er niet in slaagt om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken of waarbij de personen met een zorg- en ondersteuningsnood, hun informele verzorger of een zorgaanbieder aangeven dat er verbetering moet komen in het zorgproces.

De zorgaanbieder die de taak van casemanagement opneemt:

- 1° maakt geen deel uit van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 2° treedt niet in de plaats van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 3° neemt de taak van casemanagement tijdelijk op.”.

Art. 16. In artikel 11 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het eerste lid wordt vervangen door wat volgt:

“Een zorgraad als vermeld in artikel 9, voert al de volgende opdrachten uit:

- 1° de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning binnen zijn werkgebied afstemmen op de zorg- en ondersteuningsnoden door prioriteiten te bepalen die vastgesteld zijn op het bevolkingsniveau binnen het werkgebied van een zorgraad als vermeld in artikel 9. De voormelde zorgraad voert de voormelde opdracht uit in samenspraak met de volgende actoren:
 - a) de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsnood, de verenigingen van mantelzorgers en de verenigingen van vrijwilligers;
 - b) de eerstelijnszorgaanbieders;
 - c) de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod;
 - d) de lokale besturen, die hun beleidslijnen en inhoudelijke prioriteiten bepalen in het kader van het lokaal sociaal beleid, en die een gezamenlijk initiatief kunnen nemen om een bovenlokaal sociaal beleid te ontwikkelen;
- 2° een lokaal sociaal beleid ondersteunen;
- 3° het brede veld van beroepsgroepspecifieke verenigingen, eerstelijnszorgaanbieders, verenigingen van mantelzorgers, personen met een zorg- en ondersteuningsnood en vrijwilligers ondersteunen bij de organisatie van kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood als vermeld in hoofdstuk 3, met inbegrip van digitale gegevensdeling bij de interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking bij het aanbieden van die zorg;
- 4° meewerken aan de uitvoering van de beleidsdoelstellingen voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en, als dat nodig is, andere prioritaire doelstellingen voor het werkgebied voorstellen aan de Vlaamse Gemeenschap.”;

2° tussen het eerste en het tweede lid wordt een lid ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Als de opdracht, vermeld in het eerste lid, 1°, wordt uitgevoerd, kan de zorgraad, vermeld in artikel 9, doelgroepspecifiek en/of wijkgericht te werk gaan en zich baseren op de uitgewerkte zorgstrategische planning en het populatiemanagement.”;

3° in het bestaande tweede lid, dat het derde lid wordt, wordt een punt 1°/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“1°/1 lokaal sociaal beleid: het lokaal sociaal beleid, vermeld in artikel 3, 4°, van het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid.”;

4° in het bestaande tweede lid, 2°, dat het derde lid, 2°, wordt, worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood";

5° in het bestaande tweede lid, dat het derde lid wordt, wordt een punt 2°/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

"2°/1 populatiemanagement: een stapsgewijs en cyclisch proces om via weloverwogen interventies, ondersteund door data en kennis en al dan niet gesegmenteerd, de toestand van een welomschreven populatie te behouden of te verbeteren op verschillende domeinen en de socio-economische gradiënt in sterven, ziekte en gezondheid te reduceren. De voormelde verschillende domeinen kunnen zowel organisatorische, medische, preventieve als welzijnsdoelstellingen bevatten. Het proces wordt continu geëvalueerd met het oog op kwaliteit en wordt bijgesteld waar nodig;"

6° in het bestaande tweede lid, dat het derde lid wordt, wordt punt 4° vervangen door wat volgt:

"4° zorgstrategische planning: een plan waarbij op basis van gezondheidsindicatoren en demografische gegevens de zorgnood binnen de eerstelijnszorg wordt bepaald. Het voormelde plan laat toe om op basis van die zorgnood het toekomstige aanbod in de eerste lijn te bepalen. Het voormelde plan zet maximaal in op een geïntegreerd zorg- en ondersteuningsaanbod en respecteert de keuzevrijheid van de patiënt."

Art. 17. In artikel 12, tweede lid, van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 3° worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood";

2° er wordt een punt 5° toegevoegd, dat luidt als volgt:

"5° de voorzieningen die erkend, vergund of gesubsidieerd zijn door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, vermeld in artikel 3 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, en de voorzieningen die erkend, vergund of gesubsidieerd zijn door het agentschap Opgroeien regie, vermeld in artikel 3 van het decreet van 30 april 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Opgroeien regie."

Art. 18. In artikel 13 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het tweede lid, punt 4°, wordt het getal "70.000" vervangen door het getal "60.000";

2° aan het tweede lid wordt een punt 5° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“5° de eerstelijnszones worden afgestemd op de grenzen van de referentieregio’s, vermeld in artikel 5 van het Regiodecreet van 3 februari 2023.”;

3° een derde lid wordt toegevoegd, dat luidt als volgt:

“De Vlaamse Regering kan afwijken van de voorwaarde, vermeld in het tweede lid, 5°”.

Art. 19. In artikel 16, eerste lid, 2°, en artikel 17, tweede lid, 6°, van hetzelfde decreet worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”.

Art. 20. Aan artikel 18, tweede lid, van hetzelfde decreet wordt een punt 5° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“5° onder voorbehoud van de voorwaarden, vermeld in punt 1° tot en met 3°, worden de regionale zorgzones afgestemd op de grenzen van de referentieregio’s, vermeld in artikel 5 van het Regiodecreet van 3 februari 2023. De Vlaamse Regering kan hiervan afwijken.”.

Art. 21. In hoofdstuk 10 van hetzelfde decreet wordt het volgende opschrift ingevoegd:

“Afdeling 1. Verwerking van persoonsgegevens in het kader van de financiering, vermeld in artikel 8, en voor beleidsdoeleinden”.

Art. 22. Artikel 23 van hetzelfde decreet wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 23. §1. De bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, verzamelt persoonsgegevens over de eerstelijnszorgaanbieders die in het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad werken. De voormelde gegevens worden verzameld voor de volgende doeleinden:

- 1° de afhandeling en controle van de financiering om de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering te ondersteunen, vermeld in artikel 8;
- 2° het nemen van beleidsmaatregelen om de eerstelijnszorg te versterken;
- 3° het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieders om hen een bevraging te laten invullen die het aanbod van de eerstelijnszorg in het Nederlandse taalgebied in kaart brengt;
- 4° als de eerstelijnszorgaanbieder daarmee instemt, het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieder met het oog op crisiscommunicatie en informatiecampagnes van de Vlaamse overheid.

In het eerste lid wordt verstaan onder Vlaamse overheid: de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaamse Gewest, inclusief de instellingen die daaronder vallen.

§2. Voor het doeleinde, vermeld in paragraaf 1, 1°, verwerkt de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, de volgende persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied en het

tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad en die een financiering als vermeld in artikel 8, aanvragen:

- 1° de identificatiegegevens van de aanvrager, met inbegrip van het RIZIV-nummer en het INSZ-nummer;
- 2° de contactgegevens van de aanvrager;
- 3° de volgende gegevens over de praktijk waarin de aanvrager werkt:
 - a) het adres;
 - b) het KBO-nummer;
 - c) het aanbod en de aanwezige disciplines;
 - d) het aantal tewerkgestelden en hun tewerkstellingsgraad;
 - e) het gehanteerde vergoedingssysteem;
- 4° het bankrekeningnummer van de aanvrager;
- 5° de erkenningsdatum als gezondheidszorgbeoefenaar van de aanvrager;
- 6° in voorkomend geval, de datum van terugkeer naar België als de aanvrager gedurende meer dan een jaar actief was in het buitenland;
- 7° de documenten en de gegevens die bewijzen dat de aanvrager voldoet aan de voorwaarden om een financiering te ontvangen;
- 8° de burgerlijke staat van de aanvrager en, als de aanvrager getrouwd is, de identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, van de partner van de aanvrager;
- 9° de identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, en de tewerkstellingsgegevens van de werknemer of werknemers die de aanvragers in hun praktijk tewerkstellen.

Voor het doeleinde, vermeld in paragraaf 1, 2°, verwerkt de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, de volgende persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied:

- 1° de identificatiegegevens van de eerstelijnszorgaanbieder, met inbegrip van het RIZIV-nummer;
- 2° de volgende gegevens over de praktijk waarin de eerstelijnszorgaanbieder werkt:
 - a) het adres;
 - b) de praktijkvorm;
 - c) het gehanteerde vergoedingssysteem;
 - d) het aanbod, de aanwezige disciplines en de tewerkstellingsgraad van de verschillende disciplines;
 - e) de geografische afbakening;
 - f) de gegevens over de werklast binnen de praktijk;
 - g) de gegevens over het al dan niet invoeren van een beperking op de toegankelijkheid van de praktijk;
 - h) de gegevens over de continuïteit van de zorg in de praktijk;
 - i) de gegevens over een uitbreiding van de capaciteit van de praktijk;
- 3° het geboortejaar van de eerstelijnszorgaanbieder;
- 4° de gegevens over het beroep en het statuut van de eerstelijnszorgaanbieder;
- 5° de gegevens over de werklast van de eerstelijnszorgaanbieder, de ervaren werkdruk en het welzijn van de eerstelijnszorgaanbieder bij het uitoefenen van zijn werk.

Voor de doeleinden, vermeld in paragraaf 1, 3° en 4°, verwerkt de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, de volgende

persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied:

- 1° de voor- en achternaam van de eerstelijnszorgaanbieder;
- 2° de contactgegevens van de eerstelijnszorgaanbieder en van zijn praktijk.

De Vlaamse Regering kan, na advies van de bevoegde toezichthoudende autoriteit, vermeld in artikel 4, 21), van de algemene verordening gegevensbescherming, de persoonsgegevens, vermeld in het eerste tot en met derde lid, nader preciseren.

§3. De bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, bewaart de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, eerste lid, voor maximaal tien jaar na de datum van de toekenning van de financiering, vermeld in artikel 8, of, als het een lening betreft, na de datum waarop de laatste afbetaling heeft plaatsgevonden.

De bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, bewaart de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, voor maximaal tien jaar na de datum waarop die gegevens zijn ontvangen.

De bevoegd dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, bewaart de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, derde lid, voor maximaal achttien maanden.

§4. Het Departement Zorg, vermeld in artikel 2, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van [DATUM] over het Departement Zorg, is verwerkingsverantwoordelijke als vermeld in artikel 4, 7), van de algemene verordening gegevensbescherming, voor de verwerking van de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2.

§5. De persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, worden bezorgd aan de zorgraden, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking als die gegevens noodzakelijk zijn om hun taken te vervullen om initiatieven te nemen voor de versterking van de eerstelijnszorg.

De persoonsgegevens, vermeld in het eerste lid, zijn, waar mogelijk, geanonimiseerd of gepseudonimiseerd. Als pseudonimisering of anonimisering van de persoonsgegevens onmogelijk is of niet geschikt is om de doeleinden, vermeld in het eerste lid, te bereiken, worden die gegevens altijd tot het noodzakelijke beperkt.

§6. Voor de toepassing van dit artikel neemt het departement, vermeld in paragraaf 4, passende technische en organisatorische maatregelen conform artikel 32 van de algemene verordening gegevensbescherming om een beveiligingsniveau te waarborgen dat op het risico afgestemd is.

In het kader van de toepassing van dit artikel voldoet het departement, vermeld in paragraaf 4, aan de principes van gegevensbescherming door ontwerp en door standaardinstellingen, vermeld in artikel 25 van de algemene verordening gegevensbescherming.”.

Art. 23. Aan hoofdstuk 10 van hetzelfde decreet wordt een afdeling 2 toegevoegd, die luidt als volgt:

“Afdeling 2. Gegevensverwerking in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan”.

Art. 24. In hetzelfde decreet wordt in afdeling 2, toegevoegd bij artikel 23, een artikel 23/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/1. In deze afdeling wordt verstaan onder:

- 1° elektronischecomunicatiegegevens: de inhoud die via elektronische communicatiediensten wordt uitgewisseld, en metagegevens over die elektronische communicatie, namelijk de gegevens die worden verwerkt in een elektronisch communicatienetwerk met het oog op de transmissie, de distributie of de uitwisseling van elektronischecomunicatie-inhoud;
- 2° overig lid van het zorg- en ondersteuningsteam: elk lid van het zorg- en ondersteuningsteam, vermeld in artikel 6, §1, vierde lid, dat niet de persoon met de zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger, de zorgaanbieder of de mantelzorger is;
- 3° zorg- en ondersteuningstaak: elke handeling die aan een lid of aan verschillende leden van het zorg- en ondersteuningsteam wordt toegewezen om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken.”.

Art. 25. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/2 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/2. De persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, worden in het kader van de opmaak van het digitale zorg- en ondersteuningsplan verwerkt voor de volgende verwerkingsdoeleinden:

- 1° het bepalen van de levensdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 2° het opstellen en, als dat nodig is, toewijzen van de zorg- en ondersteuningsdoelen door de leden van het zorg- en ondersteuningsteam aan de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 3° het opstellen en toewijzen van de zorg- en ondersteuningstaken door het zorg- en ondersteuningsteam aan de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 4° het samenstellen en valideren van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° het mogelijk maken van niet-dringende communicatie tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam in de communicatiemodule van het digitale zorg- en ondersteuningsplan over de inhoud ervan;
- 6° het in kaart brengen van de complexe context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 7° het bepalen van de kalender en tijdslijn aan de hand van interne en externe agenda's, die de ingeplande zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood weergeven;
- 8° het mogelijk maken van beleidsrapportering;
- 9° het bevorderen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning en ook van het zorg- en ondersteuningsplan.

In het eerste lid wordt verstaan onder:

- 1° communicatiemodule: het elektronische communicatiemiddel voor veilige en eenvoudige niet-dringende communicatie dat toegankelijk is voor alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam, inclusief de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en dat de mogelijkheid biedt om gericht te communiceren tussen alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 2° complexe context: de multidimensionale biopsychosociale context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, die beknopte biomedische informatie en uitgebreide niet-medische informatie over de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood bevat over zijn psychologische en socio-economische achtergrond;
- 3° externe agenda: een agenda vanuit een extern softwarepakket waarin een lid van het zorg- en ondersteuningsteam zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood opneemt, die wordt geïmporteerd in het digitale zorg- en ondersteuningsplan of waarnaar de zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden geëxporteerd;
- 4° interne agenda: de zorg- en ondersteuningstaken die een lid van het zorg- en ondersteuningsteam manueel inplant in het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- 5° niet-dringende communicatie: de communicatie, in welke vorm ook, tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam over zaken die betrekking hebben op het digitale zorg- en ondersteuningsplan en op de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, zonder dat het urgente medische of niet-medische communicatie betreft. Onder urgent wordt van vitaal belang of met de nood aan dringende medische tussenkomst verstaan.”.

Art. 26. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/3 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/3. De volgende categorieën van persoonsgegevens van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;
- 2° de contactgegevens;
- 3° het INSZ-nummer;
- 4° de gegevens over de gezondheid en het welzijn van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 5° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van gegevens over gezondheid, namelijk:
 - a) de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;

- e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 6° de elektronischecommunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 7° de gegevens over de hoedanigheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 8° de technische gegevens over de identiteit van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- 9° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De volgende categorieën van persoonsgegevens van de zorgaanbieder worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;
- 2° de contactgegevens;
- 3° het erkenningsnummer;
- 4° de elektronischecommunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;
- 6° de technische gegevens over de identiteit van de zorgaanbieder en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- 7° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De volgende categorieën van persoonsgegevens van de mantelzorger worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;
- 2° de contactgegevens;
- 3° het INSZ-nummer;
- 4° de elektronischecommunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;
- 6° de technische gegevens over de identiteit van de mantelzorger en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- 7° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De volgende categorieën van persoonsgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;
- 2° de contactgegevens;
- 3° het INSZ-nummer;
- 4° de elektronischecommunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;

- 6° de technische gegevens over de identiteit van het overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam en hun gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- 7° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De Vlaamse Regering kan, na advies van de bevoegde toezichthoudende autoriteit, vermeld in artikel 4, 21), van de algemene verordening gegevensbescherming, de lijst van gegevens, vermeld in dit artikel, nader preciseren.”.

Art. 27. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/4 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/4. De volgende gebruikers ontvangen bepaalde persoonsgegevens als vermeld in artikel 23/3, conform hun rol in het digitale zorg- en ondersteuningsplan:

- 1° de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 2° de zorgaanbieder;
- 3° de mantelzorger;
- 4° de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst.”.

Art. 28. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/5 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/5. De personen met een zorg- en ondersteuningsnood hebben toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° hun identificatie- en contactgegevens;
- 2° hun INSZ-nummer;
- 3° de identificatie- en contactgegevens van de zorgaanbieders;
- 4° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;
- 5° de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;
- 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 7° de gegevens over hun gezondheid;
- 8° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de personen, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:
 - a) hun sociale status en gegevens over hun welzijnstoestand;
 - b) de zorg- en ondersteuningstaken die voor die personen aangewezen zijn;
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die hun graad van zorgbehoefte meten;
 - e) hun levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen;
 - f) de gegevens over hun religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen;
- 9° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;

- 10° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

De zorgaanbieder die lid is van het zorg- en ondersteuningsteam, heeft toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° de identificatie- en contactgegevens van de zorgaanbieders;
- 2° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;
- 3° de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 4° het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 5° de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;
- 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van zorg- en ondersteuningsteam;
- 7° de gegevens over de gezondheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 8° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:
 - a) de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;
 - e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 9° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 10° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

De mantelzorger heeft toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° de eigen identificatie- en contactgegevens;
- 2° de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 3° het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 4° de identificatie- en contactgegevens van zorgaanbieders;
- 5° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;
- 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 7° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:

- a) de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;
 - e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 8° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 9° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

De overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam hebben toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° de eigen identificatie- en contactgegevens;
 - 2° de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - 3° de identificatie- en contactgegevens van zorgaanbieders;
 - 4° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;
 - 5° de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;
 - 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
 - 7° als de persoon met zorg- en ondersteuningsnood daarmee instemt, de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:
 - a) de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;
 - e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 8° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 9° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.”.

Art. 29. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/6 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/6. De rechten van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam, vermeld in artikel 12 tot en met 22 en artikel 34 van de algemene verordening gegevensbescherming, en de beginselen, vermeld in artikel 5 van de voormelde verordening, kunnen worden beperkt om de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van handelingen die tegen de eer en de waardigheid van de uitoefening van gereguleerde beroepen ingaan, te waarborgen, voor zover de bepalingen van voormeld artikel 5 overeenstemmen met de rechten en verplichtingen, vermeld in artikel 12 tot en met 20 van de voormelde verordening.”.

Art. 30. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/7 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/7. §1. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, eerste lid, 1° tot en met 7°, worden maximaal zes maanden na het overlijden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, of na de opschorting van zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan bewaard.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, eerste lid, 8° en 9°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§2. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, tweede lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, tweede lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§3. De verwerkte persoonsgegevens vermeld in artikel 23/3, derde lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, derde lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§4. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, vierde lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, vierde lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§5. De verwerkte persoonsgegevens over het digitale zorg- en ondersteuningsplan, namelijk de gebruikersprofielen en de contactgegevens van

de gebruikers, vermeld in artikel 23/4, worden bewaard voor maximaal zes maanden nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

Als de gegevens, vermeld in het eerste lid, technische gegevens zijn, worden die maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§6. De Vlaamse Regering kan voor specifieke gegevens een bewaartermijn bepalen die korter is dan de bewaartermijnen, vermeld in paragraaf 1 tot en met 5.”.

Art. 31. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/8 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/8. Het Departement Zorg, vermeld in artikel 2, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van [DATUM] over het Departement Zorg is de verwerkingsverantwoordelijke, vermeld in artikel 4, 7), van de algemene verordening gegevensbescherming, voor het beheer van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

In het kader van andere verwerkingen binnen het digitale zorg- en ondersteuningsplan in het kader van het aanbieden van zorg kunnen het departement, vermeld in het eerste lid, en de zorgaanbieders optreden als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken als vermeld in artikel 26 van de algemene verordening gegevensbescherming. In dat geval leggen ze hun respectieve rollen, verantwoordelijkheden en verplichtingen vast in een overeenkomst conform artikel 26, lid 1 van de algemene verordening gegevensbescherming.

In andere gevallen dan het geval, vermeld in het tweede lid, treden de zorgaanbieders binnen hun gezondheidsrechtelijke verplichtingen waaraan ze moeten voldoen, op als verwerkingsverantwoordelijke als vermeld in artikel 4, 7), van de voormelde verordening, en het departement, vermeld in het eerste lid, als verwerker als vermeld in artikel 4, 8), van de voormelde verordening.

Het departement, vermeld in het eerste lid, en elke gebruiker die persoonsgegevens ontvangt, conform artikel 23/4, leggen hun onderlinge afspraken over de gegevensuitwisseling schriftelijk vast.

De gebruikers, vermeld in artikel 23/4, zijn verantwoordelijk voor de inhoud die ze ter beschikking stellen en uitwisselen via het digitale zorg- en ondersteuningsplan, en voor het zorgvuldige gebruik van de gegevens die ze verkregen hebben via het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

Met behoud van de toepassing van het eerste tot en met het vijfde lid kan het departement, vermeld in het eerste lid, als verwerker als vermeld in artikel 4, 8), van de voormelde verordening, optreden voor bepaalde gegevensverwerkingen in het digitale zorg- en ondersteuningsplan waar het departement, vermeld in het eerste lid, de gegevens uitsluitend verwerkt voor een verwerkingsverantwoordelijke als vermeld in artikel 4, 7), van de voormelde

verordening, in het kader van een bepaald project. In het voormelde geval vraagt het departement, vermeld in het eerste lid, voorafgaand advies aan het bestuursorgaan van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.”.

Art. 32. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/9 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/9. Voor de toepassing van deze afdeling neemt het departement, vermeld in artikel 23/8, eerste lid, passende technische en organisatorische maatregelen conform artikel 32 van de algemene verordening gegevensbescherming om een beveiligingsniveau te waarborgen dat op het risico afgestemd is.

In het kader van de toepassing van deze afdeling voldoet het departement, vermeld in artikel 23/8, eerste lid, aan de principes van gegevensbescherming door ontwerp en door standaardinstellingen, vermeld in artikel 25 van de algemene verordening gegevensbescherming.”.

Hoofdstuk 6. Wijziging van het decreet van 3 mei 2019 houdende de sociale kaart

Art. 33. In artikel 2, derde lid, 1°, van het decreet van 3 mei 2019 houdende de sociale kaart worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”.

Hoofdstuk 7. Inwerkingtredebepaling

Art. 34. Artikel 1 tot en met 17, artikel 19, en artikel 21 tot en met 33 treden in werking op 1 januari 2025.

De Vlaamse Regering kan voor iedere bepaling, vermeld in het eerste lid, een datum van inwerkingtreding vaststellen die voorafgaat aan de datum, vermeld in het eerste lid.

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Jan JAMBON

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Hilde CREVITS

ADVIES VAN DE VLAAMSE TOEZICHTCOMMISSIE
VOOR DE VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS



Vlaamse Toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens

Advies wetgeving VTC nr. 2023/060 van 13 juni 2023

over

tekst	Ontwerp van decreet
van	van de Vlaamse Regering
titel	over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de hervorming van de zorgraden en de verwerking van persoonsgegevens in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, de financiering van eerstelijnszorgaanbieders en voor beleidsdoeleinden
roepnaam	(decreet persoonsgegevens digitale zorg- en ondersteuningsplan)
datum	zoals principieel goedgekeurd op 12 mei 2023

De Vlaamse Toezichtcommissie (hierna "de VTC");

Gelet op het decreet van 18 juli 2008 betreffende het elektronische bestuurlijke gegevensverkeer (hierna: "het e-govdecreet"), inzonderheid artikel 10/4, §1;

Gelet op de Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (hierna AVG), inzonderheid artikel 36, 4, artikel 57, 1, c) en artikel 58, 3;

Gelet op de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens (hierna "WVG");

Gelet op het verzoek om advies van mevrouw Hilde Crevits, Viceminister – president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van 15 mei 2023, ontvangen door de VTC op 15 mei 2023;

Gelet op de behandeling op de zitting van 13 juni 2023;

Brengt op 13 juni 2023 het volgend advies uit:

I. VOORWERP VAN DE ADVIESAANVRAAG

- De Vlaamse minister bevoegd voor Welzijn (hierna "de adviesvrager") verzocht om het advies van de Vlaamse Toezichtcommissie (hierna "VTC") over een ontwerp van decreet *over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de hervorming van de zorgraden en de verwerking van persoonsgegevens in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, de financiering van*

eerstelijnszorgaanbieders en voor beleidsdoeleinden (hierna “het Ontwerp”), zonder aanduiding van specifieke artikelen.

2. Aangezien de adviesbevoegdheid van de VTC op grond van artikel 10/4, § 1 van het e-govdecreet betrekking heeft op de verwerkingen van persoonsgegevens, is haar adviesverlening hiertoe beperkt.

Context

3. De Vlaamse Regering formuleerde duidelijke ambities in het regeerakkoord voor de eerstelijnszorg in Vlaanderen:
 - Vlaanderen zet in op kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning. Om dit te realiseren wordt gewerkt met concrete zorg- en ondersteuningsvragen waarbij de levenskwaliteit centraal staat.
 - Vlaanderen wil een kwaliteitsvol georganiseerde eerstelijnszorg met slagkrachtige en efficiënte eerstelijnszones. De regierol van de lokale besturen m.b.t. het lokaal sociaal beleid wordt bekrachtigd.
 - Vlaanderen gaat radicaal digitaal. Het digitale zorg- en ondersteuningsplan wordt momenteel gebouwd met relancemiddelen Vlaamse Veerkracht.
4. Het Ontwerp beoogt deze ambities richting doelgerichte, kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg verder uitwerken.
 - Het begrippenkader m.b.t. doelgerichte, geïntegreerde zorg wordt verfijnd: levensdoelen worden een belangrijke schakel om een kwaliteitsvol zorg- en ondersteuningsproces op te starten.
 - De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn mantelzorger werken samen met het zorg- en ondersteuningsteam aan het zorg- en ondersteuningsplan. Digitale gegevensuitwisseling binnen dit zorg- en ondersteuningsteam wordt mogelijk gemaakt door de gegevensverwerking te regelen.
 - Om gepaste beleidsmaatregelen te kunnen nemen om het zorgaanbod op de zorgnood te kunnen afstemmen zijn gegevens nodig om zowel de nood en het aanbod te inventariseren. Dit decreet regelt hiervoor de gegevensverwerking.
 - De zorgraden worden slagkrachtiger gemaakt door de opdrachten beter te definiëren. De eerstelijnszones worden de fundamentele bouwstenen in het zorglandschap. De regierol van de lokale besturen in het lokaal sociaal beleid wordt bekrachtigd. De diensten van Opgroeien (kinderen en jongeren als doelgroep) en van het Vlaams Agentschap Personen met een Handicap worden beter betrokken in de zorgraad. Tenslotte worden de regionale zorgplatformen maximaal gealigneerd op de referentieregio's.
 - De Vlaamse Regering keurde op 9 december 2022 het besluit van de Vlaamse Regering tot ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en tot uitbreiding van de opdrachten van de huisartsenkringen goed. Dit decreet volgt het advies van de Raad van State om de bijhorende gegevensverwerking decretaal te verankeren.
5. De volgende bepalingen van het Ontwerp hebben betrekking op de verwerking van persoonsgegevens:

Art. 21.

In hoofdstuk 10 van hetzelfde decreet¹ wordt het volgende opschrift ingevoegd:

“Afdeling 1. Verwerking van persoonsgegevens in het kader van de financiering, vermeld in artikel 8, en voor beleidsdoeleinden”.

Art. 22.

Artikel 23 van hetzelfde decreet wordt vervangen door wat volgt:

¹ het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

“Art. 23. §1. De bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, verzamelt persoonsgegevens over de eerstelijnszorgaanbieders die in het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad werken. De voormelde gegevens worden verzameld voor de volgende doeleinden:

- 1° de afhandeling en controle van de financiering om de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering te ondersteunen, vermeld in artikel 8;*
- 2° het nemen van beleidsmaatregelen om de eerstelijnszorg te versterken;*
- 3° het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieders om hen een bevraging te laten invullen die het aanbod van de eerstelijnszorg in het Nederlandse taalgebied in kaart brengt;*
- 4° als de eerstelijnszorgaanbieder daarmee instemt, het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieder met het oog op crisiscommunicatie en informatiecampaagnes van de Vlaamse overheid.*

In het eerste lid wordt verstaan onder Vlaamse overheid: de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaamse Gewest, inclusief de instellingen die daaronder vallen.

§2. Voor het doeleinde, vermeld in paragraaf 1, 1°, verwerkt de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, de volgende persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad en die een financiering als vermeld in artikel 8, aanvragen:

- 1° de identificatiegegevens van de aanvrager, met inbegrip van het RIZIV-nummer en het INSZ-nummer;*
- 2° de contactgegevens van de aanvrager;*
- 3° de volgende gegevens over de praktijk waarin de aanvrager werkt:*
 - a) het adres;*
 - b) het KBO-nummer;*
 - c) het aanbod en de aanwezige disciplines;*
 - d) het aantal tewerkgestelden en hun tewerkstellingsgraad;*
 - e) het gehanteerde vergoedingssysteem;*
- 4° het bankrekeningnummer van de aanvrager;*
- 5° de erkenningsdatum als gezondheidszorgbeoefenaar van de aanvrager;*
- 6° in voorkomend geval, de datum van terugkeer naar België als de aanvrager gedurende meer dan een jaar actief was in het buitenland;*
- 7° de documenten en de gegevens die bewijzen dat de aanvrager voldoet aan de voorwaarden om een financiering te ontvangen;*
- 8° de burgerlijke staat van de aanvrager en, als de aanvrager getrouwd is, de identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, van de partner van de aanvrager;*
- 9° de identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, en de tewerkstellingsgegevens van de werknemer of werknemers die de aanvragers in hun praktijk tewerkstellen.*

Voor het doeleinde, vermeld in paragraaf 1, 2°, verwerkt de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, de volgende persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied:

- 1° de identificatiegegevens van de eerstelijnszorgaanbieder, met inbegrip van het RIZIV-nummer;*
- 2° de volgende gegevens over de praktijk waarin de eerstelijnszorgaanbieder werkt:*
 - a) het adres;*
 - b) de praktijkvorm;*
 - c) het gehanteerde vergoedingssysteem;*
 - d) het aanbod, de aanwezige disciplines en de tewerkstellingsgraad van de verschillende disciplines;*
 - e) de geografische afbakening;*
 - f) de gegevens over de werklust binnen de praktijk;*
 - g) de gegevens over het al dan niet invoeren van een beperking op de toegankelijkheid van de praktijk;*
 - h) de gegevens over de continuïteit van de zorg in de praktijk;*
 - i) de gegevens over een uitbreiding van de capaciteit van de praktijk;*
- 3° het geboortjaar van de eerstelijnszorgaanbieder;*
- 4° de gegevens over het beroep en het statuut van de eerstelijnszorgaanbieder;*
- 5° de gegevens over de werklust van de eerstelijnszorgaanbieder, de ervaren werkdruk en het welzijn van de eerstelijnszorgaanbieder bij het uitoefenen van zijn werk.*

Voor de doeleinden, vermeld in paragraaf 1, 3° en 4°, verwerkt de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, de volgende persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied:

- 1° de voor- en achternaam van de eerstelijnszorgaanbieder;*
- 2° de contactgegevens van de eerstelijnszorgaanbieder en van zijn praktijk.*

De Vlaamse Regering kan, na advies van de bevoegde toezichthoudende autoriteit, vermeld in artikel 4, 21), van de algemene verordening gegevensbescherming, de persoonsgegevens, vermeld in het eerste tot en met derde lid, nader precisieren.

§3. De bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, bewaart de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, eerste lid, voor maximaal tien jaar na de datum van de toekenning van de financiering, vermeld in artikel 8, of, als het een lening betreft, na de datum waarop de laatste afbetaling heeft plaatsgevonden.

De bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, bewaart de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, voor maximaal tien jaar na de datum waarop die gegevens zijn ontvangen.

De bevoegd dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, bewaart de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, derde lid, voor maximaal achttien maanden.

§4. Het Departement Zorg, vermeld in artikel 2, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van [DATUM] over het Departement Zorg, is verwerkingsverantwoordelijke als vermeld in artikel 4, 7), van de algemene verordening gegevensbescherming, voor de verwerking van de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2.

§5. De persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, worden bezorgd aan de zorggraden, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking als die gegevens noodzakelijk zijn om hun taken te vervullen om initiatieven te nemen voor de versterking van de eerstelijnszorg.

De persoonsgegevens, vermeld in het eerste lid, zijn, waar mogelijk, geanonimiseerd of gepseudonimiseerd. Als pseudonimisering of anonimisering van de persoonsgegevens onmogelijk is of niet geschikt is om de doeleinden, vermeld in het eerste lid, te bereiken, worden die gegevens altijd tot het noodzakelijke beperkt.

§6. Voor de toepassing van dit artikel neemt het departement, vermeld in paragraaf 4, passende technische en organisatorische maatregelen conform artikel 32 van de algemene verordening gegevensbescherming om een beveiligingsniveau te waarborgen dat op het risico afgestemd is.

In het kader van de toepassing van dit artikel voldoet het departement, vermeld in paragraaf 4, aan de principes van gegevensbescherming door ontwerp en door standaardinstellingen, vermeld in artikel 25 van de algemene verordening gegevensbescherming.”.

Art. 23.

Aan hoofdstuk 10 van hetzelfde decreet wordt een afdeling 2 toegevoegd, die luidt als volgt:

“Afdeling 2. Gegevensverwerking in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan”.

Art. 24.

In hetzelfde decreet wordt in afdeling 2, toegevoegd bij artikel 23, een artikel 23/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/1. In deze afdeling wordt verstaan onder:

- 1° elektronischecommunicatiegegevens: de inhoud die via elektronische communicatiediensten wordt uitgewisseld, en metagegevens over die elektronische communicatie, namelijk de gegevens die worden verwerkt in een elektronisch communicatienetwerk met het oog op de transmissie, de distributie of de uitwisseling van elektronischecommunicatie-inhoud;*

- 2° overig lid van het zorg- en ondersteuningsteam: elk lid van het zorg- en ondersteuningsteam, vermeld in artikel 6, §1, vierde lid, dat niet de persoon met de zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger, de zorgaanbieder of de mantelzorger is;
- 3° zorg- en ondersteuningstaak: elke handeling die aan een lid of aan verschillende leden van het zorg- en ondersteuningsteam wordt toegewezen om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken.”.

Art. 25.

In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/2 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/2. De persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, worden in het kader van de opmaak van het digitale zorg- en ondersteuningsplan verwerkt voor de volgende verwerkingsdoeleinden:

- 1° *het bepalen van de levensdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 2° *het opstellen en, als dat nodig is, toewijzen van de zorg- en ondersteuningsdoelen door de leden van het zorg- en ondersteuningsteam aan de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 3° *het opstellen en toewijzen van de zorg- en ondersteuningstaken door het zorg- en ondersteuningsteam aan de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 4° *het samenstellen en valideren van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 5° *het mogelijk maken van niet-dringende communicatie tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam in de communicatiemodule van het digitale zorg- en ondersteuningsplan over de inhoud ervan;*
- 6° *het in kaart brengen van de complexe context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 7° *het bepalen van de kalender en tijdslijn aan de hand van interne en externe agenda’s, die de ingeplande zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood weergeven;*
- 8° *het mogelijk maken van beleidsrapportering;*
- 9° *het bevorderen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning en ook van het zorg- en ondersteuningsplan.*

In het eerste lid wordt verstaan onder:

- 1° *communicatiemodule: het elektronische communicatiemiddel voor veilige en eenvoudige niet-dringende communicatie dat toegankelijk is voor alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam, inclusief de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en dat de mogelijkheid biedt om gericht te communiceren tussen alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 2° *complexe context: de multidimensionale biopsychosociale context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, die beknopte biomedische informatie en uitgebreide niet-medische informatie over de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood bevat over zijn psychologische en socio-economische achtergrond;*
- 3° *externe agenda: een agenda vanuit een extern softwarepakket waarin een lid van het zorg- en ondersteuningsteam zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood opneemt, die wordt geïmporteerd in het digitale zorg- en ondersteuningsplan of waarnaar de zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden geëxporteerd;*
- 4° *interne agenda: de zorg- en ondersteuningstaken die een lid van het zorg- en ondersteuningsteam manueel inplant in het digitale zorg- en ondersteuningsplan;*
- 5° *niet-dringende communicatie: de communicatie, in welke vorm ook, tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam over zaken die betrekking hebben op het digitale zorg- en ondersteuningsplan en op de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, zonder dat het urgente medische of niet-medische communicatie betreft. Onder urgent wordt van vitaal belang of met de nood aan dringende medische tussenkomst verstaan.”.*

Art. 26.

In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/3 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/3. De volgende categorieën van persoonsgegevens van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;*
- 2° de contactgegevens;*
- 3° het INSZ-nummer;*
- 4° de gegevens over de gezondheid en het welzijn van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 5° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van gegevens over gezondheid, namelijk:*
 - a) de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;*
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;*
 - e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 6° de elektronischecomunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 7° de gegevens over de hoedanigheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 8° de technische gegevens over de identiteit van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;*
- 9° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.*

De volgende categorieën van persoonsgegevens van de zorgaanbieder worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;*
- 2° de contactgegevens;*
- 3° het erkenningsnummer;*
- 4° de elektronischecomunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 5° de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;*
- 6° de technische gegevens over de identiteit van de zorgaanbieder en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;*
- 7° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.*

De volgende categorieën van persoonsgegevens van de mantelzorger worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;*
- 2° de contactgegevens;*
- 3° het INSZ-nummer;*
- 4° de elektronischecomunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 5° de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;*
- 6° de technische gegevens over de identiteit van de mantelzorger en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;*
- 7° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.*

De volgende categorieën van persoonsgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;*
- 2° de contactgegevens;*

- 3° *het INSZ-nummer;*
- 4° *de elektronischecommunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 5° *de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;*
- 6° *de technische gegevens over de identiteit van het overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam en hun gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;*
- 7° *de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.*

De Vlaamse Regering kan, na advies van de bevoegde toezichthoudende autoriteit, vermeld in artikel 4, 21), van de algemene verordening gegevensbescherming, de lijst van gegevens, vermeld in dit artikel, nader preciseren.”.

Art. 27.

In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/4 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/4. De volgende gebruikers ontvangen bepaalde persoonsgegevens als vermeld in artikel 23/3, conform hun rol in het digitale zorg- en ondersteuningsplan:

- 1° *de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 2° *de zorgaanbieder;*
- 3° *de mantelzorger;*
- 4° *de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 5° *de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst.”.*

Art. 28.

In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/5 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/5. De personen met een zorg- en ondersteuningsnood hebben toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° *hun identificatie- en contactgegevens;*
- 2° *hun INSZ-nummer;*
- 3° *de identificatie- en contactgegevens van de zorgaanbieders;*
- 4° *het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;*
- 5° *de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;*
- 6° *de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 7° *de gegevens over hun gezondheid;*
- 8° *de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de personen, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:*
 - a) *hun sociale status en gegevens over hun welzijnstoestand;*
 - b) *de zorg- en ondersteuningstaken die voor die personen aangewezen zijn;*
 - c) *de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;*
 - d) *de verzameling van gegevens die hun graad van zorgbehoefte meten;*
 - e) *hun levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen;*
 - f) *de gegevens over hun religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen;*
- 9° *de elektronischecommunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 10° *de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.*

De zorgaanbieder die lid is van het zorg- en ondersteuningsteam, heeft toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° *de identificatie- en contactgegevens van de zorgaanbieders;*
- 2° *het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;*
- 3° *de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 4° *het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*

- 5° *de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;*
- 6° *de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van zorg- en ondersteuningsteam;*
- 7° *de gegevens over de gezondheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 8° *de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:*
 - a) *de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - b) *de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - c) *de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;*
 - d) *de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefendheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;*
 - e) *de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - f) *de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 9° *de elektronischecomunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 10° *de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.*

De mantelzorger heeft toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° *de eigen identificatie- en contactgegevens;*
- 2° *de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 3° *het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 4° *de identificatie- en contactgegevens van zorgaanbieders;*
- 5° *het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;*
- 6° *de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 7° *de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:*
 - a) *de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - b) *de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - c) *de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;*
 - d) *de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefendheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;*
 - e) *de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - f) *de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 8° *de elektronischecomunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 9° *de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.*

De overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam hebben toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° *de eigen identificatie- en contactgegevens;*
- 2° *de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 3° *de identificatie- en contactgegevens van zorgaanbieders;*
- 4° *het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;*
- 5° *de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;*
- 6° *de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 7° *als de persoon met zorg- en ondersteuningsnood daarmee instemt, de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:*
 - a) *de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*

- b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
- d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;
- e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 8° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 9° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.”.

Art. 29.

In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/6 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/6. De rechten van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam, vermeld in artikel 12 tot en met 22 en artikel 34 van de algemene verordening gegevensbescherming, en de beginselen, vermeld in artikel 5 van de voormelde verordening, kunnen worden beperkt om de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van handelingen die tegen de eer en de waardigheid van de uitoefening van geregementeerde beroepen ingaan, te waarborgen, voor zover de bepalingen van voormeld artikel 5 overeenstemmen met de rechten en verplichtingen, vermeld in artikel 12 tot en met 20 van de voormelde verordening.”.

Art. 30.

In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/7 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/7. §1. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, eerste lid, 1° tot en met 7°, worden maximaal zes maanden na het overlijden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, of na de opschorting van zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan bewaard.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, eerste lid, 8° en 9°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§2. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, tweede lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, tweede lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§3. De verwerkte persoonsgegevens vermeld in artikel 23/3, derde lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, derde lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§4. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, vierde lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, vierde lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§5. De verwerkte persoonsgegevens over het digitale zorg- en ondersteuningsplan, namelijk de gebruikersprofielen en de contactgegevens van de gebruikers, vermeld in artikel 23/4, worden bewaard voor maximaal zes maanden nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

Als de gegevens, vermeld in het eerste lid, technische gegevens zijn, worden die maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§6. De Vlaamse Regering kan voor specifieke gegevens een bewaartermijn bepalen die korter is dan de bewaartermijnen, vermeld in paragraaf 1 tot en met 5.”.

Art. 31.

In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/8 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/8. Het Departement Zorg, vermeld in artikel 2, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van [DATUM] over het Departement Zorg is de verwerkingsverantwoordelijke, vermeld in artikel 4, 7), van de algemene verordening gegevensbescherming, voor het beheer van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

In het kader van andere verwerkingen binnen het digitale zorg- en ondersteuningsplan in het kader van het aanbieden van zorg kunnen het departement, vermeld in het eerste lid, en de zorgaanbieders optreden als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken als vermeld in artikel 26 van de algemene verordening gegevensbescherming. In dat geval leggen ze hun respectieve rollen, verantwoordelijkheden en verplichtingen vast in een overeenkomst conform artikel 26, lid 1 van de algemene verordening gegevensbescherming.

In andere gevallen dan het geval, vermeld in het tweede lid, treden de zorgaanbieders binnen hun gezondheidsrechtelijke verplichtingen waaraan ze moeten voldoen, op als verwerkingsverantwoordelijke als vermeld in artikel 4, 7), van de voormelde verordening, en het departement, vermeld in het eerste lid, als verwerker als vermeld in artikel 4, 8), van de voormelde verordening.

Het departement, vermeld in het eerste lid, en elke gebruiker die persoonsgegevens ontvangt, conform artikel 23/4, leggen hun onderlinge afspraken over de gegevensuitwisseling schriftelijk vast.

De gebruikers, vermeld in artikel 23/4, zijn verantwoordelijk voor de inhoud die ze ter beschikking stellen en uitwisselen via het digitale zorg- en ondersteuningsplan, en voor het zorgvuldige gebruik van de gegevens die ze verkregen hebben via het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

Met behoud van de toepassing van het eerste tot en met het vijfde lid kan het departement, vermeld in het eerste lid, als verwerker als vermeld in artikel 4, 8), van de voormelde verordening, optreden voor bepaalde gegevensverwerkingen in het digitale zorg- en ondersteuningsplan waar het departement, vermeld in het eerste lid, de gegevens uitsluitend verwerkt voor een verwerkingsverantwoordelijke als vermeld in artikel 4, 7), van de voormelde verordening, in het kader van een bepaald project. In het voormelde geval vraagt het departement, vermeld in het eerste lid, voorafgaand advies aan het bestuursorgaan van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.”.

Art. 32.

In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/9 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/9. Voor de toepassing van deze afdeling neemt het departement, vermeld in artikel 23/8, eerste lid, passende technische en organisatorische maatregelen conform artikel 32 van de algemene verordening gegevensbescherming om een beveiligingsniveau te waarborgen dat op het risico afgestemd is.

In het kader van de toepassing van deze afdeling voldoet het departement, vermeld in artikel 23/8, eerste lid, aan de principes van gegevensbescherming door ontwerp en door standaardinstellingen, vermeld in artikel 25 van de algemene verordening gegevensbescherming.”.

II. ONDERZOEK VAN DE ADVIESAANVRAAG

1. Voorafgaande toelichting

6. De VTC stelt vast dat de personen van wie gegevens worden verzameld en uitgewisseld de volgende zijn: eerstelijnszorgaanbieders, hun werknemers, personen met een zorg- en ondersteuningsnood, zorgaanbieders, mantelzorgers, overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- en dat het minstens de volgende gegevens betreft: identificatie- en contactgegevens, beroepsgegevens, verblijfsgegevens, gezondheidsgegevens.
7. Het betreft informatie over natuurlijke personen met onder meer identificatiegegevens en dus gaat het om de verwerking van informatie over geïdentificeerde natuurlijke personen, zijnde persoonsgegevens zoals bedoeld in de AVG. De VTC gaat daarom na in hoeverre het Ontwerp en de bestaande decreten in lijn liggen met de principes van het gegevensbeschermingsrecht.

2. Kwaliteit van de regelgevende grondslag

8. Het komt de stellers van het Ontwerp toe om erover te waken dat – en dit ook voor de bestaande wet- en regelgeving – elke verwerking die in onderhavige context zal plaatsvinden een rechtvaardigingsgrond vindt in artikel 6 AVG.
9. Volgens de memorie is de rechtvaardigingsgrond voor de verwerking van de voornoemde gegevens het artikel 6, lid 1, c), van de algemene verordening gegevensbescherming, namelijk een wettelijke opdracht van de verwerkingsverantwoordelijke.
10. Het komt de VTC echter voor dat de rechtvaardigingsgrond eerder een “taak van algemeen belang” is, waar het in de diverse hypothesen eerder om louter dossierbeheer gaat. De VTC vraagt om dit aan te passen in de memorie.
11. De VTC wenst in herinnering te brengen dat elke overheidsinmenging in de bescherming van de persoonlijke levenssfeer zoals gewaarborgd door artikel 8 van het EVRM², artikel 7 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie samengelezen met artikel 52.1 van het Handvest en artikel 22 van de Grondwet moet worden voorgeschreven in een 'voldoende precieze wettelijke bepaling' die beantwoordt aan een dwingende maatschappelijke behoefte en evenredig is met de nagestreefde doelstelling. In een dergelijke precieze wettelijke bepaling moeten de essentiële elementen³ van de met de overheidsinmenging gepaard gaande verwerkingen van persoonsgegevens omschreven zijn.⁴

² Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden.

³ Artikel 6, AVG vermeldt de volgende elementen:

- het doel van de verwerking;
- de types of categorieën van te verwerken persoonsgegevens; Deze gegevens moeten bovendien beperkt zijn tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt („minimale gegevensverwerking”);
- de betrokkenen;
- de entiteiten waaraan en doeleinden waarvoor de persoonsgegevens mogen worden verstrekt;
- de opslagperioden;
- de aanduiding van de verwerkingsverantwoordelijke(n).

⁴ EHRM, arrest *Rotaru c. Roumania*, 4 mei 2000; GWH 23 april 2015, arrest nr. 44/2015, 63; GWH 5 oktober 2017, arrest nr. 100/2017, 17; GWH 15 maart 2018, arrest nr. 29/2018, 26; GWH 14 januari 2021, arrest nr. 2/2021, overw. B.22.1.e.e.; GWH 18 november 2021, arrest nr. 158/2021, overw. B.6; GWH 9 december 2021, B.53.1-B.53.2; R.v.St, adv. 68.936/AV van 7 april 2021 over een voorontwerp van wet *betreffende maatregelen van bestuurlijke politie tijdens een epidemische noodsituatie*, Parl.St. Kamer, 2020-2021, doc. nr. 551951/001, 94-98; SCHRAM, F., *Privacy & persoonsgegevens. Handboek*, Brussel, Politeia, 2019, 75-

12. Voor verwerkingen op basis van artikel 6, lid 1, c), AVG⁵, die niet zozeer betrekking hebben op het privé-leven, maar eerder enkel op de bescherming van persoonsgegevens, moet het doeleinde voldoende duidelijk afgebakend zijn⁶. Andere elementen van de verwerking die al duidelijk (eventueel impliciet) blijken uit de bestaande wetgeving moeten niet per se herhaald worden. De VTC vindt het niettemin een goede praktijk om dat wel te doen om een uniform kader te creëren waarop verschillende uitvoeringsbesluiten kunnen steunen. Bovendien maakt dit het veel gemakkelijker om de verwerkingen van persoonsgegevens te toetsen aan de AVG, zowel voor de toezichthouder als voor de betrokkenen. Er is dus een onderscheid te maken tussen de legaliteitstoets (eisen waaraan de wettelijke basis moet voldoen om geldig te zijn) en de conformiteitstoets aan de AVG.
13. Aangezien met de vermelding van de essentiële elementen ook minstens gedeeltelijk tegemoetgekomen wordt aan artikel 5, 1, a), AVG, dat bepaalt dat persoonsgegevens moeten worden verwerkt op een wijze die ten aanzien van de betrokkene behoorlijk en transparant is, zal het ontbreken van deze elementen zwaardere transparantiemaatregelen vragen. Er zal immers niet naar de wetgeving kunnen verwezen worden voor die elementen.
14. De opstellers van de wettelijke en reglementaire teksten zullen moeten inschatten of de beoogde verwerking een meer uitgewerkte rechtsgrond nodig heeft. Daarbij moet in eerste instantie gekeken worden naar de graad van inmenging van de overheid in het privé-leven.
15. De VTC wijst erop dat er ook sprake is van persoonsgegevens als bedoeld in artikel 9 AVG, namelijk gegevens over de gezondheid van de betrokkenen.
16. Bijzondere categorieën van persoonsgegevens in de zin van de artikelen 9 en 10 AVG behoeven strengere beveiligingsmaatregelen. De VTC wijst op de toepasselijkheid van de artikelen 9 en 10, §2, WVG die aangeven welke bijkomende veiligheidsmaatregelen moeten voorzien worden:
 - de categorieën van personen aanwijzen die de persoonsgegevens kunnen raadplegen, waarbij hun hoedanigheid ten opzichte van de verwerking van de betrokken gegevens nauwkeurig moet worden omschreven;
 - de lijst van de aldus aangewezen categorieën van personen ter beschikking houden van de bevoegde toezichthoudende autoriteit voor gegevensbescherming;
 - ervoor zorgen dat de aangewezen personen door een wettelijke of statutaire verplichting, of door een evenwaardige contractuele bepaling ertoe gehouden zijn het vertrouwelijke karakter van de betrokken gegevens in acht te nemen.
17. Andere maatregelen kunnen geformuleerd worden op basis van een gegevensbeschermingseffectbeoordeling (zie verder).

3. Doelbinding

18. Persoonsgegevens moeten voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden worden verzameld en mogen vervolgens niet verder op een met die doeleinden onverenigbare wijze worden verwerkt (artikel 5, 1, b), AVG).

98, 111-116; DEGRAVE, E., "*L'é-gouvernement et la protection de la vie privée – Légalité, transparence et contrôle*", Collection du CRIDS, Larcier, Brussel, 2014, p. 161 e.v.

⁵ "c) de verwerking is noodzakelijk om te voldoen aan een wettelijke verplichting die op de verwerkingsverantwoordelijke rust;"

⁶ Artikel 6, 3, AVG. Voor wat punt e) betreft, bestaat de doelstelling van de verwerking in de vervulling van een taak van algemeen belang of voor de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is verleend door unierecht of lidstatelijk recht.

19. De volgende doeleinden worden in het Ontwerp vermeld:

- de afhandeling en controle van de financiering om de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering te ondersteunen, vermeld in artikel 8;
- het nemen van beleidsmaatregelen om de eerstelijnszorg te versterken;
- het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieders om hen een bevraging te laten invullen die het aanbod van de eerstelijnszorg in het Nederlandse taalgebied in kaart brengt;
- als de eerstelijnszorgaanbieder daarmee instemt, het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieder met het oog op crisiscommunicatie en informatiecampagnes van de Vlaamse overheid.
- het bepalen van de levensdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- het opstellen en, als dat nodig is, toewijzen van de zorg- en ondersteuningsdoelen door de leden van het zorg- en ondersteuningsteam aan de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- het opstellen en toewijzen van de zorg- en ondersteuningstaken door het zorg- en ondersteuningsteam aan de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- het samenstellen en valideren van het zorg- en ondersteuningsteam;
- het mogelijk maken van niet-dringende communicatie⁷ tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam in de communicatiemodule⁸ van het digitale zorg- en ondersteuningsplan over de inhoud ervan;
- het in kaart brengen van de complexe context⁹ van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- het bepalen van de kalender en tijdslijn aan de hand van interne¹⁰ en externe¹¹ agenda's, die de ingeplande zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood weergeven;
- het mogelijk maken van beleidsrapportering;
- het bevorderen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning en ook van het zorg- en ondersteuningsplan.

20. De VTC beoordeelt het als positief dat het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieder met het oog op crisiscommunicatie en informatiecampagnes van de Vlaamse overheid afhankelijk gemaakt wordt van een bijkomende instemming van de betrokkene.

21. De memorie vermeldt in dat verband het volgende:

Tijdens de COVID-19 crisis werd vastgesteld dat het niet altijd evident was om de eerstelijnszorgaanbieders te contacteren. Om deze reden wordt in de bevraging in het kader van het vaststellen van het aanbod van de eerstelijnszorg eveneens de instemming van de eerstelijnszorgaanbieder gevraagd of deze in de toekomst gecontacteerd wenst te worden voor crisiscommunicatie (= dringende communicatie, vb. in het kader van een pandemie) of voor

⁷ de communicatie, in welke vorm ook, tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam over zaken die betrekking hebben op het digitale zorg- en ondersteuningsplan en op de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, zonder dat het urgente medische of niet-medische communicatie betreft. Onder urgent wordt van vitaal belang of met de nood aan dringende medische tussenkomst verstaan.

⁸ het elektronische communicatiemiddel voor veilige en eenvoudige niet-dringende communicatie dat toegankelijk is voor alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam, inclusief de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en dat de mogelijkheid biedt om gericht te communiceren tussen alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam;

⁹ de multidimensionale biopsychosociale context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, die beknopte biomedische informatie en uitgebreide niet-medische informatie over de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood bevat over zijn psychologische en socio-economische achtergrond

¹⁰ de zorg- en ondersteuningstaken die een lid van het zorg- en ondersteuningsteam manueel inplant in het digitale zorg- en ondersteuningsplan;

¹¹ een agenda vanuit een extern softwarepakket waarin een lid van het zorg- en ondersteuningsteam zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood opneemt, die wordt geïmporteerd in het digitale zorg- en ondersteuningsplan of waarnaar de zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden geëxporteerd;

informatiecampagnes van de Vlaamse overheid (= niet dringende communicatie, in het kader van een van door de Vlaamse overheid georganiseerde gezondheidscampagnes; vb. preventiecampagnes).

22. De doeleinden zijn dan ook welbepaald en transparant. Verder zijn de doeleinden die worden nagestreefd nuttig en noodzakelijk, rekening houdend met het algemeen belang. Er is een evenwicht tussen het belang van de betrokkenen om hun rechten en vrijheden te vrijwaren en het algemeen belang om tot een verwerking van gegevens over te gaan.
23. De VTC is van oordeel dat de doeleinden welbepaald, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigd zijn.

4. Verantwoordelijkheid

24. Artikel 4.7) AVG bepaalt dat voor de verwerkingen waarvan de regelgeving het doel en de middelen vastlegt, de **verwerkingsverantwoordelijke** diegene is die daarin als dusdanig wordt aangewezen.
25. Het Ontwerp wijst het departement Zorg aan als verwerkingsverantwoordelijke.
26. Verder bepaalt het Ontwerp :

“Art. 23/8. Het Departement Zorg, vermeld in artikel 2, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van [DATUM] over het Departement Zorg is de verwerkingsverantwoordelijke, vermeld in artikel 4, 7), van de algemene verordening gegevensbescherming, voor het beheer van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

In het kader van andere verwerkingen binnen het digitale zorg- en ondersteuningsplan in het kader van het aanbieden van zorg kunnen het departement, vermeld in het eerste lid, en de zorgaanbieders optreden als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken als vermeld in artikel 26 van de algemene verordening gegevensbescherming. In dat geval leggen ze hun respectieve rollen, verantwoordelijkheden en verplichtingen vast in een overeenkomst conform artikel 26, lid 1 van de algemene verordening gegevensbescherming.

In andere gevallen dan het geval, vermeld in het tweede lid, treden de zorgaanbieders binnen hun gezondheidsrechtelijke verplichtingen waaraan ze moeten voldoen, op als verwerkingsverantwoordelijke als vermeld in artikel 4, 7), van de voormelde verordening, en het departement, vermeld in het eerste lid, als verwerker als vermeld in artikel 4, 8), van de voormelde verordening.

Het departement, vermeld in het eerste lid, en elke gebruiker die persoonsgegevens ontvangt, conform artikel 23/4, leggen hun onderlinge afspraken over de gegevensuitwisseling schriftelijk vast. De gebruikers, vermeld in artikel 23/4, zijn verantwoordelijk voor de inhoud die ze ter beschikking stellen en uitwisselen via het digitale zorg- en ondersteuningsplan, en voor het zorgvuldige gebruik van de gegevens die ze verkregen hebben via het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

Met behoud van de toepassing van het eerste tot en met het vijfde lid kan het departement, vermeld in het eerste lid, als verwerker als vermeld in artikel 4, 8), van de voormelde verordening, optreden voor bepaalde gegevensverwerkingen in het digitale zorg- en ondersteuningsplan waar het departement, vermeld in het eerste lid, de gegevens uitsluitend verwerkt voor een verwerkingsverantwoordelijke als vermeld in artikel 4, 7), van de voormelde verordening, in het kader van een bepaald project. In het voormelde geval vraagt het departement, vermeld in het eerste lid, voorafgaand advies aan het bestuursorgaan van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.”.

27. De VTC vraagt dat in de memorie verder toegelicht wordt hoe de diverse hypothesen zich stellen aangezien die geenszins duidelijk blijkt uit de tekst van het Ontwerp en dat ook aangegeven wordt wie in welke hypothese doel en middelen bepaalt opdat nagegaan kan worden wie de verwerkingsverantwoordelijke is, of er sprake is van gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken, dan wel van een verwerker. De VTC maakt voorbehoud wat dat betreft.

28. De decreetgever, de Vlaamse Regering en de verwerkingsverantwoordelijken moeten nagaan of het uitvoeren van een **gegevensbeschermingseffectenbeoordeling** (GEB - artikel 35 AVG)¹² voor de verschillende gegevensstromen al dan niet noodzakelijk is.
29. De VTC meent alvast dat het uitvoeren van een GEB verplicht zal zijn gelet op **de lijst van de VTC**¹³ met verwerkingen waarvoor een Vlaamse bestuursinstantie een GEB moet uitvoeren conform artikel 35.4 van de AVG.
30. De VTC verwijst in dit kader naar het punt:
- 3) wanneer er op systematische wijze bijzondere categorieën van persoonsgegevens in de zin van artikel 9 van de AVG, evenals persoonsgegevens met betrekking tot strafrechtelijke veroordelingen of strafbare feiten zoals omschreven in artikel 10 van de AVG of gegevens van zeer persoonlijke aard (zoals financiële gegevens en gegevens over inkomen en vermogen, werkloosheid, betrokkenheid van jeugdzorg of maatschappelijk werk, gegevens omtrent huishoudelijke en privé-activiteiten, locatiegegevens) worden uitgewisseld tussen meerdere verwerkingsverantwoordelijken. GEVOELIGE GEGEVENS [criteria 4 en 5];
31. De VTC wijst erop dat een GEB aan de VTC kan worden voorgelegd voor advies. Bij een hoog risico is de consultatie van de VTC verplicht¹⁴.

5. Minimale gegevensverwerking

32. Conform artikel 5.1, c), AVG, moeten de persoonsgegevens toereikend, ter zake dienend en beperkt zijn tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt.
33. De **categorieën betrokkenen** zijn eerstelijnszorgaanbieders, hun werknemers, personen met een zorg- en ondersteuningsnood, zorgaanbieders, mantelzorgers, overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam.
34. De **categorieën persoonsgegevens** zijn:

voor de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad en die een financiering als vermeld in artikel 8, aanvragen:

- de identificatiegegevens van de aanvrager, met inbegrip van het RIZIV-nummer en het INSZ-nummer;
- de contactgegevens van de aanvrager;
- de volgende gegevens over de praktijk waarin de aanvrager werkt (volgens de memorie : gegevens over de praktijk waarin de aanvrager werkzaam is: deze gegevens zijn noodzakelijk om de interdisciplinaire samenwerking te kunnen beoordelen en voor controledoeleinden) :
 1. het adres;

¹² Voor meer uitleg over en model van GEB, zie:

- <https://overheid.vlaanderen.be/vlaamse-toezichtcommissie-dpia>

- Info op website van de federale Gegevensbeschermingsautoriteit:

<https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/professioneel/avg/effectbeoordeling-geb>

- Aanbeveling CBPL nr. 01/2018 (<https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/publications/aanbeveling-nr.-01-2008.pdf>)

- Richtlijnen Groep 29 (WP 248) (<https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/publications/handleiding-gegevensbeschermingseffectbeoordeling.pdf>)

¹³ Beslissing VTC nr. O/2020/01 van 14 januari 2020 betreffende Aannee van de lijst met verwerkingen waarvoor een Gegevensbeschermingseffectbeoordeling dient te worden uitgevoerd conform artikel 35.4 van de Algemene Verordening Gegevensbescherming door Vlaamse bestuursinstanties

https://overheid.vlaanderen.be/sites/default/files/media/VTC/VTC_O_2020_01_DPIA_lijsten_v1_voor_web.pdf

¹⁴ Artikel 36, AVG bepaalt dit als volgt: "Wanneer uit een gegevensbeschermingseffectbeoordeling krachtens artikel 35 blijkt dat de verwerking een hoog risico zou opleveren indien de verwerkingsverantwoordelijke geen maatregelen neemt om het risico te beperken, raadpleegt de verwerkingsverantwoordelijke voorafgaand aan de verwerking de toezichthoudende autoriteit."

2. het KBO-nummer;
 3. het aanbod en de aanwezige disciplines;
 4. het aantal tewerkgestelden en hun tewerkstellingsgraad;
 5. het gehanteerde vergoedingssysteem;
 6. het bankrekeningnummer van de aanvrager;
- de erkenningsdatum als gezondheidszorgbeoefenaar van de aanvrager;
 - in voorkomend geval, de datum van terugkeer naar België als de aanvrager gedurende meer dan een jaar actief was in het buitenland;
 - de documenten en de gegevens die bewijzen dat de aanvrager voldoet aan de voorwaarden om een financiering te ontvangen (volgens de memorie : erkenningsdatum/datum van terugkeer naar België en documenten en gegevens die bewijzen dat de aanvrager voldoet aan de voorwaarden om een financiering te ontvangen: deze gegevens zijn nodig om te kunnen controleren of de aanvrager wel degelijk voldoet aan de voorwaarden om voor financiering in aanmerking te komen. De financiering zal immers aan voorwaarden zijn gekoppeld (vb. aangesloten zijn bij de huisartsenkring actief in de betrokken huisartsenzone, opleidingsvoorwaarden met betrekking tot de tewerkgestelde persoon voor wie een tegemoetkoming in de loonkosten wordt aangevraagd,...);
 - de burgerlijke staat van de aanvrager en, als de aanvrager getrouwd is, de identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, van de partner van de aanvrager (volgens de memorie noodzakelijk om een renteloze lening te kunnen toekennen);
 - de identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, en de tewerkstellingsgegevens van de werknemer of werknemers die de aanvrager in hun praktijk tewerkstellen (volgens de memorie : identificatiegegevens en tewerkstellingsgegevens van de werknemers die de aanvrager eerstelijnszorgaanbieder tewerkstelt: deze gegevens zijn noodzakelijk wanneer de tegemoetkoming afhankelijk is van de tewerkstelling van werknemers of wanneer er in een tegemoetkoming is voorzien in de loonkosten van deze werknemers).

voor de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied:

- de identificatiegegevens van de eerstelijnszorgaanbieder, met inbegrip van het RIZIV-nummer;
- de volgende gegevens over de praktijk waarin de eerstelijnszorgaanbieder werkt:
 1. het adres;
 2. de praktijkvorm;
 3. het gehanteerde vergoedingssysteem;
 4. het aanbod, de aanwezige disciplines en de tewerkstellingsgraad van de verschillende disciplines;
 5. de geografische afbakening;
 6. de gegevens over de werklust binnen de praktijk;
 7. de gegevens over het al dan niet invoeren van een beperking op de toegankelijkheid van de praktijk;
 8. de gegevens over de continuïteit van de zorg in de praktijk;
 9. de gegevens over een uitbreiding van de capaciteit van de praktijk;
- het geboortjaar van de eerstelijnszorgaanbieder;
- de gegevens over het beroep en het statuut van de eerstelijnszorgaanbieder;
- de gegevens over de werklust van de eerstelijnszorgaanbieder, de ervaren werkdruk en het welzijn van de eerstelijnszorgaanbieder bij het uitoefenen van zijn werk.
- de voor- en achternaam van de eerstelijnszorgaanbieder;
- de contactgegevens van de eerstelijnszorgaanbieder en van zijn praktijk.

De memorie verantwoordt gedetailleerd waarom deze gegevens gevraagd worden. De VTC doet enkel opmerken dat het “naam” is en niet “achternaam”.

voor een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood:

- de identificatiegegevens;
- de contactgegevens;
- het INSZ-nummer;
- de gegevens over de gezondheid en het welzijn van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;

- de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van gegevens over gezondheid, namelijk:
 1. de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 2. de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 3. de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 4. de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoevendheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;
 5. de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 6. de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- de elektronischecomunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- de gegevens over de hoedanigheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- de technische gegevens over de identiteit van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De memorie verantwoordt deze gegevens als volgt:

Het gaat over identificatiegegevens (bv. naam, geboortedatum), contactgegevens (bv. adres, telefoonnummer), het INSZ-nummer (Rijksregisternummer of BIS-nummer), gegevens over de gezondheid en het welzijn, andere relevante gegevens nodig voor het verlenen van zorg en ondersteuning, zoals de sociale status (bv. leefloon, maximumfactuur), de zorg- en ondersteuningstaken, de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie, de gegevens die de zorgbehoevendheid aangeven (bv. mobiliteit, continëntie), de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen en levensbeschouwelijke of religieuze overtuigingen. Daarnaast worden elektronische of digitale communicatiegegevens verzameld, alsook gegevens over de hoedanigheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood (met name het feit dat deze persoon optreedt binnen dit zorgen ondersteuningsplan in de hoedanigheid van persoon met een zorg- en ondersteuningsnood), en tot slot technische gegevens over de identiteit van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en het gebruik van het digitale zorgen ondersteuningsplan (bv. de metadata over de connectie, het IP-adres, hoe de tool wordt gebruikt) en statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bv. hoeveel keren wordt ingelogd).

voor de zorgaanbieder:

- de identificatiegegevens;
- de contactgegevens;
- het erkenningsnummer;
- de elektronischecomunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;
- de technische gegevens over de identiteit van de zorgaanbieder en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De memorie verantwoordt dit als volgt:

Het gaat over identificatiegegevens (bv. naam, geboortedatum), contactgegevens (bv. adres, telefoonnummer), het erkenningsnummer (bv. RIZIV-nummer), elektronische of digitale communicatiegegevens, gegevens over de hoedanigheid van gebruiker (met name het feit dat deze persoon optreedt binnen dit zorg- en ondersteuningsplan in de hoedanigheid van zorgaanbieder), en tot slot technische gegevens over de identiteit van de zorgaanbieder en het gebruik van het digitale

zorg- en ondersteuningsplan bv. de metadata over de connectie, het IP-adres, hoe de tool wordt gebruikt) en statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bv. hoeveel keren wordt ingelogd).

Voor de mantelzorger:

- de identificatiegegevens;
- de contactgegevens;
- het INSZ-nummer;
- de elektronischecomunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;
- de technische gegevens over de identiteit van de mantelzorger en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De memorie verantwoordt dit als volgt:

Het gaat over identificatiegegevens (bv. naam, geboortedatum), contactgegevens (bv. adres, telefoonnummer), het INSZ-nummer (Rijksregisternummer of BISnummer), elektronische of digitale communicatiegegevens, gegevens over de hoedanigheid van gebruiker (bv. met name het feit dat deze persoon optreedt binnen dit zorg- en ondersteuningsplan in de hoedanigheid van mantelzorger), en tot slot technische gegevens over de identiteit van de mantelzorger en het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan bv. de metadata over de connectie, het IP-adres, hoe de tool wordt gebruikt) en statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bv. hoeveel keren wordt ingelogd).

Voor de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam:

- de identificatiegegevens;
- de contactgegevens;
- het INSZ-nummer;
- de elektronischecomunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;
- de technische gegevens over de identiteit van het overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam en hun gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De memorie verantwoordt dit als volgt:

Het gaat over identificatiegegevens (bv. naam, geboortedatum), contactgegevens (bv. adres, telefoonnummer), het INSZ-nummer (Rijksregisternummer of BIS-nummer), elektronische of digitale communicatiegegevens, gegevens over de hoedanigheid van gebruiker (met name het feit dat deze persoon optreedt binnen dit zorg- en ondersteuningsplan in de hoedanigheid van overig lid van het zorg- en ondersteuningsteam, bv. als buurvrouw), en tot slot technische gegevens over de identiteit van het overig lid en het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bv. de metadata over de connectie, het IP-adres, hoe de tool wordt gebruikt) en statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bv. hoeveel keren wordt ingelogd).

35. Wat de **ontvangers** betreft bepaalt het Ontwerp:

Art. 27.

In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/4 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/4. De volgende gebruikers ontvangen bepaalde persoonsgegevens als vermeld in artikel 23/3, conform hun rol in het digitale zorg- en ondersteuningsplan:

- 1° de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 2° de zorgaanbieder;*
- 3° de mantelzorger;*
- 4° de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 5° de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst.”.*

Art. 28.

In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/5 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/5. De personen met een zorg- en ondersteuningsnood hebben toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° hun identificatie- en contactgegevens;*
 - 2° hun INSZ-nummer;*
 - 3° de identificatie- en contactgegevens van de zorgaanbieders;*
 - 4° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;*
 - 5° de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;*
 - 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorgen ondersteuningsteam;*
 - 7° de gegevens over hun gezondheid;*
 - 8° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de personen, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:*
 - a) hun sociale status en gegevens over hun welzijnstoestand;*
 - b) de zorg- en ondersteuningstaken die voor die personen aangewezen zijn;*
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;*
 - d) de verzameling van gegevens die hun graad van zorgbehoefte meten;*
 - e) hun levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen;*
 - f) de gegevens over hun religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen;*
 - 9° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
 - 10° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.*
- De zorgaanbieder die lid is van het zorg- en ondersteuningsteam, heeft toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:*
- 1° de identificatie- en contactgegevens van de zorgaanbieders;*
 - 2° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;*
 - 3° de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - 4° het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - 5° de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;*
 - 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van zorg- en ondersteuningsteam;*
 - 7° de gegevens over de gezondheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - 8° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:*
 - a) de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;*
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;*
 - e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - 9° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
 - 10° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.*

De mantelzorger heeft toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° de eigen identificatie- en contactgegevens;*
- 2° de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 3° het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 4° de identificatie- en contactgegevens van zorgaanbieders;*
- 5° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;*
- 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorgen ondersteuningsteam;*
- 7° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:*
 - a) de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;*
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;*
 - e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 8° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 9° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.*

De overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam hebben toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° de eigen identificatie- en contactgegevens;*
- 2° de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 3° de identificatie- en contactgegevens van zorgaanbieders;*
- 4° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;*
- 5° de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;*
- 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorgen ondersteuningsteam;*
- 7° als de persoon met zorg- en ondersteuningsnood daarmee instemt, de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:*
 - a) de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;*
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;*
 - e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
 - f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
- 8° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;*
- 9° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.”.*

36. De memorie verduidelijkt:

Het ontworpen artikel 23/5 bepaalt de toegang tot de gegevens voor het verwerken in het kader van de doeleinden. Aangezien niet elke actor of elk lid van het zorgen ondersteuningsteam evenveel gegevens nodig heeft om de aan hem toegewezen zorg- en ondersteuningstaken te kunnen uitvoeren, wordt per lid (of rol) bepaald tot welke gegevens deze toegang heeft, in lijn met het dataminimalisatieprincipe en het principe van de opslagbeperking van de algemene verordening gegevensbescherming.

37. De VTC benadrukt dat de toegang tot de gevraagde gegevens enkel kan open gesteld worden voor de taken en het werkgebied waar iedere medewerker voor bevoegd is.
38. De VTC is van oordeel dat er voldaan wordt aan het principe van minimale gegevensverwerking.
39. In het Ontwerp wordt specifiek de **mededeling** geregeld van gegevens. Er zal rekening moeten gehouden worden met artikel 8 van het Vlaams e-govdecreet van 18 juli 2008, dat aan Vlaamse instanties de verplichting oplegt om protocollen af te sluiten voor de mededeling van persoonsgegevens aan andere overheden.
40. De VTC wijst erop dat optioneel advies aan haar kan gevraagd worden over een ontwerpprotocol.
41. Krachtens artikel 5.1, e) AVG mogen persoonsgegevens niet langer worden bewaard, in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkenen te identificeren, dan noodzakelijk voor de verwezenlijking van de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt.
42. Wat de **bewaartermijn** betreft, voorziet het Ontwerp:

“Art. 23/7.

§1. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, eerste lid, 1° tot en met 7°, worden maximaal zes maanden na het overlijden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, of na de opschorting van zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan bewaard. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, eerste lid, 8° en 9°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§2. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, tweede lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, tweede lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§3. De verwerkte persoonsgegevens vermeld in artikel 23/3, derde lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, derde lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§4. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, vierde lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, vierde lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§5. De verwerkte persoonsgegevens over het digitale zorg- en ondersteuningsplan, namelijk de gebruikersprofielen en de contactgegevens van Pagina 18 van 19 de gebruikers, vermeld in artikel 23/4, worden bewaard voor maximaal zes maanden nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort. Als de gegevens, vermeld in het eerste lid, technische gegevens zijn, worden die maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§6. De Vlaamse Regering kan voor specifieke gegevens een bewaartermijn bepalen die korter is dan de bewaartermijnen, vermeld in paragraaf 1 tot en met 5.

43. In dat verband stelt de memorie:

Het ontworpen artikel 23/7 legt de bewaartermijnen van de (persoons)gegevens vast. Gelet op het feit dat die gegevens worden bewaard in Vitalink, zijn dezelfde Pagina 40 van 42 bewaartermijnen vastgelegd als bij Vitalink. Alle bewaartermijnen zijn tevens in overeenstemming met het principe van opslagbeperking.

44. In het kader van het advies over een uitvoeringsbesluit van Vitalink¹⁵ adviseerde de VTC :

Het is niet duidelijk in hoeverre de gegevens vermeld in het Ontwerp persoonsgegevens betreffen. Verder wordt in de nota geen enkele verantwoording teruggevonden met betrekking tot de termijn. De VTC beveelt aan om de nota op deze punten aan te vullen.

45. De VTC herhaalt deze opmerking en vraagt om de memorie op die punten aan te vullen.

6. Juistheid

46. Persoonsgegevens moeten juist zijn en zo nodig worden geactualiseerd (artikel 5, 1, d), AVG).
47. Het Ontwerp bevat geen bepalingen hierover. De VTC beveelt aan dat de verwerkingsverantwoordelijke hiertoe de nodige maatregelen neemt.

7. Rechten van de betrokkenen en transparantie

48. De VTC neemt er akte van dat het Ontwerp afwijkingen op de **AVG-rechten** invoert, met name:

Art. 29.

In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/6 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/6. De rechten van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam, vermeld in artikel 12 tot en met 22 en artikel 34 van de algemene verordening gegevensbescherming, en de beginselen, vermeld in artikel 5 van de voormelde verordening, kunnen worden beperkt om de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van handelingen die tegen de eer en de waardigheid van de uitoefening van gereguleerde beroepen ingaan, te waarborgen, voor zover de bepalingen van voormeld artikel 5 overeenstemmen met de rechten en verplichtingen, vermeld in artikel 12 tot en met 20 van de voormelde verordening.”

De memorie verantwoordt dit als volgt:

Het ontworpen artikel 23/6 bepaalt dat de rechten van de betrokkenen (de andere leden van het zorg- en ondersteuningsteam), conform de bepalingen van artikel 23 van de algemene verordening gegevensbescherming, kunnen beperkt worden. Dit kan slechts ter waarborging van de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van handelingen die tegen de eer en de waardigheid van de uitoefening van gereguleerde beroepen ingaan. Zo kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de situatie waarbij een betrokkene vraagt om zijn recht op wissing uit te oefenen, maar dat er tevens een procedure voor de schending van het beroepsgeheim van de zorgaanbieder loopt, waarbij de gegevens waarvan de betrokkene verzoekt om deze te wissen, van cruciale waarde zijn om een oordeel te vellen over het dossier. In dat geval kan het recht op wissing beperkt worden.

¹⁵ https://overheid.vlaanderen.be/sites/default/files/media/VTC/VTC_A_W_2022_112_advies_.pdf

49. De VTC heeft hierover advies gegeven op 3 juli 2019 in haar advies A/W/2019/06¹⁶ waarbij ze stelde dat het gebruik maken van de afwijkingsmogelijkheid niet de standaardprocedure mag zijn en dat telkens een gemotiveerde beslissing moet worden genomen.
50. Artikel 12 AVG bepaalt dat de verwerkingsverantwoordelijke passende maatregelen neemt opdat de betrokkene de in de artikelen 13 en 14, AVG bedoelde informatie en de in de artikelen 15 tot en met 22 en artikel 34, AVG bedoelde communicatie in verband met de verwerking in een beknopte, transparante, begrijpelijke en gemakkelijk toegankelijke vorm en in duidelijke en eenvoudige taal ontvangt.
51. De VTC is van oordeel dat het aanbevolen is om het Ontwerp aan te vullen met de verplichting om de **vermeldingen** zoals bedoeld in randnummer 37, op te nemen in de communicatie met de burger zodat de betrokkenen goed geïnformeerd worden over de verwerking van hun persoonsgegevens en het voor de betrokkenen duidelijk is wat hun rechten zijn en tot wie zij zich moeten richten voor de uitoefening van hun rechten.

8. Beveiligingsmaatregelen

52. Artikel 32 AVG verplicht de verwerkingsverantwoordelijke om gepaste technische en organisatorische maatregelen te treffen die nodig zijn voor de bescherming van de persoonsgegevens. Deze maatregelen moeten een passend beveiligingsniveau verzekeren rekening houdend, enerzijds, met de stand van de techniek ter zake en de kosten voor het toepassen van de maatregelen en, anderzijds, met de aard van de te beveiligen gegevens en de potentiële risico's.
53. De VTC wijst erop dat aangezien de gegevens mogelijk delicate gegevens/bijzondere categorieën van persoonsgegevens betreft een bijzondere aandacht vereist is inzake informatieveiligheid.
54. Artikel 32, AVG wijst op een aantal voorbeeldmaatregelen om, waar passend, een op het risico afgestemd beveiligingsniveau te waarborgen:
- de pseudonimisering en versleuteling van persoonsgegevens;
 - het vermogen om op permanente basis de vertrouwelijkheid, integriteit, beschikbaarheid en veerkracht van de verwerkingssystemen te garanderen;
 - het vermogen om bij een fysiek of technisch incident de beschikbaarheid van en de toegang tot de persoonsgegevens tijdig te herstellen;
 - een procedure voor het op gezette tijdstippen testen, beoordelen en evalueren van de doeltreffendheid van de technische en organisatorische maatregelen ter beveiliging van de verwerking.
55. Voor de concrete uitwerking hiervan wijst de VTC op de aanbeveling¹⁷ ter voorkoming van gegevenslekken en op de referentiemaatregelen¹⁸ die bij elke verwerking van persoonsgegevens in acht zouden moeten worden genomen. De VTC benadrukt ook het belang van een behoorlijk gebruikers- en toegangsbeheer¹⁹ en een logging van de toegangen zodat de functionaris en de toezichthouders kunnen controleren wie wanneer toegang had tot welke gegevens, wat zijn/haar acties waren en waarom²⁰.

¹⁶ https://overheid.vlaanderen.be/sites/default/files/media/VTC/VTC_A_W_2019_16_advies.pdf

¹⁷ Aanbeveling CBPL nr. 01/2013

(<https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/publications/aanbeveling-nr.-01-2013.pdf>)

¹⁸ Referentiemaatregelen CBPL voor de beveiliging van elke verwerking van persoonsgegevens, Versie 1.0 (<https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/publications/nota-inzake-de-beveiliging-van-persoonsgegevens.pdf>)

¹⁹ Zie ook Aanbeveling CBPL nr. 01/2008

(<https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/publications/aanbeveling-nr.-01-2008.pdf>)

Verschiede instanties kunnen hiervoor aangepaste technologische oplossingen bieden (zoals bijvoorbeeld de Kruispuntbank van de Sociale zekerheid).

²⁰ *Audit trailing of beveiligd controlespoor.*

56. In verband met:

- de communicatiemodule, zijnde het elektronische communicatiemiddel voor veilige en eenvoudige niet-dringende communicatie dat toegankelijk is voor alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam, inclusief de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en dat de mogelijkheid biedt om gericht te communiceren tussen alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- de externe agenda, zijnde een agenda vanuit een extern softwarepakket waarin een lid van het zorg- en ondersteuningsteam zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood opneemt, die wordt geïmporteerd in het digitale zorg- en ondersteuningsplan of waarnaar de zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden geëxporteerd;

doet de VTC opmerken dat ook hier de nodige maatregelen genomen dienen te worden voor de veiligheid en dat deze middelen dienen te beantwoorden aan de norm van privacy by design en privacy by default.

57. Voor zover er gedacht wordt aan het gebruik van cloudtoepassingen, verwijst de VTC naar haar adviezen en aanbevelingen daarover²¹.

58. In principe moet de specificering van maatregelen niet in de wetgeving worden opgenomen. Wanneer de decreetgever of in een later stadium (mits delegatie), de Vlaamse Regering echter vermoedt dat de gepaste maatregelen niet gerealiseerd zullen worden zonder dit aan de betrokken instanties expliciet op te leggen, dan moet dat wel gebeuren²².

III. BESLUIT

59. De VTC is van oordeel dat het voorgelegde voorontwerp voldoende waarborgen zou kunnen bieden wat de bescherming van de persoonsgegevens van de betrokkenen betreft, op voorwaarde dat daarin volgende elementen bijkomend worden geïmplementeerd, inzonderheid:

- de rechtvaardigingsgrond aanpassen in de memorie (luik 2);
- de hoedanigheden van verwerkingsverantwoordelijke, gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken of verwerker toelichten in de memorie (luik 4);
- een gegevensbeschermingseffectenbeoordeling uitvoeren (luik 4);
- in verband met de bewaartermijn verduidelijken wat juist persoonsgegevens betreft en de termijn verantwoorden in de memorie (luik 5);
- de nodige maatregelen nemen voor de juistheid van de gegevens (luik 6);
- de afwijking van de AVG-rechten steeds individueel motiveren (luik 7);
- de transparantiemaatregelen uitwerken (luik 7);
- er zorg voor te dragen dat alle communicatiemiddelen veilig zijn en beantwoorden aan de norm privacy by design en privacy by default (luik 8).

Hans Graux,
Voorzitter VTC

Getekend door: Hans Graux (Signature)
Getekend op: 2023-06-14 12:26:09 +02:00
Reden: Ik keur dit document goed



²¹ <https://overheid.vlaanderen.be/vlaamse-toezichtcommissie-cloud>

²² Dit kan eventueel ook in een ministerieel besluit of een omzendbrief.

ADVIES VAN DE VLAAMSE RAAD
VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN



WIJZIGING EERSTELIJNSDECREET VAN 2019

Advies van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Wetstraat 34-36, 1040 Brussel
W www.vlaamseraadwvg.be – T +32 2 209 01 11 – E info@vlaamseraadwvg.be

Adviesvraag	over het voorontwerp van decreet over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de hervorming van de zorgraden en de verwerking van persoonsgegevens in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, de financiering van eerstelijnszorgaanbieders en voor beleidsdoeleinden	
Adviesvrager	Hilde Crevits - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	
Ontvangst adviesvraag	15 mei 2023	
Decretale opdracht	adviesfunctie	
Goedkeuring	Intersectorale kamer op 30 juni 2023	
Contactpersoon	Barbara Krekels	bkrekels@serv.be

Inhoud

Advies	138
Situering	138
1. Op weg naar integrale zorg en ondersteuning	139
1.1 De visieontwikkeling binnen de SAR WGG	139
1.2 Wijzigingen aan het eerstelijnsdecreet	139
1.3 Volgende stappen op de weg naar integrale zorg en ondersteuning	140
1.4 Tekort aan professionals in zorg en ondersteuning	143
2. Bedenkingen bij de vernieuwingen in het decreet van 2019	144
2.1 Zorgcoördinatie en casemanagement	144
2.2 Digitaal zorg- en ondersteuningsplan	145
2.3 Slachtkrachtige Zorgraden	148
2.4 Regionale zorgplatformen	151
2.5 Gegevensverwerking en beleidsrapportering	151
Bijlage - Over de terminologie die we hanteren in dit advies	153

Advies

Situering

De Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (hierna: de raad) ontving op 15 mei 2023 een adviesvraag over het voorontwerp van decreet over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de hervorming van de zorgraden en de verwerking van persoonsgegevens in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, de financiering van eerstelijnszorgaanbieders en voor beleidsdoeleinden. De adviestermijn werd verlengd tot 30 juni 2023.

Dit decreet werkt ambities van de Vlaamse overheid met betrekking tot doelgerichte, kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg op de eerste lijn verder uit.

1. *Het begrippenkader m.b.t. doelgerichte, geïntegreerde zorg wordt verfijnd.*
2. *Er wordt bepaald dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn mantelzorger samen werken met het zorg- en ondersteuningsteam aan het zorg- en ondersteuningsplan. Digitale gegevensuitwisseling binnen dit zorg- en ondersteuningsteam wordt mogelijk gemaakt door de gegevensverwerking te regelen.*
3. *Het decreet regelt ook het verwerken van gegevens om het zorgaanbod op de zorgnood te kunnen afstemmen.*
4. *De opdrachten van de zorgraden worden beter gedefinieerd. De eerstelijnszones worden de fundamentele bouwstenen in het zorglandschap. De regierol van de lokale besturen m.b.t. het lokaal sociaal beleid wordt bekrachtigd. De diensten van Opgroeien (kinderen en jongeren als doelgroep) en van het Vlaams Agentschap Personen met een Handicap worden beter betrokken in de zorgraad. Tenslotte worden de regionale zorgplatformen maximaal gealigneerd met de referentieregio's.*
5. *Dit decreet verankert ook de gegevensverwerking van het besluit van de Vlaamse Regering van 9 december 2022 tot ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en tot uitbreiding van de opdrachten van de huisartsenkringen.*

De adviesvraag is binnen de raad behandeld door de intersectorale kamer die het advies bij consensus goedkeurde op 30 juni 2023.

1. Op weg naar integrale zorg en ondersteuning

1.1 De visieontwikkeling binnen de SAR WGG

Op 7 december 2012 bracht de voorganger van de Vlaamse Raad WVG, de SAR WGG een visie-nota uit over [Integrale Zorg en Ondersteuning](#) (IZO). Daarin stelt de SAR WGG dat *Integrale zorg en ondersteuning naar een goede **kwaliteit van leven** voor elke burger streeft door zorg en ondersteuning te bieden die iedereen in staat stelt op elk tijdstip in zijn leven goed voor zichzelf te zorgen, verbinding te maken met zijn sociale omgeving en regie over zijn leven te behouden met het oog op het optimaliseren van welzijn en gezondheid. Integrale zorg en ondersteuning streeft naar kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning op maat.*

*Met kwaliteit van leven als kernbegrip van integrale zorg en ondersteuning staat ons zorgmodel voor de uitdaging een **paradigmashift** te maken van probleemgerichte **naar doelgerichte zorg en ondersteuning**. Het houdt dus ook een verschuiving in van aanbodsgerichte **naar vraag- of behoeftegerichte zorg en ondersteuning**.*

De SAR WGG werkte hierop verder en presenteerde op 21 december 2015 een [visie op nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst](#). Daarin schetst de raad de veranderende samenleving en de gevolgen daarvan voor het 'zorg- en ondersteuningssysteem'. **Kwaliteit van leven** wordt verder uitgewerkt als *'het streven naar het zo goed mogelijk functioneren van de persoon met zorgbehoefte¹ in de samenleving én het kunnen participeren aan de samenleving'*. In deze nota schetst de raad wat daarbij van de 'professional in zorg en ondersteuning' verwacht wordt. De zorg- en ondersteuningsrelatie tussen de persoon met zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving) en de professional wordt daarbij in de verf gezet. Dé inzet van de zorg- en ondersteuningsrelatie moet (het streven naar) een zo goed mogelijke kwaliteit van leven van de persoon met zorgbehoefte zijn.

De hervormingsbeweging in de eerste lijn -die van start ging in 2009² - heeft gaandeweg de concepten en visies rond integrale zorg en ondersteuning geïntegreerd. Er is intussen een lange weg afgelegd in deze integratiebeweging. De COVID-crisis was meteen een stevige test voor de nog jonge structuren.

1.2 Wijzigingen aan het eerstelijnsdecreet

Door vandaag het begrippenkader verder aan te passen wordt de verruimde kijk op zorg en ondersteuning nog meer in het eerstelijnsdecreet doorgetrokken. Dat wordt door de raad gewaardeerd. Het is een goede evolutie dat de gebruikte terminologie de inhoudelijke verbreding van de

¹ Over de terminologie die we hanteren in dit advies, zie *Bijlage - Over de terminologie die we hanteren in dit advies*

² Eerste conferentie, Vandeuren

visie op integrale zorg en ondersteuning -die de laatste jaren steeds breder gedragen wordt- ondersteunt.

Voorts brengt voorliggende wijziging van het eerstelijnsdecreet van 2019 een decretale basis voor het digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP). Ook de rol van de zorgcoördinator en de case-manager wordt verruimd. De samenstelling van de zorgraden wordt uitgebreid en de opdrachten verduidelijkt. Er zijn nieuwe bepalingen rond de verwerking van gegevens. De appreciatie en bekommernissen van de raad over elk van deze vernieuwingen leest u verder in dit advies (Hoofdstuk 2).

Al deze aanpassingen hebben tot doel om integrale zorg en ondersteuning dichterbij te brengen. Dat wordt ondersteund door de raad. Toch merkt de raad op dat de voorgestelde wijzigingen nu nog vooral inzetten op werken aan meer 'geïntegreerde zorg en ondersteuning' (aanbod-perspectief) eerder dan op werken aan 'integrale zorg en ondersteuning' (vraag- en behoeften-perspectief). Het voorontwerp van decreet is nog steeds sterk gericht op het realiseren van een goede organisatie van zorg en ondersteuning (betere samenwerking), en niet zozeer op de volledige integrale benadering waarbij de persoon met een zorgbehoefte en zijn naaste omgeving aan zet is.

We zetten ontegensprekelijk stappen in de goede richting maar de weg is nog lang. Het is goed dat de instrumenten – zoals het digitaal zorg- en ondersteuningsplan, zorgcoördinatie en case-manager...- worden voorzien. Ze moeten nu in de praktijk worden gebracht en ondersteund zodat alle actoren op het terrein (persoon met zorgbehoefte, mantelzorg, initiatiefnemers en professionals in zorg en ondersteuning) samen kunnen zoeken en evolueren naar wat echt kan werken. De raad roept dan ook op om in overleg met de stakeholders snel werk te maken van de uitvoering van de wijzigingen in het voorontwerp van decreet (o.m. zorgcoördinatie en casemanagement) zodat er een vlotte vertaalslag naar de praktijk kan worden gemaakt.

1.3 Volgende stappen op de weg naar integrale zorg en ondersteuning

1.3.1 De regie van de persoon met zorgbehoefte

Een persoon met zorgbehoefte moet de regie over het eigen leven kunnen behouden en dus ook over de zorg en ondersteuning die hij wenst en/of nodig heeft. Een integrale zorg en ondersteuningsbenadering vertrekt van dit gegeven, weliswaar steeds in dialoog met het zorg- en ondersteuningsteam om deze zorg en ondersteuning zo goed mogelijk te realiseren.

De persoon met zorgbehoefte wordt in dit voorontwerp van decreet wel als centrale figuur beschouwd. Hij bepaalt zijn levensdoelen, kan zelf beslissen of er een zorgcoördinator voor nodig is, kan beslissen wie toegang heeft tot context-informatie in het digitale zorg en ondersteuningsplan en zo meer... Dit zijn allemaal zeer terechte bepalingen, toch zijn er nog heel wat drempels die kunnen verhinderen dat personen met zorgbehoefte die regie steeds kunnen nemen en behouden. Die worden nog niet weggewerkt met de wijzigingen in dit voorontwerp van decreet.

Een groot aantal personen met zorgbehoefte heeft immers onvoldoende gezondheids- en welzijnsvaardigheden³ om die centrale plaats op te nemen. Hetzelfde geldt voor de mantelzorgers. Het moet voorzien worden dat mensen met lage gezondheids- en welzijnsvaardigheden de nodige ondersteuning krijgen. Dit vraagt dat leden van het zorg- en ondersteuningsteam voldoende opgeleid zijn om het gesprek aan te gaan met personen met lagere gezondheids- en welzijnsvaardigheden, zodat beslissingen niet worden ‘overgenomen’. Ook op het vlak van de vertegenwoordiging in de zorgraden is veel meer ondersteuning nodig (zie ook 2.3.2). Het voorontwerp van wijzigingsdecreet gaat hieraan voorbij.

Ook voor de toenemende digitale kloof worden volgens de raad te weinig oplossingen gezocht. U leest daarover meer in punt 2.2.

1.3.2 Modellen van buurtgerichte zorg en ondersteuning

De raad mist linken naar modellen van buurtgerichte zorg en ondersteuning. Op het aansturen van de Vlaamse Overheid lopen momenteel de projecten Zorgzame Buurten. Ze worden als volgt beschreven: *In een Zorgzame Buurt wonen mensen comfortabel in hun woning of vertrouwde buurt. Het is een buurt waar jong en oud elkaar kennen en helpen. In een zorgzame Buurt staat levenskwaliteit centraal, voorzieningen en diensten zijn er voor iedereen toegankelijk. Iedereen voelt er zich goed en wordt geholpen, ongeacht de ondersteuningsbehoeften*⁴.

Een zorgzame buurt bestaat uit drie luiken:

- Participatie en inclusie, waar aandacht gaat naar de opbouw van sociaal weefsel, solidariteit en zorgzaam samenleven.
- Zorgzame buurten leggen de link tussen de informele zorg (zelfzorg, mantelzorg, burenhulp en vrijwilligers werk) en de formele of professionele zorg. Deze link is noodzakelijk voor de vroegdetectie van kwetsbare mensen, de preventie van gezondheidsongelijkheid, en de ondersteuning van informele zorgverleners.
- Intersectorale samenwerking: In een zorgzame buurt werken welzijns- en zorgpartners samen met partners uit andere sectoren (waaronder huisvesting, ruimtelijke ordening, jeugd en cultuur). Zo ontstaat er een lokaal netwerk dat bestaat uit de buurt, het lokale bestuur en de welzijns- en zorgpartners. Het netwerk is gericht op preventie, gezondheidsbevordering en integrale zorgverlening. Omdat levenskwaliteit centraal staat, worden er stappen gezet naar geïntegreerde zorg.

De raad vindt het vreemd dat in de memorie van toelichting niet naar deze zorgzame buurten of andere community based benaderingen wordt verwezen. Wanneer informele zorg

³ Gezondheidsvaardigheden werden door de WHO in 2014 gedefinieerd als de cognitieve en sociale vaardigheden die men nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van een goede gezondheid. De raad voegt hieraan welzijnsvaardigheden toe. Om het eigen welzijn te bevorderen en behouden zijn immers ook cognitieve en sociale vaardigheden op vlak van welzijn nodig.

⁴ <https://www.zorgenvoormorgen.be/zorgzamebuurten/wat>

(mantelzorger, vrijwilligers,...) beschikbaar is, kan dit een belangrijke bijdrage leveren aan de realisatie van integrale zorg en ondersteuning. Tegelijk is de druk op de informele zorg nu al zeer hoog. Deze kan niet nog meer toenemen. De raad benadrukt dat het meer inzetten op informele zorg nooit een oplossing kan zijn voor mogelijke tekorten in de professionele zorg en ondersteuning. Sterker nog, er is nood aan een versterking van het professionele aanbod dat ondersteunend optreedt ten aanzien van mantelzorgers: bijvoorbeeld de centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra, oppashulp Al deze systemen dragen ertoe bij dat de druk op mantelzorgers draaglijk blijft. De toegankelijkheid ervan moet voor iedereen verzekerd worden⁵.

1.3.3 Meer inzetten op het immateriële

De raad pleit er sterk voor om **naast de 'materiële' instrumenten** (zoals het DZOP, de zorgcoördinator, de casemanager, de zorgraad...) **ook volop op het 'immateriële' in te zetten**. *Integrale zorg en ondersteuning* en *nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning* komen er maar als ook de geesten op het terrein verder in die richting kunnen rijpen. Om die inzichten en attitudes te verwerven, is nog veel ondersteuning nodig (onder de vorm van opleidingen, intervisie, tijd en ruimte om te experimenteren...). Daarover leest de raad weinig of niets in dit wijzigingsdecreet. De raad vraagt om het 'immateriële' ook mee te nemen in het wijzigingsdecreet.

Op welke manier zal de overheid de visie op integrale zorg en ondersteuning promoten en faciliteren? Hoe zullen de meerwaarde en positieve effecten van het invoeren van de 'nieuwe instrumenten' zichtbaar gemaakt worden? Hoe zullen professionals ondersteund worden om hiermee aan de slag te gaan? Zo is het bijvoorbeeld erg belangrijk dat de uitrol van het digitaal zorg- en ondersteuningsplan niet beperkt blijft tot het louter in plaats brengen van de digitale tool. Er moet ook ingezet worden op opleiding en instructie om hiermee methodisch te kunnen werken in functie van de vooropgestelde doelen. De raad verwijst naar eerdere ervaringen met de uitrol van het instrumentarium Belrai, waar in de piloten hetzelfde pijnpunt werd vastgesteld.

Gezien het belang van Belrai is het ook vreemd dat hier nergens naar verwezen wordt. De Belrai is in verschillende sectoren in het kader van VSB een belangrijk instrument om zorg- en ondersteuningsnoden in kaart te brengen. Daaraan wordt al zeer lang gewerkt. Het is nodig linken naar dit instrument te leggen om dubbel werk te vermijden.

1.3.4 Geïntegreerde zorg en ondersteuning stopt niet bij de eerste lijn

Door -om zeer goede redenen- ook het jeugd- en gezinsbeleid (opgroeien) en personen met een handicap (VAPH) te betrekken in de zorgraden, komt ook het begrip van wat in 2019 als de eerste lijn werd gezien op de helling te staan. Voor de raad is dat terecht. De actoren die in het jeugd- en gezinsveld werken, of in het veld van de personen met een handicap, die nu betrokken worden in de zorgraden, werken immers ook vaak 'op de eerste lijn'. Daarnaast maken ook innoverende zorg- en ondersteuningsmodellen en vernieuwende financieringsmodellen het onderscheid

⁵ SAR WGG (31 oktober 2016) [Advies over het Ontwerp Vlaams mantelzorgplan 2016-2020 "Nabije zorg in een warm Vlaanderen"](#)

tussen de verschillende lijnen steeds diffuser. Integrale zorg en ondersteuning voor een persoon met zorgbehoefte is wars van grenzen tussen sectoren en tussen lijnen.

Er zijn momenteel -naast de hervorming van de eerste lijn- heel wat integratiebewegingen aan de gang: het geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid, 1G1P, GBO, het Interfederaal Plan Geïntegreerde zorg... . Het veld is volop in beweging. Al deze bewegingen hebben uiteindelijk integrale zorg en ondersteuning voor ogen. Voor de raad is het duidelijk te vroeg om vandaag één van deze bewegingen naar voor te schuiven als hét model waarin het ganse werkveld binnen het beleidsdomein WVG wordt gedwongen. Op één of andere manier zal alles samen moeten komen.

Het voorontwerp van decreet tot wijziging van het eerstelijnsdecreet van 2019 roept daarom vandaag toch heel wat vragen op:

- Zo stelt zich de vraag hoe dit decreet zich verhoudt tot het verwachte voorontwerp van decreet over de organisatie van een geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid (vroeg&nabij), met bijvoorbeeld de trajectondersteuner ten opzichte van de zorgcoördinator en casemanager; de voorziene netwerken ten opzichte van de zorgraad en het regionaal zorgplatform.... En breder, hoe verhoudt dit voorontwerp van decreet zich ten opzichte van de visie en regelgeving in VAPH en Opgroeien in het algemeen?
- Actoren die traditioneel meer op de zogenaamde tweede of derde lijn worden gesitueerd moeten ook deel uitmaken van een integratiebeweging die streeft naar een integrale zorg en ondersteuning. Het is dus logisch dat bijvoorbeeld de invoering van het DZOP vragen oproept hoe er met de meer specialistische zorg en ondersteuning zal worden gecommuniceerd. Het is in dat licht ook vreemd dat in dit voorontwerp van decreet de ziekenhuizen nergens als partner worden opgenomen. Dit staat haaks op alle internationale, nationale en Vlaamse ontwikkelingen (en evidence). Om niet voorbij te gaan aan de realiteit zal de integratiebeweging in de toekomst dus nog veel verder moeten gaan.
- Daarnaast zijn er vragen naar afstemming tussen de bevoegdheden op Vlaams en Federaal niveau. Om de doelstellingen van de Vlaamse overheid te realiseren is een samenwerking met de Federale actoren noodzakelijk. Er is een brug nodig naar de federale ziekteverzekering en gezondheidszorg. De raad vraagt hoe Vlaamse Regering ervoor zal zorgen dat er geen twee verschillende wegen bewandeld worden.

1.4 Tekort aan professionals in zorg en ondersteuning

Ook over de problematiek van het tekort aan professionals in zorg en ondersteuning wordt in de memorie van toelichting niet gesproken. Het is echter zeer moeilijk om mooie modellen van samenwerking en integratie hier los van te zien. Een tekort aan mensen op het terrein los je niet alleen op met meer en beter samenwerken.

2. Bedenkingen bij de vernieuwingen in het decreet van 2019

2.1 Zorgcoördinatie en casemanagement

De beide concepten moeten nog verder uitgewerkt worden. Er zijn daarbij nog heel wat verduidelijkingen nodig zoals onder andere:

- De zorgcoördinator en de casemanager moeten duidelijker gepositioneerd worden ten opzichte van elkaar, maar ook ten opzichte van de trajectbegeleider die nu in de organisatie van het geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid naar voor geschoven wordt.
- Het is niet duidelijk of en welk mandaat aan deze 2 functies zal worden gegeven. De raad ziet deze functies vooral als faciliterend ten aanzien van het zorg- en ondersteuningsproces van een persoon met zorgbehoefte.
- Er moet worden bepaald wie de opdracht van casemanager kan opnemen.
- Er moet worden verduidelijkt wanneer en door wie kan worden vastgesteld dat 'het bestaande zorg- en ondersteuningsteam er niet in slaagt om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken' (§3 2°) en wanneer het nodig is om via casemanagement tot een zorg- en ondersteuningsproces te komen?

De invulling van de concepten zal in de uitvoeringsbesluiten worden vastgelegd. Voor de raad zullen dit strategisch belangrijke besluiten zijn. De raad wenst daarom bij de voorbereiding van de uitvoeringsbesluiten betrokken te worden.

De raad benadrukt ook dat de implementatie van deze functies een duidelijk financieringskader vereist. Daarnaast wijst de raad erop dat het multidisciplinair overleg (MDO) -dat ook de zorgcoördinator en de casemanager kunnen inzetten als methodiek- verder ondersteund moet worden, met inbegrip van de financiering van de deelnemers aan het MDO.

De definities voor zorgcoördinatie en casemanagement lijken in lijn te liggen met de definities die in het kader van het interfederaal plan geïntegreerde zorg worden besproken. Dat is een goede zaak maar de coherentie tussen dit decreet en het interfederaal plan moet verder bewaakt worden.

2.1.1 Zorgcoördinatie (voorontwerp van decreet artikel 14)

Het is goed dat de situaties verruimd worden waarin op een zorgcoördinator beroep kan gedaan worden, zijnde scharnierzakmomenten.

Bij 'scharnierzakmomenten' gaat het om *situaties waarbij de context van de zorg, de frequentie waarmee de zorg wordt toegediend, of de complexiteit wijzigt*.

- Het is voor de raad niet volledig duidelijk wat daaronder valt. De memorie van toelichting verwijst naar de wisseling van thuissituatie naar residentiële settings. De voorbeelden komen uit de woonzorg, maar betekent het dat het ook kan gaan over een overgang naar wonen bij een vergunde zorgaanbieder in de sector personen met een handicap of naar een verblijf in een multifunctioneel centrum?
- De raad stelt voor om ook in deze definitie van 'zorg en ondersteuning' te spreken en niet alleen van 'zorg'.

2.1.2 Casemanagement (voorontwerp van decreet artikel 15)

- De raad merkt op dat de ruime omschrijving van wanneer casemanagement kan worden opgenomen, §3 1° en 2°, ook alle personen dekt die momenteel op een wachtlijst van VAPH en jeugdhulp staan. Er zal dus een grote nood zijn aan deze functie.
- Bij artikel 7 §3 2° van het decreet 2019 wordt best ook opgenomen dat casemanagement kan opgenomen worden, in het geval de zorgcoördinator niet in staat is of zelf aangeeft dat hij niet in staat is om het zorgproces te verbeteren.

2.2 Digitaal zorg- en ondersteuningsplan

Met het digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP) zal een langverwachte en noodzakelijke voorwaarde om tot 'geïntegreerde' zorg en ondersteuning' te komen worden gerealiseerd, namelijk het uitwisselen van gegevens tussen alle leden van een zorg- en ondersteuningsteam via één platform.

De raad vindt het goed dat het DZOP een decretale basis krijgt maar meent dat de uitwerking van het DZOP in het voorontwerp van decreet zeer ver gaat en detaillistisch is. Dit zou voor een deel in uitvoeringbesluiten kunnen worden opgenomen, na pilootprojecten en evaluaties. De raad leest dat er ook zal worden gemonitord tot op het niveau van het gebruik van de DZOP (bijv. hoe vaak er wordt ingelogd, aantal levensdoelen, gemiddeld aantal berichten in de communicatiemodule, enz.). De raad begrijpt de doeleinden daarvan maar meent dat deze monitoring ook een verregaande controle van de persoon met zorgbehoefte in zich bevat.

2.2.1 Modules in het DZOP

Levensdoelen

De opbouw van het DZOP zet de persoon met zorgbehoefte centraal. Het is goed dat het DZOP uitdrukkelijk vertrekt vanuit de levensdoelen van de persoon met zorgbehoefte.

- De raad vraagt hoe dit zich zal vertalen in het aanbod van initiatiefnemers in zorg en ondersteuning? Zal financiering gemoduleerd worden in functie van levensdoelen?
- De raad merkt op dat er ook budgetten nodig zullen zijn om instrumenten ter beschikking te kunnen stellen die levensdoelen helpen expliciteren.

- In Artikel 10, 6° wordt het zorg- en ondersteuningsplan gedefinieerd: *een al dan niet digitaal werkinstrument waarin, na vraagverheldering of indicatiestelling, op aangeven van en in samenspraak met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorg- en ondersteuningsdoelen en de werkafspraken over de geplande zorg en ondersteuning voor die persoon zijn opgenomen en waarmee het zorg- en ondersteuningsteam met elkaar samenwerkt en communiceert.* De raad vraagt om in deze definitie ook de levensdoelen op te nemen.

Communicatie

De raad vindt het goed dat het DZOP ook als een communicatiekanaal tussen de leden van een zorg- en ondersteuningsteam zal gebruikt kunnen worden (communicatiemodule).

Context

In de memorie van toelichting wordt aangegeven dat er heel wat contextuele data van de persoon met zorgbehoefte opgenomen moeten worden in de contextmodule. De raad leest daar een verwijzing naar het medicatieschema, allergieën, alcoholgebruik, persoonlijke data, en zo meer.

- De raad is hier bezorgd om een toename van de administratieve belasting. Al deze data zijn elders al beschikbaar. Hoe vermijden we dubbel werk? En wie is verantwoordelijk om dit allemaal in te vullen? De raad verwacht dat het 'only once'-principe wordt toegepast (zie daarvoor ook 2.2.4).

De raad leest in de memorie van toelichting (p. 18) dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zelf kan bepalen welke leden binnen het zorg- en ondersteuningsteam de volledige of een deel van de context kunnen zien of raadplegen. In het voorontwerp van decreet staat in artikel 28 (nieuw artikel 23/5) echter dat de persoon met zorgbehoefte enkel voor de 'overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam' moet instemmen om de contextgegevens te delen. De andere leden, met name de zorgaanbieder en de mantelzorger, hebben automatisch toegang.

- Voor de raad moet de persoon met zorgbehoefte zelf kunnen bepalen wie toegang heeft tot zijn contextgegevens en wie niet en dat voor alle gebruikers van het DZOP. De raad vraagt om het decreet hier in overeenstemming te brengen met de memorie van toelichting.
- De raad weet dat het soms belangrijk kan zijn voor het goede verloop van het zorg- en ondersteuningstraject om bepaalde contextgegevens te delen. Een persoon met zorgbehoefte moet steeds goed worden ingelicht over de gevolgen die het afschermen van de contextgegevens kan hebben voor de zorg en ondersteuning die hij nodig heeft.

2.2.2 De digitale kloof overbruggen

Het gegeven dat het plan digitaal is, heeft ontegensprekelijke voordelen. De digitalisering is nodig om een sprong te maken naar een performante geïntegreerde zorg en ondersteuning. Dat onderschrijft de raad volmondig.

Toch blijft de toenemende digitale kloof een belangrijke bezorgdheid. Er wordt in de memorie van toelichting wel aangegeven dat men zich daarvan bewust is maar de aanzetten tot oplossing van het probleem vindt de raad eerder pover. Behalve het voorzien van de mogelijkheid om het plan af te drukken, leest de raad geen enkel voornemen tot ondersteuning voor personen met zorgbehoefte en hun mantelzorgers die niet over de nodige digitale vaardigheden en/of digitale infrastructuur beschikken.

Het is goed dat het plan afgedrukt kan worden want in de praktijk blijft er voor sommigen een aversie bestaan tegen plannen die enkel digitaal te raadplegen zijn. Een 'vertaling' naar een leesbaar plan met duidelijke afspraken over wie wat doet zal bij veel personen met zorgbehoefte nodig zijn. Toch vindt de raad deze maatregel op zichzelf onvoldoende.

De raad meent dat het, zowel bij de opbouw als bij de implementatie van het DZOP, de verantwoordelijkheid van alle betrokken actoren is om de persoon met zorgbehoefte zo veel mogelijk te betrekken, in het bijzonder kwetsbare burgers. Er moet goede ondersteuning voor handen zijn om, als dit nodig blijkt, de persoon met zorgbehoefte en/of zijn mantelzorger te versterken (empoweren) om het plan te begrijpen en te gebruiken. De raad vraagt om meer in te zetten op het overbruggen van de digitale kloof en die voornemens ook mee op te nemen in dit voorontwerp van decreet.

2.2.3 Middelen

De raad vindt het positief dat het DZOP momenteel met middelen van de Vlaamse Veerkracht tot stand kan komen, maar is bezorgd over het financiële plaatje op langere termijn.

De raad vraagt om een duidelijk financieringsplan naar voor te schuiven dat kan garanderen dat de financiële stroom niet droogvalt na het ontwikkelen van de tool. De doorontwikkeling en exploitatie (run-modus) van de tool zal ook middelen vragen. Ook voor aanpassingen aan software van bestaande applicaties moeten middelen ingezet worden zodat het DZOP kan interageren met deze applicaties.

2.2.4 Stroomlijning met andere plannen (only-once principe)

Het is immers nodig dat het DZOP geen standalone applicatie blijft maar in de toekomst zal kunnen communiceren met de applicaties van alle eerstelijnsactoren. Er moet tegelijk voor gezorgd worden dat de inhoud van het DZOP kan worden geconsulteerd op de 2^{de} en 3^{de} lijn wanneer er voor een persoon met zorgbehoefte meer specialistische zorg nodig is. Het is voor de raad ook nog onduidelijk of begeleidings- en handelingsplannen in de sectoren personen met een handicap of in de jeugdhulp mee in het DZOP zullen geïntegreerd worden. Binnen de jeugdhulp wordt immers ook Parkour ontwikkeld als online platform waar jongeren in contact kunnen komen met hulpverlening.

Om al die redenen is het voor de raad essentieel dat er een stroomlijning komt van de instrumenten en plannen die vandaag gehanteerd worden. Het moet duidelijk gemaakt worden hoe deze zich tot het DZOP zullen verhouden.

Het lijkt de raad niet wenselijk om op termijn naar een volledige integratie van al deze instrumenten te streven, maar het is wél belangrijk om de instrumenten compatibel te maken zodat ze eenvoudig kunnen communiceren met elkaar. Men moet alles in het werk stellen om dubbele registraties te vermijden. **Het only-once principe toepassen is een absolute voorwaarde** om de implementatie van het DZOP te doen slagen.

De raad roept op om verder in te zetten op grondige analyses van de digitalisering van het zorg- en ondersteuningslandschap zodat de doelstellingen die we met digitalisering beogen, ook effectief bereikt worden.

2.3 Slachtkrachtige Zorgraden

2.3.1 Opdrachten

De opdrachten die de zorgraden krijgen volgens het decreet zoals het werken vanuit populatiemanagement, het afstemmen van beleidsplannen met het lokaal sociaal beleid en de beleidsdoelstellingen van het beleidsdomein welzijn, volksgezondheid en gezin, zullen hen op een kruispunt zetten van regelgeving en beleid op verschillende niveaus. Zorgraden kunnen zo een belangrijke rol vervullen in de afstemming tussen deze beleidsniveaus. De raad meent dat wanneer die rol op een goede manier kan worden ingevuld, het effectief zal bijdragen aan betere zorg en ondersteuning met meer levenskwaliteit voor de burger tot gevolg.

De verwachtingen zijn hooggespannen. De zorgraden worden verwacht zich te aligneren én op de beleidsdoelen van Vlaanderen, én op de sociale beleidsplannen van de gemeenten die vallen binnen hun eerstelijnszone én op de input van alle actoren die vertegenwoordigd worden/zijn in de raad.

- Daarbij komt dat het Protocolakkoord van 2 december 2020, gesloten tussen de Federale regering en alle Deelstaten, voor de versterking van het psychisch zorgaanbod, expliciet vermeldt dat voor de Vlaamse Gemeenschap, de zorgraden een rol krijgen én te vervullen hebben bij de toepassing van dit akkoord. Wetende dat het federale niveau ook gezondheidsdoelstellingen zal formuleren, zou er bij de opdrachten van de zorgraden dus best ook 'het mee vorm geven van federale beleidsdoelstellingen' worden vermeld.
- De raad is - omwille van deze vele verwachtingen tot afstemmen - toch bezorgd dat zorgraden niet meer voldoende eigen beleid met eigen accenten zullen kunnen voeren en vraagt erover te waken dat er een evenwicht blijft tussen Vlaamse en lokale doelstellingen.

De opdrachten van de zorgraden lijken zeer ver te gaan. Als de zorgraden voor hun eerstelijnszone effectief moeten onderzoeken of er voldoende aanbod is en vraag en aanbod op elkaar moeten afstemmen, wordt dit dan ook het forum dat in de toekomst zal beslissen over het uitbreidingsbeleid?

- Dit kan voor de raad niet de bedoeling zijn. Het is goed dat lokale besturen hun sociaal beleid meer zullen kunnen afstemmen op de noden, op basis van de gegevens van een

zorgraad, maar uitbreidingsbeleid, erkenningen en programmatie, gebaseerd op populatiemanagement, horen voor de raad absoluut op het Vlaamse beleidsniveau thuis.

De raad vraagt hoever de ambitie in populatiemanagement op het niveau van de zorgraden gaat.

- Het is goed om ook binnen het werkingsgebied van de eerstelijnszone een public health benadering te hanteren, maar wat gaat men met supra-regionale noden doen? Dit wordt in het decreet niet opgenomen. De raad vermeldt nog dat de IMA-atlas in het kader van een performant “populatiemanagement” een nuttig instrument is⁶.

Bij artikel 16va, het wijzigingsdecreet: de opdrachten van de zorgraden, 2° een lokaal sociaal beleid ondersteunen wordt in de memorie van toelichting op pagina 25 gesteld dat *“de zorgraden hun inhoudelijke werking en meerjarenplan laten aansluiten op de meerjarenplanning van de lokale besturen in het kader van het lokaal sociaal beleid, en die een gezamenlijk initiatief kunnen nemen om een bovenlokaal sociaal beleid te ontwikkelen.”*

- De raad is bezorgd dat het belemmerend kan werken voor de eerstelijnszones wanneer eerst het lokaal sociaal beleid van de lokale besturen moet uitgetekend zijn alvorens de zorgraden tot een sociaal beleid voor de ELZ kunnen komen. Om in een legislatuur geen kostbare tijd verloren te laten gaan, moet de uitwerking van de plannen parallel kunnen gebeuren.

2.3.2 Versterken van de persoon met zorgbehoefte in de zorgraad

De raad betreurt dat er bij het slagkrachtiger maken van de zorgraden niets gezegd wordt over de versterking van de rol van de persoon met zorgbehoefte. Er is geen aandacht voor de knelpunten die hier rond bestaan.

Vertegenwoordigers van personen met zorg- en ondersteuningsbehoefte en hun mantelzorgers moeten ook over de nodige vaardigheden kunnen beschikken om hun rol voluit te kunnen spelen in de zorgraden. De raad meent dat er nog steeds te weinig garanties zijn dat de persoon met zorgbehoefte en zijn mantelzorger hierin werkelijk ondersteund worden. Momenteel gaat het nog vaak om schijnparticipatie omdat er in de meeste zorgraden nauwelijks ondersteuning mogelijk is. Het betrekken van de vertegenwoordiging van personen met zorgbehoefte én mantelzorger is een opdracht voor heel de zorgraad.

De raad roept de overheid op om proactief werk te maken van een sterke vertegenwoordiging van de persoon met zorgbehoefte en de mantelzorger vanuit een inclusieve benadering. Het kan niet worden ontkend dat het opzet van de zorgraad een zeer aanbodgericht gegeven blijft. Het is tekenend dat van de 5 voorziene werven rond de zorgraad enkel de werf rond de persoon met zorgbehoefte en de mantelzorger nog niet is opgestart. De raad roept op om hiervan werk te maken.

⁶ IMA Atlas (www.ima-aim.be)

2.3.3 Samenstelling en governance

De raad vraagt dat naar een evenwichtige samenstelling van de zorgraad wordt gestreefd. Gelijkwaardigheid van partners in de zorgraad is van belang. Dit moet des te meer bewaakt worden wanneer er nieuwe partners worden toegevoegd.

De samenstelling moet gebeuren in functie van de doelstellingen en de opdrachten van de zorgraad. Wie moet er dan prioritair aan tafel zitten om de zorg en ondersteuning in een eerstelijnszone te organiseren? In die zin vindt de raad het logisch dat nu een uitbreiding naar de sectoren VAPH en Opgroeien wordt voorzien. Er moet nog wel verduidelijk worden om wie het precies gaat. In de memorie van toelichting lezen we bij artikel 17 dat het in de eerste plaats gaat om voorzieningen 'met een lokaal bereik en werking'. Gaat het over alle initiatiefnemers die in de eerstelijnszone werken? Naast de huidige en toekomstige partners van de zorgraden spelen nog andere partners, onder andere de preventieve sector en de actoren in de 2^{de} en 3^{de} lijn een niet onbelangrijke rol in de geïntegreerde zorg en ondersteuning. De betrokkenheid van alle actoren moet gegarandeerd zijn. Dit kan op verschillende manieren georganiseerd worden.

De raad spreekt zich vandaag niet uit over wie verder nog aan tafel moet zitten, maar meent dat dit – in overleg met alle stakeholders – nog grondig moet bekeken worden in het licht van de doelstellingen van een slagkrachtige zorgraad.

De memorie van toelichting stelt dat ook de regierol van de lokale besturen rond het lokaal sociaal beleid wordt bekrachtigd. De kracht van de zorgraad uit zich momenteel in de bottom-up werking rond de persoon met zorgbehoefte. Er moet blijvend gestreefd worden naar een goede 'power balance' in de zorgraden, ook met de lokale besturen, zodat deze bottom-up werking kan bewaard worden.

Uiteraard is het goed dat de zorgraden het lokaal sociaal beleid ondersteunen, maar de raad pleit voor een evenwichtige visie op de verhouding tussen de zorgraad en het lokale bestuur. De lokale besturen moeten gestimuleerd worden om, met behulp van de data en analyses van de zorgraden, hun lokaal sociaal beleid ook vormgeven in functie van de vastgestelde noden in de eerstelijnszone en in afstemming met de zorgraden. De lokale besturen hebben er immers zelf ook belang bij om de lokale sociale beleidsplanning af te stemmen in de zorgraad en elkaar zo te versterken om gezamenlijke doelen te realiseren. Komen tot een behoeftegericht en gebiedsdekkend aanbod betekent voor de raad ook dat het lokale bestuur zelf een aanbod kan voorzien als de zorg en ondersteuning georganiseerd door andere initiatiefnemers niet volstaat. De raad verwacht daarom dat hierop niet enkel vanuit het beleidsdomein WVG ingezet wordt maar dat dit in samenwerking verloopt met het beleidsdomein Binnenlands Bestuur.

Er moet sprake zijn van een participatief regiemodel dat volgens de principes van corporate governance vorm krijgt en garanties biedt om rolconflicten uit te sluiten (met een klachten- en beroepsprocedure). De gelijkwaardigheid, het scheiden van de rollen en de transparante objectiviteit moeten door de verschillende partners toegepast worden

2.4 Regionale zorgplatformen

De regionale zorgplatformen worden maximaal gealigneerd met de referentieregio's (artikel 20). De raad vraagt zich af wat dat precies zal betekenen voor de eerstelijnszones.

- Eerstelijnszones moeten groot genoeg zijn om zorg- en ondersteuningsbehoeften op elkaar af te stemmen, maar toch dicht bij de burger staan. De raad vraagt daarom om de schaalgrootte en dus de grenzen van de bestaande eerstelijnszones zoveel mogelijk te behouden.
- De raad vraagt ook hoe het wijkgericht en/of doelgroepspecifiek werken in de eerstelijnszones zich zal verhouden tot de opdrachten van de regionale zorgplatformen/referentiezones.

Er zal heel wat afstemming en verduidelijking nodig zijn met andere platformen op bovenlokaal/regionaal niveau. Zo zijn er bijvoorbeeld spanningsvelden met de huidige werking van het Intersectoraal Regionaal Overleg Jeugdhulp (IROJ), met 1Gezin1Plan, met de logo's.... In het algemeen is het voor de raad onduidelijk hoe de link zal gelegd worden tussen dit voorontwerp van decreet en het verwachte voorontwerp van decreet geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid (vroeg&nabij) voor wat betreft de netwerken.

Daarnaast staat in het eerstelijnsdecreet van 26 april 2019 ook dat de geestelijke gezondheidsnetwerken lid zijn van het regionale zorgplatform, waartoe (een deel van hun) werkingsgebied valt (artikel 17). Het is voor de raad zeer onduidelijk of zij nu wel of niet moeten samenvallen met de referentieregio's. De raad vindt dit niet wenselijk omdat de werkingsgebieden van geestelijke gezondheidsnetwerken reeds lang gevormd zijn. Dit aanpassen in functie van nieuwe principes zal de werking niet ten goede komen. De raad is van mening dat structuren de doelstellingen moeten volgen en niet omgekeerd.

2.5 Gegevensverwerking en beleidsrapportering

Tenslotte maakt de raad nog enkele opmerkingen met betrekking tot gegevensverwerking en beleidsrapportering.

In de memorie van toelichting leest de raad op p. 34: Contacteren van de eerstelijnszorgaanbieders om hen een bevraging te laten invullen.

Zoals hierboven gesteld, wordt het aanbod van de eerstelijnszorg vastgesteld aan de hand van een bevraging van de eerstelijnszorgaanbieders. Hiervoor worden vragenlijsten naar de eerstelijnszorgaanbieders gestuurd. Om deze vragenlijsten te kunnen bezorgen aan de eerstelijnszorgaanbieders in het Nederlandse taalgebied moeten echter hun naam en voornaam en hun contactgegevens en deze van hun praktijk worden verwerkt. Deze gegevens zullen niet worden gebruikt voor het nemen van beleidsmaatregelen, daarom worden ze hier onder een apart doeleinde ondergebracht.

- De raad stelt voor om voor het verzamelen van gegevens, meer samen te werken met de FOD Volksgezondheid en hun data⁷.

In artikel 31 leest de raad dat het Departement Zorg en elke gebruiker die persoonsgegevens ontvangt, conform artikel 23/4, hun onderlinge afspraken met betrekking tot de gegevensuitwisseling schriftelijk vastleggen.

In de memorie van toelichting wordt dit verder verduidelijkt als: *In geval van gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijke, zal het Departement Zorg daartoe een overeenkomst als vermeld in artikel 26 van de algemene verordening gegevensbescherming dienen te sluiten met elke ontvanger van de persoonsgegevens, waarin op transparante wijze hun respectievelijke verantwoordelijkheden voor de nakoming van de verplichtingen uit hoofde van de algemene verordening gegevensbescherming schriftelijk worden bepaald, met name met betrekking tot de uitoefening van de rechten van de betrokkenen en hun respectievelijke transparantieplichtingen.*

- De raad meent dat dit een administratief erg omslachtig en een weinig flexibele methode is. Er is vermeld dat de AVG dit vereist, maar dit is niet in overeenstemming met de werkwijze voor andere instrumenten zoals bv. medicatieschema. De raad vraagt zich af of het mogelijk is deze bepalingen in artikel 31 in overeenstemming te brengen met deze andere werkwijzen.

In de memorie van toelichting (p. 36) wordt gesteld dat de verwerking van gegevens dient om aan beleidsrapportering te doen, voor het beheer van het DZOP, en dat men middels het DZOP de kwaliteit van zorg en ondersteuning en van het DZOP zelf wil bevorderen en verbeteren.

De raad meent dat de beleidsrapportering die wordt voorzien erg verregaand en detaillistisch is en vraagt om moet duidelijker aan te geven wat men juist wil meten en evalueren.

In de memorie van toelichting leest de raad op pagina 31:

Het in kaart brengen van het aanbod en de nood aan eerstelijnszorg zal gefaseerd gebeuren, waarin in de eerste plaats wordt gefocust op de huisartsengeneeskunde en waarbij dit later kan worden uitgebreid naar andere eerstelijnszorgaanbieders. Het in kaart brengen zal gebeuren aan de hand van een bevraging van de betrokken eerstelijnszorgaanbieders. Voor het in kaart brengen van het aanbod huisartsengeneeskunde zal de huisartsenkring een lijst aanleveren en valideren waarop de actieve huisartsen in hun huisartsenzone staan opgelijst.

- De raad merkt op dat er een aantal van die gegevens reeds beschikbaar zijn via IMA.

⁷ <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/statistieken-en-planning/gezondheidszorgberoepsbeoefenaars-geregistreerden>

Bijlage - Over de terminologie die we hanteren in dit advies

De voorganger van de Vlaamse Raad WVG, de SAR WGG zette in zijn 11-jarig bestaan (2008-2019) sterk in op visieontwikkeling over integrale zorg en ondersteuning. Het werken aan een gemeenschappelijke terminologie die over alle sectoren heen binnen WVG kon gehanteerd worden, was daarvan een belangrijk onderdeel. Elke sector heeft immers een eigen jargon ontwikkeld dat gericht is op de doelstellingen die zij nastreeft. Om babylonische spraakverwarring te vermijden, is het voor integrale zorg en ondersteuning belangrijk om ook het taalgebruik op elkaar af te stemmen. De termen waarvoor de SARWGG opteerde zijn gedefinieerd en beschreven in enkele visienota's zoals Integrale Zorg en Ondersteuning in Vlaanderen (7 december 2012) en Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst – Een ondersteunend kader (17 december 2015)

U vindt de belangrijkste visienota's van de SARWGG gebundeld terug in [9 jaar beleidsadvisering over welzijn, gezondheid en gezin. Het referentiekader van de SAR WGG: uitgangspunten voor de toekomst.](#)

De Vlaamse Raad WVG kiest ervoor om vanuit een intersectoraal perspectief deze sectoroverstijgende terminologie verder te hanteren. We omschrijven hierna de belangrijkste termen die we gebruiken. De motivering voor deze keuzes vindt u terug in de visienota's van de SAR WGG.

Zorg en ondersteuning	Zorg en ondersteuning staat voor alle vormen van (gezondheids)zorgverlening én hulp- en dienstverlening in de sectoren die onder het beleidsdomein welzijn, (volks)gezondheid en gezin vallen. We kiezen ervoor om de begrippen 'zorg en ondersteuning' te gebruiken en met elkaar te verbinden als een geheel. • Zie Visienota Integrale Zorg en Ondersteuning (pp. 5-6) voor een uitgebreide motivering van deze keuze.
Persoon met zorgbehoefte	Wanneer we – omwille van de leesbaarheid van de tekst – spreken van de 'persoon met zorgbehoefte', bedoelen we de <u>'persoon' (kind, jongere, volwassene, oudere) met een zorg-en/of ondersteuningsbehoefte én zijn naaste omgeving</u>. 'En zijn naaste omgeving' verwijst naar de verbinding van de persoon met zorgbehoefte met de omgeving waarin hij leeft, we denken dan in het bijzonder aan de mantelzorger of het gezin. • Zie Visienota Nieuw Professionalisme (p. 14) voor een motivering van de keuze voor deze term.
Professional in zorg en ondersteuning	We hanteren de term 'professionals in zorg en ondersteuning' om alle beroepen aan te wijzen die in de gezondheids- en welzijnssectoren (beleidsdomein welzijn, (volks)gezondheid en gezin) een rol spelen in de zorg en ondersteuning

	van personen met zorgbehoefte, wars van de bevoegdheidsverdeling in dit land. Wij doelen met deze term dus zowel op gezondheidszorgberoepen (federale materie) als op zorg- en welzijnsberoepen (bevoegdheid van de deelstaten). De 'professional in zorg en ondersteuning' kan zowel in dienstverband werken (als medewerker, als leidinggevende,...) als in een zelfstandig statuut werken.
Professionals	Wanneer we – omwille van de leesbaarheid van de tekst – spreken van 'professionals' bedoelen we alle 'professionals in zorg en ondersteuning'.
Initiatiefnemers in zorg en ondersteuning	Met initiatiefnemers in zorg en ondersteuning bedoelen we alle verschillende actoren die op het terrein een aanbod ontwikkelen voor het bieden van zorg en ondersteuning. Het gaat zowel om sociale ondernemers, om ondernemers uit de for profit sector, organisaties van vrijwilligers en mantelzorgers, als om de publieke voorzieningen. Het kan gaan om voorzieningen of organisaties, maar ook om individuele verstrekkers van zorg en ondersteuning (zelfstandige professionals).
Initiatiefnemers	Wanneer we – omwille van de leesbaarheid van de tekst – spreken van 'initiatiefnemers' bedoelen we alle 'initiatiefnemers in zorg en ondersteuning'.
Stakeholders	Stakeholders zijn de belanghebbende personen of organisaties die invloed ondervinden of zelf invloed kunnen uitoefenen op de realisatie van integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen. Afhankelijk van de context (macro, meso, micro) kan het dus gaan over de overheid, het middenveld, de wetenschap, de initiatiefnemers in zorg en ondersteuning, de professionals, de personen met zorgbehoefte, mantelzorgers, vrijwilligers en de burgers.

ADVIES VAN DE GEGEVENSBE SCHERMINGSAUTORITEIT



Autorité de protection des données
Gegevensbeschermingsautoriteit

Standaardadvies 65/2023 van 24 maart 2023

Betreft: Standaardadvies betreffende de redactie van normatieve teksten

Het Kenniscentrum van de Gegevensbeschermingsautoriteit (hierna "de Autoriteit"),
aanwezig: de dames Cédrine Morlière, Nathalie Raghenon en Griet Verhenneman, en de heren Yves-Alexandre de Montjoye, Bart Preneel en Gert Vermeulen;

Gelet op de wet van 3 december 2017 *tot oprichting van de Gegevensbeschermingsautoriteit*, met name de artikelen 23 en 26 (hierna "WOG");

Gelet op artikel 25, lid 3, WOG volgens hetwelk de beslissingen van het Kenniscentrum bij meerderheid van stemmen worden aangenomen;

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

Gelet op de wet van 30 juli 2018 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens* (hierna "WVG");

Brengt op 24 maart 2023 het volgende standaardadvies uit.

I. TOEPASSINGSGEBIED EN CONTEXT VAN DIT ADVIES

1. Gezien het uitzonderlijk grote aantal adviesaanvragen dat momenteel bij de Autoriteit wordt ingediend en bij gebrek aan voldoende personele middelen, is de Autoriteit niet in staat om alle adviesaanvragen die zij ontvangt, te behandelen. Wanneer de aanvrager niet aangeeft dat het voorgelegde ontwerp aanleiding kan geven tot hoge risico's voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen, en wanneer uit zijn antwoorden in het formulier ook niet kan worden afgeleid dat dergelijke risico's aanwezig zijn, kan de Autoriteit beslissen om te verwijzen naar voorliggend standaardadvies betreffende de redactie van normatieve teksten¹.
2. In dit algemene advies wordt gewezen op de belangrijkste eisen waaraan elke norm die de verwerking van persoonsgegevens regelt, moet voldoen. Het blijft dus geldig bij elke redactie van normatieve teksten. Het is de verantwoordelijkheid van de auteur van een ontwerpnorm om ervoor te zorgen dat deze daadwerkelijk voldoet aan de kwaliteitseisen van een wet, opgelegd op grond van de AVG en gelezen in samenhang met de Grondwet, het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie en het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens (hierna "het EVRM").

II. REDACTIE VAN NORMATIEVE TEKSTEN EN GEGEVENSBESCHERMING

A. Wat betreft de vereiste van noodzakelijkheid en evenredigheid van de gegevensverwerkingen die door het ontwerp worden geregeld

3. De Autoriteit herinnert eraan dat elke verwerking van persoonsgegevens een inmenging vormt in het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en het recht op bescherming van persoonsgegevens van de betrokkenen. Een dergelijke inmenging is enkel toelaatbaar als zij noodzakelijk is en evenredig met het nagestreefde gerechtvaardigde doel.
4. Ter herinnering: de verwerking van persoonsgegevens wordt als noodzakelijk beschouwd als zij de minst ingrijpende maatregel vormt om het ermee nagestreefde gerechtvaardigde doel te

¹ De Autoriteit dient strategische keuzes te maken, rekening houdend met de nieuwe taken die haar krachtens de AVG zijn opgelegd, de middelen waarover zij beschikt en de beginselen die in de AVG zijn vervat (zoals het beginsel van de risico-gebaseerde benadering en het beginsel van de 'verantwoordingsplicht'). Daarom onderzoekt zij de adviesaanvragen die haar op grond van artikel 23 van de WOG en/of artikel 36, lid 4, van de AVG worden voorgelegd eerst uitsluitend op basis van het formulier.

Alleen in gevallen waarin de antwoorden in het formulier ernstige aanwijzingen bevatten dat het ontwerp van normatieve tekst een hoog risico inhoudt, gaat de Autoriteit over tot een systematische analyse van het ontwerp van normatieve tekst zelf en brengt zij een concreet advies uit.

In de andere gevallen en gezien de toevloed aan dossiers, gaat de Autoriteit niet over tot een analyse van de tekst van het ontwerp van normatieve tekst en geeft zij voorliggende algemene richtlijnen. Het is aan de aanvrager om er in de praktijk voor te zorgen dat het ontwerp dat hij redigeert, daadwerkelijk voldoet aan de kwaliteitsvereisten van de wet die door de AVG, de Grondwet, het Handvest van de grondrechten en het EVRM, worden opgelegd.

- bereiken. De auteur van een normatieve tekst moet daarom nagaan of er geen andere maatregelen zijn die minder ingrijpend zijn voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen, en waarmee het nagestreefde doel kan worden bereikt. De beoogde gegevensverwerking moet dus toelaten het nagestreefde doel te bereiken (criterium van doeltreffendheid), maar moet tevens de maatregel zijn die het minst ingrijpt in de rechten en vrijheden van de betrokkenen (criterium van noodzakelijkheid in strikte zin). Concreet betekent dit dat als het mogelijk is het beoogde doel te bereiken met een maatregel die minder ingrijpt in het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer of het recht op bescherming van persoonsgegevens, de oorspronkelijk beoogde gegevensverwerking niet ingevoerd mag worden.
5. Wanneer de noodzaak van de verwerking van persoonsgegevens vaststaat, moet de auteur van de normatieve tekst er zich nog van vergewissen dat de verwerking evenredig is (in strikte zin) met het beoogde doel, d.w.z. dat er een juist evenwicht moet worden gevonden tussen de verschillende belangen die op het spel staan en de rechten en vrijheden van de betrokkenen. Met andere woorden, er moet een evenwicht zijn tussen de inmenging in het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en op bescherming van persoonsgegevens, en het doel dat met die verwerking wordt beoogt en dat daadwerkelijk kan worden bereikt. De voordelen die voortvloeien uit de gegevensverwerking in kwestie moeten dus opwegen tegen de nadelen ervan voor de betrokkenen (criterium van evenredigheid in strikte zin).
6. De Autoriteit vestigt de aandacht van de auteurs van normatieve teksten op de verplichting ervoor te zorgen dat de verwerkingen van persoonsgegevens die door het ontwerp worden geregeld of in uitvoering daarvan zullen worden geregeld, werkelijk noodzakelijk zijn en evenredig met het nagestreefde doel.

B. Wat betreft de vereiste van voorzienbaarheid van de verwerking van persoonsgegevens

7. Verder herinnert de Autoriteit eraan dat elke verwerking van persoonsgegevens een rechtsgrond of een rechtmatigheidsgrond moet hebben, zoals bepaald in artikel 6, lid 1, van de AVG. Gegevensverwerkingen die bij een normatieve maatregel zijn ingevoerd, zijn bijna altijd gebaseerd op artikel 6, lid 1, punt c) of e), van de AVG².

²Artikel 6, lid 1, van de AVG: "De verwerking is alleen rechtmatig indien en voor zover aan ten minste een van de onderstaande voorwaarden is voldaan: (...)

c) de verwerking is noodzakelijk om te voldoen aan een wettelijke verplichting die op de verwerkingsverantwoordelijke rust; (...)

e) de verwerking is noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of van een taak in het kader van de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is opgedragen; (...)"

8. Krachtens artikel 22 van de Grondwet, artikel 8 van het EVRM en artikel 6, lid 3, van de AVG, moet voor dergelijke verwerkingen duidelijke en nauwkeurige regelgeving gelden, waarvan de toepassing voor de betrokkenen voorzienbaar moet zijn³. Met andere woorden, de regelgeving die de gegevensverwerking regelt of waarvan de toepassing een gegevensverwerking met zich meebrengt, moet voldoen aan de vereisten van voorzienbaarheid en nauwkeurigheid, zodat bij lezing ervan, de betrokkenen duidelijk kunnen begrijpen welke verwerkingen met hun gegevens zullen worden verricht en onder welke omstandigheden deze verwerkingen zijn toegestaan.
9. Dit betekent echter niet dat voor elke gegevensverwerking een *specifieke* norm moet gelden die uitdrukkelijk alle gegevensbeschermingskwesties in de betrokken context regelt. In bepaalde gevallen kan de voorzienbaarheid van een verwerking van persoonsgegevens die noodzakelijk is voor de vervulling van een taak van algemeen belang immers worden gewaarborgd door de norm die deze taak toekent aan de verwerkingsverantwoordelijke, en de AVG (in voorkomend geval gelezen in combinatie met andere normen die eveneens van toepassing zijn).
10. De vraag rijst dan wanneer en in welke mate een *specifiek* normatief kader noodzakelijk is. Aangezien er geen absolute regel of mathematische formule is om met zekerheid te bepalen wanneer een specifieke norm nodig is om een verwerking van persoonsgegevens te regelen die noodzakelijk is voor de vervulling van een taak van algemeen belang, en om de voorzienbaarheid ervan te waarborgen, geeft de Autoriteit hieronder richtsnoeren.
11. Artikel 6, lid 2, van de AVG bepaalt: *"De lidstaten kunnen specifiekere bepalingen handhaven of invoeren ter aanpassing van de manier waarop de regels van deze verordening met betrekking tot de verwerking met het oog op de naleving van lid 1, punten c) en e), worden toegepast; hiertoe kunnen zij een nadere omschrijving geven van specifieke voorschriften voor de verwerking en andere maatregelen om een rechtmatige en behoorlijke verwerking te waarborgen, ook voor andere specifieke verwerkingssituaties als bedoeld in hoofdstuk IX."*
12. Overweging 10 van de AVG, die betrekking heeft op artikel 6, lid 2, van de AVG, bepaalt: *"In samenhang met de algemene en horizontale wetgeving inzake gegevensbescherming ter uitvoering van Richtlijn 95/46/EG beschikken de lidstaten over verscheidene sectorgebonden wetten op gebieden waar behoefte is aan meer specifieke bepalingen. Deze verordening biedt de lidstaten ook ruimte om eigen regels voor de toepassing vast te stellen, onder meer wat de verwerking van bijzondere persoonsgegevenscategorieën ("gevoelige gegevens") betreft. In zoverre staat deze verordening niet in de weg aan lidstatelijk recht waarin specifieke situaties op het gebied van gegevensverwerking nader worden omschreven, meer bepaald door nauwkeuriger*

³ Zie ook overweging 41 van de AVG.

*te bepalen in welke gevallen verwerking van persoonsgegevens rechtmatig geschied".
(onderstreept door de Autoriteit)*

13. Bovendien verwijst de AVG ook meermaals naar het nationale recht, hetzij om een specifiek kader voor bepaalde verwerkingen van persoonsgegevens te eisen, hetzij om het treffen van passende en specifieke maatregelen ter bescherming van de grondrechten en de belangen van de betrokkenen, op te leggen.⁴
14. De Autoriteit stelt met name drie situaties vast waarin een nationale norm de verwerking van persoonsgegevens specifiek moet regelen:
 - wanneer het nodig is de voorzienbaarheid van een verwerking van persoonsgegevens die noodzakelijk is voor de vervulling van een publieke taak, beter te waarborgen dan door louter te verwijzen naar de formulering van de norm waarbij de publieke taak wordt toegekend, en specifieke waarborgen moeten worden geboden om de rechten en vrijheden van de betrokkenen te beschermen;
 - wanneer het noodzakelijk is het bindende karakter van een wettelijke verplichting tot verwerking van persoonsgegevens te verzekeren (artikel 6, lid 1, punt c), van de AVG). In dat verband wijst de Autoriteit erop dat de norm die de wettelijke verplichting oplegt, enerzijds het concrete doel moet specificeren waarvoor de verplichte gegevensverwerking moet worden uitgevoerd, en anderzijds duidelijk en nauwkeurig moet zijn, zodat de verwerkingsverantwoordelijke in principe geen beoordelingsmarge heeft met betrekking tot de manier waarop de verwerking van persoonsgegevens die nodig is om aan zijn wettelijke verplichting te voldoen, wordt uitgevoerd⁵.
 - wanneer de AVG of de WVG de vaststelling van een dergelijke specifieke norm voor de verwerking van persoonsgegevens oplegt, om bijvoorbeeld te voorzien in specifieke beschermingsmaatregelen voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen⁶.

⁴ Dat is bijvoorbeeld het geval voor verwerkingen betreffende bijzondere categorieën van persoonsgegevens in de zin van artikel 9 van de AVG (gegevens over ras, gegevens over de gezondheid,...) die nodig zijn voor de uitvoering van de verplichtingen van verwerkingsverantwoordelijken op het gebied van arbeidsrecht, of voor verwerkingen betreffende deze gegevens die nodig zijn om redenen van zwaarwegend algemeen belang.

⁵ Groep Artikel 29, advies 06/2014 van over het begrip "gerechtvaardigd belang van de voor de verwerking verantwoordelijke" in artikel 7 van Richtlijn 95/46/EG, blz. 22. De Autoriteit herinnert eraan dat, ondanks een dergelijk gebrek aan beoordelingsmarge, het hoe dan ook aan de verwerkingsverantwoordelijke is om ervoor te zorgen dat de betrokken verwerking in overeenstemming is met de verplichting in kwestie en met de AVG.

⁶ Wanneer bijvoorbeeld een verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens in de zin van artikel 9 van de AVG of artikel 10 van de AVG via normatieve weg moet worden geregeld, en in dat verband in passende en specifieke maatregelen ter bescherming van de grondrechten en de belangen van de betrokkenen (artikel 9, lid 2, punt g), van de AVG, artikel 10 van de WVG) moet worden voorzien, of wanneer het recht van het publiek op toegang tot officiële documenten en het recht op bescherming van persoonsgegevens met elkaar in overeenstemming moeten worden gebracht (artikel 86 van de AVG)...

15. In deze context, ook al vormt elke verwerking van persoonsgegevens een inmenging in het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en op bescherming van persoonsgegevens, toch moet niet elke verwerking (en dus elke inmenging in het recht op privacy) noodzakelijkerwijs specifiek geregeld worden door een norm van nationaal recht, bijvoorbeeld door een *specifiek* hoofdstuk dat aan de verwerking van persoonsgegevens is gewijd. Voor gegevensverwerkingen die noodzakelijk zijn voor de vervulling van een taak van algemeen belang, merkt de Autoriteit op dat, voor zover de publieke taken (waarvoor de verwerking van persoonsgegevens nodig is) door de wetgever op zodanige wijze zijn omschreven en afgebakend dat de doeleinden van deze verwerkingen als welbepaald en uitdrukkelijk kunnen worden beschouwd en men zich niet in een van de hierboven beschreven situaties bevindt, het niet systematisch nodig is een specifiek kader voor *deze* gegevensverwerkingen te bieden. Onder deze voorwaarde kan de AVG immers in bepaalde gevallen volstaan om de genoemde gegevensverwerkingen te regelen, met name wanneer er geen specifiek risico voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen bestaat.
16. De Autoriteit verzoekt de auteur van de normatieve tekst derhalve om ervoor te zorgen dat zijn ontwerp voldoet aan de vereiste van voorzienbaarheid, zodat bij de lezing ervan, eventueel in combinatie met de lezing van het relevante normatieve kader, de betrokkenen duidelijk kunnen begrijpen welke verwerkingen met hun gegevens zullen worden uitgevoerd en onder welke omstandigheden die verwerkingen zijn toegestaan.

Voor het Kenniscentrum,
(get.) Cédrine Morlière, Directeur

VOORONTWERP VAN DECREET
van 15 september 2023



Ontwerp van decreet tot wijziging van de regelgeving over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorgraden en de verwerking van persoonsgegevens in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, de financiering van eerstelijnszorgaanbieders en voor beleidsdoeleinden.

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

Na beraadslaging,

DE VLAAMSE REGERING BESLUIT:

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

Hoofdstuk 1. Inleidende bepaling

Artikel 1. Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Hoofdstuk 2. Wijzigingen van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

Art. 2. In artikel 2, eerste lid, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, gewijzigd bij de decreten van 15 februari 2019 en 18 juni 2021, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 20°/1 wordt het woord “zorgteam” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam”;

2° in punt 21°/1 en punt 48°/1 wordt het woord “zorgteam” telkens vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam”.

Hoofdstuk 3. Wijzigingen van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019

Art. 3. In artikel 2, §1, van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, gewijzigd bij het decreet van 20 december 2019, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 3°, 5° en 23° worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood";

2° punt 22° wordt vervangen door wat volgt:

"22° zorg- en ondersteuningsplan: een zorg- en ondersteuningsplan als vermeld in artikel 2, 17°, van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders;"

Art. 4. In artikel 4, §1, derde lid, 3°, en §2, eerste lid, 12°, van hetzelfde decreet worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Art. 5. In artikel 11 en 15 van hetzelfde decreet worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Art. 6. In artikel 18, tweede lid, van hetzelfde decreet worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" telkens vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Art. 7. In artikel 23, 25, 26, §1, tweede lid, 1°, artikel 31, tweede lid, artikel 33, 34, §1, eerste lid, 9°, en artikel 52, §1, tweede lid, van hetzelfde decreet worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Art. 8. In artikel 59, §2, van hetzelfde decreet, gewijzigd bij het decreet van 20 december 2019, worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" telkens vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Hoofdstuk 4. Wijzigingen van het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod

Art. 9. In artikel 18, tweede lid, van het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 1° wordt het woord "zorgteam" telkens vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam";

2° in punt 2° worden tussen het woord "van" en het woord "het" de woorden "de zorg- en ondersteuningsnood of" ingevoegd;

3° in punt 2° wordt het woord "zorgteam" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam".

Hoofdstuk 5. Wijzigingen van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

Art. 10. In artikel 2 van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° voor punt 1°, dat punt 1°/1 wordt, wordt een punt 1° ingevoegd, dat luidt als volgt:

“1° algemene verordening gegevensbescherming: verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming);”;

2° in punt 3°, 5°, 8°, 14° en 18° worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

3° in punt 4°, 11° en 16° worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” telkens vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

4° er wordt een punt 6°/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“6°/1 levensdoel: een persoonlijke doelstelling van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, gebaseerd op zijn waarden en wensen, die toelaat doelgerichte zorg te verlenen en zorg- en ondersteuningsdoelen op te stellen;”;

5° in punt 12° en 13° worden de woorden “zorg- of ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

6° punt 17° wordt vervangen door wat volgt:

“17° zorg- en ondersteuningsplan: een al dan niet digitaal werkinstrument waarin, na vraagverheldering of indicatiestelling, op aangeven van en in samenspraak met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorg- en ondersteuningsdoelen en de werkafspraken over de geplande zorg en ondersteuning voor die persoon zijn opgenomen en waarmee het zorg- en ondersteuningsteam met elkaar samenwerkt en communiceert;”;

7° in punt 19° wordt het woord “zorgteam” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam” en worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” telkens vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”.

Art. 11. In artikel 4 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid, 1°, 6°, a) en c), en tweede lid, 1°, 4° en 6°, worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

2° in het eerste lid, 2°, worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" telkens vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood";

3° in het eerste lid, 8°, wordt de zinsnede "verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming)" vervangen door de woorden "algemene verordening gegevensbescherming".

Art. 12. In hetzelfde decreet wordt het opschrift van hoofdstuk 3 vervangen door wat volgt:

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

Art. 13. In artikel 5 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste en tweede lid worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood";

2° er wordt een derde lid toegevoegd, dat luidt als volgt:

"De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen voor de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de samenwerkingsafspraken, vermeld in het tweede lid."

Art. 14. In artikel 6 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, eerste lid, tweede lid, en vierde lid, 1° en 3°, en paragraaf 3, tweede lid, worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood";

2° in paragraaf 1, eerste lid, vierde en vijfde lid, en paragraaf 3, tweede lid, wordt het woord "zorgteam" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam";

3° in paragraaf 2 worden het eerste en vierde lid opgeheven;

4° in de bestaande paragraaf 2, tweede lid, die paragraaf 2, eerste lid, wordt, wordt het woord "zorgteam" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam";

5° in de bestaande paragraaf 2, derde lid, die paragraaf 2, tweede lid, wordt, wordt het woord "zorgteam" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam";

6° in paragraaf 3, eerste lid, wordt het woord “zorgteam” telkens vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam” en worden de woorden “zorg- of ondersteuningsvragen” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

7° in paragraaf 3 wordt het derde lid vervangen door wat volgt:

“Als de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger dat niet wil of kan opnemen, of bij scharniermomenten, wijst de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood in samenspraak en na beraadslaging met het zorg- en ondersteuningsteam een zorgaanbieder als zorgcoördinator aan.”;

8° aan paragraaf 3 wordt een vierde lid toegevoegd, dat luidt als volgt:

“In het derde lid wordt verstaan onder scharniermomenten: situaties waarbij de context van de zorg en ondersteuning, de frequentie waarmee de zorg en ondersteuning wordt toegediend, of de complexiteit wijzigt.”.

Art. 15. In artikel 7 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1 worden tussen het woord “van” en het woord “het” de woorden “de zorg- en ondersteuningsnood of” ingevoegd;

2° in paragraaf 1 wordt het woord “zorgteam” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam”;

3° paragraaf 2 wordt opgeheven;

4° paragraaf 3 wordt vervangen door wat volgt:

“§3. Het aanstellen van een zorgaanbieder, die de taak van casemanagement op zich neemt, kan alleen in de volgende gevallen:

- 1° in zorgsituaties waarbij voldaan is aan al de volgende voorwaarden:
 - a) de personen met een zorg- en ondersteuningsnood ontvangen niet de zorg die volgens hun noden aanwezig moet zijn;
 - b) er is geen zorg- en ondersteuningsteam aanwezig of samengesteld;
 - c) geen enkele zorgaanbieder is bij machte om door de hoge complexiteit het zorgproces aan te vatten;
- 2° bij zorgprocessen waarbij het bestaande zorg- en ondersteuningsteam er niet in slaagt om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken of waarbij de personen met een zorg- en ondersteuningsnood, hun informele verzorger of een zorgaanbieder aangeven dat er verbetering moet komen in het zorgproces.

De zorgaanbieder die de taak van casemanagement opneemt:

- 1° maakt geen deel uit van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 2° treedt niet in de plaats van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 3° neemt de taak van casemanagement tijdelijk op.”.

Art. 16. In artikel 11 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het eerste lid wordt vervangen door wat volgt:

“Een zorgraad als vermeld in artikel 9, voert al de volgende opdrachten uit:

- 1° de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning binnen zijn werkgebied afstemmen op de zorg- en ondersteuningsnoden door prioriteiten te bepalen die vastgesteld zijn op het bevolkingsniveau binnen het werkgebied van een zorgraad als vermeld in artikel 9. De voormelde zorgraad voert de voormelde opdracht uit in samenspraak met de volgende actoren:
 - a) de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsnood, de verenigingen van mantelzorgers en de verenigingen van vrijwilligers;
 - b) de eerstelijnszorgaanbieders;
 - c) de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod;
 - d) de lokale besturen, die hun beleidslijnen en inhoudelijke prioriteiten bepalen in het kader van het lokaal sociaal beleid, en die een gezamenlijk initiatief kunnen nemen om een bovenlokaal sociaal beleid te ontwikkelen;
- 2° een lokaal sociaal beleid ondersteunen;
- 3° het brede veld van beroepsgroepspecifieke verenigingen, eerstelijnszorgaanbieders, verenigingen van mantelzorgers, personen met een zorg- en ondersteuningsnood en vrijwilligers ondersteunen bij de organisatie van kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood als vermeld in hoofdstuk 3, met inbegrip van digitale gegevensdeling bij de interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking bij het aanbieden van die zorg;
- 4° meewerken aan de uitvoering van de beleidsdoelstellingen voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en, als dat nodig is, andere prioritaire doelstellingen voor het werkgebied voorstellen aan de Vlaamse Gemeenschap.”;

2° tussen het eerste en het tweede lid wordt een lid ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Als de opdracht, vermeld in het eerste lid, 1°, wordt uitgevoerd, kan de zorgraad, vermeld in artikel 9, doelgroepspecifiek en/of wijkgericht te werk gaan en zich baseren op de uitgewerkte zorgstrategische planning en het populatiemanagement.”;

3° in het bestaande tweede lid, dat het derde lid wordt, wordt een punt 1°/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“1°/1 lokaal sociaal beleid: het lokaal sociaal beleid, vermeld in artikel 3, 4°, van het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid.”;

4° in het bestaande tweede lid, 2°, dat het derde lid, 2°, wordt, worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

5° in het bestaande tweede lid, dat het derde lid wordt, wordt een punt 2°/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“2°/1 populatiemanagement: een stapsgewijs en cyclisch proces om via weloverwogen interventies, ondersteund door data en kennis en al dan niet gesegmenteerd, de toestand van een welomschreven populatie te behouden of te verbeteren op verschillende domeinen en de socio-economische gradiënt in sterven, ziekte en gezondheid te reduceren. De voormelde verschillende domeinen kunnen zowel organisatorische, medische, preventieve als welzijnsdoelstellingen bevatten. Het proces wordt continu geëvalueerd met het oog op kwaliteit en wordt bijgesteld waar nodig;”;

6° in het bestaande tweede lid, dat het derde lid wordt, wordt punt 4° vervangen door wat volgt:

“4° zorgstrategische planning: een plan waarbij op basis van gezondheidsindicatoren en demografische gegevens de zorgnood binnen de eerstelijnszorg wordt bepaald. Het voormelde plan laat toe om op basis van die zorgnood het toekomstige aanbod in de eerste lijn te bepalen. Het voormelde plan zet maximaal in op een geïntegreerd zorg- en ondersteuningsaanbod en respecteert de keuzevrijheid van de patiënt.”.

Art. 17. In artikel 12, tweede lid, van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 3° worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

2° er wordt een punt 5° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“5° de voorzieningen die erkend, vergund of gesubsidieerd zijn door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, vermeld in artikel 3 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, en de voorzieningen die erkend, vergund of gesubsidieerd zijn door het agentschap Opgroeien regie, vermeld in artikel 3 van het decreet van 30 april 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Opgroeien regie.”.

Art. 18. In artikel 13 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het tweede lid, punt 4°, wordt het getal “70.000” vervangen door het getal “60.000”;

2° aan het tweede lid wordt een punt 5° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“5° de eerstelijnszones worden afgestemd op de grenzen van de referentieregio’s, vermeld in artikel 5 van het Regiodecreet van 3 februari 2023.”;

3° een derde lid wordt toegevoegd, dat luidt als volgt:

“De Vlaamse Regering kan afwijken van de voorwaarde, vermeld in het tweede lid, 5°”.

Art. 19. In artikel 16, eerste lid, 2°, en artikel 17, tweede lid, 6°, van hetzelfde decreet worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”.

Art. 20. Aan artikel 18, tweede lid, van hetzelfde decreet wordt een punt 5° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“5° onder voorbehoud van de voorwaarden, vermeld in punt 1° tot en met 3°, worden de regionale zorgzones afgestemd op de grenzen van de referentieregio’s, vermeld in artikel 5 van het Regiodecreet van 3 februari 2023. De Vlaamse Regering kan hiervan afwijken.”.

Art. 21. In hoofdstuk 10 van hetzelfde decreet wordt het volgende opschrift ingevoegd:

“Afdeling 1. Verwerking van persoonsgegevens in het kader van de financiering, vermeld in artikel 8, en voor beleidsdoeleinden”.

Art. 22. Artikel 23 van hetzelfde decreet wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 23. §1. De bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, verzamelt persoonsgegevens over de eerstelijnszorgaanbieders die in het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad werken. De voormelde gegevens worden verzameld voor de volgende doeleinden:

- 1° de afhandeling en controle van de financiering om de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering te ondersteunen, vermeld in artikel 8;
- 2° het nemen van beleidsmaatregelen om de eerstelijnszorg te versterken;
- 3° het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieders om hen een bevraging te laten invullen die het aanbod van de eerstelijnszorg in het Nederlandse taalgebied in kaart brengt;
- 4° als de eerstelijnszorgaanbieder daarmee instemt, het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieder met het oog op crisiscommunicatie en informatiecampagnes van de Vlaamse overheid.

In het eerste lid wordt verstaan onder Vlaamse overheid: de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaamse Gewest, inclusief de instellingen die daaronder vallen.

§2. Voor het doeleinde, vermeld in paragraaf 1, 1°, verwerkt de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, de volgende persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied en het

tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad en die een financiering als vermeld in artikel 8, aanvragen:

- 1° de identificatiegegevens van de aanvrager, met inbegrip van het RIZIV-nummer en het INSZ-nummer;
- 2° de contactgegevens van de aanvrager;
- 3° de volgende gegevens over de praktijk waarin de aanvrager werkt:
 - a) het adres;
 - b) het KBO-nummer;
 - c) het aanbod en de aanwezige disciplines;
 - d) het aantal tewerkgestelden en hun tewerkstellingsgraad;
 - e) het gehanteerde vergoedingssysteem;
- 4° het bankrekeningnummer van de aanvrager;
- 5° de erkenningsdatum als gezondheidszorgbeoefenaar van de aanvrager;
- 6° in voorkomend geval, de datum van terugkeer naar België als de aanvrager gedurende meer dan een jaar actief was in het buitenland;
- 7° de documenten en de gegevens die bewijzen dat de aanvrager voldoet aan de voorwaarden om een financiering te ontvangen;
- 8° de burgerlijke staat van de aanvrager en, als de aanvrager getrouwd is, de identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, van de partner van de aanvrager;
- 9° de identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, en de tewerkstellingsgegevens van de werknemer of werknemers die de aanvragers in hun praktijk tewerkstellen.

Voor het doeleinde, vermeld in paragraaf 1, 2°, verwerkt de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, de volgende persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied:

- 1° de identificatiegegevens van de eerstelijnszorgaanbieder, met inbegrip van het RIZIV-nummer;
- 2° de volgende gegevens over de praktijk waarin de eerstelijnszorgaanbieder werkt:
 - a) het adres;
 - b) de praktijkvorm;
 - c) het gehanteerde vergoedingssysteem;
 - d) het aanbod, de aanwezige disciplines en de tewerkstellingsgraad van de verschillende disciplines;
 - e) de geografische afbakening;
 - f) de gegevens over de werklast binnen de praktijk;
 - g) de gegevens over het al dan niet invoeren van een beperking op de toegankelijkheid van de praktijk;
 - h) de gegevens over de continuïteit van de zorg in de praktijk;
 - i) de gegevens over een uitbreiding van de capaciteit van de praktijk;
- 3° het geboortjaar van de eerstelijnszorgaanbieder;
- 4° de gegevens over het beroep en het statuut van de eerstelijnszorgaanbieder;
- 5° de gegevens over de werklast van de eerstelijnszorgaanbieder, de ervaren werkdruk en het welzijn van de eerstelijnszorgaanbieder bij het uitoefenen van zijn werk.

Voor de doeleinden, vermeld in paragraaf 1, 3° en 4°, verwerkt de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, de volgende

persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied:

- 1° de voor- en achternaam van de eerstelijnszorgaanbieder;
- 2° de contactgegevens van de eerstelijnszorgaanbieder en van zijn praktijk.

De Vlaamse Regering kan, na advies van de bevoegde toezichthoudende autoriteit, vermeld in artikel 4, 21), van de algemene verordening gegevensbescherming, de persoonsgegevens, vermeld in het eerste tot en met derde lid, nader preciseren.

§3. De bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, bewaart de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, eerste lid, voor maximaal tien jaar na de datum van de toekenning van de financiering, vermeld in artikel 8, of, als het een lening betreft, na de datum waarop de laatste afbetaling heeft plaatsgevonden.

De bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, bewaart de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, voor maximaal tien jaar na de datum waarop die gegevens zijn ontvangen.

De bevoegd dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, bewaart de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, derde lid, voor maximaal achttien maanden.

§4. Het Departement Zorg, vermeld in artikel 2, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 mei 2023 over het Departement Zorg, is verwerkingsverantwoordelijke als vermeld in artikel 4, 7), van de algemene verordening gegevensbescherming, voor de verwerking van de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2.

§5. De persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, worden bezorgd aan de zorgraden, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking als die gegevens noodzakelijk zijn om hun taken te vervullen om initiatieven te nemen voor de versterking van de eerstelijnszorg.

De persoonsgegevens, vermeld in het eerste lid, zijn, waar mogelijk, geanonimiseerd of gepseudonimiseerd. Als pseudonimisering of anonimisering van de persoonsgegevens onmogelijk is of niet geschikt is om de doeleinden, vermeld in het eerste lid, te bereiken, worden die gegevens altijd tot het noodzakelijke beperkt.

§6. Voor de toepassing van dit artikel neemt het departement, vermeld in paragraaf 4, passende technische en organisatorische maatregelen conform artikel 32 van de algemene verordening gegevensbescherming om een beveiligingsniveau te waarborgen dat op het risico afgestemd is.

In het kader van de toepassing van dit artikel voldoet het departement, vermeld in paragraaf 4, aan de principes van gegevensbescherming door ontwerp en door standaardinstellingen, vermeld in artikel 25 van de algemene verordening gegevensbescherming.”.

Art. 23. Aan hoofdstuk 10 van hetzelfde decreet wordt een afdeling 2 toegevoegd, die luidt als volgt:

“Afdeling 2. Gegevensverwerking in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan”.

Art. 24. In hetzelfde decreet wordt in afdeling 2, toegevoegd bij artikel 23, een artikel 23/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/1. In deze afdeling wordt verstaan onder:

- 1° elektronischecomunicatiegegevens: de inhoud die via elektronische communicatiediensten wordt uitgewisseld, en metagegevens over die elektronische communicatie, namelijk de gegevens die worden verwerkt in een elektronisch communicatienetwerk met het oog op de transmissie, de distributie of de uitwisseling van elektronischecomunicatie-inhoud;
- 2° overig lid van het zorg- en ondersteuningsteam: elk lid van het zorg- en ondersteuningsteam, vermeld in artikel 6, §1, vierde lid, dat niet de persoon met de zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger, de zorgaanbieder of de mantelzorger is;
- 3° zorg- en ondersteuningstaak: elke handeling die aan een lid of aan verschillende leden van het zorg- en ondersteuningsteam wordt toegewezen om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken.”.

Art. 25. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/2 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/2. De persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, worden in het kader van de opmaak van het digitale zorg- en ondersteuningsplan verwerkt voor de volgende verwerkingsdoeleinden:

- 1° het bepalen van de levensdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 2° het opstellen en, als dat nodig is, toewijzen van de zorg- en ondersteuningsdoelen door de leden van het zorg- en ondersteuningsteam aan de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 3° het opstellen en toewijzen van de zorg- en ondersteuningstaken door het zorg- en ondersteuningsteam aan de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 4° het samenstellen en valideren van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° het mogelijk maken van niet-dringende communicatie tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam in de communicatiemodule van het digitale zorg- en ondersteuningsplan over de inhoud ervan;
- 6° het in kaart brengen van de complexe context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 7° het bepalen van de kalender en tijdslijn aan de hand van interne en externe agenda's, die de ingeplande zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood weergeven;
- 8° het mogelijk maken van beleidsrapportering;
- 9° het bevorderen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning en ook van het zorg- en ondersteuningsplan.

In het eerste lid wordt verstaan onder:

- 1° communicatiemodule: het elektronische communicatiemiddel voor veilige en eenvoudige niet-dringende communicatie dat toegankelijk is voor alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam, inclusief de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en dat de mogelijkheid biedt om gericht te communiceren tussen alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 2° complexe context: de multidimensionale biopsychosociale context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, die beknopte biomedische informatie en uitgebreide niet-medische informatie over de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood bevat over zijn psychologische en socio-economische achtergrond;
- 3° externe agenda: een agenda vanuit een extern softwarepakket waarin een lid van het zorg- en ondersteuningsteam zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood opneemt, die wordt geïmporteerd in het digitale zorg- en ondersteuningsplan of waarnaar de zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden geëxporteerd;
- 4° interne agenda: de zorg- en ondersteuningstaken die een lid van het zorg- en ondersteuningsteam manueel inplant in het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- 5° niet-dringende communicatie: de communicatie, in welke vorm ook, tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam over zaken die betrekking hebben op het digitale zorg- en ondersteuningsplan en op de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, zonder dat het urgente medische of niet-medische communicatie betreft. Onder urgent wordt van vitaal belang of met de nood aan dringende medische tussenkomst verstaan.”.

Art. 26. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/3 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/3. De volgende categorieën van persoonsgegevens van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;
- 2° de contactgegevens;
- 3° het INSZ-nummer;
- 4° de gegevens over de gezondheid en het welzijn van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 5° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van gegevens over gezondheid, namelijk:
 - a) de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;

- e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 6° de elektronischecommunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 7° de gegevens over de hoedanigheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 8° de technische gegevens over de identiteit van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- 9° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De volgende categorieën van persoonsgegevens van de zorgaanbieder worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;
- 2° de contactgegevens;
- 3° het INSZ-nummer en het erkenningsnummer;
- 4° de elektronischecommunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;
- 6° de technische gegevens over de identiteit van de zorgaanbieder en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- 7° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De volgende categorieën van persoonsgegevens van de mantelzorger worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;
- 2° de contactgegevens;
- 3° het INSZ-nummer;
- 4° de elektronischecommunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;
- 6° de technische gegevens over de identiteit van de mantelzorger en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- 7° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De volgende categorieën van persoonsgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;
- 2° de contactgegevens;
- 3° het INSZ-nummer;
- 4° de elektronischecommunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;

- 6° de technische gegevens over de identiteit van het overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam en hun gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- 7° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De Vlaamse Regering kan, na advies van de bevoegde toezichthoudende autoriteit, vermeld in artikel 4, 21), van de algemene verordening gegevensbescherming, de lijst van gegevens, vermeld in dit artikel, nader preciseren.”.

Art. 27. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/4 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/4. De volgende gebruikers ontvangen bepaalde persoonsgegevens als vermeld in artikel 23/3, conform hun rol in het digitale zorg- en ondersteuningsplan:

- 1° de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 2° de zorgaanbieder;
- 3° de mantelzorger;
- 4° de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst.”.

Art. 28. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/5 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/5. De personen met een zorg- en ondersteuningsnood hebben toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° hun identificatie- en contactgegevens;
- 2° hun INSZ-nummer;
- 3° de identificatie- en contactgegevens van de zorgaanbieders;
- 4° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;
- 5° de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;
- 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 7° de gegevens over hun gezondheid;
- 8° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de personen, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:
 - a) hun sociale status en gegevens over hun welzijnstoestand;
 - b) de zorg- en ondersteuningstaken die voor die personen aangewezen zijn;
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die hun graad van zorgbehoefte meten;
 - e) hun levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen;
 - f) de gegevens over hun religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen;
- 9° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;

- 10° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

De zorgaanbieder die lid is van het zorg- en ondersteuningsteam, heeft toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° de identificatie- en contactgegevens van de zorgaanbieders;
- 2° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;
- 3° de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 4° het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 5° de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;
- 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van zorg- en ondersteuningsteam;
- 7° de gegevens over de gezondheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 8° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:
 - a) de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;
 - e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 9° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 10° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

De mantelzorger heeft toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° de eigen identificatie- en contactgegevens;
- 2° de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 3° het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 4° de identificatie- en contactgegevens van zorgaanbieders;
- 5° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;
- 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 7° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:

- a) de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;
 - e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 8° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 9° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

De overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam hebben toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° de eigen identificatie- en contactgegevens;
 - 2° de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - 3° de identificatie- en contactgegevens van zorgaanbieders;
 - 4° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;
 - 5° de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;
 - 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
 - 7° als de persoon met zorg- en ondersteuningsnood daarmee instemt, de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:
 - a) de sociale status van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;
 - e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 8° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 9° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.”.

Art. 29. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/6 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/6. De rechten van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam, vermeld in artikel 12 tot en met 22 en artikel 34 van de algemene verordening gegevensbescherming, en de beginselen, vermeld in artikel 5 van de voormelde verordening, kunnen worden beperkt om de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van handelingen die tegen de eer en de waardigheid van de uitoefening van gereguleerde beroepen ingaan, te waarborgen, voor zover de bepalingen van voormeld artikel 5 overeenstemmen met de rechten en verplichtingen, vermeld in artikel 12 tot en met 20 van de voormelde verordening. Dit doet geen afbreuk aan de verplichting die rust op de verwerkingsverantwoordelijke om juistheid van de persoonsgegevens te waarborgen, zoals vermeld in artikel 5, lid 1, d), van de algemene verordening gegevensbescherming.”.

Art. 30. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/7 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/7. §1. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, eerste lid, 1° tot en met 7°, worden maximaal zes maanden na het overlijden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, of na de opschorting van zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan bewaard.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, eerste lid, 8° en 9°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§2. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, tweede lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, tweede lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§3. De verwerkte persoonsgegevens vermeld in artikel 23/3, derde lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, derde lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§4. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, vierde lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, vierde lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§5. De verwerkte persoonsgegevens over het digitale zorg- en ondersteuningsplan, namelijk de gebruikersprofielen en de contactgegevens van de gebruikers, vermeld in artikel 23/4, worden bewaard voor maximaal zes maanden nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

Als de gegevens, vermeld in het eerste lid, technische gegevens zijn, worden die maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§6. De Vlaamse Regering kan voor specifieke gegevens een bewaartermijn bepalen die korter is dan de bewaartermijnen, vermeld in paragraaf 1 tot en met 5.”.

Art. 31. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/8 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/8. Het Departement Zorg, vermeld in artikel 2, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 mei 2023 over het Departement Zorg is de verwerkingsverantwoordelijke, vermeld in artikel 4, 7), van de algemene verordening gegevensbescherming, voor het beheer van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

In het kader van andere verwerkingen binnen het digitale zorg- en ondersteuningsplan in het kader van het aanbieden van zorg kunnen het departement, vermeld in het eerste lid, en de zorgaanbieders optreden als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken als vermeld in artikel 26 van de algemene verordening gegevensbescherming. In dat geval leggen ze hun respectieve rollen, verantwoordelijkheden en verplichtingen vast in een overeenkomst conform artikel 26, 1. van de algemene verordening gegevensbescherming.

In andere gevallen dan het geval, vermeld in het tweede lid, treden de zorgaanbieders binnen hun gezondheidsrechtelijke verplichtingen waaraan ze moeten voldoen, op als verwerkingsverantwoordelijke als vermeld in artikel 4, 7), van de voormelde verordening, en het departement, vermeld in het eerste lid, als verwerker als vermeld in artikel 4, 8), van de voormelde verordening.

Het departement, vermeld in het eerste lid, en elke gebruiker die persoonsgegevens ontvangt, conform artikel 23/4, leggen hun onderlinge afspraken over de gegevensuitwisseling schriftelijk vast.

De gebruikers, vermeld in artikel 23/4, zijn verantwoordelijk voor de inhoud die ze ter beschikking stellen en uitwisselen via het digitale zorg- en ondersteuningsplan, en voor het zorgvuldige gebruik van de gegevens die ze verkregen hebben via het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

Met behoud van de toepassing van het eerste tot en met het vijfde lid kan het departement, vermeld in het eerste lid, als verwerker als vermeld in artikel 4, 8), van de voormelde verordening, optreden voor bepaalde

gegevensverwerkingen in het digitale zorg- en ondersteuningsplan waar het departement, vermeld in het eerste lid, de gegevens uitsluitend verwerkt voor een verwerkingsverantwoordelijke als vermeld in artikel 4, 7), van de voormelde verordening, in het kader van een bepaald project. In het voormelde geval vraagt het departement, vermeld in het eerste lid, voorafgaand advies aan het bestuursorgaan van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.”.

Art. 32. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/9 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/9. Voor de toepassing van deze afdeling neemt het departement, vermeld in artikel 23/8, eerste lid, passende technische en organisatorische maatregelen conform artikel 32 van de algemene verordening gegevensbescherming om een beveiligingsniveau te waarborgen dat op het risico afgestemd is.

In het kader van de toepassing van deze afdeling voldoet het departement, vermeld in artikel 23/8, eerste lid, aan de principes van gegevensbescherming door ontwerp en door standaardinstellingen, vermeld in artikel 25 van de algemene verordening gegevensbescherming.”.

Hoofdstuk 6. Wijziging van het decreet van 3 mei 2019 houdende de sociale kaart

Art. 33. In artikel 2, derde lid, 1°, van het decreet van 3 mei 2019 houdende de sociale kaart worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”.

Hoofdstuk 7. Inwerkingtredingsbepaling

Art. 34. Artikel 1 tot en met 17, artikel 19, en artikel 21 tot en met 33 treden in werking op 1 januari 2025.

De Vlaamse Regering kan voor iedere bepaling, vermeld in het eerste lid, een datum van inwerkingtreding vaststellen die voorafgaat aan de datum, vermeld in het eerste lid.

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Jan JAMBON

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Hilde CREVITS

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE



RAAD VAN STATE

afdeling Wetgeving

advies 74.497/3
van 29 november 2023

over

een voorontwerp van decreet ‘tot wijziging van de regelgeving over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorgraden en de verwerking van persoonsgegevens in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, de financiering van eerstelijnszorgaanbieders en voor beleidsdoeleinden’

Op 18 september 2023 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een voorontwerp van decreet ‘tot wijziging van de regelgeving over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorggraden en de verwerking van persoonsgegevens in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, de financiering van eerstelijnszorgaanbieders en voor beleidsdoeleinden’.

Het voorontwerp is door de derde kamer onderzocht op 21 november 2023. De kamer was samengesteld uit Jeroen VAN NIEUWENHOVE, kamervoorzitter, Koen MUYLLE en Toon MOONEN, staatsraden, Jan VELAERS, assessor, en Johan PAS, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Rein THIELEMANS, eerste auditeur.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 29 november 2023.

*

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

*

STREKKING VAN HET VOORONTWERP

2. Het om advies voorgelegde voorontwerp van decreet van de Vlaamse Gemeenschap strekt in hoofdzaak tot de wijziging van het decreet van 26 april 2019 ‘betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders’ (artikelen 10 tot 32). Die wijzigingen betreffen onder meer het invoegen van nieuwe definities, het vervangen van de termen “zorg- en ondersteuningsvraag” en “zorgteam” door respectievelijk de termen “zorg- en ondersteuningsnood” en “zorg- en ondersteuningsteam”, het invoegen van bepalingen inzake het aanstellen van een zorgaanbieder die de taak van casemanagement op zich neemt, het herschrijven van de bepaling inzake de opdrachten van de zorgraden, het toevoegen aan die zorgraden van afgevaardigden van voorzieningen die erkend, vergund of gesubsidieerd zijn door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap en van voorzieningen die erkend, vergund of gesubsidieerd zijn door het agentschap Opgroeien regie als leden van de zorgraden, het vervangen van het minimum aantal inwoners per eerstelijnszone (dit is het werkgebied van een zorgraad), het invoegen van het vereiste dat de eerstelijnszones worden afgestemd op de grenzen van de referentieregio’s, vermeld in artikel 5 van het Regiodecreet van 3 februari 2023, het vervangen van artikel 23 en het invoegen van de artikelen 23/1 tot 23/9, met het oog op de regeling van de verwerking van persoonsgegevens in het kader van de financiering van de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

Daarnaast worden in het decreet van 18 mei 2018 ‘houdende de Vlaamse sociale bescherming’, het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, het decreet van 5 april 2019 ‘betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijk gezondheidsaanbod’ en het decreet van 3 mei 2019 ‘houdende de sociale kaart’, de woorden “zorgteam” en “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door “zorg- en ondersteuningsteam” en “zorg- en ondersteuningsnood”. In het woonzorgdecreet wordt voorts de definitie van “zorg- en ondersteuningsplan” aangepast door te verwijzen naar de definitie van dit begrip in het decreet van 26 april 2019 (artikelen 2 tot 9 en 33 van het voorontwerp).

Het aan te nemen decreet treedt in werking op 1 januari 2025, met uitzondering van de artikelen 18 en 20, die in werking treden volgens de gebruikelijke regeling. De Vlaamse Regering wordt gemachtigd om voor elk van de bepalingen die op 1 januari 2025 in werking treden, een vroegere datum van inwerkingtreding te bepalen (artikel 34 van het voorontwerp).

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

ONDERZOEK VAN DE TEKSTArtikel 16

3. Het ontworpen artikel 11, eerste lid, 1°, c), van het decreet van 26 april 2019 (artikel 16, 1°, van het voorontwerp) bepaalt dat de opdracht van de zorgraad die bestaat uit het afstemmen binnen zijn werkgebied van de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning op de zorg- en ondersteuningsnoden door prioriteiten te bepalen die vastgesteld zijn op het bevolkingsniveau binnen het werkgebied van de zorgraad, uitgevoerd wordt in samenspraak met de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod. In tegenstelling tot de andere instanties waarvoor de “samenspraak” wordt opgelegd,² staat niet bij voorbaat vast dat die personen, diensten of organisaties tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap behoren. Op de vraag wat precies wordt bedoeld met een “gespecialiseerd zorgaanbod” en welke personen, diensten of organisaties precies worden beoogd, antwoordde de gemachtigde als volgt:

“Van de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod die behoren tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap wordt verwacht dat zij binnen de zorgraden meewerken aan de afstemming van de organisatie van de zorg en ondersteuning in de eigen eerstelijnszone. Voor de personen, diensten of organisaties waarvoor de Vlaamse Gemeenschap niet bevoegd is, wordt alleen een vrijwillige afstemming bedoeld binnen het forum van de zorgraad. Het gaat hier altijd over de organisatie van de zorg en ondersteuning, waarover afstemming en samenwerking wordt gestimuleerd of verondersteld. Concreet proberen we vanuit een doelgerichte zorg en ondersteuning de persoon met zijn zorg- en ondersteuningsnood centraal te zetten en als een geheel te benaderen. Het is dan ook wenselijk en belangrijk dat alle zorgaanbieders hun bijdrage kunnen leveren aan de realisatie van de zorg- en ondersteuningsdoelen, die op het niveau van de zorgverlening worden geformuleerd in het zorg- en ondersteuningsplan. De uitvoering van de zorgverlening zelf, als beroep of vanuit de opdrachten, wordt hiermee niet gestuurd of gewijzigd. Het is dus nooit de bedoeling om in te grijpen op het niveau van de uitoefening van het beroep zelf.”

Het is raadzaam om, zoals de gemachtigde zelf suggereerde, een onderscheid te maken tussen de personen, diensten en organisaties waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is en diegene waarvoor ze niet bevoegd is. Voor die laatsten kan dan worden bepaald dat de samenspraak op vrijwillige basis gebeurt. Voor het overige blijft onduidelijk, en zou beter worden gepreciseerd, wat precies wordt verstaan onder de notie “gespecialiseerd zorgaanbod”, minstens in de memorie van toelichting.

4. De definities van de termen “populatiemanagement” en “zorgstrategische planning” vervat in het ontworpen artikel 11, derde lid, bevatten telkens twee bijkomende zinnen die normatieve bepalingen bevatten en dus niet op hun plaats zijn in definities die enkel de draagwijdte van de betrokken termen omschrijven. Die bijkomende zinnen moeten dan ook worden overgeheveld naar het ontworpen tweede lid.

² Voor de lokale besturen, die ook worden vermeld, kan worden gesteund op de bevoegdheid inzake medebewind (artikel 6, § 1, VIII, tweede lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 ‘tot hervorming der instellingen’).

Artikel 22

5. Volgens het ontworpen artikel 23, § 1, eerste lid, van het decreet van 26 april 2019 (artikel 22 van het voorontwerp) verzamelt de bevoegde dienst persoonsgegevens over de eerstelijnszorgaanbieders *die in het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad werken*. Op de vraag welke eerstelijnszorgaanbieders in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad daarmee worden bedoeld, antwoordde de gemachtigde:

“Hiermee worden de eerstelijnszorgaanbieders bedoeld die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad werken en op vrijwillige basis een beroep doen op de regeling van de Vlaamse Gemeenschap (zonder dat zij daarbij moeten aangeven te behoren tot die gemeenschap) inzake een financiering om de eerstelijnszorgaanbieders of de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering te ondersteunen. (...)”.

Op de vraag waarom in het ontworpen artikel 23, § 1, eerste lid, 3°, enkel gewag wordt gemaakt van het bevragen van eerstelijnszorgaanbieders met het oog op het in kaart brengen van het aanbod van de eerstelijnszorg *in het Nederlandse taalgebied* en waarom in het ontworpen artikel 23, § 1, eerste lid, 3°, en § 2, tweede en derde lid, enkel de verwerking van bepaalde persoonsgegevens wordt geregeld van eerstelijnszorgaanbieders *die actief zijn in het Nederlandse taalgebied*, antwoordde de gemachtigde als volgt:

“Door de bevoegdheidsverdeling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, kan de bevraging hier slechts worden afgenomen van de instellingen die wegens hun organisatie moeten worden beschouwd als instellingen die uitsluitend behoren tot de Vlaamse Gemeenschap of de natuurlijke personen die op een vrijwillige basis een beroep willen doen op de ontworpen regeling, zonder dat zij daarbij moeten aangeven “te willen behoren” tot de Vlaamse Gemeenschap. Het doel van het betrokken artikel is om een rechtsgrond te bieden voor de verwerking van de persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders voor dit doeleinde. Hierbij worden voornamelijk de eerstelijnszorgaanbieders natuurlijke personen gevisieerd (zoals bijvoorbeeld de huisartsen), gezien er reeds een voldoende zicht is door de Vlaamse Gemeenschap op het aanbod van de instellingen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad die wegens hun organisatie moeten worden beschouwd als instellingen die uitsluitend behoren tot de Vlaamse Gemeenschap.

Gezien de Nederlandstalige eerstelijnszorgaanbieders slechts een klein deeltje vormen van het aanbod in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, zal voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad nooit het volledige aanbod van eerstelijnszorg in kaart kunnen worden gebracht, wat net het doeleinde is van de verwerking van de persoonsgegevens.

(...)

Er wordt niet voorzien in een verwerking van de persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders uit het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad voor de doeleinden (a) het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieders om hen een bevraging te laten invullen die het aanbod van de eerstelijnszorg in het Nederlandse taalgebied in kaart brengt en (b) als de eerstelijnszorgaanbieder daarmee instemt, het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieder met het oog op crisiscommunicatie en informatiecampagnes van de Vlaamse overheid.

Wat het eerste doeleinde (a) betreft (...) [:] Gezien de eerstelijnszorgaanbieders in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad niet bevraagd zullen worden, is er geen nood om hen te contacteren voor dergelijke bevraging.

Wat het tweede doeleinde (b) betreft, kan er worden meegedeeld dat er reeds andere kanalen zijn (vb. website, via partnerorganisaties, zorgraden,...) waardoor de

eerstelijnszorgaanbieders in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kennis kunnen krijgen van de informatiecampagnes van de Vlaamse overheid. Het feit dat er voor dit doeleinde geen decretale bepaling is voorzien voor de verwerking van de persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, sluit bovendien niet uit dat deze persoonsgegevens op basis van de toestemming (artikel 6, lid 1, a), AVG) door het Departement Zorg kunnen worden verwerkt.”

6. In het ontworpen artikel 23, § 2, eerste lid, 8°, van het decreet van 26 april 2019 wordt gewag gemaakt, als een van de te verwerken persoonsgegevens van eerstelijnszorgaanbieders die een financiering aanvragen als vermeld in artikel 8, “de burgerlijke staat van de aanvrager en, als de aanvrager getrouwd is, de identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, van de partner van de aanvrager”.

In de memorie van toelichting wordt vermeld dat de verwerking van deze persoonsgegevens vereist is om renteloze leningen te kunnen toekennen. De gemachtigde verklaarde daarop nog het volgende:

“De reden waarom de gegevens reeds bij de aanvraag worden opgevraagd, is, dat na de analyse onmiddellijk de leningsovereenkomst (welke wordt aangeboden voor digitale ondertekening) kan worden opgemaakt, zonder eerst opnieuw de aanvragende eerstelijnszorgaanbieder om bijkomende gegevens te moeten verzoeken alvorens de leningsovereenkomst kan worden opgemaakt en ondertekend. Dergelijke werkwijze is efficiënter en minder belastend voor de aanvragende eerstelijnszorgaanbieder, mede gezien het hoge goedkeuringspercentage van de renteloze leningen. Het is de doelstelling van de Vlaamse Gemeenschap om de administratieve last bij de rechtsonderhorige zo laag mogelijk te houden.”

Op de vraag waarom de betrokken persoonsgegevens van de partner worden verwerkt, antwoordde de gemachtigde als volgt:

“De gegevens van de partner van de aanvrager van een renteloze lening, wanneer de aanvrager wettelijk samenwonende is of gehuwd wordt opgevraagd zodat deze kan meetekenen voor kennisname. Dit betekent niet dat de partner hiermee borg tekent of gehouden is tot terugbetaling. De kennisname is nodig omwille van de tegenstelbaarheid en om het risico uit te sluiten dat de partner de nietigheid zou eisen indien deze achteraf van oordeel zou zijn dat de aanvrager buitensporige schulden zou hebben aangegaan hebben die het huishouden overmatig belasten.”

Indien het ook nodig is dat een wettelijk samenwonende (en niet alleen een gehuwde) partner mee tekent voor kennisname, moet in de ontworpen bepaling niet alleen “getrouwd” maar ook “wettelijk samenwonend” worden vermeld. Met het oog op de minimale verwerking van persoonsgegevens moet in de ontworpen bepaling bovendien worden gepreciseerd dat de betrokken gegevens enkel worden verwerkt met het oog op de aanvraag van een renteloze lening (en dus niet voor andere vormen van financiering).

Artikelen 24 tot 28

7. Het is raadzaam om in de memorie van toelichting bij de ontworpen artikelen 23/1 tot 23/5 van het decreet van 26 april 2019 (artikelen 24 tot 28 van het voorontwerp) te vermelden, zoals het geval is voor artikel 22 van het voorontwerp, wat voor de ontworpen regelingen van de verwerking van persoonsgegevens de rechtsgronden zijn overeenkomstig de AVG³.

8. In de ontworpen artikelen 23/3 en 23/5 wordt herhaaldelijk gewag gemaakt van de “sociale status” van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. In de memorie van toelichting wordt vermeld dat daarmee wordt bedoeld “bv. leefloon, maximumfactuur”. Aangezien de term “sociale status” op zeer uiteenlopende wijze kan worden begrepen, moeten in de tekst van het voorontwerp zelf duidelijker worden omschreven wat ermee wordt bedoeld.

9. In het ontworpen artikel 23/4 wordt bepaald welke gebruikers bepaalde persoonsgegevens als vermeld in artikel 23/3 ontvangen, terwijl in het ontworpen artikel 23/5 een meer gedetailleerde opsomming van persoonsgegevens voorkomt waartoe personen met een zorg- en ondersteuningsnood toegang hebben. Op de vraag of de twee bepalingen niet overlappen en wat het verschil is, antwoordde de gemachtigde als volgt:

“(…) Hoe de toegang is geregeld, wordt op zich niet als essentieel element beschouwd, maar het vermelden van de ontvangers van de gegevens wel. De toegang is in casu de toegang die de betrokkene heeft tot bepaalde gegevens in de applicatie. Mocht de toegang voor elke ontvanger dezelfde zijn, dan zou het voldoende kunnen zijn dat enkel de ontvangers worden opgenomen. Aangezien huidig ontwerp voorziet dat niet elke ontvanger dezelfde toegang krijgt tot gegevens, wordt dit onderscheid evenwel opgenomen en wordt per lid van het zorg- en ondersteuningsteam opgenomen welke toegang deze heeft tot welke gegevens. De opstellers zijn ervan overtuigd dat dit de transparantie naar de burger enkel maar ten goede komt, en alzo te voldoen aan de basisprincipes van de AVG, alsook getuigt van behoorlijk bestuur.”

Afgezien van de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, waarnaar wordt verwezen in het ontworpen artikel 23/4, 5°, lijkt het ontworpen artikel 23/4 niets toe te voegen aan het ontworpen artikel 23/5 en kan het dan ook beter worden weggelaten. Aan het ontworpen artikel 23/5 moet wel een bepaling worden toegevoegd die regelt tot welke persoonsgegevens die bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, toegang heeft.

10. In het ontworpen artikel 23/5 wordt voor elk van de erin vermelde personen of instanties bepaald dat ze toegang hebben tot bepaalde gegevens die hen zelf betreffen. Op de vraag hoe die bepalingen zich verhouden tot het bij artikel 15 AVG gewaarborgde recht van inzage van de betrokkene met betrekking tot hem betreffende persoonsgegevens, antwoordde de gemachtigde als volgt:

“Recht op inzage is niet per se hetzelfde als het hebben van toegang tot gegevens (hoewel de Engelse vertaling in GDPR wel over ‘right to access’ spreekt bij art. 15).

³ Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 ‘betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming)’.

De toegang geregeld in huidig ontwerp omvat deels al het recht op inzage, nu de persoon met zorg- en ondersteuningsnood door de in het ontwerp geregeld toegang al inzage krijgt in bepaalde gegevens. De toegang gaat evenwel meer over de functionaliteit, met name de mogelijkheid om de eigen gegevens in de applicatie te zien en desgevallend te bewerken. Bijgevolg faciliteert de toegang tot de gegevens het recht op inzage (art. 15 AVG), maar bijvoorbeeld ook het recht op rectificatie (art. 16 AVG), door rechtstreeks de mogelijkheid te geven deze rechten uit te oefenen. Bij de uitoefening van het recht op inzage is er immers enkel de mogelijkheid om de gegevens te ‘lezen’, terwijl de toegang ook impliceert dat kan worden ‘geschreven’, dus dat gegevens bijvoorbeeld kunnen worden toegevoegd. De toegang sluit aldus de inzage niet uit en verhindert niet de uitoefening van de rechten door de betrokkenen.

De gegevens vermeld in ontwerpartikel 28 (artikel 23/5, eerste lid) betreffen nagenoeg alle gegevens die van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden verwerkt. Deze persoon heeft aldus in de applicatie toegang tot bijna al diens gegevens die worden verwerkt, met uitzondering van technische gegevens over diens identiteit en gebruik van het digitaal zorg- en ondersteuningsplan (art. 23/3, eerste lid, 8°), en statistische gegevens over het gebruik van het digitaal zorg- en ondersteuningsplan (art. 23/3, eerste lid, 9°), gewoon omdat dat geen meerwaarde biedt voor de doeleinden van de verwerking. Dat verhindert evenwel niet de uitoefening van de rechten van de betrokkene, en dus de mogelijkheid om inzage te krijgen in die gegevens.”

Ook al is het niet vereist om de toegang tot gegevens die de eigen persoon betreffen, bij decreet te regelen, aangezien het niet gaat om een inmenging in het recht op het privéleven overeenkomstig artikel 22 van de Grondwet, kan worden ingestemd met de zienswijze van de gemachtigde dat de regeling van de toegang tot die gegevens geen afbreuk doet aan het recht van inzage van de betrokkene overeenkomstig artikel 15 AVG en dat bijgevolg geen bezwaar bestaat tegen de ontworpen bepalingen.

Artikel 29

11. Het ontworpen artikel 23/6 van het decreet van 26 april 2019 (artikel 29 van het voorontwerp) bepaalt dat de rechten van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam, vermeld in de artikelen 12 tot 22 en artikel 34 AVG en de beginselen vermeld in artikel 5 AVG kunnen worden beperkt om de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van handelingen die tegen de eer en de waardigheid van de uitoefening van gereguleerde beroepen ingaan, te waarborgen, voor zover de bepalingen van voormeld artikel 5 overeenstemmen met de rechten en verplichtingen, vermeld in de artikelen 12 tot 20 AVG. Dit doet geen afbreuk aan de verplichting die rust op de verwerkingsverantwoordelijke om de juistheid van de persoonsgegevens te waarborgen, zoals vermeld in artikel 5, lid 1, d), AVG.

In de memorie van toelichting wordt over deze bepaling het volgende uiteengezet:

“Het ontworpen artikel 23/6 bepaalt dat de rechten van de betrokkenen (de andere leden van het zorg- en ondersteuningsteam), conform de bepalingen van artikel 23 van de algemene verordening gegevensbescherming, kunnen beperkt worden. Dit kan slechts ter waarborging van de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van handelingen die tegen de eer en de waardigheid van de uitoefening van gereguleerde beroepen ingaan. Zo kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de situatie waarbij een betrokkene vraagt om zijn recht op wissing uit te oefenen, maar dat er tevens een procedure

voor de schending van het beroepsgeheim van de zorgaanbieder loopt, waarbij de gegevens waarvan de betrokkene verzoekt om deze te wissen, van cruciale waarde zijn om een oordeel te vellen over het dossier. In dat geval kan het recht op wissing beperkt worden. In ieder geval doet deze bepaling geen afbreuk aan de verplichting die rust op de verwerkingsverantwoordelijke om juistheid van de persoonsgegevens te waarborgen, zoals vermeld in artikel 5, lid 1, d), van de algemene verordening gegevensbescherming.”

De gemachtigde verklaarde in dat verband nog het volgende:

“Ontwerpartikel 29 volgt uit de bepalingen van de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens, waarin is opgenomen dat de rechten van de betrokkenen kunnen worden ingeperkt voor zover dat nadelige gevolgen zou kunnen hebben voor de voorkoming, de opsporing, het onderzoek, of de vervolging van strafbare feiten. In het ontwerpartikel wordt dan bedoeld op een schending van het beroepsgeheim. Daarenboven is de bewoording van artikel 23 AVG hierin meegenomen.

(...)

Bij elke beperking van een recht van een betrokkene, zal specifiek de afweging worden gemaakt ten aanzien van een noodzakelijke en evenredige maatregel. Indien de RvS dit wenselijk zou vinden, kan het toepassingsgebied ook worden uitgebreid naar dergelijke doelstellingen.

(...)

Het beperken van verwerkingen van persoonsgegevens is enkel van toepassing voor zover een betrokkene een recht uitoefent die niet wordt ingeperkt, zoals bijvoorbeeld het recht op wissing. In dat geval worden de persoonsgegevens gewist en kunnen deze dus niet langer worden verwerkt.

Daarnaast heeft de betrokkene het recht op beperking van de verwerking (cf. art. 18 AVG). De verwerking van persoonsgegevens kan in dat geval worden beperkt ingeval één van de elementen vermeld in dat artikel van toepassing zijn.

(...)

De beperking van rechten en verplichtingen geldt zo lang als nodig om de waarborgen vermeld in artikel 23 AVG te kunnen vrijwaren. Daar kan geen specifieke termijn op geplakt worden.

(...)

Aangezien het de verwerkingsverantwoordelijke is die de uitoefening van de rechten door de betrokkene opvolgt en daar gevolg moet aan geven, zal het ook de verwerkingsverantwoordelijke zijn die die rechten kan inperken, doch slechts mits het aantonen van het feit dat de grondrechten en fundamentele vrijheden van de betrokkene onverlet blijft en na de afweging dat deze inperking daadwerkelijk noodzakelijk en evenredig is ten aanzien van het doel van de inperking.”

Artikel 23, lid 1, AVG laat beperkingen van de reikwijdte van die rechten toe op voorwaarde dat de beperking de wezenlijke inhoud van de grondrechten en fundamentele vrijheden onverlet laat en in een democratische samenleving een noodzakelijke en evenredige maatregel is ter waarborging van een aantal uitdrukkelijk bepaalde belangen, waaronder de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van schendingen van de beroepsregels voor gereguleerde beroepen (punt g) van dat lid 1). Er kan worden aangenomen dat “de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van handelingen die tegen de eer en de

waardigheid van de uitoefening van gereguleerde beroepen ingaan” daarin kunnen worden ingepast.

Uit artikel 23, lid 1, vloeit voort dat de beoogde beperkingen een *noodzakelijke* maatregel moeten zijn. Er moet in de memorie van toelichting worden uiteengezet waarom de beperkingen noodzakelijk zijn om het belang vermeld in punt g) te beschermen.

Uit artikel 23, lid 1, vloeit tevens voort dat de beoogde beperkingen *evenredig* moeten zijn met het nagestreefde doel. In zoverre die beperkingen tevens een inmenging inhouden in het recht op eerbiediging van het privé- en gezinsleven, vloeit dit vereiste overigens ook voort uit artikel 22 van de Grondwet en artikel 8 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens. Wat dit betreft is het ontworpen artikel 23/6 door de algemeenheid ervan moeilijk als proportioneel te beschouwen. Het gegeven dat, volgens de gemachtigde, telkens *in concreto* een afweging zal gemaakt worden, volstaat niet. Er moet worden nagegaan of het nodig is elk van de rechten vermeld in de artikelen 12 tot 22 AVG en elk van de beginselen vermeld in artikel 5 AVG te kunnen beperken, dan wel of de beoogde beperkingen kunnen worden toegespitst op specifieke rechten en beginselen.⁴ Daarbij moet worden bepaald welke verwerkingen van welke persoonsgegevens kunnen beperkt worden en gedurende welke periode (vanaf de ontvangst van het verzoek tot uitoefening van een van deze rechten) de rechten en beginselen kunnen beperkt worden, bijvoorbeeld gedurende de periode dat het onderzoek loopt.

Daarnaast moet, in overeenstemming met artikel 23, lid 2, AVG, de bepaling worden aangevuld met de overige specifieke bepalingen betreffende de in dat lid genoemde aangelegenheden. Ook zou moeten worden geregeld hoe (op wiens initiatief) tot een beperking kan worden overgegaan, wie daarover beslist en op welke wijze. De motivering van dergelijke beslissingen, die wordt opgelegd door de wet van 29 juli 1991 ‘betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen’, kan enkel achterwege worden gelaten als het meedelen ervan onverenigbaar is met de doelstelling van de mogelijke beperkingen, hetgeen in voorkomend geval uitdrukkelijk moet worden geregeld.

Artikel 31

12. Overeenkomstig het ontworpen artikel 23/8, eerste lid, van het decreet van 26 april 2019 (artikel 31 van het voorontwerp), is het Departement Zorg de verwerkingsverantwoordelijke voor het beheer van het digitale zorg- en ondersteuningsplan. Op de vraag of het de bedoeling is dat het Departement individuele zorg- en ondersteuningsplannen beheert en er inzage in heeft, antwoordde de gemachtigde als volgt:

“Het beheer betreft het beheer van de applicatie (zoals onder meer het bouwen van de applicatie) alsook het trekken van statistieken over het gebruik van het digitaal zorg- en ondersteuningsplan en dergelijke meer.

Het is absoluut niet de bedoeling dat het Departement Zorg inzage krijgt in de individuele digitale zorg- en ondersteuningsplannen of deze als het ware beheert (met de betekenis: aanpassingen kan aanbrengen, etc...). Het Departement Zorg kan geen rechten

⁴ Zie ook K. HUYSMANS, “De implementatie van artikel 23 AVG. Na de hervorming de contrareformatie?”, *Tijdschrift privacy & persoonsgegevens* 2019, nr. 2, (6) 8-9.

van betrokkenen uitoefenen. De enige doeleinden waarvoor het Departement Zorg toegang krijgt tot bepaalde gegevens, zijnde enkel de technische en statistische gegevens, is om het beheer van de applicatie te kunnen doen respectievelijk het zorgbeleid te kunnen afstemmen op de noden van de gebruikers.

De opstellers verwijzen ook naar de volgende passage hieromtrent in de algemene toelichting: ‘Tevens wordt het aan het Departement Zorg mogelijk gemaakt om aan de hand van de verwerking van de gegevens aan beleidsrapportering te doen, waaronder ook het beheer van het digitale zorg- en ondersteuningsplan wordt begrepen. Zo kan bijvoorbeeld worden nagegaan hoe vaak wordt ingelogd in de applicatie. Dit dient voor statistische doeleinden en wordt nooit geïndividualiseerd. Verder is het ook de bedoeling om middels het digitale zorg- en ondersteuningsplan om de kwaliteit van de zorg en ondersteuning en van het zorg- en ondersteuningsplan te bevorderen en verbeteren.’”

Er kan beter uitdrukkelijk worden bepaald dat het Departement Zorg geen individuele zorg- en ondersteuningsplannen beheert of er toegang toe heeft.

13. Overeenkomstig het ontworpen artikel 23/8, zesde lid, kan het Departement Zorg voor bepaalde gegevensverwerkingen in het digitale zorg- en ondersteuningsplan optreden als verwerker in het kader van een bepaald project, na voorafgaand advies van het bestuursorgaan van het digitale zorg- en ondersteuningsplan. Op de vraag wat daarmee precies wordt beoogd, antwoordde de gemachtigde als volgt:

“Zoals hierboven reeds vermeld, zal het Departement Zorg nooit toegang hebben tot individuele digitale zorg- en ondersteuningsplannen. De vermelding ‘een bepaald project’ kadert in zowel het primaire gebruik van de gegevens, zoals bijvoorbeeld logging, als in het secundaire gebruik, zoals statistiek, wetenschappelijk onderzoek, en dergelijke meer. Voor dergelijke zaken kan het Departement Zorg gegevensverwerkingen uitvoeren, zonder daarbij toegang te hebben tot individuele digitale zorg- en ondersteuningsplannen.

De opstellers verwijzen ook naar de volgende passage hieromtrent in de algemene toelichting: ‘Dit artikel kan echter niet in die zin geïnterpreteerd worden dat het Departement Zorg niet zou kunnen optreden als verwerker m.b.t. bepaalde gegevensverwerkingen middels het digitale zorg- en ondersteuningsplan. Waar zij voor een welbepaald project bijvoorbeeld uitsluitend ten behoeve van een verwerkingsverantwoordelijke optreedt, is dit bijvoorbeeld zo het geval.’

De verwijzing naar ‘het bestuursorgaan van het digitale zorg- en ondersteuningsplan’ is foutief in het ontwerp van decreet blijven staan. Momenteel is er geen intentie om dergelijk apart bestuursorgaan op te richten. We stellen dan ook voor om de zin ‘In het voormelde geval vraagt het departement, vermeld in het eerste lid, voorafgaand advies aan het bestuursorgaan van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.’ te schrappen.”

Met die schrapping kan worden ingestemd. Voorts is het raadzaam om, minstens in de memorie van toelichting, te verduidelijken welke gegevensverwerkingen en welke projecten worden bedoeld.

DE GRIFFIER

DE VOORZITTER

Johan PAS

Jeroen VAN NIEUWENHOVE

ONTWERP VAN DECREET

ONTWERP VAN DECREET

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

Na beraadslaging,

DE VLAAMSE REGERING BESLUIT:

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

Hoofdstuk 1. Inleidende bepaling

Artikel 1. Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Hoofdstuk 2. Wijzigingen van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

Art. 2. In artikel 2, eerste lid, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, gewijzigd bij de decreten van 15 februari 2019 en 18 juni 2021, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° in punt 20°/1 wordt het woord "zorgteam" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam";
- 2° in punt 21°/1 en 48°/1 wordt het woord "zorgteam" telkens vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam".

Hoofdstuk 3. Wijzigingen van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019

Art. 3. In artikel 2, §1, van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, gewijzigd bij het decreet van 20 december 2019, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° in punt 3°, 5° en 23° worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood";
- 2° punt 22° wordt vervangen door wat volgt:

"22° zorg- en ondersteuningsplan: een zorg- en ondersteuningsplan als vermeld in artikel 2, 17°, van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders;"

Art. 4. In artikel 4, §1, derde lid, 3°, en §2, eerste lid, 12°, van hetzelfde decreet worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Art. 5. In artikel 11 en 15 van hetzelfde decreet worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Art. 6. In artikel 18, tweede lid, van hetzelfde decreet worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" telkens vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Art. 7. In artikel 23, 25, 26, §1, tweede lid, 1°, artikel 31, tweede lid, artikel 33, 34, §1, eerste lid, 9°, en artikel 52, §1, tweede lid, van hetzelfde decreet worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Art. 8. In artikel 59, §2, van hetzelfde decreet, gewijzigd bij het decreet van 20 december 2019, worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" telkens vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood".

Hoofdstuk 4. Wijzigingen van het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod

Art. 9. In artikel 18, tweede lid, van het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° in punt 1° wordt het woord "zorgteam" telkens vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam";
- 2° in punt 2° worden tussen het woord "van" en het woord "het" de woorden "de zorg- en ondersteuningsnood of" ingevoegd;
- 3° in punt 2° wordt het woord "zorgteam" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam".

Hoofdstuk 5. Wijzigingen van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

Art. 10. In artikel 2 van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° voor punt 1°, dat punt 1°/1 wordt, wordt een punt 1° ingevoegd, dat luidt als volgt:
 - "1° algemene verordening gegevensbescherming: verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming);";
- 2° in punt 3°, 5°, 8°, 14° en 18° worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood";
- 3° in punt 4°, 11° en 16° worden de woorden "zorg- en ondersteuningsvraag" telkens vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood";
- 4° er wordt een punt 6°/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:
 - "6°/1 levensdoel: een persoonlijke doelstelling van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, gebaseerd op zijn waarden en wensen, die toelaat doelgerichte zorg te verlenen en zorg- en ondersteuningsdoelen op te stellen;";
- 5° in punt 12° en 13° worden de woorden "zorg- of ondersteuningsvraag" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood";

6° punt 17° wordt vervangen door wat volgt:

“17° zorg- en ondersteuningsplan: een al dan niet digitaal werkinstrument waarin, na vraagverheldering of indicatiestelling, op aangeven van en in samenspraak met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorg- en ondersteuningsdoelen en de werkafspraken over de geplande zorg en ondersteuning voor die persoon zijn opgenomen en waarmee het zorg- en ondersteuningsteam met elkaar samenwerkt en communiceert;”;

7° in punt 19° wordt het woord “zorgteam” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam” en worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” telkens vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”.

Art. 11. In artikel 4 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid, 1° en 6°, a) en c), en het tweede lid, 1°, 4° en 6°, worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

2° in het eerste lid, 2°, worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” telkens vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

3° in het eerste lid, 8°, wordt de zinsnede “verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming)” vervangen door de woorden “algemene verordening gegevensbescherming”.

Art. 12. In hetzelfde decreet wordt het opschrift van hoofdstuk 3 vervangen door wat volgt:

“Hoofdstuk 3. Organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood”.

Art. 13. In artikel 5 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste en tweede lid worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

2° er wordt een derde lid toegevoegd, dat luidt als volgt:

“De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen voor de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de samenwerkingsafspraken, vermeld in het tweede lid.”.

Art. 14. In artikel 6 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, eerste, tweede en vierde lid, 1° en 3°, en paragraaf 3, tweede lid, worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

2° in paragraaf 1, eerste, vierde en vijfde lid, en paragraaf 3, tweede lid, wordt het woord “zorgteam” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsteam”;

- 3° in paragraaf 2 worden het eerste en vierde lid opgeheven;
- 4° in de bestaande paragraaf 2, tweede lid, die paragraaf 2, eerste lid, wordt, wordt het woord "zorgteam" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam";
- 5° in de bestaande paragraaf 2, derde lid, die paragraaf 2, tweede lid, wordt, wordt het woord "zorgteam" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam";
- 6° in paragraaf 3, eerste lid, wordt het woord "zorgteam" telkens vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam" en worden de woorden "zorg- of ondersteuningsvragen" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsnood";
- 7° in paragraaf 3 wordt het derde lid vervangen door wat volgt:

"Als de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger dat niet wil of kan opnemen, of bij scharniermomenten, wijst de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood in samenspraak en na beraadslaging met het zorg- en ondersteuningsteam een zorgaanbieder als zorgcoördinator aan.";

- 8° aan paragraaf 3 wordt een vierde lid toegevoegd, dat luidt als volgt:

"In het derde lid wordt verstaan onder scharniermomenten: situaties waarbij de context van de zorg en ondersteuning, de frequentie waarmee de zorg en ondersteuning wordt toegediend, of de complexiteit wijzigt."

Art. 15. In artikel 7 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° in paragraaf 1 worden tussen het woord "van" en het woord "het" de woorden "de zorg- en ondersteuningsnood of" ingevoegd;
- 2° in paragraaf 1 wordt het woord "zorgteam" vervangen door de woorden "zorg- en ondersteuningsteam";
- 3° paragraaf 2 wordt opgeheven;
- 4° paragraaf 3 wordt vervangen door wat volgt:

"§3. Het aanstellen van een zorgaanbieder, die de taak van casemanagement op zich neemt, kan alleen in de volgende gevallen:

- 1° in zorgsituaties waarbij voldaan is aan al de volgende voorwaarden:
 - a) de personen met een zorg- en ondersteuningsnood ontvangen niet de zorg die volgens hun noden aanwezig moet zijn;
 - b) er is geen zorg- en ondersteuningsteam aanwezig of samengesteld;
 - c) geen enkele zorgaanbieder is bij machte om door de hoge complexiteit het zorgproces aan te vatten;
- 2° bij zorgprocessen waarbij het bestaande zorg- en ondersteuningsteam er niet in slaagt om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken of waarbij de personen met een zorg- en ondersteuningsnood, hun informele verzorger of een zorgaanbieder aangeven dat er verbetering moet komen in het zorgproces.

De zorgaanbieder die de taak van casemanagement opneemt:

- 1° maakt geen deel uit van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 2° treedt niet in de plaats van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 3° neemt de taak van casemanagement tijdelijk op."

Art. 16. In artikel 11 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het eerste lid wordt vervangen door wat volgt:

“Een zorgraad als vermeld in artikel 9, voert al de volgende opdrachten uit:

1° de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning binnen zijn werkgebied afstemmen op de zorg- en ondersteuningsnoden door prioriteiten te bepalen die vastgesteld zijn op het bevolkingsniveau binnen het werkgebied van een zorgraad als vermeld in artikel 9. De voormelde zorgraad voert de voormelde opdracht uit in samenspraak met de volgende actoren:

- a) de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsnood, de verenigingen van mantelzorgers en de verenigingen van vrijwilligers;
- b) de eerstelijnszorgaanbieders;
- c) de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is;
- d) de lokale besturen, die hun beleidslijnen en inhoudelijke prioriteiten bepalen in het kader van het lokaal sociaal beleid, en die een gezamenlijk initiatief kunnen nemen om een bovenlokaal sociaal beleid te ontwikkelen.

De voormelde zorgraad stemt voor de voormelde opdracht eveneens af met de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod waarvoor de Vlaamse Gemeenschap niet bevoegd is, in functie van de beleidsprioriteiten;

2° een lokaal sociaal beleid ondersteunen;

3° het brede veld van beroepsgroepspecifieke verenigingen, eerstelijnszorgaanbieders, verenigingen van mantelzorgers, personen met een zorg- en ondersteuningsnood en vrijwilligers ondersteunen bij de organisatie van kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood als vermeld in hoofdstuk 3, met inbegrip van digitale gegevensdeling bij de interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking bij het aanbieden van die zorg;

4° meewerken aan de uitvoering van de beleidsdoelstellingen voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en, als dat nodig is, andere prioritaire doelstellingen voor het werkgebied voorstellen aan de Vlaamse Gemeenschap.”;

2° tussen het eerste en het tweede lid wordt een lid ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Als de opdracht, vermeld in het eerste lid, 1°, wordt uitgevoerd, kan de zorgraad, vermeld in artikel 9, doelgroepspecifiek en/of wijkgericht te werk gaan en zich baseren op de uitgewerkte zorgstrategische planning en het populatiemanagement. De uitgewerkte zorgstrategische planning zet maximaal in op een geïntegreerd zorg- en ondersteuningsaanbod en respecteert de keuzevrijheid van de patiënt. De zorgraad evalueert het proces van populatiemanagement continu met het oog op kwaliteit en stelt het proces bij wanneer nodig.”;

3° in het bestaande tweede lid, dat het derde lid wordt, wordt een punt 1°/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“1°/1 lokaal sociaal beleid: het lokaal sociaal beleid, vermeld in artikel 3, 4°, van het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid;”;

4° in het bestaande tweede lid, 2°, dat het derde lid, 2°, wordt, worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

5° in het bestaande tweede lid, dat het derde lid wordt, wordt een punt 2°/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“2°/1 populatiemanagement: een stapsgewijs en cyclisch proces om via weloverwogen interventies, ondersteund door data en kennis en al dan niet gesegmenteerd, de toestand van een welomschreven populatie te behouden of te verbeteren op verschillende domeinen en de socio-economische gradiënt in sterven, ziekte en gezondheid te reduceren. De voormelde verschillende domeinen kunnen zowel organisatorische, medische, preventieve als welzijnsdoelstellingen bevatten;”;

6° in het bestaande tweede lid, dat het derde lid wordt, wordt punt 4° vervangen door wat volgt:

“4° zorgstrategische planning: een plan waarbij op basis van gezondheidsindicatoren en demografische gegevens de zorgnood binnen de eerstelijnszorg wordt bepaald en die toelaat om op basis van die zorgnood het toekomstige aanbod in de eerste lijn te bepalen.”.

Art. 17. In artikel 12, tweede lid, van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 3° worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”;

2° er wordt een punt 5° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“5° de voorzieningen die erkend, vergund of gesubsidieerd zijn door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, vermeld in artikel 3 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, en de voorzieningen die erkend, vergund of gesubsidieerd zijn door het agentschap Opgroeien regie, vermeld in artikel 3 van het decreet van 30 april 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Opgroeien regie.”.

Art. 18. In artikel 13 van hetzelfde decreet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het tweede lid, 4°, wordt het getal “70.000” vervangen door het getal “60.000”;

2° aan het tweede lid wordt een punt 5° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“5° de eerstelijnszones worden afgestemd op de grenzen van de referentie-regio's, vermeld in artikel 5 van het Regiodecreet van 3 februari 2023.”;

3° er wordt een derde lid toegevoegd, dat luidt als volgt:

“De Vlaamse Regering kan afwijken van de voorwaarde, vermeld in het tweede lid, 5°.”.

Art. 19. In artikel 16, eerste lid, 2°, en artikel 17, tweede lid, 6°, van hetzelfde decreet worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”.

Art. 20. Aan artikel 18, tweede lid, van hetzelfde decreet wordt een punt 5° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“5° onder voorbehoud van de voorwaarden, vermeld in punt 1° tot en met 3°, worden de regionale zorgzones afgestemd op de grenzen van de referentie-regio's, vermeld in artikel 5 van het Regiodecreet van 3 februari 2023. De Vlaamse Regering kan hiervan afwijken.”.

Art. 21. In hoofdstuk 10 van hetzelfde decreet wordt het volgende opschrift ingevoegd:

“Afdeling 1. Verwerking van persoonsgegevens in het kader van de financiering, vermeld in artikel 8, en voor beleidsdoeleinden”.

Art. 22. Artikel 23 van hetzelfde decreet wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 23. §1. De bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, verzamelt persoonsgegevens over de eerstelijnszorgaanbieders die in het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad werken. De voormelde gegevens worden verzameld voor de volgende doeleinden:

- 1° de afhandeling en controle van de financiering om de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering te ondersteunen, vermeld in artikel 8;
- 2° het nemen van beleidsmaatregelen om de eerstelijnszorg te versterken;
- 3° het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieders om hen een bevraging te laten invullen die het aanbod van de eerstelijnszorg in het Nederlandse taalgebied in kaart brengt;
- 4° als de eerstelijnszorgaanbieder daarmee instemt, het contacteren van de eerstelijnszorgaanbieder met het oog op crisiscommunicatie en informatiecampagnes van de Vlaamse overheid.

In het eerste lid wordt verstaan onder Vlaamse overheid: de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaamse Gewest, inclusief de instellingen die daaronder vallen.

§2. Voor het doeleinde, vermeld in paragraaf 1, 1°, verwerkt de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, de volgende persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad en die een financiering als vermeld in artikel 8, aanvragen:

- 1° de identificatiegegevens van de aanvrager, met inbegrip van het RIZIV-nummer en het INSZ-nummer;
- 2° de contactgegevens van de aanvrager;
- 3° de volgende gegevens over de praktijk waarin de aanvrager werkt:
 - a) het adres;
 - b) het KBO-nummer;
 - c) het aanbod en de aanwezige disciplines;
 - d) het aantal tewerkgestelden en hun tewerkstellingsgraad;
 - e) het gehanteerde vergoedingssysteem;
- 4° het bankrekeningnummer van de aanvrager;
- 5° de erkenningsdatum als gezondheidszorgbeoefenaar van de aanvrager;
- 6° in voorkomend geval, de datum van terugkeer naar België als de aanvrager gedurende meer dan een jaar actief was in het buitenland;
- 7° de documenten en de gegevens die bewijzen dat de aanvrager voldoet aan de voorwaarden om een financiering te ontvangen;
- 8° als de financiering wordt verleend in de vorm van een lening: de burgerlijke staat van de aanvrager en, als de aanvrager getrouwd of wettelijk samenwonend is, de identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, van de partner van de aanvrager;

- 9° de identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, en de tewerkstellingsgegevens van de werknemer of werknemers die de aanvragers in hun praktijk tewerkstellen.

Voor het doeleinde, vermeld in paragraaf 1, 2°, verwerkt de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, de volgende persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied:

- 1° de identificatiegegevens van de eerstelijnszorgaanbieder, met inbegrip van het RIZIV-nummer;
- 2° de volgende gegevens over de praktijk waarin de eerstelijnszorgaanbieder werkt:
- a) het adres;
 - b) de praktijkvorm;
 - c) het gehanteerde vergoedingssysteem;
 - d) het aanbod, de aanwezige disciplines en de tewerkstellingsgraad van de verschillende disciplines;
 - e) de geografische afbakening;
 - f) de gegevens over de werklast binnen de praktijk;
 - g) de gegevens over het al dan niet invoeren van een beperking op de toegankelijkheid van de praktijk;
 - h) de gegevens over de continuïteit van de zorg in de praktijk;
 - i) de gegevens over een uitbreiding van de capaciteit van de praktijk;
- 3° het geboortjaar van de eerstelijnszorgaanbieder;
- 4° de gegevens over het beroep en het statuut van de eerstelijnszorgaanbieder;
- 5° de gegevens over de werklast van de eerstelijnszorgaanbieder, de ervaren werkdruk en het welzijn van de eerstelijnszorgaanbieder bij het uitoefenen van zijn werk.

Voor de doeleinden, vermeld in paragraaf 1, 3° en 4°, verwerkt de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, de volgende persoonsgegevens van de eerstelijnszorgaanbieders die actief zijn in het Nederlandse taalgebied:

- 1° de voor- en achternaam van de eerstelijnszorgaanbieder;
- 2° de contactgegevens van de eerstelijnszorgaanbieder en van zijn praktijk.

De Vlaamse Regering kan, na advies van de bevoegde toezichthoudende autoriteit, vermeld in artikel 4, 21), van de algemene verordening gegevensbescherming, de persoonsgegevens, vermeld in het eerste tot en met derde lid, nader preciseren.

§3. De bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, bewaart de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, eerste lid, maximaal tien jaar na de datum van de toekenning van de financiering, vermeld in artikel 8, of, als het een lening betreft, na de datum waarop de laatste afbetaling heeft plaatsgevonden.

De bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, bewaart de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, maximaal tien jaar na de datum waarop die gegevens zijn ontvangen.

De bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, bewaart de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, derde lid, maximaal achttien maanden.

§4. Het Departement Zorg, vermeld in artikel 2, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 mei 2023 over het Departement Zorg, is verweringsverantwoordelijke als vermeld in artikel 4, 7), van de algemene verordening gegevensbescherming, voor de verwerking van de persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2.

§5. De persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, worden bezorgd aan de zorgraden, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking als die gegevens noodzakelijk zijn om hun taken te vervullen om initiatieven te nemen voor de versterking van de eerstelijnszorg.

De persoonsgegevens, vermeld in het eerste lid, zijn, waar mogelijk, geanonimiseerd of gepseudonimiseerd. Als pseudonimisering of anonimisering van de persoonsgegevens onmogelijk is of niet geschikt is om de doeleinden, vermeld in het eerste lid, te bereiken, worden die gegevens altijd tot het noodzakelijke beperkt.

§6. Voor de toepassing van dit artikel neemt het departement, vermeld in paragraaf 4, passende technische en organisatorische maatregelen conform artikel 32 van de algemene verordening gegevensbescherming om een beveiligingsniveau te waarborgen dat op het risico afgestemd is.

In het kader van de toepassing van dit artikel voldoet het departement, vermeld in paragraaf 4, aan de principes van gegevensbescherming door ontwerp en door standaardinstellingen, vermeld in artikel 25 van de algemene verordening gegevensbescherming.”.

Art. 23. Aan hoofdstuk 10 van hetzelfde decreet wordt een afdeling 2 toegevoegd, die luidt als volgt:

“Afdeling 2. Gegevensverwerking in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan”.

Art. 24. In hetzelfde decreet wordt in afdeling 2, toegevoegd bij artikel 23, een artikel 23/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/1. In deze afdeling wordt verstaan onder:

- 1° elektronischecommunicatiegegevens: de inhoud die via elektronischecommunicatiediensten wordt uitgewisseld, en metagegevens over die elektronische communicatie, namelijk de gegevens die worden verwerkt in een elektronischecommunicatienetwerk met het oog op de transmissie, de distributie of de uitwisseling van elektronischecommunicatie-inhoud;
- 2° overig lid van het zorg- en ondersteuningsteam: elk lid van het zorg- en ondersteuningsteam, vermeld in artikel 6, §1, vierde lid, dat niet de persoon met de zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger, de zorgaanbieder of de mantelzorger is;
- 3° zorg- en ondersteuningstaak: elke handeling die aan een lid of aan verschillende leden van het zorg- en ondersteuningsteam wordt toegewezen om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken.”.

Art. 25. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/2 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/2. De persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, worden in het kader van de opmaak van het digitale zorg- en ondersteuningsplan verwerkt voor de volgende verwerkingsdoeleinden:

- 1° het bepalen van de levensdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 2° het opstellen en, als dat nodig is, toewijzen van de zorg- en ondersteuningsdoelen door de leden van het zorg- en ondersteuningsteam aan de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 3° het opstellen en toewijzen van de zorg- en ondersteuningstaken door het zorg- en ondersteuningsteam aan de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 4° het samenstellen en valideren van het zorg- en ondersteuningsteam;

- 5° het mogelijk maken van niet-dringende communicatie tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam in de communicatiemodule van het digitale zorg- en ondersteuningsplan over de inhoud ervan;
- 6° het in kaart brengen van de complexe context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 7° het bepalen van de kalender en tijdslijn aan de hand van interne en externe agenda's, die de ingeplande zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood weergeven;
- 8° het mogelijk maken van beleidsrapportering;
- 9° het bevorderen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning en ook van het zorg- en ondersteuningsplan.

In het eerste lid wordt verstaan onder:

- 1° communicatiemodule: het elektronische communicatiemiddel voor veilige en eenvoudige niet-dringende communicatie dat toegankelijk is voor alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam, inclusief de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en dat de mogelijkheid biedt om gericht te communiceren tussen alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 2° complexe context: de multidimensionale biopsychosociale context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, die beknopte biomedische informatie en uitgebreide niet-medische informatie over de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood bevat over zijn psychologische en socio-economische achtergrond;
- 3° externe agenda: een agenda vanuit een extern softwarepakket waarin een lid van het zorg- en ondersteuningsteam zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood opneemt, die wordt geïmporteerd in het digitale zorg- en ondersteuningsplan of waarnaar de zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden geëxporteerd;
- 4° interne agenda: de zorg- en ondersteuningstaken die een lid van het zorg- en ondersteuningsteam manueel inplant in het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- 5° niet-dringende communicatie: de communicatie, in welke vorm ook, tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam over zaken die betrekking hebben op het digitale zorg- en ondersteuningsplan en op de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, zonder dat het urgente medische of niet-medische communicatie betreft. Onder urgent wordt van vitaal belang of met de nood aan dringende medische tussenkomst verstaan.”.

Art. 26. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/3 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/3. De volgende categorieën van persoonsgegevens van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;
- 2° de contactgegevens;
- 3° het INSZ-nummer;
- 4° de gegevens over de gezondheid en het welzijn van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 5° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van gegevens over gezondheid, namelijk:
 - a) de sociaaleconomische situatie, op grond van opleiding, beroep en inkomen, die tevens betrekking kan hebben op tegemoetkomingen, van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;

- c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;
 - e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 6° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
 - 7° de gegevens over de hoedanigheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - 8° de technische gegevens over de identiteit van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
 - 9° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De volgende categorieën van persoonsgegevens van de zorgaanbieder worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;
- 2° de contactgegevens;
- 3° het INSZ-nummer en het erkenningsnummer;
- 4° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;
- 6° de technische gegevens over de identiteit van de zorgaanbieder en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- 7° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De volgende categorieën van persoonsgegevens van de mantelzorger worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;
- 2° de contactgegevens;
- 3° het INSZ-nummer;
- 4° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;
- 6° de technische gegevens over de identiteit van de mantelzorger en zijn gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- 7° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De volgende categorieën van persoonsgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam worden verwerkt voor de verwerkingsdoeleinden, vermeld in artikel 23/2:

- 1° de identificatiegegevens;
- 2° de contactgegevens;
- 3° het INSZ-nummer;
- 4° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° de gegevens over de hoedanigheid van de gebruiker;
- 6° de technische gegevens over de identiteit van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam en hun gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan;
- 7° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De Vlaamse Regering kan, na advies van de bevoegde toezichthoudende autoriteit, vermeld in artikel 4, 21), van de algemene verordening gegevensbescherming, de lijst van gegevens, vermeld in dit artikel, nader preciseren.”.

Art. 27. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/4 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/4. De volgende gebruikers ontvangen bepaalde persoonsgegevens als vermeld in artikel 23/3, conform hun rol in het digitale zorg- en ondersteuningsplan:

- 1° de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 2° de zorgaanbieder;
- 3° de mantelzorger;
- 4° de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 5° de bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst.”.

Art. 28. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/5 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/5. De personen met een zorg- en ondersteuningsnood hebben toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° hun identificatie- en contactgegevens;
- 2° hun INSZ-nummer;
- 3° de identificatie- en contactgegevens van de zorgaanbieders;
- 4° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;
- 5° de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;
- 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 7° de gegevens over hun gezondheid;
- 8° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de personen, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:
 - a) hun sociaaleconomische situatie, op grond van opleiding, beroep en inkomen, die tevens betrekking kan hebben op tegemoetkomingen, en gegevens over hun welzijnstoestand;
 - b) de zorg- en ondersteuningstaken die voor die personen aangewezen zijn;
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die hun graad van zorgbehoefte meten;
 - e) hun levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen;
 - f) de gegevens over hun religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen;
- 9° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 10° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

De zorgaanbieder die lid is van het zorg- en ondersteuningsteam, heeft toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° de identificatie- en contactgegevens van de zorgaanbieders;
- 2° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;
- 3° de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 4° het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 5° de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;
- 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 7° de gegevens over de gezondheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;

- 8° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:
 - a) de sociaaleconomische situatie, op grond van opleiding, beroep en inkomen, die tevens betrekking kan hebben op tegemoetkomingen, van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;
 - e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 9° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 10° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

De mantelzorger heeft toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° de eigen identificatie- en contactgegevens;
- 2° de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 3° het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 4° de identificatie- en contactgegevens van zorgaanbieders;
- 5° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;
- 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 7° de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:
 - a) de sociaaleconomische situatie, op grond van opleiding, beroep en inkomen, die tevens betrekking kan hebben op tegemoetkomingen, van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;
 - e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 8° de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 9° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

De overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam hebben toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° de eigen identificatie- en contactgegevens;
- 2° de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 3° de identificatie- en contactgegevens van zorgaanbieders;
- 4° het erkenningsnummer van de zorgaanbieders;

- 5° de identificatie- en contactgegevens van de mantelzorgers;
- 6° de identificatie- en contactgegevens van de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 7° als de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood daarmee instemt, de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning te verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en die verschillen van de gegevens over gezondheid, namelijk:
 - a) de sociaaleconomische situatie, op grond van opleiding, beroep en inkomen, die tevens betrekking kan hebben op tegemoetkomingen, van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de gegevens over de welzijnstoestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - b) de aangewezen zorg- en ondersteuningstaken voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - c) de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie;
 - d) de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoevendheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;
 - e) de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
 - f) de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 8° de elektronischecommunicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
- 9° de gegevens over de hoedanigheden van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.

De bevoegde dienst die de Vlaamse Regering aanwijst, heeft toegang tot de volgende persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3:

- 1° de technische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorgaanbieder, de mantelzorger en de overige leden van het zorgteam;
- 2° de statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorgaanbieder, de mantelzorger en de overige leden van het zorgteam.”.

Art. 29. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/6 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/6. De rechten van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam, vermeld in artikel 12 tot en met 22 en artikel 34 van de algemene verordening gegevensbescherming, en de beginselen, vermeld in artikel 5 van de voormelde verordening, kunnen conform artikel 23, lid 1, van voormelde verordening worden beperkt om de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van handelingen die tegen de eer en de waardigheid van de uitoefening van gereguleerde beroepen ingaan, te waarborgen. Dit is slechts mogelijk vanaf de ontvangst van het verzoek tot uitoefening van een van deze rechten en voor de duur van het onderzoek, de opsporing en/of de vervolging van handelingen die tegen de eer en de waardigheid van de uitoefening van gereguleerde beroepen ingaan. Dit doet geen afbreuk aan de verplichting die rust op de verwerkingsverantwoordelijke om juistheid van de persoonsgegevens te waarborgen, zoals vermeld in artikel 5, lid 1, d), van de algemene verordening gegevensbescherming.”.

Art. 30. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/7 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/7. §1. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, eerste lid, 1° tot en met 7°, worden maximaal zes maanden na het overlijden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, of na de opschorting van zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan bewaard.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, eerste lid, 8° en 9°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§2. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, tweede lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, tweede lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§3. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, derde lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, derde lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§4. De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, vierde lid, 1° tot en met 5°, worden maximaal zes maanden bewaard nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

De verwerkte persoonsgegevens, vermeld in artikel 23/3, vierde lid, 6° en 7°, worden maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§5. De verwerkte persoonsgegevens over het digitale zorg- en ondersteuningsplan, namelijk de gebruikersprofielen en de contactgegevens van de gebruikers, vermeld in artikel 23/4, worden bewaard voor maximaal zes maanden nadat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood is overleden, of maximaal zes maanden nadat zijn gebruikersprofiel in het digitale zorg- en ondersteuningsplan is opgeschort.

Als de gegevens, vermeld in het eerste lid, technische gegevens zijn, worden die maximaal vijf jaar na de laatste verwerking ervan bewaard.

§6. De Vlaamse Regering kan voor specifieke gegevens een bewaartermijn bepalen die korter is dan de bewaartermijnen, vermeld in paragraaf 1 tot en met 5.”

Art. 31. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/8 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/8. Het Departement Zorg, vermeld in artikel 2, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 mei 2023 over het Departement Zorg is de verwerkingsverantwoordelijke, vermeld in artikel 4, 7), van de algemene verordening gegevensbescherming, voor het beheer van het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

In het kader van andere verwerkingen binnen het digitale zorg- en ondersteuningsplan in het kader van het aanbieden van zorg kunnen het departement, vermeld in het eerste lid, en de zorgaanbieders optreden als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken als vermeld in artikel 26 van de algemene verordening gegevensbescherming. In dat geval leggen ze hun respectieve rollen, verantwoordelijkheden en verplichtingen vast in een overeenkomst conform artikel 26, lid 1, van de algemene verordening gegevensbescherming.

In andere gevallen dan het geval, vermeld in het tweede lid, treden de zorg-aanbieders binnen hun gezondheidsrechtelijke verplichtingen waaraan ze moeten voldoen, op als verwerkingsverantwoordelijke als vermeld in artikel 4, 7), van de voormelde verordening, en het departement, vermeld in het eerste lid, als verwerker als vermeld in artikel 4, 8), van de voormelde verordening.

Het departement, vermeld in het eerste lid, en elke gebruiker die persoonsgegevens ontvangt, conform artikel 23/4, leggen hun onderlinge afspraken over de gegevensuitwisseling schriftelijk vast.

De gebruikers, vermeld in artikel 23/4, zijn verantwoordelijk voor de inhoud die ze ter beschikking stellen en uitwisselen via het digitale zorg- en ondersteuningsplan, en voor het zorgvuldige gebruik van de gegevens die ze verkregen hebben via het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

Het departement, vermeld in het eerste lid, heeft nooit toegang tot een individueel zorg- en ondersteuningsplan van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, noch kan het een individueel zorg- en ondersteuningsplan beheren in het kader van zorg en welzijn. Dit laat de mogelijkheden van het departement, vermeld in het eerste lid, echter onverlet om nodige maatregelen te treffen in het kader van zijn verantwoordelijkheden en plichten als verwerkingsverantwoordelijke.”.

Art. 32. In hetzelfde decreet wordt in dezelfde afdeling 2 een artikel 23/9 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 23/9. Voor de toepassing van deze afdeling neemt het departement, vermeld in artikel 23/8, eerste lid, passende technische en organisatorische maatregelen conform artikel 32 van de algemene verordening gegevensbescherming om een beveiligingsniveau te waarborgen dat op het risico afgestemd is.

In het kader van de toepassing van deze afdeling voldoet het departement, vermeld in artikel 23/8, eerste lid, aan de principes van gegevensbescherming door ontwerp en door standaardinstellingen, vermeld in artikel 25 van de algemene verordening gegevensbescherming.”.

Hoofdstuk 6. Wijziging van het decreet van 3 mei 2019 houdende de sociale kaart

Art. 33. In artikel 2, derde lid, 1°, van het decreet van 3 mei 2019 houdende de sociale kaart worden de woorden “zorg- en ondersteuningsvraag” vervangen door de woorden “zorg- en ondersteuningsnood”.

Hoofdstuk 7. Inwerkingtredingsbepaling

Art. 34. Artikel 1 tot en met 17, artikel 19, en artikel 21 tot en met 33 treden in werking op 1 januari 2025.

De Vlaamse Regering kan voor iedere bepaling, vermeld in het eerste lid, een datum van inwerkingtreding vaststellen die voorafgaat aan de datum, vermeld in het eerste lid.

Brussel, 8 december 2023.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Jan JAMBON

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Hilde CREVITS