

DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

BISNOTA AAN DE LEDEN VAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

Principiële goedkeuring

Bijlagen:

- het principiële goed te keuren voorontwerp van decreet;
- de memorie van toelichting;
- de RIA, goedgekeurd op 13 juli 2018;
- het advies van de Inspectie van Financiën van 17 juli 2018;
- het begrotingsakkoord van 3 september 2018.

1. INHOUDELIJK

A. Situering

De eerstelijnszorg in het Vlaams Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wordt zoals in andere landen geconfronteerd met een aantal uitdagingen en opportuniteiten die daaraan verbonden zijn:

- **Demografische en epidemiologische ontwikkelingen:** mensen worden alsmaar ouder met een toename van het aantal chronische aandoeningen per persoon als gevolg.
- **Wetenschappelijk en technologische ontwikkelingen en hun implicaties voor de betaalbaarheid** van de zorg: door een toename van onze kennis en technologie verkort de hospitalisatieduur, en dit brengt duurdere en complexere behandelingen met zich mee. Deze evolutie opvangen en vertalen naar relevante zorg op maat voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en afstemmen op het beschikbare budget is een grote uitdaging.
- **Globalisering en sociaal-culturele ontwikkelingen** brengen mee dat de diversiteit van de samenleving toeneemt. Personen met zorg en ondersteuningsnood evolueren van patiënten naar kritische, goed geïnformeerde consumenten. De etnische-culturele minderheden in onze maatschappij zorgen voor complexe, diverse zorgsituaties. De gewijzigde loopbanen van burgers zorgen voor een belangrijke impact op de zorg: afname van vrijwilligers, toename van opvangnood, minder beschikbaar zijn van mantelzorgers.

- **De existentiële component van het mens-zijn** wint steeds aan belang. Zinvol en kwaliteitsvol leven, betekenis geven aan activiteiten zijn kernwoorden waarmee personen hun leven richting wensen te geven. Deze diverse set van waarde en normen vertalen naar een passende zorg wint steeds meer aan belang.
- **Op sociaaleconomisch vlak** zijn er verschillen tussen landen onderling maar ook binnen landen zelf is er een verschil in gezondheid tussen verschillende sociale groepen. Ook in ons land is die steeds groter wordende sociale gezondheidskloof aanwezig.

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

In het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019 is een vereenvoudiging van eerstelijnsstructuren en versterking van de eerste lijn opgenomen. Momenteel zijn er diverse netwerkstructuren actief op de eerste lijn. In overleg met de stakeholders, is een operationeel plan opgemaakt voor de versterking, afstemming, vereenvoudiging en integratie van de structuren op de eerste lijn. Er is over de jaren heen een brede consensus gegroeid over de noodzaak van fundamentele hervormingen in de eerste lijn om zowel de tevredenheid van personen met een zorgnood en hun mantelzorgers als de performantie van de zorg te doen stijgen. Bovendien dient zich het historisch unieke momentum aan waarin een hervorming van de ziekenhuissector in dit land samenvalt met de uitvoering van de zesde staatshervorming en, in het bijzonder, met de verwerving van nieuwe hefboomen op het Vlaamse overheidsniveau die een betere afstemming tussen de gezondheidssector en de welzijnssector mogelijk maken. De zesde staatshervorming creëert het momentum voor die uitdaging met de overdracht van de ondersteuning van de gezondheidsberoepen van de eerste lijn en de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg (Huisartsenkringen, Lokale Multidisciplinaire Netwerken, Geïntegreerde Diensten Thuiszorg, de samenwerkingsverbanden palliatieve zorg en de palliatieve multidisciplinaire teams).

Het Vlaams Regeerakkoord onderschrijft het principe dat dit ook impliceert dat de individuele patiënt/cliënt meer moet betrokken worden bij de beslissingen omtrent zijn/haar eigen zorg, dat we hem/haar mee erkennen als expert in zijn/haar eigen aandoening of ondersteuningsnood.

Samen moeten personen met een zorgnood, de zorgverstrekkers en hulpverleners, de voorzieningen die zorg aanbieden, de zorgverzekeraars en de overheid nu de kans grijpen om een gedragen hervorming door te voeren. In wederzijds respect en in een participatief en transparant traject, maar in het volle besef dat we dergelijk momentum wellicht niet meer meemaken.

Om die hervorming gedragen aan te pakken, werd een participatief traject met verschillende werkgroepen met de sector georganiseerd dat uitgemond is in een eerstelijnsconferentie op 16 februari 2017.

Dit veranderingsproces werd in aanloop naar de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017 voorbereid door 6 werkgroepen met de volgende thema's:

1. taakstelling en structuurintegratie;
2. geografische afbakening van de zorgregio's;
3. modellen voor integrale zorg;

4. de patiënt/burger centraal;
5. gegevensdeling en kwaliteit van zorg;
6. innovatie en ondernemerschap in de zorg.

Dit veranderingstraject sluit aan bij andere lopende of nog te initiëren hervormingen, met name: de uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming, de ontwikkeling van een nieuw organisatie- en financieringsmodel voor de ouderenzorg, de implementatie van de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap, de inkanteling van de nieuwe bevoegdheden inzake de geestelijke gezondheidszorg en de verbreding van de scope van de zorgstrategische planning van ziekenhuizen.

Versnippering van bevoegdheden over het federale, regionale en lokale niveau veroorzaken een ongeziene complexiteit. Die complexe organisatie vertaalde zich sinds 2009 in 33 protocolakkoorden, 18 aanhangsels en 12 gemeenschappelijke verklaringen.

Het komt erop aan om het beleid goed op elkaar af te stemmen, om het beleid transparant te kunnen maken voor de zorgactoren en voor de burger en dit om contraproductieve of tegenstrijdige beleidsmaatregelen te vermijden. Bij voorkeur ontstaat er synergie door een goede afstemming van de beleidsmaatregelen op de diverse overheidsniveaus.

Een belangrijk instrument daarvoor is de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Daar worden afspraken gemaakt tussen de federale en regionale ministers.

Er werd in dit kader ook rekening gehouden met het veranderingsproces rond chronische zieken dat de federale overheid in nauwe samenspraak en afstemming met de gemeenschappen wil realiseren. Ook de hertekening van de financiering van de ziekenhuissector en de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (KB 78) zijn belangrijke hervormingen die op het federale niveau plaatsvinden en een substantiële invloed uitoefenen op de organisatie van de eerste lijn.

In de beleidsvisietekst 'naar een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn', geschreven naar aanleiding van de conferentie tot hervorming van de eerstelijnszorg in het Vlaams Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad van 16 februari 2017 en goedgekeurd door de Vlaamse Regering op 17 februari 2017, staan de probleemstelling en doelstelling van dit ontwerp van decreet uitvoerig onderbouwd en beschreven. Een uitgebreid participatief traject met werkgroepen en een wetenschappelijke reflectiekamer gaf invulling aan de inzichten, conclusies en mogelijke acties.

De beleidsvisietekst schetst dan ook de evoluties en beleidsrichting voor de eerstelijnszorg in het Vlaams Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad tussen vandaag en 2025. Dit zal een proces vragen dat op regelmatige tijdstippen geëvalueerd en, desgevallend, bijgestuurd kan worden.

De Vlaamse overheid kiest resoluut voor een paradigmashift: van een aanbodgestuurde zorg naar een vraaggestuurde en integrale zorg en ondersteuning. De behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood vormen het uitgangspunt. Een goede kwaliteit van leven voor en door elke burger moet de ultieme ambitie zijn.

Om dat te realiseren is een vernieuwd wettelijk kader voor de eerste lijn nodig.

B. Doelstelling van het decreet

Het voorliggend voorontwerp van decreet is een eerste stap in een zorgvuldig uitgewerkt traject om een geïntegreerde zorg in de eerste lijn in het Vlaams Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad te ondersteunen.

In het huidig decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders is de zorg vooral aanbodgestuurd, de persoon met zorg- en ondersteuningsnood wordt niet integraal benaderd door de verschillende zorgaanbieders en er is er geen integratie tussen welzijns- en medische zorg.

De toegang tot de zorg is erg versnipperd: eerstelijnsgezondheidszorg, gespecialiseerde gezondheidszorg en welzijn hebben verschillende toegangspoorten. De kennis om de juiste discipline aan te spreken bij de juiste zorg en ondersteuningssituatie wordt niet ondersteund en gestimuleerd. Hierdoor heeft de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood het bijzonder moeilijk om de juiste zorgaanbieder te vinden.

Samenwerkingsinitiatieven worden vrijblijvend door de zorgaanbieders zelf georganiseerd en worden maar beperkt ondersteund.

De internationale literatuur stelt duidelijk dat deze manier van werken geen antwoord biedt op de complexe problemen waarmee beleidsmakers volgende decennia worden geconfronteerd.

Vandaar de keuze om een nieuw voorontwerp van decreet op te maken zodat de opportuniteiten van de zesde staatshervorming kunnen aangegrepen worden en er rekening kan gehouden worden met de beleidsinitiatieven die er al zijn op federaal en gemeenschapsniveau in verband met ouderenzorg, geestelijke gezondheid, financiering, revalidatie, ... Ook wordt de paradigmashift uitgevoerd door de evolutie aan te gaan van aanbod- naar vraaggestuurde zorg.

Op internationaal vlak zijn die problemen vertaald naar de volgende aanpak:

1. De 'Quadruple aim' levert ons 4 richtlijnen om de zorg te verbeteren:
 - a. verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren;
 - b. verbeteren van de gezondheidstoestand op bevolkingsniveau met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid;
 - c. het realiseren voor de patiënt van meer "waarde" op het vlak van gezondheid met e ingezette middelen;
 - d. ervoor te zorgen dat professionelen in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen.

2. Om met die richtlijnen in het achterhoofd een persoonsgerichte en geïntegreerde zorg aan te bieden, stelt de Wereldgezondheidsorganisatie vijf strategieën voor:
 - a. zelfversterking en het betrekken van personen met een zorgnood;
 - b. duidelijke aansturing en verantwoording;
 - c. heroriënteren van het zorgmodel;
 - d. zorgverlening georiënteerd op de noden van personen;
 - e. de stakeholders samenbrengen en faciliteren om de verandering te realiseren.

De behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving) vormen het uitgangspunt van die zorg. Het nastreven van een goede kwaliteit van leven voor en door elke burger is de ultieme ambitie van een integrale zorg en

ondersteuning. Het is essentieel dat professionele (zorg- en ondersteunings-) systemen pas in actie komen wanneer ze nodig zijn en alleen daar waar ze nodig zijn. In een zorgende samenleving is professionele zorg niet voor alles de oplossing, maar treedt ze eerder ondersteunend en aanvullend op ten aanzien van het sociaal netwerk en de eigen kracht van mensen. Integrale zorg en ondersteuning zet sterk in op preventieve actie en de mobilisering van verbindende krachten in de samenleving, zowel voor de persoon met zorg- en ondersteuningsnood als de individuele zorgaanbieder.

In dit voorontwerp van decreet worden de internationale voorstellen omgezet naar een Vlaamse context, zodat de huidige problemen aangepakt worden. Die strategie bevat drie verschillende componenten:

1. *De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood staat centraal*: Door een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meer te betrekken bij de zorg wordt de verandering van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg in gang gezet.

Concreet wordt in dit voorontwerp van decreet de eigen regie van de zorg versterkt door de persoon integraal te benaderen, zelfmanagement te stimuleren en in te zetten op gezondheidsvaardigheden en zelfversterking. De zelfregie zal worden ondersteund door alle informele en formele zorgaanbieders (mantelzorgers, buurtwerking, professionele zorgaanbieders, ...) alsook de actoren uit de welzijnssector (gezinszorg, diensten maatschappelijk werk, lokaal sociaal beleid). De zelfregie wordt ten volle benut door het aanbieden van geïntegreerde zorg en ondersteuning. De coördinatie van geïntegreerde zorg gebeurt afhankelijk van de complexiteit van de zorgsituatie door de persoon zelf, een zorgcoördinator of, in moeilijke zorgsituaties, een casemanager.

2. *De zorgaanbieders ondersteunen en de samenwerking tussen de zorgaanbieders stimuleren* met drie duidelijk afgebakende geografische en organisatorisch afgebakende entiteiten om te evolueren naar een geïntegreerde zorgverlening:
 - a. Op lokaal niveau: door de **zorgraden van de eerstelijnszones** komt het zwaartepunt te liggen op de ondersteuning van de praktijk of de dienstverlening en op de intersectorale samenwerking tussen lokale besturen, welzijn en gezondheid. De eerstelijnszone is de geografische omschrijving van het gebied waarin de lokale besturen en de zorgaanbieders die er hun zorg- en dienstverlening ontwikkelen, hun samenwerking proberen vorm te geven en hun verantwoordelijkheid opnemen voor de populatie van die eerstelijnszone. Eerstelijnszones hebben een populatie van minstens 70.000 inwoners.
 - b. Op regionaal niveau: **het regionale zorgplatform** moet een gebiedsdekkend aanbod verzekeren van expertise dat zich op een hoger niveau dan de eerstelijnszone bevindt: omdat de incidentie voor interventie voldoende groot moet zijn (bv. palliatie). Ook hier is vereenvoudiging en integratie van de structuren en het verhogen van de efficiëntie noodzakelijk. Die regionale zorgplatformen worden zo goed mogelijk afgestemd op de gebieden van de klinische ziekenhuisnetwerken en ze bedienen een populatie in de grootteorde van minimaal 300.000 inwoners. Ze dekken het volledige Vlaamse grondgebied en bestaan uit meerdere eerstelijnszones. Elke eerstelijnszone is onderdeel van slechts één regionaal zorgplatform.

- c. Op Vlaams niveau wordt **het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn** opgericht als partnerorganisatie. Daarin wordt de nodige kennis en expertise samengebracht die de brede eerste lijn kan ondersteunen. Om haar rol goed te vervullen zal het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn een sterke band hebben met de Vlaamse en de federale overheid, onderzoeks- en kenniscentra en universiteiten. De werking van dergelijk Instituut zal afhankelijk zijn van overheidsfinanciering en mee aangestuurd worden door het beleid.

3. *Het voorzien in het voorontwerp van decreet van de mogelijkheid om de randvoorwaarden voor een geïntegreerde zorgverlening verder in te vullen.* In een eerste fase werden de randvoorwaarden zorgvuldig geïnventariseerd via een participatieve en projectmatige aanpak. Actiepunten zijn geformuleerd en opgenomen in verschillende werkgroepen, zodat de hervorming gefaseerd kan worden ingevoerd.

Het betreft een kaderdecreet, met de verschillende grote lijnen van het hervormingstraject. Als voorbereiding voor de opmaak van verschillende uitvoeringsbesluiten werden dertien projecten opgestart.

- Project 1: Vorming eerstelijnszones
- Project 2: Vorming regionale zorgplatforms
- Project 3: Oprichting Vlaams Instituut Eerste Lijn
- Project 4: Multidisciplinaire praktijkvormen en zorgcapaciteit
- Project 5: Zorgcoördinatie en casemanagement
- Project 6: Naar een digitale eerste lijn
- Project 7: Kwaliteitsbeleid en klachtenbeleid
- Project 8: Geïntegreerd breed onthaal
- Project 9: Mantelzorger als volwaardige partner in de eerstelijnszorg
- Project 10: Basisopleiding en permanente vorming
- Project 11: Communicatie over de hervorming van de eerste lijn in het Vlaams Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad
- Project 12: Zorggeletterdheid en participatie
- Project 13: De sociale kaart/platform welzijn en gezondheid

Deze dertien projecten worden verder besproken in werkgroepen. De conclusies van deze werkgroepen dienen daarna voor de opmaak van uitvoeringsbesluiten, zodat de sector en de vertegenwoordiging van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood nauw betrokken is bij dit hervormingstraject.

Door die strategische beleidskeuze zal het eerstelijnsaanbod versterken over de sectoren en beleidsdomeinen heen. De beleidsinitiatieven op de verschillende niveaus worden beter op elkaar afgestemd. Bestaande structuren worden vereenvoudigd. Nieuwe structuren zijn goed herkenbaar en goed toegankelijk.

C. Toelichting bij het decreet

Het voorontwerp van decreet wordt ingevuld vanuit het WGO-model. Dit WGO-model positioneert de mantelzorger, de vrijwilligers en de buurt als eerste beschermende en ondersteunende schil rond de persoon met een zorgnood die centraal staat. Wanneer zorgnoden complexer worden, moet de eerstelijnszorg geactiveerd worden. Gezien de toenemende zorgnoden van een ouder wordende populatie is het van het allergrootste

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

Het decreet omvat de volgende hoofdstukken:

1. Algemene bepalingen met definities

2. Werkingsprincipes voor een persoonsgerichte en geïntegreerde organisatie van de eerstelijnszorg

Het voorontwerp van decreet poneert, op basis van dit model en de inzichten rond een integrale zorg en ondersteuning, een aantal werkingsprincipes voor de zorgaanbieders in de eerstelijnszorg. Wetende dat dit geen regelgeving betreft, acht de Vlaamse Gemeenschap het toch van belang die principes met zoveel woorden in het voorontwerp van decreet te omschrijven. Het is van belang dat zorgaanbieders die principes altijd meedragen bij de organisatie van hun zorg en ondersteuning. Die principes vormen ook de basis voor de opbouw van het verdere ontwerpdecreet en de invulling ervan. Alle maatregelen die de Vlaamse Gemeenschap neemt in het voorontwerp van decreet dienen ertoe de zorgaanbieders te ondersteunen in het realiseren van die werkingsprincipes.

3. Organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag

Het betreft de praktijkvoering met en rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. Die bepalingen vormen de weerslag van de volgende onderdelen in de beleidsvisietekst: de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag in het centrum, regie in eigen handen, informele zorg, het formuleren van zorg- en ondersteuningsdoelen en complexe zorg.

4. Ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering

Dit hoofdstuk voorziet in een decretale basis die het voor de Vlaamse Regering mogelijk maakt om ondersteuningsmaatregelen te nemen voor de onderdelen zorgcapaciteit in de eerste lijn en ondersteuning van interdisciplinaire samenwerking in eerstelijnspraktijkvormen.

5. Zorgraden

Met dit hoofdstuk komen we terecht in het onderdeel van het voorontwerp van decreet dat zich uitspreekt over de ondersteuning en samenwerking van eerstelijnszorgaanbieders op het niveau van de eerstelijnszone. Dit hoofdstuk geeft uiting aan de meest belangrijke hervorming van de eerstelijnszorg. De eerstelijnszorgaanbieders, zelfstandig of georganiseerd, krijgen hier de mogelijkheid om zelf aan het roer te gaan staan van de organisatie van de zorg en zich uit te spreken over organisatie van zorg en ondersteuning en het bijhorende aanbod voor de bevolking in de eerstelijnszone. De evolutie naar een integrale zorg en ondersteuning betekent een grote mentaliteitswijziging voor de eerstelijnszorgaanbieders. Maar ook het zich organiseren in zorgraden en eerstelijnszones vergt een andere manier van denken. Uit de eigen beroepsgroep en

discipline, de eigen kennis, expertise en ervaring loskomen om samen met eerstelijnszorgaanbieders van andere beroepsgroepen en disciplines en organisaties na te denken over zorg- en ondersteuning voor een bevolking, eerder dan voor een individuele persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. De zorgraden krijgen belangrijke opdrachten inzake ondersteuning van informele zorg, buurtgerichte zorg en geïntegreerd breed onthaal, lokaal sociaal beleid, zorgorganisatie op bevolkingsniveau binnen de eerstelijnszone, preventie, digitalisering, innovatie en kwaliteitsbeleid.

6. Regionale zorgplatformen

Door de hervorming naar zorgraden en eerstelijnszones en de intentie om een Vlaams instituut voor de eerste lijn als partnerorganisatie op te richten, moet de organisatie van dit regionale niveau grondig herdacht worden. Zolang de zorgraden en het Vlaams instituut geen stabiele werking en organisatie vertonen, kunnen de regionale zorgplatformen niet definitief vastgelegd worden. Ook de aanwezigheid van de bestaande organisaties op dat niveau en de beleidsintenties om nieuwe structuren in het leven te roepen zoals de geestelijke gezondheidsnetwerken en ziekenhuisnetwerken bemoeilijken het vastleggen van regels voor deze regionale zorgplatformen. In het voorontwerp van decreet worden dus voorzichtig een aantal stappen in de richting van de beleidsvisie genomen.

7. Partnerorganisaties

Hoofdstuk zeven geeft de mogelijkheid aan de Vlaamse Regering om partnerorganisaties te erkennen en te subsidiëren of om er een beheersovereenkomst mee te sluiten. In de beleidsvisietekst wordt duidelijk de oprichting van een Vlaams instituut voor de eerste lijn geopperd. Het is voorlopig onduidelijk of dit de enige partnerorganisatie zal zijn, waaraan de eerstelijnszorg behoefte zal hebben voor ondersteuning. Om die reden wordt het Vlaams instituut niet ingeschreven in het voorontwerp van decreet, maar wel vastgehaakt aan een algemener hoofdstuk rond partnerorganisaties.

8. Organisaties met terreinwerking

De mogelijkheid om organisaties met terreinwerking te erkennen en subsidiëren was al voorzien in het huidige decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. Momenteel worden de huisartsenkringen erkend en gesubsidieerd als samenwerkingsverband op het niveau van de praktijkvoering als uitvoering van het huidige decreet. In het nieuwe voorontwerp van decreet wordt voorzien dat via een uitvoeringsbesluit de huisartsenkringen erkend en gesubsidieerd kunnen worden als organisatie met terreinwerking. De mogelijkheid wordt gegeven om andere voorzieningen te erkennen en te subsidiëren als organisatie met terreinwerking.

9. Projecten

De mogelijkheid wordt voorzien om op een projectmatige manier bepaalde innovatie aspecten in de eerstelijnszorg tijdelijk uit te testen, zonder meteen structurele maatregelen te nemen.

10. Verantwoordingsplicht en toezicht

Dit omvat bepalingen rond de verantwoordingsplicht en het toezicht, de administratieve sancties en procedures rond erkenning en schorsing en intrekking van erkenning.

11. Sancties

Dit omvat bepalingen rond mogelijke sancties indien opdrachten of verplichtingen in het kader van een erkenning of subsidiëring niet nageleefd worden.

12. Procedures voor erkenning, schorsing en intrekking erkenning

Procedures worden vermeld betreffende de erkenning, schorsing en intrekking van de erkenning.

13. Slotbepalingen

Het voorontwerp van decreet vervangt het huidige decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. In de slotbepalingen worden de nodige overgangsbepalingen voorzien voor de organisaties erkend op basis van het decreet van 3 maart 2004 zodat een vlotte overgang naar de nieuwe situatie kan plaatsvinden.

Voor de artikelsgewijze bespreking wordt verwezen naar de memorie van toelichting.

2. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP DE BEGROTING VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Het is pas bij de uitvoering van voorliggend voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de zorgaanbieders, dat de budgettaire impact zal duidelijk worden. Het is de bedoeling om de voorziene subsidiëring in een eerste fase op te vangen met bestaande middelen.

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de huidige begroting en welke middelen hiervan voorzien zijn in het kader van het voorliggend voorontwerp van decreet:

Huidige middelen 2018:

Sector:	Huidige middelen in euro	Begrotingsartikel 2018	Basisallocatie 2018
SEL (1)	2.557.086,92	GE0/1GD-D-2-AB/WT	GE0 GD318 3300
GDT-structureel (2)	1.420.000,00	GE0/1GD-D-2-AB/WT	GE0 GD364 3432
LMN (3)	4.826.439,10	GE0/1GD-D-2-AB/WT	GE0 GD366 3432
<i>totaal</i>	<i>8.803.526,02</i>		
palliatieve netwerken	973.228,40	GE0/1GD-D-2-AB/WT	GE0 GD318 3300
samenwerkingsverbanden inzake palliatieve zorg (PSV)	1.552.828,61	GE0/1GD-D-2-AB/WT	GE0 GD365 3432

geestelijke gezondheidsnetwerken	1.310.541,46	GE0-1GDD2LA-WT	1GD37900
expertisecentra dementie	1.723.000,00	GE0-1GHD2AB-WT	1GD325
Logo's	6.634.030,00	GE0-1GDD2AE-WT	GD 330
<i>totaal</i>	<i>12.193.628,47</i>		
		GE0/1GD-D-2- AB/WT	
Eénlijn	966.923,10	GE0/1GD-D-2- AB/WT	GE0 GD347 1211
Vlaams Expertisepunt Mantelzorg	300.000,00	GE0-1GHD2AB-WT	1GD329
<i>totaal</i>	<i>1.266.923,10</i>		
huisartsenkringen (HAK)	2.348.651,51	GE0/1GD-D-2- AB/WT	GE0 GD368 3300
<i>totaal</i>	<i>2.348.651,51</i>		
GDT-MO fysiek +coma	406.914,73	GE0/1GD-D-2- AB/WT	GE0 GD364 3432
GDT-PSY	907.767,74	GE0/1GD-D-2- AB/WT	GE0 GD364 3432
<i>totaal</i>	<i>1.314.682,47 (4)</i>		
impulsfonds-leningen	3.565.000,00	GE0-1GDD2AB-PA	GE0 GD371 8112
impulsfonds- premie/secretariaat/steunpunten	18.893.000,00	GE0/1GD-D-2- AB/WT	GE0 GD369 3432
impulsfonds - PFV	249.696,00	GE0/1GD-D-2- AB/WT	GE0 GD370 1211
<i>totaal</i>	<i>22.707.696,00</i>		

Situatie op vandaag:

1 Van het huidig budget van de SEL's gaat ongeveer 60% naar personeel. Ongeveer 30% van de middelen wordt besteed aan vergoeding van taken ikv multidisciplinaire opvolging en overleg die niet voldoen aan de GDT-regelgeving (cf 4).

2 Van het huidig budget van de GDT's gaat ongeveer 80% naar personeel.

3 Van het huidig budget van de LMN's gaat ongeveer 72% naar personeel.

4 De GDT-financiering ikv multidisciplinair overleg bestaat uit verschillende onderdelen waarvan de regels via federale regelgeving bepaald werden en tot op heden nog steeds gelden:

Bepaalde taken ikv multidisciplinaire opvolging en overleg rond bepaalde patiëntengroepen (psychiatrische patiënten, comapatiënten en patiënten waarbij owv de complexe problematiek verschillende zorgverstrekkers betrokken zijn en waarvan de patiënten en het overleg aan bepaalde voorwaarden voldoen) kunnen vergoed worden. Per patiëntengroep zijn er verschillende criteria voor verschillende taken die kunnen in aanmerking komen voor vergoeding.

De uitbetaling voor deze taken gebeurt obv een factuur opgesteld door de GDT. De ziekenfondsen zorgen voor de uitbetaling van de RIZIV-zorgverstrekkers. De middelen voor niet-RIZIV zorgverstrekkers worden toegekend aan de GDT. De GDT heeft hiervoor een RIZIV-nummer en zorgt vervolgens voor de uitbetaling aan de niet RIZIV-zorgverleners. De GDT ontvangt een keer per jaar per patiënt een vergoeding voor deze administratie van het RIZIV.

Het gunstig advies van de Inspectie van Financiën werd verleend op 17 juli 2018.

Het begrotingsakkoord werd verleend op 3 september 2018.

Hogervermeld begrotingsakkoord werd verleend, mits:

- de budgettaire gevolgen van de nieuwe structuren duidelijk worden verantwoord bij de uitvoering van dit decreet;
- de budgettaire impact wordt opgevangen binnen de beschikbare kredieten en geen aanleiding tot een meevraag geeft.

Deze voorwaarden zullen worden nagekomen.

3. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP DE LOKALE BESTUREN

1. Weerslag op personeel

De lokale besturen zijn verplichte partners bij de Zorgraden van de eerstelijnszones en er wordt van hen verwacht dat ze een vertegenwoordiging verzekeren. De mate waarin daarvoor personeel wordt ingezet is een keuze van het lokaal bestuur. De samenstelling van de Zorgraden wordt in een uitvoeringsbesluit verder geconcretiseerd.

2. Weerslag op werkingsuitgaven

De lokale besturen voeren mee de opdrachten van de Zorgraden eerstelijnszones uit aangezien ze een van de verplichte partners zijn van de Zorgraad. Het is een keuze van het lokaal bestuur om daarvoor specifieke werkingsuitgaven te voorzien.

3. Weerslag op investeringen en schulden: nihil.

4. Weerslag op ontvangsten: nihil.

Conclusie: het voorontwerp van decreet heeft een weerslag op de lokale besturen, vooral omdat ze één van de vereiste partners zijn in de toekomstige Zorgraden van de eerstelijnszones. De effectieve impact op budgettaire en personeelsvlak kan alleen geconcretiseerd worden in de uitvoeringsbesluiten van dit decreet.

4. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP HET PERSONEELSBESTAND EN DE PERSONEELSBUDGETTEN

Het voorstel van beslissing heeft geen weerslag op het personeelsbestand en op de personeelsbudgetten, zodat het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor het algemeen beleid inzake personeel en organisatieontwikkeling, niet vereist is.

5. KWALITEIT VAN DE REGELGEVING

1. Het bijgaande voorontwerp van decreet werd aangepast aan het wetgevingstechnisch en taalkundig advies nr.2018/335 van 13 juli 2018.

Artikel 3 en 4 worden voor de duidelijke lezing en om het toepassingsgebied duidelijk te omschrijven, behouden.

Er wordt niet ingegaan op de suggestie om in de definitie van het begrip zorg- en ondersteuningsvraag het woord 'nood' te vervangen door 'behoefte'. Dit om de consistentie met begripsomschrijvingen van het nieuwe Woonzorgdecreet en het decreet Geestelijke Gezondheid te behouden.

Het hervormingstraject is vertaald naar 13 projecten, met telkens verschillende werkgroepen met vertegenwoordiging vanuit de sector, het Agentschap Zorg en Gezondheid en de bevoegde Vlaamse minister. In die werkgroepen wordt er per thema concreet nagegaan hoe de visietekst, die door de Vlaamse Regering werd goedgekeurd op 17 februari 2017, kan omgezet worden naar praktische maatregelen. Er wordt zeker over gewaakt dat de delegatieregels gerespecteerd worden bij de opmaak van de uitvoeringsbesluiten.

Vandaar dat de volgende bepalingen behouden blijven: artikel 6, §1, derde lid, en §2, derde en vierde lid en §4; artikel 7, §4, en artikel 8; artikel 10, §2 en §3; artikel 11; artikel 12, derde lid; artikel 15, tweede en derde lid; artikel 16, derde lid; artikel 17, derde lid; artikel 19, §1, tweede en derde lid, en §2, derde lid, 4^o; artikel 20, tweede en derde lid; artikel 22; artikel 23, tweede lid; artikel 24, derde lid; artikel 28, eerste lid;

2. Samenvatting RIA

De voorliggende RIA onderzoekt de volgende opties:

Optie 1: de nuloptie, het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders blijft ongewijzigd;

Optie 2: een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn;

Optie 3: een beleid met een éézijdige focus op medische zorg.

Optie 2 wordt verkozen omdat het antwoorden biedt op de toekomstige maatschappelijke, demografische, technologische en andere uitdagingen. Deze optie optimaliseert samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders rond de centraal geplaatste persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. De nuloptie houdt in dat er niet ingegaan worden op de uitdagingen in de eerstelijnszorg.

De derde optie beperkt zich tot de eerstelijnsgezondheidszorg, zonder samenwerking met de welzijnszorg en zonder rekening te houden met een geïntegreerde zorgverlening waar de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte centraal staat.

Op 13 juli 2018 werd positief advies gegeven over de RIA.

3. Joker-toets

In de RIA werd een Joker toets opgenomen.

Dit voorontwerp van decreet richt zich niet specifiek tot jongeren onder de 25 jaar. De impact op die specifieke doelgroep is dan ook gelijkaardig als voor elke andere Vlaming. Integrale zorg, met de persoon met een zorg en ondersteuningsvraag centraal, is de basisdoelstelling van dit voorontwerp van decreet.

Dit is de context waarin de jongere als specifieke doelgroep aansluit bij dit voorontwerp van decreet. Samen met het internationaal kinderrechtenverdrag, het decreet rechtspositie van de minderjarige in de jeugdhulp en decreet Integrale jeugdhulp vormt dit voorontwerp van decreet een solide basis om de jongere voldoende inspraak- en beslissingsrecht te geven om de zorg af te stemmen op zijn specifieke wensen.

De verschillende opties worden voor de verschillende doelgroepen in deze JOKER afgewogen aan de vier voornaamste beginselen van het kinderrechtenverdrag:

1. non-discriminatie;
2. belang van het kind;
3. recht op leven, overleven en ontwikkeling;
4. recht om gehoord te worden in aangelegenheden die het kind aanbelangen.

Op 19 juli werd positief advies gegeven over de Joker-toets.

4. Armoede

In de RIA is een luik over armoede opgenomen.

In het armoedebelief is iedereen betrokken partij: de persoon met een zorg en ondersteuningsvraag in armoede en zijn mantelzorger, de gezondheidszorg en de welzijnssector.

Door de afstemming te bevorderen tussen die partijen zal dit decreet een basis bieden om: het verband tussen sociale ongelijkheid, armoede en gezondheid zichtbaar te maken

1. dit verband bespreekbaar te maken;
2. en tenslotte een op maat gemaakt plan van aanpak op te stellen voor deze zeer specifieke armoede- en gezondheidsproblematiek;
3. een equity focus brengen bij de zorg-professionelen.

Om de focus op armoede in het voorontwerp van decreet niet te verliezen, wordt tijdens het hervormingstraject continu aandacht en input gevraagd aan de belangrijkste stakeholders voor meest kwetsbare personen in onze samenleving.

Op 19 juli werd positief advies gegeven over het aspect van armoede.

6. VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering beslist:

- 1° haar principiële goedkeuring te hechten aan het bijgaande voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en aan de bijhorende memorie van toelichting;
- 2° de Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen en voor het gezondheidsbeleid, te gelasten over voornoemd voorontwerp van decreet het advies in te winnen van:
 - a) de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG), met verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van dertig dagen;
 - b) de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV), met verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van één maand;
 - c) de Gegevensbeschermingsautoriteit, met het verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van zestig dagen;
 - d) de Vlaamse toezichtcommissie voor het elektronische bestuurlijke gegevensverkeer, met verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van zestig dagen.

Jo VANDEURZEN
Vlaams minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin