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

MEMORIE VAN TOELICHTING

A. Algemene toelichting

1. Situering

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 aangenomen door de Vlaamse Regering op 17 februari 2017, staan de probleemstelling en doelstelling van dit voorontwerp van decreet uitvoerig beschreven en onderbouwd. Een uitgebreid participatief traject met werkgroepen en een wetenschappelijke reflectiekamer gaf invulling aan de inzichten, conclusies en mogelijke acties.

In deze memorie worden de hoofdlijnen uit deze hervorming kort aangehaald.

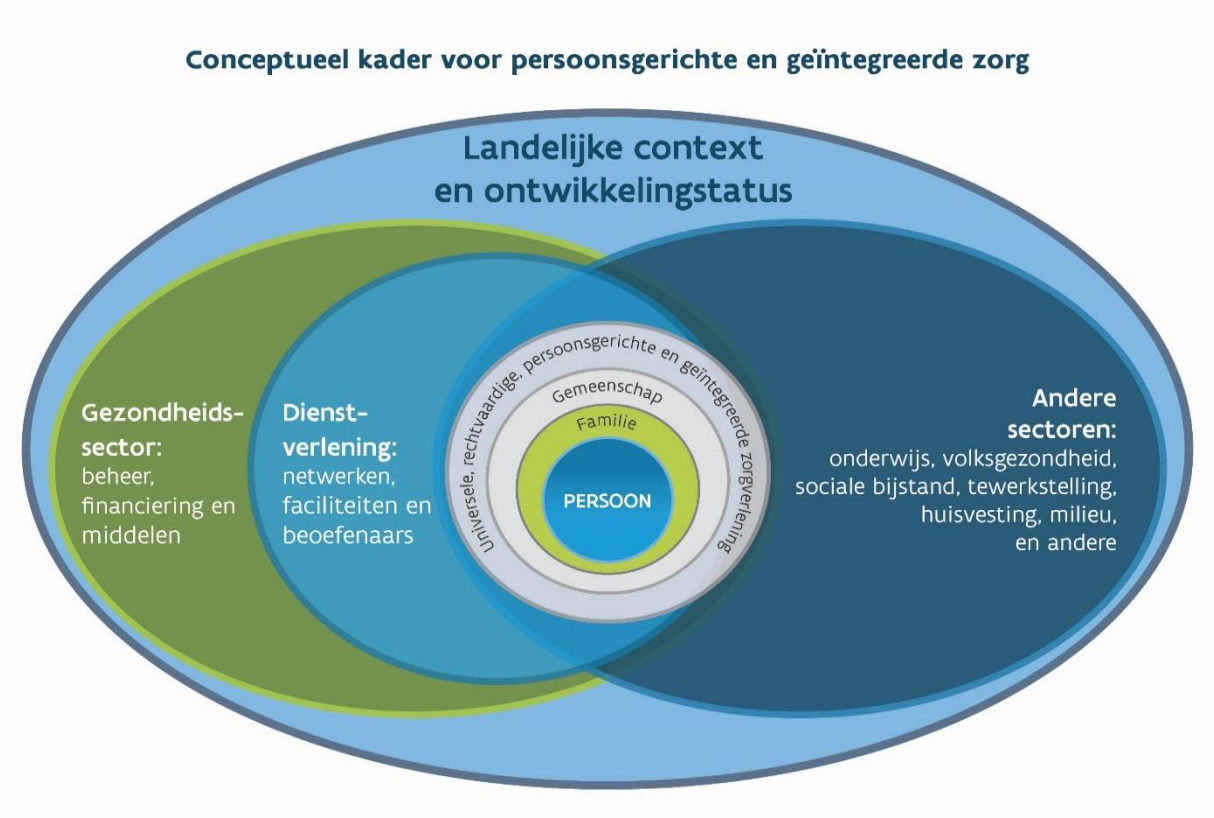
In het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019 is een vereenvoudiging van eerstelijnsstructuren en versterking van de eerste lijn opgenomen. Er is over de jaren heen een brede consensus gegroeid over de noodzaak van fundamentele hervormingen in de eerste lijn om zowel de tevredenheid van personen met een zorgnood 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 hefbomen op het Vlaamse overheidsniveau die een betere afstemming tussen de gezondheidssector en de welzijnssector mogelijk maken.

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 zorg- en ondersteuningsvraag, 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 snel meer meemaken. 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.

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 zorg- en ondersteuningsvraag die centraal staat. Wanneer zorg- en ondersteuningsvragen complexer worden, moet de eerstelijnszorg geactiveerd worden. Gezien de toenemende zorg- en ondersteuningsvragen 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 vlak van gezondheid verminderen door de toegankelijkheid van zorg te optimaliseren en een signaalfunctie op te nemen.



Het voorontwerp van decreet poneert, op basis van dit model en de inzichten rond een integrale zorg en ondersteuning, een aantal werkingsbeginselen voor de zorgaanbieders in de eerstelijnszorg. Wetende dat dit geen regelgeving betreft, acht de Vlaamse Gemeenschap het toch van belang die beginselen met zoveel woorden in het voorontwerp van decreet te omschrijven. Het is van belang dat zorgaanbieders deze beginselen altijd meedragen bij de organisatie van hun zorg en ondersteuning. Die beginselen vormen ook de basis voor de opbouw van het verdere voorontwerp van decreet 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 werkingsbeginselen.

Allereerst wordt, in hoofdstuk drie, ingegaan op de organisatie van de eerstelijnszorg. Hier betreft het 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.

Hoofdstuk vier wil een (gedeeltelijk) antwoord bieden op onderdelen zorgcapaciteit in de eerste lijn en ondersteuning van eerstelijnspraktijkvormen.

Hoofdstuk vijf vertaalt het onderdeel 'de eerstelijnszone' in regelgeving. Met dit hoofdstuk komen we terecht in het onderdeel van het decreet dat zich uitspreekt over de ondersteuning van zorgaanbieders. Dit hoofdstuk geeft uiting aan de meest belangrijke hervorming van de eerstelijnszorg. De zorgaanbieders, 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 zorgaanbieders. 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 zorgaanbieders 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.

Hoofdstuk zes regelt de regionale zorgplatformen en de regionale zorgzones. 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.

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.

Hoofdstuk acht vormt het sluitstuk van het onderdeel 'ondersteuning van de zorgaanbieders in de eerste lijn', door de mogelijkheid te bieden organisaties met terreinwerking te erkennen en subsidiëren. Een mogelijkheid die in het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders ook al bestond en hier overgenomen wordt.

Hoofdstuk negen biedt de mogelijkheid om op een projectmatige manier bepaalde innovatie aspecten in de eerstelijnszorg tijdelijk uit te testen, zonder meteen structurele maatregelen te nemen.

Hoofdstuk tien regelt de verwerking van de gegevens in het kader van het zorg- en ondersteuningsplan. De categorieën van verwerkte gegevens, de doeleinden, de verwerkingsverantwoordelijken en de bewaartermijn worden hierin bepaald.

Dit voorontwerp van decreet bevat ook bepalingen rond de verantwoordingsplicht en het toezicht, de administratieve sancties en procedures rond erkenning en schorsing en intrekking van erkenning.

Tot slot wordt voorzien in overgangsbepalingen en bepalingen rond inwerkingtreding. Het voorontwerp van decreet start niet met een blanco blad, maar bouwt voort op een bestaand decreet van 2004. Hierdoor zagen bepaalde initiatieven het levenslicht en moet voorzien worden in een gepaste termijn om te kunnen overgaan naar een nieuwe situatie.

Het voorontwerp van decreet vormt een noodzakelijke tussenstap in een langetermijndoelstelling, namelijk de totstandkoming van een sectoroverschrijdend en ontschot “decreet langdurige zorg en ondersteuning”. Om deze langetermijndoelstelling te realiseren zijn tussenstappen nodig. Dit

voorontwerp van decreet is daar één van, en spoort samen met de realisatie van de Vlaamse sociale bescherming, een actualisering van het Woonzorgdecreet, een nieuw decreet geestelijke gezondheidszorg en een nieuw decreet lokaal sociaal beleid.

2. Advies strategische adviesraden

A. Advies van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV)

De SERV plaatst in haar advies van 15 oktober 2018 bedenkingen bij de sterke nadruk op zelfzorg en mantelzorg en wijst op de gevaren voor kwetsbare personen en de combinatie zorg en arbeid. Ook stelt de SERV zich de vraag op welke wijze het decreet sociale ongelijkheden wil verminderen en de financiële toegankelijkheid wil waarborgen.

In het ontwerpdecreet wordt inderdaad vanuit een integrale benadering uitgegaan dat de persoon centraal staat en een grote regie wordt toebedeeld over zijn zorg en ondersteuning. Het is aan de zorgaanbieders om de persoon te omkaderen en te ondersteunen om die regie zo goed mogelijk op te nemen (cfr. supra conceptueel kader voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg). Bestaat de wil of de mogelijkheid niet bij de persoon, dan neemt een zorgaanbieder een grotere ondersteunende rol op. Echter nooit door in de plaats van de persoon te treden en de beslissingen rond zijn zorg en ondersteuning voor hem of haar te nemen. Dat deze elementen in het decreet heel cruciaal en belangrijk zijn, blijkt uit de afzonderlijke projecten die hiervoor opgestart werden, net om de contouren en voorwaarden van deze regie, die zelfzorg en mantelzorg, gezondheidsgeletterdheid en zo verder grondig uit te werken. De uitvoering van dit decreet zal een vertaling zijn van de resultaten van deze projecten. De aspecten rond de 'persoon centraal' zitten verweven in de organisatie van de zorg en ondersteuning door de zorgaanbieders en in de werking van de ondersteunende structuren zoals de zorgraad, het regionaal zorgplatform, de partnerorganisaties en de organisaties met terreinwerking.

B. Advies van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SAR WGG)

De SAR WGG is in haar advies van 30 oktober 2018 globaal positief over het voorontwerp, maar stelt een aantal vragen en signaleert verbeterpunten.

Zo moet nog meer nadruk gelegd worden op de verschuiving naar een populatiegerichte, proactieve benadering, waarbij de integratie van eerstelijnszorg en volksgezondheid nog meer moet gemaakt worden. Preventie moet daarom zo dicht mogelijk bij het lokale niveau gebracht worden, door de Logo's te laten functioneren op het niveau van de eerstelijnszone.

De zorgraden moeten een belangrijke hefboom vormen in het verbinden van eerstelijnszorg en volksgezondheid. Door de zorgraad te laten werken vanuit een analyse van de noden en behoeften van de bevolking binnen de eerstelijnszone kunnen binnen de zorgraad gerichte initiatieven genomen worden rond de afstemming van het aanbod aan zorg en ondersteuning op deze behoeften en noden. Preventie, vroegdetectie en vroeginterventie moeten daarbij een duidelijke plaats krijgen in de initiatieven van de zorgraad en in de organisatie van de zorg en ondersteuning, verleend door de zorgaanbieders in de eerstelijnszone. Om die reden worden preventie, vroegdetectie en vroeginterventie als werkingsprincipes ingeschreven in artikel 4.

De raad stelt dat de verantwoordelijkheid van de zorgraad voor de populatie te vrijblijvend is. In het decreet zijn algemene bepalingen opgenomen die door de Vlaamse Regering verder bepaald zullen worden in een uitvoeringsbesluit op de zorgraden. Hierin zal de verantwoordelijkheid van de zorgraad duidelijk geformuleerd worden.

De raad merkt op dat het voorontwerp een link mist naar andere decreten zoals de Vlaamse sociale bescherming, woonzorg, geestelijke gezondheid en preventie. Deze afstemming zal zich vooral uiten in de uitvoering van het decreet.

De raad ziet niet echt een vereenvoudiging van structuren. Veel middelen gaan naar het opzetten van structuren en niet naar de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. Er wordt ook geen melding gemaakt van welke middelen zullen ingezet of vrijgemaakt worden voor de hervorming. De uitvoering van het decreet zal ook hier duidelijk maken dat er toch sprake is van vereenvoudiging. Zo zullen de SEL's, GDT's en LMN's overgaan in een werking op het niveau van de eerstelijnszone binnen de zorgraad. De werkgebieden van zowel structuren op eerstelijnszoneniveau als op regionale zorgzoneniveau worden afgestemd, wat ook een vereenvoudiging betekent in de werking van deze structuren. De ingezette middelen, waarvoor een groeiscenario zal voorzien worden, zullen rechtstreeks of onrechtstreeks de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag ten goede komen.

De raad geeft aan dat een samenwerking nodig is met de federale overheid. Deze samenwerking zal gerealiseerd en geconsolideerd worden door de belangrijkste overlegorganen, zoals Interkabinettenwerkgroepen en de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

De Raad vraagt een investering in het geïntegreerd breed onthaal. Het geïntegreerd breed onthaal (GBO) is een belangrijk initiatief om binnen de eerstelijnszone te komen tot een proactieve, doelgerichte organisatie van een integrale zorg en ondersteuning. Dit decreet haakt zich daarom ook expliciet vast aan het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid. Het is niet de bedoeling van de zorgraad om in de plaats te treden van de lokale besturen en hun opdracht rond GBO en het lokaal sociaal beleid. Wel wordt er in het decreet een belangrijke synergie tussen deze opdrachten en de werking binnen de eerstelijnszone vooropgesteld. Het GBO is een onderdeel van de zorg en ondersteuning, die door de zorgraad moet afgestemd worden op de behoeften en noden van de bevolking in de eerstelijnszone. De meerwaarde van de zorgraad zit in de vereniging van alle actoren, niet enkel zij die het GBO zelf zullen realiseren maar ook de actoren die het basisaanbod, achterliggend aan het GBO, zullen verzorgen. Het draagvlak voor het GBO en de werking ervan, zal groter zijn door binnen de zorgraad de contouren en voorwaarden van het GBO te bespreken.

De raad vraagt dat er spoedig werk gemaakt wordt van de concretisering in uitvoeringsbesluiten met een duidelijk tijdspad. Deze noodzaak wordt erkend. Er wordt momenteel gewerkt aan een uitvoeringsbesluit voor de erkenning en subsidiëring van de zorgraden.

De raad stelt een aanpassing voor van de definitie van het begrip 'eerstelijnszone'. Hierop wordt niet ingegaan, omdat de eerstelijnszone als gebied verbonden wordt aan de zorgraad en deze verbondenheid in de huidige definitie voldoende tot uiting komt.

De raad stelt ook aanpassingen voor van de definities van 'zorg- en ondersteuningsdoel' en 'zorg- en ondersteuningsvraag'. In beide gevallen betreft het definities die afgestemd werden met het Woonzorgdecreet waardoor er niet ingegaan wordt op de vraag naar aanpassing.

De raad vraagt een toevoeging van de uitgangspunten relevantie, innovatie en duurzaamheid in werkingsprincipe zes rond het kwaliteitsdenken. Deze toevoeging wordt aanvaard.

De raad vraagt om het onderscheid tussen multidisciplinaire en interdisciplinaire samenwerking toe te voegen aan de definitielijst. Enkel het begrip 'interdisciplinair' kan toegevoegd worden, gezien ervoor gekozen wordt om die term zoveel als mogelijk te hanteren in het decreet. Een begrip dat niet of slechts eenmalig voorkomt, kan niet opgenomen worden in de lijst van definities. Definitie van het begrip 'interdisciplinair' wordt toegevoegd in artikel 2. De term 'multidisciplinair' wordt vervangen door 'interdisciplinair' in artikel 6. De term 'multidisciplinair' wordt gebruikt in artikel 11. Daar wordt een definitie ingevoegd van dit begrip, om het verschil te kaderen met de definitie van 'interdisciplinair'.

De raad heeft een bezorgdheid over de uitvoering van artikel 6 en artikel 7, meer bepaald over de financiering van zorgcoördinatie en casemanagement. Een projectgroep buigt zich momenteel over de voorwaarden voor deze financiering. Een uitvoeringsbesluit zal hiervan de neerslag vormen.

De raad merkt op dat in de artikelsgewijze toelichting in de memorie van artikel 8 een foutieve bewering vermeld wordt rond wijkgezondheidscentra en multidisciplinaire groepspraktijken. Dit onderdeel van de tekst wordt geschrapt, omdat het ook geen relevante informatie toevoegt aan de toelichting bij dit artikel.

De raad stelt een aantal vragen over de werking van de zorgraden en de samenhang met de regionale zorgplatformen. Ook de verhouding tussen de zorgraad en de lokale besturen roept vragen op.

Het decreet blijft hierover inderdaad slechts algemeen. Pas in een uitvoeringsbesluit rond de zorgraden zullen de bepalingen in het decreet concreet vorm krijgen. De zorgraden bieden een uniek forum om over de organisatie van zorg en ondersteuning voor een afgebakende bevolking, namelijk binnen de eerstelijnszone en zo nodig tot op niveau van specifieke doelgroepen of wijken, na te denken en concrete acties te bepalen. Dit forum is uniek omwille van zijn samenstelling, waarin lokale besturen samen met gezondheids- en welzijnszorgaanbieders en vertegenwoordigers van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en zijn mantelzorger op evenwaardige wijze met elkaar visie en initiatieven ontwikkelen ten behoeve van de bevolking.

Door de vereniging in een zorgraad krijgen de verschillende betrokken partijen de kans elkaar te leren kennen en zo dichter naar elkaar toe te groeien in een gedeelde visie over de organisatie van zorg en ondersteuning. Door te vertrekken van een foto van de behoeften en noden van de bevolking in de eerstelijnszone zal ook duidelijk worden dat bepaalde problematieken of doelgroepen niet vanuit één partij kunnen benaderd worden, maar juist een doorgedreven samenwerking en afstemming zullen vragen om resultaatgericht te zijn.. Werkgroepen binnen de zorgraad kunnen zorgen voor een concretisering van de acties die binnen de zorgraad geformuleerd worden, bijvoorbeeld over het organiseren van buurtgerichte zorg. De verantwoordelijkheid om de acties uit te voeren, ligt bij de diensten, organisaties en zelfstandige zorgverstrekkers binnen de eerstelijnszone. Bepaalde acties die binnen de zorgraad afgesproken worden, zullen door de lokale besturen meegenomen moeten worden naar hun gemeentebestuur om daar de actie te laten valideren. Dezelfde werkwijze is het geval met de andere betrokken actoren in de zorgraad. Zo ontstaat er een draagvlak voor uitvoering van de acties die op het niveau van de eerstelijnszone afgesproken zijn. De lokale besturen kunnen de acties verder consolideren en uitwerken binnen hun lokaal sociaal beleid op gemeenteniveau. Dat is de betekenis van de 'ondersteuning' die de zorgraad in artikel 11, 2°, zal bieden.

De raad vraagt om het klachtenbeleid in het decreet in te schrijven. Het is momenteel nog onduidelijk hoe dit klachtenbeleid er kan uitzien. Zoals de raad weet, is de bevoegdheid van de Vlaamse overheid beperkt tot de organisatie van de zorg en ondersteuning en de samenwerking tussen zorgaanbieders. De

organisaties en diensten erkend door de Vlaamse overheid hebben reeds de opdracht een kwaliteitsbeleid met klachtenbehandeling op te stellen over hun eigen werking. Zo ook hebben de gezondheidszorgberoepen binnen het Koninklijk Besluit nr. 78 deze opdracht. De zorgraad kan de uitvoering van het klachtenbeleid enkel ondersteunen, omdat de uitvoering ervan bij de zorgaanbieders zelf ligt. De ondersteuning is dus eerder een faciliterende rol, ervoor zorgen dat de klachtenbehandeling opgenomen wordt en mogelijk gemaakt wordt. Vanuit de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid door het VIVEL kan een klachtenbehandelingssysteem ontworpen worden, die op niveau van de zorgraden moet gerealiseerd worden.

De raad stelt zich de vraag op welke wijze de zorgraad impact zal hebben op de aanbodzijde van de zorg en ondersteuning. Dit is een terechte vraag. Bepaalde organisaties zijn afhankelijk van programmatie. Toch is het de bedoeling dat de zorgraad kritisch kijkt naar de behoeften en noden van de bevolking en het aanbod dat daar op dat moment tegenover staat. Als hierin hiaten of overlap zit, moet een voorstel geformuleerd worden naar het regionale zorgplatform over een betere afstemming van vraag en aanbod. Op het regionale zorgplatform kan dit voorstel bekeken en besproken worden op een hoger niveau, waardoor uitgezoomd wordt op het aanbod tot op niveau van een regionale zorgzone. Hierdoor kunnen bepaalde voorstellen van afstemming aangepast of genuanceerd worden, omdat ook het aanbod aan gespecialiseerde zorg en ondersteuning aan de oefening toegevoegd wordt. Dit is waar de opdracht in artikel 16, 2°, van de regionale zorgplatformen over gaat.

Als de oefening door zowel de zorgraden als de regionale zorgplatformen, waar verschillende zorgraden verenigd zijn, afgerond is, wordt deze kenbaar gemaakt aan de Vlaamse overheid. Zo kan er op beleidsniveau van onderuit input komen over dit aanbod en kan de Vlaamse overheid hier de nodige maatregelen rond nemen. Wat de zorgaanbieders met RIZIV-nummer betreft, zal de samenwerking met de federale overheid noodzakelijk zijn.

De raad geeft aan toch snel voortgang te maken met de ontwikkelingen rond de eerstelijnszones en het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn, zodat ook de regionale zorgzones snel vorm kunnen krijgen. De raad meent dat het regionale niveau slechts een overlegniveau moet zijn en geen ondersteuningsniveau. De expertisecomponent van organisaties op het regionale niveau moet naar het Vlaamse niveau getild worden. De ondersteunende component naar zorg en ondersteuning moet naar de eerstelijnszone gebracht worden. De raad vraagt een meer doorgedreven integratie van de structuren op het regionale niveau. De term 'regionale zorgzone' is een ongelukkige benaming omdat die suggereert dat op dat niveau zorg wordt verstrekt. Echter zal hier hoofdzakelijk overleg gepleegd worden.

De vorming van de regionale zorgzones wordt voorbereid. De raad geeft echter zelf aan dat de weg van de geleidelijkheid moet bewandeld worden in dit grote hervormingsproces. Om die reden wordt in het decreet een voorzichtige eerste stap ingeschreven naar meer afstemming en samenwerking tussen de bestaande organisaties op het regionale niveau. De afstemming in de uitvoering van de opdrachten rond bepaalde doelgroepen zal al een grote meerwaarde betekenen voor de zorgaanbieders, die met de informatie, adviezen, vormingen en methodieken benaderd worden.

Een belangrijke andere meerwaarde is de verbinding tussen de zorgstrategische planning van de ziekenhuizen en de organisatie van de zorg en ondersteuning in de eerste lijn. Bij de opdrachten van het regionale zorgplatform staat de opdracht geformuleerd in artikel 16, 1°, rond de advisering over de afstemming van het aanbod op de behoeften van de bevolking aan het Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Hiermee wordt onder meer de zorgstrategische

planning van de ziekenhuizen bedoeld. Binnen de netwerken van ziekenhuizen, die in wording zijn, moet onder meer nagedacht worden over het inplannen van de basisspecialistische diensten en competenties. Het zijn deze diensten en competenties die moeten ingepland worden in afstemming met de behoeften en noden van de bevolking in de regionale zorgzone en met het aanbod aan zorg en ondersteuning in die zone. Op dit niveau kan ook de afstemming gebeuren met diensten en organisaties die niet op het niveau van de eerstelijnszone georganiseerd zijn.

De raad vindt het oprichten van het VIVEL als partnerorganisatie conceptueel zwak en stelt zich vragen bij de voorbeelden die gegeven worden van andere toekomstige partnerorganisaties. De oprichting van VIVEL als voornaamste partner van de Vlaamse overheid is cruciaal. De intentie blijft om binnen het VIVEL zoveel mogelijk afstemming en coördinatie te realiseren tussen de verschillende expertiseorganisaties op Vlaams niveau. Toch biedt het werken met een uitvoeringsbesluit als partnerorganisatie, de nodige flexibiliteit om met deze expertiseorganisaties om te gaan in een snel evoluerende beleidscontext. Het inschrijven van belangrijke elementen zoals samenstelling, opdrachten en financiering van het VIVEL in het decreet zou bij wijzigingen ook een decreetsaanpassing vergen.

De raad vraagt de ambitie om niet enkel organisaties met terreinwerking te erkennen en subsidiëren maar vooral te investeren in innovatie binnen de eerstelijnszones zelf. Door de zorgraden te versterken, wordt ook terreinwerking ondersteund. Deze redenering wordt zeker gevolgd. De nodige investering in een kwaliteitsvolle werking van de zorgraden zal verzekerd worden.

De raad vraagt welke uitwerking van dit decreet de Vlaamse Regering in Brussel voor ogen heeft. Voor de uitwerking van het decreet wordt er met zowel de Vlaamse Gemeenschapscommissie als met de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie afgestemd.

C. Advies Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
De GBA gaf ongunstig advies op 7 november 2018 omdat het voorontwerp van decreet niet de noodzakelijke waarborgen biedt voor de bescherming van de persoonsgegevens van de betrokkenen. Volgende elementen ontbraken: de rechtsgrond voor de verwerking van de gezondheidsgegevens, de categorieën van verwerkte gegevens, de verwerkingsverantwoordelijke en de bewaartermijn van de gegevens.

Naar aanleiding van dit ongunstig advies werd een aanpassing van het voorontwerp van decreet opnieuw voorgelegd aan de GBA. De aanpassingen houden een toevoeging in artikel 4, 7°, en een toevoeging van een nieuw hoofdstuk rond gegevensverwerking in. In dit hoofdstuk worden de categorieën van verwerkte gegevens, de doeleinden van de gegevensverwerking, de verwerkingsverantwoordelijken en de bewaartermijn opgenomen. De aanpassingen werden voldoende geacht om het akkoord te krijgen van de GBA. De aanpassingen zijn ook te vinden in de artikelsgewijze bespreking bij artikel 4 (verwijzing naar rechtsgrond) en bij artikel 23, dat een nieuw hoofdstuk is over gegevensverwerking.

B. Toelichting bij de artikelen

Artikel 1
Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Artikel 2
Dit artikel somt de definities op van in het ontwerpdecreet gebruikte termen.

De definitie van eerstelijnszorg verlaat de strikt medische invalshoek uit het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. Door te kiezen voor het begrip eerstelijnszorg wordt resoluut gekozen voor een verbinding tussen gezondheids- en welzijnszorg. De definitie enten we op die van de SAR WGG, die de eerste lijn omschrijft als volgt:

- Verwijst naar rechtstreeks toegankelijke, ambulante, generalistische zorg voor niet-gespecificeerde gezondheids- of welzijnsgerelateerde problemen, zowel van fysieke, psychologische en sociale aard;
- Vormt in de regel het eerste contact met professionele zorg;
- Kan diagnostische, curatieve, revaliderende en palliatieve zorgverlening aanbieden voor het overgrote deel van de problemen;
- Biedt preventie voor individuen en risicogroepen in de eigen populatie;
- Houdt rekening met de persoonlijke en sociale context van mensen;
- Verzekert continuïteit van zorg over de tijd en tussen zorgaanbieders;
- Ondersteunt de informele zorg rondom de patiënt/cliënt.

Ook in deze definitie wordt het gespecialiseerd zorg- en ondersteuningsaanbod uitgesloten.

In het decreet wordt onderscheid gemaakt tussen eerstelijnszorgaanbieders en zorgaanbieders. Het eerste begrip omvat de personen, diensten of organisaties die als zorg- of welzijnsactor professionele zorg en ondersteuning verlenen in de eerste lijn. Hier wordt het gespecialiseerde zorg- en ondersteuningsaanbod uitgesloten.

Zonder volledig te willen zijn, worden volgende personen, organisaties en diensten aanzien als eerstelijnszorgaanbieders: centra voor algemeen welzijnswerk, diensten voor gezinszorg, lokale dienstencentra, dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf, diensten voor oppashulp, woonzorgcentra, OCMW's (openbare centra voor maatschappelijk welzijn), uitleendiensten voor hulpmiddelen, diensten voor maaltijdbedeling, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, huisartsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, psychologen, apothekers, en zo verder.
De term benadrukt dat een goede eerstelijnszorg een brede invalshoek kent, niet alleen wat betreft de instroom, maar ook op vlak van de zorgverlening zelf. De omschrijving van eerstelijnszorgaanbieder omvat evenwel niet de organisaties, diensten en personen met een gespecialiseerd zorgaanbod (onder meer artsen-specialisten, ziekenhuizen en Centra Geestelijke Gezondheidszorg) en de organisaties en diensten voor personen met een beperking (VAPH) en de niet rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. Ondersteunende structuren, zoals Logo's, SEL's, LMN's en dergelijke worden ook niet gevat in dit begrip.

Het begrip zorgaanbieders omvat wel het gespecialiseerde zorg- en ondersteuningsaanbod. Dit onderscheid wordt gemaakt omwille van het volgende:

1. Als we de organisatie van de eerstelijnszorg regelen vanuit de principes van een integrale zorg en ondersteuning, en de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag hierbij centraal stellen, kunnen we de gespecialiseerde zorg en ondersteuning niet uitsluiten. Een persoon als een geheel benaderen, vraagt dat ook aspecten van zijn zorg en ondersteuning die door een meer gespecialiseerd zorg- en ondersteuningsaanbod opgenomen moeten worden, meegenomen worden in het zorgproces. Bij samenstelling van zorgteam en het opstellen van zorgdoelen zal de gespecialiseerde zorg en ondersteuning dus actief in het zorgproces betrokken moeten zijn als de zorgvragen en -noden hiertoe noodzaken.
2. De ondersteuning in de eerstelijnszones van de zorgraden en hun medewerkers richt zich in essentie tot de eerstelijnszorgaanbieders. Dit ter versterking van de organisatie en werking van die eerste lijn. De hele hervorming is er op gericht deze eerste lijn te versterken, zodat een duidelijk antwoord kan gegeven worden op de vraag van personen met een

zorg- en ondersteuningsvraag om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven en daar verzorgd te worden. Uiteraard moet, omwille van de zorgcontinuïteit en op scharniermomenten (wanneer een persoon toch dient opgenomen te worden in een ziekenhuis of andere gespecialiseerde residentiële voorziening), de samenwerking zo goed afgestemd zijn dat het zorgproces vlot en kwaliteitsvol verloopt. Om die reden krijgen de zorgraden de opdracht om de samenwerking en afstemming tussen eerste lijn en gespecialiseerde zorg te bewerkstelligen.

De definities van de begrippen informele zorg, mantelzorger, zelfzorgvermogen, zorg- en ondersteuningsdoel en zorg- en ondersteuningsvraag zijn afgestemd met de ontwerpen Woonzorgdecreet en decreet Geestelijke Gezondheid en met het decreet Vlaams Sociale Bescherming.

Ondertussen dient zich, naast de vrijwilligers, een nieuwe categorie aan door artikel 114 van de wet betreffende de economische relance en de versterking van de sociale cohesie van […]. Deze nieuwe categorie, de verenigingswerkers, die bijklussen tegen betaling, worden ook gevat onder het begrip informele zorg, naast de vrijwilligers en mantelzorgers. Dit is een gevolg van het inschrijven van deze categorie van informele zorg in het nieuwe Woonzorgdecreet. Daarin wordt gesteld dat de verenigingswerkers kunnen ingeschakeld worden in bijvoorbeeld woonzorgcentra en diensten voor oppashulp. Hierdoor worden zij ook gevat door dit decreet, dat met haar definitie van eerstelijnszorgaanbieder deze woonzorgvoorzieningen meeneemt.

In de definitie van zelfzorgvermogen is sprake van bijbehorende activiteiten. Deze activiteiten kunnen onder meer betrekking hebben op de uitvoering van huishoudelijke activiteiten, het leggen van sociale contacten en de mogelijkheid om zich te ontplooien en te oriënteren in tijd en ruimte.

Artikel 3
Dit artikel hoeft geen verduidelijking.

Artikel 4
Dit artikel geeft de werkingsprincipes weer, die de Vlaamse Gemeenschap onontbeerlijk acht om te evolueren naar een integrale zorg en ondersteuning. Deze beginselen zijn gebaseerd op de principes van het WGO-model voor een persoonsgerichte en geïntegreerde zorg.

De persoon staat centraal, dat mag geen loze uitspraak blijven. Door de persoon als een geheel te benaderen, uit te gaan van zijn zorg- en ondersteuningsvragen en vooral ook oog te hebben voor zijn mogelijkheden en kansen, eerder dan voor zijn beperkingen en zwaktes, zal die centrale positie gegarandeerd worden. Pas dan behoort een integrale zorg en ondersteuning tot de realiteit. Een absoluut recht is het recht op zelfbeschikking, dat aan deze benadering onlosmakelijk verbonden is.

Het zelfbeschikkingsrecht van iedere persoon blijft ook gelden wanneer het zorgsysteem signalen opvangt van niet-geëxpliciteerde of niet-(rechtstreeks)-geformuleerde zorgnoden. In deze situaties wordt – indien dit nodig is - outreachende en aanklampende zorg ingezet. Aanklampende zorg is de ongevraagde zorg op basis van signalen uit de omgeving en vanuit betrokkenheid van die omgeving. Aanklampende zorg is bijvoorbeeld aangewezen wanneer een gebrek aan competenties of motivatie eigen initiatief of het nakomen van afspraken in de weg staan. In dergelijke gevallen zal de zorgaanbieder zelf herhaaldelijk proberen het contact terug aan te knopen. Aanklampende zorg is ook noodzakelijk in situaties waarbij de gerechtelijke overheid de zorg, met akkoord van de persoon, als een na te leven voorwaarde heeft opgelegd. In situaties van oordeelsonbekwaamheid wordt het zorgaanbod gekozen in gelijkwaardig overleg

tussen de zorgaanbieder, de vertegenwoordiger en/of de vertrouwenspersoon van de gebruiker, en wordt de persoon zoveel mogelijk, en in verhouding tot zijn begripsvermogen, betrokken bij dit overleg. Dit is bijvoorbeeld het geval bij gedwongen opname of internering.

De zorg- en ondersteuningsvragen liggen aan de basis van het bepalen van de zorg en ondersteuning. Hierbij vormt het subsidiariteitsprincipe het uitgangspunt. De minst gespecialiseerde zorg en ondersteuning die toch beschikt over de vereiste deskundigheid en kwaliteit om een antwoord te bieden op de zorg- en ondersteuningsvragen wordt ingezet. Daarom is het belangrijk om maximaal in te zetten op zelfzorg en informele zorg. Pas als die zelfzorg en de informele zorg afwezig of ontoereikend zijn, is zorg en ondersteuning van een professionele zorgaanbieder aangewezen.

In de werkingsprincipes wordt ook verwezen naar de vier doelstellingen voor de zorg van de Quadruple Aim:
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 de ingezette middelen;
d. ervoor te zorgen dat professionelen in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen.

In punt a gaat het over de tevredenheid van elke persoon over zijn doorlopen zorg- en ondersteuningsproces. De tevredenheid vormt een belangrijke graadmeter voor de zorgaanbieders om de zorg en ondersteuning te gaan evalueren en bijsturen.

Punt b overstijgt het individuele niveau en spreekt over de algemene gezondheidstoestand van een populatie. Dit is een doelstelling waarover de ondersteunende niveaus van de eerstelijnszone, de regionale zorgplatformen en het Vlaams instituut zich zullen buigen.

Punt c weegt de kwaliteit en de meerwaarde van de zorg en ondersteuning af ten opzichte van de middelen, die hiervoor ingezet worden. Het gaat dan zowel om financiële middelen als om personele en organisatorische middelen.

Punt d is een doelstelling, die op een later ogenblik werd toegevoegd. Het werd snel duidelijk dat een goed zorg- en ondersteuningssysteem ook staat of valt met de zorg voor de zorgaanbieders. Deze laatste doelstelling wil dus aangeven dat de zorg en ondersteuning zo moet georganiseerd worden dat zorgaanbieders als individu hun werk goed en duurzaam kunnen doen. Zo bouwen we garanties in dat hun levenskwaliteit en hun werktevredenheid hoog is en uitval door ziekte wordt vermeden.

Een belangrijk werkingsprincipe is het kwaliteitsdenken in de zorg en ondersteuning. Het gaat dan voornamelijk over aspecten van het aanbieden van zorg en ondersteuning, de wijze waarop de zorg en ondersteuning georganiseerd wordt: toegankelijkheid, aanvaardbaarheid, geschiktheid, effectiviteit, veiligheid, rechtvaardigheid, relevantie, innovatie, duurzaamheid en efficiëntie. Deze aspecten moeten altijd voor ogen gehouden worden. Het zijn ook kenmerken van een maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning, zoals de SAR WGG in zijn visienota van 2011 duidelijk verwoordde.

Een afzonderlijk luik rond kwaliteit wordt in het ontwerp van decreet niet opgenomen. Huidige Vlaamse evoluties zoals de oprichting van een Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, met een bureau rond eerste lijn, en de federale evoluties rond de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, waarin sprake is van een wet rond kwaliteitszorg, worden hiervoor afgewacht. Het werken aan een

kwaliteitsbeleid zit ook ingebed in de decreten, die de uiteenlopende voorzieningen en diensten in de eerste lijn vatten met erkenning en subsidiëring. Verder zal de oprichting van een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL) de aanzet geven tot het uitwerken van een kwaliteitsbeleid op Vlaams niveau. Dit kwaliteitsbeleid richt zich in essentie tot de organisatie van de eerstelijnszorg en de kwaliteit van de interdisciplinaire samenwerking rond en met de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. Een klachtenbeleid zal van dit kwaliteitsbeleid inherent deel uitmaken. Het VIVEL zal de zorgraden ondersteunen in hun werking met richtlijnen, doelstellingen en methodieken rond de organisatie van zorg en ondersteuning op het populatieniveau van de eerstelijnszone.

Een essentieel werkingsprincipe is een geïntegreerde organisatie van de zorg en ondersteuning. Geïntegreerd slaat op het op operationeel en organisatorisch niveau samenwerken van alle betrokken zorg- en welzijnsactoren en initiatieven van vrijwillige en informele zorg- en welzijnsactoren in het streven naar een samenhangende en continue zorg en ondersteuning aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en zijn mantelzorgers, waarbij de zorg- en ondersteuningsvraag en de context van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag het uitgangspunt vormen en dit doorheen de hele levensloop. Een geïntegreerde organisatie van de zorg en ondersteuning vormt de beste garantie voor een daadwerkelijk integrale zorg en ondersteuning.

Een belangrijk organisatieprincipe in een geïntegreerde zorg en ondersteuning is de gegevensdeling tussen de zorgaanbieders en met de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. Bij de gegevensdeling trekken we resoluut de kaart van de digitale gegevensdeling. Deze gegevensdeling zal verlopen conform het decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg. In het decreet van 25 april 2014 wordt een kader vastgelegd waarbinnen gegevens gedeeld kunnen worden tussen actoren in de zorg. Dit decreet legt eveneens de noodzakelijke waarborgen vast voor de bescherming van de persoonsgegevens van de betrokkenen. Het begrip zorgrelatie vormt hierin een belangrijk onderdeel. Het leggen van zorgrelaties (die ruimer zijn dan de therapeutische relaties tussen arts en patiënt) vormt het fundament waarop de rechten tot het delen van gegevens geënt worden. Die zorgrelaties bestaan niet enkel tussen persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en zijn zorgaanbieders, maar ook tussen die persoon en zijn mantelzorgers en andere personen actief in de informele zorg.

Artikel 5

Hoofdstuk drie gaat over de organisatie van eerstelijnszorg die rechtstreeks aan een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag wordt aangeboden. In dit hoofdstuk doet de Vlaamse Gemeenschap echter geen uitspraken over de uitoefening van het beroep van elke afzonderlijke zorgaanbieder. Het ontwerpdecreet heeft ook in geen geval de bedoeling in te grijpen in de wijze waarop de geneeskunde en de paramedische geneeskunde worden uitgeoefend of de therapeutische en diagnostische vrijheid te beperken. Het ontwerpdecreet moet begrepen worden als een geheel van maatregelen met het oog op een nog betere zorgverlening in het belang van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. De Vlaamse Gemeenschap wil dus richtlijnen geven voor de samenwerking tussen deze zorgaanbieders en met de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en zijn eventueel aanwezige informele zorg. In dit artikel wordt het werkingsprincipe herhaalt dat de zorgaanbieders de keuzevrijheid, de wens en zijn vermogen tot zelfzorg en zelfregie steeds dienen te respecteren en ondersteunen.

Dit artikel introduceert het begrip 'zorg- en ondersteuningsdoel'. Deze doelen vormen de basis voor de planning van de zorg en ondersteuning. Het handelen op basis van persoonlijke doelen van een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag is een belangrijke verandering in het plannen en aanbieden

van zorg en ondersteuning. Het houdt in dat zorghandelingen niet enkel gesteld worden om bepaalde problemen, ziekten of aandoeningen te gaan oplossen, maar dat de zorg in functie wordt gesteld van wat een persoon nog wil realiseren of kunnen met de vastgestelde problemen, ziekten of aandoeningen. Een doel kan door de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zelf, zijn informele zorg, de zorgaanbieders of een combinatie van deze drie categorieën gerealiseerd worden. Het werken aan zorg- en ondersteuningsdoelen kan dus een multidisciplinaire aanpak vergen. Elk zorgdoel wordt in een *multi*disciplinaire aanpak door een bepaalde zorgaanbieder opgenomen en gerealiseerd en vereist geen samenwerking met andere zorgaanbieders. *Inter*disciplinaire samenwerking gaat nog een stap verder. Een interdisciplinaire samenwerking komt dan tot stand vanuit de geformuleerde zorgdoelen, die niet kunnen gerealiseerd worden vanuit 1 discipline of organisatie. Bepaalde zorgdoelen vragen een bij uitstek intensieve samenwerking tussen zorgaanbieders en tussen de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en de zorgaanbieders. In dergelijke samenwerking worden inzichten vanuit verschillende invalshoeken, disciplines en ervaringen gecombineerd. Het kan daarbij voor de zorgaanbieders ook leiden tot inzichten in de discipline van een andere zorgaanbieder.

Artikel 6 en 7
Dit artikel spreekt van een zorgteam om complexe of langdurige zorg en ondersteuning aan te bieden. De term 'zorgteam' staat al vermeld in de beleidsvisietekst over de hervorming van de eerstelijnszorg, goedgekeurd door de Vlaamse Regering. In het ontwerp van decreet wordt het ook gedefinieerd.

Een minimale samenstelling wordt in het ontwerpdecreet opgenomen. Het hangt van de zorg- en ondersteuningsvragen en –doelen af welke zorgaanbieders noodzakelijk zijn, steeds uitgaand van het subsidiariteitsprincipe. Zowel de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag als de personen actief in zijn informele zorg hebben inspraak in de zorgaanbieders die deel uitmaken van het zorgteam. Vanuit de kennis van het zorg- en ondersteuningslandschap kunnen de zorgaanbieders ook suggesties doen. De mantelzorger maakt deel uit van het zorgteam als de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag hiermee akkoord gaat. Indien de zorg- en ondersteuningsdoelen dit vereisen, kan een zorgaanbieder met een gespecialiseerd zorgaanbod betrokken worden in het zorgteam.

Het is noodzakelijk de zorg- en ondersteuningsdoelen neer te schrijven in een zorg- en ondersteuningsplan, dat de opvolging en bijsturing van de zorg en ondersteuning moet vergemakkelijken. Uit de voorbereiding van de conferentie van februari 2017 kwam duidelijk naar voor dat een verdere digitalisering de samenwerking sterk kan faciliteren. Deze boodschap is goed begrepen. In het hervormingstraject zet de Vlaamse overheid dan ook in op een ontwikkeling van een digitaal zorg- en ondersteuningsplan, dat naast een planningsinstrument ook dienstig moet kunnen zijn om de gemaakte samenwerkingsafspraken bij te houden en toegankelijk te maken voor alle belanghebbenden in het zorgproces.

De taken van het zorgteam zijn een resultaat van de voorbereidingen in de werkgroep integrale zorg, die in aanloop naar de conferentie haar bevindingen formuleerde. In het ontwerpdecreet worden ze beperkt opgenomen, met de mogelijkheid voor de Vlaamse Regering om bijkomende taken te formuleren. Zorg en ondersteuning is per definitie onderhevig aan evolutie, dus moet deze flexibiliteit ook ingebouwd worden in het ontwerpdecreet.

De derde taak van het zorgteam houdt in dat het zorgteam kan aangevuld worden met bijkomende expertise rond een aspect van het zorgproces. Dit kan een ervaringsdeskundige zijn, maar ook een meer gespecialiseerde zorgaanbieder die tijdelijk bijkomende zorg en ondersteuning biedt aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. Deze expertise wordt altijd ingeschakeld in functie van de

uitvoering van de zorg- en ondersteuningsdoelen die met en door de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag werden geformuleerd.

De vierde taak van het zorgteam houdt in dat het zorgteam, indien nodig, een interdisciplinair overleg kan organiseren. Om van een interdisciplinair overleg te kunnen spreken moeten er minstens drie zorgaanbieders van het zorgteam deelnemen aan het overleg.

De zorgcoördinator is, als lid van het zorgteam, het aanspreekpunt van het zorgteam. De zorgcoördinator neemt de taak op zich om het overzicht te behouden en ervoor te zorgen dat alle zorg en ondersteuning, vastgelegd in het zorg- en ondersteuningsplan, afgestemd, opgevolgd en geëvalueerd wordt. Bij voorkeur neemt de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zelf die rol op. De zorgaanbieders en de personen actief in de informele zorg zorgen in dat geval voor de gepaste ondersteuning, zodat die persoon de zorgcoördinatie zo lang mogelijk kan opnemen. Indien het de wens is van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag om dit niet op te nemen, of hij niet het vermogen heeft om dit op te nemen, duidt deze een ander lid van het zorgteam aan om de rol op te nemen. Belangrijk is dus dat de zorgaanbieder die de rol opneemt, het vertrouwen geniet van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag.

Het zorgteam als geheel organiseert zich op die wijze dat het zorg- en ondersteuningsproces kwaliteitsvol kan uitgevoerd worden. Bij veranderingen in de zorg- en ondersteuningsvragen zal het zorgteam dan ook de zorg- en ondersteuningsdoelen moeten evalueren en zo nodig de zorg en ondersteuning bijsturen.

Het ontwerpdecreet laat de ruimte aan de Vlaamse Regering om rond multidisciplinaire samenwerking in het zorgteam en zorgcoördinatie nadere regels te bepalen en hiervoor financiering te voorzien binnen de beschikbare begrotingskredieten.

Deze financiering kan toegekend worden aan drie verschillende rollen: het voorbereiden van en deelname aan een interdisciplinair overleg, uitvoering van de rol van zorgcoördinator en het uitvoeren van casemanagement.

De financiering van deelname aan een overleg vloeit voort uit het huidige systeem van multidisciplinair overleg, dat via de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging wordt ondersteund en uitbetaald. Daarnaast spreekt de beleidsvisie van twee duidelijke rollen in een zorg- en ondersteuningsproces: zorgcoördinatie en casemanagement. Ook hier wordt er vanuit de SEL's een financiering toegekend vanuit hun subsidiëring voor de diverse rollen in het multidisciplinair overleg. Gezien de tijdsinvestering voor een zorgaanbieder om deze rollen kwaliteitsvol uit te voeren en de belangrijkheid van deze twee rollen in het hele zorg- en ondersteuningsproces is het niet denkbeeldig dat tegenover de uitvoering van deze rollen een financiering wordt geplaatst. Een projectgroep, die zich momenteel buigt over het nieuwe model naar aanleiding van de beleidsvisie, zal hier op termijn uitspraken over doen, die in een uitvoeringsbesluit kunnen verankerd worden.

Als het zorgteam er na herhaalde initiatieven niet in slaagt om de zorg en ondersteuning af te stemmen op de zorg- en ondersteuningsvragen kan op vraag van dit zorgteam een zorgaanbieder die de functie van casemanagement opneemt, tijdelijk ingezet worden om het zorgteam te ondersteunen. In dit artikel wordt verstaan onder casemanagement: de grondige analyse en evaluatie van het zorg- en ondersteuningsproces, opgebouwd en uitgevoerd door het zorgteam, om tot duidelijke probleemstelling te komen en de oplossingsgerichte procesbegeleiding die hieraan verbonden wordt. Het casemanagement treedt niet in de plaats van de leden van het zorgteam of de zorgcoördinator. Wel gaat de zorgaanbieder met zijn

expertise in casemanagement de genomen stappen in het zorg- en ondersteuningsproces grondig gaan evalueren en analyseren om zo te kunnen vaststellen waar de problemen zich situeren. De zorgaanbieder die casemanagement aanbiedt, gaat het zorgteam begeleiden om bepaalde stappen opnieuw of voor de eerste keer te ondernemen. De zorg en ondersteuning, die door de leden van het zorgteam worden geboden, blijven ook te allen tijde bij deze leden. Wel kan de begeleiding met casemanagement bijvoorbeeld uitwijzen dat bepaalde expertise of ondersteuning in het zorgteam ontbreekt, bepaalde zorg- en ondersteuningsdoelen moeten herbekeken worden, de leden van het zorgteam andere zorg- en ondersteuningsdoelen moeten toegewezen krijgen. De zorgaanbieder die casemanagement aanbiedt, zal oplossingen voor de problemen voorstellen en het zorgteam begeleiden om de gekozen oplossingen in het zorg- en ondersteuningsproces te integreren.

Het ontwerpdecreet laat de ruimte aan de Vlaamse Regering om rond casemanagement nadere regels te bepalen en hiervoor in een financiering te voorzien, binnen de beschikbare begrotingskredieten.

Artikel 8
De Vlaamse Regering kan maatregelen nemen voor de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en voor de ondersteuning van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en kan daarvoor een financiering voorzien. De maatregelen hebben tot doel de eerstelijnszorgaanbieders te ondersteunen in hun professionele activiteiten of hen in staat te stellen hun activiteiten met betrekking tot de eerstelijnszorg op een interdisciplinaire wijze uit te oefenen en te blijven uitoefenen. Het betreft in geen geval een financiering van de prestaties en opdrachten van zorgaanbieders, die al via andere regelgeving wordt verleend (zowel federaal als Vlaams).

Een maatregel die hier zijn rechtsbasis moet vinden, is de ondersteuning van de huisartsen, voorheen gekend als het Impulsfonds. Deze ondersteunende maatregelen werden overgeheveld met de Zesde Staatshervorming naar de Vlaamse Gemeenschap.

Wel wordt in dit artikel de mogelijkheid geboden aan de Vlaamse Regering om op termijn ook ondersteunende maatregelen te nemen voor eerstelijnszorgaanbieders, andere dan de huisartsen, en voor het bevorderen van een interdisciplinaire samenwerking tussen alle eerstelijnszorgaanbieders, al dan niet in een georganiseerd verband.

Vanuit de Vlaamse overheid is er de intentie om deze eerstelijnszorgaanbieders, die zich infrastructureel samen onder een dak hebben gevestigd, ook in aanmerking te laten komen voor een subsidiëring vanuit het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden. In eerste instantie zou de subsidie toegekend worden aan multidisciplinaire groepspraktijken die zich vestigen in zones met een tekort aan huisartsen.

Artikel 9
Dit artikel hoeft geen verduidelijking.

Artikel 10
De decreetgever erkent en subsidieert de zorgraden en bepaalt hiervoor de voorwaarden. De zorgraden nemen voor het verkrijgen van een erkenning de vorm aan van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks enig vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen behalve voor het in de statuten bepaald belangeloos doel.

Artikel 11

Dit artikel belast de zorgraad met volgende opdrachten:
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 doelgroepspecifiek of wijkgericht te werk gaan. De zorgraad zal dan, met de vermelde partners, overleggen op welke wijze de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning beter op mekaar kan afgestemd worden. Wat betreft de continuïteit van de zorg en ondersteuning evenals de samenwerking met de gespecialiseerde zorg, wordt dit opgenomen door een afvaardiging van de zorgraad in het regionaal zorgplatform.
2° De zorgraden hebben een opdracht in het ondersteunen van een lokaal sociaal beleid. De aandacht zal vooral gaan naar de afstemming van de lokale sociale hulp- en dienstverlening op de lokale behoeften, de maximale toegankelijkheid van de lokale sociale hulp- en dienstverlening voor de bevolking en de organisatie of ondersteuning van initiatieven van vrijwillige en informele zorg.
3° Met het oog op een vertegenwoordiging in de zorgraden, en met het oog op een participatieve besluitvorming, verdient het aanbeveling dat de zorgaanbieders, zelfstandig of in georganiseerd verband, zich groeperen of verenigen. Meer concreet gaat het dan om bijvoorbeeld de kringwerking van een specifieke beroepsgroep (zoals huisartsenkringen). De zorgraden zullen dergelijke verenigingen ondersteunen op logistiek en administratief vlak.
4° Aanvullend op opdracht 1° zal de zorgraad ook gezamenlijk nadenken en initiatieven nemen om de zorgaanbieders te ondersteunen bij de organisatie van een kwaliteitsvolle, interdisciplinaire en geïntegreerde zorg. Deze ondersteuning richt zich op de realisatie van hoofdstuk drie van het ontwerpdecreet, waarin bepalingen opgenomen zijn rond de werking met zorg- en ondersteuningsdoelen, zorgteams, zorgcoördinatoren en het aanbieden van casemanagement. Om deze opdracht waar te maken, kunnen de zorgraden beroep doen op de expertise van de regionale zorgplatformen, eventuele organisaties met terreinwerking en partnerorganisaties.
5° in een integrale zorg en ondersteuning is het meewerken aan het preventieve gezondheidsbeleid en bij uitbreiding aan de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen van groot belang. De zorgraden moeten met die Vlaamse gezondheidsdoelstellingen te werk gaan zodat in de eerstelijnszorg gekomen wordt tot implementatie van die gezondheidsdoelstellingen, waar de eerstelijnszorg een functie heeft te vervullen. De zorgraden kunnen ook andere doelstellingen formuleren die specifiek zijn voor hun werkgebied. De zorgraad van de eerstelijnszone in een grootstad kan andere prioriteiten formuleren dan een zorgraad die actief is in een aantal plattelandsgemeenten. De Vlaamse Gemeenschap zal erop toezien dat de geformuleerde lokale doelstellingen passen binnen het Vlaamse welzijns- en gezondheidsbeleid.

De Vlaamse Regering kan de opdrachten van de zorgraden nader preciseren, kan nieuwe opdrachten aan de zorgraden toekennen of kan voorwaarden bepalen aan de uitvoering van deze opdrachten.

Artikel 12
Als in het ontwerpdecreet gesproken wordt over de zorgraden gaat het altijd over de zorgraden als vzw. De leden van deze vzw vormen de Algemene Vergadering. De vertegenwoordiging van de hieronder opgesomde partijen moet ervoor zorgen dat de zorgraad pluralistisch en divers samengesteld is. Pluralistisch slaat op de vertegenwoordiging van voorzieningen en disciplines die zich bekennen tot de verschillende ideologische strekkingen in onze samenleving.

Minimaal vier partijen zijn vertegenwoordigd in de zorgraad:
- De lokale besturen (de gemeentebesturen en in faciliteitengemeenten, zowel de gemeentebesturen als de openbare centra voor maatschappelijk welzijn)

omwille van hun opdrachten in het kader van het lokale gezondheids- en welzijnsbeleid.

- De eerstelijnszorgaanbieders van verschillende disciplines, de woonzorgcentra, de diensten voor gezinszorg, de lokale dienstencentra, de CAW's en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen bekleden bij uitstek een centrale functie in de zorgraad omwille van het aanbod aan zorg waarin zij voorzien en omwille van de dagdagelijkse betrokkenheid bij het zorgproces. Zij zijn onmisbare partners voor de realisatie van kwaliteitsvolle interdisciplinaire en geïntegreerde zorg.
- De personen met een zorg- en ondersteuningsvraag zijn vertegenwoordigd in de zorgraad omwille van hun expertise als 'ontvanger' van zorg en omwille van hun centrale plaats in de geïntegreerde zorg. Het is de ambitie om een dialoog tot stand te brengen tussen de zorgaanbieders en de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en samen zorg- en ondersteuningsdoelen te bepalen. Daarom is hun vertegenwoordiging in de zorgraad vereist.
- Erkende verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers staan de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag bij. Zij zijn als het ware hun 'buddy'. Naarmate de personen met een zorg- en ondersteuningsvraag zelf minder capaciteiten hebben om de regie te voeren over hun zorgproces, zal de rol van de mantelzorgers in belang toenemen. Daarom is ook hun vertegenwoordiging in de zorgraad vereist.

Een delegatie wordt gegeven aan de Vlaamse Regering om bijkomende regels te bepalen over de samenstelling van de zorgraden.

Artikel 13

Het werkgebied van een zorgraad wordt de eerstelijnszone genoemd. Eerstelijnszones voldoen aan een aantal criteria: een gemeente (waarbij fusiegemeente bedoeld wordt, dus niet deelgemeente) kan slechts deel uitmaken van één eerstelijnszone, met uitzondering van de steden Antwerpen en Gent. Delen van Antwerpen en Gent kunnen behoren tot meerdere eerstelijnszones. Het is echter niet toegelaten dat eerstelijnszones mekaar overlappen.
Alle Vlaamse gemeenten en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad worden ingedeeld in een eerstelijnszone.
De eerstelijnszones worden beperkt tot een minimum van 70.000 inwoners.

Artikel 14 tot en met 18

Door de hervorming in de eerstelijnszorg wordt het regionale niveau, waarop zich tot nu de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's) en Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT's), de Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN's), de Palliatieve Netwerken en de Samenwerkingsverbanden voor palliatieve verzorging, de Logo's, de expertisecentra dementie en de overlegplatforms geestelijke gezondheid bevinden, grondig hertekend. De oprichting van de zorgraden op het niveau van een eerstelijnszone en de intentie om expertise te verzamelen op een Vlaams niveau onder de vorm van partnerorganisaties dwingt ons na te denken over de toekomstige invulling van dit regionale niveau, zowel structureel als inhoudelijk.

In de beleidsvisietekst 'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn', goedgekeurd door de Vlaamse Regering op 17 februari 2017, wordt duidelijk gesteld dat de structuren op dit regionale niveau hun expertise moeten bundelen en een doorgedreven samenwerking moeten bewerkstelligen.

De realiteit vraagt om een gefaseerde en proportioneel voldoende lange overgangsperiode om naar een eventuele integratie van deze structuren te gaan. De organisaties kunnen een lange staat van dienst voorleggen van hun huidige werking. Ook zijn de organisaties ingebed in verschillende decreten, zowel op vlak van opdrachten als op vlak van werkgebied. Een integratie zou inhouden dat die

organisaties uit hun huidige decretale basis worden gelicht om een nieuwe basis te vinden in het voorliggende ontwerpdecreet. Dit heeft verregaande gevolgen voor deze organisaties en voor de decreten waarin zij verankerd zijn.

Een belangrijke afstemming, die toch al gerealiseerd moet kunnen worden bij de erkenning van de regionale zorgplatformen, is die op vlak van werkgebied. Om werkbare gehelen te krijgen, moeten de vier structuren (de Palliatieve Netwerken en de Samenwerkingsverbanden voor palliatieve verzorging, de Logo's, de expertisecentra dementie en de geestelijke gezondheidsnetwerken) eenzelfde werkgebied hanteren voor de uitvoering van hun opdrachten. Het is namelijk niet efficiënt dat bijvoorbeeld drie Logo's zouden moeten participeren in één regionaal zorgplatform, enkel omdat het werkgebied niet afgestemd is. Om die reden wordt aan de voorwaarden van het werkgebied van de regionale zorgplatformen deze voorwaarde expliciet toegevoegd (zie 4°).

De regionale zorgplatformen nemen de vorm aan van een rechtspersoon en kunnen erkend en gesubsidieerd worden. De betrokken actoren die zij ondersteunen, zijn de leden van het regionale zorgplatform. Bij de samenstelling worden de organisaties opgesomd die zich nu georganiseerd hebben op dit regionale niveau. De geestelijke gezondheidsnetwerken zijn nog niet erkend maar ze worden vermeld in het ontwerpdecreet betreffende de geestelijke gezondheid en verwijzen naar de huidige netwerken geestelijke gezondheid (artikel 11 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, gecoördineerd op 10 juli 2008).
Het is de intentie om lidmaatschap van de netwerken geestelijke gezondheid aan het regionale zorgplatform af te stemmen met het overlegplatform geestelijke gezondheid dat in oprichting is binnen de contouren van het decreet geestelijke gezondheid. Voor de uitvoering van de opdrachten vanuit een visie op integrale zorg en ondersteuning zijn deze organisaties in het regionaal zorgplatform echter onmisbaar. Gezien de meest passende samenstelling voor de uitvoering van de opdrachten niet kan voorspeld worden, geeft het ontwerpdecreet de mogelijkheid aan de Vlaamse Regering om hierover nadere regels te bepalen.

Omwille van de evolutie in de integrale zorg en ondersteuning worden hier slechts minimale opdrachten geformuleerd. De eerste opdracht richt zich naar het aanbod van zorg en ondersteuning op een bevolkingsniveau. Voor het realiseren van deze opdracht kunnen de regionale zorgplatformen ook samenwerken met de zorgraden, gezien hun opdracht 1° van artikel 11.
De tweede opdracht buigt zich al meer concreet over de organisatie van de zorg en ondersteuning en staat in nauwe relatie met de werking van de zorgraden en meer bepaald hun opdracht 4° van artikel 11. De inbreng van de expertise uit hun werking moet leiden tot een meer geïntegreerde organisatie van de zorg en ondersteuning voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. Daarnaast wordt aan de Logo's, Palliatieve Netwerken, Expertisecentra Dementie en de Geestelijke Gezondheidsnetwerken gevraagd om af te stemmen op vlak van uitvoering van opdrachten. Zo hebben alle organisaties de opdracht vorming te ontwikkelen. Afstemming in thematiek, benadering, methodiek, expertise kan leiden tot een meer integrale benadering van een problematiek of doelgroep. Het gezamenlijk ontwikkelen van de vorming leidt tot het doorbreken van de eigen silo en vermijdt dat elke organisatie een vorming ontwikkeld voor eenzelfde doelgroep of thematiek.

Aan de Vlaamse Regering wordt de mogelijkheid geboden om, wanneer de zorgraden en de partnerorganisaties een stabiele organisatie en werking hebben uitgebouwd, de opdrachten nader te bepalen en ook eventuele bijkomende opdrachten toe te kennen aan de regionale zorgplatformen.

Het is de bedoeling om de weg voor te bereiden naar een meer verregaande integratie, een integratie die past in de totstandkoming van een sectoroverschrijdend en ontschot "decreet langdurige zorg en ondersteuning".

Artikel 19
Dit artikel voorziet in de mogelijkheid om partnerorganisaties te erkennen en te subsidiëren of te subsidiëren via een beheersovereenkomst.

Een partnerorganisatie is een rechtspersoon die als centrum van expertise fungeert omwille van haar deskundigheid van het geheel of een deelaspect van de eerstelijnszorg die door de Vlaamse Gemeenschap erkend en gesubsidieerd wordt, of gesubsidieerd wordt via een beheersovereenkomst.

Uit de voorbereiding naar de conferentie eerstelijnszorg van 16 februari 2017 kwam duidelijk naar voor dat een sterke eerste lijn nood heeft aan een expertisecentrum, dat op Vlaams niveau ondersteuning kan bieden aan de zorgraden en regionale zorgplatformen. Door in een hoofdstuk rond partnerorganisaties te voorzien, behoort de erkenning en subsidiëring van een dergelijk expertisecentrum tot de mogelijkheden.

De keuze tussen het verlenen van een erkenning en het sluiten van een beheersovereenkomst na oproep zal voornamelijk afhangen van het opdrachtenpakket van de partnerorganisatie. Bij meer stabielere opdrachten zal een erkenning worden gegeven, bij meer fluctuerende opdrachten kan beter op de noden worden ingespeeld met een beheersovereenkomst.

De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen met betrekking tot de erkenning en subsidiëring of de subsidiëring via een beheersovereenkomst van een partnerorganisatie.

Voorbeelden van toekomstige partnerorganisaties zijn het Vlaams Expertisecentrum Dementie, LEIF, de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, het Vlaams Patiëntenplatform en het nog op te richten Vlaams Instituut voor de eerste lijn (VIVEL).

Artikel 20
Dit artikel geeft aan de Vlaamse Regering de mogelijkheid om organisaties met terreinwerking te erkennen en te subsidiëren en hiervoor de voorwaarden te bepalen. Een organisatie met terreinwerking is een organisatie die op het terrein de opdrachten uitvoert, de methodieken toepast of diensten aanlevert voor de eerstelijnszorg. In het ontwerpdecreet wordt bepaald dat deze organisaties een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid, waarvoor het bij wet verboden is haar leden een vermogensvoordeel te bezorgen, moeten zijn.

Voorbeelden van toekomstige organisaties met terreinwerking zijn de huisartsenkringen en de regionale expertisecentra dementie.

Artikel 21
Dit artikel geeft aan de organisaties met terreinwerking de mogelijkheid om beroep te doen op de expertise van een partnerorganisatie. Dit kan nodig zijn om hun werking te kunnen uitvoeren op een kwaliteitsvolle wijze.

Artikel 22
In een snel evoluerende eerstelijnszorg kan het nuttig en zinvol zijn bepaalde innovatieve aspecten eerst projectmatig uit te testen. Hiertoe kan de Vlaamse Regering projecten subsidiëren.

Artikel 23

In het artikel 23 worden voor het zorg- en ondersteuningsplan, dat wordt opgesteld door het zorgteam, de essentiële elementen van de gegevensverwerking geregeld, om conform te zijn met de algemene verordening gegevensbescherming. Zo legt het artikel 23 de categorieën van persoonsgegevens vast die zullen worden uitgewisseld, wordt het doel van de gegevensuitwisseling door het zorg- en ondersteuningsplan hierin opgenomen en wordt hierin bepaald wie de verwerkingsverantwoordelijke is en wat de bewaartermijn is van het zorg- en ondersteuningsplan.

Inzake de verwerkingsverantwoordelijke wordt er gesteld dat iedere zorgaanbieder die deel uitmaakt van het zorgteam verantwoordelijk is voor de gegevens die hij in het zorg- en ondersteuningsplan opneemt. De zorgaanbieders moeten onder hun een contactpersoon aanduiden die ten aanzien van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zal fungeren als contactpersoon voor de uitoefening van zijn rechten als vermeld in de algemene verordening gegevensbescherming. Wanneer de zorgcoördinator een eerstelijnszorgaanbieder is, neemt deze bij voorkeur de rol als contactpersoon op.

De bewaartermijn is vastgesteld op dertig jaar, welke de gebruikelijke bewaartermijn is voor patiëntendossiers.

De rechtsgrond wordt niet expliciet opgenomen in het ontwerpdecreet. De rechtsgrond zal het artikel 6, lid 1, c) zijn voor wat betreft alle persoonsgegevens en het artikel 9, lid 2, h) voor wat betreft de gegevens over gezondheid. Dit houdt in dat overeenkomstig het artikel 9, lid 3 van de algemene verordening gegevensbescherming de gezondheidsgegevens enkel kunnen verwerkt worden door of onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die aan het beroepsgeheim is gebonden, of door een andere persoon die tot geheimhouding is gehouden.

Artikel 24 en 25
Alle organisaties die door de Vlaamse Regering erkend of gesubsidieerd worden met het oog op het vervullen van hun opdrachten, worden onderworpen aan een verantwoordingsplicht. Dat impliceert dat er gevraagd wordt aan deze organisaties om gegevens te verstrekken die de overheid toelaten om na te gaan of de gemeenschapsmiddelen zinvol worden aangewend en om uitspraken te kunnen doen over de legitimiteit van een erkenning. Een erkenning beoogt immers in essentie een formele bevestiging van overheidswege te zijn dat een voldoende hoog kwaliteitsniveau bereikt is of geacht wordt te bereiken om een aantal verantwoordelijkheden op te nemen en te vervullen.

De wijze waarop deze verantwoordingsplicht gestalte krijgt, moet nader bepaald worden in uitvoeringsbesluiten.

Een inzicht verwerven in de financieringsbronnen van een gesubsidieerde organisatie kan onontbeerlijk zijn om te waken over een verantwoord uitgavenbeleid van de subsidiërende overheid. Anderzijds moet een organisatie die opdrachten uitvoert in opdracht van de Vlaamse Regering en hiervoor gesubsidieerd wordt door de Vlaamse Regering, ook kunnen beschikken over het volledig subsidiebedrag, ook al heeft zij andere bronnen van inkomsten, bijvoorbeeld voor andere taken.

Om een structurele en continue werking mogelijk te maken, wordt in artikel 24, §3, voorzien in de mogelijkheid tot reservevorming.

Artikel 26 tot en met 28
Deze artikelen leggen de administratieve sancties vast.

De rechten van de verdediging worden in acht genomen door te voorzien in de verplichting van de administratie om de betrokkene schriftelijk aan te manen om zich in regel te stellen en om de betrokkene na de schriftelijke aanmaning een bepaalde termijn te geven om zich in regel te stellen. Ook wordt de betrokkene de kans geboden, nadat hij zich binnen de gestelde termijn niet in regel stelde, om gehoord te worden alvorens men kan overgaan tot het opleggen van een administratieve sanctie.

Artikel 29
De Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers is bevoegd om advies te geven met betrekking tot bezwaar- of verweermiddelen die ingediend worden bij een voornemen tot weigering, een schorsing of een intrekking van erkenning.

De Vlaamse Regering bepaalt de procedureregels inzake erkenning, schorsing en intrekking van de erkenning.

Artikel 30

Een wijzigingsbepaling wordt opgenomen van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging.

In het decreet van 6 juli 2018 wordt nog verwezen naar de definitie van zorgaanbieder zoals bepaald in artikel 2, 16° van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, zijnde 'een zorgverstrekker, evenals een organisatie, dienst of persoon, die professioneel zorgen of diensten verleent aan gebruikers en die daardoor de eerstelijnsgezondheidszorg vergemakkelijkt, mogelijk maakt of ondersteunt, met uitzondering van de organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod'. Deze definitie komt overeen met de definitie van 'eerstelijnszorgaanbieder' in dit decreet. De verwijzing naar het begrip zorgaanbieder uit het decreet van 3 maart 2004, wordt daarom vervangen door een verwijzing naar het begrip eerstelijnszorgaanbieder in dit decreet.

Artikel 31

Een wijzigingsbepaling wordt opgenomen in het Woonzorgdecreet van xxxxxx.

In het artikel 52, §1, tweede lid van het Woonzorgdecreet van xxxx wordt verwezen naar het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. Deze verwijzing naar het decreet van 3 maart 2004 wordt vervangen door een verwijzing naar dit decreet.

Artikel 32
De machtiging wordt gegeven aan de Vlaamse Regering om voor ieder artikel van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders de datum van opheffing te bepalen. Deze datum moet worden afgestemd op de inwerkingtreding van de bepalingen van dit decreet.

Artikel 33 tot en met 35
Deze artikelen leggen de noodzakelijke overgangsbepalingen vast.

Er wordt bepaald dat het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen en het besluit van de Vlaamse Regering van xxxx

waarin het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn wordt erkend als partnerorganisatie van de eerste lijn, van kracht blijven tot ze worden opgeheven door de Vlaamse Regering.

De Vlaamse Regering bepaalt de noodzakelijke overgangsmaatregelen voor de partnerorganisaties en de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering die erkend zijn overeenkomstig het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

De Vlaamse Regering zal eveneens de nodige overgangsmaatregelen bepalen voor de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) die erkend zijn overeenkomstig het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

Artikel 36
Er wordt aan de Vlaamse Regering een duidelijke machtiging gegeven om voor ieder artikel een afzonderlijke datum van inwerkingtreding vast te stellen.

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOUIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN