

**ONTWERP VAN DECREET OVER DE ORGANISATIE VAN DE
EERSTELIJNSZORG VOOR DE PERSOON MET EEN ZORG- EN
ONDERSTEUNINGSNOOD, DE HERVORMING VAN DE ZORGRADEN EN DE
VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS IN HET KADER VAN HET
DIGITALE ZORG- EN ONDERSTEUNINGSPLAN, DE FINANCIERING VAN DE
EERSTELIJNSZORGAANBIEDERS EN VOOR BELEIDSDOELEINDEN**

Samenvatting

De Vlaamse Regering formuleerde duidelijke ambities in het regeerakkoord voor de eerste lijn in Vlaanderen:

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

Dit decreet wil deze ambities richting doelgerichte, kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg verder uitwerken.

- 1. Het begrippenkader m.b.t. doelgerichte, geïntegreerde zorg wordt verfijnd: levensdoelen worden een belangrijke schakel om een kwaliteitsvol zorg- en ondersteuningsproces op te starten.**
- 2. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn mantelzorger werken samen met het zorg- en ondersteuningsteam aan het zorg- en ondersteuningsplan. Digitale gegevensuitwisseling binnen dit zorg- en ondersteuningsteam wordt mogelijk gemaakt door de gegevensverwerking te regelen.**
- 3. Om gepaste beleidsmaatregelen te kunnen nemen om het zorgaanbod op de zorgnood te kunnen afstemmen zijn gegevens nodig om zowel de nood en het aanbod te inventariseren. Dit decreet regelt hiervoor de gegevensverwerking.**
- 4. De zorgraden worden slagkrachtiger gemaakt door de opdrachten beter te definiëren. De eerstelijnszones worden de fundamentele bouwstenen in het zorglandschap. De regierol van de lokale besturen rond het lokaal sociaal beleid wordt bekrachtigd. De diensten van Opgroeien (kinderen en jongeren als doelgroep) en van het Vlaams Agentschap Personen met een Handicap worden beter betrokken in de zorgraad. Tenslotte worden de regionale zorgplatformen maximaal gealigneerd op de referentieregio's.**
- 5. De Vlaamse Regering keurde op 9 december 2022 het besluit van de Vlaamse Regering tot ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en tot uitbreiding van de opdrachten van de huisartsenkringen goed. Dit decreet volgt het advies van de Raad van State om de bijhorende gegevensverwerking decretaal te verankeren.**

MEMORIE VAN TOELICHTING

I. ALGEMENE TOELICHTING

A. Situering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Dit ontwerp van decreet zet de eerste stappen richting een zorgstrategische planning binnen de eerste lijn. Immers, naast de gegevensverwerking in het kader van de financiering ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders, bestaat binnen de Vlaamse Gemeenschap de nood om een duidelijk overzicht te krijgen van het aanbod van de eerstelijnszorgaanbieders. Op die manier kunnen beleidsmaatregelen worden genomen om de eerstelijnszorg in het Nederlandse taalgebied gericht te versterken, zodat het zorgaanbod zo goed als mogelijk kan worden afgestemd op de zorgnood. Dit decreet creëert een decretale basis om in het kader van dit doeleinde persoonsgegevens te kunnen verwerken van de eerstelijnszorgaanbieders om het zorgaanbod in kaart te brengen.

B. Inhoud

Onder punt B worden volgende onderwerpen behandeld:

B.1 Probleemstelling en omgevingsanalyse

B.2 Beleidsmaatregelen en doelstelling

B.3 Impactanalyse

B.3.1 Impact m.b.t. de inhoudelijke wijzigingen

B.3.2 Impact op grondrechten en op het gelijkheidsbeginsel

B.3.3 Kind- en jongereneffectrapport

B.3.4 Armoedetoets

B.3.5 Handhaving en evaluatie

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

- B.4 Informatie over het digitale zorg- en ondersteuningsplan
- B.5 De logistieke uitwerking van het digitale zorg en ondersteuningsplan
- B.6 Implementatie

B.1. Probleemstelling en omgevingsanalyse

De zorgsector staat voor enorme uitdagingen:

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

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

B.2. Beleidsmaatregelen en doelstelling

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

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

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

1. Oprichten van nieuwe structuren om een performante, geïntegreerde eerstelijnszorg te realiseren: in 2019 werd Vlaanderen opgedeeld in 60 eerstelijnszones met als beheersstructuur de zorgraden. Het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL) verzorgt sindsdien de ondersteuning van de zorgraden in hun verschillende taken.
2. Uitwerken van concepten om zorg- en ondersteuning doelgerichter en geïntegreerd te maken: zorgcoördinatie en casemanagement worden hierbij als hoeksteen gepositioneerd.
3. Aanbieden van instrumenten om doelgerichte en geïntegreerde zorg te realiseren: het digitale zorg- en ondersteuningsplan, het BelRai-instrument,

¹ Quintuple Aim – het kompas van VIVEL

de persoonsvolgende financiering en een data gedreven populatiegerichte aanpak via de ZorgAtlas om de COVID-19 crisis het hoofd te bieden, zijn enkele belangrijke voorbeelden om een geïntegreerd zorgbeleid te ondersteunen.

Ook tijdens deze legislatuur wil de Vlaamse Regering verder aan dit pad timmeren. In het regeerakkoord² formuleerde de Vlaamse Regering enkele belangrijke doelstellingen waarop dit decreet een antwoord wil geven:

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

B.3 Impactanalyse

De voorliggende impactanalyse richt zich dan op onderstaande elementen:

1. Aanpassing van het begrippenkader en concepten m.b.t. doelgerichte en geïntegreerde zorg;
 - a. wijziging van het begrip 'persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag' naar 'persoon met een zorg- en ondersteuningsnood';
 - b. introductie van het begrip levensdoelen in artikel 2, 6/1°;
 - c. verruiming van het begrip zorgteam naar zorg- en ondersteuningsteam in artikel 2, 19°;
 - d. voor wat betreft zorgcoördinatie:
 - i. in artikel 5 wordt de organisatie van de eerstelijnszorg om zorg- en ondersteuningsdoelen en de bijhorende samenwerkingsafspraken te formuleren, gedelegeerd naar de Vlaamse Regering;
 - ii. in artikel 6, §3, derde lid wordt geformuleerd dat het zorg- en ondersteuningsteam moet beraadslagen over het aanstellen van een zorgcoördinator:
 1. bij scharniermomenten;
 2. of wanneer de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger dit niet wenst op te nemen;
 - e. casemanagement wordt uitgebreid naar de volgende situaties in artikel 7, §3;
 - i. wanneer er geen zorg- en ondersteuningsteam aanwezig is of samengesteld is, de personen met een zorg- en ondersteuningsnood niet de zorg ontvangen die volgens hun noden aanwezig is en geen enkele zorgaanbieder bij machte is om door de hoge complexiteit het zorgproces aan te vatten;
 - ii. wanneer het zorg- en ondersteuningsteam er niet in slaagt om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken of waarbij de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, zijn

² [Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2019-2024 | Vlaanderen.be](#)

- informele zorg of een zorgaanbieder aangeven dat er verbetering moet komen in het zorgproces.
2. In artikel 11 worden de opdrachten van de zorgraden aangepast om te evolueren naar een organisatie, die beter beleidsprioriteiten kan leggen.
 - a. afstemming met de lokale besturen gebeurt in het kader van het lokale sociale beleid, afgestemd op de bovenlokale doelstellingen (art. 11, eerste lid, 1° punt d);
 - b. afstemming met de beroepsgroep specifieke verenigingen wordt verruimd naar eerstelijnszorgaanbieders, verenigingen van mantelzorgers, personen met een zorg- en ondersteuningsnood met inbegrip van afstemming omtrent digitale gegevensdeling bij interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking (art. 11, eerste lid, 3°);
 - c. mee vorm geven aan de beleidsdoelstellingen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en zo nodig andere prioritaire doelstellingen voorstellen voor het werkgebied. (art. 11, eerste lid, 4°).
 3. In artikel 12, tweede lid, 5°, wordt de samenstelling van de zorgraden uitgebreid met voorzieningen erkend, vergund of gesubsidieerd door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap alsook deze voorzieningen erkend, vergund of gesubsidieerd door het agentschap Opgroeien regie.
 4. De gegevensverwerking wordt decretaal verankerd voor wat betreft:
 - a. het besluit van de Vlaamse Regering van 9 december 2022 tot ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en tot uitbreiding van de opdrachten van de huisartsenkringen;
 - b. het toekomstige digitale zorg- en ondersteuningsplan.

De punten 1 t.e.m. 3 zijn inhoudelijk van aard en zullen samen worden behandeld onder de titel 'impact m.b.t. de inhoudelijke wijzigingen'. Punt 4 zal afzonderlijk worden behandeld onder de titel 'impact m.b.t. de gegevensverwerking'.

B.3.1 IMPACT M.B.T. DE INHOUDELIJKE WIJZIGEN

Dit deel van de impactanalyse wordt uitgesplitst over twee deelgebieden.

1. Impactanalyse m.b.t. begrippenkader en concepten m.b.t. doelgerichte en geïntegreerde zorg
2. Impactanalyse voor wat betreft de opdrachten en de samenstellingen van de zorgraden

Impactanalyse begrippenkader en concepten m.b.t. doelgerichte en geïntegreerde zorg

Doelgroepen

1. Personen met en zorg- en ondersteuningsnood of hun vertegenwoordiger
2. Mantelzorgers en verenigingen van mantelzorgorganisaties
3. Zorgaanbieders
4. Specifieke ondersteunende organisaties
5. Zorgraden
6. Overheid

Afstemmingsproces

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

Maatschappelijke impact op de doelgroepen

Doelgroep	Voordelen	Knelpunten
Persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger	<ul style="list-style-type: none">• De concepten levensdoelen en de integratie van de mantelzorger in het zorg- en ondersteuningsteam, gecombineerd met zorgcoördinatie zullen voor een betere zorg op maat zorgen.• Casemanagement wordt een belangrijke schakel in de continuïteit van zorg op scharniermomenten wanneer niemand van de zorgaanbieders bij machte is om het zorgproces aan te vatten door de hoge complexiteit of wanneer de zorg onvoldoende kwaliteit biedt door de afwezigheid van een zorgcoördinator	<ul style="list-style-type: none">• De begrippen vereisen een grotere bewustwording en een actievere participatie van de persoon in het zorgproces, hiervoor is sensibilisering en permanente investering in zelfversterking een noodzakelijke randvoorwaarde.• Personen moeten voldoende gezondheidsvaardigheden hebben. Deze moeten ingebed worden in de opleidingen.
Mantelzorgers en verenigingen van mantelzorgorganisaties	<ul style="list-style-type: none">• Mantelzorgers worden lid van het zorg- en ondersteuningsteam. Ze krijgen een volwaardige plaats in het zorg- en ondersteuningsproces.	<ul style="list-style-type: none">• De mantelzorger is vaak al overbevroegd.• De nodige gezondheidsvaardigheden moeten worden aangescherpt bij de mantelzorger om deze rol ten volle op te nemen.
Zorgaanbieders	<ul style="list-style-type: none">• Zorgaanbieders zullen door het gebruik van levensdoelen de zorgplanning beter op maat kunnen afstemmen op de werkelijke wensen en noden van de persoon.• Door beter inzicht in de werkelijke noden en vragen van de persoon en door teamwerk komt	<ul style="list-style-type: none">• In veel zorgsettings ontbreken nog de juiste organisatorische en financiële randvoorwaarden om met deze concepten aan de slag te gaan.• Doelgerichte en geïntegreerd werken vergt een attitudeverandering bij alle actoren in de

	de juiste zorgvraag bij de juiste zorgaanbieder terecht.	zorgketen, ook binnen de verschillende opleidingen moet aandacht worden besteed aan deze nieuwe aanpak.
Beroepsgroep-specifieke organisaties	<ul style="list-style-type: none"> De verschillende organisaties in het netwerk van de zorggraden hebben een belangrijke rol om hun professionals te sensibiliseren en te begeleiden richting doelgerichte en geïntegreerde zorg. 	<ul style="list-style-type: none"> Deze organisaties moeten de denkkaders van hun individuele beroepsgroep overstijgen.
Zorggraden	<ul style="list-style-type: none"> De verschillende concepten raken aan de kerntaken van de zorggraden. Hun waardevolle rol zal worden verstrekt. Hun rol om zowel professionals, beroepsverenigingen en ook de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood te begeleiden richting doelgerichte en geïntegreerde zorg wordt hiermee duidelijker omschreven. 	<ul style="list-style-type: none"> Zorggraden zullen als organisatienetwerk specifieke competenties moeten ontwikkelen om hun taak op te nemen. De nodige financiële ondersteuning voor de zorggraad moet worden voorzien. De nodige ondersteuning voor de zorggraden moet worden uitgewerkt. Het ondersteuningsaanbod moet worden afgestemd op de specifieke noden van de zorggraden.
Overheid	<ul style="list-style-type: none"> Doelgerichte en geïntegreerde zorg is voor de overheid een middel om de kwaliteit van zorg te verbeteren en beter op maat van de persoon af te stemmen. 	<ul style="list-style-type: none"> De budgettaire impact van doelgerichte en geïntegreerde zorg is nog onduidelijk en moeilijk in te schatten.

Budgettaire impact m.b.t. inhoudelijke begrippen

De budgettaire impact situeert zich op het niveau van de toekomstige uitvoeringsbesluiten die samenhangen met de begrippen zorgcoördinatie en casemanagement. Dit zal bij het opstellen van deze uitvoeringsbesluiten, binnen de op dat moment geldende budgettaire marges, worden geëvalueerd. De middelen voor het uitwerken van een digitaal zorg- en ondersteuningsplan werden voorzien via het relancebudget (VV116).

Impactanalyse voor wat betreft de opdrachten en de samenstellingen van de zorggraden

Doelgroepen

1. Zorgraden en hun leden
2. VAPH/Opgroeien
3. Lokale besturen
4. Overheid

Afstemmingsproces

Er werd een zorgvuldig overleg met de belanghebbenden uitgewerkt naar aanleiding van het opstellen van de nota aan de Vlaamse Regering betreft slagkrachtige zorgraden middels het versterken van de rol van de lokale besturen in de zorgraden, het verhogen van de betrokkenheid van het welzijnsveld en de actualisering van de opdrachten van de zorgraden. Deze nota (VR 2022 0912 DOC. 1831/1BIS) en bijhorende bijlage (VR 2022 0912 DOC. 1381/2) werden op 9 december 2022 goedgekeurd door de Vlaamse Regering en zijn toegevoegd als bijlage bij dit document. Deze afstemming mondde finaal uit in 4 concrete beleidsvoorstellen:

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

Maatschappelijke impact op de doelgroepen

Doelgroep	Voordelen	Knelpunten
Zorgraden en hun leden	<ul style="list-style-type: none">• Er worden daadwerkelijke instrumenten en methodieken aangeboden om prioriteiten te leggen.• De zorgraden krijgen de nodige vrijheidsgraden om hun bestuursniveau op maat van hun lokale identiteit te organiseren.• De nieuwe leden zullen voor een nieuwe dynamiek en kijk op integrale zorg zorgen.	<ul style="list-style-type: none">• Er moet geanticipeerd worden op een complexe opdracht. Zorgraden, als organisatienetwerk, dienen voldoende te investeren in goed bestuur.• Opleiding krijgen om zich te ontwikkelen als organisatie, maar ook opleiding en informatie geven aan hun leden vergt tijd en middelen.
VAPH/Opgroeien	<ul style="list-style-type: none">• De stem van beide domeinen zal ongetwijfeld zorgen	<ul style="list-style-type: none">• Beide domeinen kantelen in, in een reeds bestaande structuur. Er

	voor een nieuwe dynamiek en kijk op integrale zorg en interdisciplinaire samenwerking.	moet de nodige tijd en middelen worden voorzien om dit te realiseren.
Lokale besturen	<ul style="list-style-type: none"> • De waardevolle rol van de lokale besturen als partner in het zorg- en ondersteuningsbeleid op lokaal niveau wordt gehonoreerd. • Door de afstemming van de beleidscycli is kan een coherent lokaal sociaal beleid worden uitgebouwd • Kwetsbare doelgroepen (bv armoede) worden door de betrokkenheid van de lokale besturen beter bereikt 	<ul style="list-style-type: none"> • Lokale besturen als volwaardige partner leren kennen. • Lokale besturen zullen het bovenlokaal sociaal beleid actief mee vorm moeten geven, willen ze ten volle gebruik maken van het potentieel dat hun wordt aangeboden.
Overheid	<ul style="list-style-type: none"> • De nieuwe opdrachten, met duidelijke handvaten voor prioriteitsstelling, geven de overheid belangrijke instrumenten om het beleid te evalueren. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kennis omtrent beleidsevaluatie voor wat betreft geïntegreerde, doelgerichte zorg is nog in volle ontwikkeling.

Budgettaire impact

De budgettaire impact wordt bepaald door het besluit van de Vlaamse Regering van 17 mei 2019 tot erkenning en subsidiëring van de zorgraden en houdende inwerkingtreding van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.

Tijdens het opstellen van de nota aan de Vlaamse Regering 'betreffende slagkrachtige zorgraden middels het versterken van de rol van de lokale besturen in de zorgraden, het verhogen van de betrokkenheid van het welzijnsveld en de actualisering van de opdrachten van de zorgraden', is aangegeven dat de uitvoering van de ambities, beschreven in deze nota m.b.t. de financiering van de zorgraden binnen de beschikbare begrotingskredieten moet worden opgevangen.

B.3.2 IMPACT OP GRONDRECHTEN EN OP HET GELIJKHEIDSBEGINSEL

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

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

- artikel 13 tot en met 15, welke wijzigingen aanbrengen aan het decreet van 26 april 2019 met betrekking tot de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;

- artikel 22, welke een verwerking van persoonsgegevens inhoudt van de eerstelijnszorgaanbieders die in het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad werken;
 - artikel 24 tot en met 32: welke een verwerking van persoonsgegevens inhoudt in het kader van een digitaal zorg- en ondersteuningsplan.
1. Organisatie van de eerstelijnszorg voor een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood (artikel 13 tot en met 15)

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

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

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

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

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

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

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

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

Inzake de financiering van de eerstelijnszorgaanbieders, die door de betrokken eerstelijnszorgaanbieders moet worden aangevraagd, is het evident dat dergelijke financiering niet kan worden toegekend of kan worden gecontroleerd zonder een

verwerking van de persoonsgegevens van de aanvragende eerstelijnszorgaanbieder. De opgevraagde persoonsgegevens blijven ook beperkt tot de gegevens die noodzakelijk zijn om te kunnen oordelen of de eerstelijnszorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden voor de financiering en om de financiering effectief aan hem te kunnen toekennen.

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

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

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

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

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

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

Het digitale zorg- en ondersteuningsplan stimuleert alle zorgaanbieders om doelgericht en geïntegreerd te werken. Deze manier van werken draagt bij aan de

grondrechten van de burgers (gelijkheid, non-discriminatie, recht op kwaliteitsvolle gezondheidszorg).

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

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

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

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

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

Het legaliteitsbeginsel houdt uiteraard in dat er een wettelijke basis voorhanden moet zijn om de inmenging in het privéleven (en dus de inperking van het recht op privéleven) toe te laten. Deze wettelijke basis wordt voorzien middels huidig decreet zelf, waarin de verwerking van de persoonsgegevens wordt voorzien. Het legaliteitsbeginsel houdt eveneens het voorzienbaarheids criterium in, dat betekent dat de formulering ervan voldoende precies is zodat een burger de gevolgen van een bepaalde handeling kan voorzien. Gelet op de duidelijke bewoordingen van dit ontwerp van decreet, het opnemen van de essentiële elementen van de verwerking en de conformiteit met andere regelgeving zoals de algemene verordening gegevensbescherming, werd het legaliteitsbeginsel gerespecteerd.

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

Tot slot is huidig ontwerp van decreet in overeenstemming met het proportionaliteitsbeginsel, met inbegrip van de noodzakelijkheidsvereiste. Immers, de beoogde verwerking is relevant voor om het nagestreefde doeleinde te behalen (het verwerken van de gegevens draagt uiteraard bij aan de volledigheid van het digitale zorg- en ondersteuningsplan en dus aan de verbetering van de gezondheidszorg- en welzijnsverlening aan de burger) en uit de gegevensbeschermingsimpactanalyse blijkt dat er geen minder ingrijpende manier is dan hetgeen is voorzien in huidig ontwerp van decreet om het beoogde doeleinde

te bereiken. De bepalingen van de algemene verordening gegevensbescherming werden uiteraard gerespecteerd, waarbij het principe van de gegevensminimalisatie voorop staat: er worden niet meer gegevens verwerkt dan strikt noodzakelijk is voor het bereiken van het doeleinde. Daarenboven werd elke verwerking van de persoonsgegevens die gebeurt in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, afgewogen ten aanzien van het recht op bescherming van het privéleven, waarbij net de belangen van de betrokkenen voorop worden gesteld. Het voordeel dat het digitale zorg- en ondersteuningsplan biedt, kadert uiteraard in het belang van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en diens volledige zorg- en ondersteuningsteam, en draagt toe aan betere gezondheidszorg, -opvolging en -ondersteuning. Daarenboven is het zo dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood hetzij een therapeutische relatie heeft met een lid uit het zorg- en ondersteuningsteam (zorgaanbieder), hetzij betreft het een persoon uit de vertrouwenskring van de PZON (mantelzorger, overig lid), die hij zelf toelaat tot het digitale zorg- en ondersteuningsplan. Verder worden de verwerkingen enkel voorzien waar nodig en zoveel als mogelijk beperkt.

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

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

B.3.3 KIND- EN JONGERENEFFECTRAPPORT

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

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

1. een digitaal hulpmiddel om een zorgplan te ontwikkelen ontbreekt;

2. sturing op de verschillende actoren voor de verschillende groepen jongere werd als complex geformuleerd;
3. inspraak door de verschillende betrokken partijen (zorgaanbieders, ouders, mantelzorgers, enz.) werd als tijdsintensief en niet evident bestempeld;
4. interregionale afstemming tussen de verschillende actoren werd als niet evident bestempeld.

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

1. door levensdoelen expliciet op te nemen in dit ontwerp en als fundament te positioneren voor de zorgplanning zal de zorg een betere aansluiting bieden op de leefwereld van de jongere en de ouders;
2. het in ontwikkeling zijnde digitale zorg- en ondersteuningsplan biedt een antwoord om de complexe zorg voor de jongere beter te stroomlijnen tussen de verschillende zorgdisciplines, betere inspraak van zowel de jongere als de ouders zelf mogelijk te maken;
3. door de voorzieningen erkend, vergund of gesubsidieerd door het agentschap Opgroeien regie in de zorggraad te verankeren, zal de regionale afstemming beter verlopen tussen de verschillende zorgactoren. De zorggraad is het forum bij uitstek waar de verschillende beroepsgroepen elkaar vinden om concrete afspraak te maken om geïntegreerde en doelgerichte zorg te realiseren.

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

B.3.4 ARMOEDETOETS

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

De toenmalige analyse sprak reeds dat voor het globale armoedebeleid iedereen betrokken partij was: de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de mantelzorgers, zorgaanbieders, lokale besturen, de welzijnssector, ...

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

Om dit te realiseren, werd door de Vlaamse Regering gekozen om de rol van de lokale besturen, als belangrijke partner voor wat betreft het lokaal sociaal beleid, te versterken in de zorggraad. Dit door ervoor te zorgen de beleidscycli en beleidsprioriteiten beter op elkaar worden afgestemd. Hiervoor worden zowel de zorgstrategische planning en populatiemanagement als belangrijke instrumenten gepositioneerd om doelgroep- en/of wijkgericht te werk te gaan.

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

B.3.5 HANDHAVING EN EVALUATIE

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

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

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

B3.6 BESTUURLIJKE IMPACT OP LOKALE BESTUREN, PROVINCIALE BESTUREN EN BRUSSEL

Gezien de lokale besturen reeds lid zijn van de zorgraad, verwachten we slechts een minimale bestuurlijke impact. Ook voor wat betreft de Brusselse context is slechts een minimale bestuurlijke impact. Hier moet worden opgemerkt dat de lokale besturen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, gezien dit bicommunautaire voorzieningen zijn, niet verplicht worden om deel te nemen aan de zorgraden, maar zij wel kunnen deelnemen aan de werkzaamheden van de zorgraad op vrijwillige basis.

De bestuurlijke impact zal zich beperken tot een betere professionalisering van de samenwerkingsverbanden die worden opgezet met de verschillende zorgraden. Op niveau van de provinciale besturen is er geen impact.

B.4 Informatie over het digitale zorg- en ondersteuningsplan

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

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

1. De levensdoelen

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

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

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

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

2. De zorg- en ondersteuningsdoelen

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

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

Zorg en ondersteuningsdoelen zijn resultaatgericht geformuleerd. Via het digitale zorg- en ondersteuningsplan kunnen deze zorg- en ondersteuningsdoelen samen met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden opgesteld, beheerd, gedeeld, aangepast en geëvalueerd. Tevens kunnen de zorg- en ondersteuningsdoelen worden gelinkt aan specifieke zorg- en ondersteuningstaken die aan het zorg- en ondersteuningsteam worden toegekend.

3. De zorg- en ondersteuningstaken

Dit zijn concrete, specifieke taken, SMART³-geformuleerd, om de zorg- en ondersteuningsdoelstellingen te behalen. Enkele voorbeelden zijn:

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

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

4. Zorg- en ondersteuningsteam

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

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

In het digitale zorg- en ondersteuningsplan worden al deze personen opgenomen, voor zover zij daartoe door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zijn toegelaten. De toegang tot bepaalde gegevens wordt ook per lid van het zorg- en ondersteuningsteam bepaald overeenkomstig zijn rol binnen het team. De overige

³ SMART: is een acroniem dat gebruikt wordt om doelstellingen op te stellen. Deze doelstellingen zijn specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden.

leden van het team hebben geen volledige toegang tot alle gegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, tenzij die persoon met een zorg- en ondersteuningsnood hiertoe anders beslist. Ook van die overige leden zelf worden gegevens, meer bepaald contact- en profielgegevens, opgenomen zodat ze gekend zijn en gecontacteerd kunnen worden.

5. De communicatiemodule

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

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

Het is van groot belang dat alle leden van het zorg- en ondersteuningsteam begrijpen dat urgenties hier niet in kunnen worden opgenomen en dat dergelijke berichtgeving via andere kanalen dient te gebeuren. Indien er een lid van het zorg- en ondersteuningsteam wel dringende communicatie (alleen) via het digitale zorg- en ondersteuningsplan zou meedelen, kan hier in hoofde van de andere leden van het zorg- en ondersteuningsteam geen aansprakelijkheid uit worden afgeleid met betrekking tot de schade die potentieel zou kunnen ontstaan wanneer deze urgentie niet vanuit het digitale zorg- en ondersteuningsplan zou zijn opgepikt door een ander lid van het zorg- en ondersteuningsteam.

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

6. De context

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

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

7. De kalender en tijdslijn

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

B.5 De legistische uitwerking van het digitale zorg- en ondersteuningsplan

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

Vooreerst worden enkele definities toegevoegd.

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

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

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

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

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

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

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

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

Het Departement Zorg is voor het beheer van het digitale zorg- en ondersteuningsplan de verwerkingsverantwoordelijke. In het kader van andere verwerkingen binnen het digitale zorg- en ondersteuningsplan in het kader van het aanbieden van zorg kan het Departement Zorg met de zorgaanbieder(s) optreden als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijke. In andere gevallen zal de

zorgaanbieder binnen zijn gezondheidsrechtelijke verplichtingen waaraan de zorgaanbieder dient te voldoen optreden als verwerkingsverantwoordelijke en het Departement Zorg als loutere verwerker. Een professionele zorgaanbieder, die op grond van diens wettelijke verplichtingen als verwerkingsverantwoordelijke dient op te treden, zal immers bij de uitwisseling van de niet-dringende berichten gebruik maken van de module communicatie. In deze context zal het Departement Zorg dan instaan voor het opslaan en faciliteren van deze berichten als verwerker.

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

B.6 Implementatie

Dit decreet bevat de volgende delegaties aan de Vlaamse Regering:

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

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

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

C. Totstandkomingsprocedure

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

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

Het advies van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin ('Vlaamse Raad WVG') werd bekomen op [DATUM].
[Bespreking advies Vlaamse Raad WVG]

Het advies nr. [NUMMER] van de Vlaamse toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens ('VTC') werd bekomen op [DATUM].
[Bespreking advies VTC]

Het advies nr. [NUMMER] van de Gegevensbeschermingsautoriteit ('GBA') werd bekomen op [DATUM].
[Bespreking advies GBA].

De Raad van State heeft op [DATUM] zijn advies nr. [NUMMER] over het voorontwerp van decreet uitgebracht.
[Bespreking advies Raad van State]

D. Bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaamse Gewest

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

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

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

II. Toelichting bij de artikelen

Artikel 1

Dit artikel behoeft geen toelichting.

Artikel 2 tot en met 9

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

Meer bepaald worden aan volgende decreten wijzigingen aangebracht:

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

Artikel 10

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

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

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

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

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

Artikel 11

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

Artikel 12

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

Artikel 13

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

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

Artikel 14

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

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

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

1° het benaderen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag vanuit het principe van integrale zorg en ondersteuning, vermeld in artikel 4, tweede lid, 1°, met respect voor zijn recht op zelfbeschikking;
2° het centraal stellen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en uitgaan van zijn zorg- en ondersteuningsvraag, keuzes, behoeften en levensdoelen.

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

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

De concrete bepalingen zullen verder opgenomen worden in een uitvoeringsbesluit.

Artikel 15

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

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

Artikel 16

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

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

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

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

Populatiemanagement is een middel om aan specifieke noden binnen een populatie of regio ofwel aan een algemene vraag tegemoet te komen met een zo gepast mogelijke actie afgestemd op de doelgroep. Universele proportionaliteit is hierbij een grondbeginsel. Populatiemanagement gebeurt door kennis te nemen van de populatie binnen een eerstelijnszone, de specifieke noden en/of vraag in kaart te brengen en het betrekken van de juiste partners. Nadien worden met de betrokken partners specifieke acties uitgerold.

De continuïteit van de zorg en ondersteuning, evenals de samenwerking met de gespecialiseerde zorg, wordt opgenomen door een afvaardiging van de zorgraad in

het regionaal zorgplatform en kadert binnen de uitgewerkte zorgstrategische planning.

2° De zorgraden laten hun inhoudelijke werking en meerjarenplan aansluiten op de meerjarenplanning van de lokale besturen in het kader van het lokaal sociaal beleid, en die een gezamenlijk initiatief kunnen nemen om een bovenlokaal sociaal beleid te ontwikkelen. Conform het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid wordt de regierol inzake het lokale sociale beleid aan het lokaal bestuur toevertrouwd, maar het lokaal bestuur kan wel met de zorgraden, waarin zowat alle lokale zorg- en welzijnsactoren vertegenwoordigd zijn, in gesprek gaan en gebruik maken van de kennis en expertise die er aanwezig is. De concrete modaliteiten rond de afstemming van de beleidsplannen zijn voorwerp van het uitvoeringsbesluit op de zorgraden.

3° De geïntegreerde zorg is een belangrijke focus voor de organisatie van de zorg in de toekomst. De zorgraad heeft hierin de opdracht om aan de vermelde partners ondersteuning te bieden om die kwaliteitsvolle, interdisciplinaire en geïntegreerde zorg mogelijk te maken. Deze ondersteuning richt zich op de realisatie van hoofdstuk drie van het ontwerpdecreet, waarin bepalingen opgenomen zijn rond de werking met zorg- en ondersteuningsdoelen, zorg- en ondersteuningsteams, zorgcoördinatoren en het aanbieden van casemanagement. De ondersteuning richt zich ook op het promoten, faciliteren en ondersteunen van de vermelde partners bij het gebruik van digitale tools voor gegevensdeling in het aanbieden van zorg en ondersteuning.

4° De decreetgever heeft via specifieke regelgeving een aantal beleidsdoelstellingen bepaald, bv. het decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid beoogt een verbetering van de volksgezondheid, meer bepaald het behalen van gezondheidswinst op Vlaams bevolkingsniveau of het verhogen van de efficiëntie van het gezondheidsbeleid, om zo te kunnen bijdragen tot een verhoging van de levenskwaliteit. In dit artikel wordt bedoeld het geheel van deze doelstellingen die van toepassing zijn op het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Daarnaast worden bij het aantreden van een nieuwe Vlaamse Regering een aantal doelstellingen voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin bepaald in het Regeerakkoord voor de volgende legislatuur.

De zorgraden werken mee aan het geheel van deze beleidsdoelstellingen. De zorgraden kunnen ook andere doelstellingen formuleren die specifiek zijn voor hun werkgebied. De Vlaamse Gemeenschap zal erop toezien dat de geformuleerde lokale doelstellingen passen binnen de doelstellingen voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

De zorgraden vinden het evenwicht tussen

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

Ingevolge de wijzigingen aangebracht door dit artikel aan het artikel 11, eerste lid, van het decreet van 26 april 2019, worden ook enkele juridisch technische wijzigingen aangebracht aan het tweede lid van artikel 11, welke een definitielijst bevat.

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

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

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

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

Artikel 17

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

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

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

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

Artikel 18

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

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

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

Artikel 19

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

Artikel 20

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

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

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

- een regionale zorgzone omvat minstens twee eerstelijnszones, met uitzondering van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

Dit wil zeggen dat bij het vastleggen van regionale zorgzones er geen afbreuk wordt gedaan aan de indeling in eerstelijnszones. Een regionale zorgzone omvat minstens twee (volledige) eerstelijnszones. Dit heeft tot gevolg dat afwijkingen ten aanzien van de referentieregio's op het niveau van de eerstelijnszones (vb. eerstelijnszone A bevindt zich grotendeels in referentieregio X, maar omvat eveneens twee gemeenten in referentieregio Y) mee geïntegreerd zullen worden op het niveau van de regionale zorgzones. In hoger vernoemd voorbeeld zal de eerstelijnszone A dus deel gaan uitmaken van één regionale zorgzone, samen met een andere eerstelijnszone van de referentieregio X. Deze regionale zorgzone zal dus eveneens de twee gemeenten uit referentieregio Y omvatten).

- Een regionale zorgzone omvat minimaal 300.000 inwoners.

Dit wil zeggen dat wanneer een referentieregio minder dan 300.000 inwoners omvat, de desbetreffende regionale zorgzone actief in deze referentieregio zal moeten bestaan uit meerdere referentieregio's.

Hierbij moet worden opgemerkt dat het feit dat er wordt gesproken over een maximale afstemming op de grenzen van de referentieregio's op zich niet uitsluit dat een regionale zorgzone kan bestaan uit meerdere referentieregio's (ook al bevatten beide referentieregio's meer dan 300.000 inwoners) of dat één referentieregio kan worden onderverdeeld in meerdere regionale zorgzones. Het gaat immers om een afstemming op de "grenzen" van de referentieregio's, niet om een afstemming op de referentieregio's zelf.

Artikel 21

Dit artikel verdeelt het hoofdstuk 10 van het decreet van 26 april 2019 onder in afdelingen. Een eerste afdeling omvat de artikelen over de verwerking van

persoonsgegevens in het kader van de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering, als vermeld in artikel 8 van het decreet van 26 april 2019 en de verwerking in het kader van beleidsdoeleinden.

Artikel 22

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

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

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

De verschillende doeleinden worden hierna duidelijker toegelicht:

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

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

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

Om deze renteloze leningen en tegemoetkomingen te kunnen ontvangen worden persoonsgegevens van de huisarts verwerkt. Deze zijn opgenomen in het voornoemd besluit van de Vlaamse Regering van 9 december 2022. De Raad van State had in zijn advies nr. 72.175/3 van 12 oktober 2022 bij dit besluit volgende opmerking gemaakt (cf. randnummer 5):

"Verscheidene bepalingen in het ontwerp met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens kunnen worden beschouwd als een intrinsiek gevolg van de door de decreetgever gecreëerde mogelijkheid om te voorzien in een financiering ter ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en van de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering. Dat is echter niet evident voor alle categorieën van gegevens die overeenkomstig de ontworpen regeling worden verwerkt en evenmin voor de regeling van de bewaartermijn. Het is dan ook

raadzaam, gelet op het voormelde legaliteitsbeginsel, om ter zake een decretale regeling uit te werken.”

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

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

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

De rechtsgrond voor de verwerking van de voornoemde gegevens zal het artikel 6, lid 1, c), zijn van de algemene verordening gegevensbescherming, namelijk een wettelijke opdracht van de verwerkingsverantwoordelijke.

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

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

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

- identificatiegegevens en contactgegevens van de aanvrager: deze gegevens zijn noodzakelijk om de aanvrager van een financiering te kunnen identificeren en contacteren;
- gegevens over de praktijk waarin de aanvrager werkzaam is: deze gegevens zijn noodzakelijk om de interdisciplinaire samenwerking te kunnen beoordelen en voor controledoelinden;
- bankrekeningnummer van de aanvrager: dit gegeven is noodzakelijk om de tegemoetkoming/renteloze lening te kunnen uitbetalen;

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

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

Het nemen van beleidsmaatregelen om de eerstelijnszorg te versterken

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

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

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

Het in kaart brengen van het aanbod en de nood aan eerstelijnszorg zal gefaseerd gebeuren, waarin in de eerste plaats wordt gefocust op de huisartsgeneeskunde en waarbij dit later kan worden uitgebreid naar andere eerstelijnszorgaanbieders. Het in kaart brengen zal gebeuren aan de hand van een bevraging van de betrokken eerstelijnszorgaanbieders. Voor het in kaart brengen van het aanbod huisartsgeneeskunde zal de huisartsenkring een lijst aanleveren en valideren waarop de actieve huisartsen in hun huisartsenzone staan opgelijst. Op basis van

deze lijst zullen huisartsen en huisartsenpraktijken gecontacteerd worden om een vragenlijst in te vullen met betrekking tot hun zorgaanbod.

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

De gegevensverwerking vindt zijn rechtsgrond in het artikel 6, lid 1, c), van de algemene verordening gegevensbescherming (wettelijke opdracht van de verwerkingsverantwoordelijke).

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

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

- identificatiegegevens van de eerstelijnszorgaanbieder: dit gegeven is noodzakelijk om de verschillende eerstelijnszorgaanbieders uniek te identificeren om fouten te voorkomen;
- gegevens over de praktijk waarin de eerstelijnszorgaanbieder werkzaam is:
 - o adres van de praktijk: dit gegeven is nodig om een overzicht te kunnen krijgen van de locatie van de verschillende praktijken, om zo zorgaanbod en zorgnood aan elkaar te kunnen linken;
 - o praktijkvorm: het uitsplitsen van de verzamelde gegevens over solo-duo- of groepspraktijken is nodig om beleidsrelevante informatie te verzamelen (vb. in welk type praktijk werkt men vaker met een praktijkverpleegkundige, waar gebruikt men het meeste telesecretariaat, ...);
 - o gehanteerde vergoedingssysteem: deze gegevens zijn nodig om het aandeel en de spreiding van prestatiegerichte praktijken versus forfaitaire praktijken in kaart te brengen (en ook versus andere financieringsmodellen in de toekomst), en om die gegevens te kunnen koppelen aan andere indicatoren om hieruit beleidsrelevante informatie te trekken;
 - o aanbod en aanwezige disciplines: dit gegeven is noodzakelijk om het zorgaanbod goed te kunnen inschatten, en om hieruit beleidsrelevantie informatie te halen (vb. het aantal uren dat een huisarts moet werken om evenveel patiënten te bedienen in een monodisciplinaire versus een multidisciplinaire praktijk);
 - o geografische afbakening: dit gegeven is noodzakelijk om te achterhalen tot welk doelpubliek de betrokken praktijk zich richt, waar hij zijn dienstverlening primair aanbiedt, en om het zorgaanbod te kunnen koppelen aan de gegevens over de lokale zorgnood;
 - o gegevens over de werklast van de praktijk: hieronder wordt begrepen het aantal patiënten dat de betrokken praktijk heeft en behandelt en de werktijd die nodig is. Dit zal berekend worden aan de hand van de aantal beheerde globale medische dossiers (GMD), gegevens over het aantal wekelijkse consultaties, het aantal uren die binnen de praktijk besteed worden aan consultvoering en bijkomende praktijktaken. Deze gegevens zijn noodzakelijk om zicht te krijgen op de patiëntenpopulatie van de praktijk, op de werklast voor de eerstelijnszorgaanbieder en de zorgcapaciteit;
 - o gegevens over het al dan niet voeren van een beperking op de toegankelijkheid tot de praktijk: hiermee wordt gepeild of de praktijk een volledige of gedeeltelijke patiëntenstop heeft ingevoerd, en indien gedeeltelijk ook de aard van deze patiëntenstop (Welke patiënten worden wel nog toegelaten? Is de patiëntenstop gelimiteerd in tijd?). Dit gegeven is noodzakelijk, gezien dit informatie geeft over de marge die de praktijk heeft om nieuwe

- o patiënten op te vangen, en het brengt regio's in kaart waarin huisartsentoegekankelijkheid al dan niet gewaarborgd is;
- o gegevens over de continuïteit van de zorg in de praktijk: hiermee wordt gepeild of de praktijk continuïteit van zorg kan aanbieden bij vakanties en afwezigheden. Dit gegeven is noodzakelijk, gezien aan de hand van de continuïteit van zorg kan worden afgeleid wat de zorgcapaciteit van een praktijk of regio is;
- o gegevens over een uitbreiding van de capaciteit van de praktijk: dit gegeven is noodzakelijk omdat dit een invloed heeft op hoe het toekomstige aanbod door de praktijk zal wijzigen, en op die manier toekomstprojecties naar zorgcapaciteit mogelijk zijn;
- geboortear van de eerstelijnszorgaanbieder: dit gegeven is noodzakelijk om de eerstelijnszorgaanbieder te kunnen opdelen in leeftijdscohorten. De leeftijd van de eerstelijnszorgaanbieders geeft immers belangrijke informatie over het toekomstige aanbod weer (vb. in een regio met veel huisartsen tussen 60 en 70 jaar, weet men dat op korte termijn er een daling van het aanbod zal komen) waarop het beleid kan aangepast worden (vb. toekomstprojecties voor de Vlaamse Planningscommissie);
- gegevens over het beroep en het statuut van de eerstelijnszorgaanbieder: hiermee wordt onder ander bedoeld welk gezondheidszorgberoep de eerstelijnszorgaanbieder uitoefent, of hij nog in opleiding is of reeds erkend is, maar ook gegevens over zijn beroepsuitoefening (vb. toekomstperspectief, is de eerstelijnszorgaanbieder van plan zijn beroepsactiviteiten stop te zetten, uit te bouwen, enz...). Deze gegevens zijn noodzakelijk om een inschatting te kunnen maken van het toekomstige zorgaanbod en zorgcapaciteit;
- gegevens over de werklast van de eerstelijnszorgaanbieder en de ervaren werkdruk en het welzijn van de eerstelijnszorgaanbieder bij het uitoefenen van zijn werk: deze gegevens zijn noodzakelijk om het aanbod goed af te stemmen op de zorgnood. De werkdruk kan worden gelinkt aan de evolutie van het aanbod (vb. als de werkdruk als (te) hoog wordt ervaren, gaat dan de betrokken eerstelijnszorgaanbieder zijn aanbod naar de toekomst toe beperken/verminderen?). Beleidsmatig kan bekeken worden wat factoren zijn die de ervaren werkdruk van de huisarts versterken of verminderen (vb. wat is het effect van samenwerken met een praktijkverpleegkundige op de ervaren werkdruk door de huisarts?).

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

In het kader van dit doeleinde zullen de persoonsgegevens eveneens worden doorgegeven aan derden, namelijk de zorgraden, de organisaties met terreinwerking (vb. huisartsenkringen) en de partnerorganisaties (vb. VIVEL). De persoonsgegevens zullen worden doorgegeven aan deze derden met het oog op het vervullen van hun taken in het kader van het nemen van initiatieven om de huisartsengeneeskunde en de eerstelijnszorg te versterken. Deze door de Vlaamse Regering erkende organisaties, hebben als erkenningsvoorwaarde de opdracht om (op het terrein) bij te dragen tot de versterking van de eerstelijnszorg. Hier kan onder andere verwezen worden naar:

- artikel 11, eerste lid, 1^o, van het decreet van 26 april 2019 voor wat betreft de opdrachten van de zorgraden: "*de organisatie en het aanbod van*

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

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

Contacteren van de eerstelijnszorgaanbieders om hen een bevraging te laten invullen

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

Deze gegevens worden verwerkt op grond van artikel 6, lid 1, c), van de algemene verordening gegevensbescherming (wettelijke opdracht van de verwerkingsverantwoordelijke).

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

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

Tijdens de COVID-19 crisis werd vastgesteld dat het niet altijd evident was om de eerstelijnszorgaanbieders te contacteren. Om deze reden wordt in de bevraging in het kader van het vaststellen van het aanbod van de eerstelijnszorg eveneens de instemming van de eerstelijnszorgaanbieder gevraagd of deze in de toekomst gecontacteerd wenst te worden voor crisiscommunicatie (= dringende communicatie, vb. in het kader van een pandemie) of voor informatiecampagnes van de Vlaamse overheid (= niet dringende communicatie, in het kader van een van door de Vlaamse overheid georganiseerde gezondheidscampagnes; vb. preventiecampagnes).

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

Deze gegevens worden verwerkt door de door de Vlaamse Regering aangewezen dienst op basis van het artikel 6, lid 1, c), van de algemene verordening gegevensverwerking (wettelijke opdracht van de verwerkingsverantwoordelijke).

Artikel 23

Dit artikel voert een afdeling 2 in het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders in. Deze afdeling wordt ingevoegd onder Hoofdstuk 10 - "Gegevensverwerking", en betreft het digitale zorg- en ondersteuningsplan.

Artikel 24 tot en met 32

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

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

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

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

In het ontworpen artikel 23/1 worden enkele definities opgenomen die worden gebruikt in deze afdeling. Het "overig lid van het zorg- en ondersteuningsteam" is hier als dusdanig gedefinieerd gelet op het onderscheid in toegangsrechten voor de verschillende leden van het zorg- en ondersteuningsteam. Het is immers niet de bedoeling dat een buur evenveel (vaak gevoelige) informatie te zien krijgt in het digitale zorg- en ondersteuningsplan als de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger, de zorgaanbieder of de mantelzorger. De "elektronischecommunicatiegegevens" worden gedefinieerd als inhoud en metagegevens over die elektronische communicatie, waarbij onder inhoud moet worden begrepen: de uitgewisselde inhoud door middel van elektronische-communicatiediensten, zoals tekst, spraak, video, beelden en geluid en onder metagegevens over die elektronische communicatie: gegevens die worden verwerkt in een elektronische-communicatienetwerk met het oog op de transmissie, de distributie of de uitwisseling van elektronischecommunicatie-inhoud; met inbegrip van gegevens die worden gebruikt voor de opsporing en identificatie van de bron en de bestemming van de communicatie, gegevens betreffende de locatie van de apparatuur die bij het aanbieden van elektronische-

communicatiediensten worden gegenereerd, en de datum, het tijdstip, de duur en de aard van de communicatie.

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

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

Er worden daarnaast enkele begrippen verduidelijkt in artikel 23/2. Het digitale zorg- en ondersteuningsplan zal een communicatiemodule omvatten, waarin niet-dringende communicatie kan gevoerd worden. Deze niet-dringende communicatie omvat geenszins urgenties omtrent de toestand van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Het is niet de bedoeling dat er wordt gecommuniceerd over de nood van een dringende medische of niet-medische tussenkomst door een ander lid van het zorg- en ondersteuningsteam. Er kan tevens geen enkele (medische) aansprakelijkheid in hoofde van een ander lid van het zorg- en ondersteuningsteam voortvloeien uit een melding in de communicatiemodule die een urgentie omvat. Elk lid van het zorg- en ondersteuningsteam heeft toegang tot de communicatie in deze communicatiemodule. In het licht van het beroepsgeheim is het dan ook van belang dat geen (dringende) medische gegevens worden gedeeld in de communicatiemodule. De niet-complexe context rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood betreft de multidimensionale biopsychosociale context. Dit omvat beknopte biomedische informatie en uitgebreide niet-medische informatie over de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood met betrekking tot zijn psychologische en socio-economische achtergrond, zoals bijvoorbeeld of die persoon een leefloon geniet, de relatiestatus, wooninrichting, allergieën, geloofsbelijdenis, beroep, medicatieschema, alcoholgebruik, hobby's, etnische afkomst, en dergelijke meer. De interne en externe agenda's maken het mogelijk om zorg- en ondersteuningstaken rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood van een agenda van een extern

softwarepakket te integreren in de kalender van het digitale zorg- en ondersteuningsplan of omgekeerd, om zo te kunnen inplannen wanneer welke taken moeten worden of werden uitgevoerd.

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

Het eerste lid vermeldt de gegevens die van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood worden verwerkt. Het spreekt voor zich dat de meeste persoonsgegevens worden verzameld van die persoon. Het gaat over identificatiegegevens (bv. naam, geboortedatum), contactgegevens (bv. adres, telefoonnummer), het INSZ-nummer (Rijksregisternummer of BIS-nummer), gegevens over de gezondheid en het welzijn, andere relevante gegevens nodig voor het verlenen van zorg en ondersteuning, zoals de sociale status (bv. leefloon, maximumfactuur), de zorg- en ondersteuningstaken, de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en -communicatie, de gegevens die de zorgbehoefte aangeven (bv. mobiliteit, continëntie), de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen en levensbeschouwelijke of religieuze overtuigingen. Daarnaast worden elektronische of digitale communicatiegegevens verzameld, alsook gegevens over de hoedanigheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood (met name het feit dat deze persoon optreedt binnen dit zorg- en ondersteuningsplan in de hoedanigheid van persoon met een zorg- en ondersteuningsnood), en tot slot technische gegevens over de identiteit van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bv. de metadata over de connectie, het IP-adres, hoe de tool wordt gebruikt) en statistische gegevens over het gebruik van het digitale zorg- en ondersteuningsplan (bv. hoeveel keren wordt ingelogd).

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

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

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

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

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

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

Het eerste lid vermeldt tot welke gegevens de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood toegang heeft. Het gaat over de identificatie- en contactgegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zelf, van de zorgaanbieder, de mantelzorger(s) en de overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam, het INSZ-nummer van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, het erkenningsnummer van de zorgaanbieders, de gegevens over de gezondheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de andere relevante gegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood die nodig zijn voor het verlenen van zorg en ondersteuning (sociale status en gegevens over de welzijnstoestand, de zorg- en ondersteuningstaken, de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie, en -communicatie, de gegevens die de graad van zorgbehoevendheid meten, de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen en de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen), elektronische of digitale communicatiegegevens tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en gegevens over de hoedanigheid van de leden van zorg- en ondersteuningsteam.

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

met een zorg- en ondersteuningsnood, het erkenningsnummer van de zorgaanbieders, de gegevens over de gezondheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de andere relevante gegevens van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood die nodig zijn voor het verlenen van zorg en ondersteuning (sociale status en gegevens over de welzijnstoestand, de zorg- en ondersteuningstaken, de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie, en -communicatie, de gegevens die de graad van zorgbehoefendheid meten, de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen en de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen), elektronische of digitale communicatiegegevens tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en gegevens over de hoedanigheid van de leden van zorg- en ondersteuningsteam.

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

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

Het ontworpen artikel 23/6 bepaalt dat de rechten van de betrokkenen (de andere leden van het zorg- en ondersteuningsteam), conform de bepalingen van artikel 23 van de algemene verordening gegevensbescherming, kunnen beperkt worden. Dit kan slechts ter waarborging van de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van handelingen die tegen de eer en de waardigheid van de uitoefening van gereguleerde beroepen ingaan. Zo kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de situatie waarbij een betrokkene vraagt om zijn recht op wissing uit te oefenen, maar dat er tevens een procedure voor de schending van het beroepsgeheim van de zorgaanbieder loopt, waarbij de gegevens waarvan de betrokkene verzoekt om deze te wissen, van cruciale waarde zijn om een oordeel te vellen over het dossier. In dat geval kan het recht op wissing beperkt worden.

Het ontworpen artikel 23/7 legt de bewaartermijnen van de (persoons)gegevens vast. Gelet op het feit dat die gegevens worden bewaard in Vitalink, zijn dezelfde

bewaartermijnen vastgelegd als bij Vitalink. Alle bewaartermijnen zijn tevens in overeenstemming met het principe van opslagbeperking

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artikel 33

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

Artikel 34

Dit artikel regelt de inwerkingtreding van dit decreet.

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

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

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

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Jan JAMBON

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Hilde CREVITS