

Reguleringsimpactanalyse voor het decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de zorgaanbieders in de eerste lijn.

1 Gegevens van het advies

1.1 Gegevens van de regelgeving

nummer taal- en wetgevingstechnisch advies	Nog niet gekend
bevoegde minister(s) van de regelgeving	De heer Jo Vandeurzen
RIA	30 maart 2018

1.2 Gegevens van de aanvrager

e-mailadres	danielle.massant@zorg-en-gezondheid.be tom.vermeire@zorg-en-gezondheid.be
organisatie	Agentschap Zorg en Gezondheid
beleidsdomein	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
entiteit	Team Eerste Lijn

2 Titel en fase



Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de zorgaanbieders in de eerste lijn - principiële goedkeuring.

3 Samenvatting

De eerstelijnszorg is de rechtstreeks toegankelijke, ambulante generalistische zorg voor niet-gespecialiseerde gezondheid- of welzijnsproblemen, zowel van fysieke, psychologische als sociale aard. De eerste lijn biedt diagnostische, curatieve, preventieve, revaliderende en palliatieve zorgverlening aan. De eerste lijn is in regel ook het eerste contact van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood met de professionele zorg.

De uitdagingen voor de eerstelijnszorg zijn groot en verschillen niet of nauwelijks van deze in andere landen: demografische en epidemiologische ontwikkelingen (lees: verouderende bevolking en complexere zorgnoden), wetenschappelijke en technologische evoluties, globalisering, toenemende diversiteit in de samenleving, assertievere burgers evenals sociaal economische ongelijkheden in gezondheid.

Zeer veel verschillende actoren werken in de Vlaamse eerstelijnszorg: de gezondheidszorg bestaat uit verschillende lijnen, verschillende spelers en verschillende financieringsmodellen; de welzijnszorg kenmerkt zich door een zeer divers en verbrokken landschap. Deze versnippering en het ontbreken van een centraal aanspreekpunt verhogen de complexiteit van het Vlaamse zorglandschap enorm. De gezondheidszorg wordt, mede door deze versnippering, gestuurd door het aanbod aangeboden door de verschillende diensten. Door de aanbodgestuurde setting ontbreekt op elke niveau de centrale vraag of de aangeboden zorg optimaal is afgestemd op de noden van de patiënt.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) beschouwt de eerstelijnszorg in het rapport "Primary Health Care: now more than ever!" en in het rapport "Health 2020: European Policy Framework and Strategy for the 21st century" als hoeksteen van een modern gezondheidszorgbeleid. Het WGO-model positioneert de mantelzorger, de vrijwilligers en de buurt als eerste beschermende en ondersteunende schil rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood in het centrum. Bij toenemende complexiteit van de zorgnoden, zal de professionele eerstelijnszorg ingeschakeld worden. Gezien de uitdagingen die geformuleerd zijn is het belangrijk dat er een sterk en goed uitgebouwde eerste lijn beschikbaar is.

In het Vlaams regeerakkoord 2014 – 2019 is daarom een vereenvoudiging van de eerstelijnsstructuren en versterking van de eerste lijn opgenomen.

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

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

Het momentum om deze verandering te introduceren werd geboden door de zesde staats hervorming gecombineerd met de voortschrijdende inzichten, zowel nationaal als internationaal, in integrale zorg- en ondersteuning. Bij deze hervorming is participatie het kernwoord, zowel voor burger als voor de professional.

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

1. taakstelling en structuurintegratie;
2. geografische afbakening van de zorgregio's;
3. modellen voor integrale zorg;
4. de patiënt/burger centraal;



5. gegevensdeling en kwaliteit van zorg;
6. innovatie en ondernemerschap in de zorg.

De beleidsvisie “een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn”, zoals gepresenteerd op de conferentie ‘Reorganisatie van de eerste lijn’ van 16 februari 2017 en goedgekeurd door de Vlaamse Regering op 8 december 2017 vormt de basis van het toekomstig beleid in Vlaanderen.

Deze beleidsvisie over de hervorming van de eerste lijn is het uitgangspunt van deze RIA.

Waarom de keuze voor optie 2, een geïntegreerde zorg in de eerste lijn, het meest voor de hand ligt.

De internationale literatuur, het opgezette participatief proces door middel van de werkgroepen en goedepraktijkvoorbeelden schuiven optie 2 “de uitbouw van een geïntegreerde zorg in de eerste lijn” als eerste keuze naar voor.

Door deze keuze onderbouwt de Vlaamse Overheid een gedeelde visie op de eerstelijnszorg: een pragmatisch cirkelmodel, waarin de welzijn en gezondheidszorg samensmelten. In deze visie staat de persoon met zorg- en ondersteuningsnood centraal en wordt de individuele formele en informele zorgaanbieder voldoende ondersteund om zijn taak te vervullen.

Het voorliggend voorontwerp van decreet is dan ook een eerste stap in een zorgvuldig uitgewerkt traject om een geïntegreerde zorg in de eerste lijn in Vlaanderen te ondersteunen.

We vergelijken dan ook deze optie “geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn” (optie 2) met een ongewijzigd beleid (optie 1: de nuloptie) en een beleid met een éézijdige focus op medische zorg (optie 3).

4 Probleembeschrijving

De eerstelijnszorg in Vlaanderen wordt zoals in andere landen geconfronteerd met een aantal uitdagingen en hieraan verbonden opportuniteiten:

- **Demografische en epidemiologische ontwikkelingen:** we worden alsmaar ouder met een toename van het aantal chronische aandoeningen per persoon als gevolg
- **Wetenschappelijk en technologische ontwikkelingen en hun implicaties voor de betaalbaarheid** van de zorg: door een toename van onze kennis en technologie verkort de hospitalisatieduur, kennen we duurdere en complexere behandelingen. Deze evolutie opvangen en vertalen naar relevante zorg op maat voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en afstemmen op het beschikbare budget is een grote uitdaging.
- **Globalisering en sociaal-culturele ontwikkelingen** brengen mee dat de diversiteit van de samenleving toeneemt. Personen met zorg en ondersteuningsnood evolueren van patiënten naar kritische, goed geïnformeerde consumenten. De etnische-culturele minderheden in onze maatschappij zorgen voor complexe, diverse zorgsituaties. De gewijzigde loopbanen van burgers zorgen voor een belangrijke impact op de zorg: afname van vrijwilligers, toename van opvangnood, minder beschikbaar zijn van mantelzorgers.
- **De existentiële component van het mens-zijn** wint steeds meer aan belang. Zinvol en kwaliteitsvol leven, betekenis geven aan activiteiten zijn kernwoorden waarmee personen hun leven richting wensen te geven. Deze diverse set van waarde en normen vertalen naar een passende zorg wint steeds meer aan belang.



- **Op sociaaleconomisch vlak** zijn er verschillen tussen landen onderling maar ook binnen landen zelf zien we een verschil in gezondheid tussen verschillende sociale groepen. Ook in ons land is deze steeds groter wordende sociale gezondheidskloof aanwezig.

Het Vlaams zorg- en welzijnslandschap wordt gekenmerkt door degelijk opgeleide, goed bedoelende en hardwerkende krachten die met hun hoofd, hun hart en hun handen antwoord geven op de zorgnoden van mensen. Maar dat gebeurt vandaag te gefragmenteerd en vanuit te veel structuren.

De burger ziet daarom vaak door de bomen het bos niet meer en kan niet zelf de regie voeren over zijn eigen zorg en ondersteuning. Ook voor zorgaanbieders en hulpverleners moet het samenwerken eenvoudiger, doelmatiger en transparanter kunnen.

Zeer veel verschillende actoren werken in de Vlaamse eerstelijnszorg: de gezondheidszorg bestaat uit verschillende lijnen, verschillende spelers en verschillende financieringsmodellen; de welzijnszorg kenmerkt zich door een zeer divers en verbrokken landschap. Deze versnippering en het ontbreken van een centraal aanspreekpunt verhogen de complexiteit van het Vlaamse zorglandschap enorm. De gezondheidszorg wordt, mede door deze versnippering, gestuurd door het aanbod aangeboden door de verschillende diensten. Door de aanbodgestuurde setting ontbreekt op elke niveau de centrale vraag of de aangeboden zorg optimaal is afgestemd op de noden van de patiënt.

Samenwerking wordt op dit moment belemmerd door veel verschillende factoren:

- **Economische factoren:** het huidige op prestaties gerichte financieringssysteem van de gezondheidszorg is een hinderpaal voor overlegmomenten, welke voor de zelfstandige zorgaanbieder niet gefinancierd worden. De huidige financiering van de ziekenhuizen en spoedgevallendiensten is een rem op de intersectorale samenwerking en over de sectoren heen. Intellectuele prestaties, welke de meerderheid uitmaken van bv. chronische zorg, geestelijke gezondheidszorg en ouderlingenzorg worden in verhouding minder goed gehonoreerd dan technische prestaties. Deze geneeskundige intellectuele prestaties komen voornamelijk voor in de o.a. de huisartsgeneeskunde en in enkele specialismen (bv. psychiatrie, geriatrie, reumatologie, ...) die een groot aantal chronische aandoeningen behandelen. Deze prestaties vergen vaak een relatief hoge tijdsinvestering van de betrokken arts. Door de beperkte instroom van studenten in zorgberoepen neemt de werkdruk op de verschillende zorgaanbieders. Zorgaanbieders komen in vicieuze cirkel terecht: toenemende werkdruk vermindert de mogelijkheid op interdisciplinair overleg, waardoor delegatie van taken moeilijker is. Dit gebrek aan taakdelegatie verhoogt dan weer de werkdruk.
- **Wettelijke factoren:** het huidige Koninklijk Besluit nummer 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen bepaalt de rolverdeling en taakafspraken van de verschillende zorgaanbieders in het Vlaamse zorglandschap. Deze rolverdeling en taakafspraken belemmeren mee de subsidiariteit tussen verschillende zorgaanbieders. Ook in de Vlaamse context kan het beter. Verschillende subsidiesystemen en financieringssystemen voor in principe éénzelfde taak, het multidisciplinair overleg, bemoeilijken de samenwerking.
- **Socio-culturele factoren:** de werking van de zorg- en welzijnssector verschilt grondig van elkaar. Het gebrek aan inzicht in elkaars werkdomein en methodiek verhindert doelgerichte interactie tussen de verschillende sectoren. Binnen éénzelfde sector is er dezelfde problematiek: er zijn attitudeverschillen tussen bijvoorbeeld zorgaanbieders op zelfstandige basis en in bediendestatuut.

5 Beleidsdoelstelling



In het Regeerakkoord van de Vlaamse Regering en de beleidsnota 2014-2019 wordt het volgende aangegeven:

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

Dit impliceert ook dat de individuele patiënt/cliënt meer moet betrokken worden bij de beslissingen omtrent zijn/haar eigen zorg, dat we hem/haar mee erkennen als expert in zijn/haar eigen aandoening of ondersteuningsnood. Om dit kracht bij te zetten ontwikkelen we een handvest dat de (collectieve) rechten van de cliënt/patiënt duidelijk expliciteert.

Momenteel zijn er diverse netwerkstructuren actief op de eerste lijn. In overleg met de stakeholders, maken we werk van een operationeel plan voor de versterking, afstemming, vereenvoudiging en integratie van de structuren op de eerste lijn. De zesde staatshervorming creëert het momentum voor deze uitdaging met de overdracht van de ondersteuning van de gezondheidsberoepen van de eerste lijn en de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg (Huisartsenkringen, Lokale Multidisciplinaire Netwerken, Geïntegreerde Diensten Thuiszorg, de palliatieve netwerken en de palliatieve multidisciplinaire teams).”

Het is belangrijk dat de Vlaamse overheid een duidelijk kader schept om op duurzame wijze de professionele en informele zorg te ondersteunen. Fundamenteel daarbij is het respect voor ieders competentie en een gemeenschappelijke visie over 'patiënt-gecentreerd' werken.

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

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

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

In het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019 is een vereenvoudiging van eerstelijnsstructuren en versterking van de eerste lijn opgenomen. Het Vlaams regeerakkoord onderschrijft ook het principe dat de individuele patiënt/cliënt meer moet betrokken worden bij de beslissingen omtrent zijn/haar eigen zorg, dat we hem/haar mee erkennen als expert in zijn/haar eigen aandoening of ondersteuningsnood.

Er is over de jaren heen een brede consensus gegroeid over de noodzaak van fundamentele hervormingen in de eerste lijn om zowel de betrokkenheid van personen met een zorgnood en hun mantelzorgers als de performantie van de zorg te doen stijgen. Bovendien dient zich het historisch unieke momentum aan waarin een hervorming van de ziekenhuissector in dit land samenvalt met de uitvoering van de zesde staatshervorming en, in het bijzonder, met de verwerving van nieuwe hefboomen op het Vlaamse overheidsniveau die een betere afstemming tussen de gezondheidssector en de welzijnssector mogelijk maken.

Op 16 februari 2017 werd tijdens de conferentie over de hervorming van de eerste lijn de beleidsvisie over het hervormingstraject voorgesteld.

Het veranderingstraject dient aan te sluiten bij andere lopende of nog te initiëren hervormingen, met name: de uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming, de ontwikkeling van een nieuw organisatie- en financieringsmodel



voor de ouderenzorg, de implementatie van de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap, de inkanteling van de nieuwe bevoegdheden, het nieuwe actieplan inzake de geestelijke gezondheid, de verbreding van de planning van het zorgaanbod en het hervormingstraject rond sociaal werk.

Het is in deze context dat het voorliggend ontwerp van decreet een solide wettelijke basis wil leggen om verder te kunnen bouwen aan een geïntegreerde eerstelijnszorg.

6 Opties

→ Optie 1: de nuloptie, een ongewijzigd beleid

In deze optie blijft het zorglandschap in Vlaanderen ongewijzigd. De zorg is aanbodgestuurd, welzijns- en medische zorg zijn niet geïntegreerd. De persoon met zorg- en ondersteuningsnood wordt niet integraal benaderd door de verschillende zorgaanbieders.

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

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

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

Deze optie grijpt de opportuniteiten van de zesde staatshervorming niet aan en houdt ook geen rekening met de reeds lopende beleidsinitiatieven op federaal en gemeenschapsniveau in verband met ouderenzorg, geestelijke gezondheid, financiering, revalidatie,

Een nuloptie of status quo betekent per definitie dat Vlaanderen zich niet verder engageert in het verbeteren van de organisatie van de zorg.

→ Optie 2: een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn

Deze optie biedt antwoorden op de toekomstige maatschappelijke, demografische, technologische en andere uitdagingen.



Internationaal is dit pad uitgetekend en geëffend;

1. De 'Quadruple aim' levert ons 4 richtlijnen om de zorg te verbeteren:
 - a. verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren;
 - b. verbeteren van gezondheidstoestand op bevolkingsniveau met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid;



- c. het realiseren voor de patiënt van meer "waarde" op het vlak van gezondheid met de ingezette middelen;
 - d. ervoor te zorgen dat professionelen in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen.
2. Om met deze richtlijnen in het achterhoofd een persoonsgerichte en geïntegreerde zorg aan te bieden, stelt de Wereldgezondheidsorganisatie vijf strategieën voor:
- a. Zelfversterking en het betrekken van personen met een zorgnood;
 - b. Duidelijke aansturing en verantwoording;
 - c. Heroriënteren van het zorgmodel;
 - d. Zorgverlening georiënteerd op de noden van personen;
 - e. De stakeholders samenbrengen en faciliteren om de verandering te realiseren.

De behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving) vormen het uitgangspunt van deze zorg. Het nastreven van een goede kwaliteit van leven voor en door elke burger is de ultieme ambitie van een integrale zorg en ondersteuning. Het is essentieel dat professionele (zorg- en ondersteunings-) systemen pas in actie komen wanneer ze nodig zijn en enkel daar waar ze nodig zijn. In een zorgende samenleving is professionele zorg niet voor alles de oplossing, maar treedt ze eerder ondersteunend en aanvullend op ten aanzien van het sociaal netwerk en de eigen kracht van mensen. Integrale zorg en ondersteuning zet sterk in op preventieve actie en de mobilisering van verbindende krachten in de samenleving, zowel voor de persoon met zorg- en ondersteuningsnood als de individuele zorgaanbieder.

De Vlaamse Overheid verankert deze strategie op 3 manieren:

1. *De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood staat centraal:* de eigen regie van de zorg versterken door de persoon integraal te benaderen, zelfmanagement te stimuleren en in te zetten op gezondheidsvaardigheden en zelfversterking. De zelfregie zal worden ondersteund door alle informele en formele zorgaanbieders (mantelzorgers, buurtwerking, professionele zorgaanbieders, ...) evenals de actoren uit de welzijnssector (gezinszorg, diensten maatschappelijk werk, lokaal sociaal beleid). De zelfregie wordt ten volle benut door het aanbieden van geïntegreerde zorg en ondersteuning. De coördinatie van geïntegreerde zorg gebeurt afhankelijk van de complexiteit van de zorgsituatie door de persoon zelf, een zorgcoördinator of, in moeilijke zorgsituaties, een casemanager.
2. *De zorgaanbieders ondersteunen* met 3 duidelijk afgebakende geografische en organisatorisch afgebakende entiteiten.
 - a. Op lokaal niveau: door **de eerstelijnszone** komt het zwaartepunt te liggen op de ondersteuning van de praktijk of de dienstverlening en op de intersectorale samenwerking tussen lokale besturen, welzijn en gezondheid. De eerstelijnszone is de geografische omschrijving van het gebied waarin de lokale besturen en de zorgaanbieders die er hun zorg- en dienstverlening ontwikkelen, hun samenwerking proberen vorm te geven en hun verantwoordelijkheid opnemen voor de populatie van die eerstelijnszone. Eerstelijnszones hebben een populatie van minstens 75.000 inwoners.
 - b. Op regionaal niveau: **het regionale zorgplatform** moet een gebiedsdekkend aanbod verzekeren van expertise dat zich op een hoger niveau dan de eerstelijnszone bevindt: omdat de kritische massa voor interventie voldoende groot moet zijn (bv. palliatie). Ook hier is vereenvoudiging en integratie van de structuren en het verhogen van de efficiëntie noodzakelijk. Deze regionale zorgplatformen zullen zo goed mogelijk afgestemd worden op de gebieden van de klinische ziekenhuisnetwerken en ze bedienen een populatie in de grootteorde



van 400.000 inwoners; zij dekken het volledige Vlaamse grondgebied; bestaan uit meerdere eerstelijnszones en elke eerstelijnszone is onderdeel van slechts één regionaal zorgplatform.

- c. Op Vlaams niveau zal **het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn** worden opgericht. Hier zal de nodige kennis en expertise worden samengebracht die de brede eerste lijn kan ondersteunen. Om haar rol goed te vervullen zal het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn een sterke band hebben met de Vlaamse en de federale overheid, onderzoeks- en kenniscentra en universiteiten. De werking van dergelijk Instituut zal afhankelijk zijn van overheidsfinanciering en mee aangestuurd worden door het beleid.
3. *Invullen van de randvoorwaarden door een participatief en projectmatige aanpak.* De randvoorwaarden voor deze geïntegreerde zorg zijn zorgvuldig geïnventariseerd. Actiepunten zijn geformuleerd en opgenomen in 13 werkgroepen die de hervorming gefaseerd invoeren.
- Project 1: Vorming eerstelijnszones
 - Project 2 : Vorming regionale zorgplatforms
 - Project 3: Oprichting Vlaams Instituut Eerste Lijn
 - Project 4 : Multidisciplinaire praktijkvormen en zorgcapaciteit
 - Project 5 : Zorgcoördinatie en casemanagement
 - Project 6 : Naar een digitale eerste lijn
 - Project 7 : Kwaliteitsbeleid en klachtenbeleid
 - Project 8 : Geïntegreerd breed onthaal
 - Project 9 : Mantelzorg als volwaardige partner in de eerstelijnszorg
 - Project 10 : Basisopleiding en permanente vorming
 - Project 11 : Communicatie over de hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen
 - Project 12 : Zorggeletterdheid en participatie
 - Project 13 : De sociale kaart/platform welzijn en gezondheid

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

→ **Optie 3: en een beleid met een éézijdige focus op medische zorg**

In deze optie beperken we de hervorming tot de eerstelijnsgezondheidszorg zonder focus op geïntegreerde zorg en ondersteuning.

Er wordt geen rekening gehouden met de welzijnssector (vb. lokaal sociaal beleid, buurtgerichte zorg, gezinszorg, ...). Ook initiatieven op vlak van preventieve gezondheidszorg worden niet optimaal geïncorporeerd in de eerste lijn en blijven naast elkaar bestaan.

Tenslotte wordt er ook geen rekening gehouden met andere belangrijke hervormingen zoals bijvoorbeeld de hervorming van het ziekenhuislandschap en de Vlaamse sociale bescherming.

Hierdoor blijven kansen op geïntegreerde zorg onbenut en blijft de zorg- en hulpverlening voor de burger / de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood een ondoorgrondelijk kluwen.



In dit model wordt de financiering van de huidige structuren bestendig en geoptimaliseerd maar niet op elkaar afgestemd.

De tendensen om zorg te integreren op de verschillende beleidsniveaus worden hierdoor genegeerd, evenals de opportuniteiten geboden door de zesde staatshervorming.

7 Analyse van de effecten

Achtergrond

Bij de analyse van de effecten zijn volgende overwegingen belangrijk

1. Het voorliggend ontwerp van decreet is een kaderdecreet. Concreet cijfermateriaal over de effecten is hierdoor niet beschikbaar.
2. Methodologisch kader van de voorgestelde oplossing is grondig in de internationale literatuur beschreven en onderbouwd. De concepten van integrale zorg zijn nog in volle ontwikkeling, de complexe financiële impact is onderwerp van wetenschappelijk onderzoek.. In punt 8, vergelijking van de opties, wordt hier naar verwezen.

Effecten

We wegen de analyse van de effecten op verschillende doelgroepen af met volgende parameters

1. **Antwoord op de globale uitdagingen:** demografische en epidemiologische ontwikkelingen; wetenschappelijke en technologische evolutie; globalisering, toenemende diversiteit in de samenleving; assertievere burgers; sociaal economische ongelijkheden in gezondheid;
2. **Van aanbod-gestuurde zorg naar vraag-gestuurde zorg:** essentieel voor een geïntegreerde zorg;
3. **Vereenvoudiging van de eerstelijnsstructuren;** fragmentatie van het gezondheids-en welzijn zorglandschap tegengaan;
4. **Administratieve vereenvoudiging** voor zorgaanbieders en hulpverleners;
5. **Samenloop met andere lopende of nog te initiëren hervormingen, met name:** de uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming, de ontwikkeling van een nieuw organisatie- en financieringsmodel voor de ouderenzorg, de implementatie van de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap, de inkanteling van de nieuwe bevoegdheden, het nieuwe actieplan inzake de geestelijke gezondheid, de verbreding van de planning van het zorgaanbod en het hervormingstraject rond sociaal werk;
6. **Samenwerking tussen de betrokken beleidsniveaus:** het federale niveau, het niveau van de Vlaamse overheid en het lokale bestuursniveau.

Deze zes uitdagingen werden vastgesteld als uitgangspunt en na analyse door de werkgroepen (voorafgaand traject). Zij zijn de dragers voor deze hervorming.

Volgens het rapport in 2018 van het EU Expert Panel on Health Systems Performance assessment moet een efficiënte geïntegreerde eerstelijnsvoorziening de volgende karakteristieken hebben:

1. laag-drempelig;
2. geïntegreerd;
3. persoon met zorg- en ondersteuningsnood staat centraal;
4. allesomvattend en gericht op de gemeenschap;



5. uitgevoerd door een geresponsabiliseerd, professioneel team dat het grootste deel van de zorgnoden kan opvangen.

Deze zorg wordt toegediend samen met informele zorgaanbieders in de vorm van een langdurig samenwerkingsverband in de context van de leefgemeenschap. Deze zorg is gecoördineerd en continu aanwezig.

We bekijken deze karakteristieken per doelgroep.

Doelgroepen

- Overheid;
- Personen met een zorg- en ondersteuningsnood;
- Professionele zorgaanbieders;
- Informele zorgaanbieders;
- Ziekenhuizen/gespecialiseerde zorg;
- Kwetsbare groepen (lage socio-economische status), inclusief mensen in armoede: er is geen systematische armoedetoets uitgevoerd; maar de verschillen door een lagere socio-economische status zijn weerhouden in de aanpak van het hervormingstraject;
- Lokale besturen.

→ Optie 1, de nuloptie, een ongewijzigd beleid

doelgroepen	Voordelen	nadelen
	Omschrijving	omschrijving
Overheid	Geen administratieve belasting; Geen extra investeringen noodzakelijk.	Oplopende kosten; Geen afstemming op ander beleidsniveaus; Geen afstemming op internationaal niveau; Geen afstemming met andere beleidsinitiatieven.
Persoon met een zorg en-ondersteuningsnood	Vertrouwde structuren zijn gekend en blijven bestaan.	Geen integrale zorg; Geen centraal aanspreekpunt; Aanbodgestuurde zorg blijft bestaan; Complexe structuur; Geen laagdrempelige zorg; Zorg niet gericht op de gemeenschap.



Professionele Zorgaanbieders	Zekerheid en focus op de eigen beroepsgroep blijven bestaan.	Opdeling van zorg in complexe structuren; Niet gericht op de gemeenschap; Hoge werkdruk; Complexe administratie; Aanbodgestuurde zorgvragen; Niet geresponsabiliseerd; Complexe zorgstructuur; Stijgende kosten overhead o.w. complexe structuur zorg.
Informele Zorgaanbieders	Gekende structuren en aanbod.	Geen ondersteuning; Geen aanspreekpunt beschikbaar; Zorg minder gericht naar de gemeenschap.
Ziekenhuizen / gespecialiseerde zorg	Hospitaal gecentreerde visie blijft bestaan; Inkomensgarantie.	Opdeling van zorg in complexe structuren; Niet gericht op de gemeenschap; Hoge werkdruk; Complexe administratie; Aanbodgestuurde zorgvragen.
Kwetsbare groepen (lage socio-economische status), inclusief mensen in armoede	Geen wijzigingen; Geen weerstand tegen verandering.	Verdere toename van de gezondheidskloof; Verdere toename van sociale ongelijkheid.
Lokale besturen	Kunnen zich enkel blijven focussen op het welzijnsaanbod.	Geen inspraak in de afstemming van het medisch aanbod op bevolkingsniveau; Blijvende kloof tussen welzijnszorg en medische zorg.

→ **Optie 2: een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn**



Doelgroepen	Voordelen	nadelen
	Omschrijving	omschrijving
Overheid	Kosten blijven mogelijks onder controle; Afstemming met andere beleidsniveaus; Antwoord op de globale uitdagingen; Uiteindelijk resultaat is administratieve vereenvoudiging; Integratie met andere lopende initiatieven.	Initiële investeringen zijn noodzakelijk; Veranderingstraject: nieuwe reglementering en procedures; Verhoogde administratieve werklust in het hervormingstraject.



Persoon met een zorg en-ondersteuningsnood	<p>Integrale benadering van welzijn en medische zorg;</p> <p>Duidelijke laagdrempelige organisatie van de zorg met één aanspreekpunt;</p> <p>Gezondheidswinst voor het individu;</p> <p>Multidisciplinaire aanpak met geresponsabiliseerd team;</p> <p>Gericht op de gemeenschap;</p> <p>Kwaliteit van zorg stijgt.</p> <p>Duidelijke structuren om inspraak te bevorderen</p>	<p>Nieuwe structuren geven onzekerheid;</p> <p>Verantwoordelijkheid opnemen voor het eigen zorgproces.</p>
Professionele Zorgaanbieders	<p>Samenwerken beïnvloedt de kwaliteit van zorg;</p> <p>Subsidiariteit zorgt positieve invloed op werk-leven balans;</p> <p>Mogelijks toename tevredenheid over het geleverde werk;</p> <p>Administratieve vereenvoudiging;</p> <p>Door de integrale zorg zullen meer personen langer thuis blijven;</p> <p>Samenwerken wordt gestimuleerd;</p> <p>Het woonzorgcentrum wordt deel van de gemeenschap;</p> <p>Stabilisatie van de overheadkosten.</p>	<p>Nieuwe structuren zijn nodig;</p> <p>Nieuwe competenties moeten worden aangeleerd;</p> <p>Verantwoordelijkheid moet worden opgenomen voor de geïntegreerde zorg;</p> <p>Er is verschuiving van de zorgzwaarte naar zware zorg;</p> <p>Investerings zijn noodzakelijk;</p> <p>Verlies van financiering, indien taken worden opgenomen door derden.</p>
Informele Zorgaanbieders	<p>Er is een duidelijke structuur en ondersteuning voorzien voor de informele zorgaanbieder;</p> <p>De informele zorgaanbieder wordt maatschappelijk gehonoreerd voor zijn inzet;</p> <p>Betere professionele omkadering.</p>	<p>De belangrijke rol voor de informele zorgaanbieder vereist verantwoordelijkheid, inzet en kennis.</p>
Ziekenhuizen/ gespecialiseerde zorg	<p>Subsidiariteit wordt gestimuleerd;</p> <p>Toename van kwaliteit van zorg door toegenomen subsidiariteit en samenwerking;</p> <p>Mogelijks antwoord op toenemende werkdruk.</p>	<p>Aligneren van de bestaande netwerken op de nieuwe structuren;</p> <p>Door subsidiariteit is er mogelijks inkomstenverlies.</p>
Kwetsbare groepen (lage socio-economische status), inclusief mensen in armoede	<p>Transparante structuur zorgt voor duidelijkheid;</p> <p>De toename van sociaaleconomische ongelijkheid binnen de zorg wordt op zijn minst afgeremd.</p>	<p>Zelfversterking van deze groep is een noodzakelijke vereiste.</p>



Lokale besturen	Betere omkadering en duidelijke structuren voor het bepalen van het lokaal beleid; Invloed op het medisch aanbod; Administratieve vereenvoudiging op langere termijn; Samenwerking met ander beleidsniveaus (eerstelijnszone, lokaal zorgplatform).	Aanpassingen van lokale overlegstructuren en overlegcultuur is een vereiste; Administratieve overlast en investeringen in de opstart.
-----------------	--	--

→ **Optie 3: en een beleid met een éézijdige focus op medische zorg**

Doelgroepen	Voordelen	nadelen
	Omschrijving	omschrijving
Overheid	Weinig verandering; Duidelijk traject; Financiering is voornaamste en meest gekende mechanisme om sturing uit te voeren; Administratieve zekerheid.	Oplopende kosten; Geen afstemming op ander beleidsniveaus; Geen afstemming op internationaal niveau; Geen afstemming met andere beleidsinitiatieven; Geen antwoord op globale uitdaging.
Persoon met een zorg en-ondersteuningsnood	Gekend systeem met reeds gekende toegangspoorten; Mogelijks een antwoord op toename van zorgzwaarte, indien financiering stijgt;	Geen geïntegreerde zorg mogelijk; Geen afstemming van levensdoelen op zorgdoelen mogelijk; Mogelijks hogere kost; Geen toename van de kwaliteit van zorg; Versnippering blijft; Niet gericht op de gemeenschap; Geen toename responsabiliteit.
Professionele Zorgaanbieders	Duidelijke rollen; Geen wijzigingen in competenties noodzakelijk. Blijvende inkomensgarantie.	Geen integratie en samenwerking tussen de verschillende actoren; Geen toename van kwaliteit.
Informele Zorgaanbieders	Geen voordelen.	Geen gestructureerde ondersteuning; Geen aanspreekpunt beschikbaar.
Ziekenhuizen/ gespecialiseerde zorg	Gekende systemen die snel ingevoerd en afgestemd kunnen worden; Mogelijks antwoord op toename zorgzwaarte indien financiering volgt; Geen afstemming nodig op mogelijks nieuwe financieringssytemen;	Toenemende werkdruk; Geen samenwerkingsverbanden; Geen subsidiariteit; Mogelijks geen toename van kwaliteit; Geen toename responsabiliteit; Niet gericht op de gemeenschap.



Kwetsbare groepen (lage socio-economische status), inclusief mensen in armoede	Geen voordelen.	Gezondheidskloof wordt groter; Geen hefboomen ter versterking zelfbeschikking en zelfversterking.
Lokale besturen	Geen nieuwe structuren; Gekende financieringsstromen en administratieve systemen.	Geen invloed op het medische aanbod.

8 Vergelijking van de opties

Optie 1: de status quo is niet gewenst omdat op deze manier de geïntegreerde zorg niet kan bewerkstelligd worden en er dus geen antwoord komt op de verschillende uitdagingen. Ook de opportuniteiten van de zesde staats hervorming worden niet benut bv. integratie van palliatieve zorg in de eerstelijnszorg, de verdere uitwerking en ondersteuning van de huisartsenkringen, lokale multidisciplinaire netwerken.

Optie 2: voorkeursoptie. De persoon met een zorgnood staat centraal en krijgt de zorg- en ondersteuning die hij nodig heeft. Ook de zorgaanbieders hebben voordeel bij efficiëntere samenwerkingsvormen door minder overlegstructuren, overheid heeft ook duidelijke aanspreekpunten voor de eerste lijn, het aantal overlegstructuren verminderd en de te erkennen/subsidiëren organisaties neemt af. De kwaliteit van zorg neemt toe.



Optie 2 formuleert hierdoor een antwoord op de belemmerende factoren voor zorgaanbieders om samen te werken.

- **Economische factoren:** interdisciplinair samenwerken wordt bevorderd via de zorggraden, en de regionale zorgplatformen. Op dit niveau zal overleg tussen de verschillende beroepsgroepen worden bevorderd en vergoed. Afspraken om samen te werken kunnen sneller en efficiënter worden geformaliseerd. Ook voor de individuele persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zullen de individuele zorgaanbieders via het zorgteam en eventueel via de casemanagementfunctie efficiënter kunnen samenwerken. Zorgaanbieders zullen hun kostbare tijd efficiënter kunnen inzetten.
- **Wettelijke factoren:** de rolverdeling en taakafspraken beschreven in het Koninklijk Besluit nummer 78 van 10 november 1967 is een federale bevoegdheid. Dit Koninklijke Besluit wordt op dit moment door de federale overheid aangepast aan de nieuwe context van de verschillende zorgaanbieders. Op Vlaams niveau verkleint de versnipperde aanpak door verschillende subsidiesystemen af te schaffen en wordt dit versnipperd subsidiebeleid vervangen door een uniform financieringssysteem. Belemmerend factoren voor subsidiariteit worden hierdoor kleiner.
- **Socio-cultureel:** door verschillende uniforme samenwerkingsstructuren op lokaal, regionaal en Vlaams niveau zullen voor de verschillende partners in de zorgsector de verschillende professionele attitudes zichtbaar worden. Elkaar leren kennen is de eerste stap om elkaar beter te begrijpen. Dit wederzijds begrip heeft een positieve uitwerking op de verschillende samenwerkingsvormen.

Optie 2 zet de patiënt centraal. Het is de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag die door dialoog met de zorgaanbieder zorg op maat creëert. Door samenwerking te bevorderen tussen zowel de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, de verschillende zorgaanbieders onderling alsook de mantelzorgers zal deze zorg



afgestemd worden op de vraag van de burger. De aanbodgestuurde zorg maakt plaats voor de vraaggestuurde zorg. De performantie en efficiëntie van de zorg stijgt hierdoor.

Niet tegenstaande dat er geen Vlaams cijfermateriaal beschikbaar is om de verschillende opties met elkaar te vergelijken is er een breed gedragen nationale en internationale consensus om de voluit optie 2 op het voorplan te plaatsen als toekomstig organisatiemodel van de zorg. Integrale zorg is volgens deze nationale en internationale stakeholders het enige correct antwoord op de exponentiële toename van de zorgvraag. Onderstaande publicaties verschaffen een dieper inzicht in de specifieke context en organisatiemodellen van de zorg.

- Internationale publicaties
 - World Health Organization. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.
 - WHO, WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report, 2015
 - Anonymous. Primary Health Care : now more than ever !
 - World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: 2014.
- Nationale publicaties
 - Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg: Organisatie Van Zorg Voor Chronisch Zieken In België: Ontwikkeling Van Een Position Paper 2012 :
- Vlaamse publicaties
 - SARWGG, Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen. 7 december 2012
 - SAR WGG, Reflectienota Eerstelijnszorg. Bijdrage naar aanleiding van de Vlaamse conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg, 4 november 2010, pg. 6-7.
 - Verlinde, C., De Maeseneer, J. et.al., De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van! Synthesenota van de wetenschappelijke reflectiekamer voor de Eerstelijnsgezondheidsconferentie van 16 februari 2017. 10 januari 2017 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/conferentie-reorganisatie-van-de-eerstelijnszorg-in-vlaanderen>

De ontwikkeling van kritische proces indicatoren van dit nieuwe model voor de Vlaamse eerstelijnszorg is onderwerp voor verder onderzoek binnen het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn.

Optie 2 formuleert in vergelijking met de twee andere opties het beste antwoord op de hierboven vermelde probleemstellingen.

Optie 3: in deze optie missen we de opportuniteit van samenwerking tussen welzijn en zorg. In een omgeving waar de zorgnoden complexer worden is deze samenwerking essentieel. Er is geen toename van de kwaliteit van zorg en het aantal aanspreekpunten neemt niet af. Voor de overheid daalt het aantal overlegstructuren niet.

9 Uitvoering

Door pilootprojecten

Twee pilootprojecten werden opgestart om expertise op te bouwen i.v.m. de nieuw op te richten eerstelijnszones. De continue feedback van de pilootprojecten heeft mee geholpen om het wetgevend kader te bepalen.

Door projectmatige implementatie van participatief proces



De beleidsvisietekst is vertaald met een externe partner via een participatief proces in 13 deelprojecten. De externe partner is verantwoordelijk voor het programmamanagement. De projecten zijn strikt getimed. De voornaamste belangengroepen worden opgenomen in de werkgroepen van de projecten om het draagvlak te creëren. De input van de verschillende werkgroepen wordt, waar mogelijk, vertaald in regelgeving.

10 Armoedetoets

OESO en WHO duiden het verband tussen gezondheid en een lage socio-economische status. Mensen in armoede zijn het meest kwetsbaar onderaan de sociale gradiënt in gezondheid. Investeren in gezondheid is primordiaal in de armoedereductie: een slechte gezondheid is voor mensen in armoede een belangrijk economisch struikelblok. Omgekeerd zal armoede mensen verhinderen adequaat gebruik te maken van het eerstelijnszorgsysteem. Een goed onderbouwd armoedebeleid zal een positieve impact hebben op de gezondheid.

Chronische aandoeningen zijn niet enkel een gezondheidsprobleem, zij hebben ook een impact op de werk- en thuisomgeving, op ondersteuning van sociale diensten en familie netwerken. Kwetsbare en sociaal minder begoede groepen dragen een grotere last bij chronische aandoeningen: dimensies van sociale ongelijkheid overlappen en verstevigen elkaar.

We weten dat een 10 à 15% chronische zieken risico hebben dat er niet wordt tegemoetgekomen aan hun zorgbehoeften, of nieuwe behoeften zich voordoen doordat ze hun autonomie verliezen en/of doordat de multimorbiditeit toeneemt. Deze behoeften vertalen zich in een noodzaak aan meer interventies en/of coördinatie, bovenop de reeds aangeboden zorg. De aard en de intensiteit van deze interventies hangen af van de behoeften, maar ook van de autonomiegraad van de patiënten, van hun sociaaleconomische situatie, van hun fysieke, psychische en mentale capaciteiten, van de aanwezigheid en beschikbaarheid van mantelzorgers,...

Opdat de beschikbare middelen op de beste en meest efficiënt mogelijke manier worden aangewend, is het belangrijk om op nauwkeurige wijze de verschillende risico's bij patiënten te kunnen identificeren. Deze risico's hebben niet alleen betrekking op de gezondheidstoestand van patiënten (bv. risico's op complicaties, bijwerkingen, enz.), maar hebben ook betrekking op factoren in verband met hun persoonlijke socio-economische situatie: leeftijd, opleidingsniveau, inkomen, gezinssituatie, enz. Op die manier kunnen de verschillende middelen die worden ingezet om tegemoet te komen aan de noden en behoeften van patiënten, per ziektebeeld/pathologie sterk verschillen. Een nauwkeurige analyse (stratificatie) van de risico's moet het mogelijk maken deze middelen, die verbonden zijn aan de ontwikkeling van een geïntegreerd zorgsysteem, in de toekomst beter in te zetten

Om prioriteiten te kunnen definiëren is het nodig om de beoogde doelpopulatie te stratificeren (naar demografische, medische, socio-economische, zorgconsumptie karakteristieken), maar ook om het bestaande aanbod aan diensten in kaart te brengen. Zo kan er een identificatie gebeuren van prioritaire middelen en diensten die nodig zijn om te voldoen aan de huidige en toekomstige nood van de populatie

Op deze manier veronderstellen we een beeld te krijgen waar de beste focus wordt gelegd m.b.t. mensen met een lage socio-economische status en vooral mensen in een kwetsbare situatie.

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

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

1. dit verband bespreekbaar te maken



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

11 Joker

Het decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de zorgaanbieders in de eerste lijn richt zich tot elke burger in Vlaanderen. Integrale zorg wordt aangeboden vanaf de prille start van een mensenleven tot het einde van de levensloop.

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

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

De verschillende opties worden voor de verschillende doelgroepen in deze JOKER afgewogen aan de 4 voornaamste beginselen van het kinderrechtenverdrag

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

→ Optie 1: de nuloptie, een ongewijzigd beleid

doelgroepen	Voordelen	nadelen
	Omschrijving	Omschrijving
Baby's	Vertrouwde structuren zijn gekend en blijven bestaan. Impact op financiering is duidelijk.	Geen integratie van de bestaande structuren (Huizen van het Kind, 1 ^e lijnszorg, specialistische zorg) Subsidiariteit is moeilijk te implementeren.
Peuters & Kleuters	Gekende zorgsystemen. Eenvoudig beheer van verschillende structuren (ziekenhuiszorg, eerstelijnszorg, welszijnszorg, specialistische zorg). Impact op financiering is duidelijk.	Geen afstemming van het zorgaanbod of de zorgvraag, zowel medisch als niet-medisch. Mix van verschillende zorgaanbieders werkt verwarrend voor ouders. Subsidiariteit is moeilijk te implementeren.
Tieners	Gekende duidelijke rollen voor zorgaanbieders, ouders en tieners Impact op financiering is duidelijk.	Versnippering welzijn en gezondheidszorg is mogelijks een hinderpaal op de ontwikkeling.



Jongvolwassene	Gekende inspraakstructuren. Impact op financiering is duidelijk.	De jongvolwassene vindt moeilijk zijn weg in de structuren (medisch, welzijn) die gericht zijn op kinderen of volwassenen.
Jeugd in armoede	Rol van de welzijnssector is duidelijk gedefinieerd en afgebakend. Impact op financiering is duidelijk.	Geen integratie van welzijn en gezondheid. Zeer veel verschillende zorgaanbieders. Geen interregionaal plan van aanpak.

→ **Optie 2: een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn**



doelgroepen	Voordelen	Nadelen
	omschrijving	Omschrijving
Baby's	Integratie van verschillende actoren Zorg voor boorling is bij uitstek het terrein voor integrale zorg. De basis van een gezond leven wordt tijdens de eerste levensjaren gesmeed.	Complexe sturing van verschillende actoren. Digitale hulpmiddelen om zorgplan te delen moet nog worden ontwikkeld. Impact op financiering is onduidelijk. Interregionaal consistent beleid uitbouwen is mogelijk.
Peuters & Kleuters	Zorgstrategische planning kan ook de welzijnsplanning voeding (bv. kinderopvang) Subsidiariteit wordt gepromoot. Inspraak van het concept 'patiënt centraal' is duidelijk verankerd in de eerstelijnszorg.	Complex sturing Implementatie van integrale zorg zal kosten doen stijgen zowel van zorg als van welzijn. Impact op financiering is onduidelijk. Interregionaal consistent beleid uitbouwen is mogelijk.
Tieners	Geestelijke gezondheidszorg is duidelijk benoemd als belangrijke actor. Inspraak van door het concept 'patiënt centraal' is duidelijk verankerd in de eerstelijnszorg.	Inspraak vergt van alle betrokken partijen: zorgaanbieders, ouders, tieners, mantelzorgers specifieke vaardigheden en extra tijd. Impact op financiering is onduidelijk. Interregionaal consistent beleid uitbouwen is mogelijk.
Jongvolwassene	Geestelijke gezondheidszorg is duidelijk benoemd als belangrijke actor. Inspraak van door het concept 'patiënt centraal' is duidelijk verankerd in de eerstelijnszorg. Duidelijker aanspreekpunten voor de jongvolwassen met een ondersteuningsvraag.	Aanspreekpunten moeten worden opgeleid om de specifieke vragen van jongvolwassenen te begeleiden. Impact op financiering is onduidelijk. Interregionaal consistent beleid uitbouwen is mogelijk.



Jeugd in armoede	Precaire gezinssituaties zijn gekend door de verschillende actoren en kunnen doeltreffender door samenwerken gemonitord worden.	Nieuwe overlegstructuur nodig. Kennis vanuit welzijnssectoren delen met gezondheidssector is niet evident. Impact op financiering is onduidelijk. Interregionaal consistent beleid uitbouwen is mogelijk.
------------------	---	---

→ **Optie 3: en een beleid met een éézijdige focus op medische zorg**

doelgroepen	Voordelen	Nadelen
	omschrijving	Omschrijving
Baby's	Financiering is voorspelbaar. Structuren zijn gekend, geen wijzigingen noodzakelijk.	De basis van een gezond leven wordt tijdens de eerste levensjaren gesmeed, integratie tussen welzijn en gezondheidszorg is hiervoor essentieel. Deze boot wordt gemist.
Peuters & Kleuters	Financiering is voorspelbaar. Structuren zijn gekend, geen wijzigingen noodzakelijk.	Zorgstrategische planning wordt éézijdig bekeken. Geen subsidiariteit: dit heeft een negatieve impact op de financiering.
Tieners	Financiering is voorspelbaar. Structuren zijn gekend, geen wijzigingen noodzakelijk.	Communicatie geestelijke gezondheidszorg, welzijnszorg en medische zorg blijft knelpunt. Geen duidelijk aanspreekpunten.
Jongvolwassene	Financiering is voorspelbaar. Structuren zijn gekend, geen wijzigingen noodzakelijk.	Communicatie geestelijke gezondheidszorg, welzijnszorg en medische zorg blijft knelpunt. Geen duidelijk aanspreekpunten.
Jeugd in armoede	Financiering is voorspelbaar. Impact van beleidskeuzes is voorspelbaar.	Essentiële link tussen gezondheid en armoede is afwezig.

12 Administratieve lasten

In de opstart zal er een extra administratieve inspanning worden gevraagd, maar er heerst de veronderstelling dat de administratieve lasten op langere termijn niet substantieel zullen toenemen.

Deze nieuwe vorm van samenwerken in de zorg zal een cultuurverandering induceren die de tijd vereist.

We verwachten meer transparantie en minder administratieve overlast op de verschillende organisatorische niveaus.



13 Handhaving en evaluatie

De drie duidelijke organisatieniveaus van de toekomstige eerstelijnszorg: de eerstelijnszone, het regionale zorgplatform en het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn zullen onderling overleggen. Hierdoor is permanente evaluatie en bijsturing mogelijk.

In het op te richten Vlaams instituut voor de Eerste Lijn zijn duidelijk volgende taken ingeschreven i.v.m. handhaving en evaluatie:

1. Expertise, evidence, ervaringsdeskundigheid noodzakelijk voor de onderbouwing van geïntegreerde zorgmodellen. Bijvoorbeeld:
 - het uitwerken van een kader voor de bepaling van de zorgdoelen van de persoon met een zorgnood (methodiek, digitale ondersteuning);
 - het uitwerken van een leidraad voor lokale besturen en zorgactoren in de eerste lijn voor de organisatie van buurtgerichte zorg.
2. Digitaal en laagdrempelig welzijns- en zorginformatie ontsluiten zowel voor de mantelzorger, de zorgbehoevende, professionele zorgactoren als andere geïnteresseerden.
3. Het informeren en betrekken van de burger bij de integrale zorgbenadering (sensibilisatie, positieversterking, algemene informatie).
4. Ondersteunen van een vormingsbeleid en uitwerking van vormingspakketten.
5. Ondersteuning verlenen aan de eerstelijnszones op vlak van de organisatie, financiering, planning, , bestuur,...
6. Het opzetten van innovatieve projecten, innovatie stimuleren en ondersteuning bieden bij de uitvoering ervan.
7. Het meehelpen formuleren van voorstellen van een onderzoeksagenda.
8. Ondersteuning bij het formuleren van gezondheids- en welzijnsdoelstellingen en indicatoren voor de eerste lijn die bruikbaar zijn en opgevolgd kunnen worden op het niveau van de eerstelijnszone en regionale zorgzone.
9. Het uitwerken van een transparant en uniform klachtenbeleid in samenwerking met de eerstelijnszones. Klachten maken een belangrijk onderdeel uit van de meting van kwaliteit. Het betreft de subjectieve tevredenheid van de personen met een zorgnood.
10. Modellen aanreiken voor de analyse van de zorgnoden van de bevolking in een bepaalde regio op het niveau van de eerstelijnszones en van de regionale zorgzones.
11. Samenwerking met het Vlaams Instituut van de Kwaliteit van Zorg in het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren die toepasbaar zijn in de eerste lijn.

14 Consultatie

In 2010 werd er als eerste initiatief bij Vlaams Regeringsbesluit een Samenwerkingsplatform voor de Eerste Lijn opgericht als reflectiekamer i.v.m. voor de toekomstige eerstelijnszorg.

Als tweede initiatief, werden er om de voorgenomen hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen gedragen aan te pakken, 6 werkgroepen opgericht ter voorbereiding van deze conferentie. In elke werkgroep was er een evenwichtige vertegenwoordiging van, onder andere, belanghebbende eerstelijnsorganisaties, -voorzieningen, beroepsgroepen, deskundigen uit de sector, gebruikers... Elke werkgroep kreeg een aantal doelstellingen mee



Gekozen
Optie



Gekozen
Optie



die hieronder kort worden toegelicht en formuleerde tijdens verschillende werksessies een antwoord op de geformuleerde vragen:

Werkgroep 1 - Taakstelling en structuurintegratie (o.l.v. Roel Van Giel)

Het toewijzen van duidelijk afgelijnde functies en taken noodzakelijk voor de realisatie van een integrale zorgbenadering aan de niveaus die het praktijkvoerende niveau ondersteunen en het maken van een voorstel van ondersteuningsstructuur (of -structuren), op basis van het voorstel uit de oefening 'taakstelling'.

Werkgroep 2 - Geografische afbakening van de zorgregio's (o.l.v. Joris Voets)

Het opmaken van een voorstel van zorgregio's op basis van de resultaten van werkgroep 1.

Werkgroep 3 - Modellen voor integrale zorg (o.l.v. Ilse Weeghmans)

Het uitwerken van een Vlaams model van integrale zorg, op basis van bestaande modellen, met oog voor de afstemming met het federale traject geïntegreerde zorg voor chronisch zieken.

Werkgroep 4 - De patiënt/burger centraal (o.l.v. Guy Tegenbos)

Het uitwerken van een visie en draaiboek om de burger en de persoon met een zorgnood in de integrale zorg, op vlak van alle aspecten van die zorg waarin die persoon betrokken moet worden, een hoofdrol te geven.

Werkgroep 5 – Gegevensdeling en kwaliteit van zorg (o.l.v. Dirk Ramaekers)

Het uitwerken van een model voor evaluatie van de kwaliteit van de zorg binnen een integrale zorgbenadering.

Werkgroep 6 - Innovatie en ondernemerschap in de zorg (o.l.v. Johan Hellings)

Het komen tot oplossingen voor de uitrol van de positief beoordeelde innovatie- en vernieuwingsprojecten in de zorg.

Per werkgroep werd een eindrapport opgemaakt. De essentiële ideeën uit deze eindrapporten werden gebundeld in een syntheserapport. Dit syntheserapport vormde mee de basis voor het uitwerken van de beleidstekst die aan de basis ligt van dit voorontwerp van decreet.

Ten derde zijn twee pilootprojecten opgestart om de geografische afbakening te ondersteunen i.s.m. Flanders Synergy. In deze pilootprojecten worden nieuwe samenwerkingsmodellen uitgewerkt en uitgetest. De continue rapportering van de pilootprojecten zorgt voor een permanente bijsturing en evaluatie van het proces van de op dit moment in oprichting zijnde eerstelijnszones.

Ten vierde wordt het globale hervormingstraject steeds geëvalueerd door het programmamanagement via een divers samengestelde klankbordgroep.

Ten vijfde wordt via de werkgroepen in de 13 projectengroepen, die de hervorming gefaseerd invoeren, steeds met het de voornaamste belangengroepen voor het desbetreffende project afgestemd.

15 Contactinformatie

Danielle Massant: danielle.massant@zorg-en-gezondheid.be

Tom Vermeire: [tom.vermeire@zorg-en-gezondheid](mailto:tom.vermeire@zorg-en-gezondheid.be)



16 Literatuur

- SAR WGG, Reflectienota Eerstelijnszorg. Bijdrage naar aanleiding van de Vlaamse conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg, 4 november 2010, pg. 6-7.
- Verlinde, C., De Maeseneer, J. et.al., De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van! Synthesenota van de wetenschappelijke reflectiekamer voor de Eerstelijnsgezondheidsconferentie van 16 februari 2017. 10 januari 2017 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/conferentie-reorganisatie-van-de-eerstelijnszorg-in-vlaanderen>
- Anonymous. Primary Health Care : now more than ever ! Beschikbaar via : <http://www.who.int/whr/2008/en/>
- World Health Organization. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. In: Proceedings of Regional Committee for Europe; 2012 10-13 September 2012; Malta..
- Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2004 ;12:573-576.
- EXPH (EXpert Panel on effective ways of investing in Health), Report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 10 July 2014
- "De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van!" Synthesenota van de wetenschappelijke reflectiekamer voor de Eerstelijnsgezondheidsconferentie van 16 februari 2017, 10 januari 2017, Brussel.
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multi-morbidity and implications for health care, research, and medical education a cross-sectional study. *The Lancet* 2012;380:37-43. doi:10.1016/s0140-6736.
- Boeckstaens P. Multimorbidity: a quantitative and qualitative exploration in primary care. Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. Universiteit Gent, 2014. ISBN: 9789491125089.
- Thomas A et al (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ* 319,478-483.
- De Smet et al, 2010, <https://steunpuntwvg.be/publicaties/rapporten/publicaties-nieuw#KANS>
- WHO, WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report, 2015
- SARWGG, Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen. 7 december 2012
- GIDS Pilotprojecten Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken: <http://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/gidspp.pdf>
- Van Roy, K., Peersman, W., De Lepeleire, J., Mamouris, P., De Sutter, A., De Maeseneer, J. & Goderis, G. (2017). Evaluatie Impulsfonds – rapport. UGent en KULeuven.
- Actieplan eGezondheid 2015-2019 via <http://www.plan-egezondheid.be/>
- Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid. Beschikbaar via: http://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan_nl.pdf
- A New Drive For Primary Care In Europe: Rethinking The Assessment Tools And Methodologies - Report of the Expert Group on Health Systems Performance Assessment 2018: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2018_primarycare_eg_en.pdf
- Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems: Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH): <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c34869f8-783e-4d99-9f58-6bcd5965608e/language-en>
- Ellen Nolte, Emma Pitchforth, WHO European Observatory on Health Systems – European Commission: What is the evidence on the economic impacts of integrated care? 2014: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf
- Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg: Organisatie Van Zorg Voor Chronisch Zieken In België: Ontwikkeling Van Een Position Paper 2012 : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_190A_organisatie_zorg_chronisch_zieken_Position%20Paper_0_0.pdf



- Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg : Een Vergelijkende Studie Financiering Van Ziekenhuiszorg In Vijf Landen 2012 : www.kce.fgov.be
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: 2014.
- OECD & WHO. Poverty and Health - DAC Guidelines and Reference Series
- The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5622519/>;
- Why integrated care is essential for health, By Barry S. Anton, PhD, APA President <https://www.apa.org/monitor/2015/05/pc.aspx> ;
- The evidence for integrated care; 2015 Grail Dorling, Tim Fountaine; Sorcha McKenna, Brindan Suresh <https://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Industries/Healthcare%20Systems%20and%20Services/Our%20Insights/The%20evidence%20for%20integrated%20care/The%20evidence%20for%20integrated%20care.ashx>;

