

MEDEDELING AAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: conceptnota over de uitwerking en operationalisering van het mesoniveau binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin op basis van vijf krachtlijnen.

Samenvatting

Het Vlaams Regeerakkoord 2024–2029 bevestigt de ambitie om te komen tot meer geïntegreerde zorg en ondersteuning, met nadruk op nabijheid, preventie en solidariteit waarbij een logische en heldere structuur geïntegreerde zorg verder moet faciliteren. Het wil een coherent landschap waarin zorgstructuren beter op elkaar afgestemd worden en waarin populatiegericht werken centraal staat, met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen.

Het Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg (IFP GIZO) bevestigt deze richting en vraagt een slagkrachtig mesoniveau dat regionale samenwerking, sectoroverschrijdende afstemming en de uitvoering van geïntegreerde zorgprogramma's ondersteunt. In het samenwerkingsakkoord dat in opbouw is ter uitvoering van het IFP GIZO worden afspraken vastgelegd over de organisatie, opdrachten en cofinanciering van dit mesoniveau.

De verdere beleidsuitwerking steunt op vijf krachtlijnen, waarbij we stapsgewijs werk maken van een slagkrachtig mesoniveau:

1. het regelgevend vastleggen van regionale zorgzones;
2. de huidige zorgraden (ZR) positioneren binnen het mesoniveau als motor voor de implementatie van GIZO, in de eerste plaats via de programma's binnen het IFP GIZO, waarbij via projectfinanciering bundeling van krachten van zorgraden op het niveau regionale zorgzone wordt gestimuleerd;
3. het hervormen van de governance van de zorgraden tegen 2030 om flexibiliteit, efficiëntie, meer slagkracht en minder administratie te bekomen. De eerstelijnszone blijft daarbij het primaire niveau voor lokale inhoudelijke prioriteiten en partnerschappen;
4. de positionering van het niveau van de regionale zorgzone als plaats voor strategische afstemming tussen netwerken;
5. de verdere ontwikkeling op langere termijn van het regionaal niveau tot het strategische niveau voor gebiedsdekkend populatiemanagement, intersectorale zorgstrategische planning en programmatie. Daarbij blijft lokale interdisciplinaire afstemming van patiëntgerichte zorg en ondersteuning op maat in eerste plaats de opdracht van de samenwerking binnen de eerstelijnszones.

1 SITUERING

A. BELEIDSVELD/BELEIDSDOELSTELLING

Geïntegreerde zorg en ondersteuning, kortweg GIZO, is één van de belangrijkste concepten van deze legislatuur. Zowel in het Federaal als Vlaams regeerakkoord, de beleidstekst van minister Caroline Gennez, als in talloze nota's en adviezen duikt de term op. Het duidt op een gevoelde noodzaak in het werkveld om stappen vooruit te zetten, heel wat beleidsmatige goesting om dit vast te pakken, en ook een grote politieke wil. GIZO is hierbij geen doel op zich, maar wel een methodiek om te komen tot toegankelijke, kwalitatieve, doelgerichte zorg en ondersteuning, waarbij de persoon zelf steeds centraal staat.

Met de conferenties eerstelijnszorg van 2010 en 2017 werd de reorganisatie van de eerste lijn op gang getrokken richting een geïntegreerde zorgverlening. Naast een shift naar doelgerichte zorg, het benoemen en centraal plaatsen van de persoon met een zorgnood, de erkenning van de mantelzorger enz. werd er in 2017 ook een nieuw organisatiemodel gelanceerd voor de ondersteuning van zorgaanbieders via gebiedsgerichte samenwerking in eerstelijnszones en regionale zorgzones. Per eerstelijnszone werd een zorgraad opgericht. De samenwerking op het niveau van een regionale zorgzone werd tot nu toe niet verder uitgewerkt. Voor de ondersteuning van deze hervorming werd het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn (VIVEL) opgericht.

Het globale objectief en de vereisten om daar te geraken vinden we in het Vlaams Regeerakkoord 2024-2029: *“Wie zorg nodig heeft, moet op de Vlaamse overheid kunnen rekenen voor een vereenvoudigd en krachtadig beleid om ondersteuning mogelijk te maken. Nabij als het kan, geconcentreerd als het moet, met telkens de ambitie zo min mogelijk in te grijpen in de eigen levenskeuzes. Een modern preventiebeleid en geïntegreerde zorg, bijvoorbeeld in zorgzame buurten, helpt Vlamingen zo lang mogelijk gezond te blijven en gezondheidswinst te boeken. We zorgen ervoor dat iedereen zo lang mogelijk in zijn of haar vertrouwde omgeving kan blijven wonen. Een logische en heldere structuur moet geïntegreerde zorg in Vlaanderen verder faciliteren. We zetten in op een verdere versterkte integratie en afstemming van de verschillende zorgstructuren (Logo's, eerstelijnszones, zorgregio's...), waarbij we de verschillende structuren afstemmen op de Vlaamse referentieregio's.”* Daarbij hebben we specifieke aandacht voor mensen met een kwetsbaarheid en mensen die zich in een kwetsbare situatie bevinden. Niemand mag uit de boot vallen. De beleidsnota 2024-2029 Welzijn, Volksgezondheid en Gezin vermeldt in dit kader verder: *“Een populatiegerichte aanpak vereist een duidelijk werkingsgebied. De referentieregio's dienen als basis om de regionale zorgzones, zoals benoemd in het eerstelijnsdecreet, vorm te geven.”*

Met de ondertekening van het protocolakkoord op 8 november 2023 tussen de verschillende overheden in België werd het licht op groen gezet voor de uitrol van het Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg (IFP GIZO). In dit plan werden 8 specifieke afspraken gemaakt om samen te komen tot meer geïntegreerde zorg en ondersteuning. De vijfde afspraak gaat over de organisatie van een slagkrachtig en aanspreekbaar mesoniveau: *“Decentraal en dicht bij de burger kunnen werken vanuit een populatiegerichte benadering wordt centraal gesteld, alsook het horizontaal als verticaal sectoroverschrijdend werken. Dit vraagt een slagkrachtig en aanspreekbaar mesoniveau dat faciliterend is voor het microniveau en opereert onder het beleid van het macroniveau.”* Om effectief tot uitrol te kunnen komen van het Interfederaal Plan, wordt momenteel een samenwerkingsakkoord onderhandeld, waarin ook afspraken over de organisatie van het mesoniveau, de opdrachten ervan en de cofinanciering ervan vervat zitten, en dit specifiek met betrekking tot de implementatie van geïntegreerde zorgprogramma's.

We verwijzen hier ook naar de hervormingen uitgewerkt in de conceptnota's 'Naar een vernieuwd, geïntegreerd zorg- en ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap'¹ en 'Transparant, toegankelijk, proactief en geïntegreerd: de jeugdhulp van morgen'² waarin geïntegreerde intersectorale samenwerking en regionale afstemming en planning eveneens belangrijke uitgangspunten zijn. Het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod organiseert de zorg in termen van functies en zorgniveaus, waar verschillende zorgactoren, informele hulpverleners en vrijwilligers geïntegreerd kunnen samenwerken, met een cruciale rol voor de netwerken geestelijke gezondheid om regionale zorgnoden en het zorgaanbod maximaal op elkaar af te stemmen.

Deze nota bevat de beleidskeuzes alsook het verdere traject om te komen tot een slagkrachtig mesoniveau in Vlaanderen.

B. VORIGE BESLISSINGEN EN ADVIEZEN

Het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.

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.

Op 29 maart 2019 nam de Vlaamse Regering kennis van de Bismededeling over een voorstel voor afbakening van regionale zorgzones.³

Op 8 november 2023 werd het Protocolakkoord gesloten tussen de federale overheid en deelstaten, over gezondheidsbeleid: Interfederaal plan geïntegreerde zorg.

De Vlaamse Regering besliste op 9 juni 2023 om voor 6 eerstelijnszones een afwijking toe te staan op de referentieregio's.

De Vlaamse Raad Welzijn, Volksgezondheid en Gezin publiceerde op 25 september 2025 een advies rond het mesoniveau: "Advies Gepaste ondersteuningsstructuur in het kader van Geïntegreerde Zorg en Ondersteuning (GIZO)"⁴

De Vlaamse Regering beslist op 19 december 2025 om een subsidie toe te kennen aan de zorgraden om een rol op te nemen in het projectmanagement en implementatie van het interfederaal perinataal programma⁵.

2 INHOUD

2.1 KRACHTLIJNEN

In lijn met de besprekingen voor het samenwerkingsakkoord voor geïntegreerde zorg en ondersteuning, beschouwen we het mesoniveau als de organisatie van geïntegreerde zorg en

¹ VR 2025 2305 MED.0209/1

² VR 2025 1710 MED.0398/1

³ VR 2019 2903 MED.0126/1BIS

⁴ [Advies Gepaste ondersteuningsstructuur in het kader van Geïntegreerde Zorg en Ondersteuning \(GIZO\) | Vlaamse Raad WVG](#)

⁵ VR 2025 1912 DOC.1335/2BIS

ondersteuning op locoregionale niveaus. Dit omvat de samenwerking tussen zowel organisaties en instellingen, voorzieningen, netwerken, lokale besturen, gegroepeerde zorg- en hulpverleners, ziekenfondsen, verenigingen van patiëntenorganisaties, mantelzorgers en vrijwilligers. Het mesoniveau vormt een dynamisch en gelaagd geheel van spelers, netwerken en samenwerkingsvormen, formeel en informeel. Het macroniveau definiëren we als het niveau van de verschillende bevoegde bovenlokale overheden en de samenwerkingen tussen deze overheden. Het microniveau betreft het niveau van de gecoördineerde zorg en ondersteuning die rond en samen met individuele burgers en/of lokale groepen wordt voorzien met betrekking tot hun gezondheid en welzijn.

We bewaken daarbij dat dit mesoniveau geen bijkomende 'tussenstructuur' wordt, maar een functionele ondersteuningslaag die de zorgraden helpt om hun opdrachten waar te maken. Dit vraagt heldere principes: (1) de eerstelijnszone blijft het primaire niveau voor lokale inhoudelijke prioriteiten en partnerschappen; (2) op het niveau van de regionale zorgzone wordt ondersteuning georganiseerd vooral via de mogelijkheid tot pooling van capaciteit/expertise en via administratieve ontzorging; (3) afspraken over inzet van gepoolde middelen gebeuren transparant en in consensus om competitie tussen zones te vermijden.

We maken duidelijke keuzes om stapsgewijs te komen tot een slagkrachtig en aanspreekbaar mesoniveau, zonder voorbij te gaan aan de gelaagdheid en het dynamische karakter ervan. De komende jaren werken we aan de verwezenlijking van volgende krachtlijnen:

Krachtlijn 1: geografisch leggen we de regionale zorgzones vast, in uitwerking van het eerstelijnsdecreet. De daaropvolgende jaren wordt er gestreefd naar een maximale afstemming van de verschillende samenwerkingsverbanden en netwerken op de regionale zorgzones.

- Voorziene timing: in 2026 wordt de afbakening van de regionale zorgzones regelgevend vastgelegd.

Krachtlijn 2: de huidige zorgraden (ZR) spelen binnen het mesoniveau een belangrijke rol in de implementatie van GIZO, in de eerste plaats via de implementatie van de programma's zoals vastgelegd in het IFP GIZO. De betrokken actoren en wie welke rol juist opneemt wordt per programma verder gespecificeerd. Wel is het duidelijk dat de zorgraden, vanuit een generieke implementatie-bril, in ieder programma een centrale rol opnemen. Via financiering wordt een bundeling van krachten tussen zorgraden op niveau van de regionale zorgzone, in functie van een betere ondersteuning van de ZR, efficiëntie in het organisatorisch beheer en mogelijkheid tot expertisedeling, de komende jaren gestimuleerd. VIVEL wordt een ondersteunende structuur op Vlaams niveau met een duidelijke rol op vlak van kennisdeling, praktijkverbinding en methodische ondersteuning.

- Voorziene timing: de implementatie van het eerste programma uit het IFP GIZO (het perinataal programma) is al lopende. De komende jaren zullen ook de volgende programma's opstarten.

Krachtlijn 3: vanuit de ambities voor de zorgraden in het kader van GIZO, wordt de governance-structuur van de zorgraden aangepast, om een flexibele bundeling van personeel en middelen mogelijk te maken, slagkracht te verhogen en administratieve overlast te verminderen. Daarbij blijft afstemming van zorg en ondersteuning dicht bij de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood centraal staan.

- Voorziene timing: tegen 2030 moet de hervorming in voege zijn.

Krachtlijn 4: het niveau van de regionale zorgzone evolueert verder naar de plaats voor strategische afstemming en samenwerking tussen netwerken op mesoniveau (eerste lijn, ziekenhuizen, geestelijke gezondheid, preventie, jeugdhulp,...).

- Voorziene timing: een continu proces

Krachtlijn 5: de verdere ontwikkeling op langere termijn van het regionaal niveau tot het strategische niveau voor gebiedsdekkend populatiemanagement, intersectorale zorgstrategische planning en programmatie. Daarbij blijft lokale interdisciplinaire afstemming van patiëntgerichte zorg en ondersteuning op maat in eerste plaats de opdracht van de samenwerking binnen de eerstelijnszones.

- Voorziene timing: deze krachtlijn wordt later deze legislatuur verder geëxploreerd, in functie van de implementatie van de vorige krachtlijnen.

In deze nota ligt de focus op krachtlijn 1: de afbakening van de regionale zorgzones, en de gevolgen daarvan voor bestaande en nieuwe samenwerkingsverbanden/netwerken/organisaties met een gebiedsdekkende opdracht op het mesoniveau. De andere krachtlijnen worden eveneens kort besproken om de beleidsambities duidelijk te maken.

Het is belangrijk om mee te nemen dat systemen, ook ons gezondheidszorg- en welzijnssysteem, voortdurend in beweging zijn. Maatschappelijke noden veranderen, politieke standpunten evolueren, de economische context blijft in beweging, wat leidt tot voortdurende herijking, ook in de toekomst. Ook de vlag die we hier planten is dus geen eindpunt. Het mesoniveau zal blijvend evolueren, om haar schakel- en synergiefunctie tussen het microniveau en macroniveau te kunnen opnemen.

2.2 KRACHTLIJN 1: REGIONALE ZORGZONES

2.2.1 Geografische afbakening

De basis voor de afbakening van regionale zorgzones

Als basis voor de afbakening van de regionale zorgzones nemen we de eerstelijnszones (ELZ) en de bepalingen in het eerstelijnsdecreet van 26 april 2019, en de referentieregio's zoals gesteld in het regeerakkoord en de beleidsnota van de minister.

We gaan dieper in op de bepalingen in het eerstelijnsdecreet en op de referentieregio's.

Eerstelijnsdecreet

Artikel 18 van het decreet van 26 april 2019 *betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders* bepaalt dat de Vlaamse Regering de regionale zorgzones vastlegt. Daarbij zijn in het tweede lid de volgende randvoorwaarden bepaald:

- 1) de regionale zorgzones bestrijken het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;
- 2) een regionale zorgzone omvat minstens twee eerstelijnszones, met uitzondering van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, dat kan bestaan uit één eerstelijnszone. De eerstelijnszones zijn op hun beurt afgebakend in artikel 26 van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 mei 2019 *tot erkenning en subsidiëring van de zorgraden en houdende inwerkingtreding van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders* (zoals aangepast bij BVR van 26 april 2024);
- 3) een regionale zorgzone bestrijkt een aaneensluitend grondgebied, met uitzondering van de gemeenten Voeren en Baarle-Hertog, dat minimaal 300.000 inwoners omvat;
- 4) het werkgebied van de volgende organisaties en de regionale zorgzones zijn maximaal op elkaar afgestemd: Gezondheidsmakers en gezond in Brussel (de vroegere Logo's), de palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden voor palliatieve zorg, de erkende regionale expertisecentra dementie en de geestelijke gezondheidsnetwerken;
- 5) onder voorbehoud van de voorwaarden, vermeld in punt 1) tot en met 3), worden de regionale zorgzones afgestemd op de grenzen van de referentieregio's, vermeld in artikel 5 van het Regiodecreet van 3 februari 2023.

In het derde lid van artikel 18 wordt vervolgens de mogelijkheid gegeven aan de Vlaamse Regering om gemotiveerd af te wijken van de voorwaarden als vermeld in punt 3) en punt 5), op voorwaarde weliswaar dat het aantal regionale zorgzones in het Nederlandse taalgebied kleiner is dan of gelijk is aan het aantal referentieregio's, vermeld in het artikel 5 van het Regiodecreet van 3 februari 2023.

Referentieregio's

In de kadernota Regiovorming die de VR goedkeurde op 12 maart 2021 staat dat de definitieve afbakening van de referentieregio's voor Vlaanderen het startpunt is om door Vlaanderen opgelegde of gestimuleerde samenwerking af te stemmen qua werkingsgebied. Alle nieuwe samenwerkingsverbanden die door Vlaanderen worden opgelegd of gestimuleerd moeten meteen gealigneerd worden met de referentieregio's. Op 3 februari 2023 bekrachtigde de Vlaamse Regering het decreet over de regiovorming dat Vlaanderen indeelt in 15 referentieregio's (RR).

De afbakening en het regelgevend vastleggen van de regionale zorgzones valt onder deze Vlaamse doelstelling om gebiedsgerichte congruentie te bekomen en moet dus gebeuren in maximale afstemming met de referentieregio's.

Bij de afbakening van de referentieregio's dienden 9 zorgraden een dossier in om een uitzondering te krijgen op deze afbakening. Aan 6 zorgraden werd in juni 2023 een uitzondering toegestaan. Dat wil zeggen dat de 6 corresponderende eerstelijnszones één of meerdere gemeenten bevatten die volgens de tekening van de referentieregio's in een andere referentieregio vallen dan de rest van de eerstelijnszone. Het gaat om volgende eerstelijnszones:

- Eerstelijnszone Regio Waregem: deze eerstelijnszone ligt volledig in referentieregio Zuid-West-Vlaanderen, buiten de gemeente Wielsbeke die in referentieregio MidWest ligt;
- Eerstelijnszone RITS: deze eerstelijnszone ligt volledig in referentieregio MidWest, buiten de gemeente Lendelede die in referentieregio Zuid-West-Vlaanderen ligt;
- Eerstelijnszone Scheldekracht: deze eerstelijnszone ligt volledig in referentieregio Regio Gent, buiten de gemeente Wichelen die in referentieregio Denderregio ligt;
- Eerstelijnszone Vlaamse Ardennen: deze eerstelijnszone ligt volledig in referentieregio Vlaamse Ardennen, buiten de gemeente Gavere die in referentieregio Regio Gent ligt;
- Eerstelijnszone Druivenstreek: deze eerstelijnszone wordt in twee gesplitst door twee referentieregio's, namelijk Oost-Brabant (gemeenten Tervuren, Overijse, Hoeilaart) en Halle-Vilvoorde (gemeenten Zaventem, Kraainem, Wezembeek-Oppem);
- Eerstelijnszone Houtland en Polder: deze eerstelijnszone wordt in drie gesplitst door drie referentieregio's, namelijk Regio Brugge (gemeente Torhout), Regio Middenkust (gemeenten Ichtegem, Oudenburg, Gistel), Westhoek (gemeenten Koekelare en Kortemark).

Er wordt voorgesteld om te vertrekken vanuit de in het verleden toegekende uitzonderingen.

Bijkomende elementen waarmee rekening wordt gehouden

In de clustering van eerstelijnszones naar regionale zorgzones houden we waar mogelijk ook rekening met de regio's uit het zorgregiodecreet van 2003, de netwerken geestelijke gezondheid voor volwassenen en de in 2019 uitgetekende regionale zorgzones en de daarop gebaseerde samenwerkingsinitiatieven zoals de initiatieven beschut wonen. Op 29 maart 2019 keurde de Vlaamse Regering een nota goed met daarin een kaart die Vlaanderen indeelt in regionale zorgzones, maar deze werden daarna niet regelgevend verankerd. Voor de jeugdhulp kijken we naar de werkingsgebieden van de samenwerkingsverbanden één gezin - één plan (1G1P) die zijn gebaseerd op de eerstelijnszones.

Ook de ziekenhuizen en ziekenhuisnetwerken willen we positioneren ten opzichte van de regionale zorgzones. De huidige ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen zijn bottom-up tot stand gekomen, voornamelijk op basis van patiëntenstromen, strategische belangen en bestuurlijke samenwerking tussen directies. Ze zijn niet geografisch afgebakend en sluiten daardoor niet aan bij de regionale zorgzones, die wél vertrekken vanuit een gebiedsgerichte logica en samenwerking tussen diverse zorgactoren.

Hoewel de netwerken een formeel kader bieden voor samenwerking tussen ziekenhuizen, slagen ze er vandaag nog onvoldoende in om een geïntegreerd en populatiegericht zorgaanbod te realiseren binnen een afgebakende regio. De organisatie van zorg vertrekt nog te beperkt vanuit de noden van de populatie, wat de effectiviteit van de netwerken ondermijnt.

Een doorgedreven samenwerking tussen ziekenhuizen onderling en tussen ziekenhuiszorg en eerstelijnszorg met het oog op het nabij en efficiënt aanbieden van courante zorg, is noodzakelijk. In het kader van een hervorming van het ziekenhuislandschap boog een onafhankelijke expertengroep zich over het ziekenhuislandschap van de toekomst. Voor dit expertrapport werden verschillende adviezen ingewonnen. Op basis van deze adviezen wordt binnen een interfederaal kader gekeken naar een plan van aanpak voor de hervorming van het ziekenhuislandschap. Vlaanderen beoogt het verdere traject te benutten om de ziekenhuiszorg maximaal te verbinden met de regionale zorgzones en de eerstelijnszones en zo te evolueren naar een logisch opgebouwd zorglandschap en geïntegreerde zorg en ondersteuning.

Het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad telt 1 eerstelijnszone (BruZEL) die de 19 gemeenten omvat en dus ook tegelijk de contouren vormt voor de regionale zorgzone Brussel. We houden bij de werking van BruZEL rekening met de 5 hulp- en zorgzones, die regelgevend door de GGC en COCOF werden vastgelegd in het kader van het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan, zodat het Vlaams aanbod naadloos kan aansluiten bij het beschikbare GGC-aanbod.

Tot slot ontvingen we een gemotiveerd schrijven van de eerstelijnszones uit Limburg, de eerstelijnszones Schelde-Leie en West- en Oost-Meetjesland en de eerstelijnszone Westkust en Polder. De eerstelijnszones uit Limburg vragen om, conform de referentieregio, tot één regionale zorgzone te behoren, als ondersteunende structuur. Dit is congruent met de referentieregio en kan op die wijze doorgevoerd worden. De eerstelijnszones Schelde-Leie, West-Meetjesland en Oost-Meetjesland vragen om samen een regionale zorgzone te worden en bijgevolg om referentieregio Regio Gent op te splitsen. Eerstelijnszone Westkust en Polder vraagt om samengevoegd te worden met de andere eerstelijnszones langs de kustlijn, en dus om een uitzondering toe te kennen op de referentieregio's bij de vorming van de regionale zorgzones in de regio. Op beide laatste vragen wordt niet ingegaan omdat we maximaal de referentieregio's volgen, versnippering daarbinnen willen voorkomen en geen bijkomende uitzonderingen op de referentieregio's wensen.

2.2.2 Voorgestelde afbakening van de regionale zorgzones

Op basis van de bovenstaande elementen komen we tot de afbakening van de regionale zorgzones zoals weergegeven op onderstaande kaart. Daarbij hoort de volgende legende, waarbij we accentueren dat:

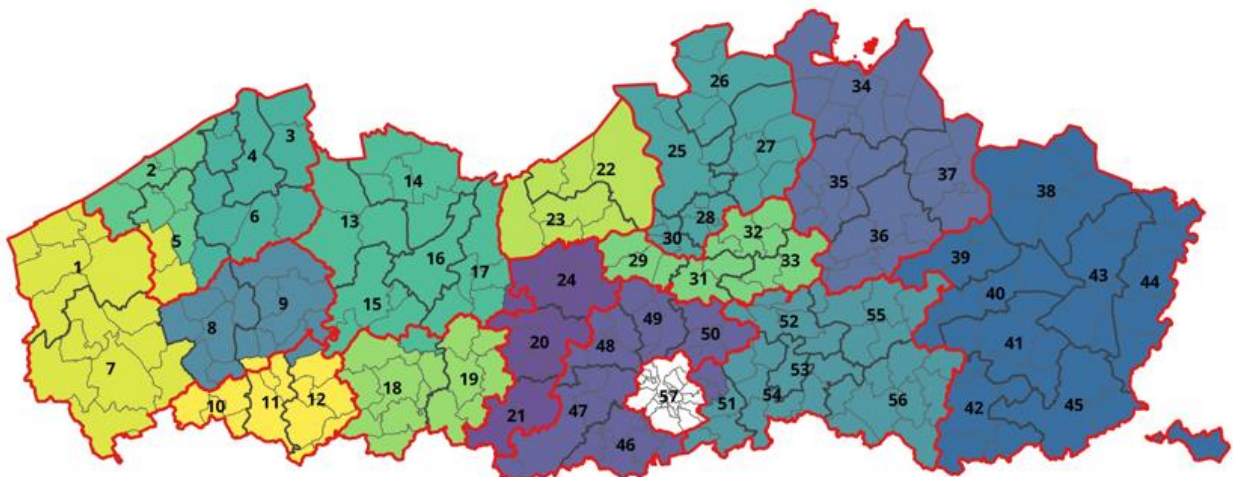
- de gekleurde gebieden staan voor de referentieregio's (RR);
- de rode lijnen staan voor de afbakening van de regionale zorgzones (RZZ);
- de zwart omliggende gebieden met nummers staan voor de eerstelijnszones.

Referentieregio's

- RR Brussel-Hoofdstad
- RR Denderregio
- RR Halle-Vilvoorde
- RR Kempen
- RR Limburg
- RR Midwest
- RR Oost-Brabant
- RR Regio Antwerpen
- RR Regio Brugge
- RR Regio Gent
- RR Regio Middenkust
- RR Rivierenland
- RR Vlaamse Ardennen
- RR Waasland
- RR Westhoek
- RR Zuid-West-Vlaanderen
- Regionale zorgzone

elz_sort	elz_naam
1	ELZ Westkust & Polder
2	ELZ Middenkust
3	ELZ Oostkust
4	ELZ Brugge
5	ELZ Houtland en Polder
6	ELZ WE40
7	ELZ Westhoek
8	ELZ Midden WV
9	ELZ RITS
10	ELZ Regio Menen
11	ELZ Kortrijk-Kuurne-Harelbeke
12	ELZ Regio Waregem
13	ELZ West-Meetelesland
14	ELZ Oost-Meetelesland
15	ELZ Schelde en Leie
16	ELZ Gent
17	ELZ Scheldekracht
18	ELZ Vlaamse Ardennen
19	ELZ Panacea
20	ELZ Regio Aalst
21	ELZ Dender Zuid
22	ELZ Waasland Noord Oost
23	ELZ Waasland Zuid-West
24	ELZ Dender
25	ELZ Antwerpen Centrum/Noord/Zuid/Oost
26	ELZ Noorderkempen
27	ELZ Voorkempen
28	ELZ ZORA
29	ELZ Klein-Brabant Vaartland

elz_sort	elz_naam
30	ELZ RupeLaar
31	ELZ Mechelen-Katelijne
32	ELZ Pallieterland
33	ELZ Bonstato
34	ELZ Kempenland
35	ELZ Middenkempen
36	ELZ Zuiderkempen
37	ELZ Baldemore
38	ELZ Noord-Limburg
39	ELZ West-Limburg
40	ELZ MidWestLim
41	ELZ Herkenrode
42	ELZ Haspengouw
43	ELZ Kemp en Duin
44	ELZ Maasland
45	ELZ Zuid-Oost Limburg
46	ELZ Zennevallei
47	ELZ Pajottenland
48	ELZ AMALO
49	ELZ Regio Grimbergen
50	ELZ BraVio
51	ELZ Druivenstreek
52	ELZ Leuven Noord
53	ELZ Leuven
54	ELZ Leuven Zuid
55	ELZ Demerland
56	ELZ Zuidoost Hageland
57	ELZ BruZEL



Samengevat is de indeling gebaseerd op de volgende keuzes:

- de eerstelijnszones zoals ze vandaag bestaan, met de toegekende uitzonderingen op de referentieregio's, en de bepalingen uit het eerstelijnsdecreet;
- het regeerakkoord dat stelt dat de regionale zorgzones worden afgestemd op de referentieregio's. Hoewel regelgevend de bepalingen uit het eerstelijnsdecreet primeren kiest de Vlaamse Regering voor congruentie met de referentieregio's wanneer dat de organisatie van de zorg niet of slechts beperkt beïnvloedt, of zelfs logischer is. Hiermee verzekeren we ook de afstemming met de organisatie van de lokale besturen en andere overheidsdiensten buiten Welzijn. Dat betekent dat we voor de regionale zorgzone Vlaamse Ardennen (eerstelijnszones Vlaamse Ardennen en Panacea) in Oost-Vlaanderen onder 300.000 inwoners duiken. Het eerstelijnsdecreet voorziet dat er gemotiveerd kan afgeweken worden van het minimale inwonersaantal. We doen dit zoals gezegd vanuit het streven naar maximale congruentie met de referentieregio's, en het gegeven dat een samenvoeging van referentieregio Vlaamse Ardennen met een andere referentieregio een grotere impact heeft op de bestaande werkingsgebieden van netwerken en samenwerkingsverbanden;

- in West-Vlaanderen voegen we telkens twee referentieregio's samen wegens de beperkte grootte van de betrokken referentieregio's.

2.2.3 Naamgeving regionale zorgzones

We opteren voor een naamgeving van de zones die maximaal overeenstemt met de referentieregio's.

Limburg	Vlaams-Brabant en Brussel	Antwerpen	Oost-Vlaanderen	West-Vlaanderen
Regionale zorgzone	Regionale zorgzone	Regionale zorgzone	Regionale zorgzone	Regionale zorgzone
Limburg	Oost-Brabant	Kempen	Waasland	Regio Brugge en Middenkust
	Halle-Vilvoorde	Regio Antwerpen	Denderregio	Westhoek - Midwest
	Bruzel	Rivierenland	Regio Gent	Zuid-West-Vlaanderen
			Vlaamse Ardennen	

2.2.4 Consequenties van de afbakening voor samenwerkingsverbanden, netwerken en organisaties met gebiedsdekkende opdracht

Eens de regionale zorgzones zijn afgebakend bestaat de indeling van het Vlaamse zorglandschap uit 2 bouwstenen, namelijk de eerstelijnszones en de regionale zorgzones. Deze bouwstenen vormen een belangrijke leidraad voor de regionale organisatie van samenwerkingsverbanden, netwerken en organisaties met een gebiedsdekkende opdracht op het mesoniveau.

Geen erkenning of subsidiëring door de Vlaamse Overheid

Samenwerkingsverbanden, netwerken of organisaties die niet erkend of gesubsidieerd worden door de Vlaamse Overheid, zijn niet verplicht om zich te aligneren op de eerstelijnszones of de regionale zorgzones. Zij kunnen in hun huidige vorm blijven verder werken.

Bijvoorbeeld: bovenlokale netwerken dak- en thuisloosheid.

Erkenning en/of subsidiëring door de Vlaamse Overheid als enige bevoegde overheid

Samenwerkingsverbanden, netwerken of organisaties met een gebiedsdekkende opdracht op het mesoniveau die door de Vlaamse Overheid worden erkend en/of gesubsidieerd, aligneren zich de komende jaren op de eerstelijnszones en/of de regionale zorgzones. In functie van lopende of geplande hervormingen, wordt per sector een tijdspad/transitie hiervoor uitgetekend.

We merken hierbij op dat we vooropstellen dat samenwerkingsverbanden, netwerken of organisaties met een gebiedsdekkende opdracht op het mesoniveau idealiter geen grenzen van regionale zorgzones overschrijden. We sluiten dat echter niet uit. Binnen een regionale zorgzone kunnen verschillende werkingen actief zijn, mits samen het volledige gebied bediend wordt, én eerstelijnszones niet opgedeeld worden. Een werking die verschillende volledige regionale zorgzones overspant is eveneens mogelijk.

Bijvoorbeeld: de palliatieve netwerken, de expertisecentra dementie, samenwerkingsverbanden jeugdhulp één gezin – één plan, ...

Erkenning en/of subsidiëring door zowel Vlaamse als Federale overheid

Samenwerkingsverbanden, netwerken of organisaties met een gebiedsdekkende opdracht op het mesoniveau die zowel onder Vlaamse als federale bevoegdheid vallen vormen een complexer verhaal. Hier streven we naar zo maximaal mogelijke alignering op de eerstelijnszones en/of de regionale zorgzones. In overleg met de federale overheid zal er hier naar een plan van aanpak toegewerkt worden, waarbij maatwerk noodzakelijk zal zijn.

Bijvoorbeeld: de netwerken geestelijke gezondheid en de initiatieven beschut wonen die binnen deze netwerken actief zijn, de ziekenhuisnetwerken, ...

Regionale zorgzone versus werkingsgebied van individuele actoren

De eerstelijnszones en de regionale zorgzones zijn een afbakening voor afstemming en samenwerking op het mesoniveau en – op termijn – strategische beslissingen rond de organisatie van het zorgaanbod.

De regionale zorgzones leggen geen beperkingen op qua werkingsgebied van individuele actoren. Bijvoorbeeld: een persoon die op de grens van een eerstelijnszone en/of regionale zorgzones woont, kan in zijn zorgteam uiteraard zorgverstrekkers en organisaties werkzaam in verschillende regionale zorgzones hebben. Omgekeerd: een huisarts die dicht tegen de grens van een regionale zorgzone woont, kan uiteraard nog steeds patiënten zien aan beide kanten van de grens.

2.3 KRACHTLIJN 2: HET MESONIVEAU IN HET KADER VAN HET IFP GIZO

Geïntegreerde zorg en ondersteuning gaat erg breed. In dat kader zien we het Interfederaal plan geïntegreerde zorg (IFP GIZO) als startpunt om aan de slag te gaan, om van daaruit verder te groeien en te verbreden.

Het protocolakkoord van 8 november 2023 wordt momenteel geconcretiseerd via een samenwerkingsakkoord. In de ontwerpnota van het samenwerkingsakkoord worden volgende 5 generieke opdrachten genoemd:

1. Meewerken aan de uitvoering van populatiemanagement
2. Stimuleren van horizontale en verticale integratie
3. Faciliteren van het change management
4. Implementatie-ondersteuning
5. Kwaliteitsbewaking en -verbetering

Per uitvoerend samenwerkingsakkoord wordt bepaald welke organisaties en netwerken deze 5 generieke opdrachten opnemen, alsook de wijze waarop. Dit zal afgestemd worden op de concrete inhoud van elk geïntegreerd zorgprogramma. De zorgraden krijgen in ieder programma een centrale rol als generieke implementator.

2026 wordt in dit opzicht een bijzonder belangrijk jaar voor het perinataal programma binnen het IFP GIZO. De zorgraden worden dit jaar voor het eerst gefinancierd om een rol in de implementatie op te nemen en zodoende een rol op te nemen binnen bovenstaande 5 opdrachten (projectsubsidie⁶ voor de zorgraden voor het implementeren van het perinataal programma, BVR van 19/12/2025). Belangrijk is dat de zorgraden vanuit een generieke bril kijken en hiervoor nauw samenwerken met de actoren die de inhoudelijke expertise in huis hebben: de Expertisecentra Kraamzorg (ECK), perinatale netwerken, Huizen van het Kind etc.

Voor het ondersteunen van de implementatie kijken we naar VIVEL voor het organiseren van onder andere intervisie, aanbieden van ondersteuning op maat en opleiding, om op die manier een effectieve en coherente uitrol van GIZO over Vlaanderen te kunnen garanderen. Dit wordt verder uitgewerkt in het lopende traject met VIVEL, complementair aan deze oefening.

⁶ VR 2025 1912 DOC.1335/2BIS

2.4 KRACHTLIJN 3: HERVORMING VAN DE GOVERNANCESTRUCTUUR VAN DE EERSTELIJNSZONES

Tot 2024 werden de zorgraden vooral gepositioneerd als netwerkorganisaties, sterk inspeland op lokale noden. In het kader van het IFP GIZO werd beslist om de zorgraden een effectieve rol te geven op vlak van de implementatie van de hierin afgesproken programma's.

Om deze rol goed te kunnen opnemen, maken we het mogelijk dat zorgraden gericht personeel en middelen poolen op het niveau regionale zorgzone. Zo kan er gewerkt worden naar het opbouwen van duurzame expertise. De bedoeling is dus niet het installeren van een extra structuur, maar net het proberen ontzorgen en het mogelijk te maken om gericht krachten te bundelen.

Om dit te verwezenlijken, halen we de vereiste dat iedere zorgraad een VZW is, uit de regelgeving. Er wordt gewerkt richting 1 erkende VZW per regionale zorgzone tegen 2030. De huidige eerstelijnszones blijven zowel als regio-afbakening, en de zorgraden als operationele platformen binnen de regionale zorgzones bestaan, evenwel zonder een verplichte vzw-structuur. Ze blijven het operationele en nabije niveau waar geïntegreerde zorg en ondersteuning concreet vorm krijgt, onder andere via lokale afstemming tussen zorg- en welzijnsactoren alsook de detectie van noden en signalen vanuit de praktijk.

De regionale zorgzones nemen die opdrachten op die, omwille van schaal, complexiteit of noodzakelijke expertise, efficiënter en effectiever regionaal georganiseerd kunnen worden, met als expliciete doelstelling de werking van de zorgraad te versterken. De regionale vzw is daarbij een vehikel voor het werkgeverschap en vzw-verplichtingen. Het regionale niveau vormt ook de plek voor een goede afstemming tussen de eerstelijnszorg en bovenlokale zorg- en welzijnsstructuren, waaronder ziekenhuizen, preventie, geestelijke gezondheid, palliatieve zorg of gespecialiseerde jeugdhulp. Het vormt bovendien een belangrijk knooppunt voor samenwerking tussen gezondheidszorg, welzijn en andere beleidsdomeinen (zoals wonen, onderwijs, werk en armoedebestrijding). Door deze domeinen samen te brengen, creëert het niveau van de regionale zorgzone de voorwaarden om het principe van Health in All Policies concreet te maken en structureel aandacht te besteden aan de sociaaleconomische determinanten van gezondheid en welzijn.

De subsidie wordt vanaf 2030 niet langer uitbetaald op niveau van de eerstelijns zones maar wel op niveau van de 14 regionale zorgzones, met verzekerde personeelsinzet op niveau van de eerstelijnszone. In overleg met de betrokken actoren worden er duidelijke hefbomen in de regelgeving geschreven om voldoende en effectieve beslissingsmacht bij eerstelijnszones te behouden.

Voor wat betreft de taakverdeling, gaan we uit van het subsidiariteitsprincipe: alleen activiteiten waarbij duidelijke efficiëntiewinst te boeken is (programmamanagement, administratie, populatiemanagement, afstemming met gespecialiseerde zorg,...), worden op een hoger niveau uitgevoerd. De rest van de werking blijft zo dicht mogelijk bij de lokale actoren. Bij de verdere vormgeving wordt ook beleidsmatige slagkracht op ELZ-niveau gegarandeerd.

Concreet houdt dit in dat:

- De administratieve last die hoort bij het runnen van een VZW (boekhouding, GDPR, goed bestuur, personeelsadministratie etc.) op het regionale niveau komt te liggen;
- Het personeel wordt tewerkgesteld door de regionale VZW. We zoeken naar een model waarbij voldoende effectieve personeelsinzet op het niveau van de eerstelijnszone gegarandeerd wordt. Daarnaast kan er personeelscapaciteit worden ingezet op regionaal niveau voor bijvoorbeeld het overkoepelend programma-management, administratieve ondersteuning of specifieke expertise zoals populatiemanagement;
- De subsidie wordt uitbetaald aan de regionale VZW. Er moet een duidelijke taakomschrijving opgenomen worden over welke taken op welk niveau uit te voeren zijn.
- De verantwoordelijkheid voor het aanleveren van de benodigde verantwoordingsstukken (meerjarenplannen, actieplannen, jaarverslagen) ligt bij de regionale VZW. Een deel van de inhoudelijke verantwoording zal opgesplitst per eerstelijnszones aangeleverd moeten worden;

- Er in de regelgeving duidelijk uitgeschreven wordt welke taken minimaal op niveau van de eerstelijnszone moeten worden opgenomen. Duidelijk is alvast dat de eerstelijnszone een prominente rol blijft spelen in het oppikken en vastpakken van lokale noden en het maken van lokale samenwerkingsafspraken voor de implementatie van GIZO.

Tijdslijn

De doelstelling is om uiterlijk in 2030 op te kunnen starten in de nieuwe organisatievorm. In het najaar van 2026 zullen de gesprekken met de betrokken stakeholders beginnen lopen om de nieuwe regelgeving vorm te geven. De doelstelling is om eind 2027 te komen tot een concreet voorstel tot wijziging van het eerstelijnsdecreet en een nieuw ontwerp-BVR. We houden daarbij rekening met de grote diversiteit die er is in de werking van de zorgraden, en trekken lessen uit succesfactoren of valkuilen van de voorbije jaren. Terwijl het wetgevend traject loopt, kunnen de zorgraden beginnen aan het voorbereiden van de transitie (2028-2029). De ingang van de nieuwe wetgeving is voorzien 1 januari 2030.

2.5 KRACHTLIJN 4 EN 5: STAPSGEWIJZE VERDERE UITBOUW VAN SAMENWERKING OP HET MESONIVEAU

Ook los van specifieke programma's uit het IFP GIZO is het nodig dat samenwerking op niveau van de regionale zorgzone stapsgewijs verder uitgebouwd wordt en dat de actoren op dat niveau vlot gaan samenwerken om bepaalde opdrachten op te nemen.

In een aantal regio's beweegt er momenteel al heel wat rond samenwerking op het regionale niveau. We moedigen het verderzetten en opstarten van vrijwillige en bottom-up ontstane samenwerkingen aan, rekening houdend met de nieuwe geografische afbakening van de regionale zorgzones, zodat hier in de toekomst verder op gebouwd kan worden. We leggen hier op dit moment echter geen intersectorale opdracht voor op tafel. Vrijwillige samenwerkingen op het regionale niveau worden dus aangemoedigd, maar krijgen de komende jaren geen (financiële) ondersteuning of formele opdracht vanuit de Vlaamse Overheid.

De verdere uitbouw van en integratie op het zorgzoneniveau wordt pas verder uitgewerkt op langere termijn. Zo is er tijd om éérs toe te werken naar een eenduidige regio-indeling en ervaring op te doen aan de hand van het IFP GIZO.

Op termijn zal bekeken worden of en hoe zorgstrategische planning op het regionaal niveau een plaats kan krijgen. Zorgstrategische planning verschilt van het uitwerken van een populatiegerichte aanpak waarbij wordt gefocust op het ontwikkelen van interventies of strategieën, vertrekkend vanuit kennis van een specifieke populatie (= populatiegericht werken). Met zorgstrategische planning bedoelen we een globale kijk naar zorgnoden, -vragen en -aanbod op regionaal niveau, waarbij de brede sector regionale onderbouwde adviezen geeft aan de overheid wat betreft programmatie en uitbreiding of aanpassing van het aanbod voor een bepaalde regionale zorgzone. Het impliceert de shift van een sector-gebonden programmatie naar een regionale programmatie.

Vanuit verschillende invalshoeken (ziekenhuis(netwerken), geestelijke gezondheid, jeugdhulp), is men hier al mee bezig. Het is te bekijken of het op langere termijn wenselijk is dat vanuit verschillende sectoren een afzonderlijk zorgstrategisch plan gemaakt wordt, of dat er kan toegewerkt worden naar een geïntegreerd zorgstrategisch plan per regio.

3 VERDER TRAJECT

Na akkoordverklaring door de Vlaamse Regering zal het regelgevend traject opgestart worden.

Daarnaast zullen de gesprekken met de betrokken actoren rond de hervorming van de zorgraden opstarten om tot concrete voorstellen van regelgeving te komen.

4 AKKOORDVERKLARING

De Vlaamse Regering neemt akte van de conceptnota en de Vlaamse minister van Welzijn en Armoedebestrijding, Cultuur en Gelijke Kansen neemt de nodige stappen om de visie en principes uit deze conceptnota uit te werken in regelgeving en deze ter goedkeuring voor te leggen aan de Vlaamse Regering.

De Vlaamse minister van Welzijn en Armoedebestrijding, Cultuur en Gelijke Kansen,

Caroline GENNEZ