

Q&A webinar 9 juli

Inhoud

Timing hervorming	1
Personeel.....	2
Governance	3
Werkdruk.....	8
Proces en transitie	8
Regiovorming.....	10

Timing hervorming

De gepland start in de nieuwe governance (2030) komt niet overeen met de timing van de meerjarenplannen (2027-2032). In de meest recente hervorming werd gesteld dat afstemming op legislatuur van lokale besturen heel belangrijk was. Vanwaar de keuze om deze hervorming te laten ingaan in 2030?

De keuze voor 2030 vertrekt vanuit de nood om deze hervorming zorgvuldig, juridisch correct en samen met de zorgheden uit te werken. De beslissing van de Vlaamse Regering is een startpunt van een traject, geen eindpunt. De komende periode is nodig om de regelgeving voor te bereiden, de opdrachten en verantwoordelijkheden op de verschillende niveaus helder te omschrijven en de transitie op een werkbaar manier vorm te geven.

De bedoeling is niet om de uitvoering van die meerjarenplannen stil te leggen. Integendeel: de goedgekeurde plannen kunnen vanaf 2027 worden uitgevoerd. De bedoeling van de hervorming is net meer tijd vrij te maken voor inhoud binnen iedere zorggraad.

Wat gebeurt er met de input van onze lokale partners, hoe kunnen we blijvend inspelen op de lokale noden?

De input van lokale partners blijft essentieel. De hervorming vertrekt vanuit het uitgangspunt dat de eerstelijnszone het primaire niveau blijft voor lokale inhoudelijke prioriteiten, partnerschappen en het detecteren van lokale noden. De regionale schaal moet ondersteuning bieden waar bundeling van expertise, capaciteit of administratie meerwaarde heeft, maar niet de lokale dynamiek vervangen. In het verdere traject zal daarom expliciet bekeken worden hoe lokale input structureel wordt meegenomen in de werking, de besluitvorming en de inzet van personeel en middelen.

Kan de tussentijdse update van het beleidsplan 2027-2032 dan ook gepland worden eind 2029 zodat dit verhaal meegenomen kan worden?

De tussentijdse update van het meerjarenplan moet nog verder vormgegeven worden en we zullen daarbij zeker deze suggestie meenemen.

Personeel

Worden de medewerkers ook gegroepeerd op 1 fysieke locatie of kan iedereen zijn eigen werkplaats behouden?

Daar wordt geen uitspraak over gedaan. De conceptnota legt de richting vast voor de hervorming van de governance en voor het bundelen van bepaalde administratieve verplichtingen, werkgeverschap en ondersteunende opdrachten op regionaal niveau. Dat betekent niet dat vandaag al beslist is hoe de concrete werkorganisatie, werkplek of inzet van medewerkers eruit zal zien.

Hou in gedachten dat de regelgeving op dit moment ook geen uitspraak doet over de werkplaats van werknemers en dat hier dus vrijheidsgraden op zitten.

Er zijn ook een heel aantal zorgraden die Intergemeentelijke Preventiemedewerker (IGP) tewerkstellen. Zal er vanaf 2030 nog ruimte zijn om IGP te koppelen aan de Regionale Zorgzone (RZZ) vzw of zal dit automatisch onder de Gezondheidsmakers of lokale besturen vallen?

Momenteel is in de regelgeving over de zorgraden niets opgenomen rond de IGP. Het zijn de lokale besturen die beslissen een IGP op te starten en het beheer uit te besteden aan een partner, bijvoorbeeld de zorgraad. Het is dan de zorgraad die op dit moment als autonome vzw beslist om iemand als IGP te werk te stellen.

Er is op dit moment geen specifieke beslissing genomen over toekomstige tewerkstelling van een IGP in de toekomstige governance van de zorgraden. De algemene richting is dat de regionale zorgraad-vzw een vehikel wordt voor werkgeverschap en administratieve verplichtingen van de zorgraden. De regionale zorgraad-vzw, als toekomstige rechtspersoon, zal de lopende contracten en projecten in het kader van een IGP in principe kunnen overnemen.

Welke garanties kunnen vandaag al gegeven worden rond werkgeverschap, anciënniteit, arbeidsvoorwaarden, lokale personeelsinzet en het behoud van de opgebouwde expertise van de medewerkers?

Vandaag kunnen we nog geen individuele garanties formuleren over arbeidsvoorwaarden of concrete personeelsstatuten. Wat wel vastligt als beleidsintentie, is dat de regionale zorgraad-vzw het vehikel wordt voor werkgeverschap en administratieve verplichtingen, én dat voldoende effectieve personeelsinzet op het niveau van de eerstelijnszone moet worden verzekerd. De juridische, sociale en operationele modaliteiten moeten nog verder worden uitgewerkt, in overleg met de betrokken actoren.

Hoe gaat het sociaal overleg verlopen om de transitie van het personeel te bespreken? Per RZZ? Of op Vlaams niveau?

Gezien de hervorming zowel Vlaamse regelgeving als regionale operationalisering raakt, ligt het voor de hand dat er op meerdere niveaus afstemming nodig zal zijn. Op Vlaams niveau zullen de algemene principes en regelgevende contouren moeten worden uitgewerkt. Daarnaast zullen er per regionale context concrete vragen rijzen over personeelsinzet, werkgeverschap en organisatie. Het verdere traject moet duidelijk maken hoe dit overleg correct, zorgvuldig en met respect voor de betrokken medewerkers en werkgevers wordt georganiseerd.

In het intern projectteam binnen het Departement Zorg zit geen specifieke expertise rond werkgeverschap, wat nochtans een element is waar heel veel bezorgdheid rond is. Hoe zal dit opgenomen worden?

De hervorming raakt aan juridische, organisatorische en personeelsmatige aspecten. Voor thema's zoals werkgeverschap, arbeidsvoorwaarden en personeelsinzet zal bijkomende expertise noodzakelijk zijn, zodat de uitwerking niet alleen beleidsmatig maar ook sociaaljuridisch robuust is. Dit wordt verder vormgegeven, maar kan ook onderdeel zijn van de transitiebegeleiding bij de zorgraden, zonder dat dit onderdeel is van het intern projectteam binnen het Departement Zorg.

Governance

De zorgraden op niveau van de eerstelijnszone blijven bestaan (onafhankelijk van vzw-structuur). Klopt dit?

Ja, dat is het uitgangspunt. De verplichting om op het niveau van de eerstelijnszone een vzw-structuur te hebben, verdwijnt, maar de zorgraad blijft bestaan als operationeel platform binnen de eerstelijnszone. De essentie blijft dat lokale samenwerking, lokale noden, partnerschappen en implementatie dicht bij de burger vorm krijgen op het niveau van de eerstelijnszone. De regionale zorgraad-vzw moet vooral administratieve verplichtingen, werkgeverschap en bepaalde gebundelde ondersteunende opdrachten opnemen.

Wanneer de VZW niet meer verplicht is voor de ELZ, wat wordt de entiteit die verantwoordelijkheid draagt over financiën?

De huidige beleidsrichting is dat de subsidie en de verantwoordingsverplichtingen op het niveau van de regionale zorgraad-vzw komen te liggen. Die vzw wordt het vehikel voor administratie, werkgeverschap en financiële verantwoording. Tegelijk moet in de regelgeving duidelijk worden omschreven welke opdrachten op regionaal niveau worden opgenomen en welke opdrachten en beslissingsruimte op het niveau van de eerstelijnszone behouden blijven. De precieze financiële governance en interne afspraken over inzet van middelen worden dus nog verder uitgewerkt.

Wil "verlengde van de vzw" zeggen dat de regionale zorgraden ook uitgebouwd worden met de zelfde clusters als de huidige zorgraden op ELZ niveau?

Dat is momenteel nog niet beslist. Bij de verdere uitwerking zullen we rekening houden met de ervaringen uit de huidige structuur en oog hebben voor een werkbare

organisatie. Daarbij blijft de betrokkenheid van alle huidige partners een belangrijk uitgangspunt. We zijn ervan overtuigd dat in de huidige zorgraden de juiste actoren aanwezig zijn om werk te maken van geïntegreerde zorg en ondersteuning, en dat willen we ook zo houden. Maar dan zonder de last van het runnen van een vzw.

De verplichting om op lokaal niveau een vzw (voor de zorgraad) te houden verdwijnt. Hoe kan dit gerijmd worden met de intentie om het lokale niveau als primair niveau te blijven hanteren? Hoe wordt gegarandeerd dat zorgraden voldoende beslissingsruimte behouden om lokaal maatwerk mogelijk te maken, zeker in regio's met een specifieke context?

Het verdwijnen van de lokale vzw-verplichting betekent niet dat het lokale niveau verdwijnt. Het onderscheid is belangrijk: de vzw is een juridische en administratieve vorm die op het regionaal niveau komt, terwijl de zorgraad als lokaal operationeel platform blijft bestaan.

De zorgraad blijft de plek waar lokale noden worden gedetecteerd, partners betrokken worden en concrete acties op maat van het gebied wordt opgezet en uitgewerkt. In de regelgeving moeten daarom voldoende hefboomen worden ingebouwd om lokale beslissingsruimte, effectieve personeelsinzet, betrokkenheid van partners en een onderbouwde lokale beleidsvoering te verzekeren.

De voorbije jaren heeft Vlaanderen sterk geïnvesteerd in de professionalisering en versterking van de zorgraden. De conceptnota stelt nu dat meer slagkracht zal ontstaan door deze organisatiekracht op regionaal niveau te bundelen. Hoe verhouden deze twee beleidskeuzes zich tot elkaar? Welke lessen uit de voorbije zes jaar liggen aan deze nieuwe koerswijziging ten grondslag?

De investeringen in de zorgraden van de voorbije jaren hebben geleid tot waardevolle expertise, netwerken en samenwerkingsverbanden. Die opgebouwde sterktes blijven een belangrijk vertrekpunt.

Tegelijk tonen de ervaringen van de voorbije jaren aan dat sommige uitdagingen een grotere schaal en meer gebundelde capaciteit vragen. De keuze voor een sterker regionaal niveau bouwt daarom verder op wat is gerealiseerd, met als doel meer slagkracht te creëren voor regionale opdrachten. Bij de verdere uitwerking zullen zowel de sterktes als de geleerde lessen uit de werking van de zorgraden worden meegenomen.

Gezien de inhoud van het regionale niveau zal je daar gaan samenwerken met regionale partners, ruimer dan de 1ste lijn. Denk aan palliatieve zorg, dementie, ziekenhuizen, ... Er werd gezegd dat in de regionale zorgraden vzw enkel 1ste lijn zou aanwezig zijn. Is dit al zo definitief bepaald? Kan het geen meerwaarde zijn om die andere partners waarmee je gaat samenwerken ook een plaats te geven in dit nieuwe orgaan?

Het klopt dat het regionale niveau een belangrijk niveau wordt voor samenwerking met partners uit onder meer ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, palliatieve zorg, preventie, jeugdhulp en andere regionale netwerken. Die samenwerking is ook één van de redenen waarom de regionale zorgzone als referentiepunt wordt vastgelegd.

Tegelijk is het belangrijk om samenwerking niet automatisch gelijk te stellen met vertegenwoordiging in een vzw-structuur. De regionale zorgraden-vzw waarover nu wordt gesproken, wordt in de eerste plaats gezien als een verlengde van de zorgraden, met onder meer administratieve, organisatorische en werkgever-gerelateerde functies. Samenwerking met andere partners kan ook via andere vormen: structureel overleg, programmatische samenwerking, samenwerkingsafspraken, werkgroepen of gezamenlijke trajecten.

Of en hoe die samenwerking precies wordt georganiseerd, kan later concreet worden vormgegeven. De kern is dat relevante partners op een effectieve manier betrokken worden, zonder dat elke samenwerking noodzakelijk in dezelfde juridische structuur moet worden ondergebracht.

"In overleg met de betrokken actoren worden er duidelijke hefboomen in de regelgeving geschreven om voldoende en effectieve beslissingsmacht (en verzekerde personeelsinzet) bij eerstelijnszones te behouden" Aan welke hefboomen wordt dan gedacht om dit echt te verankeren, ook op langere termijn?

De concrete hefboomen moeten nog worden uitgewerkt in het regelgevende traject dat we samen met de zorgraden willen lopen. De richting is wel duidelijk: er moet een opdeling komen tussen opdrachten op regionaal niveau en opdrachten op het niveau van de eerstelijnszone. Daarnaast moet worden vastgelegd hoe voldoende effectieve personeelsinzet op het niveau van de eerstelijnszone behouden blijft. Ook transparante afspraken over middelen, lokale prioriteiten en besluitvorming zijn belangrijk om te vermijden dat de regionale schaal de lokale werking onder druk zet.

Zorgraad als operationeel platform: wordt dan het bestuur bedoeld of het ruimere netwerk?

Met het operationele platform wordt in de eerste plaats het bredere samenwerkingsverband binnen de eerstelijnszone bedoeld, en niet enkel een formeel bestuur. De bedoeling is om de samenwerking tussen lokale actoren te blijven faciliteren en gezamenlijke acties mogelijk te maken. Hoe de governance en vertegenwoordiging precies worden georganiseerd, maakt deel uit van de verdere uitwerking van het model. Daarbij wordt gezocht naar een evenwicht tussen een efficiënte besluitvorming op regionaal niveau en een sterke lokale verankering.

De verplichting om als zorgraad een vzw-structuur te zijn wordt geschrapt. Hebben de zorgraden dan nog de keuze om al dan niet een vzw te blijven?

De beleidsrichting is dat de verplichting om als zorgraad op eerstelijnszone-niveau een vzw te zijn, wordt geschrapt en dat de vzw-structuur verschuift naar het niveau van de

regionale zorgzone. Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld de erkenning en uitbetaling van de subsidie op het regionale niveau gebeurt.

Een autonome vzw is vrij om zichzelf al dan niet op te heffen. Het is aan de vzw die momenteel de erkenning als zorgraad heeft, te beslissen wat er met de vzw gebeurt als de verplichting om als vzw te functioneren en de erkenning en financiering op dat niveau, wegvalt.

Wat is dan de invulling van "operationeel platform"? Is dit dan via een samenwerkingsovereenkomst tussen de huidige partners van de zorgraad of wordt dit een vrijblijvend project waarin vrij kan in- en uitgestapt worden?

De invulling van het operationeel platform is nog niet definitief bepaald. Het is niet de bedoeling dat lokale samenwerking vrijblijvend of betekenisloos wordt. De zorgraad blijft de plek waar lokale samenwerking vorm krijgt en waar lokale noden worden vertaald naar concrete acties. In het verdere traject moet worden uitgewerkt welke minimale opdrachten, samenwerkingsvormen, participatie en verantwoordingsmechanismen nodig zijn om dat operationeel platform voldoende stevig te maken, zonder opnieuw onnodige administratieve lasten te creëren.

“Operationele structuur” betekent dus ook zeker niet dat de zorgraad enkel uitvoerder wordt zonder zijn eigen inhoudelijke beslissingen te kunnen nemen.

Hoe wordt vermeden dat er een bijkomende bestuurs- of coördinatielaag ontstaat, terwijl de hervorming net vereenvoudiging beoogt?

De bedoeling is uitdrukkelijk niet om een extra bestuurslaag te creëren, maar om bestaande administratie en ondersteuning efficiënter te organiseren. De regionale schaal moet vooral helpen bij administratieve ontzorging, pooling van capaciteit en strategische afstemming waar dat meerwaarde heeft. In het verdere traject zal daarom scherp moeten worden afgebakend welke opdrachten regionaal worden opgenomen en hoe dubbele overlegstructuren worden vermeden.

Een aantal jaren geleden hebben de zorgraden veel tijd en middelen geïnvesteerd in het uitwerken van governance, goed bestuur en het op punt zetten van de vzw-structuur. Nu er een hervorming naar regionale zorgzones wordt voorgesteld, vraag ik me af hoe die eerdere investeringen worden meegenomen, hoe voorkomen we dat het geleverde werk grotendeels verloren gaat?

De opgebouwde kennis rond goed bestuur, samenwerking, lokale partnerschappen, verantwoordingsprocessen en implementatiecapaciteit is juist waardevol voor de nieuwe fase. De hervorming wil administratieve verplichtingen bundelen en vereenvoudigen, maar zal bij de verdere uitwerking kunnen voortbouwen op de governance-ervaring die de zorgraden de voorbije jaren hebben opgebouwd. De uitdaging is om die ervaring te behouden, maar tegelijk te vermijden dat elke zorgraad apart dezelfde administratieve last moet blijven dragen.

Voor verschillende noden (bv. organisatie GGZ kinderen en jongeren, organisatie forensische netwerken, ziekenhuisnetwerken, enz.) is het niveau van de RZZ ook nog te klein. Bovendien bevinden veel zorgactoren waarop burgers een beroep doen zich niet noodzakelijk binnen de regio van de RZZ waar ze wonen. Hoe zal de coördinatie tussen RZZ en bovenregionale structuren gebeuren?

De regionale zorgzone is een referentiepunt voor gebiedsgerichte samenwerking, maar legt geen beperking op aan burgers waar zij hulp kunnen zoeken of vragen. Ook sommige netwerken en samenwerkingsverbanden werken vandaag al over meerdere regionale zorgzones heen.

Voor netwerken die ook federale bevoegdheden raken, zoals ziekenhuisnetwerken of geestelijke gezondheidsnetwerken, zal maatwerk nodig zijn en moet in overleg met de federale overheid naar een plan van aanpak worden toegewerkt.

Zorgraden blijven bestaan als operationeel platform. Hoe ga je ervoor zorgen dat partners/actoren zich nog gaan engageren voor de zorgraad als dit geen verplichting meer is, als beslissingen op regionale niveau gebeuren, aangezien er geen zorgraad vzw meer is met verplichting voor vertegenwoordiging van bepaalde actoren, zoals nu in BVR voorzien? Waarom zouden heel wat regionale partners zich engageren in én een zorgraad én een Regionale zorgraad?

Het uitgangspunt is dat engagement en samenwerking niet enkel kan bestaan als dit wordt opgezet binnen een vzw-structuur.

De zorgraad blijft de plek waar lokale samenwerking vorm krijgt, waar lokale noden zichtbaar worden en waar partners samen concrete acties kunnen opnemen. Dat lokale niveau blijft nodig, net omdat zorg en ondersteuning dicht bij burgers, lokale besturen, zorgaanbieders en welzijnsactoren georganiseerd moeten worden.

De hervorming wil vooral vermijden dat elke zorgraad afzonderlijk dezelfde administratieve en juridische lasten moet blijven dragen. Het regionale niveau krijgt daarom een andere functie: bundeling van administratie, werkgeverschap, ondersteuning en opdrachten die schaal of expertise vragen. Het lokale niveau blijft belangrijk voor inhoudelijke prioriteiten, partnerschappen en implementatie.

In de verdere uitwerking moet de rolverdeling tussen beide niveaus scherp worden gemaakt. Daarbij moet ook worden vermeden dat partners dubbel worden belast. Partners moeten betrokken worden waar hun bijdrage relevant is: lokaal voor lokale noden en concrete samenwerking, regionaal voor thema's die bovenlokale afstemming vragen.

De inschatting vanuit "het terrein" van wat een ELZ voor hen kan betekenen (*what's in it for me?*) gaat nu moeilijker worden: nu zal het ineens gaan om een regionale zorgzone, nog verder verwijderd van de mensen op het terrein.

De hervorming vertrekt juist vanuit het onderscheid tussen nabijheid en schaal: nabij waar het moet, gebundeld waar dat meerwaarde heeft. Lokale noden, lokale samenwerking en concrete implementatie blijven op het niveau van de eerstelijnszone. De regionale zorgzone moet vooral helpen om expertise, administratie en bovenlokale afstemming beter te organiseren. In de regelgeving en in de praktische uitwerking moet daarom expliciet worden bewaakt dat de afstand tot burgers, zorgprofessionals en lokale partners niet groter wordt.

Zal de transformatie naar een regionale zorgraad-vzw gepaard gaan met minder personeel/middelen?

Deze hervorming is geen besparingsoperatie.

Werkdruk

Hoe gaan we én goedgekeurd MJP én IFP GIZO (komen ook nog plannen bij) én deze oefening met zelfde kader uitwerken?

Deze trajecten moeten zoveel mogelijk als één samenhangende beweging worden bekeken, en niet als drie volledig losstaande opdrachten. De implementatie van het IFP GIZO is normaal gezien een belangrijke inhoudelijke focus binnen het meerjarenplan, geen losstaand iets. De uitvoering van de meerjarenplannen, waaronder het opnemen van de implementatie-rol, én de hervorming van het governance van de zorgraden vertrekken immers vanuit dezelfde bredere doelstelling: stappen zetten naar geïntegreerde zorg en ondersteuning, met lokale verankering en meer slagkracht waar bundeling nodig is.

De hervorming mag de reguliere werking niet stilleggen. In het verdere traject zal daarom bewaakt moeten worden dat de werklast haalbaar blijft en dat bijkomende planlast zoveel mogelijk wordt vermeden.

Samengaan, een fusie in welke vorm ook, vergt heel wat energie en tijd. Grotere gehelen vragen ook meer overleg. Wordt daar rekening mee gehouden?

Ja. De timing richting 2030 is net bedoeld om voldoende tijd te voorzien voor uitwerking, overleg, regelgeving en transitie. Tijdens het webinar werd ook aangegeven dat opstarten in een nieuwe vorm vanaf 2030 niet betekent dat alles meteen afgerond is; er zal ook daarna een opstartperiode nodig zijn. In het vervolgtraject moet dus rekening worden gehouden met veranderbelasting, ondersteuning, begeleiding en realistische fasering.

Proces en transitie

Gaat de ondersteuning vergelijkbaar zijn met het traject van de transitiecoaches bij de opstart van zorgraden?

We werken deze zomer verder aan een concreet plan om de procesbegeleiding in 2026 verder vorm te geven.

Voor 2027 bekijken we, onder voorbehoud van goedkeuring van de begroting, een opstart van transitiebegeleiding. Hoe die transitiebegeleiding eruit zal zien, is nog niet definitief beslist.

Kan de transitiebegeleiding ook detachering binnen de betrokken ELZ's zijn of enkel externe transitiecoaches?

Daarover is nog geen definitieve keuze gemaakt. Het is zinvol om in het verdere traject verschillende vormen van ondersteuning te bekijken. Externe begeleiding kan nuttig zijn voor procesbegeleiding, juridische of organisatorische expertise, maar interne capaciteit uit de eerstelijnszones kan helpen om de lokale realiteit en opgebouwde expertise voldoende mee te nemen. De uiteindelijke vorm moet aansluiten bij de doelstelling: een gedragen, werkbare en juridisch correcte transitie.

Liefst niet met "coaches" werken, maar wel een transitiemanager die veel expertise heeft in change- en programmamanagement én de vaardigheid heeft om participatief te werken.

Die suggestie nemen we zeker mee. De benaming is minder belangrijk dan de kwaliteit van de ondersteuning. De transitie zal inhoudelijke, juridische, organisatorische en menselijke aspecten combineren. Daarom is er nood aan begeleiding die zowel procesmatig sterk is als voldoende participatief kan werken met zorgraden, medewerkers, bestuurders en partners. In de verdere uitwerking zal bekeken worden welke vorm van ondersteuning daarvoor het meest geschikt is.

Op welke manier zal er samengewerkt kunnen worden tussen zorgraden en overheid? Zullen zowel bestuurders als medewerkers betrokken worden. Welke tijdsinvestering moeten we hiervoor voorzien naast IFP GIZO en hoe kunnen we onze lokale partners hierin betrekken?

Het verdere traject wordt samen met de zorgraden opgezet. Tijdens het webinar werd aangegeven dat er grote terugkoppelmomenten zullen komen, bijvoorbeeld via webinars, en daarnaast kleinere werkvormen om concreet te reflecteren, bouwen en consolideren. De precieze samenstelling en tijdsinvestering moeten nog worden uitgewerkt. Het is logisch dat zowel medewerkers als bestuurders op bepaalde momenten betrokken worden, omdat de hervorming zowel inhoudelijke werking, governance als personeels- en organisatievragen raakt.

Op p11 en p12 van de conceptnota wordt er verwezen naar 'de betrokken actoren' en 'de betrokken stakeholders'. Wie zijn dat?

Binnen het traject van krachtlijn 3, de hervorming van de zorgraden, gaat het in de eerste plaats om de zorgraden. Net zoals bij het vorige traject kunnen ook andere betrokken actoren mee aan tafel zitten, naargelang het onderwerp. Dit wordt verder uitgetekend tijdens de zomer.

De transitie naar een nieuwe regionale zorgraad-vzw is niet vanzelfsprekend en zal ook spanning met zich meebrengen met impact op de inhoudelijke werking

zowel voor medewerkers maar ook voor bestuurders. Het vereist ook wel wat expertise om deze transitie in goede banen te leiden.

Dat risico wordt zeker erkend. De transitie raakt aan bestaande structuren, opgebouwde werking, personeel, bestuur en lokale dynamiek. Daarom wordt gekozen voor een gefaseerd traject richting 2030, met ruimte voor overleg, grondige juridische uitwerking, procesbegeleiding en terugkoppeling. De bedoeling is niet om de verandering van bovenaf in één beweging op te leggen, maar om samen met de zorgraden tot een werkbaar model te komen dat lokale verankering behoudt en administratieve last vermindert.

Misschien is een nieuwe tour van de zorgraden een belangrijke methode om dit op een goede manier samen vorm te geven. Eventueel op niveau van de RZZ.

Dat is een waardevolle suggestie. In het verdere proces zal bekeken worden welke participatievormen het meest geschikt zijn: brede webinars, regionale gesprekken, kleinere werkgroepen of, in alle waarschijnlijkheid, een combinatie van alle bovenstaande. Het uitgangspunt blijft dat de uitwerking samen met de zorgraden gebeurt.

Bij de implementatie-opdracht van de IFP staat dat financiering voorzien is voor samenwerking binnen de RZZ regio. Wil dat zeggen dat we voor de komende programma's een gelijkaardige projectfinanciering mogen verwachten zoals bij het IFP perinataal?

Voor toekomstige programma's kan vandaag nog geen algemene uitspraken rond de financiering worden gedaan.

Het is belangrijk om hier voorzichtig te zijn: toekomstige financiering hangt onder andere samen met het afsluiten van een samenwerkingsakkoord rond GIZO, de concrete inhoud van de toekomstige programma's en begrotingsbeslissingen.

Regiovorming

Hoe komt het dat 57 het hoogste nummer is op het kaartje met de eerstelijnszones en regionale zorgzones? Er zijn toch 60 eerstelijnszones?

In Antwerpen worden de ELZ niet ingedeeld op basis van gemeenten, maar op basis van postcodes. Dat geeft vaak moeilijkheden bij het maken van kaarten. De verschillende Antwerpse zones staan op deze kaart als één ELZ. In de legende in de conceptnota wordt dit duidelijk. Er wordt gewerkt aan een interactieve kaart op de website waar dit ook duidelijker zal zijn.

Welke impact is er voor (individuele) welzijnsorganisaties erkend door Vlaamse overheid?

Voor individuele organisaties verandert er niet meteen iets aan hun werking of werkingsgebied. De regionale zorgzones zijn in eerste instantie een afbakening voor samenwerking en afstemming.

Voor organisaties met een regionale opdracht worden ze wel een belangrijk referentiepunt. Per sector zal worden bekeken op welke termijn en op welke manier afstemming op de regionale zorgzones aangewezen is, rekening houdend met lopende of geplande hervormingen. Er is dus geen onmiddellijke algemene herstructurering voor elke individuele organisatie.

Kunnen nog (nieuwe) uitzonderingen op de referentieregio's aangevraagd worden door lokale besturen?

De referentieregio's maken deel uit van het Vlaamse beleid rond regiovorming en vallen onder de bevoegdheid van de Vlaamse minister bevoegd voor Binnenlands Bestuur. Vanuit het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin doen we daarom geen uitspraken over de mogelijkheid om bijkomende of nieuwe uitzonderingen op de referentieregio's aan te vragen.

Goed dat er in Brussel niet los van de realiteit, het bicommunautaire landschap gedacht wordt. Tegelijk zoeken heel wat Brusselaars (soms noodgedwongen) hulp buiten Brussel en omgekeerd (bijv. ziekenhuizen). Maar voor Brussel valt de nieuwe regionale zorgzone samen met de bestaande eerstelijnszone. Hoe kijken jullie daar naar?

De regionale zorgzone Brussel valt inderdaad samen met BruZEL en omvat de 19 gemeenten. Tegelijk wordt erkend dat Brussel een specifieke context heeft. In de conceptnota wordt daarom ook verwezen naar afstemming met de vijf hulp- en zorgzones die door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie werden vastgelegd in het kader van het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan.

De regionale zorgzone is geen grens die individuele zorgtrajecten beperkt. Burgers kunnen uiteraard beroep doen op zorgaanbieders buiten de eigen regio en zorgactoren kunnen ook over grenzen heen (samen)werken.

Welke afwegingscriteria zal Vlaanderen hanteren om te bepalen wanneer bestuurlijke congruentie primeert en wanneer zorginhoudelijke of historisch gegroeide samenwerkingsverbanden zwaarder doorwege (vb. netwerken GG, ziekenhuisnetwerken)?

De afbakening vertrekt in de eerste plaats van de eerstelijnszones, de voorwaarden in het eerstelijnsdecreet en een maximale afstemming op de referentieregio's. Daarnaast is waar mogelijk rekening gehouden met de regio's uit het zorgregiodecreet, de kaart van regionale zorgzones die in 2019 al eens werd gelegd maar niet regelgevend werd verankerd, en de huidige afbakening van netwerken en samenwerkingsinitiatieven.

Voor netwerken die ook federale bevoegdheden raken, zoals geestelijke gezondheidsnetwerken en ziekenhuisnetwerken, zal maatwerk nodig zijn.

Kunnen we ervan uitgaan dat andere regionale structuren tegen 2030 ook worden afgestemd op deze regioafbakening, zoals palliatieve zorg, dementie, gezondheidsmakers, ...?

De regionale zorgzones worden een belangrijk referentiepunt voor organisaties en netwerken met een regionale, gebiedsdekkende opdracht. Dat betekent niet dat elke sector onmiddellijk of automatisch tegen 2030 volledig wordt herschikt.

Per sector wordt bekeken op welke termijn en via welk traject een zo goed mogelijke afstemming kan gebeuren, rekening houdend met lopende hervormingen, bestaande regelgeving en de eigenheid van het netwerk. Voor netwerken met gemengde Vlaamse en federale bevoegdheden zal maatwerk nodig zijn.

Het gebruik van de termen micro, meso en macro is niet altijd eenduidig,: microniveau is het niveau van de individuele zorgverstrekker (bijv. een huisartspraktijk), het mesoniveau is de zorgraad en het macroniveau is Vlaams/Federaal: nu wordt de regionale zorgzone het mesoniveau. wat is dan de ELZ? Een niveau ergens tussen micro en meso?

Het mesoniveau wordt vanaf nu gezien als een gelaagd geheel met twee vaste bouwstenen:

- eerstelijnszones voor lokale samenwerking dicht bij de burger
- regionale zorgzones voor afstemming en samenwerking op grotere schaal

Het microniveau blijft het niveau van de zorg en ondersteuning rond de individuele persoon of in een individuele praktijk. Het macroniveau blijft het niveau van de bevoegde overheden.