

DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

NOTA AAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: - Voorontwerp besluit van de Vlaamse Regering betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood
- Principiële goedkeuring

Samenvatting

Het voorliggende ontwerpbesluit raakt aan de kern van de hervorming van de eerstelijnszorg, met name de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.

Dit besluit bouwt verder op het recent gewijzigde decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. De werkingsprincipes beschreven in dit decreet worden vertaald naar een concreet werkingskader. Dit kader sluit aan bij de, in vele gevallen reeds bestaande, professionele context waarin vele eerstelijnszorgaanbieders aan de slag zijn.

Elke professioneel opgeleide zorgaanbieder wil immers de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood centraal plaatsen. Dit uitvoeringsbesluit geeft richting aan dit proces om namelijk de integrale benadering van de persoon te vertalen naar een concreet kader. Hierbij worden de minimaal te volgen stappen naar het doelgerichte karakter van de organisatie van de zorg en ondersteuning beschreven.

In het voorliggende besluit wordt richting gegeven aan hoe een zorgproces zich moet ontwikkelen en vorm krijgen om kwaliteitsvol te zijn.

Met dit uitvoeringsbesluit wil de Vlaamse Regering de concepten m.b.t. geïntegreerde en doelgerichte zorg, waarbij de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood centraal staat, omzetten in een effectieve werkingsmethodiek.

1 SITUERING

A. BELEIDSVELD/BELEIDSDOELSTELLING

Dit besluit behoort tot het beleidsveld gezondheids- en woonzorg, inhoudelijk structurelement 'woonzorg en eerste lijn'.

B. VORIGE BESLISSINGEN EN ADVIEZEN

Het wetgevingstechnisch en taalkundig advies werd bekomen op 20 oktober 2023. Het voorontwerp van besluit werd aangepast aan het wetgevingsadvies nr. 2023/426 van 20 oktober 2023.

Het advies van de Inspectie van Financiën werd bekomen op 24 oktober 2023.

2 INHOUD

A. ALGEMENE TOELICHTING

Het voorliggende ontwerpbesluit raakt aan de kern van de hervorming van de eerstelijnszorg, met name de kwaliteitsvolle organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Het vertaalt de integrale benadering van de persoon naar een concreet kader, waarbij de te volgen stappen het doelgerichte karakter van de organisatie van de zorg en ondersteuning weerspiegelen.

De integrale benadering van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, waarbij de persoon als een geheel wordt benaderd, is het meest belangrijke werkingsprincipe van het eerstelijnsdecreet. Het bepaalt meteen de wijze waarop het zorgmodel van de toekomst moet vorm krijgen en geeft richting aan welke ondersteunende instrumenten en structuren nodig zijn om deze benadering in realiteit om te zetten. Alle elementen in het aangepaste eerstelijnsdecreet vloeien voort uit deze benadering van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood: zoals de zorgraden, de organisaties met terreinwerking zoals de palliatieve netwerken, het VIVEL, de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders in de praktijkvoering, de bepalingen rond gegevensdeling en -verwerking in het kader van het digitaal zorg- en ondersteuningsplan en VSB.

In het voorliggende ontwerpbesluit wordt een kader voorgesteld aan hoe een zorgproces zich moet ontwikkelen en vorm krijgen om kwaliteitsvol te zijn. Het vastleggen van de te volgen stappen is echter geen evidentie, omdat het onmogelijk is om de complexiteit en verscheidenheid van zorgprocessen te vatten in regels. Elk zorgproces is uniek, omwille van het feit dat we vertrekken vanuit die integrale benadering van een unieke persoon. Zijn noden, behoeften, wensen, kansen, doelen, mogelijkheden en beperkingen staan voorop in het vormgeven van elk zorgproces. Toch proberen we die complexiteit en verscheidenheid te vatten in enkele universeel te nemen stappen, die een garantie bieden voor de opbouw van een kwaliteitsvol zorgproces.

Dit voorliggend ontwerp kwam tot stand op basis van een uitgebreid participatief traject met vertegenwoordigers van de verschillende relevante betrokken actoren op het terrein van zorg, welzijn en ondersteuning. Over elke bepaling werd grondig discussie gevoerd. Het voorliggende ontwerp vormt het resultaat van het diverse overleg.

Sinds 2017, de start van de hervorming, hebben de eerstelijnszorgaanbieders zich geëngageerd om aan de slag te gaan met de principes van doelgerichte zorg en ondersteuning. Doelgerichte zorg en ondersteuning als methodisch kader van handelen, sluit het best aan bij een integrale benadering van een persoon.

Gebaseerd op alle Vlaamse (onder meer vanuit het Steunpunt WVG), nationale en internationale inzichten (WHO) rond integrale zorg en ondersteuning en doelgerichte zorg en ondersteuning, schuiven we in dit ontwerpbesluit vijf principes naar voor van doelgerichte zorg en ondersteuning. Het gaat dan om:

1. Principe 1: Het luisteren naar de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en het in dialoog met deze persoon verduidelijken van de vraag om zorg en ondersteuning;
2. Principe 2: het formuleren van levensdoelen;

3. Principe 3: het samenstellen van een zorg- en ondersteuningsteam;
4. Principe 4: het opstellen van een zorg- en ondersteuningsplan;
5. Principe 5: het aanwijzen van een zorgcoördinator.

Deze principes houden geen rangorde in, maar in een logisch zorg- en ondersteuningsproces zullen deze stappen bij voorkeur achtereenvolgens plaatsvinden. Echter, binnen bestaande zorg- en ondersteuningsprocessen kan steeds op bepaalde stappen teruggekeerd worden. Een zorg- en ondersteuningsproces is een dynamisch gegeven.

Voor het opbouwen van het zorgproces wordt door de zorgaanbieder vertrokken van een gesprek over de levensdoelen van de persoon. Dit zijn de drijfveren, de belangrijkste zaken voor een persoon. Ze zijn het antwoord op een eenvoudige vraag als: "Waarvoor sta jij 's morgens op?" kan al richtinggevend zijn voor deze levensdoelen. Het hoeft dus niet complex te zijn. Aan de hand van deze levensdoelen kunnen de zorgnoden bekeken worden en kan een vertaling gebeuren naar zorg- en ondersteuningsdoelen. Deze zorg- en ondersteuningsdoelen trachten een antwoord te bieden op de zorgnoden, maar worden in relatie gezet met de levensdoelen van de persoon. Met een concreet voorbeeld: een persoon krijgt de diagnose COPD, een chronische longziekte. Hiervoor zijn meerdere behandelingen mogelijk en, naarmate de ziekte vordert, zal de zorg en ondersteuning toenemen. De persoon heeft als levensdoel om de 2 kleinkinderen zo lang mogelijk te zien opgroeien en ook in de mogelijkheid te zijn om tweewekelijks na schooltijd in de opvang te voorzien. Verder wil de persoon ook sociaal geëngageerd blijven in het lokaal dienstencentrum. Vanuit die levensdoelen zal de best passende behandeling en opvolging gekozen worden om dit maximaal mogelijk te maken. Niet elk levensdoel kan of moet in een zorg- en ondersteuningsdoel vertaald worden. Zorg en ondersteuning heeft zijn limieten en daarmee moet rekening gehouden worden bij de opzet van een zorgproces en de beschikbare capaciteit in de zorgsector.

In een doelgerichte zorg en ondersteuning wordt op methodisch vlak het grootste belang gehecht aan een kwaliteitsvolle communicatie tussen de persoon en zijn zorgaanbieders, afstemming, samenwerking en overleg tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam, een planmatige aanpak van het zorgproces met de nodige coördinatie. Het voorliggende ontwerpbesluit introduceert al deze elementen in een logische opeenvolging van stappen naar een kwaliteitsvol zorgproces.

Een methodiek, met handvaten, een draaiboek of richtlijnen, zal uitgewerkt worden op Vlaams niveau en in samenwerking met het VIVEL, de verschillende (beroeps)organisaties, zorgaanbieders en de personen met een zorg- en ondersteuningsnood. In functie van deze methodiek zullen in een latere fase de concrete financiële hefboomen worden bepaald om de zorgaanbieders te ondersteunen in de transitie naar geïntegreerde zorg.

B. TOELICHTING BIJ DE ARTIKELN

Artikel 1

Dit artikel omschrijft de definities die gebruikt worden in het besluit.

Artikel 2

Dit en de volgende artikelen introduceren de werkwijze volgens de principes van doelgerichte zorg en ondersteuning. De concrete methodiek om uitvoering te geven aan de principes van doelgerichte zorg en ondersteuning zal in een volgende fase uitgewerkt worden, zodat gerichte opleiding en vorming op het terrein mogelijk is. De persoon wordt hier volledig centraal geplaatst, de zorgaanbieder maakt de nodige tijd en ruimte om de vraagverheldering mogelijk te maken. Er wordt vanuit gegaan dat in sommige gevallen de initiële vraag om zorg en ondersteuning niet de volledige vraag of nood weergeeft. Daarom is het van groot belang dat de zorgaanbieder tijd en ruimte maakt

om het gesprek aan te gaan met de persoon om deze vraag te beluisteren en voldoende duidelijk te krijgen. Om een kwaliteitsvol zorgproces op te bouwen, moet de vraag helder en correct geformuleerd zijn en moet de zorgaanbieder inzicht hebben in de noden, behoeften en wensen.

Om de zorgprocessen te kunnen vormgeven, wordt een tweedeling gemaakt tussen twee mogelijke procesniveaus: een beperkt en een complex procesniveau. Deze tweedeling maakt het mogelijk om te differentiëren in de volgende stappen van het zorgproces. Niet voor elk zorgproces moeten alle stappen toegepast worden. Concreet: voor sommige zorg- en ondersteuningsnoden is het niet altijd noodzakelijk te vertrekken vanuit de levensdoelen. Soms zijn de zorg- en ondersteuningsnoden van dien aard dat vrij eenvoudig antwoord kan geboden worden op die noden en er geen koppeling met levensdoelen gevraagd wordt. De noodzaak wordt echter groter naarmate de zorg- en ondersteuningsnoden meer complexiteit inhouden, de betrokkenheid van een veelheid aan zorgaanbieders of actoren uit meerdere domeinen (bv zorg, wonen, werk, onderwijs, mobiliteit, vrije tijd,...) of meerdere disciplines (medische, paramedische, maatschappelijk werk,...) vergt en hierdoor het aantal zorg- en ondersteuningsdoelen verhoogt, samen met het aantal zorg- en ondersteuningsdoelen waaraan meerdere leden van het zorgteam interdisciplinair moeten samenwerken. Verder is het ook zo dat bij de analyse van een zorgvraag, op basis van de op dat moment beschikbare informatie en gesprek, de zorgaanbieder tot de vaststelling kan komen dat het op dat moment gaat om een beperkt procesniveau, terwijl het zorgproces in de toekomst evolueert naar een meer complex procesniveau. Zorgprocessen verlopen dynamisch en kunnen dus evolueren doorheen de tijd.

Artikel 3

Bij een eerder beperkt procesniveau is het nuttig, zinvol, wenselijk, maar niet noodzakelijk om levensdoelen te formuleren. De keuze moet gelaten worden aan de persoon zelf om deze al dan niet te formuleren. De zorgaanbieder moet wel de mogelijkheid kenbaar maken om hierover het gesprek aan te gaan, zodat de persoon zich gerespecteerd en ondersteund weet in het aangaan van dit gesprek.

Belangrijk is ook dat de persoon informatie aangeboden krijgt over het aanbod aan zorg en ondersteuning en hierover in gesprek kan gaan met de zorgaanbieder. Een zicht krijgen op het beschikbare aanbod aan zorg en ondersteuning is cruciaal in de opbouw van het verdere zorgproces. Het is belangrijk dat de zorgaanbieder, tot wie de persoon zich richt, dit op een objectieve, neutrale en transparante wijze doet. Indien de zorgaanbieder zelf niet deze informatie kan geven, is het noodzakelijk dat de zorgaanbieder de persoon doorverwijst naar een organisatie, die dit wel kan doen. Zo denken we bijvoorbeeld aan de Sociale Kaart of het Geïntegreerd Breed Onthaal. De keuze van de persoon voor het aanbod aan zorg en ondersteuning staat altijd centraal.

Artikel 4

Voor de opbouw van een zorgproces met een complexer procesniveau worden altijd levensdoelen geformuleerd. In dit geval is het altijd zinvol, nuttig en wenselijk, maar vooral noodzakelijk om te vertrekken van de belangrijke elementen in het leven van de persoon, zijn wensen, behoeften en drijfveren. Het bevordert de "therapietrouw" in het zorgproces als de zorg en ondersteuning geënt wordt op deze levensdoelen, omdat de persoon zelf dan de meerwaarde inziet van de zorg en ondersteuning, hier eigenaarschap voor voelt en ook de verantwoordelijkheid zal nemen om hiermee samen met de andere leden van het zorgteam aan de slag te gaan.

In veel gevallen wordt niet vertrokken van een wit blad als het gaat om zorg en ondersteuning. Het is heel belangrijk dat een zorgaanbieder deze beschikbare informatie uit vroegere of andere, nog lopende, zorgprocessen meeneemt in zijn analyse van de zorgsituatie.

Vanuit de levensdoelen en de analyse van de zorgsituatie kan georiënteerd worden naar het best passende zorgproces. Uit het gesprek met de persoon zelf volgt het samenstellen van het zorg- en ondersteuningsteam. Steeds wordt ook aandacht besteed aan de aanwezigheid van eventuele informele zorg. Dit is de minst ingrijpende en meest nabije zorg en ondersteuning voor een persoon.

Indien het zorg- en ondersteuningsteam beperkt is qua omvang kan het maken van eenvoudige afspraken tussen de persoon en de zorgaanbieders volstaan om het zorgproces vorm te geven. Met eenvoudige wordt bedoeld dat deze mondeling of schriftelijk kunnen gebeuren, maar zonder een formeel overleg hiervoor in te plannen.

In het geval van een omvangrijker zorg- en ondersteuningsteam of bij een groot aantal of complexe zorg- en ondersteuningsnoden kan op verzoek van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, zijn informele zorgverleners of een zorgaanbieder betrokken bij de zorg- en ondersteuning geopteerd worden voor een startoverleg tussen de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de eventuele informele zorg en de zorgaanbieders. Dit is een meer formele start van het zorgproces en laat optimaal toe de methodiek van doelgerichte zorg en ondersteuning toe te passen in de praktijk. Tijdens het startoverleg wordt dan alle reeds beschikbare informatie gedeeld tussen de aanwezigen, worden zorg- en ondersteuningsdoelen geformuleerd in relatie tot de levensdoelen, wordt een zorg- en ondersteuningsplan opgesteld en het zorg- en ondersteuningsteam formeel samengesteld.

Artikel 5

In dit artikel wordt gesteld dat niet voor elk zorgproces de opmaak van een zorg- en ondersteuningsplan noodzakelijk is. Het is afhankelijk van de zorg- en ondersteuningsnoden, zorg- en ondersteuningsdoelen en de wens van de persoon of een ander lid van het zorg- en ondersteuningsteam om dit te doen.

In de situatie van een complex zorgprocesniveau wordt wel altijd een zorg- en ondersteuningsplan opgesteld. Het is wenselijk en zinvol om de veelheid aan zorg- en ondersteuningsnoden en -doelen, leden van het zorg- en ondersteuningsteam, afspraken en taken rond de zorg en ondersteuning en de communicatie hierover vast te leggen in een zorg- en ondersteuningsplan. Dit zorg- en ondersteuningsplan wordt digitaal ingevuld en bijgehouden. Een digitale weergave maakt het mogelijk om snel een overzicht te krijgen van de zorg en ondersteuning, snel contact op te nemen met leden van het zorg- en ondersteuningsteam, communicatie te voeren, opvolging, evaluatie en bijsturing te doen van de zorg- en ondersteuningsdoelen en de hieraan verbonden zorg- en ondersteuningstaken. Het maakt ook de zorgcoördinatie mogelijk en efficiënt. Een papieren afdruk van het zorg- en ondersteuningsplan hoort wel tot de mogelijkheden voor personen die minder vertrouwd zijn met digitaal naslagwerk.

In het besluit worden de minimale gegevens in het zorg- en ondersteuningsplan opgesomd. Daarnaast kan het zorg- en ondersteuningsplan bijvoorbeeld de volgende elementen bevatten:

- 1° de samenstelling en de contactgegevens van het zorg- en ondersteuningsteam, met inbegrip van de identificatie van de zorgcoördinator, indien aangeduid;
- 2° de informatie over behoeften, noden en zorgvragen die het gesprek richting kunnen geven, indien aanwezig aangevuld met resultaten van BelRAI;
- 3° achtergrondinformatie over de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag die bijdraagt aan een volledige inschatting van de thuissituatie;
- 4° de communicatie rond de uitvoering van het zorg- en ondersteuningsplan.

Artikel 6

Het zorgproces, de opbouw en de uitvoering ervan, wordt volledig opgehangen aan de principes van doelgerichte zorg en ondersteuning. Dit impliceert dat een zorgproces vorm krijgt door een zorg- en ondersteuningsteam. Het inbrengen van een echte teamlogica in een zorgproces houdt in dat er binnen het team een hechte samenwerking is, dat er duidelijke doelstellingen geformuleerd zijn waaraan gewerkt en samengewerkt wordt en dat er een gedeelde verantwoordelijkheid bestaat over de realisatie van deze doelstellingen. Deze teamlogica leidt ertoe dat binnen zo'n team regelmatig overleg nodig is tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en samenwerking en afstemming in de uitvoering van de zorg- en ondersteuningsdoelen. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn informele zorg maken inherent deel uit van dit zorg- en ondersteuningsteam. Dat is een evolutie ten opzichte van de huidige zorgprocessen, die nog vaak

voor de persoon gebeuren, maar niet met en door de persoon. Dit vraagt een andere manier van werken, die de volgende jaren, via de methodiek van doelgerichte zorg en ondersteuning aangeleerd zal worden.

Een cruciaal principe van doelgerichte zorg en ondersteuning is de coördinatie van de zorg en ondersteuning. Dit moet gezien worden als een geleidelijk groeiproces in sommige zorgsituaties en een onmiddellijke noodzaak in andere zorgsituaties. In de eerste categorie kan de zorg- en ondersteuningsnood bij aanvang van het zorgproces te beperkt zijn van procesniveau om de zorg en ondersteuning zwaar te plannen en hier een coördinatie op te plaatsen. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn informele zorg worden in deze procesniveaus gestimuleerd om de coördinatie zelf op te nemen. Dit neemt niet weg dat het procesniveau kan evolueren naar een meer complex procesniveau en op een gegeven ogenblik binnen het zorg- en ondersteuningsteam, waar de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn mantelzorger inherent deel van uitmaken, toch beslist wordt om over te gaan tot zorgplanning en hierop zorgcoördinatie te plaatsen. In de andere categorie, waarbij het procesniveau al bij aanvang vrij complex is, kan onmiddellijk planning en coördinatie vereist zijn. Uitgangspunt is evenwel altijd dat het een beslissing is van het zorg- en ondersteuningsteam om deze zorgcoördinatie in te voeren en een zorgaanbieder aan te duiden die deze rol zal opnemen. De taken worden in het besluit opgesomd. Belangrijk hierbij is dat de zorgcoördinator een vertrouwenspersoon vormt voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, het overzicht bewaart over de zorg en ondersteuning, het zorgplan opvolgt, de persoon bevraagt over de uitvoering en indien nodig bijstuurt. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood kan ook beslissen om zelf de rol van zorgcoördinator op te nemen.

Naast de zorgcoördinator vervullen de andere leden van het zorg- en ondersteuningsteam de volgende taken:

- 1° expertise inbrengen om invulling te geven aan de noden en de behoeften van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 2° meewerken aan het opstellen van zorg- en ondersteuningsdoelen en taakafspraken maken om die zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken;
- 3° vanuit de eigen ervaringen, discipline of domeinen, informeren over het bestaande aanbod en over de toegang tot rechten, en, als dat nodig is, doorverwijzen naar andere diensten of disciplines;
- 4° de noden en hiaten in de hulpverlening signaleren op het overleg en mogelijke oplossingen voorstellen;
- 5° meewerken aan het bereiken van de zorg- en ondersteuningsdoelen, zoals bepaald in het zorg- en ondersteuningsplan;
- 6° beraadslagen over de aanduiding van een zorgcoördinator, zoals vermeld in artikel 6, §3, derde lid, van het decreet;
- 7° het zorg- en ondersteuningsplan uitvoeren en opvolgen;
- 8° desgevallend beslissen tot de inzet van een zorgaanbieder, die de taak van casemanagement opneemt, zoals vermeld in artikel 7, §3, van het decreet.

Artikel 7

Het casemanagement wordt gezien als een uitzonderlijke situatie, die heel tijdelijk ingezet wordt. Het casemanagement kent twee aanvliegroutes:

- bij afwezigheid van een zorg- en ondersteuningsproces, waar dit proces op basis van de zorg- en ondersteuningsnoden wel noodzakelijk of wenselijk is;
- bij aanwezigheid van een zorg- en ondersteuningsproces, met aanwezigheid van een zorg- en ondersteuningsteam en zorgcoördinatie, maar waar dit proces niet loopt naar wens van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en die leden hiervoor zelf geen remediëring vinden.

In de eerste aanvliegroute kunnen we de zorgaanbieder, die casemanagement opneemt, beschouwen als een "startkabel" of initiator om tot een zorgproces te komen. In de tweede aanvliegroute wordt casemanagement gezien als een procesbegeleiding van het zorg- en ondersteuningsteam. Het team en de zorgcoördinator blijven in functie tijdens de procesbegeleiding. Om tot een remediëring te

komen, is het essentieel dat de zorgaanbieder, die casemanagement opneemt, niet behoort tot het zorg- en ondersteuningsteam. De onafhankelijkheid en neutraliteit ten aanzien van het zorgproces en de leden van het zorg- en ondersteuningsteam bevorderen een positieve uitkomst van de procesbegeleiding.

Welke taken de zorgaanbieder, die het casemanagement opneemt, exact moet uitvoeren, hangt af van zijn grondige analyse en evaluatie van de zorgsituatie en het zorgproces.

Artikel 8

Gezien er in de methodiek van doelgerichte zorg en ondersteuning sterk wordt uitgegaan van een teamwerking zal voor het invoeren van externe ondersteuning voor het team eerst een bespreking binnen het team moeten gebeuren. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood maakt integraal en als volwaardig lid deel uit van het zorg- en ondersteuningsteam. Daarom is het belangrijk dat elk lid van het team, waaronder de persoon zelf, de ruimte krijgt om problemen, wensen, niet vervulde noden of behoeften te bespreken met het team alvorens het casemanagement aan te stellen. Een bespreking in het team laat toe dat er eerst aan remediëring binnen het team kan gedaan worden. Indien de bespreking niet leidt tot een verbetering van de teamwerking kan de aanvraag voor casemanagement gebeuren, zelfs zonder dat het team dit in consensus beslist. Aan de Vlaamse minister wordt de procedure voor de aanstelling van een zorgaanbieder die de taak van casemanagement opneemt gedelegeerd. Deze delegatie is het gevolg van nog lopende onderhandelingen met de federale overheid over het casemanagement en de concrete invulling ervan. Afhankelijk van deze besprekingen zullen de louter procedurele zaken voor de aanstelling vorm krijgen en in uitvoering van dit besluit kunnen genomen worden.

Artikel 9

Dit artikel vraagt geen verduidelijking.

Artikel 10

Dit artikel vraagt geen verduidelijking.

3 BESTUURLIJKE IMPACT

A. BUDGETTAIRE IMPACT VOOR DE VLAAMSE OVERHEID

De Inspectie van Financiën heeft een gunstig advies verleend op 24 oktober 2023.

Het ontwerp van besluit heeft geen budgettaire impact.

Met toepassing van artikel 31, §2, 2°, van het BVR VCO is voor dit dossier het gemotiveerd akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, niet vereist.

B. ESR-TOETS

Deze toets is niet van toepassing op dit voorstel.

C. IMPACT OP HET PERSONEEL VAN DE VLAAMSE OVERHEID

Het voorstel heeft geen weerslag op het personeel van de Vlaamse Overheid.

D. IMPACT OP DE LOKALE EN PROVINCIALE BESTUREN

Het voorstel heeft geen weerslag op de lokale en provinciale besturen.

4 VERDER TRAJECT

Na de principiële goedkeuring van het voorontwerp van besluit, wordt hierover het advies van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, de Vlaamse toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens en het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit ingewonnen.

5 VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering beslist:

1° haar principiële goedkeuring te geven aan het bijgaande voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;

2° de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin te gelasten over het voormelde voorontwerp van besluit het advies in te winnen van:

2.1. de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, met het verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van dertig dagen;

2.2. de Vlaamse toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens, met verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van dertig dagen;

2.3. de Gegevensbeschermingsautoriteit, met het verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van zestig dagen.

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Hilde CREVITS