# Levende krachten en ontwikkelingen in de regio

## Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Jef De Rop, Sara Coghe, Pieterjan Schraepen, Ben Derudder & Joris Voets

D/2023/10106/011

Vlaanderen
is vernieuwend bestuur

STEUNPUNT
BESTUURLIJKE
VERNIEUWING

Het Steunpunt Bestuurlijke Vernieuwing is een consortium van:

KU LEUVEN
INSTITUUT VOOR DE OVERHEID

Parkstraat 45 bus 3609
B-3000 Leuven
Tel: 0032 16 32 32 70

Prof. dr. Annie Hondeghem
Promotor-coördinator
annie.hondeghem@kuleuven.be

Prof. dr. Trui Steen
Verantwoordelijke KU Leuven
trui.steen@kuleuven.be

Politics & Public Governance
Universiteit Antwerpen

Sint-Jacobstraat 2
B-2000 Antwerpen
Tel: 0032 3 265 53 87

Prof. dr. Wouter Van Dooren
Verantwoordelijke UAntwerpen
wouter.vandooren@uantwerpen.be

UNIVERSITEIT GENT

Apotheekstraat 5
B-9000 Gent
Tel: 0032 9 264 92 50

Prof. dr. Joris Voets
Verantwoordelijke UGent
joris.voets@ugent.be

UHASSELT

Martelarenlaan 42
B-3500 Hasselt
Tel: 0032 11 26 81 11

Prof. dr. Steven Van Garsse
Verantwoordelijke UHasselt
steven.vangarsse@uhasselt.be

Steunpunt Bestuurlijke Vernieuwing
Parkstraat 36 bus 3606 - 3000 Leuven - België
Tel: 0032 16 32 36 10 - E-mail: sbv@kuleuven.be - URL: https://steunpuntbestuurlijkevernieuwing.be/

© Steunpunt Bestuurlijke Vernieuwing
Niets uit deze uitgave mag, zelfs gedeeltelijk, openbaar gemaakt worden, gereproduceerd, vertaald of aangepast, onder enige vorm ook, hierin begrepen fotokopie, microfilm, bandopname behoudens uitdrukkelijke en voorafgaande toestemming van de uitgever.
Dit rapport vermeldt de mening van de auteur en niet deze van de Vlaamse overheid.
De Vlaamse overheid kan niet aansprakelijk worden gesteld voor het gebruik dat wordt gemaakt van de in deze bekendmaking opgenomen gegevens.

STEUNPUNT
**BESTUURLIJKE**
**VERNIEUWING**

Onderzoeksrapport

# LEVENDE KRACHTEN EN ONTWIKKELINGEN IN DE REGIO

## Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin / 6.09.2023

Jef De Rop, Sara Coghe, Pieterjan Schraepen,

Ben Derudder & Joris Voets

steunpuntbestuurlijkevernieuwing.be

Vlaanderen
is vernieuwend bestuur

# INHOUD

**Inleiding** 6

**1 Conceptueel kader** 8

**2 Methodologie** 11

**3 Resultaten** 13

3.1 Coalitie 13

*3.1.1 Overzicht welzijn- en zorglandschap* 13

*3.1.2 Samenwerking tussen de actoren* 17

3.2 Agenda 26

*3.2.1 Drie beleidsniveaus* 26

*3.2.2 Optimale schaal in functie van agenda* 29

*3.2.3 Totstandkoming gezamenlijke agenda* 30

3.3 Interne capaciteit 32

*3.3.1 Zachte middelen* 32

*3.3.2 Harde middelen* 33

*3.3.3 Bevoegdheidsverdeling* 34

3.4 Externe capaciteit 37

*3.4.1 Relatie tot Vlaamse en federale actoren* 37

*3.4.2 Kruisbestuiving op regionale schaal* 39

3.5 Samenwerkingservaring 41

*3.5.1 Historiek* 41

*3.5.2 Afstemming op referentieregio's* 42

*3.5.3 Enkele goede praktijken en valkuilen* 45

**4 Conclusies** 47

**5 Aanbevelingen** 49

**Referenties** 50

**Bijlagen** 52

5.1 Respondenten verkennende gesprekken 52

5.2 Respondenten diepte-interviews 52

5.3 Vragenprotocol 53

5.4 Afkortingen 54

# INLEIDING

Op 1 februari 2023 keurde het Vlaams Parlement het Regiodecreet definitief goed. Vijftien referentieregio's dienen voortaan als maatstaf voor alle vormen van intergemeentelijke en bovenlokale samenwerking. Dit moet een antwoord bieden op de bestuurlijke drukte op bovenlokale schaal door het werkingsgebied van Vlaamse en lokale samenwerkingsvormen systematisch op elkaar af te stemmen. Deze herstructurering zou moeten uitmonden in minder mandaten en tussenstructuren, en meer transparantie, coherentie en slagkracht. Daarnaast zijn de regio's een overlegmodel waar afspraken gemaakt kunnen worden over regionaal beleid. De referentieregio's zijn daarbij evenwel geen nieuwe bestuurslaag met eigen bevoegdheden, eigen organen of eigen financiering. Met andere woorden, de referentieregio's zijn er *voor* en *door* de gemeenten (Vlaamse Regering, 2019). Concreet wordt aan de lokale besturen gevraagd om nieuwe samenwerkingsverbanden meteen af te stemmen op de referentieregio's. Bestaande samenwerkingsvormen die zijn opgelegd of gestimuleerd vanuit Vlaanderen krijgen tot 1 januari 2025 om zich aan te passen. Het overgrote deel aan samenwerkingsverbanden die uitgaan van de lokale besturen zelf krijgen tot 1 januari 2031 om zich te aligneren op deze regionale werking (Vlaams Parlement, 2023).

In de voorbije decennia is al heel wat wetenschappelijk onderzoek verricht naar regionale samenwerking, zowel in Vlaanderen als in het buitenland. Het onderzoek naar regionale samenwerking bleef evenwel vooral toegespitst op de organisatie en werking van de overheid zelf (lokale besturen, IGS, provincies, Vlaamse diensten en agentschappen, …). Er zijn echter ook heel wat maatschappelijke actoren die bijdragen tot of impact ondervinden van deze regionale samenwerking. Om onze inzichten in de maatschappelijke dynamiek van dit regiotraject aan te vullen, onderzoeken we in dit rapport de regionale krachten van niet-, semi- en bestuurlijke actoren aan de hand van de *regional governance*-theorie. We definiëren voor deze vraagstelling maatschappelijke dynamieken vanuit een breed perspectief om na te gaan welke praktijken wel – en welke niet – bijdragen tot een duurzame vorm van regionaal samenwerken.

In het kader van het Steunpunt Bestuurlijke Vernieuwing II (2021-2025) en in opvolging van eerder regio-onderzoek in SBV I, werd enerzijds al stilgestaan bij regionale ontwikkelingen binnen specifieke beleidsdomeinen zoals economie, innovatie en wonen, en anderzijds bij relevante inhoudelijke en technische aspecten van regionale samenwerking zoals de benodigde financiële, personele en juridische hulpmiddelen of de werking van bepaalde samenwerkingsverbanden zoals het burgemeestersoverleg.[1] In dit rapport analyseert een onderzoeksteam van de UGent (Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management) en de KU Leuven (Instituut voor de Overheid) de regionale dynamieken van zowel bestuurlijke als semi- en niet-bestuurlijke actoren binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (hierna: WVG).

Dit beleidsdomein is enerzijds specifiek genoeg om directe leerpunten voor de sector zelf uit te halen en levert anderzijds meer generieke inzichten op over regionale samenwerking in zijn geheel. Het biedt bovendien

[1] Voor een ruimer overzicht verwijzen we u graag naar de website van het Steunpunt Bestuurlijke Vernieuwing: Publicaties | Steunpunt Bestuurlijke Vernieuwing

toegang tot een breed en gevarieerd landschap aan spelers die in verschillende mate invloed ondervinden van en/of uitoefenen op de bestuurlijke organisatie. WVG ligt namelijk op het kruispunt van verschillende andere beleidsthema's, zoals onder meer wonen, mobiliteit, tewerkstelling en justitie. Veelal zijn de semi- of niet-bestuurlijke actoren betrokken bij WVG ook in andere beleidsdomeinen prominent actief. Deze variëren van ad hoc initiatieven tot verregaande samenwerkingsvormen. Tot slot kiezen we voor het beleidsthema W&V omdat de invoering van de referentieregio's mogelijks een grote impact heeft op dit beleidsdomein. We denken hierbij onder andere aan de inkapseling van de eerstelijnszones binnen de regionale grenzen, en de ambitie om de regionale zorgzones gelijk te laten lopen met de referentieregio's (Vlaamse overheid 2023).

Het luik 'Gezin', dat klassiek met het beleidsdomein WVG is verbonden, laten we in dit rapport buiten beschouwing aangezien dit domein een ietwat aparte dynamiek kent en daarom als een 'wereld op zich' kan worden beschouwd. Eerder dan over een ruime scope een vage beschrijving te bieden, kiezen we ervoor om het perspectief vast te klikken op Welzijn en Volksgezondheid en zo gerichte conclusies te kunnen trekken.

Concreet zoeken we een antwoord op volgende centrale onderzoeksvragen:

- In welke mate zijn de relevante niet- en semi-bestuurlijke spelers binnen het domein van Welzijn & Volksgezondheid de afgelopen jaren territoriaal hervormd ten aanzien van regio's?
- Op welke schaal hebben deze hervormingen plaatsgegrepen, en welke capaciteit staat daar tegenover?
- Met welke ambities en verwachtingen kijken de verschillende spelers binnen dit veld naar regiovorming en het werken binnen referentieregio's?

Deze nota is verkennend en beschrijvend: ze maakt geen grondige doorlichting of evaluatie van de praktijk, maar geeft vooral een aantal interessante bevindingen en inzichten rond de dynamiek en de krachten die binnen het beleidsdomein spelen rond regio's. Doorheen dit rapport verweven we zo voorbeelden en illustraties vanop het terrein met theoretische inzichten. We eindigen met beleidsaanbevelingen voor regionale samenwerking en enkele goede praktijken die inspirerend kunnen werken. Dit stelt de lezer in staat om nadien een gerichte discussie op gang te brengen over bestuurlijke ontwikkelingen in en rond de regio.

# 1 CONCEPTUEEL KADER

Om de regionale dynamieken binnen WVG gestructureerd te analyseren, doen we beroep op de ***regional governance*-theorie** van Barnes en Foster (2012). Deze theorie biedt een raamwerk om regionaal samenwerken op een gestructureerde wijze te benaderen.

Volgens de *regional governance*-theorie kunnen diverse bestuurlijke en niet-bestuurlijke actoren ondanks verschillende, soms tegenstrijdige belangen toch in staat blijken om met een sterke coalitie een gemeenschappelijk doel na te streven. Eerder dan te blijven hangen bij rigide structuren of bij klassieke typologieën van intergemeentelijke en regionale samenwerking, focust deze theorie eerder op de doelen en bijhorende capaciteiten van regionale constructies. We definiëren '**regional governance**' dus als een doelbewuste inspanning van meerdere actoren om een gezamenlijk doel na te streven in een omgeving met meerdere bestuurlijke en niet-bestuurlijke invloedssferen. Daarmee kunnen we verschillende eigenschappen van *regional governance* ontleden:

- *Regional governance* overschrijdt per definitie verschillende territoria, jurisdicties en/of domeinen;
- Het overspant veelal verschillende maatschappelijke invloedssferen (publieke sector, markt, non-profit, middenveld, etc.);
- Het heeft steeds een regionaal probleem of opportuniteit als voorwerp van de samenwerking;
- Het is overwegend functioneel georganiseerd per 'groot thema' (economie, klimaat, etc.);
- Het omvat, maar gaat tegelijk ook verder dan formele instellingen of structuren;
- Het gaat niet noodzakelijk uit van algemene consensus, maar tracht wel om diverse maatschappelijke waarden en ideeën te verenigen.

Kortom, *regional governance* is geen doel op zich, maar eerder een middel waarmee een bepaald doel wordt nagestreefd. De theorie verenigt hierbij zowel formele als informele actoren, maar ook zowel publieke als private spelers, en het uitgebreide speelveld tussen beiden in. Met andere woorden, iedereen die zich organiseert, engageert en inzet om een bepaald doel in interactie met anderen – hetzij positief in overleg, hetzij negatief in conflict – te bereiken, wordt in overweging genomen. Naar een doel toewerken betekent dus ook niet noodzakelijk dat meerdere entiteiten *dezelfde* motivaties of doelstellingen hebben. De premisses van deze theorie maken dat regionaal samenwerken niet noodzakelijk effectief of succesvol moet zijn in het bereiken van de doelstellingen. Er zijn diverse uitkomstmogelijkheden denkbaar. Bovendien wordt er geen oordeel geveld over de wenselijkheid van het nagestreefde doel.

Het theoretisch raamwerk schuift **vijf dimensies** naar voor om de regiodynamieken te beschrijven, namelijk:

1. Een *coalitie* of een groep van actoren die zich rond een bepaalde maatschappelijke problematiek schaart;
2. Een concrete *agenda* om binnen een bepaalde visie een set van problemen en uitdagingen gezamenlijk aan te pakken;
3. *Interne capaciteiten* om deze agenda binnen de eigen regionale werking uit te voeren;
4. *Externe capaciteiten* om middelen buiten de regiowerking te verzilveren en invloed op anderen uit te oefenen;
5. De *samenwerkingservaringen* waarbinnen de eerdere regionale ontwikkelingen en percepties van de coalitieleden onder de loep worden genomen.

Met deze vijf basiselementen vormt de *regional governance*-theorie een robuust kader om de regionale dynamieken binnen het **beleidsdomein WVG** gestructureerd te doorgronden. Het resultatenluik van dit onderzoeksrapport is dan ook opgebouwd aan de hand van deze vijf factoren. We baseren ons op het begrippenkader van de *regional goverance*-theorie als een neutrale bril om systematisch te kijken naar de regionale (samen)werking, specifiek toegepast op de belangrijkste spelers binnen het speelveld van WVG. We hanteren het begrippenkader van de *regional governance*-theorie dus niet om een duidelijk afgebakend bestuursarrangement te analyseren, maar gebruiken het als tool om een overzicht te bieden van hoe een bepaalde groep van actoren opinies vormt over regionale ontwikkelingen en de dynamieken die daarbij spelen concreet inschat.

Eerst bekijken we welke relevante actoren binnen het beleidsdomein zich engageren als partner binnen een **coalitie**. We zoomen in op hun perspectief omtrent regionale samenwerking, de relevante werkingsschalen en de impact van de referentieregio's. Ook de variatie in de samenstelling van de coalities, de inzet van de diverse actoren en het eventuele leiderschap wordt hierin opgenomen. Kortom: welke spelers moeten we indachtig houden om een regionaal welzijns- en gezondheidsbeleid uit te stippelen? We interpreteren deze dimensie bewust ruim door naast overheden ook aandacht te besteden aan semi- en niet-bestuurlijke spelers zoals middenveldactoren.

Daarna analyseren we de verwachtingen omtrent de gemeenschappelijke **agenda**. Op welke manier kan een heterogene groep gezamenlijke uitdagingen en problemen in de regio identificeren? Hoe wordt er gewerkt aan een gedeelde visie? Welke beleidspunten zullen als prioritair beschouwd worden? Een regionale agenda hoeft met andere woorden niet noodzakelijk een éénduidig of vaststaand gegeven binnen de regio te zijn. De ambities van de betrokken spelers en de mate waarin men hier via interactie en onderhandeling ook inhoudelijke convergentie rond bereikt is minstens even belangrijk.

Ten derde gaat dit onderzoeksrapport verder in op de **interne capaciteiten** die de coalitie kan inzetten om de agenda uit te voeren. We interpreteren deze capaciteiten op een brede manier: het kan hierbij zowel om harde middelen gaan, zoals financiële budgetten en juridische bevoegdheden, als om zachte hulpbronnen, zoals bijvoorbeeld het aanleveren van bepaalde contacten of menselijke 'kennis en kunde'. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat naargelang (het gewicht van) de specifieke hulpmiddelen bepaalde spelers in hun coalitie

brengen, zij ook een zekere machtspositie ten aanzien van anderen binnen de constellatie kunnen verzekeren. De verdeling van hulpbronnen binnen de coalitie maakt dus dat de relatieve invloed van de partners ongelijk verdeeld kan zijn.

Aansluitend wordt ook aandacht besteed aan de **externe capaciteiten** van regionale samenwerking. Er wordt nagegaan in welke mate zij middelen kunnen verzilveren buiten hun interne organisatie en ook in hoeverre zij zelf invloed kunnen uitoefenen binnen het ruimere bestuurlijke landschap. Hierbij wordt gefocust op de relatie met de andere overheidsniveaus, van lokaal tot federaal. Ook mogelijke 'kruisbestuivingen' tussen andere regionale netwerken komen hierbij aan bod.

Tot slot buigen we ons over de regionale **samenwerkingservaringen** van de coalitie. Vroegere keuzes kunnen mogelijkheden voor de toekomst meer of minder aannemelijk maken (pad-afhankelijkheid). Succesverhalen of mislukkingen kunnen uitstralen op de algemene regionale samenwerking, zelfs binnen andere beleidsdomeinen. Experimenten en pilootprojecten kunnen dan weer leerpunten of drempels voor regionale samenwerking uitlichten. Deze horizontale organisatie kan variëren van informele intentieverklaringen tot een formeel samenwerkingsverband met een autonome werking. We geven hierbij ook zicht op bestaande goede praktijken en hoe bepaalde verwachtingen van actoren ingelost kunnen worden.

# 2 METHODOLOGIE

Om dit onderzoek uit te voeren, opteren we voor kwalitatieve onderzoeksmethoden. Om in een later stadium de meest relevante respondenten aan te spreken, baseren we ons op een summier vooronderzoek (Savin-Baden & Howell Major, 2013). Dit omvat een grondige lezing van de (inter)nationale academische literatuur, *desk research* naar relevante beleidsdocumenten en online beschikbare informatie, enkele verkennende gesprekken met diverse 'overzichtsactoren' (zie bijlage) en het raadplegen van de Vlaamse CoBRHA[2] Viewer, met als doel om het landschap van zorgvoorzieningen en maatschappelijke organisaties binnen het WVG-domein in kaart te brengen.

Als centrale dataverzamelingsmethode wordt evenwel gekozen voor semigestructureerde diepte-interviews (Mortelmans, 2013; Roose & Meuleman, 2017). Aan de hand van gesprekken met de meest relevante actoren beschrijven we de actuele (regionale) uitdagingen en sociale ontwikkelingen die de verschillende bestuursniveaus ervaren met hun eigen grenzen. We focussen vooral op actoren met een uitgesproken intermediaire werking (noch lokaal noch Vlaams). De schaal van deze actoren varieert van regionaal (in al haar varianten) tot provinciaal. Belangrijke kanttekening daarbij is dat er vanuit een helikopterperspectief wel verschillende Vlaamse koepelorganisaties en federaties worden opgenomen. In sommige gevallen is hun operationele werking beperkt, maar zij hebben uiteraard wel het beste overzicht op hun decentrale werking. Dit heeft echter tot gevolg dat de effectieve zorgorganisaties en personen met een zorg- en ondersteuningsnood slechts beperkt binnen onze bevraging aan bod komen.

Aangezien WVG zich op het kruispunt van allerlei niveaus en/of disciplines bevindt, wordt er ook naar verschillende 'soorten' organisaties en spelers uitgekeken. We kiezen ervoor om de zogenaamde maatschappelijke driehoek als uitgangspunt te nemen en een zekere spreiding te voorzien tussen de overheids- en middenveldactoren, alsook de hybride semi-publieke zone die voortvloeit uit de lange traditie van een sterk (verzuild) middenveld. Deze actoren interageren onderling sterk in verschillende netwerken en dwarsverbanden. Organisaties met een louter lokale of slechts beperkt bovenlokale werking blijven buiten beschouwing. We claimen daarbij geen volledig representativiteit van het maatschappelijke middenveld dat actief is rond Welzijn & Volksgezondheid, maar trachten op deze wijze toch een interessante dwarsdoorsnede van het domein te kunnen bevragen.

Concreet kijken we in eerste instantie naar relevante contactpersonen met kennis van zaken in de specifieke materie. Dit omvat onder andere inhoudelijke experts, coördinatoren en relevante leidinggevenden werkzaam bij de betrokken organisaties. Naast de vier verkennende gesprekken, namen we in de periode februari-maart 2023 in totaal 22 interviews af van ongeveer 30 à 60 minuten. De ervaringen van de betrokken stakeholders zijn anoniem verwerkt.Elke aangehaalde quote heeft een nummer als referentie gekregen, opdat de auteurs ze

[2] Common Base Registry for Healthcare Actors

zouden kunnen traceren. Voor een omvattender overzicht van de respondenten en het vragenprotocol verwijzen we u graag naar de bijlagen.

# 3 RESULTATEN

Sinds de tweede Belgische staatshervorming van 1980 vallen de persoonsgebonden aangelegenheden grotendeels onder de bevoegdheden van de gemeenschappen, waaronder ook gezondheids- en welzijnszorg. Hoewel beiden op het terrein onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, is het belangrijk om het **onderscheid tussen zorg en welzijn** te maken. Welzijnsbeleid heeft als doel om het welbevinden van personen te verhogen en is erop gericht om mensen vanuit de eigen kracht te helpen en bij te staan.[3] Welzijnsvoorzieningen omvatten een breed scala aan diensten zoals de ondersteuning van personen met een handicap, hulp bij psychosociale problemen, schuldbemiddeling, vrijwilligerswerk, … (Hermans, 2012). In dit onderzoek focussen we vooral op het aspect van welzijn dat het nauwst verbonden is met 'zorg' en 'volksgezondheid'. Zorg komt pas in tweede instantie op de voorgrond, namelijk op het moment dat welzijnsmaatregelen niet meer volstaan en er een zorgbehoefte ontstaat. Zo is welzijn ook vaker *"op kleinere schaal georganiseerd, terwijl zorg schaalgrootte nodig heeft om efficiënt te kunnen functioneren."* (26)

In Vlaanderen zijn de zorgvoorzieningen op **vier lijnen** geënt. De eerste lijn omvat de lokale zorgactoren die rechtstreeks toegankelijk zijn voor patiënten. Het gaat hierbij onder andere om de huisartsen, thuisverpleging of ondersteuning door het OCMW. Onder tweedelijnszorg verstaan we de gespecialiseerde zorg die volgt na een doorverwijzing van de huisarts, zoals bijvoorbeeld een consultatie bij een cardioloog. Zorg in een (universitair) ziekenhuis of in gespecialiseerde expertisecentra, bijvoorbeeld in het geval van revalidatie of een chirurgische ingreep, behoren tot de derde lijn. Tot slot bestaat er ook een nulde lijn. Deze as behelst de meest laagdrempelige vorm van zorg, zoals mantelzorg of de Zelfmoordlijn.[4]

## 3.1 COALITIE

Als eerste dimensie van onze *regional governance* benadering behandelen we het luik 'coalitie'. Hiermee verwijzen we naar de centrale actoren op vlak van Welzijn en Volksgezondheid en hun perspectieven omtrent regionale samenwerking. We zoomen in op hun werkingsschalen en de formele, maar ook de informele netwerken waarin zij samenwerken. Vooraleer we dieper ingaan op de dynamiek van samenwerking tussen de actoren, bieden we een zo compleet mogelijk overzicht van de actieve spelers binnen het beleidsdomein.

### 3.1.1 Overzicht welzijn- en zorglandschap

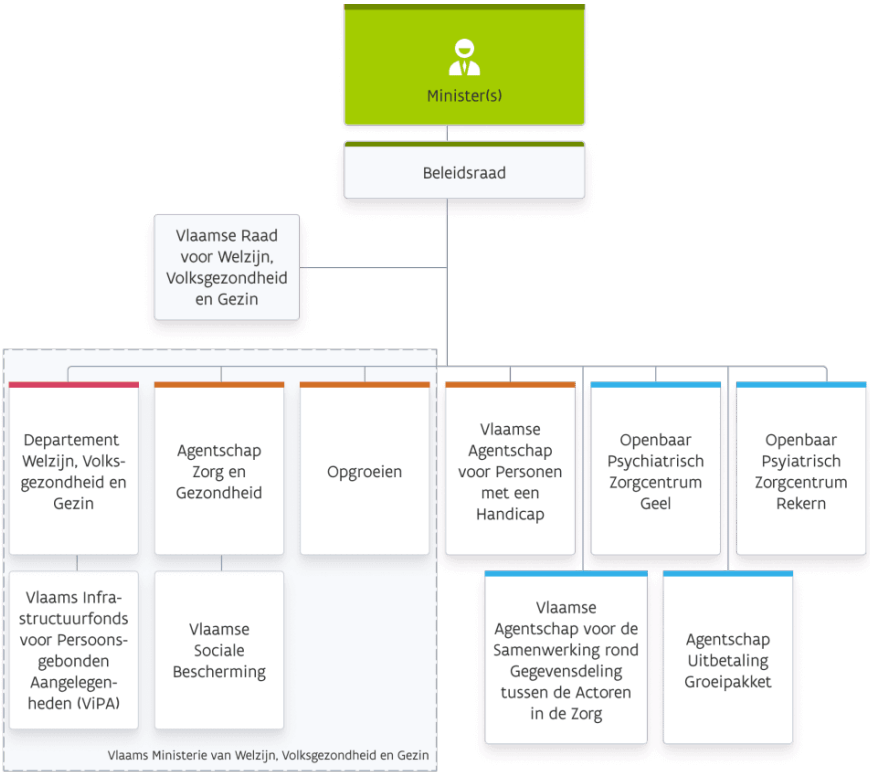
Zoals eerder aangehaald focussen we ons in dit rapport op Welzijn en Volksgezondheid. Andere beleidsdomeinen met een zekere impact laten we in principe dus buiten beschouwing. Toch komen ook zij onrechtstreeks aan bod door middel van het concept 'health in all policies'. De sleutelactoren haalden dit streefdoel quasi unaniem aan. We behandelen dit verderop in het rapport meer in detail. Wat de territoriale

[3] Kenniscentrum Welzijn Wonen Zorg, 'Wat is welzijn?', geraadpleegd via www.kenniscentrumwwz.be/wat-welzijn.
[4] Eerstelijnszone, *Wat is een eerstelijnszone?,* geraadpleegd via www.eerstelijnszone.be/wat-een-eerstelijnszone.

afbakening betreft, laten we ook Brussel en Wallonië buiten beschouwing. De focus van dit rapport ligt op de regionale dynamieken van zorg- en welzijnsactoren in Vlaanderen.

#### 3.1.1.1 Bestuurlijke actoren

Op **federaal niveau** is de FOD Volksgezondheid bevoegd voor de organisatie van gezondheidszorg in België. Het gaat hierbij onder meer om ziekenhuisfinanciering, gezondheidszorgbeleid en coördinatie van dringende medische hulpverlening. Het RIZIV beheert dan weer de verplichte ziekteverzekering. Andere federale overheidsorganisaties hebben controlerende bevoegdheden zoals het FAVV voor de voedselveiligheid en het FAGG voor de kwaliteit en effectiviteit van geneesmiddelen en gezondheidsproducten. Op **Vlaams niveau** vallen de bevoegdheden zorg en welzijn onder het Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het departement WVG zorgt voor de voorbereiding en ondersteuning van het beleid, terwijl het Agentschap Zorg & Gezondheid voornamelijk verantwoordelijk is voor de uitvoering. Belangrijk hierbij op te merken is dat beide overheidsinstellingen sinds 1 juni 2023 na een 'megafusie' opnieuw samengevoegd zijn tot het Departement Zorg (Vlaamse overheid, 2023). De Vlaamse bevoegdheden reiken sinds de zesde staatshervorming van gezondheidsbevordering en ziektepreventie tot de erkenning van zowat alle types zorgvoorzieningen (inclusief ziekenhuizen), de financiering van langdurige zorg (revalidatie, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg) en de organisatie van de eerstelijnszorg.




Figuur 1. Situering van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Vlaamse Overheid, 2023).

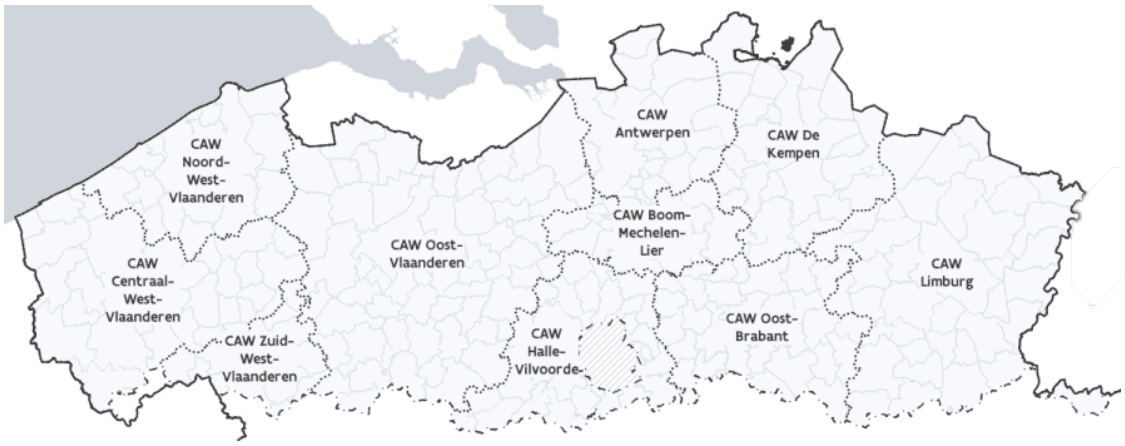
| Federale bevoegdheden | Vlaamse bevoegdheden |
|---|---|
| • Verplichte ziekteverzekering<br>• Bepaling ziekenhuisbudget en algemene organisatie van het zorgsysteem<br>• Regulering gezondheidsproducten<br>• Regulering gezondheidsprofessionals<br>• Patiëntenrechten | • Beleid rond zorgverstrekking binnen en buiten zorginstellingen (met uitzondering van de federale bevoegdheden)<br>• Preventieve gezondheidszorg<br>• Erkenning van gezondheidszorgberoepen<br>• Onderwijs zorgberoepen |

Tot slot werken ook **lokale besturen** een eigen lokaal sociaal beleid uit. Het Decreet Lokaal Sociaal Beleid bevestigt de regierol van steden en gemeenten bij de ontwikkeling en uitvoering van deze opdracht. Zo zijn sinds 2018 de OCMW's geïntegreerd in de lokale besturen. Steden en gemeenten hebben bovendien de eindverantwoordelijkheid voor het Geïntegreerd Breed Onthaal (hierna: GBO) waarbij het OCMW, het centrum algemeen welzijnswerk (hierna: CAW) en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (hierna: DMW) samenwerken om zo de meest kwetsbare personen extra te beschermen en een toegankelijke sociale hulp- en dienstverlening te faciliteren. Door deze samenwerking via breed onthaal op de eerste lijn beoogt het GBO een antwoord te bieden op elke vraag rond zorg en welzijn.

Het GBO beoogt op die manier een 'single point of contact' te zijn voor elke vraag rond zorg en welzijn. Voor de volledigheid kan er nog op gewezen worden dat de rol van de provinciebesturen op vlak van welzijn en zorg intussen geheel is verdwenen.

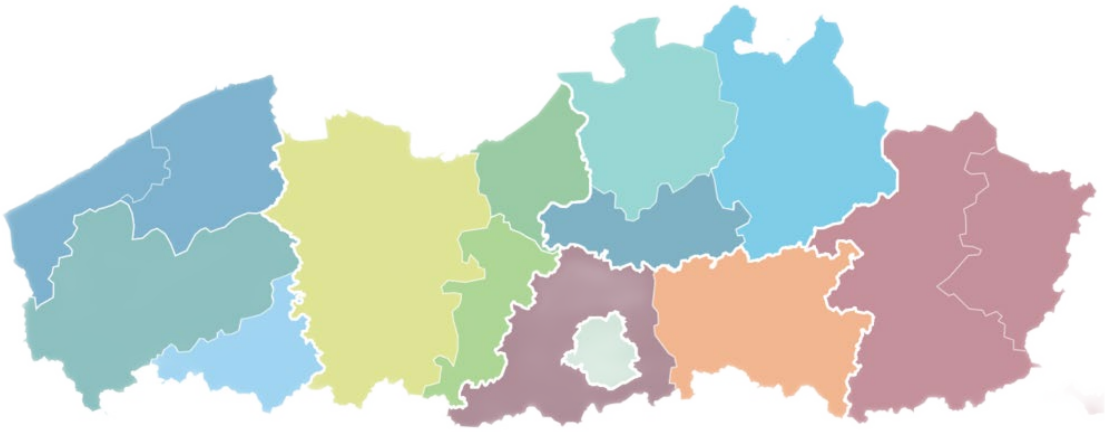
#### 3.1.1.2 Semi- en niet-bestuurlijke actoren

Naast de bestuurlijke spelers kent Vlaanderen echter ook een breed landschap aan **semi- en niet-bestuurlijke actoren** die actief zijn binnen het domein van Welzijn en Volksgezondheid. Onder semi-bestuurlijke spelers vallen die organisaties die hoofdzakelijk gefinancierd worden door overheidssubsidies. Hieronder onderscheiden we actoren zoals het CAW, de LOGO's en de zorgraden. Het **CAW** ondersteunt, informeert en adviseert personen die te maken hebben met financiële, persoonlijke, juridische, administratieve of materiële welzijnsproblemen. Zij opereren op een regionale schaal met elf CAW's verspreid overheen Vlaanderen en Brussel.




Figuur 2. Werkingsschalen van de CAW's (Vlaamse Overheid, 2023).

Waar de CAW's vooral op algemeen welzijn zijn gericht, focust het loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie (hierna: **LOGO**) zich meer op preventie. Zij staan in voor de uitvoering van het Vlaams preventiebeleid en de samenwerking van preventieorganisaties. Het gaat hierbij onder meer om vaccinatiecampagnes, valpreventie, voorlichting over voeding en beweegacties. Deze netwerkorganisatie is decretaal verankerd en voert haar activiteiten uit in opdracht van de Vlaamse overheid in termijnen van 6 jaar. In Vlaanderen en Brussel zijn 15 LOGO's actief.



Figuur 3. Werkingsschalen van de LOGO's (LOGO, 2023).

De **zorgraden**, het bestuursorgaan van de eerstelijnszones (zie verderop), worden ondersteund en vertegenwoordigd door het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (hierna: VIVEL). **VIVEL** heeft als missie om de interdisciplinaire samenwerking tussen de zorgactoren op de eerste lijn te versterken. VIVEL is een erkende partnerorganisatie van de Vlaamse overheid en ontvangt overheidssubsidies. Verder in dit rapport volgt een uitgebreidere bespreking van de werking van de eerstelijnszones en de zorgraden.

Daarnaast identificeren we nog diverse belangrijke **koepelorganisaties** op het domein van zorg en welzijn. De meest in het oog springende organisatie is daarbij Zorgnet-Icuro: de koepelorganisatie van de Vlaamse algemene

ziekenhuizen, initiatieven uit de geestelijke gezondheidszorg en *not-for-profit*-voorzieningen uit de ouderenzorg. Daarnaast is er bijvoorbeeld ook het Vlaams Welzijnsverbond, dat organisaties in de jeugdhulp, (preventieve) gezinsondersteuning, kinderopvang, ondersteuning voor personen met een handicap en centra voor ambulante revalidatie verenigt. Verder is er ook Zorggezind, de koepelorganisatie van de erkende diensten voor gezinszorg in Vlaanderen. In dit rijtje nemen we tot slot ook de Vereniging voor Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) op, die de belangen van de lokale besturen (inclusief OCMW's en lokale voorzieningen als kinderopvang, thuiszorg, ouderenzorg, etc.) behartigt.

De **ziekenfondsen** kunnen als fundament van het sociale zekerheidssysteem in België niet ontbreken in dit overzicht. In België zijn er vijf landsbonden: de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen, Solidaris (nationaal verbond van socialistische mutualiteiten), de Landsbond van Liberale Mutualiteiten en de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Deze verzekeringsinstellingen hebben samen met de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) en de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail de wettelijke opdracht om de verplichte verzekering uit te voeren (Controledienst voor de Ziekenfondsen, 2023). De landsbonden overkoepelen de regionaal georganiseerde ziekenfondsen. In Vlaanderen bieden CM Vlaanderen, Solidaris, Helan, Vlaams & Neutraal Ziekenfonds, Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen en de Liberale Mutualiteit hun diensten aan.

De **eerstelijnsactoren** en hun vertegenwoordigers vormen vanzelfsprekend eveneens een andere belangrijk groep in dit onderzoek. In deze categorie spraken we met Domus Medica, de belangengroep van de huisartsen en de huisartsenkringen, thuisverplegingsorganisaties als het Wit-Gele Kruis Vlaanderen en I-mens en hulpverleningsorganisaties als het Rode Kruis en het Vlaamse Kruis.

Tot slot betrokken we in dit onderzoek ook de VOKA Health Community als netwerkorganisatie voor zorgondernemingen, bedrijven, kenniscentra en patiëntengroepen en VLOZO, de sectorfederatie van de **private zorgondernemers**.

### 3.1.2 Samenwerking tussen de actoren

De zesde staatshervorming vormde de aanleiding voor een stevige reorganisatie van het eerstelijnszorglandschap op Vlaams niveau. Het gaat hierbij onder meer om de afbakening van de eerstelijnszones en de regionale zorgzones, de opstart van de zorgraden en de regionale zorgplatformen, en de oprichting van VIVEL. Voordien kende men ook al de uitbouw van het GBO. In deze sectie bespreken we deze initiatieven en hun invloed op de samenwerking tussen de zorg- en welzijnsactoren.

Op het laagste niveau vinden we het **Geïntegreerd Breed Onthaal**. Het GBO bundelt de krachten van de lokale OCMW's met het regionale CAW en de DMW's van de ziekenfondsen. Elk van deze diensten heeft een specifieke expertise ontwikkeld en kan door kennisdeling effectief en efficiënt doorverwijzen. De bedoeling van deze GBO's is tweevoudig: het Onthaal moet een eenvoudig herkenningspunt zijn voor hulp- en zorgbehoevenden alsook het effectief realiseren van het recht op zorg. Aangezien de GBO's relatief recent zijn, is het nog niet volledig duidelijk wat deze samenwerking op terrein kan betekenen.

*"Die drie [OCMW, CAW en DMW] worden door de Vlaamse overheid wat gedwongen om samen te werken via de brede onthalen, dicht bij de burger. We trachten daarmee zo'n groot mogelijke toegankelijkheid te bekomen, maar dat is momenteel vooral nog veel theorie. We moeten nog uitzoeken wat dit concreet betekent."* (1)

Over de samenwerking met de **lokale besturen** en de verschillende zorg- en welzijnsspelers laten de respondenten zich over het algemeen positief uit. De meerderheid van de respondenten geeft aan een goede verstandhouding te hebben met de steden en gemeenten waar ze mee samenwerken. *"Wij ontmoeten hen [de lokale besturen] in de zorgraden. Wij proberen daar ook gesprekken mee aan te knopen in functie van lokale sociale beleidsplannen."* (3) Of nog:

*"Onze eerste partners zijn de lokale besturen. De eerste 'schil' van samenwerking is dan natuurlijk wel die eerstelijnszone. Dat is een kleine nuance, omdat we met een pak gemeenten natuurlijk ook wel individuele overeenkomsten hebben."* (15)

Op het intermediaire niveau onderscheiden we als eerste de **intergemeentelijke samenwerkingsverbanden**. Deze kunnen variëren van kleine verbanden tussen twee gemeenten tot grotere (quasi-)autonome organisaties zoals Welzijnszorg Kempen en W13 in Zuid-West-Vlaanderen. Dergelijke regionale welzijnsverenigingen overstijgen met andere woorden de werking van de individuele OCMW's uit de betrokken gemeenten.

Voor de meeste bevraagde actoren vormen de **60 eerstelijnszones** evenwel de belangrijkste samenwerkingsschaal op regionaal niveau. De eerstelijnszones hebben als doel de samenwerking tussen de meest relevante welzijns- en zorgactoren te bevorderen en te ondersteunen naargelang de lokale noden van de bevolking. Ze vervangen als dusdanig bijvoorbeeld ook de vroegere samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's) en samenwerkingsinitiatieven thuiszorg (SIT's). Elke zone omvat een gebied van 75.000 tot 125.000 inwoners. De eerstelijnszones zijn juridisch verankerd via het Decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders (hierna: Eerstelijnsdecreet). Met dit decreet wordt overigens ook de opheffing van het Zorgregiodecreet van 2003 in het vooruitzicht gesteld, opdat men *"vanuit een logica van bestuurlijke hygiëne"* (21) niet met dubbele referentiekaders zou zitten.

*"We gaan dat [Zorgregiodecreet] uitschakeren, omdat we echt willen vertrekken vanuit de eerstelijnszones en dan daarboven de referentieregio's. Dat zijn voor ons de twee bouwblokken. […] In het Eerstelijnsdecreet zal zeer duidelijk staan welke gemeenten tot welke eerstelijnszones behoren. Tot nu toe stond dat in een BVR, maar daar zijn wijzigingen aan gebeurd en uitzonderingen bij toegekend. Dat is echter nog niet geformaliseerd of regelgevend verankerd."* (22)

Onderstaande kaart geeft de afbakening van de 60 eerstelijnszones weer: 59 in Vlaanderen en 1 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Figuur 4. Afbakening van de Eerstelijnszones (Vlaamse Overheid, status april 2023).

Elke eerstelijnzone heeft een **zorgraad** die de zone aanstuurt: *"Dat zijn nog prille structuren, maar wel met een duidelijke decretale onderbouw en met de grote ambitie om Welzijn en Gezondheidszorg samen te brengen in één bestuursorgaan."* (21) Elke zorgraad is zo opgericht als vzw en bestaat uit een algemene vergadering en een raad van bestuur. In deze raad zetelen telkens vertegenwoordigers van vier clusters: (i) de betrokken lokale besturen, (ii) vertegenwoordigers van de gezondheidszorg (zoals huisartsen, apothekers en psychologen), (iii) vertegenwoordigers van de welzijnspartners (bijvoorbeeld thuiszorg, OCMW, CAW en DMW) en vertegenwoordigers van 'personen met een zorg- en ondersteuningsnood'. Die laatste cluster is allicht iets abstracter. Zij omvat onder meer vrijwilligers, mantelzorgers en patiëntenverenigingen (Eerstelijnszone, 2023).

Figuur 5. Samenstelling van zorgraad (Eerstelijnszone, 2023).

Ondanks enkele strubbelingen bij het afbakeningsproces, beoordeelden de betrokken respondenten de uitrol van de eerstelijnszones over het algemeen als zeer positief. Ze faciliteerden de samenwerking doorheen de COVID-19-pandemie en de daaropvolgende vaccinatiecampagne. De coronacrisis versnelde omgekeerd ook de installatie (en reorganisatie) van de zorgraden als gevestigde partner.

> *"De Wereldgezondheidsorganisatie beschouwt onze hervorming van de eerste lijn en onze methodiek van de zorgstrategische planning als goede praktijken. Binnen een internationaal perspectief scoren we daar dus wel mee. Daarmee werken we namelijk gestructureerd samen en onderbouwen we onze aanbodontwikkeling. […] Eén van de weinige goede kanten van de coronapandemie was dat die ons heeft geholpen om die structuren echt te lanceren. Die kregen plots bekendheid over heel Vlaanderen; iets waar we anders vijftien jaar over gedaan zouden hebben."* (21)

Op het niveau boven de eerstelijnszones, bevinden zich de **regionale zorgzones**. Deze zones hebben als doel om de zorgstrategische planning op regionale schaal op te maken en drempels binnen de eerstelijnszones op te lossen. Momenteel lopen vier pilootprojecten om deze uitrol te verkennen (zie hiervoor ook figuur 6): Halle-Vilvoorde (zone 3), Kempen (zone 6), Oost-Limburg (zone 8) en Waas & Dender (zone 9). De inzichten uit deze pilootfase vormen mee de basis voor een formeel uitvoeringsbesluit rond de regionale zorgplatformen (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2023). De concrete invulling en afbakening van de zones zijn op dit moment evenwel opnieuw het onderwerp van discussie, aangezien deze niet samenvallen met de referentieregio's. De volgende legislatuur zou meer duidelijkheid moeten geven over de rol van de regionale zorgzones en de verhouding met de andere niveaus. Verschillende respondenten klaagden evenwel dit gebrek aan duidelijkheid en langetermijnvisie aan.

> *"De bedoeling was eigenlijk dat de regionale zorgzones zorgstrategische plannen zouden ontwikkelen, zowel voor de ziekenhuizen als de geestelijke gezondheidszorg, de eerste lijn, de woonzorgsector, ... Dus een groot plan voor de regio. Dat was alleszins de ambitie. […] Op dit moment is dat evenwel nog prematuur."* (21)

> *"Oorspronkelijk waren die regionale zorgzones eigenlijk vooral bedoeld voor onderling overleg tussen de eerstelijnszones: 'Wie doet wat?' Natuurlijk, ook eerstelijnszones hebben hun grenzen. Bij die regionale zorgzones kan je dus wel makkelijker ook afstemmen met een aantal regionale organisaties zoals de palliatieve netwerken, de expertisecentra voor dementie en de LOGO's."* (17)

Figuur 6. Afbakening van de regionale zorgzones (Vlaamse Overheid, 2023).

De **afbakening** van de eerstelijnszones blijkt globaal genomen als passend te worden ervaren door de lokale zorg- en welzijnsactoren, evenals voor de mutualiteiten: *"Wij hebben onze gebiedsomschrijving aangepast op basis van de indeling van de eerstelijnszones. Dat was een bewuste keuze. We stonden toch voor een interne reorganisatie, dus hebben we gekeken naar het meest relevante niveau voor ons als organisatie."* (3) De regionale zorgzones genieten dan weer de voorkeur van verschillende koepelorganisaties, die de eerstelijnszones als een te beperkte schaal ervaren voor hun activiteiten. *"De eerstelijnszone is een heel laag*

*niveau. Ik wil daar geen afbreuk aan doen, maar die schaal is voor de organisaties waar wij mee werken redelijk klein."* (14)

Parallel aan deze ontwikkelingen zou men de wet van 28 februari 2019 betreffende de klinische netwerking tussen ziekenhuizen kunnen plaatsen. Dit **federale kader** stelde dat elk algemeen en universitair ziekenhuis vanaf 2020 deel moet uitmaken van één (en slechts één) logoregionaal **ziekenhuisnetwerk.** Onderstaande kaart geeft bij benadering de afbakening van deze 13 zones weer bovenop de kaart van gemeenten en provincies. De werkingsgebieden per ziekenhuis worden afgebeeld als polygonen, met de ligging van het ziekenhuis weergegeven als een punt op de kaart. Meerdere werkingsgebieden in dezelfde kleur vormen samen een locoregionaal ziekenhuisnetwerk. [5]

Figuur 7. Afbakening van de ziekenhuisnetwerken (De Tijd, 17 mei 2017)

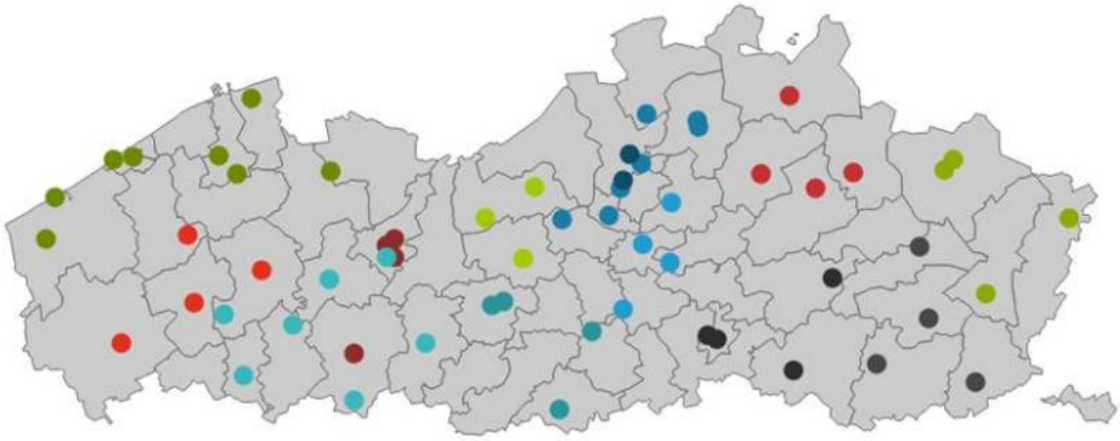
Deze ziekenhuiszones vallen echter niet samen met de eerstelijnszones (zie figuur 8), en dit tot grote en quasi unanieme frustratie van de respondenten. De ziekenhuizen hebben op eigen initiatief deze netwerken kunnen vormen, zonder dat er daarbij sprake was van voorwaarden of beperkingen van hogeraf: *"Die ziekenhuisnetwerken worden bepaald door de ziekenhuizen zelf, naargelang de manier waarop zij willen samenwerken."* (19) Meer zelfs, enkele respondenten beweerden dat bij deze afbakening een commerciële logica de doorslag heeft gegeven boven het belang van de patiënten en de populatiekenmerken van de betreffende zones: *"De ziekenhuisnetwerken hebben zich van die socio-geografische logica weinig aangetrokken. Dat is een gegeven waar wij rekening mee moeten houden."* (21)

[5] Het gaat echter om een vereenvoudigde weergave van de netwerken omdat er in realiteit een overlap is in werkingsgebieden. Hierdoor hebben de ziekenhuizen in feite niet een echt vaststaand werkingsgebied. De ziekenhuisnetwerken maken immers gebruik van patiëntenstromen: indien 25% van de patiënten in een bepaalde postcode zich wendt tot de ziekenhuizen van een netwerk dan valt deze postcode in het verzorgingsgebied van het netwerk. Dit heeft als gevolg dat een gemeente in het verzorgingsgebied van verschillende netwerken kan vallen. Op bovenstaande figuur worden de verzorgingsgebieden dus vereenvoudigd en zonder overlap weergegeven.

*“De ziekenhuisnetwerken hebben een commerciële logica gevolgd die vooral naar afzetmarkt kijkt. Dat is geen patiëntenlogica. […] Die ziekenhuizen zouden ze eigenlijk toch ook in dat gareel moeten kunnen krijgen – maar dat zijn mastodonten met veel power.”* (18)

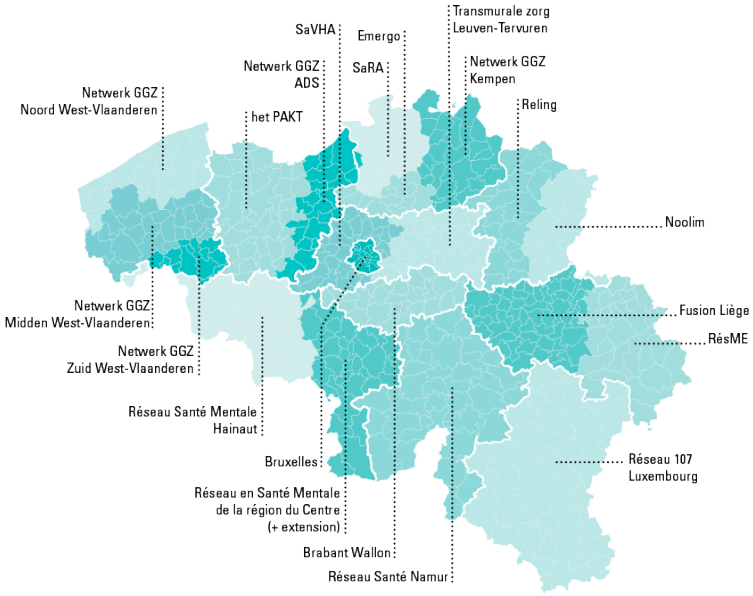
Dit bemoeilijkt de bestaande samenwerking met de eerstelijn (bv. binnen zorgstrategische planning) dan ook grondig, vooral door de (economische) overmacht die deze netwerken bezitten: *“De ziekenhuisnetwerken zijn bastions waar wij maar moeilijk voet aan wal krijgen.”* (16)

Ter illustratie biedt figuur 8 een vergelijking tussen de afbakening van de eerstelijnszones en de ziekenhuisnetwerken. Zo wijzen de bolletjes in eenzelfde kleur op ziekenhuizen behorend tot hetzelfde ziekenhuisnetwerk en duiden de lijnen op de grenzen van de eerstelijnszones. Het meest aangehaalde voorbeeld was het zogenaamde E17-ziekenhuisnetwerk (tussen Gent en Kortrijk) dat hoegenaamd niet samenvalt met de Vlaamse afbakeningen. Dit wordt weergeven door de turquoise bolletjes op onderstaande kaart:



Figuur 8. Vergelijking tussen de eerstelijnszones en de ziekenhuisnetwerken (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2022).

Naast de eerstelijnszones, de regionale zorgzones en de ziekenhuisnetwerken bestaan er sinds 2017 ook **netwerken voor Geestelijke Gezondheidszorg** (hierna: GGZ). Deze netwerken zijn federaal afgebakend na overleg in Interministeriële Conferenties voor Volksgezondheid. Opvallend is dat deze organisatie verschillend is naargelang het doelpubliek. Zo zijn er 11 GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren, samenvallend met de provinciegrenzen, met nog een apart netwerk voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Daarnaast zijn er 20 GGZ-netwerken voor volwassenen, afgebeeld op figuur 9.




Figuur 9. GGZ-netwerken voor volwassenen (Gezond België, 2023).

Voor de meeste bevraagde organisaties komt het intermediaire niveau op die manier naar voren als een belangrijke schaal voor samenwerking. Toch zijn er enkele uitzonderingen, vooral onder de commerciële spelers en bij enkele koepelorganisaties, die het **Vlaams niveau** aanduiden als primaire schaal voor hun werking. Ter illustratie:

> *"In mijn realiteit speelt het niveau van de regio's of de eerstelijnszones maar weinig. […] De criteria en financiering worden door de Vlaamse overheid bepaald. […] Voor ons als sectorfederatie is en blijft het belangrijkste aanspreekpunt de Vlaamse overheid"* (10)

Niettegenstaande deze formele structuren, treffen de belangrijkste actoren elkaar ook ad-hoc via talloze **andere (in)formele verbanden**. Zo bestaan er bijvoorbeeld heel wat thematische samenwerkingsinitiatieven tussen diverse partners. Quasi alle respondenten gaven aan veel belang te hechten aan dergelijke bilaterale en niet-geïnstitutionaliseerde contacten met andere welzijns- en zorgactoren. Een treffend voorbeeld komt van volgende respondent:

> *"Wij hebben veel informele samenwerkingsverbanden of minstens gesprekken op regelmatige basis met grotere groepen of organisaties. Dat is dan geen officieel netwerk, maar we hebben dan uiteraard wel veel connecties met elkaar. We komen elkaar zo tegen op diverse niveaus. […] Dat zijn overlegstructuren, maar niet noodzakelijk geïnstitutionaliseerde netwerken. Wij zijn gelinkt door onze gezamenlijke opdracht en dat gebeurt vaak op het terrein. Dat is typisch voor het middenveld. […] Die informele verbanden hebben soms zelfs meer betekenis dan de geïnstitutionaliseerde netwerken."* (3)

De mutualiteiten werken zo bijvoorbeeld regelmatig samen via een **intermutualistisch overleg**. De landsbonden zetelen in het Nationaal Intermutualistisch College (NIC), maar ook op Vlaams niveau overleggen de regionale ziekenfondsen binnen het Vlaams Intermutualistisch College (VICO). Ter illustratie: *"Wij werken ook sterk intermutualistisch samen – niet tot op ledenniveau, maar wel op dat intermediaire niveau."* (3) Of nog:

> *"Alle Vlaamse ziekenfondsen zitten in het VICO.[6] Wij komen elke maand samen rond thema's die ons aanbelangen. Wij beheren bijvoorbeeld ook de Vlaamse sociale bescherming. […] Dat werkt goed omdat we ook een aantal zaken samen doen, zoals het opbouwen van de nieuwe ICT-platformen."* (4)

Het is eveneens essentieel om ook aandacht te schenken aan de erfenis van de **verzuiling**. Binnen het zorglandschap hebben heel wat actieve middenveldspelers immers diepe wortels binnen één bepaalde zuil. Toch is er een duidelijke evolutie merkbaar richting integratie en samenwerking tussen de diverse zorgactoren, in lijn met de ontzuiling: ***"****Ik voel meer en meer de tendens om te gaan samenwerken vanuit noodzaak, vanuit betaalbaarheid en vanuit een hogere toegankelijkheid van de zorg."* (6) Dezelfde respondent gaat verder: *"We moeten weggaan van de zuilen en in de plaats daarvan vertrekken vanuit de zorgbehoefte."* (6)

Over de **samenwerking met commerciële organisaties** laten verschillende respondenten (voornamelijk uit de publieke sector) zich eerder negatief uit. Deze tegenkanting varieert van wantrouwen tegenover marktspelers tot een absolute uitsluiting ervan. Zo zouden er ethische bezwaren te maken zijn bij de betrokkenheid van bepaalde commerciële spelers. Daarnaast vormt het uitvoeren van publieke zorgtaken met een winstoogmerk veelal een doorn in het oog:

> *"Binnen welzijn en gezondheid zou je geen winstmodel mogen ontwikkelen dat niet terug geïnvesteerd wordt in welzijn en gezondheid. Voor mij zijn commerciële spelers dan ook geen partners. […] Als je met hen rond de tafel zit, gelijk op welk niveau, dan zit je daar niet om samen te werken maar wel vanuit een winstoptiek om de aandeelhouders zo veel mogelijk uit te betalen."* (6)

Er bestaat dan ook discussie of commerciële spelers een volwaardige plaats verdienen in de diverse overlegstructuren en samenwerkingsverbanden. Ter illustratie:

> *"De governance en de aansturing moeten we toch wel zelf in handen houden, […] maar stakeholdergewijs heb je die [commerciële] actoren natuurlijk wel nodig. Het kan dus wel interessant zijn om hen in uw portefeuille te hebben, bijvoorbeeld voor rapportering en monitoring."* (22)

> *"We zullen wel moeten [samenwerken met de privésector], al was het maar uit financiële noodzaak. Er is ook wel een shift in. Als je nu ziet hoe Delhaize zich bijvoorbeeld profileert met die ecoscores en nutriscores – dat is uiteraard ook vanuit een commerciële logica, maar wel met een kapstok van gezondheid daaraan gekoppeld. Er is wel veel aandacht voor. Daarom is 'health in all policies' ook zo belangrijk; heel weinig aspecten van uw gezondheid wordt beïnvloed door uw individuele levensstijl. […] Het zijn die bedrijven die impact hebben op de mensen."* (16)

Bovenstaande respondent maakt meteen de link naar het zogenoemde 'health in all policies', wat in het volgende hoofdstuk uitgebreider aan bod komt. Ter illustratie komen we terug op de **Voka Health Community** als een type commerciële speler die door respondenten vanuit verschillende optieken wordt benaderd:

---

[6] CM Vlaanderen, Solidaris, Helan, de Liberale mutualiteiten en de neutrale mutualiteiten, inclusief de Hulpkas en de kas van de spoorwegen als uitzonderingen.

*“De Voka Health Community is een lobbygroep. Die doen niets. Zij verzorgen geen mensen. Zij zien zorg en gezondheid als een verdienmodel. [...] Wij proberen net het tegenovergestelde doen. Ik zeg niet dat je niet met hen moet spreken, maar zij hebben een totaal andere invalshoek.”* (4)

*“Voor ons is dat heel hoogdrempelig, gewoon al door wat ze aan bijdragen vragen. Je merkt wel dat zij Europees goede linken hebben, maar vooral ook geld. Die zetten daar nu dus keihard op in; wij staan erbij en kijken ernaar. Er zal dus veel meer een shift komen vanuit het bedrijfsleven. Ik ben wel van het principe ‘hoe meer preventie, hoe beter’ – maar het moet wel vanuit de juiste insteek zijn.”* (16)

Tegenover:

*“Ik vind de Voka Health Community een heel degelijke vertegenwoordiger. Ik vind dat geen commerciële actor. Zij hebben ook hun meerwaarde: zij geven mij andere insteken. Ik vind het goed dat wij als zorgorganisatie in contact komen met ondernemingen. Wij kunnen elkaar bevruchten: wij kunnen van hen leren en zij omgekeerd ook van ons.”* (6)

## 3.2 AGENDA

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de regionale agenda. Het gaat hierbij om de identificatie van gezamenlijke uitdagingen en problemen binnen de regio, het samenwerken rond een gedeelde visie en het prioriteren van beleidspunten. Eerst beschouwen we de drie niveaus waarop beleid uitgestippeld wordt: het macro-, meso- en microniveau. Verder in dit hoofdstuk zoomen we in op de discussie rond de optimale schaal om dit beleid uit te werken en uit te voeren. Het debat rond schaal hangt nauw samen met de discrepantie in afbakeningen op intermediaire schaal en de manier waarop de beleidspunten tot stand komen. Tot slot analyseren we hoe een gezamenlijke agenda tot stand komt.

### 3.2.1 Drie beleidsniveaus

#### 3.2.1.1 Macroniveau

Voor veel bevraagde actoren vormt het **Vlaams (of federaal)** niveau het belangrijkste beleidsniveau waar doelstellingen en strategieën worden uitgewerkt. Deze gecentraliseerde werkingsvorm heeft als voordeel dat er een uniforme strategie is voor het gehele grondgebied. *"Wij maken onze strategie op voor Vlaanderen en Brussel. Er kunnen wel regionale accenten gelegd worden, maar enkel in de uitvoering."* (6) Dat blijkt ook een duidelijke vraag te zijn vanuit het terrein:

> *"Op een bepaald moment gaan die lokale besturen met hun vragen ook wel terug naar Vlaanderen. Soms zijn ze gewoon te klein, maar soms zijn bepaalde problematieken ook gewoon te complex om die puur lokaal op te pakken. Zelfs regionaal is dat soms moeilijk; dus ook daar blijft Vlaanderen wel echt nodig. Vlaanderen moet uiteraard niet met alles bezig zijn, maar er zal wel altijd een Vlaamse welzijnsagenda moeten zijn. Zij zal altijd coördinerend, zelfs sturend moeten optreden."* (15)

De keerzijde van deze medaille is dat zulke overkoepelende strategieën geen tot weinig rekening (kunnen) houden met regiospecifieke of lokale uitdagingen. Verschillende welzijns- en zorgorganisaties werken dan ook met aparte strategische plannen per regio, bijvoorbeeld voor grootstedelijke problematieken: *"Ons beleid is in hoofdorde Vlaams, wat niet betekent dat er geen specifieke acties getroffen worden voor steden zoals Gent of Antwerpen, of landelijke gebieden."* (3) Die nood aan decentralisatie erkennen ook de Vlaamse beleidsmakers:

> *"We zouden moeten groeien naar een bottom-up werking, met vertegenwoordigers van heel wat organisaties uit die regio of eerstelijnszone. Dat maakt een hanteerbare programmatie mogelijk, waarbij we misschien geleidelijk aan kunnen afstappen van een sectorale programmatie."* (22)

> *"Er is deze legislatuur wel een belangrijke tendens geweest om het lokale niveau in de ruime zin van het woord te versterken. […] De zorgraden en eerstelijnszones kunnen daarin zeker een belangrijk aanspreekpunt zijn. Voor de visievorming omtrent bovenlokale, zelfs bovenregionale uitdagingen is het wel goed dat je dan nog een Vlaamse aansturing hebt. Een mooi voorbeeld is de organisatie van de Vlaamse vaccinatiecampagne in het kader van de coronacrisis."* (20)

#### 3.2.1.2 Mesoniveau

Het mesoniveau speelt een erg belangrijke rol bij het uitstippelen van een gezamenlijke regionale agenda. We identificeren hier een grote verscheidenheid aan spelers binnen diverse samenwerkingsverbanden en -platformen, zoals de eerstelijnszones, de regionale zorgzones, een breed scala aan intergemeentelijke samenwerkingsverbanden, etc. Dit **intermediaire niveau** heeft het voordeel dat het gebiedsgerichter kan werken rond bepaalde streekgebonden problematieken én dat er voldoende schaalgrootte is om slagkrachtig te handelen.

> *"Ik heb een regiodirecteur in elke provincie. Zij voeren de Vlaamse strategische plannen uit in hun provincie en kijken wat de specifieke regionale problematieken zijn. Er zijn zo verschillen per provincie naargelang kansarmoede, multiculturaliteit, eenzaamheid en isolatie, … Dat zijn regionale realiteiten waar zij rekening mee moeten houden. Op zich zijn onze strategische ambities en doelstellingen voor een goede zorg dus wel voor iedereen in Vlaanderen hetzelfde, maar we spelen daarnaast ook in op regionale contexten met specifieke actiepunten."* (3)

Binnen dit intermediaire niveau blijft er wel een moeilijke discussie bestaan over de 'ideale' schaalgrootte. Concreet betekent dit veelal een **afweging tussen de eerstelijnszones en de regionale zorgzones**, afhankelijk ook van de opgave die centraal staat. Ter illustratie:

> *"Binnen de regionale zorgzone moet de afstemming rond gespecialiseerde zorg plaatsvinden. Op dit moment zitten de palliatieve netwerken daar bijvoorbeeld nog, maar daarover loopt een hervormingstraject. Moet dat gespecialiseerde zorg blijven of zou dat moeten indalen naar een lager niveau waarbij elke eerstelijnszorgverstrekker eigenlijk voldoende skills moeten hebben om ook aan palliatie te doen? Palliatieve zorg komt ook in de thuiszorg nu eenmaal steeds frequenter voor, omdat meer mensen thuis willen sterven. Dat moet dan ook bekeken worden in functie van de evoluties naar de toekomst toe: over hoeveel mensen gaat dat gaan over 5-10-15 jaar? Als dat iets afbouwend is, dan laat je dat best op dat regionaal niveau – maar als dat steeds frequenter in de thuiszorg gaat gebeuren, wat in principe de logische evolutie zou zijn, dan is het misschien beter om dat te laten afdalen naar dat eerstelijnszoneniveau."* (18)

> *"Als het over afstemming of over concrete zorg gaat, denk ik dat je logischerwijs bij de eerstelijnszones moet zijn: 'wie doet wat waar?' Als het meer over communicatie en toeleiding gaat, dan zit je één of twee niveaus lager: bij het lokaal bestuur of zelfs op buurt- of wijkniveau. De rol van de referentieregio's zie ik voor Zorg en Welzijn eerder in het afstemmen van die eerstelijnszones. […] Die referentieregio kan dus wel de verbinding zijn, maar om nu te zeggen dat die referentieregio bijvoorbeeld de zorgstrategische planning zou moeten doen – dat vind ik dan weer een stap te ver. […] Afstemming met ziekenhuizen, zeker met de gespecialiseerde ziekenhuizen, dat moet dan weer wel duidelijk op dat hogere regioniveau."* (17)

Niettegenstaande de bestuurlijke uitholling van de **provincies**, blijven deze territoriale contouren wel doorleven in de interne organisatie van verschillende welzijns- en zorgactoren. Diverse respondenten gaven evenwel aan

hier in de toekomst van te willen afstappen, en zich meer te gaan enten op de eerstelijnszones dan wel de regionale zorgzones (of de referentieregio's).

Een te grote focus op het mesoniveau (maar ook op het macroniveau) kan evenwel **verkokering** in de hand werken. Bovendien is het regionale niveau nog volop in transitie en bijzonder divers qua samenwerkingsinitiatieven, waardoor er **onduidelijkheden** bestaan omtrent doelstellingen en opdrachten. De eerder aangehaalde pilootprojecten kunnen wat dit betreft nuttig blijken *"om na te gaan welke werking we op dat regionaal niveau kunnen uitbouwen."* (22) Tot slot gaven meerdere respondenten aan dat de toegenomen aandacht voor het intermediaire niveau ook **meer personeelscapaciteit** zal vergen om betrokken te blijven bij dossiers op verschillende niveaus.

> *"Als je te kleinschalig gaat, moet je veel mankracht inzetten om dat beheersbaar te houden. In al die regio's en eerstelijnszones hebben wij nu vertegenwoordigers. Wij moeten bijkomende programma's opzetten om te weten wie in welke eerstelijnszone zit, hoe de samenstelling daar in elkaar zit, ... We moeten dus heel goed definiëren wie welke taak krijgt. In de uitvoering moet je inderdaad zo dicht mogelijk bij de burger zitten, met voldoende participatie, maar de grote lijnen moet je op een hoger niveau bepalen."* (6)

> *"Voor een aantal zaken heb je natuurlijk een zekere schaalgrootte nodig, bijvoorbeeld voor een bepaalde expertise of voor financiële middelen. Dat moet je niet te veel versnipperen, want anders zit je op de duur met 0,3 VTE. Het is wel een bekommernis om het beleid zo dicht mogelijk bij de zorgbehoevende burger te brengen – maar terwijl moet je toch op een efficiënte manier kunnen blijven werken."* (21)

#### 3.2.1.3 Microniveau

Voor de **uitvoering** van het zorg- en welzijnsbeleid wijzen de respondenten unaniem in de richting van de spelers op het microniveau. Het gaat hierbij om de **lokale besturen** en de zorg- en hulpverleners op de **eerste en nulde lijn**. De belangrijkste argumenten om de uitvoering zo 'laag' mogelijk te houden zijn de nabijheid, de mogelijkheid tot maatwerk en individuele opvolging, alsook de kennis over de specifieke lokale uitdagingen.

> *"De shift naar het lokale niveau mag niet gaan over de doelstellingen die bereikt moeten worden; dat is weinig efficiënt. Bij de werkwijze, de implementatie en het plan van aanpak daarentegen speelt de lokale autonomie uiteraard wel een belangrijke rol. […] De meerwaarde ligt dus in de terreinkennis. Zij staan dicht bij de burger en hebben een goed zicht op de bevolking in de onmiddellijke omgeving."* (20)

Een eerste bezorgdheid bij deze sterke decentralisatie is dat *"op regionaal niveau veel afhankelijk (is) van hoeveel animo er is en wie het voorzitterschap opneemt. Hoe lokaler, hoe meer **afhankelijk van personen**."* (1) Bovendien is het lokale niveau volgens de meeste respondenten niet geschikt voor het uitwerken van **lange termijnstrategieën** rond zorg en welzijn, en zouden deze individuele lokale besturen (inclusief de steden) vaak **onvoldoende schaal** bezitten om de nodige kennis, ervaring en middelen te bundelen.

> *"Dat is een politieke keuze met voor- en nadelen. Op het vlak van kostenefficiëntie doe je er beter aan om een aantal zaken op hoger niveau te organiseren. Vandaag is er wel wat verspilling van middelen door sommige zaken op een heel laag niveau te willen organiseren. Soms is dat lokaal niveau zo laag dat*

*het onmogelijk is om overal dezelfde expertise en een goede aanpak te verzekeren. Dan heb je veel eilandjes van mensen die met hetzelfde aan de slag moeten. Je moet daar een evenwicht zoeken, maar de huidige situatie lijkt me niet erg kostenefficiënt. Aan de andere kant laat dat je wel toe om in te spelen op een aantal elementen uit die specifieke gemeente. Je hebt dus organisaties nodig die niet per se lokaal georganiseerd zijn, maar die wel de kennis en expertise hebben om aan beleidsvoering in die lokale besturen te kunnen doen."* (3)

Verder uitten verschillende respondenten hun bezorgdheid over de garanties op gelijkwaardige zorg- en dienstverlening. Een te kleine schaal zou in het bijzonder nefast kunnen zijn voor het **gelijkheidsbeginsel**. Er zouden immers te grote regionale verschillen kunnen opduiken wat betreft minimale standaardzorg, afstemming of programmatie. Zo bleek uit verschillende uitspraken: *"Er mogen geen te grote verschillen ontstaan tussen de referentieregio's wat zorg betreft. De vraag is dan tot op welk niveau er wel mogen verschillen zijn in de uitvoering."* (2) Te grote verschillen tussen lokaal zorg- en welzijnsbeleid zou het risico op verschillende kwaliteitsmaatstaven kunnen vergroten. Het recht op gelijkwaardige zorg vormt echter één van de belangrijkste pijler binnen het domein. Steden en gemeenten met voldoende middelen zouden zo een betere dienstverlening kunnen aanbieden aan haar inwoners dan kleinere gemeenten.

*"Het is echt een bekommernis dat de toegang tot zorg voor elke burger op dezelfde manier gewaarborgd blijft. Ik zou niet willen zien gebeuren dat mensen in andere gemeenten moeten gaan wonen om daar een betere toegang te hebben tot bepaalde voorzieningen. De Vlaamse overheid heeft een verpletterende verantwoordelijkheid om ervoor te blijven zorgen dat erkenningsbeleid, subsidiebeleid en monitoring van kwaliteit op Vlaams niveau blijft. Elke Vlaamse burger moet op een gelijkwaardige manier geholpen worden. Er zullen regionale verschillen zijn, maar je moet wel een minimum van gelijkwaardigheid kunnen blijven waarborgen."* (3)

De respondenten waren dan ook unaniem dat de *beleids*bevoegdheden rond kwaliteitszorg niet of slechts matig gedecentraliseerd mogen worden. Op microniveau speelt *beheer* met andere woorden een grotere rol, eventueel aangevuld met (kleinschaligere) beleidsacties om in te spelen op specifieke lokale noden.

### 3.2.2 Optimale schaal in functie van agenda

Er bestaat veel discussie over de optimale schaal voor het zorg- en welzijns*beleid*. De respondenten gaven aan dat deze schaal afhangt van het onderwerp, de doelstellingen en de eindgebruiker. Enerzijds onderstreept de meerderheid van de respondenten expliciet het belang van **nabijheid** bij zorgverlening en monitoring van individuele en locatie-specifieke welzijnsnoden, in lijn met het subsidiariteitsbeginsel. Anderzijds is een bepaalde **schaalgrootte** en centralisatie belangrijk voor de efficiëntie en slagkracht van organisaties, en voor de bundeling van ondersteuning en expertise: *"Als je te klein bent, dan heb je niet de nodige financiële draagkracht."* (4) Of nog:

*"Je voelt dat er twee tendensen zijn: schaalvergroting is nodig om de werking te runnen, maar tegelijk wil de overheid zo lokaal of regionaal mogelijk werken en zich zo organiseren. […] Het wordt nu allemaal te veel naar beneden geduwd. Het lijkt ons een risico dat de organisatie ten opzichte van het beleid, het wat en het waarom te veel door elkaar begint te lopen. Die strategie moet voldoende hoog zitten, maar de uitvoering dicht bij de klant."* (1)

> *"Wij proberen net die verbinding te maken, zodat het warm water niet overal heruitgevonden moet worden. Quasi elke eerstelijnszone gaat nu werken rond geestelijke gezondheid bij zorgverleners, wat heel goed is – maar ja, een groot stuk van die expertise kan je gewoon bundelen, dat moet niet allemaal lokaal ingebed zijn."* (16)

Deze afweging zorgt enigszins voor een tweespalt tussen en binnen organisaties, die zowel gemaakt wordt op basis van *beleid*smatige als *beheer*smatige afwegingen. Heel wat middenveldspelers kennen vandaag een opschalingsgolf, zoals bijvoorbeeld de huisartsenkringen:

> *"We zien dat die hele kleine huisartsenkringen verdwijnen. Dat is ook goed, want organisatorisch moet je naar schaalvergroting gaan. Dat is eigenlijk een trend die we al zeker een tiental jaar aan het inzetten zijn, maar die is nog altijd lopende."* (13)

Een treffend voorbeeld van deze afwegingen omtrent de ideale schaal is te vinden binnen het preventiedomein. Zo pleit VIVEL, de koepelorganisatie van de eerstelijnszones, ervoor om preventie te laten indalen om deze diensten zo laagdrempelig mogelijk aan te bieden. De LOGO's, sleutelactor binnen het preventiebeleid, wensen daarentegen op een (hoger) regionaal niveau te blijven opereren. Dit zou hen in staat stellen om expertise te bundelen en tegelijk de verschillen in behoeften per regio te overzien.

> *"Het gevaar is nu dat het te diep indaalt. We hebben heel weinig gezondheidsdata op lokaal niveau, dus het is heel moeilijk om daar naar een integraal gezondheidsbeleid te gaan. […] Wij pleiten dus heel actief om dat regionale niveau te behouden. […] Als je dat allemaal gaat opdelen in kleinere zones, dan ben ik er heilig van overtuigd dat je ook die expertise gaat opdelen. […] Als je het naar Vlaanderen zou brengen, dan wordt het daarentegen te veel eenheidsworst dat te weinig is afgestemd op de specifieke noden."* (16)

Omdat elk niveau op die manier haar eigen sterktes en zwaktes heeft, is het voor de respondenten duidelijk dat er vooral nood is aan **samenwerking** en een goede **taakverdeling**: *"In de huidige visie op gezondheid kijkt men heel sterk naar die zorgverstrekkers, terwijl wij preventie als een continuüm zien met een variabele schaal aan betrokken partners. Daarvoor heb je die verschillende niveaus net nodig."* (16) Of nog:

> *"Dat hangt iedere keer af van het aantal mensen en van de noden waarvoor je een aanbod moet bieden. Kinderdagverblijven en woonzorgcentra moet je bijvoorbeeld bijna in elke wijk of kleine gemeente hebben. […] Als je het daarentegen hebt over erg gespecialiseerde zorg, dan is dat regionaal niveau misschien zelfs te klein. Gespecialiseerde zorg voor patiënten met Parkinson of MS-klinieken, bijvoorbeeld, dat zijn er maar een paar over heel Vlaanderen."* (18)

### 3.2.3 Totstandkoming gezamenlijke agenda

Over de manier waarop prioriteitspunten binnen het beleidsdomein tot stand komen, bestaat er discussie. Enkele actoren ervaren de verhouding met de Vlaamse overheid eerder **top-down**, waarbij ze vooral wijzen op centralisatie van beslissingen en een dirigistische houding ten aanzien van de regionale spelers. Tijdens de interviews kwam wel vaker naar voren dat deze verhouding vooral heerste tijdens de coronacrisis, wat natuurlijk een heel specifieke context was. Sindsdien zou er wel meer ruimte vrijgemaakt zijn voor **bottom-up inspraak.**

Op termijn zouden de zorgraden (binnen de eerstelijnszones) zo mee verantwoordelijk worden gesteld voor de zorgstrategische planning op regionale schaal.

> *"Het kader was zeer breed, maar is door de omstandigheden [corona] heel erg vernauwd en top-down opgelegd. Dat was evenwel nooit de intentie, de overheid spreekt dat ook wel zo uit – gelukkig maar – dus nu zal er normaal gezien toch meer lokale autonomie komen om de diversiteit tussen die zorgraden wel mogelijk te maken. Als we die diversiteit niet zouden toelaten, hadden we ook geen 60 eerstelijnszones moeten creëren."* (18)

> *"Ze zullen bijvoorbeeld met lokale gezondheidsdoelstellingen kunnen werken. Natuurlijk mogen die dan niet in tegenspraak zijn met onze Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, maar wel complementair of versterkend. We kunnen daar dus zeker responsabiliseren en zorgen dat er ook concrete acties uitkomen. In die zin is er dus ook beleidsvoering. Maar het mogen geen 60 eilanden worden die allemaal het warm water moeten uitvinden. We moeten de efficiëntie blijven bewaken."* (21)

> *"Onze bezorgdheid naar de zorgraden toe is dat Vlaanderen nog niet echt bepaald heeft wat daar nu net de focus van moet zijn. Wij sluiten bij alle zorgraden binnen onze werking aan, maar inhoudelijk is die agenda echt sterk verschillend. Die dynamiek is ongelooflijk afhankelijk van de voorzitter. […] Stelt die zorgraad een zorgagenda op, of moet dat veel ruimer gezien worden?"* (15)

Een echte **shift naar een gedecentraliseerde werking** (naar het voorbeeld van het departement MOW), zagen de respondenten als onhaalbaar en onwenselijk: *"De regelgeving, de financiering, de doelstellingen, de verwachtingen en de monitoring zullen altijd een Vlaams verhaal blijven."* (22) De netwerkrol van de intermediaire actoren (de eerstelijnszones en regionale zorgzones) zou desalniettemin wel een grote meerwaarde kunnen betekenen in het bestuurlijke bestel:

> *"Ik hoop geen grotere rol voor de lokale besturen, waarbij zij alleen zouden gaan beslissen. Dat is nu net het concept en de sterkte van die zorgraad als netwerkorganisatie of als organisatienetwerk: de lokale besturen die een even grote en evenwaardige stem hebben als zorgactoren, welzijnsactoren en burgers. Daar komen ook de beste compromissen uit. Als je meer macht geeft aan de lokale besturen; wie of wat is dan dat lokaal bestuur? Dat kan zowel de ambtenaar als de lokale mandataris zijn. Dan ben je natuurlijk ook onderhevig aan de lokale politiek."* (18)

Wat het lokaal sociaal beleid betreft, hebben de **lokale besturen** de regie in handen. Afhankelijk van politiek en administratief animo en de middelen nemen steden en gemeenten aanvullende maatregelen. Een regelmatig terugkerende bezorgdheid bij zowel lokale bestuurlijke actoren als hun samenwerkingspartners zijn de capaciteitsproblemen bij steden en gemeenten. Kleine lokale besturen beschikken niet altijd over voldoende middelen om een breed lokaal sociaal beleid uit te werken en uit te voeren: *"De capaciteit bij lokale besturen is niet altijd voldoende om daar voldoende input te geven of om die vertaalslag te maken naar de eigen gemeente."* (22)

Anderzijds hebben grootstedelijke gebieden misschien wel meer middelen, maar vaak ook grootschaligere problematieken waarmee ze geconfronteerd worden. Daarenboven blijkt de verhouding tussen steden en

omringende gemeenten niet altijd evident. Grotere lokale besturen hebben meer slagkracht om hun lokaal sociaal beleid uit te voeren. Hieruit vloeit een zekere vorm van dominantie voort ten opzichte van de omringende gemeenten – hoewel dit zeker niet altijd gewild is door de steden zelf.

> *"Binnen Welzijn heb ik het gevoel dat die agenda echt heel erg afhangt van de lokale besturen zelf en van de bestaande regionale dynamieken. […] Als ik dat nu mag vergelijken met Welzijnszorg Kempen of met W13 in Zuid-West-Vlaanderen, dan zie ik nergens anders een dergelijke werking waarbij de regio de welzijnsagenda zou kunnen bepalen. […] Je hebt natuurlijk wel een aantal centrumsteden die trachten een trekkende rol op te nemen in hun regio; maar ik weet niet of hen dat altijd in dank wordt afgenomen."* (15)

> *"Als er één bestuur afgevaardigd moet worden, dan zal dat veelal de grootste gemeente zijn en die vertrekken vanuit een stedelijke context – wat een heel ander verhaal is dan een gemeente met 10.000 inwoners."* (17)

> *"De overheersende dominantie van Gent zit natuurlijk ook op de welzijnsagenda – dat is verstaanbaar en terecht, maar ik maak me daar wel wat zorgen over. Niet dat de stad Gent koste wat kost wil domineren – integendeel zelfs, maar dat verschil in complexiteit van uitdagingen en functioneren maakt dat je met een wanverhouding zit tussen de partners. De regiovorming rond het Gentse, zeker binnen het domein welzijn, zal dus met heel veel zorg aangepakt moeten worden."* (15)

## 3.3 INTERNE CAPACITEIT

In dit hoofdstuk zoomen we in op de interne capaciteit van de betrokken actoren om de agenda uit te voeren. Het gaat hierbij niet enkel om 'harde' hulpbronnen, zoals financiële budgetten en juridische bevoegdheden, maar ook 'zachte' middelen zoals het aanbieden van een netwerk, expertise, personeelsinzet en ervaring. De mate waarin een actor over bepaalde hulpmiddelen beschikt, bepaalt ook grotendeels diens machtspositie. De dynamiek binnen de coalitie is dus erg afhankelijk van de (ongelijke) inbreng van interne hulpmiddelen door de leden.

### 3.3.1 Zachte middelen

De zorg- en welzijnssector kampt enerzijds met een toenemende vraag aan dienstverlening, en anderzijds met een ernstig **personeelstekort**. Hierdoor staat de sector steeds meer onder druk. Het is duidelijk dat deze personeelsproblematiek één van de grootste uitdagingen voor de actoren vormt. Deze situatie biedt hen tegelijk evenwel kansen (of een noodzaak) tot meer samenwerking: *"De personeelscrisis zal de grootste prikkel tot samenwerking zijn, op dit moment en in de volgende 20-30 jaar."* (7)

De krappe arbeidsmarkt raakt overigens niet alleen de zorg- en dienstverleners zelf; ook voor de vertegenwoordigende organisaties en federaties is het niet eenvoudig om voldoende gekwalificeerd personeel te vinden voor hun groeiend takenpakket. Veel respondenten kozen bijgevolg recent voor een reorganisatie van hun **interne werking** of plannen dit in de nabije toekomst om de vertegenwoordiging in en opvolging van de

diverse overlegplatformen en samenwerkingsverbanden voldoende te kunnen garanderen. Een decentrale werking vergt immers vaak hogere personeelskosten. Voor kleinere organisaties is het opvolgen van de dossiers en het onderhouden van contacten op de verschillende bestuursniveaus bijgevolg allerminst een evidentie, waardoor **opschaling** vaak vrijwel de enige optie is.

> *"Je moet al die plaatsen maar kunnen bemannen. Wij hebben extra medewerkers ingezet om onder andere de zorgraden en de eerstelijnszones op te volgen. Op die manier kunnen wij onze werking organiseren. Kleinere ziekenfondsen met minder medewerkers kunnen echt niet alle zorgraden opvolgen bijvoorbeeld"."* (4)

Een **flexibele uitwisseling** van medewerkers tussen verschillende organisaties, hetzij formeel hetzij informeel, vormt daarbij een interessante piste die de grootste noden inzake personeel al (deels) zouden kunnen opvangen:

> *"Er zijn enkele zones, vooral in de grootsteden, die heel nauw samenwerken met de lokale zorg- en welzijnsambtenaren. Door een heel nauwe samenwerking met de zorgraad zouden die ambtenaren eigenlijk wel bijna aanzien kunnen worden als een medewerker. Dat is geen rechtstreekse financiering, zelfs niet het ter beschikking stellen van personeel, maar in de praktijk eigenlijk wel."* (18)

### 3.3.2 Harde middelen

De financieringsstromen van de betrokken respondenten lopen erg verschillend naargelang hun statuut en opdracht. Vaak is dit ook een gevolg van een complexe verdeling van (zorg)bevoegdheden tussen het Vlaams en federaal bestuursniveau. Ter illustratie: *"Elke zorgverstrekker van KB '78 wordt federaal betaald, maar de welzijnssectoren zijn regionaal. Een zorgkundige die bij gezinszorg werkt, is Vlaams. Een zorgkundige die bij thuisverpleging werkt, is federaal. Als je wil besparen in Vlaanderen, moet je dus vooral thuisverplegers inzetten en geen gezinshelpers – want dat kost u niets."* (4) In dit luik behandelen we daarom geen gedetailleerd verslag van de financiering van de afzonderlijke actoren, maar trekken we vanuit een helikopterperspectief generieke conclusies uit de financiering van de verschillende semi- en niet-bestuurlijke spelers in het zorg- en welzijnslandschap.

Doorheen de interviews blijken de meeste actoren te kunnen rekenen op **structurele werkingsmiddelen**. Het gros van deze subsidies komt vanuit het Vlaams en federaal niveau, afhankelijk van de activiteit. Naast deze middelen vanuit centraal niveau, leveren ook de lokale besturen hun bijdrage, bijvoorbeeld via lokale convenanten. De 300 Vlaamse gemeenten gaan hier evenwel erg verschillend mee om, al blijkt dit veelal op ad hoc-basis. De intrede van de eerstelijnszones beoogt deze financieringsstromen echter te verduurzamen:

> *"Het is bij de conceptuele oprichting van de zorgraden wel altijd de visie geweest dat men lokaal ook wel echt zou gaan geloven in het belang en de meerwaarde van die zorgraden, en dat er dus ook cofinanciering vanuit de lokale besturen zou komen."* (18)

Hun zoektocht naar bijkomende middelen brengt verschillende organisaties bij (externe) **projectfinanciering**. Dit blijkt evenwel vaak een heikel punt, zo komt sterk naar voor bij de zorgraden: *"Tijdens COVID hebben zij veel bijkomende opdrachten en dus ook bijkomende financiering gekregen. Dat is nu allemaal opnieuw weggevallen."* (18) Bijgevolg zoeken zij naar alternatieve subsidiebronnen: *"Als je maar één subsidiebron hebt, dan ben je daar*

*natuurlijk ook heel afhankelijk van. Diversifiëren in subsidiebronnen betekent dus ook meer stabiliteit en zekerheid naar de toekomst toe."* (18) De opdrachtgevende overheid stelt echter dat dit niet tot de oorspronkelijke insteek van de eerstelijnszones behoort:

> *"We zien hier en daar eerstelijnszones intekenen op projectsubsidies, bijvoorbeeld rond zorgzame buurten of rond jeugdhulpprojecten. Is dat hun rol? Daar is discussie over. Het Agentschap Zorg & Gezondheid vindt het niet de rol van de zorgraden om werkgever te zijn. […] Maar ja, het zijn vzw's, dus zij kunnen vrij intekenen op alle mogelijke subsidiekanalen. De vraag is nu dus of die regionale zorgplatformen ook rechtspersonen gaan zijn."* (22)

In theorie zouden de zorgraden dus ook **eigen middelen** kunnen genereren, zoals bijvoorbeeld ook de CAW's doen. Dat blijkt voor de Vlaamse overheid echter een brug te ver: *"Op de duur gaat het de beleidsmatige taak van een zorgraad te veel belasten als zij te veel met concrete projectuitvoering of aanbodontwikkeling bezig gaat zijn. […] Een zorgraad is per definitie geen welzijnsorganisatie; dat is een overlegplatform en heeft dus een heel andere opdracht."* (22)

Volgens sommige respondenten dringt een **reorganisatie** van deze financiële stromen zich op. Zij wijzen er bijvoorbeeld op dat kleinere eerstelijnszones niet kunnen rekenen op dezelfde middelen, waardoor hun capaciteit eerder beperkt is: *"Relatief kleine eerstelijnszones hebben het budgettair niet altijd zo gemakkelijk om een basiswerking van minimum één VTE stafmedewerker te voorzien."* (20) Een herziening van de financieringsstromen zou zo kunnen leiden tot een betere samenwerking.

> *"Het is hoog tijd dat we naar nieuw financieringsmodel gaan, die ook de regionale schaal zou kunnen verbeteren. Als elk onderdeel apart gesubsidieerd wordt en er geen gezamenlijke doelstellingen zijn, dan is er ook geen nood aan samenwerking. [...] Het huidige financieringssysteem is erop geënt om allemaal apart te scoren, niet gezamenlijk. Dan krijg je ook discussies binnen de eerstelijnszone over wie wat moet opnemen."* (6)

### 3.3.3 Bevoegdheidsverdeling

De huidige verdeling van bevoegdheden tussen het Vlaamse en federale bestuursniveau zorgt op het terrein voor heel wat verwarring en discrepanties. Verschillende respondenten getuigen over de complexiteit van samenwerking en verregaande impact die voortvloeit uit de **ingewikkelde bevoegdheidsverdeling**. Deze verdeling heeft ook rechtstreekse gevolgen voor de toewijzing van middelen: *"Er zijn zo veel verschillende soorten structuren, netwerken en niveaus die niet noodzakelijk één op één georganiseerd zijn. […] Dat is vaak een gevolg van het feit dat bevoegdheden Vlaams dan wel federaal zijn."* (2)

> *"Vanuit de federale overheid heeft men eigenlijk zeer positief gereageerd op het gegeven dat Vlaanderen de stap heeft gezet naar die zorgraden en eerstelijnszones. Voor de federale overheid is het uiteraard wel altijd belangrijk om een gemeenschappelijk Belgisch doel voor ogen te houden. Voor hen is het natuurlijk niet evident om met verschillende organisatiemodellen te werken in de verschillende deelstaten."* (20)

*“Wij spreken daar niet over, omdat dat ook niet tot onze bevoegdheid behoort. Als er al afspraken worden gemaakt, bijvoorbeeld rond de GGZ-netwerken, dan gebeurt dat in een interministeriële conferentie – maar dan nog kan ieder gewest of iedere gemeenschap zijn eigen ding doen.”* (19)

*“Bekijk je de coronapandemie als een federale of zelfs een internationale gezondheidscrisis, dan focus je ook vooral op federale elementen. Bekijk je dat daarentegen eerder vanuit een preventief oogpunt, wat bij uitstek een gemeenschapsbevoegdheid is, dan krijg je natuurlijk bevoegdheidsdiscussies. De aankoop van vaccins is vanuit een bepaald doelpunt een federale bevoegdheid, zeker in die crisisfase – maar het organiseren van een vaccinatiecampagne, meer vanuit preventief oogpunt, is dan een gemeenschapsbevoegdheid. We komen daar altijd wel uit, maar het vraagt veel overleg om daar tot een gedragen oplossing te komen.”* (20)

Of er al dan niet bijkomende aanpassingen moeten komen om de complexiteit tegen te gaan is het onderwerp van discussie. Enerzijds is de hang naar stabiliteit en **bestuurlijke rust** bij heel wat respondenten groot. De doorwerking van de zesde staatshervorming, de drastische reorganisatie van de eerstelijnsdiensten en de onzekere impact rond de invoering van de referentieregio’s vormen verklaringen voor de afwachtende houding van diverse organisaties. Verschillende actoren geven aan dat de tijd zal uitwijzen welke invloed deze veranderingen hebben op hun eigen werking, maar dat de onzekerheid hen parten speelt bij het optimaal kunnen uitvoeren van een langetermijnvisie. Vooral de concrete afstemming van de afbakeningen die de zorg- en welzijnssector hanteren op de referentieregio’s zullen duidelijkheid scheppen over de mogelijkheden tot en invulling van regionale samenwerking.

*“Er zijn heel wat sectoren en subsectoren actief binnen Zorg en Welzijn, vanuit verschillende disciplines, vanuit verschillende bestuurslagen. Huisartsen zijn geen apothekers, apothekers zijn geen vroedvrouwen, vroedvrouwen zijn geen psychologen, enzovoort. Je hebt heel veel zorgverstrekkers en welzijnsondersteuners; daar zijn veel verschillen tussen, gezien hun eigen historiek en dynamiek. Als die bestuurlijke organisatie dan wat helder wordt, als dat kader duidelijk is, dan kan men zich daarop aligneren. Als men weet dat er 60 eerstelijnszones zijn die overeenkomen met de referentieregio's, dan kan dat wel wat helderheid scheppen voor alle spelers, actoren en stakeholders op het terrein.”* (20)

*“Men kijkt nu sterk naar elkaar. Men doet inspiratie van elkaar op. Op termijn gaat dat wel invloed hebben, maar daar heb je niet noodzakelijk regelgeving of formalisering voor nodig. Een aantal dingen moeten zich gewoon een beetje zetten. Er moet nu vooral ruimte zijn om dingen te proberen en om te experimenteren.”* (17)

Welke structuren overblijven is voor de respondenten evenwel slechts een **middel** om een bepaald doel te bereiken, en dus van secundair belang. De kwaliteit van de dienstverlening staat daarentegen voorop voor de betrokken actoren: *“De cliënt moet vooral merken dat het vlotter gaat. Hoe dat komt of door welke structuur; dat is backoffice.”* (17) Of nog:

*"We slaan te vaak een aantal primaire stappen over, om dan uiteindelijk in een nietszeggende structuur te komen. Ik wil echt naar functionele samenwerkingen gaan, waarbij je ook echt afhankelijk bent van elkaar en zo elkaar vooruit helpt in de aanpak van een maatschappelijke opdracht of uitdaging."* (15)

'Organisatie' en 'samenwerking' hoeft voor diverse respondenten dus ook niet noodzakelijk 'structuur' te betekenen. Velen wezen erop dat ook feitelijke allianties, verbanden of coördinatie goed – en soms zelfs beter – kunnen werken.

Tegenover de hang naar bestuurlijke rust staat de wens van verschillende actoren om **bijkomende (staats)hervormingen** door te voeren om zo de bevoegdheidsverdeling minder complex te maken.

*"Je hebt aantal domeinen die overgeheveld zijn van federaal naar Vlaams waar ook aantal financieringsstromen mee komen. Eens de scheiding er is, heeft het ene niveau niets meer met het andere te maken. De regio die de toewijzing van de opdracht gekregen heeft, moet het dan maar geregeld krijgen. Als dat goed of slecht gebeurt, daar ligt de andere regio niet van wakker. [...] Het zou anders georganiseerd kunnen worden als ook Vlaanderen en federaal zich anders zouden organiseren. Dit is geen pleidooi voor staatshervorming, maar voor decomplexisering."* (1)

*"Dat zorgt zeker voor de nodige spanningen of het nodige denkwerk. De curatieve zorg is in eerste instantie federaal, terwijl het welzijnsaspect binnen de gemeenschappen is ingebed. […] Dat zorgt soms wel voor de nodige discrepanties of onverenigbaarheden. Dat is zeker niet altijd complementair."* (20)

*"De middelen voor Welzijn en Gezondheid die nu federaal zitten, horen eigenlijk thuis op het niveau dat door de bijzondere wetgever is aangeduid, met name de gemeenschappen. […] Men moet vooral naar het subsidiariteitsprincipe kijken."* (21)

Bovenstaande respondent pleit in lijn met het subsidiariteitsprincipe voor een sterkere Vlaamse positie binnen het gezondheidsdomein. Enkele andere respondenten zagen echter ook brood in een zogenoemde 'herfederalisering' van zorg- en welzijnsbevoegdheden.

*"Er lopen bijvoorbeeld hervormingstrajecten rond geestelijke gezondheidszorg en rond palliatieve hulpverlening. Dat zijn nu net twee concrete voorbeelden waar zowel Vlaamse als federale regelgeving en financiering aan vasthangt. Dat zorgt niet altijd voor eenduidigheid of conformiteit."* (20)

Verschillende actoren wezen binnen dit kader op de **noodzaak aan een coördinerend bestuursniveau** om een evenwichtig en duurzaam beleid te verzekeren. Heel wat respondenten vinden dat de bevoegdheden rond Volksgezondheid vandaag te versnipperd zijn. Het blijft een fel (politiek) discussiepunt wat dan wel het beste bestuursniveau voor het zorg- en welzijnsbeleid zou zijn; beide niveaus zouden zo hun voor- en nadelen hebben. De huidige situatie is alleszins zeer complex, waardoor **overleg en afstemming** tussen beide bestuurslagen cruciaal blijft.

*"In de interministeriële conferenties van Volksgezondheid zitten natuurlijk de ministers van Volksgezondheid rond de tafel. Als er dan plots een andere minister beslist over die regiovorming, ja…*

*Het is dan misschien wel aan de vakminister die bezig is met die regiovorming om dat ook op de tafel van die IMC te leggen."* (19)

*"Op vlak van Huisvesting of Onderwijs hebben ze die federale hinderpaal niet, maar op vlak van Zorg wel. De ziekenhuizen luisteren naar de federale overheid en de eerste lijn luistert voornamelijk naar de Vlaamse overheid. Dan moeten die overheden ook wel met elkaar overeenkomen. Ik zeg niet dat dat niet zo is, maar ze denken gewoon te weinig aan overleg met elkaar en aan congruente beslissingen."* (18)

Door de nog prille reorganisatie van het intermediaire niveau is het op dit moment moeilijk in te schatten hoe de afgebakende eerstelijnszones en regionale zorgzones zich tot elkaar zullen verhouden. De formalisering van de referentieregio's brengt alleszins nieuwe kansen en uitdagingen met zich mee. Eén van die kansen zou het **overstijgen van de moeilijke verhouding tussen de Vlaamse en federale overheid** kunnen inhouden.

*"Ons land is complex, maar de lokale besturen in de ruime zin [inclusief regionale spelers, red.] pakken dat wel op. Wij kijken niet vanuit die structuren, maar vanuit de noden. Of dat geld dan vanuit de Vlaamse of de federale overheid komt – I don't care."* (15)

*"Omdat de zorgraden zo dicht bij het werkveld staan, trekken zij zich eigenlijk niet zoveel aan van die gescheiden bevoegdheden. In dat opzicht kunnen zij er wel potentieel in slagen om dat kluwen te overstijgen. […] Niets belemmert de federale overheid om ook te investeren in die eerstelijnszones en zorgraden voor opdrachten die van hen uit komen, maar dat gebeurt tot nu toe niet. Ik hoop in de toekomst wel op een cofinanciering van zorgraden door de lokale, Vlaamse én federale overheid."* (18)

## 3.4 EXTERNE CAPACITEIT

Het volgende hoofdstuk behandelt de externe capaciteiten van de regio. Hierbij bekijken we in welke mate de coalitiepartners kunnen rekenen op hulpmiddelen buiten hun interne organisatie en of zij impact (kunnen) uitoefenen op de buitenwereld. We focussen hierbij op de relatie met andere bestuurlijke niveaus alsook de potentiële kruisbestuiving op regionale schaal.

### 3.4.1 Relatie tot Vlaamse en federale actoren

Tijdens de gesprekken verwezen verschillende regionale spelers en koepelorganisaties naar een verschil in interactie tussen de Vlaamse en federale overheid. Respondenten identificeerden de relatie met de **Vlaamse overheid** als eerder **top-down** en **dirigistisch**, met ook een sterk **verkokerde silowerking** van de verschillende departementen en agentschappen: *"In beleidsteksten staan soms andere dingen, maar in de praktijk komt het er wel op neer dat Vlaanderen heel regisserend en top-down, maar ook heel verkokerd werkt."* (17) en *"Er is een Vlaamse raad met een aantal kamers die adviezen mogen formuleren, […] maar dat is een advies. Je beslist dus eigenlijk niets."* (4) Dit gegeven werd overigens al in verschillende SBV-onderzoeken aangekaart (ter illustratie: Dockx, Verlinden & Verhoest, 2020). De respondenten pleiten dan ook voor **meer betrokkenheid vanuit het maatschappelijk middenveld**:

*“We moeten evolueren naar een co-creatiemodel. Het is al verbeterd, maar er wordt nog te veel regelgeving geschreven vanuit een ivoren toren. Er ligt bijvoorbeeld een nieuw kwaliteitsdecreet voor dat volledig tot stand is gekomen door schrijfwerk van het agentschap en het departement WVG. De koepelfederaties zijn daar weinig tot niet bij betrokken. Wij zijn al langer vragende partij om regelgeving uit te werken die meer rekening houdt met de noden van de cliënt.”* (10)

*“Er is nood aan meer betrokkenheid. Als je niet betrokken bent, voel je je ook niet verantwoordelijk. Als het dan fout loopt, dan voel je ook dat ze de verantwoordelijkheid afschuiven. [...]Tijdens corona hadden we elke dag een meeting met de Taskforce Zorg: dat waren allemaal middenveldactoren die daar pro deo zaten, vanuit een civil-servant-gedachte. Moest die groep niet bestaan hebben, dan was Vlaanderen gecrasht. In volle crisis bestonden we plots. Dat is een perfect voorbeeld van hoe het wel werkt. […] Dat werd goed geleid, met een goede communicatie. Buiten een crisis is dat dan blijkbaar minder nodig, dan kunnen ze het wel zelf… Het is in Vlaanderen nogal ‘koud’. Daarom hangt er ook zo’n spanning rond de zorgsector. Ze luisteren niet genoeg naar ons. De politiek staat vaak los van de wereld. Het Agentschap levert wel goed werk, maar er is een fundamentele missing link met het middenveld.”* (4)

Het ‘koude gevoel’ van bovenstaande respondent wordt door een andere speler ervaren als ‘zakelijkheid’ – zij het deze keer wel met een meer positieve connotatie:

*“De Vlaamse overheid is veel performanter en zakelijker dan de federale overheid om mee te werken. Je voelt dat de federale ambtenaren zich permanent in een communautaire gevoeligheid moeten bewegen. Tijdens de Oekraïnecrisis hebben we eigenlijk zeer efficiënt met het Vlaams niveau kunnen samenwerken. […] Terwijl je federaal afspraken maakt en je dan voel dat er politiek tussengekomen wordt met allerlei communautaire wendingen.”* (9)

Voor sommige betrokken respondenten bestaat er een schril **contrast** tussen het Vlaamse en het **federale bestuursniveau**. Actoren die met beiden samenwerken, beklemtonen immers dat de relatie met federale overheidsactoren meer op gelijke voet verloopt. Daar waar Vlaanderen eerder dirigistisch overkomt, lijkt op federaal niveau meer marge te zijn voor **betrokkenheid** van en **onderhandeling** met de uitvoerende actoren: *“Op het federale niveau is er veel minder regulitis dan in Vlaanderen.”* (14) Of nog:

*“Men heeft [vanuit de Vlaamse administratie] nogal schrik van de onderkant, van de zorgverstrekkers – en dat is het grote verschil met het federale niveau. Daar heb je wel het klassieke overlegmodel met artsen, verpleegkundigen, logopedisten, kinesisten... Dat is moeizaam, maar zo kom je wel tot gedragen akkoorden.”* (4)

*“Er is een groot verschil tussen het Vlaams en federaal niveau. Op federaal niveau zijn we medebeheerder. […] Vlaanderen is eerder fel gestuurd door het Agentschap en het kabinet. Daar worden partners enkel in adviesorganen betrokken; daar is niet echt een cultuur van medebeheer.”* (2)

De Vlaamse overheid pareert deze kritiek door te stellen dat er bewust gekozen werd om dit federale model niet over te nemen. Zij stelt evenwel expliciet dat dit nog niet wil zeggen dat er op Vlaams niveau geen overleg zou zijn met de mutualiteiten en de huisartsen via andere, reeds aangehaalde platformen.

### 3.4.2 Kruisbestuiving op regionale schaal

Doorheen de interviews komt duidelijk naar voren dat het gros van de respondenten sterk overtuigd is van de **meerwaarde om samen te werken**. De regionale schaal is voor de meeste actoren een geschikt niveau om de capaciteiten te bundelen en om te trachten invloed uit te oefenen op politieke en administratieve actoren. Heel wat actoren geven aan dat ze tastbare resultaten ondervinden van de regionale samenwerkingen en krachtenbundeling: *"Als je vanuit uw individuele organisatie iets vraagt, dan reageert niemand daar op – terwijl dat wel zo is als je dat als regio samen doet."* (16)

Naast de impact die regionale coalities uitoefenen op bestuurlijke actoren, benadrukken de respondenten het belang van **samenwerking over de beleidsdomeinen heen**. Tijdens de gesprekken met de sleutelactoren dook het concept '**health in all policies'** regelmatig op. Hiermee doelen de respondenten op een holistisch en intersectoraal gezondheidsbeleid dat beleidsdomeinen en -niveaus overschrijdt. Immers: *"Elke beslissing die een lokaal bestuur neemt, heeft eigenlijk impact op de gezondheid van mensen."* (16) Aangehaalde voorbeelden waren zo onder meer de beleidsdomeinen Omgeving, Mobiliteit, Wonen, Onderwijs en Sport.

> *"Door intensief samen te werken vind je ook raakvlakken in andere domeinen en kan je inhoudelijk een integraal beleid maken."* (17)

> *"Soms kunnen kleine ingrepen en kleine veranderingen wel een groot effect genereren. Je moet het natuurlijk vinden, je moet het zien, je moet erop komen. Dat kan alleen maar door kruisbestuiving en door de verschillende actoren en beleidsdomeinen naast elkaar te zetten en met elkaar in dialoog te laten gaan op zo'n referentieregioniveau."* (18)

Met andere woorden: bij het maken van (divers) beleid dienen beleidsmakers steeds ook rekening te houden met de impact op de gezondheid en het welzijn van de bevolking. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) promoot deze aanpak en intussen is het concept in Vlaanderen ook breed verspreid. Ondanks de sterke ambitie van de meeste actoren om deze benadering te realiseren, blijkt dit in realiteit evenwel geen evidentie. Op dit moment merken de meeste respondenten vooral een toenadering tussen Welzijn en Gezondheid. Beide domeinen hadden al een sterke kruisbestuiving, maar dit zou de laatste jaren nog versterkt zijn dankzij de eerstelijnszones en de zorgraden. Bovendien kreeg ook de betrokkenheid van patiënten zelf hierdoor meer aandacht.

> *"Binnen de zorgraden ging het aanvankelijk echt over de zorg as such. Dat wordt met het eerstelijnsdecreet nu opengebroken tot Welzijn en Zorg samen. Zij zullen samen overleggen en hun noden bekijken, zelfs met patiënten. Het model wordt dus veel breder en meer open."* (22)

> *"Het is belangrijk dat de overheid weet dat je alles in vakjes kan proberen steken, maar dat alles op alles een impact heeft. Er is een ongelooflijke afhankelijkheid overheen verschillende beleidsdomeinen. Het is goed om dat te benoemen: er zijn immers heel veel linken. Het is belangrijk om die linken te zien en koppelingen te durven maken vanuit de politiek en het beleid. Health in all policies dus."* (1)

> *"Op mijn netwerk in het middenveld heeft dat momenteel nog maar weinig impact, het is niet zo dat ik op bestuurlijk niveau nu al relaties ga aanknopen met ruimtelijke ordening, of andere beleidsdomeinen. Dit moet nu nog wat geïnstitutionaliseerd worden op Vlaams niveau, zodanig dat lokale besturen ook*

*expliciet opdracht krijgen om bij al hun beleidsmaatregelen rekening moeten houden met de impact op de volksgezondheid."* (3)

Het 'health in all policies' concept mag dan wel een ambitie zijn voor de meerderheid van de respondenten, toch blijkt de uitwerking van beleidsoverschrijdende samenwerking op dit moment nog erg abstract. De verkokering op Vlaams niveau vormt hierbij een belangrijk struikelblok.

> *"Laat ons eerst focussen op de samenwerking binnen het beleidsdomein Welzijn en Gezondheid. Die uitdaging is al groot genoeg. Op korte termijn zal er geen energie over zijn om te gaan samenwerken op vlak van pakweg Mobiliteit. We komen van een dermate versnipperd en verkaveld landschap dat het al heel wat energie vereist om op regionaal niveau de neuzen in dezelfde richting te krijgen. Op termijn zou het wel goed zijn om die kruisbestuiving te organiseren. In het kader van health-in-all-policies is dat zelfs noodzakelijk."* (21)

> *"Ik besef heel goed dat dat vandaag een manco is. Nu, binnen een lokaal bestuur is die connectie er vaak ook niet hoor – laat staan bij de Vlaamse overheid. Dat blijft altijd een grote kloof; we staan nog niet ver op vlak van integraal en geïntegreerd beleid."* (15)

> *"Er is nood aan meer bewustwording rond geïntegreerd beleid bij lokale besturen. We zien bijvoorbeeld dat huisartsenpraktijken soms enkel in het centrum van een gemeente mogen gebouwd worden omwille van stedenbouwkundige regelgeving. Dit staat wat haaks op de idee van buurtgerichte zorg. Het lokaal niveau moet zich bewuster worden dat gezondheidszorg op alle domeinen doorsijpelt."* (13)

Sommige actoren wijzen erop dat ze de **intermediaire schaal** in dat opzicht een goede zaak vinden, omdat hier meer mogelijkheden zouden zijn om een nauwere samenwerking overheen beleidsdomeinen te realiseren. Al blijken dergelijke intense samenwerkingen in de praktijk momenteel veelal beperkt: *"Als dat al gebeurt, dan is dat heel projectmatig […] en ad hoc. Er zijn niet echt structurele contacten met de andere beleidsdomeinen op regioniveau."* (16) De referentieregio's zouden hier potentieel verandering in kunnen brengen, al zal dat nog heel wat tijd, energie en inzet vragen:

> *"Dat is één van de redenen waarom er binnen heel WVG eigenlijk weinig fundamenteel protest is geweest over die referentieregio's. […] Ik hoor toch van heel wat mensen op het terrein dat het misschien niet de meest ideale afbakening is, maar dat het tenminste een afbakening is waarbij men binnen één gebied met de relevante spelers kan samenzitten – niet meer kris kras, overlappend of in chaotische structuren."* (22)

> *"Het is natuurlijk gemakkelijk gezegd om health-in-all-policies uit te voeren. De eerste voorwaarde is uiteraard wel dat je elkaar ziet, leert kennen, leert appreciëren en waarderen. Daarvoor moet je samen overleggen in een bepaalde setting, in een bepaalde regio. Dat wordt gefaciliteerd als iedereen in diezelfde regio werkt. In dat opzicht geloven wij wel dat die referentieregio's health-in-all-policies kunnen stimuleren en bespoedigen – tenminste als alle beleidsdomeinen die ook strikt volgen."* (18)

De sleutel zou mogelijk bij het **burgemeestersoverleg** (zie ook het SBV-rapport Schraepen, Voets & Van Haelter, 2021) kunnen liggen, zo erkent ook volgende respondent. Al maakt zij er wel meteen een kanttekening bij:

*"Misschien ligt de sleutel bij het burgemeestersoverleg, maar daarvoor moeten zij wel die regionale reflex maken en zicht hebben op al die beleidsdomeinen. […] Die reflex is er vandaag nog veel te weinig – zeker binnen Welzijn; daar zijn burgemeesters vaak echt niet mee bezig."* (17)

## 3.5 SAMENWERKINGSERVARING

In dit vijfde en laatste hoofdstuk buigen we ons over de samenwerkingsmodus van de coalitieleden op regionale schaal. We behandelen hierbij eerst kort de doorwerking van het verleden op de huidige dynamieken. Daarna volgt een analyse van de impact die de invoering van de referentieregio's voorlopig met zich meebrengen en hoe de referentieregio's zich zullen verhouden tot de bestaande samenwerking op intermediair niveau. We sluiten dit hoofdstuk af met de goede praktijken en valkuilen bij samenwerking die tijdens de interviews het vaakst aan bod kwamen.

### 3.5.1 Historiek

We staan in eerste instantie stil bij de doorwerking van het verleden op de huidige samenwerkingsmodus. De impact die vorige ervaringen hebben, bepalen voor een groot deel de huidige dynamiek tussen de verschillende spelers alsook de relatie tot de andere bestuurslagen. Niet alleen de verzuilde fundamenten van heel wat zorg- en welzijnsactoren, maar ook succesvolle samenwerkingen of gefaalde pogingen tot coöperatie beïnvloeden de manier waarop de spelers zich tot elkaar verhouden. Binnen de academische wereld spreekt men over **padafhankelijkheid:** *"Als het verleden zeer moeizaam is gegaan, als je afspraken hebt gemaakt en één van de partners is daar knal doorgereden, dan ga je de volgende keer wel wat voorzichtiger zijn. Anderzijds leer je daar ook uit."* (17)

> *"Je zit met een historiek van bestaande netwerken, zoals de ziekenhuisnetwerken, waarbij de federale regelgeving speelt; maar anderzijds ook door wat opgelegd wordt door de hogere overheden, hetzij Vlaams hetzij federaal. Zorg en Gezondheid zijn op een aantal aspecten nog een gedeelde bevoegdheid. Dat maakt het complex. Even goed komen er dynamieken van onderuit, vanuit zorg- en gezondheidsinstellingen, vanuit welzijnsorganisaties, vanuit lokale besturen, die lokaal-bovenlokaal-regionaal samenwerken."* (20)

> *"De huisartsenkringen zijn natuurlijk gegroeide kringen die al heel lang bestaan, die zich moeten inpassen in een nieuwe structuur. Dat is niet zo gemakkelijk en daar is een bepaald effect nodig en dat is nog altijd bezig."* (13)

Ondanks de bepaalde mate van inertie die de doorwerking van het verleden met zich meebrengt, merken de actoren op dat de **hervorming** van de eerste lijn een breuklijn vormt voor bepaalde dynamieken. De oprichting van de eerstelijnszones en de zorgraden bijvoorbeeld is enerzijds zeer recent waardoor een sterke samenwerking nog moet groeien, anderzijds biedt de reorganisatie zich aan als een **kans tot vernieuwing** van onderlinge verhoudingen.

*"Tijdens corona werd aan een pasgeboren kind [de zorgraden, red.] gevraagd om serieus door te lopen. Dat heeft toch goed gewerkt, volgens professor Gemmel (UGent) omdat er gewoon nog geen cultuur was binnen die structuren. De gewoontes waren daar nog niet vastgeroest. Iedereen besefte de nood om snel te ageren en heeft dat ook gewoon gedaan. We hebben toen flexibel kunnen inspelen op de noden die er waren. Als dat nu opnieuw zou gebeuren, zou dat misschien al iets moeilijker liggen."* (18)

Verder wijst men ook op het belang van een gedegen evaluatie van de doorgevoerde bestuurlijke hervormingen, met als doel om goed te kunnen inschatten of de objectieven die hier centraal staan daadwerkelijk gehaald worden.

*"We hebben al veel verschillende soorten regio's gehad: van provincies tot eerstelijnszones en ziekenhuisnetwerken. Men zou het effect daarvan eens moeten nameten. Weten we of de Vlaming of Belg daar nu gezonder van wordt of zich anders gaat gedragen? Wij hebben niet de traditie van heel veel onderzoek te doen naar de effecten hiervan. Ik vind die reflex wel belangrijk."* (14)

### 3.5.2 Afstemming op referentieregio's

Voor veel actoren had de **invoering van de referentieregio's** voorlopig slechts een beperkte tot geen impact. Enkele respondenten spraken van een *"godsgeschenk"* (8) om hun interne organisatie op af te stemmen: "*We hebben een paar jaar geleden een nieuw strategisch plan opgemaakt. Toen was de conclusie al dat wij ons absoluut moesten aligneren op die regiovorming."* (9) Of nog:

*"Onze operationele werking ligt voor pakweg 80% bij de lokale afdelingen. We hadden ons daar in Vlaanderen dus ook naar georganiseerd met drie niveaus: nationaal, provinciaal en lokaal. We willen daar nu echter van afstappen en naar twee niveaus gaan: het provinciale en lokale niveau gaan wij vervangen door een regionaal niveau, op basis van de referentieregio's."* (8)

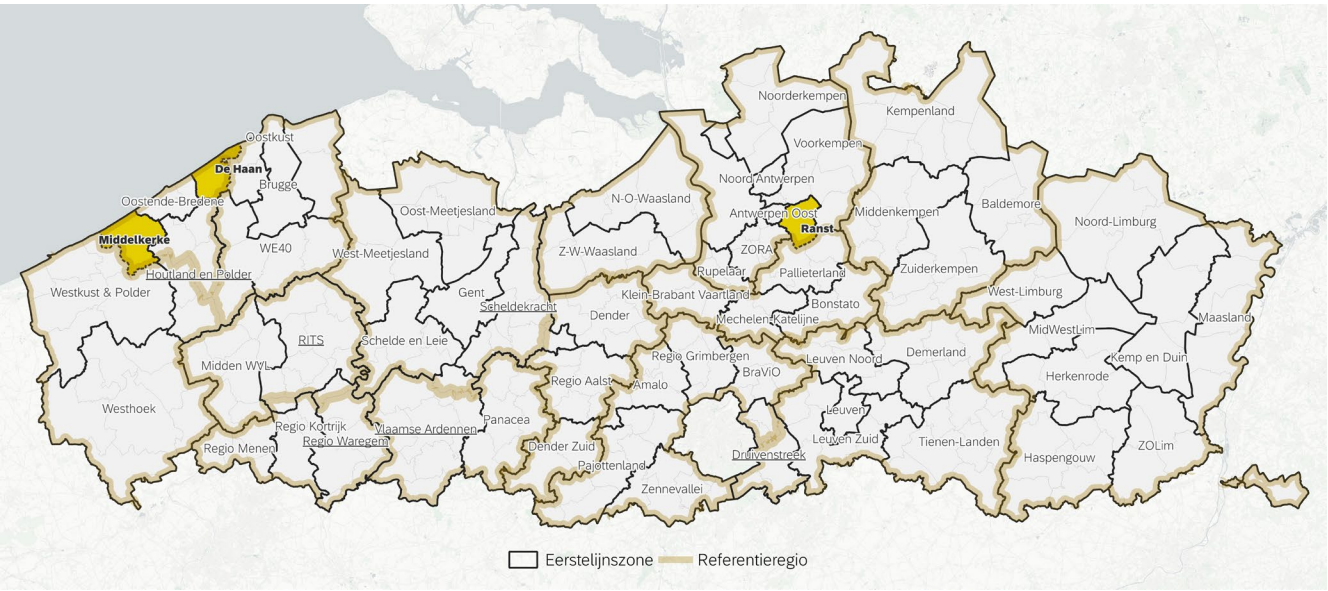
Echter, de referentieregio's zijn er snel na een drastische reorganisatie van de eerste lijn gekomen, wat bij de meeste actoren niet in goede aarde valt. Bij verschillende organisaties heerst dan ook een **afwachtende houding** ten aanzien van de referentieregio's, zeker met een nieuwe legislatuur in het verschiet: *"Vandaag zijn we geënt op de eerstelijnszones. De vraag zal zijn hoe de referentieregio's zich zullen gaan verhouden tot de andere schalen."* (1) en *"Daarover zal pas echt perspectief gegeven worden in de nieuwe legislatuur, in het nieuwe regeerakkoord."* (20) Er zou vooral nood zijn aan bestuurlijke rust: *"Ik ben voorstander van structuren, maar niet als ze om de tien jaar veranderen. Dan moet je altijd heel uw systeem aanpassen aan die structuren."* (4)

*"We hebben ons zo georganiseerd dat we alle slingerbewegingen proberen aan te kunnen. Federaal zijn wij afhankelijk van het RIZIV. Op het niveau van zorg en welzijn zit je met gewestelijke en regionale structuren. Tot op vandaag weten we nog niet wat de impact van de referentieregio's zal zijn. Hierover hebben we nog geen organisatie-instructies ontvangen. We zijn tot op vandaag wel nog bezig aan de laatste loodjes van de 6$^{de}$ staatshervorming."* (1)

*"Je moet eerst kunnen stappen alvorens je gaat lopen. Er zijn nog heel wat uitdagingen bij de eerstelijnszones om zich volledig te confirmeren met de referentieregio's. Die geografische afbakening is*

*één aspect, maar je zit ook met de inhoudelijke versterking daarvan. Die oefening moet eerst gebeuren alvorens we de samenwerking op het niveau boven de eerstelijnszones concreet gaan vormgeven."* (20)

Bovendien vallen de **eerstelijnszones niet volledig samen met de referentieregio's**. De Vlaamse regering keurde op 9 juni 2023 zes van de negen gemotiveerde uitzonderingsaanvragen van eerstelijnszones goed. Hierdoor behouden ELZ Houtland en Polder, ELZ Regio Waregem, ELZ RITS, ELZ Vlaamse Ardennen, ELZ Scheldekracht en ELZ Druivenstreek hun huidige gebiedsomschrijving, ook al valt deze niet volledig binnen de grenzen van de referentieregio's. Drie gemeenten (De Haan, Middelkerke en Ranst: uitgelicht in het geel op onderstaande kaart) zullen een verschuiving kennen naar een andere eerstelijnzone, rekening houdend met de referentieregio's. Alle andere eerstelijnszones volgen de afbakening van de referentieregio's.




*Figuur 10. Vergelijking tussen de eerstelijnszones en de referentieregio's.*

Daarnaast kan ook opgemerkt worden dat bepaalde ELZ's al sterk (boven)regionaal samenwerken binnen hun referentieregio. Ter illustratie: *"Zowel in het Waasland als in het Meetjesland heb je bijvoorbeeld twee eerstelijnszones, maar die functioneren in principe als één geheel."* (15)

*"In het verleden werden nog andere vormen van regio's gebruikt. Een aantal samenwerkingsverbanden binnen ons beleidsdomein zijn nog altijd geënt op die vroegere structuren. Het is wel de bedoeling dat die in de toekomst allemaal op de eerstelijnszones of referentieregio's geënt worden."* (21)

*"Die [afbakening] gaan we niet meer in vraag stellen. Is die dan ideaal? Daar kan ik niet op antwoorden. We zijn alleszins blij dat er een afbakening is. Die is ook werkzaam gebleken. […] Die geldt ook voor al onze sectoren en subsectoren: Opgroeien, Zorg & Gezondheid en Welzijn & Samenleving, eveneens de CAW's, de Geïntegreerde Brede Onthalen en 1G1P, maar ook de samenwerkingsverbanden over eerstelijnszones heen zullen zich daaraan moeten aanpassen."* (22)

De wisselende samenstelling zorgt voor redelijk wat **verwarring en frustratie** bij de betrokken actoren, zoals de huisartsenkringen en de jeugdhulp in het kader van 1G1P (één gezin één plan), die voor de invoering van de referentieregio's gevraagd werden hun werking aan te passen aan de eerstelijnszones en de toenmalige regionale zorgzones. Mits enkele uitzonderingen zullen de eerstelijnszones echter opnieuw afgebakend worden binnen de contouren van de referentieregio's.

> *"Je hebt samenwerkingsverbanden, vooral binnen de jeugdhulp met 1G1P, die zich al hadden hervormd. […] Dat hield totaal geen rekening met de referentieregio's, maar ook niet met de eerstelijnszones, omdat die toen gewoonweg nog niet bestonden. Zij hebben zich in de tweede oproep dan aangepast aan de eerstelijnszones, maar gaan zich nu dus opnieuw moeten aanpassen aan de referentieregio's."* (22)

> *"Voor onze interne werking hebben de referentieregio's as such niet meteen impact, maar we hebben er akte van genomen. We hebben ook vastgesteld dat ze niet samenvallen met de indeling die voor welzijn en zorg is gemaakt. Er zijn nu eerstelijnszones die gedeeltelijk in de ene en gedeeltelijk in de andere referentieregio liggen. Dat zou in de toekomst een probleem kunnen vormen. Wat die impact zal zijn, kan ik nu nog niet inschatten. Ik kan alleen hopen dat de bestaande samenwerkingen die gegroeid zijn binnen de eerstelijnszones, hierdoor niet in het gedrang komen. Ik kan me voorstellen dat daar grote zenuwachtigheid over is."* (3)

> *"Ik snap dat men politiek misschien wel meer afstemming wil, maar wij zijn nog altijd autonome privaatrechtelijke vzw's – men vergeet dat soms. Het organiseren van die opdrachten op het niveau van de regio is op zich geen probleem is – want wij zijn daar ergens al op georganiseerd – maar dat is iets anders dan de organisatie van de structuren of van de schaalgroottes."* (15)

Hoewel een dergelijke afbakening van referentieregio's nooit alle beleidsdomeinen kan respecteren, waren bovendien verschillende respondenten kritisch dat de **bestuurlijke logica** hierbij vaak primeerde boven de sectorale noden of kenmerken, zoals bijvoorbeeld de patiëntenstromen.

> *"Wij hebben wel een stem gehad in die afbakening en daar feedback over gegeven, maar de kracht van de gemeenten was uiteindelijk veel sterker. Men wilde duidelijk de provinciegrenzen nog altijd aanhouden, wat naar zorg toe niet altijd logisch is."* (13)

Al was hier tegelijk ook begrip voor op te merken om '**kruisbestuiving**' overheen de verschillende beleidsdomeinen mogelijk te maken.

> *"Enerzijds is het spijtig dat die bottom-up afbakening van de eerstelijnszones, waar het ganse beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin zich ondertussen naar aan naar het reorganiseren is, terug op de helling gezet wordt. Anderzijds begrijpen we ook wel dat als je een health-in-all-policies-beleid wil voeren, dat je best met geografische afbakeningen werkt die voor alle beleidsdomeinen gelden."* (18)

*"Ik vrees dat het terug een slopend proces zal zijn, maar onafhankelijk van de bevoegdheden of de thematieken denk ik wel dat het goed is dat er over logischere regio's wordt nagedacht zodat daar meer uniformiteit in is. Naar ons toe zal dat ook wel een aantal zaken transparanter maken."* (16)

Over het algemeen heerst er dus tevredenheid met de reorganisatie en de verhoogde nadruk op regionale samenwerking, al hekelen verschillende actoren wel de bestuurlijke onrust en de focus op structuren in plaats van doelstellingen.

*"Ik heb vooral het gevoel dat er vandaag chaos is. Niemand weet nog tot welke regio of tot welk netwerk hij behoort. Je hebt ziekenhuisnetwerken, zorgraden, eerstelijnszones, referentieregio's, zorgregio's, … Het is een kluwen om te weten wat er vandaag is en hoe je je als organisatie daartoe moet verhouden."* (6)

### 3.5.3 Enkele goede praktijken en valkuilen

Wat een goede samenwerking succesvol maakt, is niet in enkele punten te vatten. Binnen eerder steunpuntonderzoek uitgevoerd rond deze thematiek reiken Dockx en Verhoest (2020) een reeks kritische succes- en faalfactoren aan voor interorganisationele samenwerkingsverbanden. Daarbij spelen verschillende elementen een belangrijke rol, zoals met name de vormgeving van de governance, de inzet van middelen en capaciteit, alsook keuzes met betrekking tot de organisatievorm en verantwoordingspraktijken. Ook volgens de bevraagde respondenten hangt een succesvolle samenwerking af van **verschillende, aan elkaar gelinkte factoren**. Zo hoorden we onder meer: *"Samenwerken is een methode. Als je wil samenwerken, dan doe je dat gewoon. Als je het niet wil, dan doe je het niet."* (4) en *"Je hebt een goede minister, momentum en vooral ook een lange aanloop nodig."* (21)

Een eerste, heel vaak gehoorde observatie is dat 'mensen spreken mensen'. Verschillende respondenten benadrukten dat deze **menselijke factor** niet onderschat mag worden: *"Ik merk vaak dat het deel 'elkaar kennen' al een grote meerwaarde is."* (16) Dit is evenwel een tweesnijdend zwaard, dat zowel positief als negatief kan uitwerken.

*"Als spelers samenzitten, dan leren ze elkaar kennen, leren ze elkaars werking kennen en gaan ze al sneller de telefoon oppakken. Het zijn vaak die basale houdingen of vaardigheden die ervoor zorgen dat er beter rond cliënten en patiënten wordt samengewerkt. Als je elkaar niet kent, dan is er vaak nog schroom, afstand of een gebrek aan kennis."* (22)

Daaraan gekoppeld geldt: *"Je hebt mensen nodig […] die ook willen samenwerken, die daar de voordelen van inzien en bereid zijn om binnen hun organisatie wat op langere termijn te denken."* (17) Echter, regelmatig werd aangehaald dat dergelijk **politiek en ambtelijk leiderschap** vandaag ontbreekt – en dan zeker in de gebieden waar nog maar weinig sprake is/was van regionale samenwerking.

Dergelijk leiderschap mag evenwel niet vervallen in een **top-down** model, zoals al werd aangehaald vanuit een Vlaams perspectief:

*"Niet alles moet altijd in details gegoten worden. Je mag mensen niet het gevoel geven dat ze 'moeten' samenzitten in eerstelijnszones. […] De mensen binnen de zorg vragen vooral wat meer vertrouwen en*

*minder regels, waarbij ze nog evenveel kwaliteit zouden kunnen bieden. Die regeltjes werken soms heel belemmerend en zorgen vooral voor weerstand."* (17)

Wel wordt gevraagd om meer **coherentie** te voorzien in de verschillende structuren en netwerken. Zo zouden vooral de (federale) ziekenhuisnetwerken een doorn in het oog zijn, aangezien die te veel vanuit een commercieel perspectief afgebakend zouden zijn. Meer algemeen zouden stakeholders hun **eigenbelang** moeten trachten te overstijgen, in functie van een betere samenwerking met diverse andere (niet-)bestuurlijke spelers:

*"Het is eigen aan organisaties, sectorfederaties en beroepsgroepen om sterk vanuit de eigen invalshoek en de eigen belangen te kijken. Ze kijken misschien niet altijd buiten de eigen omgeving. Het vraagt dan wel een oefening met heel veel moed en energie om stappen vooruit te zetten en over de eigen grens te kijken in het kader van coördinatie en samenwerking."* (20)

Naast de specifieke afbakeningen zouden hierbij ook **verschillen in regelgeving en terminologie** tussen verschillende (sub)sectoren weggewerkt moeten worden. De boutade 'onbekend is onbemind' vat dit treffend. Het zou bijzonder helpen indien de regelgevende kaders gelijkaardiger zouden zijn, en de organisatieculturen en -gewoontes beter gekend.

*"Het verschil in taalgebruik tussen al onze sectoren is een klassieker die steeds opnieuw opduikt. […] De financiering is ook anders; de ene VTE in de ene sector kost gewoon al helemaal anders dan in de andere sector. Dat zijn regelgevende euvels waar we doorheen gaan moeten."* (22)

Een aandachtspunt hierbij blijft ook de hoge administratieve last die organisaties ervaren bij het verantwoorden van hun activiteiten naar hogere overheden toe:

*"De eeuwige administratie die erbij komt kijken is ongelooflijk aan het stijgen. Wij steken eigenlijk zeer veel middelen in de verantwoording van onze activiteiten bij de overheid. Ik begrijp dat dat moet gebeuren, maar eigenlijk gaat daar echt heel wat subsidiegeld naartoe. Het gaat zelfs zo ver dat we een externe consultant hebben moeten inhuren om mee te helpen met een verantwoordingsrapport op te maken. Dan kan je u wel de vraag stellen wie er nu juist gesubsidieerd wordt: onze werking of die van die consultant?"* (8)

# 4 CONCLUSIES

In dit onderzoeksrapport stonden de regionale dynamieken centraal van niet-, semi- en bestuurlijke spelers die zich voordoen binnen het beleidsdomein Welzijn en Volksgezondheid. Aan de hand van de '*regional governance'*-theorie benaderden we deze dynamiek via vijf dimensies: coalitie, agenda, interne capaciteit, de externe capaciteit en samenwerkingservaring. Op basis van onze analyse komen we daarbij tot de volgende conclusies.

Binnen de **coalitie** identificeerden we verschillende Vlaamse, regionale en lokale spelers binnen diverse maatschappelijke geledingen van het zorg- en welzijnslandschap. Naast een breed scala aan semi- en niet-bestuurlijke actoren, zowel non- als for-profit, ontleden we ook lokale, regionale, Vlaamse en federale overheidsspelers. We legden de focus hierbij op twee intermediaire structuren: de eerstelijnszones (of zorgraden) en de regionale zorgzones. De eerstelijnszones worden daarbij gezien als 'eerste bouwsteen' van het zorg- en welzijnsbeleid. De regionale zorgzones, afgebakend op basis van de referentieregio's, dienen nog een concrete invulling te krijgen. Ondanks het nog prille karakter van deze structuren wordt deze samenwerkingen door de betrokken actoren als waardevol gezien en bestaat er voor de bijhorende intermediaire gebiedsomschrijvingen een voldoende draagvlak. Dit neemt echter niet weg dat samenwerking en afstemming ook via verschillende andere kanalen tot stand komt, bijvoorbeeld ad-hoc informele verbanden. Het al dan niet opnemen van bepaalde actoren binnen specifieke samenwerkingsverbanden, zoals privéspelers met een commercieel oogmerk, levert daarbij de nodige discussies onder actoren op en hangt samen het normenkader dat deze spelers hanteren, alsook de historiek en het (zuil)verleden dat binnen bepaalde organisaties doorwerkt.

Om de invulling van regionale **agendavorming** nader te onderzoeken, maakten we een onderscheid naargelang een micro-, meso- en macroniveau van totstandkoming. Hierbij lag de klemtoon op de zoektocht naar een ideale schaal, in functie van de concrete agenda en het niveau van de voorzieningen (nulde, eerste, tweede of derde lijn). De afweging van actoren over het gepaste schaalniveau houdt evenwel vaak een balanceeroefening in tussen het subsidiariteitsbeginsel versus het gelijkheidsbeginsel, waarbij ook afwegingen spelen rond opschaling en het kostenefficiënt inzetten van (schaarse) personeelsmiddelen. Op het microniveau zoomden we in op de verhouding van actoren ten aanzien van de lokale overheden, terwijl we op het macroniveau de relatie met de Vlaamse en federale overheid onder de loep namen. Op het mesoniveau stonden we stil bij de dynamiek tussen de regionale spelers onderling. Hier legden we een spanningsveld bloot tussen de voor- en nadelen van de eerstelijnszones, dan wel de regionale zorgzones, bijvoorbeeld op vlak van preventiebeleid. Het intermediaire niveau wordt daarbij gezien als een schaalniveau dat toelaat om gebiedsgericht in te spelen op streekgebonden problematieken en voldoende schaalgrootte te ontwikkelen, maar stelt organisaties ook voor bepaalde uitdagingen, bijvoorbeeld inzake personeelsinzet. Daarnaast ervaart men dit schaalniveau als nog volop in transitie zijnde, waarbij nog heel wat onduidelijkheden inzake doelstellingen en opdrachten verder uitgeklaard moeten worden.

Wat de **interne capaciteit** betreft, maakten we een onderscheid tussen zachte en harde middelen. Bij de zachte middelen stelt veelal de problematiek rond personeelstekorten de bevraagde organisaties op de proef, die evenwel ook als een incentive kunnen werken om tot nieuwe bovenlokale samenwerkingsvormen en flexibele uitwisselingen te komen. Bij de harde middelen lag de focus hoofdzakelijk op de financiering van de verschillende zorg- en welzijnsactoren. Voor dit laatste onderscheiden we de financiering voor de basiswerking, de projectgebonden subsidies en de eigen middelen. Deze financieringsstromen hangen nauw samen met de complexe verdeling van (zorg)bevoegdheden tussen het Vlaamse en federale niveau. We vinden hier zowel stemmen die pleiten voor bijkomende (staats)hervormingen om homogenere bevoegdheidspakketten te creëren, alsook spelers die hunkeren naar stabiliteit en bestuurlijke rust. Binnen de huidige situatie wijzen respondenten op de noodzaak aan een coördinerend bestuursniveau en het belang van voldoende constructieve dialoog en afstemming met zowel het Vlaamse als het federale niveau.

Voor de **externe capaciteit** gingen we vooreerst dieper in op de verhouding tussen de spelers en de bestuurlijke actoren op macroniveau. We stelden hierbij vast dat verschillende organisaties de interactie met Vlaamse en federale overheidsinstanties anders ervaren, bijvoorbeeld in het betrekken van het middenveld bij de opmaak van regelgeving. Verder belichtten we de kruisbestuiving die op regionale schaal kan plaatsvinden. Organisaties verwijzen in dat opzicht naar het concept 'health in all policies' als kapstok om het belang van beleidsdomeinoverschrijdende coördinatie te benadrukken. Ondanks de stappen die men binnen het domein WVG op dit gebied reeds zette, blijft de uitwerking van dit soort van beleidsconcepten momenteel eerder abstract, gezien de Vlaamse beleidsverkokering hiertoe nog een belangrijke obstakel vormt. Het potentieel van de referentieregio's om hier verandering in te brengen wordt erkend, maar zal nog heel wat tijd en energie kosten, ook van bestaande regionale fora zoals bijvoorbeeld het burgemeestersoverleg.

In het laatste luik legden we ons toe op de **samenwerkingservaring** binnen het beleidsdomein. We stonden stil bij de (aanhoudende) invloed van de historiek van eerdere regionale dynamieken en bekeken de impact van de invoering van de referentieregio's. De verzuilde fundamenten van heel wat zorg- en welzijnsactoren bepalen daarbij nog steeds een deel van de huidige dynamiek die zich tussen organisaties voltrekt, naast ook recentere samenwerkingstrajecten die de dynamiek en verhoudingen tussen organisaties beïnvloeden. Recente initiatieven zoals de oprichting van de eerstelijnszones en de bijhorende zorgraden bieden evenwel impulsen om deze onderlinge verhoudingen verder te vernieuwen met een 'patiëntenlogica' als uitgangspunt. De invoering van de referentieregio's had hier tot dusver een beperkte impact, al grepen bepaalde organisaties toch reeds naar dit model bij het herdenken van hun eigen interne organisatie. De timing van de invoering van referentieregio's, recentelijk na de afbakening van de eerstelijnszones en de schaaldiscrepanties, viel niet overal in goede aarde. Toch klinkt er ook begrip, gezien de ambitie om een kruisbestuiving overheen meerdere beleidsdomeinen mogelijk te maken. Globaal genomen zien we dus een zekere tevredenheid omtrent deze reorganisatie en de verhoogde nadruk op regionale coördinatie die hierbinnen centraal staat.

# 5 AANBEVELINGEN

Op basis van onze conclusies komen we tot volgende aanbevelingen gericht aan de Vlaamse overheid die inspiratie kunnen bieden in de verdere ondersteuning van regionale dynamiek en samenwerking binnen het WVG-domein.

**Aanbeveling 1: nood aan coherentie**

- Voorzie in voldoende homogene en duidelijk afgebakende bevoegdheidspakketten binnen het domein Welzijn en Gezondheid die inzake regelgeving een goed samenspel tussen lokale, Vlaamse en federale overheidsinstanties en maatschappelijke middenveldspelers mogelijk maakt;
- Verschaf duidelijkheid over de wijze waarop afbakeningen binnen het WVG-domein zich tot de referentieregio's dienen te verhouden en besteed hierbij niet enkel aandacht aan bestuurlijke parameters, maar ook aan de leidende principes die spelen binnen de sector (bv. cliëntperspectief);
- Zorg voor een duidelijke missie per samenwerkingsverband en organiseer de regie en planning van strategische vraagstukken (bv. allocatie van zorgvoorzieningen) op het meest passende schaalniveau.

**Aanbeveling 2: denk na over gebundelde financiering**

- Ga na op welke wijze diverse financieringsstromen gericht aan dezelfde organisaties beter op elkaar afgestemd kunnen worden en streef naar een vereenvoudiging die samenwerking en het poolen van middelen tussen organisaties kan stimuleren.

**Aanbeveling 3: optimale benutting van regionale schaal**

- Grijp het regiovormingstraject aan als een opportuniteit om een 'health in all policies' benadering in de praktijk te brengen en in te zetten op een holistisch en intersectoraal gezondheidsbeleid dat beleidsdomeinen en -niveaus overschrijdt.

**Aanbeveling 4: na hervorming, bestuurlijke rust**

- Voorzie voldoende mogelijkheden tot informeel overleg tussen betrokken actoren binnen regio's opdat wederzijds begrip en vertrouwen tussen personen en organisaties stelselmatig kan groeien;
- Werk aan een helder en stabiel regelgevend kader dat politiek en ambtelijk leiderschap binnen regionale samenwerkingsverbanden op lange termijn faciliteert en stimuleert.

# REFERENTIES


Agentschap Zorg & Gezondheid. (2023). *Regionale zorgplatformen: oproep voor pilootprojecten*. Geraadpleegd via www.zorg-en-gezondheid.be/beleid/eerstelijnszorg/hervorming-van-de-eerste-lijn/regionale-zorgplatformen-oproep-voor-pilootprojecten

Agentschap Zorg & Gezondheid. (2022). *Regionale Zorgstrategische Planning* [Powerpointpresentatie]. Geraadpleegd via www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/2022_RZSP_1elijn.pdf

Barnes, W.R., & Foster, K.A. (2012). Reframing Regional Governance for Research and Practice. *Urban Affairs Review, 48*(2), 272-283. doi:10.1177/1078087411428121

Bel, G., & Warner, M. E. (2015). Inter-municipal cooperation and costs: Expectations and evidence. *Public Administration, 93*(1), 52–67. https://doi.org/10.1111/padm.12104

Controledienst voor de Ziekenfondsen. (3023). *Landsbonden*. Geraadpleegd via www.ocm-cdz.be/nl/particulieren/structuur-van-de-sector/landsbonden

De Tijd. (2023). *Ziekenhuiszones.* Geraadpleegd via multimedia.tijd.be/ziekenhuiszones/

Dockx, E., Verlinden, S., & Verhoest, K. (2020). *Wendbare overheid: Overheidscultuur gericht op flexibiliteit, innovatie, leren en samenwerking.* Leuven: Steunpunt Bestuurlijke Vernieuwing.

Eerstelijnszone. (2023). *Bestuur en organisatie.* Geraadpleegd via www.eerstelijnszone.be/bestuursorgaan

Gezond België. (2023). *Netwerken in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen.* Geraadpleegd via www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg-voor-volwassenen/

Hermans, K. (2012). *De welzijnszorg versus de zorg voor welzijn. Twintig jaar welzijnsbeleid in Vlaanderen.* Leuven: Acco.

Horlings, I. (2010). *Vital coalitions, vital regions: Partnerships for sustainable regional development* (pp. 35-56). Wageningen: Wageningen Academic Publishers

Hulst, R., & van Montfort, A. (2012). Institutional features of inter-municipal cooperation: Cooperative arrangements and their national contexts. *Public Policy and Administration, 27*(2), 121–144. https://doi.org/10.1177/0952076711403026

LOGO. (2023). *Over LOGO*. Geraadpleegd via www.vlaamse-logos.be/node/75

Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden.* Leuven: Acco.

Roose, H., & Meuleman, B. (2017). *Methodologie van de sociale wetenschappen: een inleiding*. Gent: Academia Press.

Savin-Baden, M., & Howell Major, C. (2013). *Qualitative research: the essential guide to theory and practice*. Abingdon: Routledge.

Schraepen, P., Voets, J., & Van Haelter, B. (2021). *Burgemeestersoverleg als spil voor regiovorming?* Leuven: Steunpunt Bestuurlijke Vernieuwing.

Teles, F., & Swianiewicz, P. (2018). *Inter-municipal Cooperation in Europe: Institutions and Governance.* Cham: Springer International Publishing.

Vlaamse Overheid. (2023). *Afbakening referentieregio's.* Geraadpleegd via www.vlaanderen.be/lokaal-bestuur/samenwerking-fusies-regiovorming-en-verzelfstandiging/afbakening-referentieregios

Vlaamse Overheid. (2023). Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en Agentschap Zorg en Gezondheid fuseren tot Departement Zorg. Geraadpleegd via www.vlaanderen.be/departement-zorg/nieuwsberichten/departement-welzijn-volksgezondheid-en-gezin-en-agentschap-zorg-en-gezondheid-fuseren-tot-departement-zorg

Vlaamse Overheid. (2023). *Situering van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Geraadpleegd via www.vlaanderen.be/organisaties/administratieve-diensten-van-de-vlaamse-overheid/beleidsdomein-welzijn-volksgezondheid-en-gezin

Vlaamse Regering. (2019, oktober). *Regeerakkoord Vlaamse regering 2019-2024.* Geraadpleegd via: www.vlaanderen.be/publicaties/regeerakkoord-van-de-vlaamse-regering2019-2024

Vlaams Parlement. (2023, 3 februari). *Decreet over regiovorming en tot wijziging van het decreet van 22 december 2017 over het lokaal bestuur.* Gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 9 maart 2023.

# BIJLAGEN

## 5.1 RESPONDENTEN VERKENNENDE GESPREKKEN

| Organisatie | Functie | Datum interview |
|---|---|---|
| VVSG | Stafmedewerker | 7 oktober 2022 |
| Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin | Beleidsadviseur | 14 oktober 2022 |
| VVSG | Stafmedewerker | 18 oktober 2022 |
| VVSG | Diensthoofd | 3 november 2022 |

## 5.2 RESPONDENTEN DIEPTE-INTERVIEWS

| Organisatie | Functie | Datum interview |
|---|---|---|
| Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin | Beleidsadviseur | 3 februari 2023 |
| Agentschap Zorg & Gezondheid | Administrateur-Generaal & beleidsadviseur | 15 februari 2023 |
| Kabinet Crevits | Adjunct-kabinetschef | 21 maart 2023 |
| FOD Volksgezondheid | Strategisch adviseur DG Gezondheidszorg | 8 maart 2023 |
| VIVEL | Directeur | 21 maart 2023 |
| VVSG | Stafmedewerkers | 22 februari 2023 |
| LOGO Antwerpen | Coördinator | 3 februari 2023 |
| CAW Oost-Vlaanderen | Algemeen directeur | 1 maart 2023 |
| Zorgnet Icuro | Gedelegeerd bestuurder | 17 februari 2023 |
| Domus Medica | Algemeen directeur | 15 februari 2023 |
| Wit-Gele Kruis Vlaanderen | Algemeen coördinator | 20 maart 2023 |
| Vlaams Welzijnsverbond | Algemeen directeur | 3 maart 2023 |
| VLOZO | Gedelegeerd bestuurder | 7 februari 2023 |
| Rode Kruis | Gedelegeerd bestuurder | 27 februari 2023 |
| Vlaamse Kruis | CEO | 8 februari 2023 |

| | | |
|---|---|---|
| Zorggezind | Directeur | 22 februari 2023 |
| I-mens | CEO | 1 maart 2023 |
| VOKA Health Community | Coördinator | 24 februari 2023 |
| CM Landsbond | Directeur | 9 februari 2023 |
| CM Vlaanderen | Directeur Gezondheid Welzijn en Participatie | 23 februari 2023 |
| Solidaris | Stafmedewerker studiedienst | 20 februari 2023 |
| Helan | Directeur Welzijn & Innovatie | 21 februari 2023 |

## 5.3 VRAGENPROTOCOL

**Agenda**

- Welk soort van discours hanteert men binnen uw organisatie ten aanzien van het regioniveau?
    - Over welk niveau gaat het concreet?
    - Bestaat er zoiets als de ideale schaal voor uw beleidsdomein?
- Welke doelstellingen legt men op dit regioniveau?
    - Welke mate van formalisering in engagementen vindt u hierin terug?
    - Hoe verhoudt dit zich tot andere beleidsniveaus?
- Hoe komt de agendasetting tot stand ten aanzien van het regioniveau?
- Met welke verwachtingen kijkt u naar de invoering van de referentieregio's binnen de regionale zorgzones?
    - Biedt deze structuur een instrument om in te spelen op de maatschappelijke uitdagingen binnen uw beleidsdomein?

**Coalitie**

- Wie zijn volgens u de centrale spelers op vlak van Welzijn en Volksgezondheid?
    - Situeren deze zich eerder binnen de sfeer van de overheid, van de markt, van individuele burgers of van het middenveld?
- Wat zijn de meest invloedrijke regionale netwerken waarbinnen men zich verenigt?
    - Zijn deze eerder formeel dan wel feitelijk en informeel?

- Welke mate van engagement en gedragenheid merkt u hier op?
- Wie neemt hierin het leiderschap op?

**Interne capaciteit**

- Hoe zien de (regionale) werkingsschalen van uw organisatie eruit?
  - Waar ligt het feitelijke zwaartepunt: lokaal, regionaal, provinciaal, Vlaams of federaal?
  - Welke trends, ontwikkelingen en evoluties ziet u op dit vlak?
  - Hoe vertaalt dit zich in personeelsinzet en middelenallocatie?

**Externe capaciteit**

- Welke invloed kent uw netwerk(en) ten aanzien van de andere bestuurlijke overheden?
- Wat met niet-bestuurlijke spelers (markt, middenveld, etc.)?
- In welke mate hebben deze regionale structuren ook interactie buiten het eigen netwerk?
  - Buiten het specifieke beleidsdomein?
  - Wat met andere netwerken? (bv. vervoerregio, woonmaatschappij, HVZ, ...)

**Samenwerkingservaring**

- Welke regionale evoluties of tendensen ziet u binnen het domein W&V?
- Wat zijn uw verwachtingen naar de toekomst toe?
  - Vormen van padafhankelijkheid?
- Welke leerpunten kunnen er gehaald worden uit deze historische ontwikkeling tot dusver?
- Ziet u bepaalde goede praktijken die regionaal samenwerken verder (kunnen) faciliteren?
- Ziet u ook hinderpalen of uitdagingen naar de toekomst toe?

## 5.4 AFKORTINGEN

| | |
|---|---|
| CAW | Centrum Algemeen Welzijnswerk |
| GGZ | Geestelijke Gezondheidszorg |
| LOGO | Loco-regionaal Gezondheidsoverleg en -organisatie |
| NIC | Nationaal Intermutualistisch College |

| | |
|---|---|
| OCMW | Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn |
| VICO | Vlaams Intermutualistisch College |
| VIVEL | Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn |
| VLOZO | Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk |
| VVSG | Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten |
| WHO | World Health Organisation (Wereldgezondheidsorganisatie) |
| WZC | Woonzorgcentrum |