



# DEEL 9

## Eerstelijnszorg

Filip De Rynck (UGent)  
Lieven Janssens (UAntwerpen)

## Deel 9 - Welzijns-, zorg- en gezondheidsbeleid met focus op eerstelijnszorg

### 1. Leeswijzer

#### *a. HOE KWAM DEZE TEKST TOT STAND?*

Voor de “Toekomstvisie voor lokaal en binnenlands bestuur” selecteren we 11 actuele maatschappelijke opgaven om de ideeën over een bestuurlijke architectuur te inspireren en door te denken. De studie van recente **academische onderzoeksrapporten** en gesprekken voeden dit hoofdstuk. We nodigden verschillende academici en experts uit voor een inhoudelijk **seminarie over eerstelijnszorg en pandemie** (17 november 2022). Voor dit thema sloten Dirk Dewolf (toenmalig administrateur-generaal Agentschap Zorg en Gezondheid) en Geert Molenberghs (UHasselt en KU Leuven) aan.

Voor dit hoofdstuk maken we ook gebruik van een **gesprekken** over het thema:

- Gesprek met prof. Emily Verté (VUB, voorzitter Academie Voor De Eerste Lijn) - 15 maart 2023)
- Gesprek met secretaris-generaal Departement Zorg, Karine Moykens - 17 maart 2023;
- Bijdrage op congres VIVEL verbindt! (Brussel) - 30 maart 2023;
- Bijdrage op congres Expeditie K van VVSG (Kortrijk) - 1 juni 2023;
- Bijdrage op congres met pilootprojecten eerstelijnszorg (Leuven) - 2 juni 2023;
- Gesprek met kabinetschef minister Frank Vandenbroucke, Jan Bertels - 6 juni 2023.

De **ontwerpteksten** legden we voor aan een tiental experts en stakeholders in het thema van eerstelijnszorg. We verwerkten onder meer de **feedback** van de collega's bestuurskundigen van het Steunpunt Bestuurlijke Vernieuwing (KU Leuven, UGent, UAntwerpen en UHasselt), Mark Suykens (voormalig directeur VVSG), Stef Steyaert (WhoCares, Programmamanager reorganisatie eerstelijnszorg Vlaamse overheid), Tom De Boeck en Thomas Boeckx (departement zorg), Jan De Maeseneer (UGent), Wouter Van Dooren (UAntwerpen), Bruno Vanobbergen (administrateur-generaal Agentschap Opgroeien) en VVSG (o.a. Peter Cousaert, Elke Verlinden en Tine Van der Vloet).

#### *b. FOCUS VAN DEZE TEKST?*

We beschrijven in deze tekst de maatschappelijke opgave inzake eerstelijnszorg en wat dat betekent voor het **lokaal bestuur**, voor de **Vlaamse overheid** en voor de **interbestuurlijke verhoudingen**. We hebben in deze tekst vanzelfsprekend ook veel aandacht voor de federale overheid die binnen haar bevoegdheden grote impact heeft op het thema en het lokale niveau.

De focus ligt vooral op de **interbestuurlijke relaties** en het probleem van **bestuurskracht bij lokale besturen**. We gaan minder in op alle initiatieven en het reguliere beleid van lokale besturen, de Vlaamse en federale overheid (RIZIV, sociale zekerheid, financiering).

We zijn **geen vakspecialisten** in deze materie maar denken de analyse over het binnenlands bestuur door op dit domein via gesprekken en studie van academisch onderzoek. De inhoud van de tekst valt onder de verantwoordelijkheid van de twee penhouders van de toekomstvisie (Filip De Rynck en Lieven Janssens) en is verder voorwerp van debat. We pretenderen dus geenszins volledigheid, noch dat dit de enige visie is op het aanpakken van de maatschappelijke opgave.

### ***C. UIT HET PROFIEL VAN LOKALE BESTUREN 2030-2040***

Het profiel van lokale besturen (hoofdstuk 3 uit de “Toekomstvisie op het lokaal en binnenlands bestuur”) bevat een aparte alinea over welzijnsbeleid en in het bijzonder over de eerstelijnszorg, die in deze tekst centraal staat. De eerstelijnszorg is uiteraard verbonden met andere beleidsdomeinen: het brede sociaal beleid (zie apart hoofdstuk); het veiligheidsbeleid (integrale benadering i.s.m. hulpverlening, bv. verslavingsbeleid) en het ruimere gezondheidsbeleid (ziekenhuizen, werking van huisartsen, preventie). Het profiel gaat ook in op de opdracht voor het lokaal bestuur om in **netwerken** een verbindende rol op te nemen. Dat geldt zeker voor zorg en welzijn waarvoor heel wat private, profit- en non-profit-actoren actief zijn. Dat gebeurt deels ook in **bovenlokale vormen**: de eerstelijnszones (ELZ), de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW), de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), ziekenhuisnetwerken en bijvoorbeeld de netwerken in het kader van de LOGO's (het lokaal gezondheidsoverleg).

→ *Uit het profiel:*

#### *Een breed welzijnsbeleid*

Het lokaal bestuur organiseert de dienstverlening op de eerste lijn (maatschappelijk werk) om ieders **grondrechten** te garanderen om menswaardig te kunnen leven en voert een actief beleid om die grondrechten zo goed mogelijk te realiseren op zijn grondgebied, onder meer voor sociale bijstand, wonen, werk, gezondheid en onderwijs.

Het lokaal bestuur voert een **sociaal beleid** dat rekening houdt met veranderende noden en omgeving. Het bouwt trajecten uit om mensen te activeren tot deelname aan de maatschappij. Het lokaal bestuur ondersteunt mensen met zorgnoden. Het beleid gaat om met de diversiteit van doelgroepen en is in staat om maatwerk te leveren voor mensen en huishoudens in uiteenlopende leefsituaties. Die **inclusie** vraagt een totaalvisie: toegankelijkheid (bv. fysieke toegang en bereikbaarheid), een onthaalbeleid (bv. inburgering), taalbeleid (bv. Onthaalonderwijs voor Anderstalige Nieuwkomers (OKAN), taal-/praatpunten, nieuwkomers) en het werken aan participatie (bv. vrijetijdsparticipatie) en diversiteit (lgbtiq+, gelijke kansen, Plan Samenleven).

Het lokaal bestuur **benadert opvoeding en kinderopvang** integraal via het Huis van het Kind en het nieuwe BOA-decreet waarbij de rol evolueert naar een krachtige regierol met de verantwoordelijkheid van het lokaal bestuur voor een geïntegreerd aanbod buitenschoolse opvang en betaalbare/toegankelijke activiteiten (in samenwerking met private en publieke opvanginitiatieven, jeugdverenigingen en sportclubs, bibliotheken, speelpleinwerking, scholen).

Lokale besturen beschikken over instrumenten om hun buurten goed te kennen en hun aanbod **buurtspecifiek** te maken. Een betere inzet van data en gegevens (bv. populatieonderzoek, buurtprofielen van zorgzame buurten) om vraag en aanbod in kaart te brengen is een essentiële voorwaarde.

Het lokaal bestuur maakt op het vlak van **actor- en/of regierollen** eigen keuzes over het aanbod van en de samenwerking met onderwijs, armoedebestrijding, kinderopvang en ouderenzorg. Het is in staat een regierol te vervullen in overleg met actoren uit de non-profit- en profit-sector. Het lokaal bestuur maakt ook werk van een publiek debat over het lokale sociaal beleid in de gemeenteraad / OCMW-raad. Het bestuur geeft aan hoe keuzes van individuele sociale dienstverlening (in het bijzonder comité voor de sociale dienst - BCSD) doorwerken in de relevante beleidsdomeinen van het lokaal bestuur en de collectieve keuzes in het sociaal beleid voeden.

#### *Een sterke eerstelijnszorg*

Het lokaal bestuur ondersteunt de netwerking op de eerste lijn vanuit een visie op een geïntegreerd breed onthaal en een toegankelijke eerstelijnszorg (bv. eerstelijnspraktijken). Het lokaal bestuur maakt de **koppeling tussen gezondheid, woon- en welzijnszorg, onderwijs, werk, jeugdbeleid en vrijetijdsbeleid** vanuit haar eigen sociaal beleid. Inzetten op detectie en **preventie** is de leidraad.

Dat betekent een breed 'one health' of '**health-in/for-all-policies**'-beleid dat het lokaal bestuur horizontaal door alle beleidsdomeinen van het lokaal bestuur organiseert. Die integratie vraagt afstemming en samenwerking, zowel interbestuurlijk als publiek-privaat. Het lokaal bestuur creëert de nodige capaciteit om dat ook af te stemmen in het netwerk van de eerstelijnszone (zorgraad). Werken aan preventie en gezondheid vergt samenwerking tussen sectoren maar ook zorg voor gezondheid binnen die sectoren zelf (bv. in bedrijven of het onderwijs).

## 2. Analyse van de maatschappelijke opgave en trends in het veld

### *a. DE MAATSCHAPPELIJKE OPGAVE*

De lijst met maatschappelijke uitdagingen inzake welzijn, zorg en gezondheid is lang: de vergrijzing als het grootste demografische probleem; meer patiënten met chronische aandoeningen; tekort aan handen in de zorg; arbeidsmigratie; klimaatwijziging; infectiologische uitdagingen; technologische ontwikkelingen (digitalisering, artificiële intelligentie, e-health, monitoring & gezondheidsdata); de toenemende diversiteit enz. De betaalbaarheid en kosteneffectiviteit van de gezondheidszorg staat ter discussie, zeker met de huidige staat van de publieke financiën.

Zowel op het vlak van gezondheidsvaardigheden als van de participatie aan preventieve gezondheidszorg, is er een gezondheidskloof. Een groter wordende groep mensen stelt zorg uit vanwege de kostprijs (De Maeseneer, 2020).

De **verwevenheid van welzijn, zorg en gezondheid** is gevat met de term '*one health system*' of ook wel een '*health in/for all policies*': transversaal, geïntegreerd, interdisciplinair werken zijn de kernwoorden. Werken aan gezondheid vergt samenwerking tussen sectoren, maar ook zorg voor gezondheid in die sectoren (bv. in bedrijven of het onderwijs). Tot daar de theorie. Die integratie bereiken we niet alleen met discussies over bevoegdheden. Het vergt afstemming en samenwerking, zowel interbestuurlijk als publiek-privaat. We hebben doelstellingen nodig op de lange termijn, een aanpak via programma's, analyses van de impact van maatregelen, monitoring, en het delen van data, die ook op wijkniveau beschikbaar zijn.

**In crisisperiodes (cf. COVID-19 en Oekraïne) dwingt de urgentie om meer geïntegreerd te werken.** De crisissen toonden het belang van het lokale niveau, de voordelen van samenwerking tussen het federale en het Vlaamse niveau, binnen de Vlaamse overheid en met de lokale besturen. We slagen er echter maar moeilijk in om die goede praktijken in de reguliere werking van onze zorg te realiseren.

## ***b. TRENDS EN EVOLUTIES IN HET VELD***

Het zorgaanbod in ons land heeft een **hoge kwaliteit**. We beschikken over heel gespecialiseerd personeel, actuele technologie en een uitgebreid aanbod. De toegang is bovendien voor veel mensen betaalbaar, fysiek nabij én ook laagdrempelig. Dat kwaliteitsvolle systeem staat onder druk door een mix van factoren. We geven enkele voorbeelden:

- Mensen leven langer, er zijn meer chronische ziektes en meer mensen met gecombineerde ziektebeelden. De re-integratie van de groeiende groep langdurig zieken is problematisch.
- Het hoge aantal depressies, burn-outs en zelfdodingen zet geestelijke gezondheidszorg onder druk.
- Overconsumptie van diagnostiek (lab, beeldvorming) en van geneesmiddelen. De gegevensdeling (bv. via het globaal medisch dossier - GMD) kan veel beter<sup>1</sup>.
- De financiering ondersteunt te weinig de omslag naar preventie en de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn<sup>2</sup>. Nu domineert nog te zeer de klassieke curatieve prestatiefinanciering<sup>3</sup>.
- Vermaatschappelijking van de zorg wil zeggen dat mensen zelf meer hun zorg regisseren. Dat kan onder andere door het (informele) netwerk en de rol van vrijwilligers, informele zorg en mantelzorg te versterken. Onderzoek toont echter ook dat veel mensen dat zelf niet kunnen, vooral door de complexiteit van de zorg (Dursin, 2021).
- De sociale insteek van de zorg is zelf een punt van zorg. Wie ziek is, kan in België rekenen op de federale sociale zekerheid voor de terugbetaling van kosten. Wie veel zorg nodig heeft (bv. mensen met een handicap), hebben veel andere kosten. De Vlaamse sociale bescherming die steunt op het verzekeringsprincipe komt daar slechts gedeeltelijk aan tegemoet (Verschuere en Hermans, 2020).

'Zorg op maat', 'zorg dicht bij mensen', 'zorgzame buurten', 'inclusieve zorg': aan dit soort begrippen is geen gebrek. **De eerste lijn staat in het toekomstmodel voor de zorg centraal**. Op dat niveau streven we naar de samenhang binnen de zorg, tussen zorg, welzijn en de leef- en wooncondities van mensen: tussen informele zorg, vrijwilligers en professionele zorg. Over die eerste lijn en de organisatie ervan in het binnenlands bestuur gaat het hieronder.

## ***c. DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG EN NIEUWE EERSTELIJNSZONES***

### **Eerstelijnszorg en de eerstelijnszones (ELZ's)**

Eerstelijnszorg is nabije, laagdrempelige en toegankelijke zorg. Het zit tussen enerzijds de nulde lijn van de zelfzorg en anderzijds de tweede lijn van ambulante gespecialiseerde zorg en de zorg in het ziekenhuis. Op de eerste lijn zien we onder meer huisartsen, kinesitherapeuten, tandartsen, diëtisten, vroedvrouwen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, eerstelijnspsychologen, maatschappelijk assistenten, apothekers, enzovoort.

---

<sup>1</sup> Zie het 'Belgian Integrated Health Record':

[www.togetherwemakechangeappen.org/images/BIHR-final-note-dd-15-02-2022-NL.pdf](http://www.togetherwemakechangeappen.org/images/BIHR-final-note-dd-15-02-2022-NL.pdf)

<sup>2</sup> Dit sluit aan bij de uitgangspunten van een geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid: een stevige basis voor alle kinderen en jongeren met een positieve, inclusieve leefomgeving waarin zij zo veel mogelijk kansen krijgen, met beschermende factoren en inzet op preventie, vroegdetectie en -interventie. Wanneer een bepaalde vorm van aanvullende, specifieke ondersteuning nodig is (in om het even welke 'lijn') is een belangrijke connectie met die basiszorg nodig. In het plan 'Vroeg & Nabij' noemt men dat 'bijshakelen'.

<sup>3</sup> Zie lancering van de New Deal:

<https://vandenbroucke.belgium.be/nl/naar-een-new-deal-voor-de-huisartspraktijk>

Op die eerste lijn is geïntegreerde zorg nodig, tussen al die zorgberoepen, maar ook tussen sensibilisering, preventie, diagnose, behandeling, opvolging en revalidatie (Vandeuren en Steyaert, 2022).

Die eerste lijn staat onder druk: meer mensen met chronische ziektes, mensen die langdurige zorg nodig hebben, patiënten die sneller naar huis keren door de kortere opnames in het ziekenhuis. Dat leidde in 2017 tot de start voor een hervorming naar een gedecentraliseerde geïntegreerde eerstelijnszorg<sup>4</sup>.

De Vlaamse overheid richtte **60 eerstelijnszones** op (ELZ), telkens voor 70.000 tot circa 130.000 inwoners. De zorgraad stuurt de zone aan: in die raad zitten alle partners uit de eerste lijn: lokale besturen, gezondheidsberoepen, actoren uit de welzijnszorg en hulpvragers. Andere partners kunnen aansluiten.



*Figuur: de eerstelijnszones in Vlaanderen (Agentschap Binnenlands Bestuur, 2023)*

### **Koppeling met welzijnszorg**

De koppeling met de welzijnszorg zit in het concept van de eerstelijnszones en dat brengt relaties mee met kansarmoede, met woonzorg, met het probleem van toegankelijkheid van zorg, de automatische rechtenverkenning en participatie van hulpvragers.

Daarom ligt ook de koppeling met het **geïntegreerd breed onthaal (GBO)** voor de hand. Dat betekent dat, in principe, de persoon met een zorgnood centraal staat. Het GBO verbindt lokale besturen, de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) en de mutualiteiten. De basis van het netwerk op de eerste lijn is de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een groep mensen (Steunpunt Mens en Samenleving, 2023).

**Iedere persoon moet toegang hebben tot een interprofessioneel eerstelijnsnetwerk.** De instap is de inschrijving in een huisartspraktijk. Meer dan 95% van de Vlaamse bevolking heeft een huisarts en 70% van de Vlaamse bevolking heeft een globaal medisch dossier in een huisartspraktijk<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Zie het WHO-rapport: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7497-47264-69316>

<sup>5</sup> Zie RIZIV en publicatie in Artsenkrant: [www.artsenkrant.com](http://www.artsenkrant.com)

Een eerstelijnsnetwerk heeft in landelijke gebieden minstens 5.000 ingeschreven burgers, in stedelijke gebieden minstens 10.000. Iedere huisarts, apotheker, straathoekwerker, elk OCMW of CAW moet mensen naar het netwerk toeleiden.

Het **lokaal bestuur zou in principe de regie** moeten voeren in de ELZ. De werking steunt op een omgevingsanalyse om kwetsbare doelgroepen te detecteren en om hen te kunnen benaderen, bijvoorbeeld in het kader van de automatische rechtenverkenning (zie de REMI-tool van de OCMW's: REferentiebudget voor een Minimaal Inkomen).

Ondertussen zijn al mooie voorbeelden ontstaan van **samenwerking op die eerste lijn**:

- de geïntegreerde interprofessionele wijkgezondheidscentra: huisartsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, kinesitherapeuten, eerstelijnspsychologen, gezondheidspromotoren, e.a. bieden zorg aan wie zich inschrijft ([www.vwgc.be](http://www.vwgc.be));
- de vaccinatiencentra in de coronaperiode;
- de 13 pilootprojecten met zogenoemde 'brede eerstelijnspraktijken' in huisartsarme regio's, samenwerkingsverbanden tussen het lokaal bestuur en de huisartsenpraktijk (bv. Pioen in Vorselaar);
- de zorg- en welzijnscampussen (De Zuidkaai in Eeklo, Portavida in Genk, Nieuwenbos in Dilbeek, welzijns-campus Brecht, Egmont in Zottegem, zorgcampus Duffel, Asster in Sint-Truiden);
- eerstelijnsgezondheidscentrum De Bildings in een kwetsbare wijk in Kortrijk, en voorbeelden in Merchtem en Hoeilaart tussen huisartsen en lokale besturen;
- de inzet van zogenoemde *community health workers* in een aantal steden;
- het programma 'zorgzame buurten' (bv. Geel: informeel buurtzorgnetwerk verbonden met formele zorgverstrekkers).

## De kinderziektes

De samenwerking in de ELZ is pril en heeft kinderziektes:

- De ELZ's zijn bijna alleen bezig geweest met COVID-19<sup>6</sup> en worstelden met structuren en administratie die samengaan met de oprichting van een vzw per ELZ.
- De Vlaamse overheid had zogenoemde transitiecoaches aangesteld die het netwerk in de opstart moesten ondersteunen in zogenoemde veranderfora. Die ondersteuning is, deels door corona, te vroeg afgebroken waardoor heel wat eerstelijnszones geen inhoudelijk plan en gemeenschappelijke doelstellingen hebben.
- In principe zijn allerlei koppelingen nodig tussen zorg, welzijn en bijvoorbeeld veiligheid, vrije tijd, hulpverlening, onderwijs... De meeste ELZ's hebben daar geen traditie, noch ervaring mee.
- Niet elk lokaal bestuur zit in het bestuursorgaan van de zorgraad. De ziekenhuizen zijn ook niet overal vertegenwoordigd. Het eerstelijnsdecreet is ondertussen wel herzien en reikt bepaalde oplossingen aan. Zo zouden nu wel alle lokale besturen vertegenwoordigd zijn.
- Bestuursleden, voorzitters en coördinatoren van de ELZ's krijgen weinig ondersteuning. Het steunpunt VIVEL kreeg wel de opdracht tot ondersteuning, maar het is onduidelijk wat hun rol is. Niet in elke ELZ zitten voldoende deskundige en gemotiveerde beleidsverantwoordelijken met een mandaat van de respectieve organisaties.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Zie studie Steunpunt WVG 'Evaluatie van de aanpak van de COVID-19-crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van het zorglandschap' (mei 2022).

<sup>7</sup> Wanneer meer competenties en middelen voor lokale gezondheidszorg in steden en gemeenten nodig zijn, is een investering nodig in 'capacity building'. Dat is mogelijk ook een rol voor de VVSG in samenwerking met het eengemaakte Departement Zorg van de Vlaamse overheid.

### 3. Elementen voor de toekomstvisie

#### *a. WAT BETEKENT DIT VOOR HET LOKAAL BESTUUR?*

Hierboven stond het 'profiel van het lokaal bestuur anno 2030-2040' al beschreven. Daarin staat een **uitgebreide taakstelling** met elementen van maatwerk, netwerking, integrale koppeling van beleidsdomeinen, actor- en regierollen.

Veel lokale besturen hebben **nu niet de bestuurskracht om die taken op te nemen**. Bestuurskracht betekent investeren in voldoende en competent personeel die eerstelijnszones opvolgen en daarin een centrale rol kunnen spelen. Bestuurskracht betekent voldoende capaciteit in de eigen organisatie van het lokaal bestuur om de werking van de ELZ te koppelen met het lokale beleid. Dat alles veronderstelt dat lokale besturen de zorgraad als een volwaardige partner erkennen (en omgekeerd) en dat is op veel plaatsen nog niet het geval. Lokale besturen zouden hun lokale sociale beleid dan moeten afstemmen op het overleg in de zorgraad en daar staan we nog ver van af. Maar, zoals aangegeven, ook in de ELZ zelf is nog veel werk te doen om tot doelstellingen en acties te komen.

Het mag dan al zo zijn dat de **decentrale eerstelijnszorg** op papier op een groot draagvlak kan rekenen, in de praktijk ziet lang niet iedereen die sterkere rol van de lokale besturen zitten. Dat botst met machtsverhoudingen bij ziekenfondsen, artsen ... Dat bleek en blijkt ook in discussies over de totstandkoming van de eerstelijnszones, over het voorzitterschap in ELZ's, discussies in het verzekeringscomité (federaal), bij discussies over een ander financieringsmodel, bij proefprojecten waarbij verpleegkundigen in huisartspraktijken (VIHP) op het niveau van buurten/lokale besturen ter beschikking zijn voor een hele populatie; bij de opstart van nieuwe brede eerstelijnspraktijken in verbinding met lokale besturen.

De verticale **machtsverhoudingen** domineren nog vaak op de horizontale samenwerking. Dat vertakt zich ook op het niveau van politieke kabinetten en administratie: niet zozeer lokaal, maar wel op Vlaams en federaal niveau.

#### *b. WAT BETEKENT DIT VOOR DE VLAAMSE OVERHEID?*

Op het niveau van de Vlaamse overheid is het besef van de **nood aan 'health in/for all policies'** aanwezig. De welzijnsadministraties Agentschap Opgroeien, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, het Departement Zorg willen evolueren naar een geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid en verwoorden hun ambities in het *plan 'Vroeg en Nabij'*, met betrokkenheid van het Departement Onderwijs en Vorming en het Departement Cultuur, Jeugd en Media.

Het ontbreekt niet aan goede intenties, maar dat neemt niet weg dat de verkokering op het Vlaamse niveau nog altijd het dominante patroon is. De verschillende sectorale kokers krijgen via de eigen budgetten weinig stimulansen tot intersectorale samenwerking en tot horizontale koppeling op het lokale niveau via lokale netwerken.

Welzijn en gezondheid meer homogeen clusteren lijkt een logisch principe. Ook in het kader van het verbinden met essentiële beleidsdomeinen zoals wonen, werk, publieke ruimte en onderwijs. In het licht daarvan is de fusie naar één Vlaams Departement Zorg al een belangrijke stap.



De Vlaams-lokale verhoudingen zijn een onderdeel van die geïntegreerde benadering. **De ELZ's zouden voor het lokale maatwerk moeten zorgen.** De Vlaamse overheid moet dat faciliteren. De ELZ's kenden een manke start: er was nog geen traditie van overleg binnen die ELZ's en soms zelfs geen personeel om de zones uit te bouwen<sup>8</sup>. Ondertussen had de Vlaamse Regering de nota *'Slagkrachtige zorgraden door versterken rol lokale besturen, verhogen betrokkenheid welzijnsveld en actualisering van de opdracht'* goedgekeurd. Die nota legt de basis voor het bestuur, de afstemming met de lokale besturen voor het lokale sociale beleid, de uitbreiding van de zorgraad met andere relevante actoren (VAPH/Opgroeien) en een nieuw financieringsmodel<sup>9</sup>.

Nu de coronacrisis (en de vaccinatiecentra) geen of amper energie meer opslorpen, is het tijd voor versnelling. Er ligt nog veel werk op de plank: concrete samenwerkingstrajecten, populatiemanagement (zicht krijgen op noden, de betrokkenheid van de hulpvragers) Na de herziening van het decreet is de rol voor lokale besturen in de zorgraden belangrijker en kan de governance definitief vorm krijgen. **Zorgraden** waren oorspronkelijk bedoeld als een netwerkorganisatie voor klassieke partners uit het welzijns- en zorglandschap, maar in de conceptie van de eerstelijnszones pasten organisaties zich aan die dynamiek aan: bv. mutualiteiten, verpleging, gezinszorg ... Het platform van een eerstelijnszone heeft dus zeker nog potentie om verder te evolueren. De betrokkenheid van de lokale besturen is cruciaal. Grotere gemeenten moeten in de ELZ samenwerken met kleinere gemeenten; er is maatwerk nodig tussen zones die op het vlak van de demografie heel verschillend zijn. **Zowel in de ELZ als bij de lokale besturen is versterking van bestuurskracht nodig.**

In het eerstelijnsdecreet is oorspronkelijk voorzien in een bovenbouw van een **regionaal zorgplatform** dat, ongeveer op het niveau van de 15 referentieregio's, voor afstemming zou moeten zorgen tussen de eerstelijnszones (bv. zorgstrategische planning). Of daarvoor een apart platform nodig is, is nog een vraag, maar de schaal voor afstemming is wel relevant. Een afstemming van alles is niet realistisch in het landschap van welzijn en zorg. Dat bevat daarvoor te veel sectoren, te veel verscheiden organisaties met een verzuilde traditie. Voor het binnenlands bestuur zien we deze bouwstenen:

- **Grotere lokale besturen** die meer bestuurskracht hebben voor de regierollen (geïntegreerd breed onthaal, BOA-decreet & Huis van het Kind, data en gegevensdeling).
- In de opstap naar fusies kunnen **referentiezones** functioneren. In hoofdstuk 4.3 in de publicatie "Toekomstvisie op het lokaal & binnenlands bestuur" werken we dat verder uit. De referentiezones zijn een combinatie van politiezones en de ELZ, met een minimale schaal van 70.000 tot 130.000 inwoners. Die zone steunt op de vertrouwdeheid van bestaande samenwerking, op criteria voor centrumfuncties, binnen logische sociologische gehelen.
- Samenwerking op het niveau van de **referentieregio's**. De ELZ's kunnen de sector gezondheids- en welzijnszorg in het overleg op het niveau van de referentieregio vertegenwoordigen. De schaal van de referentieregio valt samen met het werkingsgebied van de huidige lokale gezondheidsoverleggen<sup>10</sup> (LOGO's), de netwerken jeugdhulp, de netwerken geestelijke gezondheid (CGG) en het welzijnswerk (CAW)<sup>11</sup>, de justitiële afdelingen (cf. justitiehuisen) en een aantal ziekenhuisnetwerken. Andere ziekenhuisnetwerken volgen echter een heel andere logica. Voor de afstemming met de zorgstrategische planning is de afstemming met de ziekenhuizen binnen de referentieregio belangrijk.

---

<sup>8</sup> Steunpunt WVG (2022), Evaluatie van de aanpak van de COVID-19-crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van het zorglandschap.

<sup>9</sup> Kerntaken van de zorgraad (na de wijziging van het decreet): 1. Organisatie en aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning afstemmen op de vraag - 2. Lokaal sociaal beleid ondersteunen - 3. Beroepsverenigingen ondersteunen - 4. Eerstelijnszorgaanbieders ondersteunen - 5. Meewerken aan Vlaamse gezondheidsdoelstellingen.

<sup>10</sup> Al zijn die LOGO's op dit moment voorwerp van een grondige hertekening. LOGO's zouden zich ook nog meer op het niveau van de eerstelijnszones moeten richten en organiseren.

<sup>11</sup> Die hun eerstelijnsfunctie zouden moeten laten samenvallen, of minstens organiseren, op het niveau van de ELZ's.

Er is op het niveau van de referentieregio's geen nood aan juridische structuren. Dat is een functioneel niveau waar netwerkverbinders en specialisten nodig zijn. De Vlaamse overheid kan die ter beschikking stellen (bv. vanuit de fusie binnen het Departement WVG, het eerstelijnssteam 'algemeen welzijnswerk' en het voormalige Agentschap Zorg Gezondheid (team eerstelijnszorg)).

### *C. WAT BETEKENT DIT VOOR DE FEDERAAL-VLAAMSE VERHOUDINGEN?*

#### **Een hardnekkig systeem**

Elk systeem heeft de sterke tendens tot zelfbehoud. Het gezondheidssysteem is daarvan zeker een voorbeeld. Het past zich maar moeizaam aan nieuwe evoluties aan. **Welzijn en zorg zijn dan nog twee systemen**, met vergelijkbare tendensen tot behoud van de bereikte evenwichten. We zien dat op alle niveaus. Op het Vlaamse niveau is het voorlopig nog een open vraag wat de fusie tussen het Departement WVG en het Agentschap Zorg en Gezondheid tot één Departement Zorg kan betekenen. Op het lokale niveau is de integratie van het OCMW en de gemeente op veel punten en plaatsen nog lang niet zo ver dat de meerwaarde van die integratie in de praktijk blijkt. Het gaat om twee operaties tot systeemverandering dus, op twee overheidsniveaus en met nog open vragen over de effecten. Een ander onderdeel van het systeem is de verhouding tussen de federale en de Vlaamse bevoegdheden.

Vooraf geven we nog eens uitdrukkelijk aan dat wij in deze tekst kijken en redeneren vanuit het lokale niveau, dat van de noodzakelijk meer effectieve en efficiënte afstemming in de eerstelijnszones. Ook in het debat over eventuele volgende stappen in de staatshervorming is dat ons uitgangspunt.

#### **Samenwerking met non-profitorganisaties: de nood aan netwerking**

Mensen met acute zorgnoden hebben geen boodschap aan de mededeling dat hun problemen opgelost zullen zijn, na eerst nog een volgende staatshervorming. Zo lang kunnen de meesten helaas niet wachten. Daarom is de inzet op verbeterde netwerking, op alle niveaus en tussen de niveaus, hoe dan ook, een noodzaak. Wie zich achter de zagezegde noodzaak van een staatshervorming verschuilt om ondertussen de eigen maatschappelijke verantwoordelijkheid in lokale netwerken niet op te nemen, pleegt schuldig verzuim.

Daarom is in de huidige situatie het inzetten op een verbeterde lokale netwerking de enig mogelijke en ook noodzakelijke en urgente denkpiste. Die kan ons wel aan heel eind op weg helpen. Dat vereist echter zowel van de lokale besturen als van de Vlaamse overheid al behoorlijk wat inspanningen. Lokale besturen zullen hun eigen interne werking kritisch tegen het licht moeten houden: draagt die bij tot of hindert die de afstemming op de eerste lijn? De integratie tussen OCMW en gemeente is daarvan een belangrijk onderdeel. De Vlaamse overheid kan op vele manieren de lokale netwerking stimuleren. In het hoofdstuk over het sociaal beleid wijzen we op het belang van het dereguleren van allerlei zogenoemde gemandateerde netwerken waarbij de Vlaamse overheid de organisatie van lokale netwerken vanuit een hoofdzakelijk sectorale invalshoek bepaalt. De deregulering van die netwerken moet de ruimte vergroten van lokale actoren om tot samenwerking te komen op maat van gebieden en cliënten.

We wijzen in het hoofdstuk over het sociaal beleid ook op de centralisatie bij grote koepelorganisaties. Zij zouden hun lokale afdelingen moeten mandateren en ruimte geven om hun verantwoordelijkheid in lokale netwerken op te nemen. Die stappen zouden de lokale netwerking in de eerstelijnszones al sterk verbeteren.

In de huidige situatie, en zonder staatshervorming, zou de federale overheid zich ook sterker kunnen inschrijven in de logica van de lokale netwerking in de Vlaamse eerstelijnszones en hun tegenhangers in Wallonië en in het Brusselse gewest. Dat zou het leidende principe kunnen zijn in het zogenoemde 'Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg', dat nu maar moeizaam tot stand komt.

Het zou dus voor de lokale netwerking al een stap vooruit zijn als de territoriale afbakening in de regio's een erkende plaats krijgen in het federale beleid (eerstelijnszones en de regionale zorgplatformen in Vlaanderen en de Proximité in Wallonië). Dat zou voor vertrouwen kunnen zorgen waardoor er meer ruimte komt voor gedeelde beleidsdoelstellingen. Federale financiering en de federale organisatie van de zorg enten op deze territoriale zones zijn federale instrumenten om die doelstellingen te bereiken.

Inzetten op netwerkcoördinatie en partnerschapsdenken kan misschien meer opleveren dan een volgend rondje staatshervorming. En, nogmaals: er is geen excuus denkbaar om daar niet op in te zetten. We hebben tijdens de coronacrisis gezien dat de rol van gemandateerde ambtenaren, zoals bijvoorbeeld coronacommissaris Facon, belangrijk was. Toen konden wel zaken die regulier blijkbaar niet mogelijk zijn.

Ook interbestuurlijk samenwerken (federaal-Vlaams en Vlaams-lokaal) lukte dan redelijk. In crisisperiodes konden we de dysfuncties van het politiek systeem gedeeltelijk ontwrichten: de micropolitiek, de invloed van sociale media, de partijpolitieke opstelling, de kabinetten die interageren met de administratie. Toenemende crisissen in de zorg kunnen hopelijk dat soort druk permanent maken, al beseffen we dat dit uitermate cynisch klinkt. Patiëntenorganisaties kunnen zeker mee zorgen voor voldoende druk op het systeem.

### **Een meerlagige realiteit**

We hadden het hierboven over de **omslag van (reactieve) curatie naar meer preventieve gezondheidszorg**. Het preventieplatform vertaalt het zo: *'De impact van COVID-19 op onze maatschappij zou minder groot zijn mocht ons land in alle sectoren en op alle beleidsniveaus een performant preventief gezondheidsbeleid voeren, waardoor de gezondheidstoestand van de gemiddelde Belg beter zou zijn.'* Hier stoten we op wat volgens sommigen een constructiefout is in het huidige systeem van gezondheidszorg: preventie is een geregionaliseerde Vlaamse bevoegdheid, maar de effecten ervan tekenen zich vooral federaal af (vermindering van kosten voor de ziekteverzekering en sociale zekerheid).

Dat geldt dus ook voor de effecten van preventie op het lokale niveau. De eerste lijn is overwegend de bevoegdheid van de gemeenschappen, de tweede lijn overwegend die van de federale overheid. Meer investeren in de eerste lijn kan leiden tot effecten op de tweede lijn die kleiner, meer specialistisch kan zijn en meer ambulante zorg kan aanbieden.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> De (federale) minister van Volksgezondheid zet de lijnen uit voor rekening van de federale regering. Daaronder valt de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid met ondersteuning van Sciensano en de Hoge Gezondheidsraad.

Zij zijn onder meer bevoegd voor de organisatie van de gezondheidszorg en de financiering van de ziekenhuizen.

> De Vlaams minister van Welzijn en Volksgezondheid gaat samen met het Departement Zorg over o.a. preventiebeleid, woonzorgcentra, verzorgingstehuizen, centra voor dagverzorging, geestelijke gezondheidszorg, mensen met een beperking, eerstelijnszorg, hulp aan bejaarden.

> De Waals gewestminister heeft dezelfde bevoegdheden hoewel Volksgezondheid een gemeenschapsbevoegdheid is. De Franstalige Gemeenschap heeft 2 bevoegde ministers: 1 gemeenschapsminister bevoegd voor kinderen en 1 voor wetenschappelijk onderzoek en universitaire ziekenhuizen. Bij de Duitstalige Gemeenschap is één minister bevoegd.

> Tot slot zijn in het tweetalige Brusselse Hoofdstedelijke Gewest zowel de Franse Gemeenschap als Vlaanderen mede bevoegd. De ministers daar zijn bevoegd voor o.a. mensen met een beperking, ziekenhuisbeleid, ouderenbeleid en geestelijke gezondheidszorg. Daarbovenop is er nog een aparte staatssecretaris voor preventie, maar dan alleen voor Franstalige Brusselaars. Alleen binnen Brussel dus al 3 ministers/staatssecretarissen. Dat alles smeekt om coördinatie: de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

## Moeten we bevoegdheden op hetzelfde niveau brengen om de eerstelijnszorg te versterken?

De bevoegdheden in de gezondheidszorg zijn versnipperd als een gevolg van de opeenvolgende staats hervormingen. In de recente COVID-19-pandemie bleek dit problematisch. Een federale coördinatie van beleid drong zich op. Ook buiten de crisis zijn de sociale interacties tussen de federale overheid, de gewesten en de gemeenschappen intens. Een goede coördinatie van zowel preventie als curatief beleid tussen regio's onderling en met de federale overheid is ook dan belangrijk.

Het verleden leert dat dit soort coördinatie niet eenvoudig te realiseren is. Er zijn weinig contacten tussen ministers van de federale overheid en de regio's. Er is ook geen hiërarchische relatie tussen de decreten van de regio's en de wetten van de federale overheid, zoals dat in Duitsland wel het geval is. Net omdat dit federaal-Vlaamse debat zo moeilijk loopt, pleiten we voor een versterking van het lokale niveau en de eerstelijnszones om de integratie van het beleid op maat van logische werkgebieden te realiseren. Deze responsabilisering vergt een flexibilisering van zowel het Vlaamse als het federale beleid. Het zou dus moeten kunnen dat de federale overheid in Vlaanderen werkt met eerstelijnszones en in Wallonië met de zogenoemde "réseaux loco-régionaux" van het Proxisanté-plan<sup>13</sup>.

Is dan een staats hervorming nodig? Als de flexibiliteit binnen de federale overheid om gedifferentieerd te werken, zich niet realiseert en er is het vertrouwen dat de Vlaamse overheid wél dergelijke flexibiliteit kan ontwikkelen, dan valt deze piste te overwegen. Er valt echter meer bestuurlijke kracht te halen bij een federale en Vlaamse overheid die zich voor haar bevoegdheden inschakelt in de visie van lokale autonomie en maatwerk. Een vorm van tussenweg tussen de netwerking en een globaal akkoord over de federaal-Vlaamse verhoudingen, zou kunnen zijn om op een pragmatische manier te werken aan een beter functionerende eerstelijns. We geven twee voorbeelden:

- De regioafbakening voor huisartsenkringen is een Vlaamse bevoegdheid. De wachtposten van de huisartsen zijn federaal gefinancierd. Zeker als we territoriaal afbakenen, is het logisch dat de regio die ook verantwoordelijk is voor de bestuurlijke organisatie, daar een prominente rol in speelt. Dat is ook de geest van het regiodecreet en het voorstel dat we doen in functie van de hervorming van de politiezones.
- De geestelijke gezondheidszorg is verdeeld over federale en Vlaamse bevoegdheden. Zeker vermeldenswaardig is het gemeenschappelijke initiatief van minister Frank Vandenbroucke (federaal) en minister Hilde Crevits (Vlaams) in het najaar van 2023 waarbij ze de krachten bundelen om het zorgaanbod voor jongeren met mentale gezondheidsproblemen te versterken. De ministers bedden zo de psychologische zorg (federaal gefinancierd binnen de algemene ziekteverzekering) in bij Vlaamse voorzieningen die vandaag al inzetten op het bereiken van jongeren, bv. de OverKop-huizen. Een mooi coördinatie-initiatief zonder staats hervorming.

Jan De Maeseneer (De Maeseneer, 2020), Ri De Ridder (De Ridder, 2019) en ook Jo Vandeurzen en Stef Steyaert (Steyaert en Vandeurzen, 2022) doen suggesties voor een staats hervorming, maar geven ook aan dat dit voorwerp is voor politiek debat. Zo is er de keuze voor ofwel meer interbestuurlijk overleg (op basis van multidisciplinair overleg, populatie-onderzoek en case-management), dan wel een verdere regionalisering en creatie van homogene bevoegdheden daarin (Steyaert en Vandeurzen, 2022). **In onze benadering geven we aan dat de keuze voor beter interbestuurlijk overleg geen keuze kan zijn: het is een actuele noodzaak om tot betere lokale netwerking te komen, ongeacht volgende stappen in de staats hervorming.**

---

<sup>13</sup> Zie ook [www.proxisante.be](http://www.proxisante.be). Uit het Waalse Regeerakkoord van 2019: *Une organisation territoriale de l'offre d'aide et de soins sera définie avec les acteurs de santé à partir des zones de soins de première ligne réparties sur l'ensemble du territoire wallon. Une cohérence entre la première ligne et les soins spécialisés, dont les futurs réseaux hospitaliers et les soins de santé mentale sera recherchée.*

## 4. Besluit

Visienota's over de gezondheidszorg van de toekomst zijn er bij de vleet.<sup>14</sup> In al die documenten staat een **sterke decentrale eerstelijnszorg** centraal. Lokale besturen zijn daarin als democratisch verkozen besturen een cruciale speler. De toegenomen verwachtingen naar lokale besturen maken vooral duidelijk dat veel Vlaamse lokale besturen nu niet de bestuurskracht hebben om op die verwachtingen te kunnen inspelen.

In de coronacrisis hebben de Vlaamse burgers de lokale besturen en de **eerstelijnszones** ontdekt en bleek plots hoe belangrijk die lokale besturen wel zijn, altijd evenwel in een nauw en onmisbaar samenspel met tal van lokale actoren. Het '*local activism*', de inzet van veel mensen voor een betere zorg, drijft het lokale niveau aan, hoe zeer dat ook vaak moet gebeuren in de prozaïsche werkelijkheid van sectoren en beroepsorganisaties die vaak eerst met de eigen positie bezig zijn en lang niet allemaal de centrale rol van lokale besturen en een sterke eerstelijnszorg onderschrijven.

Het **gebrek aan bestuurskracht en de grote variatie** tussen lokale besturen zijn soms strategische argumenten bij private organisaties om zich te verzetten tegen een meer actieve rol van lokale besturen. Daarom ook is de versterking van de bestuurskracht van de lokale besturen een prioriteit. In dit hoofdstuk schetsen we de nood aan die schaalvergroting, het belang van schaalvergroting en de mogelijkheden tot afstemming op het niveau van de referentieregio's, waar de koppeling met de zorgstrategische planning mogelijk is.

Alle relevante actoren hebben de maatschappelijke verantwoordelijkheid om de eerstelijnszones in Vlaanderen uit te bouwen tot effectieve lokale netwerken rond de mensen die zorg nodig hebben. Om deze netwerken te laten werken, zijn **betere afspraken tussen het Vlaamse en het federale niveau** nodig, vanuit de gemeenschappelijk gedeelde bekommernis om de afstemming op het niveau van de eerste lijn te verbeteren. Het Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg, dat momenteel in opmaak is, zou daartoe een aanzet kunnen zijn, al minstens om te komen tot heldere gemeenschappelijke doelstellingen waarin de versterking van de eerstelijnszorg centraal staat, in het verlengde van en met respect voor de keuzes die de gemeenschappen nu al in die richting maken.

---

<sup>14</sup> Zie onder andere het rapport 'Fair Society, Healthy Lives' van Sir Michael Marmot; het Witboek dat het RIZIV samen met Dokters van de Wereld heeft opgemaakt; 'Bakens voor de toekomst' die het RIZIV onder leiding van Jo De Cock heeft geformuleerd bij 50 jaar ziekteverzekering; de 'Agenda voor verandering' die de Koning Boudewijnstichting definieerde na een lang proces van dialoog met burgers en stakeholders; de 'position paper' gemaakt voor de Wereldgezondheidsorganisatie; het rapport rond 'Integrated Community Care.'

## 5. Bronnen

Annemans, L., (2016), *Je geld of je leven in de gezondheidszorg*, ISBN 978-94-6131-506-9, Kalmthout: Pelckmans Uitgevers/Van Halewijk, 208 p.

Bekaert, A., Denys, B., De Muynck, J., De Vriendt, T., Foriers, L., Moons, S., Peeters, T., Plas, G., Sablon, W., Teugels, H., Theys, F., Tomsin, W., Verhoeven, I., Vervaeke, C., Verté, D. (2016), *Buurtgerichte zorg: de actief zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel*, Brussel: VVDC en Kenniscentrum Woonzorg.

Cousaert, P., Briels, G. (2021), *Lokaal besturen in de genetwerkte samenleving. Over regie voeren en het opzetten van organisatienetwerken in lokaal sociaal beleid*, Brussel: Politeia, 224 p.

De Maeseneer, J., De Munck, P., De Ridder, R., Godin, J., Hermesse, J., Sas, W., Vandenbroucke, F., & Van Parijs, P. (2020). *Goede (staats)hervorming in gezondheidszorg vraagt betrokkenheid en expertise*.

De Maeseneer, J. (2019), *Beleidsnota gezondheidszorg: perspectief 2030, De gezondheidszorg in België in 2030 - Naar een gedecentraliseerde gezondheidszorg in een solidaire samenleving*, Gent: UGent, 48 p.

De Ridder, R. (2019), *Goed ziek. Hoe we onze gezondheidszorg veel beter kunnen maken*, Van Halewijk.

Dewolf, D., Wallyn, S., *Creating 21st century primary care in Flanders and beyond*, ISBN 978 92 890 5416 4, ©World Health Organization 2019 - <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325529>.

Dursin, W. (2021), *The role of government in the implementation of personal budget policies: access, organization and choice (doctoraat)* - <https://biblio.ugent.be/publication/8712369>, Gent: UGent, 236 p.

Janssens, L. (2022), *Interprofessionele aanpak van uitdagingen in de stad versus het platteland: Pioen – een multidisciplinair gezondheidshuis als antwoord op een precaire gezondheidszorg in een huisartsarme plattelandsgemeente*, Antwerpen: zomercursus Academie voor Eerste Lijn, 2022.

Janssens, L. (2022), 'Gezondheidshuis Pioen, een innovatieve en interdisciplinaire eerstelijns-groepspraktijk in Vorselaar', in: VIEWZ, *Visie en Expertise in Welzijn en Zorg*, Brugge: Van den Broele, 5 p.

Lambert, A.-S., Op de Beeck S., Herbaux D., Macq J., Rappe P., Schmitz O., Schoonvaere Q., Van Innis A.-L., Vandenbroeck P., De Groote J., Schoonaert L., Vercruyse H., Vlaemynck M., Bourgeois J., Lefèvre M., Van den Heede K., Benahmed N. (2022), *Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België*. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE): KCE Reports 359A. DOI: 10.57598/R359AS.

Misplon, S., De Coninck, S. (2016), *Synthese van de eindrapporten van de werkgroepen i.f.v. de eerstelijnsconferentie*, Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, 71 p.

Möbius (2016), *Geografische afbakening van de zorgregio's: eindrapport*, Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, 38 p.

Nuyens, Y. en De Maeseneer, J. (2014), *Eerstelijnsgezondheidszorg: klaar voor de uitdaging? Wat met de nieuwe Vlaamse bevoegdheden?* in: *Samenleving & Politiek*, Jaargang 21, 2014, nr. 1 (januari), 95-102.

RIZIV (2014), *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*, Brussel, Kluwer.

Steunpunt Mens en Samenleving (2023), *Druk op de eerste lijn – zie jij het bos nog door de bomen?*, Brussel: SAM, maart 2023, 34 p..

- Steunpunt WVG (2022), Evaluatie van de aanpak van de COVID-19-crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van het zorglandschap, Brussel: SWVG, mei 2022, 386 p.
- Van Geertsom, J. (2018), Ten strijde tegen armoede - Het verhaal van mijn grote oorlog, in: VIEWZ Publicaties, Brugge: Van den Broele, 110 p.
- Vancaillie, S., Duppen, D., Sevenants, A., Verschuere, B., De Graef, P., Raeymaeckers, P., Verté, D., Voets, J., De Sutter, A., Schokkaert, E., Van Regenmortel, M., Put, J., Van Audenhove, Ch., Gemmel, P., Declercq, A. (2022), Evaluatie van de aanpak van de COVID-19-crisis en de beleidsaanbevelingen voor de organisatie van het zorglandschap. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vandeurzen, J., Steyaert, J. (2022), Geïntegreerde zorg: werken aan samenwerken, LannooCampus, 350p.
- Verbeeren, P. en De Cock, J. (2014), Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België, RIZIV en Dokters van de Wereld, [www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study69/pdf/witboek.pdf](http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study69/pdf/witboek.pdf)
- Verlinde, C. en De Maeseneer, J. (2017), De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van! Synthesenota Eerstelijnsgezondheidsconferentie van 16 februari 2017, Brussel: 25 p.
- Verschuere, B., Hermans, K. (2020), Welzijn in Vlaanderen: beleid, bestuurlijke organisatie en uitdagingen, Brugge: Die Keure, 256 p.
- Verté, E., Remmen, R., Tuinstra, A., e.a. (2021), Inspirerende bijdragen voor een sterke eerste lijn in Vlaanderen Conferentie Voor De Eerste Lijn 2021, Brussel: Academic and Scientific Publishers, 162 p.
- Vlaamse overheid (2022), nota aan de Vlaamse regering 'Slagkrachtige zorgraden middels het versterken van de rol van de lokale besturen in de zorgraden, het verhogen van de betrokkenheid van het welzijnsveld en de actualisering van de opdrachten van de zorgraden', Brussel: Agentschap AZG, najaar 2022, 11 p.