



De visie van Zorgnet-Icuro
op de uitrol van de persoonsvolgende financiering



Colofon: **Redactie:** Clara Van den Broeck

Eindredactie: Lieve Dhaene, Deborah Schollaert

Met dank aan Ludewei Pauwelyn en Yves Wuyts voor hun inhoudelijke bijdrage aan de tekst.

Vormgeving: www.dotplus.be

D/2017/12607/2

ISBN 9789491323263

2017©Zorgnet-Icuro vzw

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Citeren als: Van den Broeck, Clara. 2017. *Vlaamse sociale bescherming. De visie van Zorgnet-Icuro op de uitrol van de persoonsvolgende financiering*. Zorgnet-Icuro.

Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1
1040 Brussel
post@zorgneticuro.be
www.zorgneticuro.be

VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING

De visie van Zorgnet-Icuro op de uitrol van
de persoonsvolgende financiering



Inhoud

Woord vooraf	5
Deel 1. Principe: volksverzekering	6
1.1. Zorgverzekeringstegemoetkoming	7
1.2. Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden (THAB)	8
1.3. Basisondersteuningsbudget (BOB)	9
Deel 2. Vlaamse sociale bescherming: inkomsten	10
Deel 3. Vlaamse sociale bescherming: voor wie?	12
3.1. Doelgroep: personen met een zorg- en ondersteuningsnood	13
3.2. Het cirkelmodel	14
3.3. Erkende zorgaanbieders	15
> Onduidelijkheid troef	15
> Ontschotting?	16
Deel 4. Persoonsvolgende financiering	17
4.1. Waar staan we nu?	19
4.2. Waar willen we naartoe? De principes	21
> Persoon met een zorg- en ondersteuningsnood als centrale partner met recht op zorg	21
> Objectief, uniform en passend systeem van indicatiestelling	22
> Heldere definitie van publiek verzekerde zorg en ondersteuning, en organisatiegebonden kosten	25
> Geprogrammeerd erkend en gevarieerde zorgcapaciteit	28
> Kwaliteitsgarantie	28
Deel 5. Marktregulering	29
5.1. De cliënt	30
5.2. De zorgaanbieder, het professioneel netwerk	31
5.3. De zorgkas	32
5.4. De overheid	32
Besluit	33
Afkortingen	34

Woord vooraf

Met de zesde staatshervorming werden een hele reeks bevoegdheden voor zorg en gezondheid overgedragen naar Vlaanderen. Het Vlaamse regeerakkoord en de beleidsnota van minister Vandeuren van oktober 2014 stelden de verdere uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming in het vooruitzicht, met de integratie van de volgende onderdelen: *de bestaande zorgverzekering, de tegemoetkoming hulp aan bejaarden, een vraaggestuurde financiering van de residentiële ouderenzorg, de opvang in beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen, het basisondersteuningsbudget voor personen met een beperking, de revalidatie, de leeftijdsonafhankelijke hulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen en systemen van inkomensrelatering m.b.t. de eigen bijdrageregeling in de thuiszorg* (Beleidsnota 2014-2019, p. 22). Het is de bedoeling van de Vlaamse regering om het concept van de persoonsvolgende financiering – na de invoering in de sector personen met een handicap – op geijkte wijze uit te werken binnen de Vlaamse sociale bescherming. Zij wil de verschillende tegemoetkomingen samenbrengen in één systeem van sociale bescherming om op die manier een meer integraal beleid te kunnen voeren, vertrekkend van de geobjectiveerde zorgbehoefte.

De conceptnota Vlaamse sociale bescherming van mei 2015 gaf reeds de krijtlijnen aan van het nieuwe decreet. In oktober 2016 werd een eerste uitvoeringsbesluit gepubliceerd waarin de toekenning van de drie cashbudgetten en de organisatie en werking van de zorgkassen wordt geregeld. In een tweede fase van dit nieuw decreet krijgt de persoonsvolgende financiering binnen de Vlaamse sociale bescherming vorm. Het is de ambitie van minister Vandeuren om ook die tweede fase decretaal te verankeren vóór het einde van deze legislatuur (2019). In de sector voor personen met een handicap staat men al veel verder. De persoonsvolgende financiering is in die sector reeds in uitvoering met eigen specifieke wetgeving. In dit cahier geven wij een andere uitwerking aan de persoonsvolgende financiering binnen de Vlaamse sociale bescherming.

Maatschappelijke tendensen (vergrijzing, multimorbiditeit, psychische kwetsbaarheid...) dwingen het zorg- en welzijnslandschap tot aanpassing van een aanbodgestuurde naar een persoonsgerichte zorg. Het is zoeken naar een nieuw evenwicht tussen de verwachtingen van de cliënt, de betaalbaarheid, de politieke budgettaire schaarste en het organisatieperspectief. Zorgnet-Icuro wil zijn bijdrage leveren aan het debat. In dit cahier presenteren wij onze visie op de uitrol van de persoonsvolgende financiering binnen de Vlaamse sociale bescherming. Centrale uitgangspunten zijn: een rechtvaardige verdeling van de publieke middelen, de vrijwaring van de keuzevrijheid voor de cliënt en de zorgintegratie door middel van netwerkvorming tussen zorgaanbieders.

We staan aan de vooravond van de opbouw van een eigen Vlaams systeem van sociale zekerheid, naast de federale ziekteverzekering. Het biedt een enorme historische opportuniteit om te komen tot meer ontschotting en een universeel en rechtvaardig systeem dat de zorgvrager écht centraal stelt. Tegelijk impliceert het enorme veranderingen voor alle betrokken stakeholders. Het is een ambitieus plan, dat de nodige reflectie vereist vooraf, en in verschillende fases zal worden uitgevoerd, ook ná deze legislatuur. Dit onderwerp belangt elk van ons aan. We hopen dat Zorgnet-Icuro hiermee zijn steentje kan bijdragen aan het reflectieproces.

Peter Degadt
Gedelegeerd bestuurder

Etienne Wauters
Voorzitter



DEEL 1:
PRINCIPE: VOLKSVERZEKERING

“Lang zal hij leven, lang zal hij leven” luidt de wens die we elkaar wensen wanneer een extra kaarsje wordt uitgeblazen. We willen lang en gelukkig leven. Een goede gezondheid is bepalend voor dat geluk. We wensen elkaar een goede gezondheid en een warm netwerk van vrienden en familie toe. Die gelukwens hebben we deels niet in de hand. Geluk en ongeluk, het kan ons allemaal overkomen. Solidaire samenlevingen bieden een collectief vangnet voor dat toeval. Sinds de Tweede Wereldoorlog is er in ons land de sociale zekerheid, waarvan de verplichte ziekteverzekering deel uitmaakt. Werknemers en werkgevers dragen bij tot deze sociale zekerheid via belastingen op loon. In Vlaanderen kunnen zorgbehoevenden naast de Belgische ziekteverzekering rekenen op een bijkomende bescherming.¹

Het nieuwe decreet van 24 juni 2016 bepaalt dat de Vlaamse sociale bescherming een volksverzekering is waarbij de rechten zijn gekoppeld aan de betaling van een jaarlijkse bijdrage. Net zoals bij de federale ziekteverzekering kiest Vlaanderen voor een **verplichte** verzekering van een risico op zorg. Het verzekerden van een zorgrisico houdt in dat wanneer de zorgnood zich stelt, de verzekerde ook een **garantie** heeft op kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke zorg. Naast de federale verplichte ziekteverzekering creëert Vlaanderen een vangnet bij een vastgestelde zorgbehoefte. Dat principe werd reeds vastgelegd bij het ontstaan van de Vlaamse zorgverzekering op 1 oktober 2001.

De Vlaamse zorgverzekering dekt in principe enkel de **“niet- medische” zorgnood**. Dat heeft te maken met de bevoegdheidsverdeling tussen het federale en het Vlaamse niveau. De federale ziekteverzekering vergoedt de acute zorg in de eerste en tweede lijn (via nomenclatuur). De Vlaamse zorgverzekering dekt aanvullend de niet-medische kosten gebonden aan zorg. Die strikte scheiding tussen “medisch” en “niet-medisch” gaat niet langer op in de Vlaamse sociale bescherming. Door de zesde staats hervorming is de financiering van een aantal medische componenten, o.a. in de revalidatiesector, immers overgedragen aan Vlaanderen.

Volgend op de publicatie van de eerste fase van het decreet Vlaamse sociale bescherming verscheen op 16 december 2016 een eerste uitvoeringsbesluit. Daarin worden de zorgverzekeringstegemoetkoming, de Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden (THAB) en het Basisondersteuningsbudget (BOB) samengebracht. Dat zijn telkens cashbudgetten die personen met een langdurige zorgbehoefte ondersteunen. Hieronder gaan we in op de voorwaarden voor toekenning.

1.1. Zorgverzekeringstegemoetkoming

De zorgverzekeringstegemoetkoming is een tussenkomst in cash voor de niet-medische kosten ten gevolge van een langdurig ernstig verminderde zelfredzaamheid. Personen met een verminderde zelfredzaamheid kunnen er aanspraak op maken, ongeacht de oorzaak van hun zorgbehoefte, de diagnose of pathologie. De tegemoetkoming bedraagt 130 euro per maand, is vrij te besteden en wordt toegekend los van leeftijd. Ook jongeren met een verminderde zelfredzaamheid hebben er recht op, ondanks het feit dat zij nog niet bijdragen aan de VSB-volksverzekering.

De tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg wordt toegekend op basis van de graad van zorgbehoefte. De gezinszorg gebruikt de BEL-profielschaal of de BelRAI-screener voor de indicatiestelling.

¹ In punt 2 gaan we in op de financiering van de Vlaamse sociale bescherming; we gaan niet in op de beheersstructuur.

Het OCMW en de diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds zijn ook gemachtigd als indicatiesteller. In de woonzorgcentra en de psychiatrische verzorgingstehuizen volstaat een verblijfsattest om de tegemoetkoming residentiële zorg te ontvangen. De toekenning gebeurt hier dus niet op basis van een indicatiestelling van verminderde zelfredzaamheid; alle bewoners hebben er hoe dan ook recht op.

In 2015 betaalde de Vlaamse Zorgverzekering 343,8 miljoen euro tegemoetkomingen aan 244.452 zorgbehoevenden, waarvan 76.876 personen verbleven in een residentiële voorziening en 167.576 in hun thuismilieu.² In realiteit vormt de 130 euro een bijkomend inkomen voor zorgbehoevenden waarmee ze de oplopende kosten gedeeltelijk kunnen compenseren. Cliënten moeten immers een eigen bijdrage betalen in de gezinszorg en in de residentiële zorgvormen. Voor de berekening van die eigen bijdrage gelden per sector andere regels. Enkele voorbeelden:

- De gemiddelde dagprijs voor bewoners in een eenpersoonskamer in een woonzorgcentrum bedraagt 55,14 euro (exclusief supplementen). Dat komt neer op gemiddeld 1.677 euro per maand.³ Woonzorgcentra die hun dagprijs willen verhogen, dienen hiervoor een aanvraag in te dienen bij de Vlaamse Prijzendienst. Sinds de invoering van de zorgverzekeringstegemoetkoming aan ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven, is het aantal OCMW-gerechtigden gedaald.
- Bewoners in Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT) dienen ook een eigen bijdrage te betalen. De zesde staatshervorming geeft aan de Vlaamse overheid de kans om de verschillende financiële steunmaatregelen die gelden in PVT te integreren. Vandaag onderscheiden we:
 - De tussenkomst van de overheid in de dagprijs. De dagprijs in PVT ligt voor iedereen vast op ongeveer 42 euro per dag. PVT-bewoners kunnen rekenen op een tussenkomst van ongeveer 5, 10 of 15 euro, afhankelijk van hun gezinssamenstelling of hun recht op een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering.
 - Aangezien PVT-bewoners doorgaans geen inkomen uit arbeid hebben, hebben zij onder bepaalde voorwaarden recht op de integratietegemoetkoming of THAB (Tegemoetkoming voor Hulp Aan Bejaarden).
 - Vervolgens is er nog een specifieke bijkomende tegemoetkoming in acht verschillende categorieën.
- Cliënten die gebruik maken van thuisverpleging betalen daarvoor geen eigen bijdrage. De aanbieders van thuisverpleging worden door de federale overheid en het RIZIV immers niet verplicht om remgeld aan te rekenen op hun nomenclatuurprestaties.

1.2. Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden (THAB)

Personen vanaf de leeftijd van 65 jaar kunnen bij verminderde zelfredzaamheid de THAB aanvragen. Een aangewezen arts of een multidisciplinair team stelt de verminderde zelfredzaamheid vast op basis van de medisch-sociale schaal. Er zijn 5 categorieën⁴:

² Jaarverslag Vlaams Zorgfonds 2015.

³ Vlaamse nulmeting dagprijzen WZC mei 2016 - <https://www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen>.

⁴ Bedragen vanaf 1 juni 2016 (gebonden aan de index)

Bron: <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/handicap/inkomen/hulp-aan-bejaarden.jsp>

Zelfredzaamheidsgraad	Bedrag per maand
Cat 1 (7-8 punten)	83,44
Cat 2 (9-11 punten)	318,52
Cat 3 (12-14 punten)	387,27
Cat 4 (15-16 punten)	456,00
Cat 5 (17-18 punten)	560,13

De mate van afhankelijkheid bepaalt de categorie, maar niet iedereen krijgt het maximumbedrag voor zijn/haar categorie. Het bedrag wordt immers gecorrigeerd op basis van het inkomen en de gezinssamenstelling. Ongeveer 110.000 ouderen in het Vlaams Gewest ontvangen een THAB. Ongeveer 70% daarvan verblijft in een thuissituatie; 30% wordt in een residentiële setting verzorgd (woonzorgcentra, serviceflats, ziekenhuizen).⁵ De verwachte uitgaven volgens de Vlaamse Begroting 2016 voor de toekenning van de THAB bedragen 364 miljoen euro.⁶ De THAB geldt als aanvulling op het rust- of overlevingspensioen en/of de inkomensgarantie voor ouderen (IGO) en is niet cumuleerbaar met een inkomensvervangende tegemoetkoming of integratietegemoetkoming. Net zoals de zorgverzekeringstegemoetkoming is de THAB vrij te besteden.

1.3. Basisondersteuningsbudget (BOB)

Het Basisondersteuningsbudget is een nieuwe Vlaamse tegemoetkoming voor personen met een erkende handicap (of een vermoeden van handicap) en vastgestelde ondersteuningsnood. Het gaat om een vrij te besteden cashbudget van 300 euro per maand dat wordt uitbetaald door de zorgkassen. In september 2016 werd gestart met de toekenning van een BOB voor volwassenen met een handicap die sinds lange tijd met een actieve zorgvraag op de wachtlijst van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap staan.

Met het BOB kan de persoon met een handicap en/of zijn netwerk zorg inkopen en die zelf naar wens organiseren, bijvoorbeeld met de hulp van reguliere diensten zoals gezinszorg en/of vrijwilligers. Het is een financiële steun voor wie de zorg graag thuis organiseert. Het BOB wordt uitbetaald door de zorgkassen en is niet cumuleerbaar met een Persoonsvolgend Budget in de VAPH-sector.

5 Memorie van toelichting ontwerp decreet vsb maart 2016.

6 Begroting 2016 Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. <http://fin.vlaanderen.be/nlapps/docs/default.asp?id=621>



**DEEL 2:
VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING:
INKOMSTEN**

Het Vlaams Zorgfonds, een intern verzelfstandigd Vlaams Agentschap met rechtspersoonlijkheid, is belast met de uitvoering van de huidige Vlaamse Zorgverzekering en het financieel beheer van het reservefonds. In 2016 werd het Vlaams Zorgfonds omgevormd tot het Agentschap voor Vlaamse sociale bescherming.⁷ Het Jaarverslag 2015⁸ van het Vlaams Zorgfonds vermeldt de drie belangrijkste financieringsbronnen voor de Vlaamse Zorgverzekering:

- De jaardotatie vanuit de Vlaamse begroting: 120,8 miljoen euro;
- De jaarlijkse individuele bijdragen van de aangesloten leden: 205,9 miljoen euro;
- Inkomsten uit beleggingen: 28 miljoen euro.

Die inkomsten genereerden samen met andere bronnen (bv. inkomsten uit administratieve geldboetes) in 2015 een budget voor de Vlaamse Zorgverzekering van in totaal 376 miljoen euro.

De inkomsten uit beleggingen verwijzen naar het reservefonds. Via de rente-opbrengsten op dat fonds hoopt Vlaanderen de stijging van de toekomstige uitgaven gedeeltelijk op te vangen. Wanneer er jaarlijks beleggingsopbrengsten zijn, kunnen daarmee structurele uitgaven worden gefinancierd. Met de kapitaalmassa van 898,5 miljoen euro in het reservefonds zou men enkel eenmalige uitgaven kunnen betalen, geen structurele. Indien de Vlaamse regering de kapitaalmassa zou aansnijden voor eenmalige uitgaven, verliest men tevens de afgeleide rente-opbrengst. Dat zou geen juiste keuze zijn.

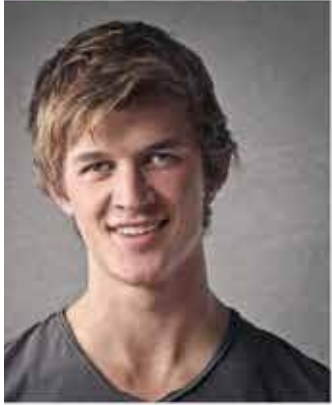
Het grootste deel van de jaarlijkse uitgaven van de Vlaamse Zorgverzekering wordt gefinancierd met algemene Vlaamse begrotingsmiddelen, geïnd via belastingen. Zonder in de technische details van de fiscale ontvangsten te gaan, kunnen we stellen dat er een zekere mate van progressiviteit geldt. De personenbelasting in België is opgebouwd vanuit een solidair progressief principe: hogere inkomens worden zwaarder belast dan lagere. Naast de rechtstreekse Vlaamse belastingsontvangsten krijgt Vlaanderen een dotatie vanuit de federale middelen.

Iedereen ouder dan 26 jaar is verplicht jaarlijks een bijdrage aan zijn zorgkas te betalen. Dat is een forfaitaire (en niet progressieve) belasting van 50 euro. Enkel personen met een verhoogde tegemoetkoming in het kader van de ziekteverzekering betalen slechts 25 euro. Waarom is dit een “vlaktaks”? Bij de invoering van de Vlaamse zorgverzekering redeneerden de beleidsmakers dat er geen maatschappelijk draagvlak was voor het optrekken van de algemene (progressieve) belastingen. Zij waren er toen van overtuigd dat een gerichte forfaitaire heffing in het kader van een “volksverzekering voor zorg” maatschappelijk wel zou worden aanvaard. Aanvankelijk bedroeg de bijdrage 25 euro per jaar; op 1 januari 2015 werd de bijdrage verdubbeld naar 50 euro. De bijdrage voor de Vlaamse zorgverzekering is sinds de publicatie van het decreet van 24 juni 2016 omgevormd naar een bijdrage voor de Vlaamse sociale bescherming

Zorgnet-Icuro is voorstander om langs inkomstenzijde bij de verdere uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming te werken met een **progressieve** heffing. Dat betekent dat “VSB-plichtigen” met een hogere financiële draagkracht een hogere VSB-premie zouden betalen dan diegenen met een lagere financiële draagkracht. Het is aan te bevelen dat de mogelijkheid van een getrappt systeem met forfaitaire schijven wordt onderzocht. Hierbij zal een afweging moeten worden gemaakt van de administratieve meerkost van de introductie van een dergelijk systeem. Langs uitgavenzijde van de Vlaamse sociale bescherming dient de nood aan zorg en ondersteuning voor zorgbehoevenden **universeel** te worden verzekerd, los van de individuele financiële draagkracht. Zorgbehoevenden betalen hun woon- en leefkost zelf, met sociale correcties. Zie hiervoor ook deel 4.

7 Decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming en het uitvoeringsbesluit van 14 oktober 2016.

8 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/jaarverslagen-vlaams-zorgfonds>.



**DEEL 3:
VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING:
VOOR WIE?**

In wat volgt leggen we de link tussen vraag en aanbod binnen de Vlaamse sociale bescherming. Enerzijds omschrijven we de ruime doelgroep van personen met een zorg- en ondersteuningsnood. Anderzijds geven we een zicht op de veelheid van professionele zorgvormen waarop de cliënt zich kan beroepen. Het is niet langer de zorgaanbieder maar de cliënt (de zorgvrager) die centraal staat. De Vlaamse regering kiest uitdrukkelijk voor het cirkelmodel. Dit model gaat uit van subsidiariteit en complementariteit in de zorgomkadering op aansturen van de cliënt.

3.1. Doelgroep: personen met een zorg- en ondersteuningsnood

Wie heeft er recht op zorg en ondersteuning gefinancierd vanuit de Vlaamse sociale bescherming? De Vlaamse regering formuleert de **doelgroep** in haar conceptnota VSB⁹ als volgt:

De VSB ondersteunt mensen met een (langdurige) zorgbehoefte in de mogelijkheid om de regie van hun zorg in eigen handen te houden. Alle personen met een (langdurige) zorg- en ondersteuningsnood moeten via de Vlaamse sociale bescherming worden versterkt in hun zelfredzaamheid en toegang krijgen tot zorg en ondersteuning.

Zij richt zich tot al wie een intense revalidatie, langdurige ondersteuning en/of zorg nodig heeft omwille van een beperking die gepaard gaat met verlies aan zelfredzaamheid. Dit verlies aan zelfredzaamheid kan een gevolg zijn van een ongeval, een lichamelijke of psychische problematiek. Deze risico's kunnen voorkomen op elke leeftijd zodat VSB dus gericht is op alle mensen in iedere levensfase en niet enkel op ouderen. Voor de meest kwetsbaren komt het erop aan dat Mattheuseffecten worden vermeden.

Het gaat dus niet alleen om langdurige zorgnoden, maar ook over bepaalde vormen van **acute zorg**. Na een crisis (bv. ongeval, psychose) kan in bepaalde gevallen een korte periode van intensieve revalidatie volstaan om de zorgdoelstellingen te bereiken zonder dat de zorgvrager blijvend nood heeft aan langdurige zorg. De periode van verlies aan zelfredzaamheid kan met andere woorden kort zijn. Hoewel de Vlaamse Gemeenschap niet bevoegd is voor de financiering van artsen (RIZIV-nomenclatuur), is ze dat wel voor de financiering van de verpleegkundige, paramedische en zorgkundige omkadering in de overgekomen sectoren. De behandeldoelstellingen, die de artsen bepalen, hebben in die zin wél effect op de via de Vlaamse sociale bescherming te financieren multidisciplinaire zorgomkadering.

Een ander belangrijk element in de definitie van de doelgroep van de Vlaamse sociale bescherming is het loslaten van het leeftijdscriterium. Het is niet de leeftijd, noch de pathologie, maar de graad van zorgbehoevendheid die de nood aan zorg en ondersteuning bepaalt. De Vlaamse sociale bescherming gaat uit van het principe van universaliteit. Binnen de budgettaire context kan iedere zorgbehoevende rekenen op zorg en ondersteuning. Vlaanderen kiest ervoor om de middelen niet langer sectorgebonden in te zetten, maar persoonsgericht en behoeftegestuurd.

Alle maatregelen die voortvloeien uit de Vlaamse sociale bescherming zouden moeten trouw blijven aan die **heldere logica**. Zorgnet-Icuro wenst mee te werken aan een **consistent geheel** voor burgers, zorgvragers, zorgaanbieders, zorgkassen, werknemers en overheid. Een consistent geheel dat de transparantie, efficiëntie en het bewustzijn verhoogt. Uitgaande van het principe van universaliteit vinden we dat op termijn ook de sector voor personen met een handicap (VAPH) moet worden geïntegreerd binnen de Vlaamse sociale bescherming (zie punt 3.2.).

9 Bisconceptnota VSB Vlaamse Regering 2015 – documentnummer: VR 2015 3010 DOC.1146/1BIS, p. 8.

3.2. Het cirkelmodel

De Vlaamse regering kiest in haar conceptnota VSB¹⁰ voor het **cirkelmodel** als referentiekader voor de opbouw van de Vlaamse sociale bescherming. Dat model is gebaseerd op het concentrische ondersteuningsmodel van de *American Association on Mental Retardation* en van de *World Health Organization (WHO)*.¹¹ Het model stelt de persoon met een zorgnood centraal. Hij of zij heeft een eigen wil, karakter, levensvisie, geschiedenis en toekomst. Zij die vanuit altruïsme of vanuit een professionele context zorg en ondersteuning bieden, leren de zorgvrager kennen als persoon, als individu.

Het individu (cirkel 1) is omringd door vijf cirkels. In eerste instantie streeft het individu onafhankelijkheid en geluk na. Het verlies van zelfredzaamheid ligt voor iedereen moeilijk. We zijn het in onze westerse geïndividualiseerde samenleving niet gewoon om "gratis" hulp te vragen. Het individu tracht in de mate van het mogelijke zichzelf te beredderen. Soms gaat dat moeilijk. Dan is hulp van derden vereist om kwaliteit van leven te behouden. Het individu zal beroep doen op zijn dichtste, intiemste cirkel voor praktische hulp en zorg. Die dichtste cirkel is de mantelzorg (cirkel 2). Vaak zijn familie en/of vrienden bereid om op regelmatige basis steun en zorg te bieden uit liefde en vriendschap voor de persoon in zorgnood. Idealiter zal ook de lokale gemeenschap (cirkel 3) uit altruïsme op informele wijze inspringen. We denken aan buren, kennissen, parochie, middenveld... die graag een stuk van de zorgvraag beantwoorden.

Wanneer die informele zorg niet meer volstaat, doet het individu beroep op professionele zorgverleners (cirkels 4 en 5): poetshulp, gezinszorg, verpleegkundige zorg, residentiële zorg, gespecialiseerde zorg... Die diensten enten zich op het persoonlijke leven van het individu in zorgnood. Het cirkelmodel vertrekt vanuit de principes van subsidiariteit en complementariteit. Organiseer de zorg zo dicht mogelijk bij de zorgvrager en werk vanuit de professionele context aanvullend op de informele zorg.

De termen "vermaatschappelijking van zorg" en "participatiemaatschappij" zijn van toepassing op dit model. Daar waar vroeger de "verzorgingsstaat" op invasieve wijze de zorg overnam, wordt nu veel meer de klemtoon gelegd op wat de persoon zelf nog kan.

In contrast met het cirkelmodel van de WHO wordt in de Vlaamse conceptnota VSB een onderscheid gemaakt tussen cirkel 4 en cirkel 5. Cirkel 4 omvat de rechtstreeks toegankelijke professionele zorgvormen: thuiszorg, dagverzorging, woonzorgcentra, kortverblijf, initiatieven beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen, revalidatie... In cirkel 5 heeft men het over de niet-rechtstreeks toegankelijke zorg voor personen met een handicap. Het gaat hier over de diensten gefinancierd vanuit het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) en gevat in het decreet persoonsvolgende financiering.¹²

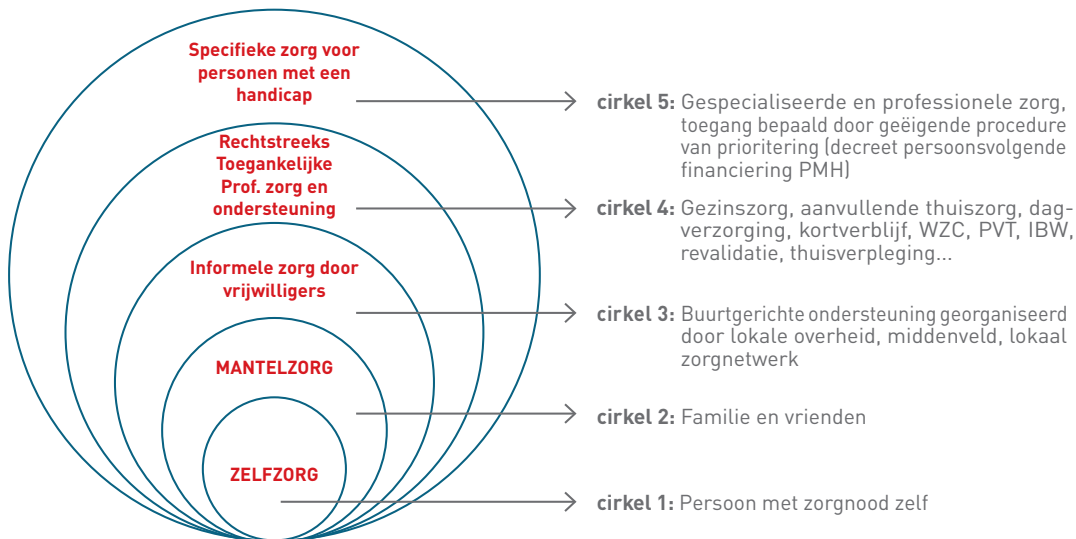
Zorgnet- Icuero is van mening dat het onderscheid tussen cirkel 4 en 5 arbitrair is. Een van de belangrijkste doelstellingen in de uitwerking van de Vlaamse sociale bescherming is "geïntegreerde zorg". Het schot tussen de VAPH-sector en de andere gezondheids- en welzijnssectoren wordt behouden. Dat is niet consequent en zelfs discriminerend voor de personen met een zorgvraag. Het cirkelmodel wordt gemanipuleerd en verliest zijn wetenschappelijke

10 Bisconceptnota VSB Vlaamse Regering 2015 – documentnummer: VR 2015 3010 DOC.1146/1BIS.

11 *WHO global strategy on people-centred and integrated health services, interim report WHO/HIS/SDS/2015.6: conceptual framework for people-centred and integrated health services* (p. 13).

12 Decreet van 25 april 2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap.

onderbouw. Het feit dat Vlaanderen de VAPH-zorg buiten de Vlaamse sociale bescherming plaatst, is een gemiste kans tot ontschotting. Ook in de thuiszorg, de ouderenzorg, de revalidatie en de geestelijke gezondheidszorg wordt gespecialiseerde zorg aangeboden. We pleiten voor het opheffen van de vijfde cirkel. Cirkel 4 moet het volledige professionele zorgaanbod omvatten (dus inclusief VAPH-zorg). Binnen deze cirkel pleiten we voor programmatie van de zeer gevarieerde zorgcapaciteit gericht naar heel verschillende doelgroepen. Afhankelijk van de doelgroep zullen bepaalde zorgvormen op lokaal niveau geprogrammeerd/georganiseerd worden (bv. woonzorgcentra). Andere zeer gespecialiseerde zorgeenheden moeten op een supraregionaal niveau worden geprogrammeerd/georganiseerd (bv. forensische PVT).



Figuur: Het cirkelmodel zoals uitgewerkt in de conceptnota VSB (p. 16) goedgekeurd door de Vlaamse Regering.

3.3. Erkende zorgaanbieders

Wanneer de cliënt beroep doet op het professionele zorgaanbod moet het voor hem/haar duidelijk zijn welke zorgkosten de overheid vergoedt. De meeste burgers zijn niet op de hoogte van de complexe bevoegdheidsverdeling tussen de Vlaamse en federale overheid. We pleiten voor meer transparantie zodat er bij geen enkele cliënt twijfel zou ontstaan over welke zorgkosten al dan niet gedekt zijn door de publieke verzekering. Hieronder gaan we in op de onduidelijkheden van vandaag en de duidelijkheid die Vlaanderen in de toekomst probeert te creëren in de Vlaamse sociale bescherming.

Onduidelijkheid troef

Personen met een zorgvraag kunnen beroep doen op een veelheid van professionele zorgaanbieders in de eerste, tweede en derde lijn. Voor hen is het moeilijk om door het bos de bomen te zien. Zo zijn er erkende en niet-erkende zorgaanbieders. Ter illustratie:

- erkende verpleegdiensten, poetshulp-, dienstencheque- en gezinszorgdiensten versus niet-erkende huishoudelijke diensten, zwartwerkers en allerlei aanbieders van alternatieve niet-erkende therapieën.
- erkende psychiatrische verzorgingstehuizen, revalidatiediensten, woonzorgcentra, ziekenhuizen versus "grijze bedden", niet-erkende herstelverblijven, "seniories" en andere zorgverblijven.

Verder is er de verwarrende bevoegdheidsverdeling tussen de deelstaten en het federale

niveau. Zo is het voor een persoon met een tijdelijke of langdurige zorgvraag allesbehalve duidelijk wat het verschil is tussen een Vlaams erkend herstelverblijf, een federaal herstelverblijf of een niet-erkend zorghotel. En waarom kan een thuisverpleegkundige geen wondverzorging geven aan een bewoner in een Vlaams woonzorgcentrum? En hoe komt het dat diezelfde thuisverpleegkundige wel wondzorg kan bieden in een Vlaams nursingtehuis? Wat is het verschil tussen een dagverzorgingscentrum, een VAPH-dagverblijf en een CADO¹³?

Ook de revalidatiesector omvat vandaag een complex geheel van revalidatiediensten die een zeer heterogene doelgroep behandelen (personen met een drugsverslaving, verkeers-trauma's, hersenletsel, een al dan niet aangeboren motorische beperking...). Dat vergt voor iedere revalidatiedienst met een eigen specialisatie een specifieke financiering. Een precieze afstemming met het federale niveau is absoluut noodzakelijk:

- De zorgkosten in de revalidatiesector worden o.m. bepaald door de behandelingsdoelstellingen die gedefinieerd worden door de artsen.
- De revalidatiediensten binnen de algemene en universitaire ziekenhuizen zijn federale materie gebleven.
- Binnen de revalidatieconventies in de GGZ zijn er de moeder-baby-eenheden. Ze zijn afhankelijk van de federale overheid voor de ziekenhuisactiviteit, de ziekenhuisopdracht die wordt opgenomen via de A-bedden. Daarbovenop geldt er een Vlaamse component voor alles wat complementair wordt geboden, met name het geheel van de ambulante behandeling en thuisbegeleiding in samenwerking met andere actoren.

Ontschotting?

Met de Vlaamse sociale bescherming tracht Vlaanderen structuur, duidelijkheid en eenheid te brengen in dat complex geheel. Voorlopig worden er slechts een gelimiteerd aantal erkende zorgvormen in de Vlaamse sociale bescherming ondergebracht, met name:

- de residentiële ouderenzorg;
- de initiatieven beschut wonen;
- de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT);
- de revalidatiesector (de revalidatieziekenhuizen en de revalidatieconventies GGZ);
- de centra geestelijke gezondheidszorg (CGG) (wordt onderzocht);
- de thuiszorg (exclusief de thuisverpleging die nog behoort tot de federale bevoegdheid).

Ook de terugbetaling van mobiliteitshulpmiddelen ressorteert sinds de zesde staatshervorming onder Vlaanderen. Ook die wordt ondergebracht in de Vlaamse sociale bescherming. Het feit dat heel wat schakels in het traject van een persoon met een acute of langdurige en complexe zorgbehoefte nog altijd federale materie is, maakt het moeilijk om een coherent, toegankelijk, betaalbaar én transparant zorgaanbod te organiseren.

Een **goede samenwerking met het federale niveau** is en blijft cruciaal om die doelstelling waar te maken. De federale overheid zal voor de zorgbehoevenden die worden ondersteund binnen de Vlaamse sociale bescherming immers o.a. de meeste behandelkosten van artsen blijven betalen, alsook de medicatie en de thuisverpleging.

13 CADO: Collectieve autonome dagopvang georganiseerd door de diensten voor gezinszorg.



**DEEL 4:
PERSOONSVOLGENDE FINANCIERING**

Het decreet Vlaamse sociale bescherming zal gefaseerd worden uitgerold. De eerste fase betreft de definitie van de cashbudgetten (zie punt 1) en de werking van de zorgkassen. Een tweede fase betreft de uitwerking van de persoonsvolgende financiering en de organisatiegebonden kosten. Dat financieringssysteem moet de persoon met een zorgbehoefte in staat stellen geëmancipeerde keuzes te maken over de invulling van zijn zorgvraag. Het accent verschuift van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg. Zorgaanbieders worden verwacht om zich te organiseren in een netwerk om zo de complexe zorgvragen te kunnen beantwoorden. Zorgintegratie komt pas tot stand wanneer er over de verschillende lijnen wordt samengewerkt. Het gezamenlijke ultieme doel van de zorgaanbieders dient te zijn: **“op ieder moment het gepaste antwoord bieden in een variërende zorgsituatie.”**

Alvorens de persoonsvolgende financiering in de verschillende sectoren tot stand kan komen, moeten een aantal randvoorwaarden worden vervuld. We denken dan aan het noodzakelijke wetenschappelijk onderzoek, een geleidelijke invoering waarbij de continuïteit voor voorzieningen wordt geborgd en een Vlaams budgettair meerjarenplan. We onderstrepen de nood aan een transitieregeling met waarborgen waarin de huidige tekorten worden weggewerkt.

De Vlaamse Regering geeft in de conceptnota VSB aan dat de persoonsvolgende financiering stap voor stap in de verschillende sectoren die vallen onder de Vlaamse sociale bescherming moet worden uitgetest alvorens kan worden overgegaan tot de effectieve invoering.¹⁴ In die werkwijze sluimert een **paradox**. Enerzijds is het goed om per sector ervaring en kennis op te bouwen over de positieve en negatieve effecten van een wijziging in het zorgfinancieringssysteem. Het zou een verkeerde beslissing zijn om halsoverkop de persoonsvolgende financiering, die nu wordt uitgerold in de sector voor personen met een handicap, door te trekken naar de overgekomen sectoren. Anderzijds impliceert vraagsturing juist meer keuzevrijheid, meer flexibiliteit, meer transparantie en minder schotten tussen zorgactoren.

Door het concept van de persoonsvolgende financiering **“sectorgebonden”** uit te rollen, riskeert men dat de bestaande schotten tussen de sectoren blijven bestaan. In dat geval vragen we ons openlijk af wat de meerwaarde is van een wijziging van het financieringssysteem.



Zorgnet-Icuro schuift in dit cahier een aantal principes naar voor waaraan het concept “persoonsvolgende financiering” in alle betrokken sectoren dient te voldoen. Dat is nodig om de compatibiliteit, de toegankelijkheid en de eenvoud te bewaren in de uitwerking van de Vlaamse sociale bescherming. We refereren even naar de autowereld. Daar hebben wagens van verschillende merken toch eenzelfde onderbouw, het **chassis**. Hoewel hun uitzicht, rijcomfort en andere functionaliteiten kunnen variëren, hebben ze dezelfde basis.

14 Conceptnota Vlaamse sociale bescherming, p. 13 en 20.

Om tot echte **zorgintegratie** te kunnen komen, hebben we een **gemeenschappelijk chassis** nodig. Enerzijds “het chassis” en anderzijds “de verdere opbouw van de wagen” verzoenen de tegenstrijdige begrippen “uniformiteit” en “specialisatie”. De financiering van de verschillende zorgvormen moet vertrekken vanuit **uniforme basisprincipes**, waardoor perverse effecten bij de toepassing zoveel mogelijk worden uitgesloten. Uniforme basisprincipes (het chassis) leiden tot een rechtvaardiger verdeling van middelen. We moeten werken aan een gemeenschappelijke taal/terminologie tussen zorgaanbieders en cliënten in de verschillende sectoren. Dat kan de samenwerking versterken. Daarnaast willen we een systeem dat passend is. Daarmee bedoelen we: een systeem dat rekening houdt met de zeer ruime en gevarieerde doelgroep van chronische en acute zorgvragers. De wagen die vorm krijgt bovenop het chassis heeft een specifiek design. We willen geen eenheidsworst. De verdere, meer specialistische uitbouw van de persoonsvolgende financiering zal variëren naargelang de modus (thuis, ambulantly, residentieel) en de specifieke doelgroep (verslaving, dementie, fysieke beperking...).

4.1. Waar staan we nu?

Personen met een (complexe) zorgvraag hebben nood aan allerhande zorg- en ondersteuningsdiensten. Maatschappelijk moeten we bepalen in welke mate we de zorgnood lenigen. Dat vergt politieke moed. Vandaag is de verhouding tussen het persoonlijk en publiek gefinancierde aandeel in de zorgkost afhankelijk van de zorgsector waarin de persoon belandt. Meer nog, in eenzelfde sector stellen we ook discriminaties vast. Zo kunnen ouderen in een woonzorgcentrum met meer RVT-dekking¹⁵ momenteel genieten van een hogere publiek gefinancierde personeelsomkadering dan ouderen met dezelfde zorgbehoefte in een woonzorgcentrum met een lage RVT-dekking. Ook in de actuele uitvoering van de persoonsvolgende financiering in de VAPH-sector stellen we discriminaties vast in het toekennen van cashbudgetten aan de cliënten.

In de toekomst moet over het principe worden gewaakt dat **de zorgbehoefte van de cliënt op uniforme wijze de financiering van de zorg bepaalt**. In het geval van de woonzorgcentra dienen alle zwaar zorgbehoevenden op RVT-niveau te worden gefinancierd alvorens kan worden overgestapt op een nieuw financieringssysteem.

Vandaag bestaan er een aantal federale en Vlaamse maatregelen die het gebrek aan financiële draagkracht van de zorgbehoevenden corrigeren. Voorts ontwikkelde de Vlaamse regering een armoedetoets.¹⁶ Via die armoedetoets gaat de regering na of haar regelgeving geen onbedoelde effecten heeft op mensen in armoede. Bij nieuwe of wijzigende regelgeving moet ook worden nagegaan of eventuele rechten die door de regelgeving worden vastgesteld automatisch kunnen worden toegekend.

Deze sociaal corrigerende maatregelen zijn absoluut noodzakelijk voor personen met een zwakke financiële draagkracht. Wij vinden het belangrijk dat de overheden voldoende budgetten vrijstellen voor sociale correcties. Vandaag, echter, zit er te weinig **eenheid** in. Dat maakt het voor de gebruikers en de professionele hulpverleners ingewikkeld. Het gros van de maatregelen dient bovendien te worden aangevraagd door de zorgbehoevenden zelf bij verschillende administraties of instanties. Ondanks de goed-

15 De mate waarin zwaar zorgbehoevenden ook effectief een RVT-omkadering genieten.

16 Website Vlaamse overheid – Armoede bestrijding <http://www4.vlaanderen.be/wvg/armoede/armoedetoets/Paginas/default.aspx>.

bedoelde armoedetoets is er vandaag van automatische rechtentoekenning weinig sprake. De slechtst geïnformeerden lopen zodoende heel wat steun mis. Duidelijke Mattheuseffecten zijn het gevolg. Het Rekenhof maakte in 2013 een analyse van de gebruikersbijdragen in de verschillende Vlaamse welzijnssectoren, en kwam daarbij tot een aantal pijnlijke conclusies¹⁷:

De gebruikersbijdrageregeling draagt onvoldoende bij tot maatschappelijk verantwoordelijke zorg:

- *Geen enkel welzijnsdomein beschikt over actuele en volledige gegevens over de geïnde gebruikersbijdragen of het aantal gebruikers.*
- *Voor de meeste voorzieningen heeft de Vlaamse Regering een gebruikersbijdrageregeling uitgewerkt. De regelgeving verschilt echter sterk van wetgevend niveau, detaillering en actualisatie.*
- *De verschillende regelgevingen slagen er zelden in voldoende te verduidelijken wat precies zit inbegrepen in een gebruikersbijdrage en wat niet. Dat bedreigt de uniforme toepasbaarheid van de regelgeving binnen een welzijnsdomein.*
- *Het Rekenhof stelde diverse situaties vast waarbij de gebruikersbijdragen onnodig kunnen verschillen tussen de diverse soorten voorzieningen. Zo verschilt de bijdrage voor een gelijkaardige hotelfunctie in de residentiële opvang van een CAW, CIG of CKG. In de ambulante gehandicaptenzorg kan de gebruikersbijdrage voor de woon- en leefkosten in grote mate afhangen van de wijze waarop een voorziening bepaalde kosten al dan niet doorrekent. Binnen de thuiszorgdiensten hangt de bijdrage voor een bepaald type welzijnszorg af van het soort voorziening dat de zorg aanbiedt.*
- *De Vlaamse overheid kan vaak niet aangeven waarom een bepaald soort voorziening een gebruikersbijdrage vraagt, noch de hoogte van de bijdrage verklaren.*
- *Het Rekenhof stelt vast dat in 43% van de onderzochte gevallen de gebruiker een bijdrage dient te betalen die geen rekening houdt met zijn draagkracht. In de overige gevallen betaalt de gebruiker niets of probeert de gebruikersbijdrage rekening te houden met de draagkracht van de gebruiker via verschillende soorten correctiemechanismen. De uitwerkingsgraad en complexiteit hiervan verschillen aanzienlijk. Naarmate de regelgeving vollediger en meer uitgewerkt is, neemt de praktische werkbaarheid vaak af. Het Rekenhof stelde ook vast dat inkomensafhankelijke gebruikersbijdragen op verschillende manieren progressief zijn, waarbij de hoogste inkomens bijna altijd relatief minder moeten bijdragen. Bovendien is de inkomensdefinitie zelf tussen de soorten voorzieningen verschillend, wat een bijkomende inconsistentie kan veroorzaken.*
- *Het Rekenhof identificeerde twee factoren die de correctiemechanismen minder effectief maken. Ten eerste kan een voorschot- of waarborgregeling een bijkomende drempel creëren. Ten tweede verplicht de regelgeving alleen bij de voorschoolse kinderopvang en de gezinszorg een jaarlijkse herberekening van de gebruikersbijdrage. Bij de andere soorten voorzieningen stemt de gebruikersbijdrage dus niet noodzakelijk overeen met de actuele situatie van de gebruiker.*
- *De meeste voorzieningen staan zelf in voor de inning van de gebruikersbijdragen. Alleen bij de bijzondere jeugdzorg en het grootste deel van de IKG-kinderopvang draagt de overheid het risico op niet-inning. Daardoor ondervinden die voorzieningen geen nadeel als ze mensen met een precair socio-economisch profiel begeleiden. De Vlaamse overheid kan niet onderbouwen waarom ze alleen bij dat soort voorzieningen heeft gekozen voor een centrale inning.*

17 Website Rekenhof – Afzonderlijke rapporten <https://www.ccrek.be/NL/Publicaties/VlaamseGemeenschap.html?verkortelijst=N#tabs-3>, p. 72.

4.2. Waar willen we naartoe? De principes

De nieuwe Vlaamse sociale bescherming kan de huidige discriminaties tussen zorgbehoevenden en de scheeftrekkingen tussen sectoren wegwerken, waardoor het geheel van publiek gefinancierde zorg en ondersteuning transparanter en efficiënter wordt voor alle burgers. Om die doelstellingen te bereiken, kiest Vlaanderen voor een systeem van persoonsvolgende financiering. Dat financieringssysteem dient te worden uitgewerkt op basis van de volgende gemeenschappelijke principes (het chassis):

- Persoon met een zorg- en ondersteuningsnood als centrale partner met recht op zorg;
- Objectief, uniform en passend systeem voor indicatiestelling;
- Heldere definitie van publiek gefinancierde zorg en ondersteuning, en organisatiegebonden kosten;
- Geprogrammeerd, erkend en gevarieerde zorgcapaciteit;
- Kwaliteitsgarantie.

In wat volgt gaan we dieper in op die basisprincipes.

Persoon met een zorg- en ondersteuningsnood als centrale partner met recht op zorg

De beleidsmakers beseffen dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood vandaag te weinig zeggenschap heeft. Door een fundamentele wijziging van het financieringssysteem hoopt men de persoon met een zorgbehoefte meer in staat te stellen geëmancipeerde keuzes te maken en de zorgaanbieders aan te zetten cliëntgericht te werken. Dat betekent dat de persoon met een zorgbehoefte centraal moet staan bij iedere beleidsbeslissing, zoals het concentrische cirkelmodel duidelijk maakt.

Zorgnet-Icuro is het eens met dit essentieel principe. We zijn ervan overtuigd dat een meer cliëntgerichte werking tot meer kwaliteit, levensvreugde en tot een (hopelijk) sneller herstel zal leiden. Binnen het regelgevend kader en de financieringsvoorwaarden willen wij als zorgaanbieders een gevarieerd pakket aan keuzemogelijkheden aanbieden aan cliënten en hun familie. Het is zoeken naar een realistisch evenwicht tussen prijs, kwaliteit en toegankelijkheid. Dat evenwicht impliceert ook dat er **grenzen** zijn aan de individuele keuzevrijheid (zie ook deel 5).

Wanneer we zorgbehoevend worden, rekenen we op goede zorg en ondersteuning. We vinden het moeilijk om in een zorgafhankelijke situatie te belanden. We willen onze eigenwaarde behouden en zoveel mogelijk zeggenschap krijgen over het antwoord op onze zorgnood. Hier moeten we een onderscheid maken tussen wat we zélf als zorgvrager verkiezen en wat maatschappelijk verantwoord is. Misschien is onze vraag niet compatibel met de *evidence-based* richtlijnen in de zorg. De zorgvraag kunnen we onderscheiden in zorgbehoefte en zorgpreferentie. De zorgbehoefte kan objectief en deskundig worden vastgesteld. De zorgpreferentie daarentegen is subjectief en eigen aan degene die de wens uit. Het omvat de zorgwens binnen het subjectieve referentiekader van de individuele cliënt. Er is een draagvlak voor sterke solidariteit in zorgbehoefte, maar minder op het vlak van zorgpreferentie.¹⁸

Er zijn echter ook **zorgmijders**. Dat zijn personen die leven in een kwetsbare situatie met een verminderde graad van zelfredzaamheid, maar niet open staan voor informele of professionele zorg. In die situaties spreekt men over de nood aan “aanklampende zorg” en “bemoeizorg”. Het is de zorg die professionals kunnen geven in zelfdestructieve situaties,

18 Mahieu, Saskia & Denier, Yvonne. *Zorg te koop? Zorgnet Vlaanderen* (2009).

bijvoorbeeld aan verslaafden. Ook bij ouderen die thuis wonen, zijn er situaties van zelf-verwaarlozing. Het kan gaan om alleenwonende ouderen die uit fierheid/vrees voor stigma geen beroep doen op gezinszorg of geen hulp willen zoeken bij het OCMW. Of ouderen die de verhuis naar het woonzorgcentrum te lang uitstellen om zo hun spaarcenten te kunnen bewaren voor hun kinderen. In de uitbouw van de persoonsvolgende financiering moeten we rekening houden met die zorgmijders.

Afhankelijk van ons maatschappelijk welvaartsniveau en ons solidariteitsbesef zal er méér of minder publiek worden geïnvesteerd in de Vlaamse sociale bescherming. We moeten tot een rechtvaardige verdeelsleutel komen die stelt welke kost wél en welke niet door de gemeenschap zal worden gedragen. De federale overheid en de deelstaten onderschrijven in hun gids *Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid* de "Triple Aim" doelstelling: een verhoging van de levenskwaliteit van de zorgbehoevenden en hun mantelzorgers; een bevolking die langer gezond leeft; en een doeltreffender gebruik van de beschikbare middelen.

Objectief, uniform en passend systeem van indicatiestelling

Zorgnet-Icuro is ervan overtuigd dat de sleutel om te komen tot een rechtvaardige en efficiënte verdeling van maatschappelijke middelen ligt in een objectief, uniform en passend systeem van indicatiestelling. De persoon met een zorgbehoefte dient op drie assen te worden ingeschaald:

- A. Zorgbehoefte-indicatiestelling: de objectieve zorgbehoefte fysiek, psychisch en medisch, los van de individuele woon- en leefsituatie;
- B. Sociale context: de woon- en leefsituatie, het persoonlijk netwerk;
- C. Financiële draagkracht van de zorgbehoevenden (en diens gezin).

Het is belangrijk dat de persoon met een zorgbehoefte zijn/haar toestemming geeft zodat zorgverleners toegang kunnen krijgen tot de persoonlijke (zorg)data die relevant zijn voor de indicatiestelling. De privacy dient te worden gerespecteerd.

A. Zorgbehoefte-indicatie

Op basis van uitgebreid wetenschappelijk onderzoek en na validatie kunnen statistisch en klinisch homogene cliëntgroepen (of zorgbehoeftecategorieën) in de zorg worden gedefinieerd. Via een objectieve indicatiestelling worden de nodige zorggegevens/parameters multidisciplinair gecapteerd en kan de zorgbehoeftegroep worden afgelijnd. De pathologie op zich is een onderdeel van die zorgbehoefte-inschaling, maar zeker en vast niet het enige element dat in beeld moet worden gebracht. We refereren naar de WHO¹⁹:

"Studies show that diagnosis alone does not predict service needs, length of hospitalization, level of care or functional outcomes. Nor is the presence of a disease or disorder an accurate predictor of receipt of disability benefits, work performance, return to work potential, or likelihood of social integration. This means that if we use a medical classification of diagnoses alone we will not have the information we need for health planning and management purposes. What we lack is data about levels of functioning and disability."

Naast het ziektebeeld moeten dus bijkomende zorggegevens in beeld worden gebracht om een holistisch zicht te krijgen op het zorgprofiel (of de zorgbehoeftecategorie).

De zorgbehoefte-meetschaal bevat een wetenschappelijk onderbouwd algoritme dat leidt tot verschillende zorgbehoeftecategorieën. De meetschaal en het daaraan gekoppelde algoritme moeten naar werking en gebruik:

- *cherry picking* en overscoring vermijden;

19 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization. 2001.

- breed inzetbaar zijn in verschillende zorgsetting en multidisciplinair in te vullen;
- *evidence-based* zijn;
- gebruiksvriendelijk en “uitklapbaar” zijn. Naargelang de complexiteit van de zorgbehoefte zullen er meer zorgdata moeten worden opgevraagd, de meetschaal rolt zich automatisch verder uit.

Die meetschaal wordt als het ware de taal waarin zorgvragers en zorgaanbieders elkaar vinden. De **uniforme taal** is noodzakelijk om de schotten tussen de sectoren weg te werken, heldere communicatie te verzekeren en naadloze zorg te bieden over de verschillende aanbieders heen. Met uniform bedoelen we dat zorgdata op eenzelfde manier worden gecapteerd bij de verschillende zorgaanbieders. Een voorbeeld: mevrouw Peeters heeft een bepaald zorgprofiel. Zij wordt op gelijke wijze geïndiceerd ongeacht of het bij een zorgaanbieder in Limburg, West-Vlaanderen of Antwerpen is. Uniform betekent dus niet dat voor alle zorgvragers dezelfde zorgdata worden gecapteerd. Dat hangt immers af van het zorgprofiel. Zo zal er bij de zorgindicatiestelling voor iemand met een drugsverslaving andere zorgdata relevant zijn dan voor een persoon met dementie

Iedere erkende zorgverlener die in contact komt met de zorgvrager moet in staat zijn om de meetschaal na multidisciplinair overleg aan te vullen, liefst op basis van een automatische link met het elektronisch zorgdossier. Op die manier kan de zorgbehoefte continu, zoals een film, worden bijgesteld en een actueel zicht geven op de zorgbehoeftecategorie. Alvorens een persoon met een (al dan niet complexe) zorgvraag een zorgbehoefte-indicatie te geven, wordt er eerst gekeken naar de nood aan (mobiliteits-) hulpmiddelen. Zo zal een persoon met een rollator zich bijvoorbeeld wel zelfstandig kunnen verplaatsen naar het toilet. Zonder rollator heeft die persoon hulp van derden nodig.

Wanneer we de totale populatie zorgbehoevenden in beschouwing nemen, kan men tientallen wetenschappelijk gestandaardiseerde zorgbehoeftecategorieën (zorgprofielen) definiëren. Hoe meer categorieën men definieert, hoe gedetailleerder de zorgbehoefte in beeld wordt gebracht, maar ook hoe ingewikkelder het systeem en de opvolging worden.

De uniforme meettaal is opgebouwd uit verschillende aan elkaar gekoppelde meetschalen. Wanneer de zorgbehoefte van de cliënt sterk verandert, wijzigt de zorgbehoeftecategorie op basis van de wijzigingen die zijn aangebracht in het elektronisch zorgdossier. Zodoende worden overbodige registratiemomenten vermeden volgens het *write once, read many* principe. Door met gekoppelde meetschalen te werken, kunnen we rekening houden met de verschillende componenten en het variërende karakter van de zorgbehoefte. Afhankelijk van de graad van zorgbehoefte en de pathologie van de cliënt zullen meer of minder items multidisciplinair moeten worden gescoord. De doelgroep van personen die worden verzekerd binnen de Vlaamse sociale bescherming is zeer breed. In vele gevallen zal de arts op basis van een bepaalde pathologie een behandeling voorstellen. Die noodzakelijke behandeling heeft een effect op de personeelsinzet. Vooral bij specialistische fysieke revalidatie is de pathologie medebepalend voor de noodzakelijke zorgomkadering en de financiering.

Enkele voorbeelden ter verduidelijking:

- Een jongeman is slachtoffer van een zwaar verkeersongeval. Hij heeft verschillende letsels aan schouder, heup en been. Na een geslaagde operatie wordt hij opgenomen in een revalidatieziekenhuis. Zijn behandelend arts bepaalt de revalidatiedoelstellingen. Hij stelt een intensieve, multidisciplinaire therapie voor. Men verwacht dat de jongeman op drie maanden tijd volledig zal zijn gerevalideerd: opnieuw zelfstandig wandelen, autorijden, gaan werken en (voorzichtig) voetballen. Hoewel de behandelend arts niet wordt vergoed via VSB (want RIZIV-nomenclatuur), bepaalt de arts wél de nodige zorgomkadering van verpleegkundigen, zorgkundigen en paramedici.

- Een 50-jarige vrouw is psychotisch. Zij is in behandeling bij een voorziening voor psychosociale zorg (revalidatie-overeenkomst GGZ). Een adviserend arts maakt een verslag van haar functioneren en zorgnoden. Die arts wordt vandaag gefinancierd vanuit de revalidatie-overeenkomst en dient bijgevolg straks te worden gefinancierd binnen VSB. Verder bepaalt de arts in samenspraak met een multidisciplinair team de behandeling met hersteldoelstellingen.

Deze voorbeelden illustreren dat de objectieve zorgbehoefte-inschaling ook rekening moet houden met de (eventueel medische) behandeling en behoud-, revalidatie- en hersteldoelstellingen.

De zorgbehoeftecategorie dient een juist beeld te geven van de reële zorgnood. We willen echter ook vermijden dat schommelingen in de zorgnood voortdurend leiden tot wijzigingen in de financiering. De **periodiciteit** van “herinschaling” dient te worden bepaald vanuit het behalen van de behandel- en hersteldoelstellingen of een verzwaring van de zorgbehoefte.

Het is belangrijk dat zorgvragen snel kunnen worden beantwoord en dat de zorg **onmiddellijk** kan worden opgestart. De procedure van indicatiestelling mag **geen hinderpaal** vormen. Zo moeten bijvoorbeeld centra voor geestelijke gezondheidszorg na een suïcidepoging onmiddellijk kunnen ingrijpen met specifieke therapie. Een ander voorbeeld is kraamzorg waar er na de geboorte onmiddellijk moet worden tegemoetgekomen aan de noden van moeder en baby.

De meettaal moet voldoende differentiatie toelaten om de eigenheid/specificiteit van de verschillende zorgbehoeftecategorieën tot zijn recht te laten komen in de indicatiestelling. Zo dienen inschalingsinstrumenten gevalideerd te zijn op basis van de doelgroepen waarop ze van toepassing zijn. Het is belangrijk dat de Vlaamse overheid in haar budgetprognoses voldoende middelen voorziet voor de wetenschappelijke validatie en digitale ontwikkeling van deze meettaal (de gekoppelde meetschalen) alsook voor de link met het elektronisch zorgdossier. Er dienen daarbij ook middelen te worden voorzien voor het algemeen gebruik en de licentiekost van deze meettaal als indicatie- en communicatie-instrument tussen zorgaanbieders. We zijn ervan overtuigd dat de overheid een goedkopere licentiekost kan onderhandelen met de softwareleveranciers dan iedere zorgaanbieder op zich.

B. Weergave van de sociale context

Na de objectieve zorgbehoefte-indicatie dient te worden bekeken hoe aan deze zorgbehoefte kan worden tegemoetgekomen. We hanteren het cirkelmodel:

- In hoeverre is de persoon met een zorgvraag in staat om in zijn eigen noden te voorzien?
- Kan de persoon rekenen op mantelzorgers en een persoonlijk netwerk?
- In welke mate moet er bijkomend professionele zorg en ondersteuning worden aangeboden?
- Laat de woonomgeving toe om op een menswaardige en kwaliteitsvolle manier te leven? Zijn er aanpassingen nodig aan de woning om valincidenten te voorkomen?

De objectieve zorgbehoefte-indicatie en de weergave van de sociale context worden vertaald in een concreet **zorg- en ondersteuningspakket op maat van de cliënt**. Ter illustratie:

- Een persoon met een zeer zware fysieke zorgbehoefte kiest om thuis te blijven wonen. Dat kan dankzij de permanentie die wordt geboden door de mantelzorger en de professionele zorg van gezinszorg en thuisverpleging.
- Een oudere dame met beginnende dementie verhuist naar het woonzorgcentrum hoewel zij geen fysieke zorgnoden heeft. Zij is niet in staat om alleen thuis te wonen wegens de verwarring en de onrust die dit met zich meebrengt.

Het lijkt ons relevant dat enerzijds de objectieve zorgbehoeftemeting en anderzijds de weergave van de sociale context als **twee aparte metingen** worden beschouwd. Zodoende

behoudt men een zuiver zicht op de objectieve zorgnood. Het geboden zorgantwoord moet uiteraard wel rekening houden met de sociale context en de cliënt-specifieke leefsituatie. Het is belangrijk dat de zorgbehoefte-indicatie en de weergave van de sociale context de totale nood aan zorg en ondersteuning meten en niet enkel de publiek gefinancierde nood. Zo zal de mantelzorg immers ook een deel van de nood inlossen. De sociale context van de zorgbehoevende zal in de meeste gevallen bepalen in welke modus de professionele zorg moet worden aangeboden. We onderscheiden thuiszorg, (semi-)residentiële zorg en ambulante zorg, of een combinatie.

C. Financiële draagkracht

Een derde as die in beeld wordt gebracht, is de financiële draagkracht van de cliënt (en diens gezin). Zorgnet-Icuro vraagt dat de overheid voor iedereen de noodzakelijke professionele zorg en ondersteuning financiert die voortvloeit uit de zorgbehoefte- en sociale indicatie. Het publiek verzekeren van zorg moet wettelijk worden vertaald in een **garantie op zorg**. Dat impliceert tevens voldoende zorgaanbod (zie punt rond geprogrammeerde zorgcapaciteit). Zowel voor personen met een sterke financiële draagkracht als voor degenen met een zwakke financiële draagkracht moet het basisniveau aan zorg en ondersteuning uniform verzekerd zijn. De woon- en leefkost dient door de cliënt zelf te worden betaald.

Vandaag schiet de overheid tekort in de financiering van de zorgkost en in het bieden van een garantie op zorg. Er zijn wachtlijsten, voorzieningen die verlies maken, cliëntbijdragen die stijgen. Indien de overheid niet in staat is om voor alle personen met een (eventueel langdurige) zorgbehoefte kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning te financieren, zal een deel van die kosten ten laste worden gelegd van de cliënt. Erkende zorgaanbieders moeten worden toegelaten om de kosten, die niet door de overheid vergoed worden, rechtstreeks door te rekenen aan de cliënt. Voor sommige cliënten kan dat eigen aandeel hoog oplopen. Wanneer zij de totale factuur niet kunnen betalen, dreigt voor hen een verschraving van de zorg. De overheid dient hiervoor bij te sturen en gericht sociale correcties toe te kennen en meer eenheid te brengen in de huidige correctiemaatregelen. Op die manier kan iedereen rekenen op de noodzakelijke kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning bovenop het solidair gefinancierde basisniveau.

We stellen voor dat de drie cashbudgetten (BOB, THAB en de zorgverzekeringspremie) in de toekomst worden **samengevoegd tot één sociaal correctief systeem**. De financiële tegemoetkoming in dit sociaal correctief systeem zal dan variëren op basis van de zorgbehoefte en de financiële draagkracht.²⁰ Het eigen aandeel in de totale kost wordt voor degenen met een zwakke financiële draagkracht verlicht. De overheid dient hiervoor voldoende budget te voorzien.

Heldere definitie van publiek verzekerde zorg en ondersteuning, en organisatiegebonden kosten

Uit de **zorgbehoefte-indicatie (A)** en de weergave van de **sociale context (B)** moet duidelijk worden wat de specifieke individuele noden aan zorg en ondersteuning zijn: het **zorgbehoeftepakket (=A+B)**. Het antwoord op de zorgbehoefte is een combinatie van verschillende functies²¹ waaraan de persoon nood heeft. De komende jaren moet aan de hand van overleg worden vastgelegd welke functies relevant zijn; misschien moeten er nog functies

20 In dit cahier gaan we niet dieper in op de verschillende elementen die een rol spelen in de berekening van de financiële draagkracht.

21 Van den Heuvel, Bernadette (2014) Netwerkgorg, p. 174, hanteerden we 5 functies die de resultaatsgebieden van het netwerk (meso-niveau) omschrijven. In deze publicatie omschrijven we het begrip functie op het micro-niveau als zijnde de specifieke zorg- en ondersteuningstaken per cliënt waarop de zorgbekostiging per zorgbehoeftecategorie kan worden berekend.

worden toegevoegd. In dit cahier doen we een poging en onderscheiden we volgende sector-overstijgende functies:

- preventie;
- zorgcoaching;²²
- dagbesteding, cultuur, zingeving;
- huishoudelijke, logistieke en klusjeshulp;
- verzorging;
- verpleging;
- paramedische zorg;
- psychosociale ondersteuning/behandeling;
- medische behandeling en advies;
- permanentie.

Van zodra een persoon met een zorgbehoefte wordt geïndiceerd, heeft hij of zij recht op een pakket van bovenstaande zorg- en ondersteuningsfuncties. De persoon kan zelf kiezen tot welke erkende zorgaanbieder(s) hij/zij zich richt. De behoefte aan een bepaalde functie wordt weergegeven in punten. Een hoger aantal punten op bijvoorbeeld de functie verpleging betekent dan dat de persoon nood heeft aan meer verpleegkundige handelingen, een hogere intensiteit. Een lager aantal punten staat voor een lagere intensiteit.

Zorgaanbieders kunnen ervoor kiezen om de functies gecombineerd aan te bieden in modules ("pakketten"). Ze kunnen ook samenwerken en goede afspraken maken met de cliënt over wie welke functie in het pakket zal aanbieden. De punten op de verschillende functies vormen samen het basispakket aan zorg en ondersteuning, toegekend via een voucher of trekkingsrecht. De voucher of het trekkingsrecht kan dan worden ingeruild voor **zorg in natura** bij zorgaanbieders die erkend zijn voor deze functies of de combinatie van functies in modules.

Wij kiezen bewust voor een **puntensysteem** en niet voor euro's noch voor minuten/uren als eenheid voor het uitdrukken van zorgbehoefte. In Nederland definieerde men zorgzwaar-
tepakketten (ZZP) over drie sectoren heen: verpleging & verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Die pakketten worden uitgedrukt in euro's, die een vertaling vormen van de overeenkomstige (in)directe zorgminuten en service. Bij de uitrol bleek dat het uitdrukken van de ZZP's in zorgminuten vaak leidde tot frustraties bij cliënten en personeel. Cliënten hadden de indruk dat ze te weinig zorgminuten kregen en het personeel had vaak een gejaagd gevoel. Zorgnet-Icuro is voorts van mening dat vaste bedragen uitgedrukt in euro's en zorgminuten geen rekening houden met de verschillende anciënniteit van het zorgpersoneel, "productiviteit" en attitude van het personeel, de vigerende barema's, de verplaatsingsstijd, de nood aan specifieke zorginfrastructuur enz.

De specifieke, relevante **kenmerken van de zorgorganisatie** dienen in rekening te worden gebracht wanneer de punten (in de voucher) worden vertaald in euro's ter financiering van de zorgaanbieder. De overheid dient in samenspraak met de sectoren te bepalen welke elementen zullen worden meegenomen in de zorgfinanciering. Die variabelen geven dan per zorgvorm de geldelijke waardering van het aantal punten. We denken bijvoorbeeld aan:

22 Van den Heuvel (2014), *Netwerkgorg*, p. 181: Zorgcoaching: De ondersteuning van een cliënt bij het maken van een keuze of het oplossen van een probleem op diverse levensterreinen (met gebruik van sociale verbanden). Het doel is regieversterking van de cliënt (en zijn omgeving) om de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie te bevorderen. Dit kan informatie en advies, maar vooral ook uitgebreide vraagverheldering en kortdurende ondersteuning omvatten.' Geïnspireerd door Bouman, S. & Welling, A. 2011, p. 5.

- anciënniteit zorgpersoneel;
- loonkost op basis van functieprofiel;
- barema's en sociale akkoorden afgesloten op sectorniveau;
- verzorgingsmateriaal;
- zorginfrastructuur;
- modus (ambulant, residentieel, thuis) waarin de zorg wordt geleverd;
- elektronisch zorgdossier.

We stellen voor dat er per variabele grenswaarden/vorken worden bepaald rekening houdend met de actuele koststructuur (en index). Indien er bijvoorbeeld voor een zwaar zorgbehoevende zonder mantelzorg een nood aan permanentie wordt geïndiceerd, zal de geldelijke waardering van de punten niet voldoende zijn om 24/24u en 7/7 een zorgmedewerker in een 1-op-1-relatie thuis te voorzien. Dat is maatschappelijk onbetaalbaar. Indien de zwaar zorgbehoevende toch thuis wenst te blijven, zal die de meerkost zelf moeten betalen. Andersom vinden we het evenmin logisch dat een persoon met een lage graad aan ADL-afhankelijkheid gesubsidieerd zou worden voor specifieke residentiële zorginfrastructuur. Die persoon zou zijn punten kunnen vertalen in een aantal infrastructurele ingrepen in zijn thuisomgeving (bv. het plaatsen van handgrepen). Indien hij of zij toch kiest voor een residentiële voorziening, zal hij de infrastructurele meerkosten niet met zijn punten kunnen vergoeden, maar dienen te betalen uit eigen beurs.

Op macro-beleidsniveau kunnen de vouchers wel worden uitgedrukt in een gewogen gemiddeld bedrag per zorgbehoeftepakket. Dat maakt het eenvoudiger om een Vlaamse begroting op te stellen.

Over een aantal van bovenstaande functies is de bevoegdheid verdeeld over de Vlaamse en federale overheid. We stellen dat de zorgbehoefte-indicatie rekening moet houden met de totale behoefte en dus niet enkel met het stuk dat door Vlaanderen wordt gefinancierd. Dat betekent dat bijvoorbeeld personen in de thuissituatie ook een indicatie krijgen voor verpleegkundige zorg (een aantal punten). Die punten hebben evenwel geen "geldwaardering" in de Vlaamse begroting, aangezien ze worden vergoed vanuit de nomenclatuuruitgaven RIZIV.

Een moeilijker reflectie dient te worden gemaakt over de functie "medische behandeling". De regel is dat artsen gefinancierd blijven op basis van de prestaties die zij leveren aan zorgbehoevenden via de RIZIV-nomenclatuur. De medische behandeling die de arts voorschrijft, heeft evenwel een effect op de omkaderingsnood. De arts geeft de noodzakelijke inzet van andere loontrekkende zorgmedewerkers mee aan. Verder worden de artsen in de revalidatieziekenhuizen via de nomenclatuur die ze aan het RIZIV kunnen aanrekenen, ook vergoed voor een deel van de loonkost van het loontrekkend zorgpersoneel. Dat maakt het zeer complex. Een deel van de loonkost van het zorgpersoneel dat via het BFM wordt vergoed, is naar Vlaanderen overgekomen in de dotatie zesde staatshervorming. Het andere deel dat in de artsenomenclatuur vervat zit, bleef echter federaal. De psychiatrische omkadering in de revalidatieconventies in de geestelijke gezondheidszorg is wel een Vlaamse bevoegdheid geworden. In de definitie en de financiering van de zorgbehoeftepakketten moeten we dus rekening houden met die medische omkadering.

De zorgaanbieders dragen naast de zorggebonden kosten ook **organisatiegebonden kosten**. We denken aan de kost van middenkaderfuncties zoals administratie, boekhouding, kwaliteitscoördinator en management, maar tevens ook infrastructuurkosten die gebonden zijn aan het leven in collectiviteit (gangen, personeelsruimtes...). Ook de kosten die worden gemaakt om te voldoen aan de (Europese) milieunormen, voedsel- en brandveiligheidsnormen zijn bijkomende kosten die niet puur zorggerelateerd zijn. Die organisatiegebonden kosten zijn noodzakelijke kosten om het zorgproces in goede banen te leiden. We stellen voor dat de

overheid de zorgaanbieders rechtstreeks vergoedt voor deze kosten. Organisatiegebonden kosten zijn vaste kosten gerelateerd aan de erkende capaciteit van een zorgaanbieder.

Geprogrammeerd erkend en gevarieerde zorgcapaciteit

De overheid budgetteert de noodzakelijke jaarlijkse uitgaven per zorgcategorie. Die uitgaven worden beperkt door enerzijds het aantal geïndiceerde zorgbehoevenden en anderzijds de capaciteit die ter beschikking wordt gesteld door professionele zorgaanbieders. De geïndiceerde cliënten kunnen met de erkende zorgaanbieders hun zorg- en ondersteuningsplan onderhandelen. Op basis van de cliëntkeuzes wordt het uiteindelijke pakket aan zorg en ondersteuning vastgelegd. Dat betekent dat de overheid ook de capaciteit aan zorg en ondersteuningsdiensten dient te programmeren. Iedere zorgvraag (indicatie) dient een adequaat zorgantwoord (erkende zorgcapaciteit) te krijgen.

Vraag en aanbod dienen continu een dynamisch evenwicht te vinden. Als er meer personen met een zorgprofiel een indicatie krijgen dan dat erkende zorgaanbieders hun zorgvragen kunnen beantwoorden, ontstaat er een onevenwicht. In dat geval krijgen we wachtlijsten. Als er meer zorgaanbieders zijn dan geïndiceerde zorgbehoevenden zullen de aanbieders te maken krijgen met overcapaciteit, leegstand en een gebrek aan overheidsfinanciering om hun personeelskost te dekken. Een continue monitoring van vraag- en aanbodzijde is dus aangewezen. Tevens genereert die monitoring relevante beleidsdata.

Langs vraagzijde pleiten we voor **zorggarantie**. Iedere zorgbehoevende heeft recht op publiek gefinancierde zorg. Langs aanbodzijde pleiten we voor **erkende zorgaanbieders** die aan weloverwogen **personeels- en kwaliteitsnormen** moeten voldoen. Een zorgaanbieder die zich richt tot een bepaalde doelgroep dient daarvoor ook de expertise in huis te hebben en een voldoende materiële en personeelsinzet te voorzien. Zo vinden wij het bijvoorbeeld noodzakelijk dat er dag en nacht een verpleegkundige aanwezig is in een residentiële zorgsetting waar de fysieke zorgbehoeften hoog zijn.

Zorgaanbieders specialiseren zich in kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning voor bepaalde doelgroepen. Specialisatie heeft ook economische schaalvoordelen. Tevens houdt specialisatie in dat zorgaanbieders niet voor alle zorgcategorieën die vallen onder de VSB een gepast aanbod kunnen bieden. In dat geval is het noodzakelijk om door te verwijzen en samen te werken. Zorgaanbieders dienen een organisch netwerk te vormen waarin elk zijn rol heeft. Zo kan er bijvoorbeeld vanuit centra voor geestelijke gezondheidszorg psychologische ondersteuning worden geboden aan bewoners in woonzorgcentra. Of zouden bewoners in beschut wonen moeten kunnen participeren aan een dagactiviteit georganiseerd in een PVT. Ook revalidatieziekenhuizen zouden hun collega's in de thuiszorg en in de andere residentiële zorgvormen kunnen versterken wanneer patiënten worden ontslagen uit het revalidatieziekenhuis. Zorgnet-Icuro is voorstander van het erkennen van functies volgens capaciteit (in eenheden). Het is daarbij belangrijk dat die capaciteit meer flexibel kan worden ingezet dan vandaag.

Kwaliteitsgarantie

Zorgaanbieders werken voortdurend aan kwaliteitsbewaking en verbetering. Het is belangrijk dat zij die kwaliteit ook transparant maken voor hun cliënten, families en de overheid. Zorgnet-Icuro is een pleitbezorger van accreditatie en certificering. We willen via PREZO Woonzorg en het Vlaams indicatorenproject GGZ inzetten op kwaliteitsmeting en -verbetering. De overheid kan kwaliteitsverbetering aanmoedigen door financiële prikkels te geven. Zorgaanbieders die erin slagen betere kwaliteit te bieden en dat ook objectief en transparant kunnen aantonen, dienen hiervoor te worden beloond met een kwaliteitstoelage.



**DEEL 5:
MARKTREGULERING**

In hoeverre dient de Vlaamse overheid de organisatie van de Vlaamse sociale bescherming voor personen met een zorgbehoefte te reguleren? Wij vragen een evenwicht tussen “volledige vrijheid/geen regels” en een “te rigide regelgeving”. De regelgeving en de controle daarop moeten in functie staan van kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare zorg. We zijn voorstander van marktregulering en stippen hieronder bij wijze van voorbeeld enkele marktimperfecties aan die vragen om de corrigerende hand van de overheid:

- Personen met een (eventueel langdurige, complexe) zorgvraag worden geconfronteerd met een moeilijk keuzevraagstuk. Zij hebben een beperkt zicht op het geheel van zorgaanbieders, de kost van zorg en ondersteuning, de prijs-kwaliteitverhouding... Binnen die groep zijn er heel wat kwetsbare personen. We kunnen hen niet vergelijken met kritische, goed geïnformeerde consumenten die in staat zijn tal van producten te onderscheiden en te vergelijken en daarbij een prijs-kwaliteitverhouding in te schatten of te beoordelen. We denken bijvoorbeeld aan personen met een psychische kwetsbaarheid of ouderen met beginnende dementie. Zij dienen in de eerste plaats te worden versterkt en begeleid in hun keuzevraagstuk.
- We hadden het reeds over de “zorgmijders”, personen die geen professionele zorg vragen hoewel zij er nood aan hebben.
- Op basis van welke parameters kan een cliënt de goede keuze maken voor een bepaald zorgpakket? Om in staat te zijn objectieve keuzes te maken, moet men voldoende zicht hebben op het operationele proces en de kwaliteit. Hoewel de overheden in tal van sectoren werken aan kwaliteitsindicatoren, blijken die in de chronische zorg onvoldoende betrouwbaar of prematuur te zijn. Indien een woonzorgcentrum bijvoorbeeld hoog scoort op het aantal valincidenten, is dat dan een indicatie van slechte kwaliteit? Het kan ook gaan over een woonzorgcentrum met gedisciplineerde medewerkers die “een val” opmerken én registreren, een woonzorgcentrum waar iedere vorm van fixatie wordt geweerd...
- Langs de kant van de zorgaanbieders dient er gecorrigeerd te worden voor het risico op *cherry picking*. De overheid moet vermijden dat moeilijke zorgvragers met zeer complexe noden of een lastig gedrag geen gepaste zorg kunnen vinden omdat aanbieders liever voor eenvoudiger profielen kiezen. Tevens moeten we absoluut vermijden dat personen in armoede de noodzakelijke zorg uitstellen omdat er geen betaalbaar alternatief meer zou bestaan wanneer alle zorgaanbieders zich zouden richten op de gegoede middenklasse en de hoge inkomens.
- Het bieden van zorg en ondersteuning aan personen met een (langdurige en complexe) zorgvraag is geen gewoon te verhandelen product. Het heeft een maatschappelijke, culturele, zelfs spirituele waarde die belangrijker is dan de economische waarde.

Om deze en andere marktimperfecties te corrigeren pleit Zorgnet-Icuro voor **marktregulering** in de zorg ter bescherming en ondersteuning van de cliënt. We definiëren hieronder heldere rollen voor iedere actor.

5.1. De cliënt

De persoon met een zorgbehoefte kan eigen keuzes maken in zijn publiek gefinancierde basispakket aan zorg en ondersteuning. Dat uitgangspunt heeft tal van consequenties. Iedereen heeft een eigen levensstijl. Heel wat mensen roken, eten ongezond, drinken alcohol, sporten weinig, zijn gestresseerd en plegen roofbouw op hun lichaam. Iedereen heeft een eigen verantwoordelijkheid om gezonder te leven. Door gezonder te leven, kan iedereen de kans op een chronische aandoening of ziekte verkleinen. Personen met een chronische aandoening dienen hun levensstijl aan te passen. Zij moeten leren omgaan met hun beperkingen.

Wanneer zich een zorgnood stelt, moet er een gepast zorgantwoord volgen. Daarbij moet de cliënt vrij zijn in de keuze voor een bepaalde zorgaanbieder. De cliënt mag niet langer worden belemmerd door wachtlijsten, partiële informatie, het gevoel van "iemand tot last te zijn". Alle zorgactoren moeten werken aan de vaak negatieve perceptie bij cliënten en families. Cliënten en hun families moeten meer en beter worden geïnformeerd over de complexiteit van het zorglandschap en hun keuzemogelijkheden. Wanneer cliënten het gevoel krijgen dat ze effectief een keuze hebben en aan het stuur zitten, zullen zij een andere keuze maken. Dat verhoogt hun betrokkenheid in het zorgproces.

Die keuzevrijheid is cruciaal, maar niet eindeloos. Cliënten dienen inzicht te krijgen in de grenzen aan hun keuze. We gaven reeds aan dat het voor de overheid onbetaalbaar is om thuis per cliënt dag- en nachtpermanentie te voorzien van een gekwalificeerde zorgmedewerker in een 1-op-1-relatie. Ook op het vlak van zorginfrastructuur is het onbetaalbaar om op kosten van de overheid alle huizen aan te passen en voldoende toegankelijk te maken. Net zoals de overheid niet de totale bouwkost van residentiële zorgvoorzieningen kan dragen. In de residentiële zorgvormen wordt de individuele keuzevrijheid eveneens ingeperkt door de keuzevrijheid van de andere bewoners in het geheel van de organisatie. Conflicten ontstaan wanneer de vrijheid van de één beperkt wordt door de vrijheid van de ander. Cliënten dienen zicht te krijgen op hun objectieve zorgbehoefte en welke zorg- en ondersteuningsfuncties voor hen maatschappelijk zullen worden bekostigd en welke kosten zij zelf zullen moeten dragen.

5.2. De zorgaanbieder, het professioneel netwerk

Zorgaanbieders die ingaan op de vraag naar zorg en ondersteuning van personen met een zorgbehoefte moeten door de overheid worden vergund en erkend. In de vergunningsprocedure dient de overheid te toetsen of de **missie en de visie** van de potentiële zorgaanbieder in lijn liggen met haar sociaal-maatschappelijke visie op zorg. **De geografische positie** moet tevens getoetst worden. "Is er in die regio nood aan de zorgvorm die de potentiële zorgaanbieder wenst te bieden?" De zorgaanbieder dient zich in te schrijven in een zorgstrategische planning van een netwerk, dus samen met de andere zorgaanbieders over de lijnen heen.

Van zodra een zorgaanbieder wordt vergund, krijgt die de kans om zijn zorgexploitatie uit te bouwen, rekening houdend met de voorwaarden die de overheid stelt. De vergunning wordt omgezet in **erkende capaciteit**. Iedere vergunde zorgaanbieder wordt erkend in capaciteit voor het bieden van een aantal functies gecombineerd in modules²³ (zie supra). Om bijvoorbeeld de module "locomotorische revalidatie" te kunnen aanbieden, is het logisch dat een bepaalde schaal wordt gegarandeerd om voldoende expertise/competenties te kunnen bieden. De strenge erkenningsvoorwaarden zullen er uiteindelijk toe leiden dat enkel revalidatieziekenhuizen en revalidatiediensten in ziekenhuizen in staat zijn om de volledige module "locomotorische revalidatie" uit te baten.

Een cliënt kan rechtstreeks met zijn indicatie naar een vergunde zorgaanbieder stappen. Om de keuzevrijheid te vrijwaren, vinden we het cruciaal dat er geen poortwachter wordt gedefinieerd. Indien zou blijken dat de zorgaanbieder niet in staat is aan de zorgvraag van de cliënt te voldoen, moet de zorgaanbieder een adequaat alternatief kunnen voorstellen. Iedere zorgaanbieder maakt immers deel uit van een breder netwerk en kan binnen het netwerk doorverwijzen. Dat veronderstelt wel dat er in iedere regio een voldoende zorgaanbod is om de zorgvraag te beantwoorden.

23 We gebruiken het woord module. Dat is voor ons synoniem aan de combinaties van functies in een "pakket" aan zorg en ondersteuning.

5.3. De zorgkas

Cliënten kunnen zich ook richten tot hun zorgkas in hun zoektocht naar het juiste zorgaanbod. In dat geval dient de zorgkas in staat te zijn om voldoende informatie te bieden over een ruim aantal zorgaanbieders in de regio. De cliënt kan dan op basis van deze informatie bekijken tot welke zorgaanbieder hij/zij zich richt. Gezien die ruime informatieplicht van de zorgkas mag ze zelf geen zorgaanbieder zijn. In dat geval zou er sprake zijn van belangenvermenging.

Eens de cliënt zijn/haar keuze heeft gemaakt, wordt de zorgaanbieder op basis van het zorgbehoeftepakket van de cliënt gefinancierd door de overheid. Het kanaal waarlangs die financiering loopt is de zorgkas. De zorgkas treedt op als financieringsintermediair tussen cliënten, overheid en zorgaanbieder. De zorgkas betaalt de overheidstussenkomst voor de zorgverstrekking aan de zorgaanbieder. De overheidsfinanciering is gebaseerd op de zorgbehoefte van de geïndiceerde cliënten. Aangezien de zorgaanbieders de indicering stellen, is het belangrijk dat de zorgkassen een steekproefsgewijze controle uitvoeren op die indicaties. Omdat de zorgkassen regionaal gespreid en verankerd zijn, is het eenvoudiger dat zij de controle over de indicaties uitvoeren in plaats van de overheid.

Verder is het belangrijk dat de zorgkassen beleidsinformatie over de zorgbehoefte en het zorggebruik van hun geanonimiseerde cliënten op periodieke basis doorgeven aan de overheid.

5.4. De overheid

Aan de overheid vragen we om in overleg met de zorgactoren relevante en heldere regels op te stellen. We rekenen op een dynamische overheid en samenwerking over verschillende beleidsdomeinen heen. De zorg voor personen reikt immers verder dan het beleidsdomein welzijn en gezondheidszorg. Om de activatie-, integratie- en hersteldoelstellingen te bereiken, is de samenwerking nodig van andere beleidsdomeinen zoals wonen en werk.

We willen hier nogmaals herhalen hoe belangrijk de samenwerking tussen het federale, Vlaamse en lokale niveau is en blijft. De organisatie van de zorg voor personen dient coherent te zijn. Zo zal de afbouw van de verblijfsduur in de acute ziekenhuissetting een belangrijk effect hebben op de vraag naar thuiszorg en de opname in kortverblijf en herstelverblijf. Ook de taakverdeling binnen de gezinszorg tussen Vlaams gefinancierde verzorgenden/zorgkundigen en federaal gefinancierde nomenclatuurprestaties van verpleegkundigen en zorgkundigen blijft een belangrijk issue.

De overheid dient vertrouwen te geven aan de door haar vergunde en erkende zorgactoren. Regelgeving is zinvol wanneer die het zorgproces ten goede komt en de middelen rechtvaardig worden verdeeld. Te complexe regels zonder meerwaarde die veeleer een obstakel vormen, dienen te worden afgeschaft.

Besluit

De zesde staats hervorming biedt Vlaanderen een historische kans om een eigen systeem van sociale bescherming uit te rollen. Centrale uitgangspunten zijn: een rechtvaardige verdeling van de publieke middelen, de vrijwaring van de keuzevrijheid voor de cliënt en de zorgintegratie door middel van netwerkvorming tussen zorgaanbieders. Die beleidsdoelstellingen waarmaken kan enkel wanneer de persoonsvolgende financiering op een doordachte manier wordt uitgewerkt in de Vlaamse sociale bescherming. De manier waarop de persoonsvolgende financiering momenteel wordt uitgevoerd in de sector voor personen met een handicap toont aan dat het een zeer complex gegeven is, waarin zeer veel factoren meespelen. Zorgnet-Icuro is geen voorstander van het blind overnemen van de persoonsvolgende financiering zoals die momenteel wordt uitgevoerd in de VAPH-sector.

Zorgnet-Icuro stelt voor om langs inkomstzijde bij de verdere uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming te werken met een progressieve heffing. Langs uitgavenzijde dient de nood aan zorg en ondersteuning voor zorgbehoevenden universeel te worden verzekerd, los van de individuele financiële draagkracht. Tegelijk pleiten we voor het samenvoegen van de drie cashbudgetten (BOB, THAB en de zorgverzekeringstegemoetkoming) tot één sociaal correctief systeem.

Wat betreft het cirkelmodel pleit Zorgnet-Icuro voor de integratie van de cirkels 4 en 5. Dat is de enige manier om het uitgangsprincipe van de Vlaamse sociale bescherming, “zorg en ondersteuning voor elke persoon, ongeacht zijn leeftijd of pathologie”, te realiseren.

In dit cahier presenteren we onze vijf basisprincipes waaraan de persoonsvolgende financiering dient te voldoen:

1. Persoon met een zorg- en ondersteuningsnood als centrale partner met recht op zorg;
2. Objectief, uniform en passend systeem voor indicatiestelling;
3. Heldere definitie van publiek gefinancierde zorg en ondersteuning en organisatiegebonden kosten;
4. Geprogrammeerd, erkend en gevarieerde zorgcapaciteit;
5. Kwaliteitsgarantie.

Zorgnet-Icuro is bij de verdere uitrol van de persoonsvolgende financiering geen voorstander van cashbudgetten voor de financiering van de zorgkosten. We pleiten voor een voucher of een trekkingsrecht waarin de zorgnood wordt vertaald in punten die recht geven op zorg in natura bij erkende aanbieders. De punten worden op basis van objectieve elementen vertaald in een financiering van de zorg- en ondersteuningskost. We onderstrepen de nood aan een transitierегeling met waarborgen waarin de huidige tekorten worden weggewerkt. We pleiten ook voor een zekere marktregulering in de zorg ter ondersteuning en bescherming van de cliënt.

In dit cahier geven we een voorzet voor de uitwerking van de Vlaamse sociale bescherming. Er zijn zeker nog heel wat wetenschappelijk onderzoek, pilootprojecten en budgettaire simulaties nodig alvorens er tot een effectieve implementatie zal kunnen worden overgegaan. We hopen dat de Vlaamse sociale bescherming meer eenheid zal brengen in het zorglandschap zodat zorgbehoevenden op ieder moment het gepaste antwoord op hun vraag kunnen krijgen. Dat zal een intensieve afstemming met het federale beleidsniveau vergen en *last but not least*: een ambitieuze Vlaamse regering!

Afkortingen

ADL	Activities of daily living
BOB	Basisondersteuningsbudget
CADO	Collectieve autonome dagopvang
CAW	Centrum voor algemeen welzijnswerk
CGG	Centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CIG	Centrum voor integrale gezinszorg
CKG	Centrum voor kinderzorg en gezinsondersteuning
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
IGO	Inkomensgarantie voor ouderen
PMH	Persoon met handicap
PVT	Psychiatrisch verzorgingstehuis
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
THAB	Tegemoetkoming hulp aan bejaarden
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VSB	Vlaamse sociale bescherming
WZC	Woonzorgcentrum
ZZP	Zorgzwaartepakket

Zorgnet-Icuro
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

www.zorgneticuro.be
post@zorgneticuro.be

