



Vlaams
Parlement

ingediend op **632** (2015-2016) – Nr. 1
3 februari 2016 (2015-2016)

Verslag van de gedachtewisseling

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
uitgebracht door Griet Coppé, Peter Persyn en Elke Van den Brandt

over de conceptnota
betreffende Vlaamse sociale bescherming (VSB)

Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

Voorzitter: Bart Van Malderen.

Vaste leden:

Caroline Croo, Danielle Godderis-T'Jonck, Lies Jans, Lorin Parys, Peter Persyn, Tine van der Vloet;
Griet Coppé, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
Freya Saeys, Martine Taelman;
Freya Van den Bossche, Bart Van Malderen;
Elke Van den Brandt.

Plaatsvervangers:

Björn Anseeuw, Vera Celis, Cathy Coudyser, Koen Daniëls, Ingeborg De Meulemeester,
Manuela Van Werde;
Sonja Claes, Dirk de Kort, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
Jo De Ro, Emmily Talpe;
Jan Bertels, Ingrid Lieten;
Elisabeth Meuleman.

Toegevoegde leden:

Ortwin Depoortere.

INHOUD

I.	Toelichting door Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	4
1.	Situering en inhoud	4
2.	Fasering	5
3.	Timing overheveling verschillende onderdelen van de zesde staatshervorming	6
4.	Aanpassingen na de adviezen van de SAR WGG, SERV en Vlaamse Ouderenraad	6
5.	Uitgaven Vlaamse sociale bescherming	7
6.	Projectplan	8
7.	Decreet Vlaamse sociale bescherming eerste fase	8
8.	Pijlers Vlaamse sociale bescherming – stand van zaken	9
8.1.	Zorgverzekering	9
8.2.	Basisondersteuningsbudget	9
8.3.	Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden	9
8.4.	Ouderenzorg	10
8.5.	Revalidatie	12
8.6.	Psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen	15
8.7.	Mobiliteitshulpmiddelen	17
8.8.	Indicatiestelling en inschalingsinstrumenten	17
II.	Vragen van de leden	18
	Gebruikte afkortingen	34
	Bijlage: zie dossierpagina op www.vlaamsparlement.be	

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin besprak de conceptnota Vlaamse sociale bescherming (VSB) met Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, tijdens haar vergadering van 12 januari 2016.

De conceptnota is als bijlage terug te vinden op de [dossierpagina](#) bij dit document op www.vlaamsparlement.be.

I. Toelichting door Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

1. Situering en inhoud

Minister *Jo Vandeurzen* start met een filosofische bedenking. Het Vlaamse sociaal model wordt soms vanzelfsprekend geacht maar dat is het niet in een globaliserende wereld. Wie kijkt naar de evoluties rondom, ziet dat de verworvenheden gekoesterd moeten worden maar ook dat het sociaal model moet worden aangepast aan een steeds sneller evoluerende context.

Vlaanderen krijgt de kans om een sociale bescherming uit te tekenen voor al dan niet langdurige zorg. Het krijgt heel veel kapstokken in handen, maar ook niet alle. Een heel aantal blijft verweven met de federale ziekteverzekering.

Iedereen weet dat we langer blijven leven. Iedereen weet ook dat de nood aan chronische zorg stijgt en nog zal blijven stijgen. Preventie wordt steeds belangrijker. Ook innovatie biedt tal van mogelijkheden. Zorg is en blijft een cruciaal onderdeel in het leven van elke Vlaming.

Die zorg moet focussen op kwaliteit van leven en op de wil om langer thuis te blijven. Die paradigmashift kan de Vlaamse sociale bescherming mee tot stand brengen. De SAR WGG wijst er in zijn advies over professionalisme in zorg en ondersteuning terecht op dat de focus op kwaliteit van leven en op participatie vaak ook vergt dat oplossingen worden gezocht buiten het domein van de zorg. Participeren aan de samenleving is essentieel voor de kwaliteit van leven. Ook daar moet er oog voor zijn.

Voor wie nood heeft aan zorg en ondersteuning is een aantal doelstellingen cruciaal:

- dat de zorg betaalbaar en toegankelijk blijft;
- dat hij de regie in eigen handen kan houden en zelf keuzes kan maken;
- dat verschillende zorgaanbieders met elkaar samenwerken en flexibel kunnen inspelen op zijn zorgnood;
- dat zijn rechten zoveel mogelijk automatisch worden toegekend met zo min mogelijk administratieve rompslomp;
- dat zijn zorgnood niet telkens opnieuw moet worden ingeschaald met een ander inschalingsinstrument;
- dat hij zich kan richten tot een instantie, de zorgkas, die hem kan inlichten over zijn rechten en zijn dossier maar hem ook als mens benadert, naadloos doorverwijst en in samenwerking met de betrokken eerstelijnsactoren (OCMW, CAW en diensten maatschappelijk werk) omvattende oplossingen kan zoeken voor zijn vragen;
- en dat zijn mantelzorger wordt ondersteund en ook weet waar hij of zij terecht kan met alle vragen.

De Vlaamse Regering heeft op 30 oktober 2015 de conceptnota Vlaamse sociale bescherming goedgekeurd na de adviezen van SERV, SAR WGG en de Vlaamse

Ouderenraad. Die conceptnota vertrekt van die doelstellingen en die bredere visie op zorg en integrale zorg.

De aanleiding voor de nota is natuurlijk het feit dat de bevoegdheden die door de zesde staatshervorming overkomen op een of andere manier gepositioneerd moeten worden in het Vlaamse beleid. Veeleer dan de optie om dat gewoon toe te voegen aan het Vlaamse beleid is er de ambitie om dit momentum te gebruiken om een aantal uitdagingen, waarvoor ook de huidige beschikbare Vlaamse bevoegdheden worden aangesproken, op een goede manier aan te pakken voor de toekomst.

Aangezien de adviezen van SAR WGG, SERV en Vlaamse Ouderenraad niet onmiddellijk aanleiding gaven tot een grondige koerswijziging, kan na een korte toelichting over de belangrijkste aanpassingen na deze adviezen worden verwezen naar de gedachtewisseling die heeft plaatsgevonden over de conceptnota op 17 juni 2015 (*Hand. VI.Parl. 2014-15, nr. C277*).

Ondertussen heeft de minister niet stilgestaan en bereidt hij volop de nieuwe concepten voor. Terzelfdertijd is hij ook volop de continuïteit aan het voorbereiden voor de verschillende onderdelen, wanneer het overgangprotocol afloopt.

2. Fasering

Het gaat om twee gelijktijdige trajecten: de garantie bieden dat de overname vlekkeloos verloopt en de vertaling van de conceptnota Vlaamse sociale bescherming in een decreet tegen het einde van deze regeerperiode. Het spreekt voor zich dat er geen tegenstrijdigheid mag zijn tussen die twee trajecten.

Om spraakverwarring te voorkomen, wordt voor de onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming die overkomen uit de federale bevoegdheden een onderscheid gemaakt tussen drie fases.

De fase 'as is' is de periode waarin de federale overheid nog verder de continuïteit verzekert op basis van een overgangprotocol. Dat is de huidige fase voor alle onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming die overkomen met de zesde staatshervorming.

De intervalfase is de fase na het einde van het overgangprotocol, waarbij het accent ligt op een correcte en vlekkeloze overname zodat continuïteit verzekerd kan worden. Waar mogelijk worden al aanpassingen doorgevoerd in de richting van de conceptnota.

Tijdens de fase waarin de Vlaamse sociale bescherming to be wordt gerealiseerd, wordt, vertrekkend van de conceptnota, een eigen laag gelegd op de federale sociale zekerheid met eigen accenten. Het decreet moet op zijn laatst in 2019 zijn goedgekeurd. De operationalisering loopt over meerdere legislaturen.

De visie in de Vlaamse sociale bescherming betreft (1) de vermaatschappelijking van zorg en het voortbouwen op het cirkelmodel waarbij zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligers en professionele zorg en ondersteuning elkaar aanvullen en dat in functie van de kwaliteit van leven; (2) de concepten van vraaggestuurde zorg en persoonsvolgende financiering; en (3) de keuze voor een verzekeringsmodel voortbouwend op de Vlaamse zorgverzekering, met rechten op een tegemoetkoming gekoppeld aan een bijdrageplicht.

Het is belangrijk dat hierin wordt gestreefd naar efficiëntiewinsten en meer transparantie voor de burger.

De weg naar de Vlaamse sociale bescherming zal lang zijn. Dat beseft ondertussen iedereen. Er moet kennis en knowhow worden verzameld, ICT moet worden gebouwd, draagvlak gecreëerd, wetgeving aangepast enzovoort.

3. Timing overheveling verschillende onderdelen van de zesde staats-hervorming

Op 1 januari 2017 zal de Vlaamse sociale bescherming bestaan uit de zorgverzekering, het basisondersteuningsbudget voor personen met een beperking en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

Op 1 januari 2018 eindigt het overgangsprotocol voor de mobiliteitshulpmiddelen, de residentiële ouderenzorg, de psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen, en de revalidatie.

4. Aanpassingen na de adviezen van de SAR WGG, SERV en Vlaamse Ouderenraad

De adviezen van SAR WGG, SERV en Vlaamse Ouderenraad zijn alle constructief en omvatten heel relevante bemerkingen en aandachtspunten. Belangrijk is uiteraard dat de adviesraden de fundamentele principes van de Vlaamse sociale bescherming onderschrijven.

Een citaat uit het SERV-advies: "De SERV waardeert het streven van de Vlaamse regering om binnen de Vlaamse sociale bescherming de verschillende zorg- en ondersteuningsinstrumenten binnen haar bevoegdheid samen te brengen rond een gemeenschappelijke visie, zorgconcept en financiering. De SERV onderschrijft ook de vooropgestelde stapsgewijze implementatie van de uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming en onderstreept tegelijk de noodzaak om hierbij in overleg te treden met de stakeholders binnen het tripartite overlegmodel WVG."

De oprichting van dit tripartite overleg vraagt een decreet. Dat is ook een van de prioriteiten voor 2016. Dat vergt uiteraard een goede aflijning van de opdrachten van de verschillende adviesorganen.

Ook de Vlaamse Ouderenraad stelt dat "de Vlaamse sociale bescherming een aantal belangrijke pijlers zal omvatten die elk een bijdrage leveren voor de ondersteuning van mensen met (langdurige) zorgnoden, en die binnen het kader van de Vlaamse sociale bescherming beter op elkaar afgestemd kunnen worden. In de brede lijnen steunt de Vlaamse Ouderenraad dan ook de globale ambitie die met de Vlaamse sociale bescherming voor ogen wordt gehouden."

Ten slotte vermeldt ook de SAR WGG dat "het kader dat in de conceptnota wordt uitgeschreven verdienstelijk is. Verschillende ondersteunings- en financieringsmechanismen worden er samengebracht met het oog op onderlinge afstemming en efficiënt beheer. (...) De SAR steunt de keuze om te werken met het cirkelmodel als referentiekader."

De SAR WGG werkt momenteel aan een advies op eigen initiatief over professionalisme in zorg en ondersteuning, waarbij wordt nagegaan hoe professionals integrale zorg en ondersteuning kunnen bieden en de vermaatschappelijking van de zorg kunnen waarmaken.

Dat betekent uiteraard niet dat daarnaast niet een aantal kritische kanttekeningen en bezorgdheden is gemaakt, waar rekening mee moet worden gehouden. Deels is dat al gebeurd door ze te verwerken in de aanpassing van de conceptnota maar voor een deel moeten ze worden meegenomen in de verdere uitwerking.

Alle adviezen onderschrijven de noodzaak tot fasering en de aandacht voor rechtszekerheid en continuïteit.

De Vlaamse Ouderenraad vraagt een leeftijdsonafhankelijk zorgbeleid in de toekomst. De raad oordeelt dat het aanstellen van de zorgkas als loket voor de verschillende onderdelen een belangrijke vereenvoudiging kan betekenen mits het voldoende gekend en toegankelijk is voor mensen die beperkt zijn op het vlak van mobiliteit en digitale geletterdheid. De Vlaamse Ouderenraad uit ook zijn bezorgdheid over het budgettaire groeipad. Dat is ook voor de minister een terechte en voortdurende bekommernis. In tegenstelling tot een aantal buurlanden realiseert Vlaanderen nog steeds groei in zijn sociale bescherming. Het behoudt in tegenstelling tot Wallonië ook de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. Maar om een volledig beeld te krijgen, moeten ook verdergaande toekomstprognoses worden gemaakt, met aannemelijke hypothesen op vlak van economische groei en evolutie van de zorgnoden. Dat wordt een opdracht van het nieuwe Steunpunt WVG.

De SAR WGG wijst terecht op de nood aan afspraken tussen het Vlaamse en federale niveau, net als aan een intensieve dialoog en samenwerking tussen de overheid en de relevante actoren op het terrein en tussen de actoren onderling. In zijn advies uit de SAR WGG ook een aantal bezorgdheden over de premie voor de Vlaamse sociale bescherming, waarbij hij onder meer vraagt dat de premie nooit afhankelijk gemaakt mag worden van het risico dat een persoon loopt op ziekte, beperkingen of onwelzijn. De minister brengt begrip op voor die bekommernis, aangezien evoluties in de medische wetenschap en technologie het steeds beter mogelijk maken om de risico's van personen in kaart te brengen. Hij wil inzetten op preventie maar heeft in de conceptnota ook uitdrukkelijk opgenomen dat het niet de bedoeling kan zijn dat rechten op de Vlaamse sociale bescherming worden ontzegd vanwege leefwijze of gebrek aan preventie. De SAR WGG vraagt dat de instapvoorwaarden voor de Vlaamse sociale bescherming in Brussel worden herbekeken om een evenwicht te vinden tussen de aantrekkelijkheid voor de Brusselaars om in de Vlaamse sociale bescherming te stappen en de nood om voldoende bijdragen te genereren.

Zowel de SAR WGG als de Vlaamse Ouderenraad gaan ook uitvoerig in op het belang van een expliciete waardering van de mantelzorger. De minister heeft dit aandachtspunt opgenomen in de conceptnota en werkt aan een mantelzorgplan dat een geheel van maatregelen zal omvatten om de mantelzorg te ondersteunen. In overleg met de mantelzorgverenigingen en andere betrokken actoren wordt een beleid ontwikkeld dat oog heeft voor de kwaliteit van leven van de mantelzorgers. Ook andere beleidsdomeinen spelen hierin een rol. Professionele zorgverleners moeten ook oog hebben voor de draagkracht van de mantelzorger.

Voorts wordt ook aandacht gevraagd voor de meest kwetsbaren. Het systeem moet voor de burger laagdrempelig toegankelijk zijn, zoveel mogelijk proactief werken en automatisch rechten toekennen. Dat is ook het uitgangspunt van de minister. De aangepaste conceptnota vermeldt in dat verband verder dat er oog is voor een aantal randvoorwaarden die in een verzekeringsmodel de toegankelijkheid moeten verzekeren. Zo kan de premie worden verrekend met de tegemoetkomingen. De communicatie moet begrijpbaar en eenvoudig zijn voor alle burgers. Indien de premie ooit substantieel zou verhogen, kan de relatie met draagkracht worden herbekeken.

5. Uitgaven Vlaamse sociale bescherming

De budgetten voor de verschillende onderdelen lopen heel erg uiteen. Het basisondersteuningsbudget is nog niet opgenomen omdat dit in 2016 beperkt in

werking treedt. De sector van de woonzorgcentra is budgettair de belangrijkste pijler.

Sector	Budget 2016
Psychiatrische verzorgingstehuizen	€ 78.184.000
Initiatieven Beschut Wonen	€ 39.886.000
Woonzorgcentra rob rvt cvk	€ 1.532.627.000
Centra voor dagverzorging	€ 31.944.000
Sociaal akkoord	€ 327.020.000
Geïsoleerde G- en Sp-diensten	€ 93.225.000
Revalidatieconventies	€ 153.628.000
Maximumfactuur	€ 5.144.000
Tegemoetkoming hulp aan bejaarden	€ 363.796.000
Tenlastenemingen Zorgfonds	€ 361.130.000
Mobiliteitshulpmiddelen	€ 59.713.000
Totaal Vlaamse sociale bescherming	€ 3.046.297.000

6. Projectplan

Op basis van de conceptnota werden diverse interne werkgroepen binnen de administratie opgericht. Na een fase van analyse en verwerving van knowhow wordt er de komende maanden per onderdeel gewerkt aan basisconcepten met betrekking tot zowel de intervalfase als de Vlaamse sociale bescherming to be. Uiteraard zal hier ook overleg met de sector, afstemming binnen de Vlaamse Regering en terugkoppeling met het Vlaams Parlement noodzakelijk zijn.

7. Decreet Vlaamse sociale bescherming eerste fase

Het voorontwerp van decreet werd een tweede maal principieel goedgekeurd en is voorgelegd voor advies aan de Raad van State. Het omvat een algemeen kader met gemeenschappelijke bepalingen en per pijler van de Vlaamse sociale bescherming de toekenningsvoorwaarden en de algemene lijnen van het financieringsconcept.

Het gemeenschappelijke kader betreft onder andere de begrippen, het toepassingsgebied, het agentschap IVA Vlaamse sociale bescherming en het raadgevend comité, de aansluiting op zorgkas en premie, de gemeenschappelijke bepalingen (bijvoorbeeld vaststelling van recht, termijnen, terugvordering, bezwaarprocedures, arbeidsrechtbank, toezicht, cumulbepalingen enzovoort).

In deze eerste fase zijn de zorgverzekering, het basisondersteuningsbudget en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden opgenomen in het voorontwerp van decreet. In een latere fase volgen de andere onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming.

8. Pijlers Vlaamse sociale bescherming – stand van zaken

Een beeld schetsen van de verschillende sectoren zal heel wat vragen oproepen die nog niet beantwoordbaar zijn. In de loop van 2016 zal meer duidelijkheid worden gecreëerd over de uitwerking van elk onderdeel en de fasering. Dat zal verlopen in overleg met de betrokken actoren en in samenhang met andere hervormingstrajecten. Zo zullen ook bepaalde keuzes in de eerstelijnsconferentie hun invloed hebben op de Vlaamse sociale bescherming.

8.1. Zorgverzekering

De bepalingen van de zorgverzekering zijn in een eerste fase ongewijzigd overgenomen in het eerste voorontwerp van decreet. Er wordt wel in de mogelijkheid voorzien om de opschorting met verlies van rechten te schrappen op een door de Vlaamse Regering te bepalen datum. Dat wordt uitgevoerd zodra de budgettaire marge hiervoor beschikbaar is.

8.2. Basisondersteuningsbudget

Het basisondersteuningsbudget biedt een maandelijks forfaitair bedrag van 300 euro aan personen met een erkende handicap en een vastgestelde ondersteuningsnood (aanvraag voor 65 jaar). Het bedrag kan men vrij besteden en men hoeft geen bewijzen voor te leggen. Dit basisondersteuningsbudget zal gefaseerd worden uitgerold.

In 2016 is in totaal 18 miljoen euro uitbreidingsbeleid beschikbaar. De helft wordt ter beschikking gesteld aan het Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Vlaamse Sociale Bescherming in functie van de opstart van trap 1 van de persoonsvolgende financiering. Dit bedrag zal worden gebruikt om vanaf het najaar 2016 een basisondersteuningsbudget toe te kennen aan een eerste groep meerderjarige personen met een handicap die reeds langer een actieve vraag naar niet-rechtstreeks toegankelijke hulp stellen en hier nog geen gebruik van maken. Concreet gaat het om naar schatting 7500 volwassenen die op 31 december 2014 geregistreerd stonden op de CRZ met een actieve vraag, die beschouwd wordt als een vraag naar niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Zij zullen maandelijks een forfaitair bedrag van 300 euro ontvangen om (een deel van) hun ondersteuningsnoden in te vullen. Een ontwerp van besluit is momenteel in de maak hierover.

8.3. Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden

Het ontwerp van decreet dat zal worden voorgelegd aan het Vlaams Parlement kantelt de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden al in in de Vlaamse sociale bescherming. Vlaanderen kiest ervoor om de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden te behouden als instrument om zorg betaalbaar te maken. Het belang voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden voor zwaar zorgbehoevende personen die het financieel niet breed hebben, kan niet worden overschat.

Op basis van de meest recente gegevens over de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden worden de verwachte uitgaven voor 2016 geraamd op 363.797 miljoen euro. Dat komt ten goede aan 107.000 personen, van wie ongeveer 30 percent in een residentiële setting verblijft.

In het voorontwerp van decreet is waar mogelijk al een aantal aanpassingen doorgevoerd om de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden en de zorgverzekering beter op elkaar af te stemmen.

De huidige regeling op vlak van inschaling, inkomensaanrekening en bedragen blijft voor het grootste deel behouden. De procedure wordt voor een deel al aangepast om ze af te stemmen op de procedure van de zorgverzekering maar ook hier is, gezien de tijdsdruk, nog geen volledige afstemming gedaan.

De nadruk ligt in deze fase op het operationeel zijn op 1 januari 2017 maar ondertussen worden ook verdere stappen gezet die voor de persoon met een zorgbehoefte een belangrijke meerwaarde zullen betekenen. Zo wordt in samenwerking met Lucas, het Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, onderzocht of de inschaling voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden kan op basis van de BelRAI-screener. Dat biedt opportuniteiten op vlak van automatische rechtentoekenning, aangezien elke inschaling met de BelRAI-screener aanleiding zal kunnen geven tot een automatische rechtentoekenning.

Waar er nog geen inschaling is, zal het samenbrengen van de onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming bij de zorgkassen ook een meer proactieve werking mogelijk maken.

8.4. Ouderenzorg

De conceptnota vermeldt dat "wat de residentiële ouderenzorg betreft, conform het regeerakkoord, een nieuw financieringssysteem moet ontwikkeld worden. Dat moet afgestemd zijn op de zorgzwaarte maar moet de aanbieder er ook toe aanzetten de bewoners te activeren en hun zelfredzaamheid te bevorderen. Ook het historisch tot stand gekomen systeem van voorafgaande vergunningen, het nieuw uit te werken forfaitair financieringssysteem voor de investeringen in infrastructuur voor ouderenvoorzieningen en mogelijke reconversies naar andere zorgvormen of financieringsmodaliteiten moeten mee opgenomen worden in dit nieuwe regelgevend kader. Daarbij moeten er ook voldoende incentives zijn voor innovatieve investeringen. Dit nieuw financieringsmodel zal worden afgetoetst in de task force ouderenzorg."

8.4.1. *Het zorgaanbod*

De problematiek van het zorgaanbod, de vergrijzing en de groei is reeds herhaaldelijk aan bod gekomen. Momenteel zijn er 74.867 erkende woongelegenheden waarvan 43.471 rvt's. De erkenningskalender is tijdens de legislatuur 2009-2014 ingevoerd om – aangezien er het voorbije decennium ongeveer 20.000 voorafgaande vergunningen zijn toegekend – het tempo en de voorspelbaarheid van de uitgaven vast te leggen. Tegen 2018 worden 8400 bijkomende woongelegenheden budgettair gehonoreerd. In 2016 komen er 3300 plaatsen bij.

8.4.2. *Financieringsmodel*

Het huidige RIZIV-financieringsmodel in de ouderenzorg is complex, waarbij rekening moet worden gehouden met verschillende componenten, verschillende betrokken actoren, verschillende beleidsniveaus, financieringsstromen en wetgeving. Alle facetten zijn met elkaar verbonden.

Voor de woonzorgcentra, inclusief centra voor kortverblijf, berekent het RIZIV per kalenderjaar een forfait op basis van de erkende capaciteit, de zorgzwaarte van de bewoners en het personeel dat in het woonzorgcentrum actief was tijdens een referentieperiode van 1 juli tot 30 juni. Het forfait houdt rekening met een eventuele wijziging van de erkende capaciteit in de loop van de referentieperiode of tussen de referentieperiode en het kalenderjaar, en wordt in de loop van het kalenderjaar aangepast op elk moment dat de erkende capaciteit wijzigt. Het forfait kan eventueel gewijzigd worden in het kader van een controle op het

correct gebruik van de evaluatieschaal KATZ. Voor nieuwe voorzieningen is geen referentieperiode beschikbaar en wordt met een startersforfait begonnen, met regularisatie nadien.

8.4.3. *Uitdagingen*

De huidige financiering houdt zowel rekening met zorgzwaarte van de cliënten als met tal van andere factoren. Dat geeft aanleiding tot een aantal uitdagingen bij het ontwikkelen van een meer persoonsvolgende financiering.

Het onderscheid tussen de huidige rob- en rvt-financiering stemt niet overeen met de werkelijke zorgzwaarte in de voorzieningen. Dit heeft te maken met het budgettaire beleid dat de federale overheid voerde. Met het oog op een voldoende spreiding van het aanbod en budgetbeheersing voor de overheid, wordt het aanbod aan residentiële ouderenzorg geprogrammeerd. De Vlaamse overheid deed dat voor de woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra. De federale overheid deed dat voor de rvt's, in functie van de budgetbeheersing, en voor de centra voor dagverzorging. Ondertussen heeft Vlaanderen al inspanningen geleverd om het aantal rvt-erkenningen op te trekken. Er werd in 2016 10,8 miljoen euro gereserveerd voor die bijkomende rvt-erkenningen.

Bij de ontwikkeling van een nieuwe persoonsvolgende financiering moet ook rekening worden gehouden met de interferentie tussen de federale financiering van prestaties in de ziekteverzekering en de overgehevelde forfaitaire financiering van de ouderenzorg. Het is bekend dat de rvt-financiering een vergoeding voor kinesithérapie omvat, terwijl dat niet het geval is in de rob, waar dat per prestatie wordt vergoed in het kader van de federale ziekteverzekering. Overleg met de federale overheid is hierover noodzakelijk.

Momenteel hanteren de woonzorgcentra de KATZ als inschalingsinstrument. Er zijn vragen bij de wijze waarop dit instrument de zorgzwaarte inschaalt. Vanuit Vlaanderen en ook interfederaal wordt gekozen voor een gefaseerde uitrol van de BelRAI(-screener) als inschalingsinstrument. Het gebruik van deze inschaling is dankzij proefprojecten reeds bekend als kwaliteitsinstrument. Tot nog toe zijn er nog geen projecten waarin ook financiering wordt gekoppeld aan dit instrument. Er zijn op dit vlak nog heel wat vragen te beantwoorden. Om hierover meer duidelijkheid te krijgen, zal in eerste instantie geleerd worden uit de BelRAI-proefprojecten en uit de projecten die zullen worden gestart in het kader van de interfederale gemeenschappelijke verklaring met betrekking tot chronische zorg. Het nieuw op te richten wetenschappelijke Steunpunt WVG zal moeten begeleiden.

Voor het uitwerken en uittesten van een toekomstig concept van persoonsvolgende financiering zijn ook de projecten in de chronische zorg van belang. De federale overheid zal in februari 2016 een projectoproep lanceren voor de ontwikkeling van proefprojecten 'geïntegreerde zorg voor chronisch zieken'. De projecten zijn gericht op het verbeteren van de gezondheid van de bevolking in het algemeen en van chronisch zieken in het bijzonder, het verhogen van de kwaliteit van de zorg en het efficiënter gebruik van toegewezen middelen. De projecten, die ontwikkeld moeten worden in een kader van regelluwte, moeten het mogelijk maken om een aantal processen uit te testen: overlegmodellen, samenwerkingsvormen, modaliteiten voor het betrekken van de bevolking, de patiënt en zijn omgeving, indicatoren voor het opvolgen en evalueren van de kwaliteit enzovoort. De patiënt staat hierbij centraal en behoudt zo maximaal mogelijk de regie over het netwerk en de partners daarin. Deze proefprojecten worden beschouwd als een mogelijkheid om diverse concepten in het kader van de Vlaamse sociale bescherming, zoals persoonsvolgende financiering, uit te

testen. Het proefproject inzake de toepassing van BelRAI en BelRAI-screener kan worden ingepast in deze federale proefprojecten.

De loutere inkanteling van die bevoegdheden is geen sinecure. Het vertrekpunt is geen wit blad maar een uitgebreid proces dat ongetwijfeld efficiënter kan maar waar onder meer ICT-investeringen en overleg voor nodig zijn.

8.5. Revalidatie

De conceptnota vermeldt over de revalidatie dat “ook voor de revalidatiesector na de staatshervorming een nieuw kader, moet gecreëerd worden, inclusief het financieringsmodel dat overeenstemt met de persoonsvolgende financiering van de andere in de Vlaamse sociale bescherming opgenomen zorgvormen. Hierbij wordt rekening gehouden met het aanbod en de opdrachten van revalidatie in algemene en universitaire ziekenhuizen (waarbij de Vlaamse overheid misschien van haar nieuwe normerende bevoegdheid moet gebruikmaken om de afstemming te waarborgen) en met de complementariteit tussen het ambulante en het residentiële aanbod.”.

“Momenteel gaat het over een heel divers landschap van verschillende centra met zeer diverse financieringsvormen die onder meer worden geregeld in overeenkomsten tussen het RIZIV en de centra (met name conventie voor ambulante revalidatie) of via het budget van financiële middelen (in de geïsoleerde G- en Sp-diensten), waarbij momenteel het ziekenfonds de patiënt de voorafgaande toestemming verleent voor de toegang tot de revalidatie en een terugbetaling uitbetaalt op basis van een getuigschrift van geleverde zorg. Het kan zowel gaan om patiënten die revalideren na een acute problematiek als om de revalidatie van patiënten die getroffen worden door een chronische ziekte, als om psychosociale revalidatie.”.

8.5.1. Aanbod

Uit een overzicht van het aantal centra blijkt de grote diversiteit van het aanbod: van verslaafdenzorg tot respiratoire en neurologische aandoeningen voor kinderen, autisme, visuele revalidatie enzovoort. Daarnaast zijn er ongeveer 1200 Sp- en G-bedden in de categorale ziekenhuizen.

8.5.2. Financiering

De revalidatiesector is een heel diverse sector en daar zal uiteraard rekening mee moeten worden gehouden. De werking van deze centra wordt geregeld in een conventie afgesloten met het RIZIV op advies van het college van geneesheren-directeurs via het Verzekeringscomité.

De patiënt krijgt een all-in multidisciplinair programma en betaalt hiervoor slechts een zeer laag remgeld (in geval van verhoogde tegemoetkoming zelfs geen remgeld). De conventie bepaalt de doelgroep, het programma (inhoud en duur), de samenstelling van de multidisciplinaire equipe en de wijze van logistieke ondersteuning. Het centrum krijgt een patiëntgebonden forfait per patiënt. Hiervoor worden patiënten opgedeeld in pathologiegroepen. De voorziening kan in overleg met de patiënt met dit forfait verder invullen welke zorg zij verlenen. Het forfait bestaat uit twee delen: de personeelskosten (85 tot 90 percent) en de werkingskosten (10 tot 15 percent). De werkingskosten bestaan uit huisvestingskosten, administratieve kosten, energiekosten, medisch materiaal en verzekeringen. Er is een verplichte derdebetalersregel voor alle centra.

8.5.3. Uitdagingen

De revalidatiesector vertegenwoordigt slechts een relatief beperkt budget in verhouding tot bijvoorbeeld de ouderenzorg. Maar de complexiteit van de overname is zeker niet minder groot.

Hoewel de Vlaamse sociale bescherming focust op het financieringsmodel kan het uitwerken van dit nieuwe financieringsmodel uiteraard niet los staan van de visie op revalidatie in Vlaanderen in de toekomst. Vandaag heeft Vlaanderen niet de pretentie om te beweren dat het reeds een uitgewerkte visie heeft met pasklare antwoorden. Er zijn wel al enkele denkpijlers, waarin concentratie van expertise, netwerking en bewaken van zorgkwaliteit sleutelbegrippen zijn.

– Stroomlijnen van de diversiteit van het revalidatielandschap

Er zijn heel diverse vormen van revalidatie. Zo bieden de respijteenheden eerder ondersteuning in plaats van revalidatie en zijn ze perfect vergelijkbaar met kortverblijf voor ouderen. De structuur van het forfait is momenteel reeds vergelijkbaar met de financiering van rob en rvt.

Een aantal conventies heeft te maken met geestelijke gezondheidszorg. Het gaat dan over verslaafden, centra voor ambulante revalidatie, kinderen met medisch-psychologische aandoeningen, en vroegtijdige stoornissen in de interactie tussen ouders en kind. De centra voor verslaafden behandelen patiënten die vaak lang voor en nadien gevolgd worden door cgg's. Ook de relatie met Justitie maakt dat zij dicht bij de cgg's staan. Op het congres over verslavingszorg werd daarom aanbevolen om een integratie te realiseren van deze centra in de geestelijke gezondheidszorg.

Er zijn ook revalidatiecentra voor autisimestoornissen die heel nauw aanleunen bij de VAPH-voorzieningen. Daarnaast zijn er ook de bedden in de categorale ziekenhuizen zoals bijvoorbeeld de MS-kliniek van Melsbroek en het revalidatie-ziekenhuis Inkendaal.

– Interferentie met de federale bevoegdheid

Een belangrijke bedenking die hierbij ook moet worden gemaakt, is dat de revalidatiesector slechts gedeeltelijk is overgeheveld in het kader van de zesde staatshervorming. Zo zijn er bijvoorbeeld voor de locomotorische revalidatie zowel conventies die overgeheveld zijn als conventies die federaal gebleven zijn. Van de 27 in Vlaanderen zijn er twee in categorale ziekenhuizen. Vlaanderen is bevoegd voor de financiering van de Sp- en G-bedden aan de hand van het budget van financiële middelen. De financiering van kine via nomenclatuur blijft federaal. Maar de financiering van de federaal gebleven RIZIV-conventies in die categorale ziekenhuizen blijft ook federaal. Ten slotte zijn er van de vijf overgekomen conventies voor motorische revalidatie twee binnen een categoriaal ziekenhuis, twee binnen een federaal gefinancierd algemeen ziekenhuis en één buiten een ziekenhuis. Bij de visieontwikkeling moet rekening worden gehouden met die afhankelijkheden.

Een ander knelpunt is bijvoorbeeld dat de beperktere vergoeding van de artsen in het kader van de forfaits leidt tot moeilijkheden om artsen aan te trekken binnen de centra. Ook hierover is overleg met de federale overheid aangewezen. Het risico bestaat immers dat deze artsen-specialisten hun privépraktijken verder uitbouwen en dan hun prestaties in de nomenclatuur opdrijven.

Vlaanderen kan geen eilandpolitiek voeren en overleg met de federale overheid blijft nodig.

– Ongelijke spreiding

Er is momenteel ook een ongelijke spreiding van het aanbod. Een oefening op langere termijn bestaat ook in een betere afstemming van het aanbod op de vraag, onder andere door het responsabiliseren van de actoren in de prioritering en door nog andere incentives om tot een betere spreiding te komen.

8.5.4. *Stand van zaken*

De administratie heeft een aantal gesprekken gevoerd en knowhow verworven inzake deze sector en werkt verder aan de krijtlijnen voor een visienota. De administratie wil dat ook in overleg doen met de sector, waarbij iedereen een eerste maal uitgenodigd zal worden op een communicatiemoment in maart 2016 om dan verder in werkgroepen te werken aan een Vlaams revalidatiebeleid.

Na een analyse van de situatie wordt verder nagegaan welke opportuniteiten er zijn op korte en op lange termijn. De administratie onderzoekt, en de minister benadrukt dat het nog om eerste denkpistes gaat, de implementeerbaarheid van een aantal mogelijke vereenvoudigingen, onder andere op vlak van voorafgaande toestemming en controle, facturatie, een aantal kwaliteitsmaatregelen zoals het werken met zorgdoelstellingen in zorgplannen, en het prioriteren van de zorgnood. Verder wordt ook nagegaan hoe de patiëntenpopulatie beter in kaart kan worden gebracht om een beter zicht te krijgen op de zorgbehoefte. Momenteel zijn heel weinig data beschikbaar.

De revalidatiesector heeft, zoals gezegd, de expliciete wens geuit om geen Vlaamse eilandpolitiek te voeren en het beleid in te passen in de algemene lijnen van de Belgische gezondheidszorg. Anderzijds wil niemand een louter afwachtende houding aannemen tot de federale overheid met een initiatief komt.

Door voeling te houden met de evoluties op federaal niveau en voldoende overleg te plegen, kan Vlaanderen het voortouw nemen in de ontwikkeling van een transparant, gedifferentieerd en gestroomlijnd revalidatiebeleid. Waar nodig kan en moet afgestemd worden.

In dit kader zijn volgende zaken te vermelden. De ideeën op federaal niveau over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering vertonen een mogelijke impact op het revalidatiezorgaanbod: de mix van financieringsmechanismen volgens complexiteit van zorg met laag variabele, medium variabele, middelmatig complexe en hoog complexe zorg; minder acute bedden; taakverdeling en -verschuiving door netwerking; reconversie van acute bedden naar G- en Sp-bedden; Pay for Quality; vereenvoudiging van registratiesystemen; en proefprojecten onder meer voor transmurale zorg. In het kader van deze hervorming werd een KCE-studie aangekondigd over het toekomstige zorglandschap. Revalidatie valt binnen de scope van dit onderzoek.

Uiteraard zal het revalidatiebeleid passend moeten zijn binnen de nog te ontwikkelen blauwdruk van het zorgstrategisch plan voor Vlaanderen.

Met het oog op de persoonsvolgende financiering moeten ook keuzes worden gemaakt op vlak van inschaling. De idee voor een uniform model dat patiënten op analoge wijze groepeerd in functie van hun functioneel bilan leeft al geruime tijd bij alle actoren. De International Classification of Functioning, Disability and Health wordt in meerdere teksten als model genoemd.

Er is politieke consensus om, zowel op federaal als op Vlaams niveau, BelRAI te implementeren als classificatiemodel, zowel in de zorg- als in de welzijnssecto-

ren. Eén instrument maakt dat alle actoren in dezelfde taal over de patiënt of zorgvrager spreken.

Een vooronderzoek uitgevoerd door het KCE leert dat BelRAI bruikbaar is in de deelsegmenten van het revalidatieaanbod die ingevolge de zesde staatshervorming onder de Vlaamse bevoegdheid ressorteren.

Verder onderzoek is nodig voor het uitwerken van een classificatiemodel voor revalidatie op basis van BelRAI, waarbij zeker ook moet worden nagegaan of dat binnen deze sector voldoende garanties biedt voor een correcte inschatting van de zorgnoden. Dat impliceert onder andere de selectie en waar nodig vertaling van de benodigde deelitems van InterRAI, datacollectie in de betrokken voorzieningen, dataverwerking en het uittesten van het ontwikkelde instrument.

Dit onderzoek moet ook het vertrouwen krijgen van de sector om met de BelRAI te werken. Dit hoeft niet noodzakelijk in contradictie te zijn met de toepassing van ICF, die meer ingeburgerd is in de sector.

8.6. Psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen

Wat de psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen betreft, vermeldt de conceptnota "dat we evolueren naar meer flexibele vormen van allerlei woonvormen met de ondersteuning op maat die tot de competentie van deze voorzieningen behoort."

"Ook voor de psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen zullen proefprojecten aangeven hoe we dit kunnen enten op persoonsvolgende financiering binnen Vlaamse sociale bescherming."

8.6.1. *Psychiatrische verzorgingstehuizen*

Een psychiatrisch verzorgingstehuis is bestemd voor personen met een langdurige en gestabiliseerde psychische stoornis. Zij dienen niet langer in een psychiatrisch ziekenhuis te verblijven gezien hun stoornis gestabiliseerd is. Zij zijn echter niet in de mogelijkheid om zelfstandig te leven, het psychiatrisch verzorgingstehuis biedt hen een vervangende woonvorm met aangepaste zorg en begeleiding. In tegenstelling tot een initiatief voor beschut wonen is er in een psychiatrische verzorgingstehuis constant iemand aanwezig voor de begeleiding en verzorging van de bewoners.

Er kan bij de psychiatrische verzorgingstehuizen een onderscheid gemaakt worden tussen bedden voor personen met een mentale handicap en bedden voor personen zonder mentale handicap, en tussen uitdovende en definitieve bedden. Er zijn momenteel een kleine 2000 bedden, waarvan er een tweehonderdtal uitdovend zijn. De spreiding is niet gelijklopend over alle provincies.

– Financiering

De financiering omvat afschrijflasten voor huisvesting, hotelkosten en woonkosten ten laste van de bewoners, zorgkosten ten laste van de overheid en ook een staatstussenkomst met een inschaling op basis van de financiële situatie van de bewoner die bedoeld is om de kosten voor de patiënt haalbaar te maken. Ook het OCMW verleent net zoals bij de woonzorgcentra soms tussenkomsten voor patiënten die het verblijf niet kunnen betalen.

8.6.2. *Initiatieven voor beschut wonen*

Er zijn een kleine drieduizend plaatsen in de 45 initiatieven voor beschut wonen.

– Financiering

De FOD Volksgezondheid berekent de dagprijs per initiatief voor beschut wonen op basis van een heel aantal elementen waaronder de medische functie, de personeelskosten, de MPG-registratie, de medische functie, de werkingskosten gekoppeld aan begeleiding en de eindeloopbaanregeling.

De bewoner betaalt niet voor begeleiding door het initiatief voor beschut wonen, maar wel voor de woonkosten (zoals huur, telefonie en elektriciteit) en de medische consultaties van de behandelende psychiater.

Als de bewoner beschikt over een eigen woning, dient hij soms nog een klein bedrag te betalen aan het initiatief voor beschut wonen, namelijk de verzekering burgerlijke aansprakelijkheid en eventuele uitstapjes.

Als een bewoner de woonkosten niet kan betalen, kan hij een beroep doen op het OCMW (zoals iedere burger), maar voor beschut wonen kan het OCMW geen 60 percent terugvorderen van de FOD. Dat wordt weinig toegepast.

8.6.3. *Uitdagingen*

De psychiatrische verzorgingstehuizen hebben te kampen met een financiering die niet altijd toereikend is voor de activiteiten die ze ondernemen. De loonkosten van het personeel worden redelijk goed gedekt. De patiënt betaalt voor de hotelkosten en algemene diensten. Dit bedrag (35,25 euro) is vastgelegd in 1990 en werd enkel geïndexeerd. Er is geen rekening gehouden met verhoogde milieu-, veiligheids- en energienormen waar de tehuizen moeten aan voldoen en die hogere kosten teweegbrengen. Er moet ook mee rekening worden gehouden dat de tehuizen te maken hebben met een zeer kwetsbare doelgroep zowel op financieel vlak als op vlak van zorgnood.

8.6.4. *Stand van zaken*

Ook hier werkt de administratie aan een conceptnota voor de inkanteling en op termijn de persoonsvolgende financiering van de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven voor beschut wonen.

De concepten zullen worden afgestemd op de residentiële ouderenzorg maar met respect voor de specificiteit van de doelgroep en de sector. Er zijn nog heel wat vragen over de mogelijke toepassing van het BelRAI-instrument, met name de module mental care. Er is nog heel wat onderzoek nodig alvorens deze schaal toegepast kan worden in de sector.

Ondertussen lopen de proeftuinen Woonzorg in de geestelijke gezondheidszorg met als doel om in een regelluwe context ervaring op te doen met flexibele woonzorgvormen. De doelgroep bestaat uit volwassen chronisch psychiatrische patiënten. De zes projecten lopen van 1 december 2015 tot 31 december 2017.

Naast Brugwonen in Beernem zijn er nog vijf projecten die flexibele woonvormen aanbieden aan psychiatrische patiënten. In Reymeers in Lede zijn er semiresidentiële woongelegenheden voorbehouden voor personen met de ziekte van Korsakov. De Heide in Merelbeke kenmerkt zich doordat verschillende sectoren (onder meer geestelijke gezondheidszorg, VAPH en ouderen), financieringsvormen en woonvormen samengebracht worden om op een vernieuwende manier samen te werken. Jongvolwassenen vormen de specifieke doelgroep voor Veerkrachtwonen in De Link in Mortsel. Bij expertise dementie Vlaams-Brabant vertrekt men vanuit de zeven zorgcirkels in de regio Leuven met nadruk op de krachten van de patiënten en hun mantelzorgers. De Lork in Sint-Gillis uit het

Brusselse Hoofdstedelijke Gewest biedt 'Samenhuizen' aan aan zorgvragers uit de geestelijke gezondheidszorg, evenals aan mensen met een beperking

8.7. Mobiliteitshulpmiddelen

De conceptnota vermeldt hierover: "de financiering van het hulpmiddelenbeleid zal mee geïntegreerd worden binnen de persoonsvolgende financiering, waarbij ook huur/renting mogelijk is."

8.7.1. *Stand van zaken*

Ook hier wordt gewerkt aan een conceptnota waarin de krijtlijnen worden getrokken voor de inkanteling van de leeftijdsonafhankelijke mobiliteitshulpmiddelen in de Vlaamse sociale bescherming. Er wordt daarbij gefocust op cliëntvriendelijke procedures en nieuwe vergoedingssystemen die hergebruik en huur/renting een belangrijke plaats moeten geven. De voorstellen zullen worden afgetoetst door een reflectiegroep waarin de diverse actoren uit de sector vertegenwoordigd zijn.

8.8. Indicatiestelling en inschalingsinstrumenten

De conceptnota vermeldt op dit vlak dat "een belangrijke doelstelling van de integratie van de verschillende financieringen voor zorg in één systeem van sociale bescherming, het beter afstemmen en integreren van de inschalingsmodellen is. Op deze manier maken we werk van transparantie en boeken we efficiëntiewinst. Het faciliteert eveneens de samenwerking tussen de verschillende aanbieders van zorg en ondersteuning in functie van zorg op maat. We evolueren naar minder inschalingsinstrumenten en werken hiervoor aan een verdere implementatie van de BelRAI(-screener)."

Er wordt een eenvormigere inschaling vooropgesteld in de diverse zorgvormen en tegemoetkomingen. Thans zijn er veel verschillende instrumenten en worden dezelfde personen meermaals gescreend.

Waar mogelijk wordt gekozen voor de BelRAI en/of de BelRAI-screener. Voor een aantal sectoren, zoals de psychiatrische verzorgingstehuizen, de initiatieven voor beschut wonen en de revalidatie, vergt dat verder onderzoek om definitieve keuzes te kunnen maken. De inschaling met de BelRAI is per definitie multidisciplinair. Dat is niet het geval voor de BelRAI-screener.

Op federaal vlak vertrekt men vaak van een medisch model waarbij de arts een belangrijke rol speelt in de inschaling. Dit is bijvoorbeeld het geval voor de medico-sociale schaal in het kader van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. In Vlaanderen wordt voor de zorgverzekering nagegaan wat iemand wel nog kan en wat niet, wat niet noodzakelijk een medische beoordeling vergt.

8.8.1. *Stand van zaken*

Minister Jo Vandeuren verwijst naar de gemeenschappelijke verklaring die op de IMC van oktober 2015 werd goedgekeurd.

Vlaanderen speelt een voortrekkersrol in de implementatie van de BelRAI-screener. Het is gestart met een project dat als laatste stap voor de implementatie het instrument BelRAI-screener uittest in een proefregio in Dendermonde, en dat voor de zorgverzekering, de gezinszorg en de residentiële ouderenzorg.

Zoals vermeld loopt er ook een onderzoek naar de toepasbaarheid van de BelRAI-screener voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

Een uniforme schaal biedt heel wat voordelen: mensen moeten slechts één inschaling ondergaan; de continuïteit en kwaliteit van zorg kunnen beter worden gegarandeerd; het faciliteert de samenwerking tussen zorgactoren; voor één persoon kan men makkelijker overschakelen tussen zorgvormen; en de automatische rechtentoekenning wordt mogelijk door gebruik te maken van een centrale databank.

In Vlaanderen gaat de prioriteit naar een invoering van de eenvoudigere BelRAI-screener. In een eerste fase gaat het over de zorgverzekering, de gezinszorg en aanvullende thuiszorg.

Uit de proefprojecten chronische zorg die interfederaal zullen worden opgestart, wil Vlaanderen ook leren over de bruikbaarheid van de BelRAI als instrument voor persoonsvolgende financiering.

Daarnaast wordt ook de inschalingsprocedure bekeken om garanties te bieden op een correcte inschaling en gelijke behandeling. Responsabiliseringsmechanismes en benchmarking, een efficiënte controle op de kwaliteit van de inschaling, een degelijke opleiding, en de rol van het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek zijn zaken die in dat kader onder de loep worden genomen.

II. Vragen van de leden

Ingrid Lieten wenst de minister en zijn medewerkers veel goede moed om dit complexe project te vervolledigen tijdens deze regeerperiode. Het is positief dat de sector met al zijn actoren betrokken wordt.

Welke rol dienen die actoren in de toekomst te spelen? Welke timing zal dit strategisch overleg aanhouden? Op welk ogenblik zullen de diverse organen, die al bij de voorbereiding worden betrokken, hun werkzaamheden formeel aanvatten?

Voor hun welbelevens is het belangrijk dat mensen kunnen participeren aan de samenleving, maar hier moeten andere beleidsdomeinen ook een belangrijke bijdrage voor leveren. De spreekster roept minister Vandeuren op voldoende te wegen op de hervormingen die minister Weyts plant op het vlak van Mobiliteit en Openbaar Vervoer. Wie niet mobiel is, raakt geïsoleerd. Wie geïsoleerd leeft, wordt ongelukkig en ziek. De professionele zorg waarop geïsoleerde mensen een beroep moeten doen, betekent toenemende kosten voor de samenleving. Wie op het platteland woont, moet ook op het openbaar vervoer kunnen rekenen.

Door de Vlaamse sociale bescherming en door de zesde staatshervorming zal vaker een beroep worden gedaan op de Vlaamse zorgverzekering. De premie is voor het eerst verhoogd. Zijn er al indicaties over de toekomstige evolutie van de premie wanneer de Vlaamse sociale bescherming op punt staat?

In 2013 werd de Vlaamse zorgverzekering voor 33 percent gefinancierd door de premies en voor het overige uit de algemene middelen. Na de stijging van de premies is die verhouding omgedraaid. Zal deze verhouding worden aangehouden? Zal iemand die niet bijdraagt in de toekomst nog recht hebben op zorg?

Veel mensen die recht hebben op het laagste tarief, vragen dat niet aan omdat ze hun rechten niet kennen. Automatische rechtentoekenning zou dat kunnen oplossen. Wat is het standpunt van de minister?

De Vlaamse Regering maakt zo'n 10 miljoen euro vrij om de rvt-plaatsen in de ouderenzorg uit te breiden. Deze inhaaloperatie is noodzakelijk vanwege een

mank lopende federale financiering in het verleden. Welke methode zal voor het uitbreidingsbeleid in de toekomst worden gevolgd? Op basis van welke methodiek zullen in de toekomst rvt-bedden toegekend worden? De regionaal gespreide zorgvraag evolueert immers. Hoe zal de Vlaamse overheid de zorgkosten die ouderen dragen sociaal houden? Waar de vorige Vlaamse Regering het er principieel over eens was om een maximumfactuur in te voeren in de zorg, is daar thans geen sprake meer van. Hoe zal de Vlaamse Regering de betaalbaarheid van de zorg in de toekomst garanderen?

Het belang van de unieke inschaling verdient terecht veel aandacht omdat het volledige systeem er effectiever en efficiënter door wordt. Thans worden uiteenlopende inschalingssystemen gebruikt waardoor het tijd zal vergen om iedereen mee te krijgen in deze transitie. Het is een goede zaak dat hierover een akkoord is bereikt met het federale niveau. Welk pad is daartoe uitgestippeld in het projectplan? Wat is de timing van het proefproject in Dendermonde? Zijn de volgende stappen reeds gepland?

Peter Persyn zegt dat zijn fractie principe, kader en ambitie van de Vlaamse sociale bescherming onderschrijft. De nieuwe bevoegdheden, die geen bedreiging maar een opportuniteit vormen, moeten zorgvuldig ingekanteld worden. Dat alle actoren en het federale niveau daarbij betrokken worden, juicht N-VA toe.

N-VA heeft echter een aantal bezorgdheden over de uitvoering van de uitgebreide Vlaamse zorgverzekering en de zorgkassen. Marktwerving en keuzevrijheid zijn belangrijk, net zoals de efficiëntie. Dat er een unieke inschaling komt, biedt op dat vlak een antwoord. Dat voor de BelRAI wordt geopteerd, is een logische keuze. Van zodra er een uniek instrument is om in te schalen, moet daar de automatische toekenning van rechten uit volgen. Het lijkt eveneens logisch dat wordt gepleit voor digitalisering en informatisering. Inzake standaard-procedures en ICT-toepassingen is de spreker niet voldaan.

Dat de zorgkassen verschillende functies combineren, blijft een heikel punt. De zorgkassen worden een uniek en herkenbaar loket voor de gebruiker van de Vlaamse sociale bescherming. De gebruiker betaalt zijn premie aan een zorgkas, die hem – zij het in een belendend perceel – inschaalt. Het is ook de zorgkas die zich over de aanvraag buigt, het dossier volgt en mogelijks ook aanvult. De beslissing waarop een aanvrager recht heeft, valt ook binnen de zorgkas. Ook voor de betaling staat de zorgkas in. De toeleiding zou ook in een bepaalde richting georiënteerd kunnen worden, wat ingaat tegen de keuzevrijheid.

In de verdere uitvoering van de Vlaamse sociale bescherming is een aantal waarborgen nodig. Inschaling en zorgplanning moeten autonoom verlopen, los van de zorgkassen. Net zoals het beslissingsmoment, desnoods onder de vorm van een collegiale beslissing. Alles in één en hetzelfde organisme onderbrengen, werd vroeger trust- of kartelvorming genoemd. Ook in Duitsland en Nederland worden pogingen ondernomen om de verschillende rollen uit elkaar te halen. Anders wordt het moeilijk om aan te sporen tot vernieuwing of responsabilisering, tenzij zorgkassen die meer werk hebben per lid een kleinere bijdrage ontvangen zodat de incentive om zo veel mogelijk leden te bedienen, wegvalt. Wie op het werkveld bezig is met sociaal en vernieuwend ondernemerschap, is ook bezorgd over deze waarborgen.

In de conceptnota is sprake van incentives voor preventie en innovatie, maar het is de spreker onduidelijk hoe die in dit model ingebouwd kunnen worden. Zorgkassen zouden er immers baat bij moeten hebben om mensen zo licht mogelijk in te schalen.

Innovatie is meer dan infrastructuur en ICT. Het gaat ook om gemengde zorgvormen zoals respijtzorg en combinaties van bijvoorbeeld woonzorgcentra en zorgboerderijen. Deze incentives moeten worden ingebouwd in inschaling en dossieropvolging.

De spreker is het volkomen eens met het pleidooi van de SERV en de Vlaamse Ouderenraad voor participatie, wat past in de vermaatschappelijking van de zorg. Er dient afgestapt van een te betuttelende houding ten aanzien van de zorgvrager. Iemand met een verminderde zelfredzaamheid is in staat zijn zorgbehoefte mee in te schalen en zijn zorgplan uit te werken. Ook personen met een handicap krijgen de kans zelf hun ondersteuningsplan uit te werken.

De spreker vraagt afrondend een indicatie van de budgetten bestemd voor revalidatie. De complexe bevoegdheidsverdeling spoort aan te streven naar nog meer homogene bevoegdheden voor de gemeenschappen.

Elke Van den Brandt zegt dat ze het niet enkel zal hebben over deze aangepaste conceptnota, maar ook over het voorontwerp van decreet waar SERV en SAR WGG al advies over hebben verleend. De visie is erop gericht de verschillende systemen te integreren, wat bijzonder moeilijk is en veel tijd zal vergen. Wat ontbreekt, is het perspectief op lange termijn. Zal er ook in de toekomst gewerkt worden met verschillende steunmechanismes of komt het tot één concept met één inschalingsinstrument en één uitkeringsinstrument? De vraag hoe dergelijk concept eruit zal zien, wordt niet beantwoord in de conceptnota maar ook niet in het voorontwerp van decreet.

Welke krachtlijnen zijn daarbij van belang voor Groen? In de eerste plaats is zorggarantie nodig. Wie zorg nodig heeft, moet die krijgen. Onder meer de Vlaamse Ouderenraad heeft kritiek op het ontbreken van groeipaden. Hoe zal een maatschappij die steeds meer zorgvragen zal moeten beantwoorden en op dit ogenblik al niet over voldoende middelen beschikt, vermijden dat mensen in de toekomst in de kou blijven staan? Wat vindt de minister van het voorstel van de SAR WGG om met zorgprognoses te werken in plaats van programmering? De conceptnota is op dit punt immers niet aangepast. Deze holistische benadering sluit nauwer aan bij het cirkelmodel.

De Vlaamse Ouderenraad vraagt waarom niet met een inkomensgerelateerde bijdrage aan de Vlaamse zorgverzekering wordt gewerkt. Door meer variatie te brengen in de bijdrage wordt het systeem socialer. Overweegt deze Vlaamse Regering een bijdrage volgens de draagkracht in plaats van een forfaitaire bijdrage?

Het gros van de middelen komt thans uit de bijdrage in plaats van uit de algemene middelen. Zowel de Vlaamse Ouderenraad als de SAR WGG verzetten zich daar terecht tegen. De Vlaamse zorgverzekering zit als systeem tussen een verzekering en sociale zekerheid. De bijdrage is te verantwoorden maar het systeem mag niet uitsluitend op bijdragen draaien. De algemene middelen zijn belangrijk om er een solidair en evenredig systeem van te maken.

Voorts rijst de vraag of het voor een aantal zaken toegestaan is een bijdrage te vragen. Is een bijdrage betalen als voorwaarde om een uitkering te krijgen in overeenstemming met de VN-Conventie inzake de rechten van personen met een handicap? Het is de verantwoordelijkheid van de maatschappij om iedereen er op een inclusieve manier aan te laten deelnemen.

De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden is thans ook niet aan een bijdrage onderworpen. Wat zal er gebeuren met mensen die hun bijdrage niet betalen? De

sanctie moet evenredig en verantwoord zijn, en mag mensen nooit hun rechten afnemen.

De bijdrage zal automatisch verlopen. Welke rol zullen de zorgkassen spelen? Volgens het voorontwerp van decreet zal het agentschap inschalen. De zorgkassen hebben zeker een rol te spelen. Ze moeten mensen informeren over hun rechten en voor een goede uitkering zorgen. De centrale vraag is echter wie waarvoor verantwoordelijk zal zijn. Er moet werk worden gemaakt van een gezonde en transparante werkwijze.

De uitkeringen moeten volgens Groen in verhouding staan tot de zorgzwaarte. In het voorontwerp van decreet staat dat dit zo 'kan' zijn. Deze mogelijkheid wordt open gehouden. De spreekster hoopt dat in de toekomst altijd voor een zorgzwaartegerelateerde uitkering wordt geopteerd want anders is het model niet in overeenstemming met het cirkelmodel. Hoe reageert de minister op het voorstel van de SAR WGG om een getrapt systeem met forfaitaire vergoedingen in te voeren?

Wordt werk gemaakt van een maximumfactuur in de thuiszorg? Het is niet alleen belangrijk dat mensen een uitkering krijgen. Ze moeten er ook aan de slag mee kunnen gaan.

Een uitkering die te laag is om voldoende zorg in te kopen, leidt ertoe dat mensen hun plan zullen moeten trekken. Er is onduidelijkheid over het groeipad.

De omslag naar een vraaggestuurd model kan op de steun van Groen rekenen, maar er moet altijd voldoende aanbod zijn. Organisatiegebonden kosten zullen voor een deel gefinancierd worden. Hoe zal de verhouding zijn? Hoe wordt dat voorbereid? Wordt er onderzocht wat de goede verhouding precies is om de shift waar te maken?

Dat een deel van de hulp niet rechtstreeks toegankelijk is, gaat in tegen het cirkelmodel. Hoe verantwoordt de minister deze evolutie naar strenge poorten? In de integrale jeugdhulp is de poort die toegang verleent tot de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp een strenge procedure. Het betekent heel vaak dat mensen geen toegang krijgen tot bepaalde hulp. Dat gaat in tegen een goede interactie tussen de verschillende cirkels.

Een patiënt zal zelf kunnen kiezen tussen de partners in het netwerk. Waarom mag een patiënt niet kiezen tussen alle zorgaanbieders? Waarom de beperking tot een bepaald netwerk? In een regio waar meerdere netwerken actief zijn, moet een zorgvrager kunnen kiezen tussen die netwerken. Een netwerk moet regionaal of lokaal georganiseerd zijn, en niet volgens ideologie.

Brussel blijft onduidelijk. De conceptnota wil dat de heer Gatz, Vlaams minister van Brussel, zorgt voor overleg tussen Vlaanderen en Brussel, maar minister Gatz speelt de bal terug naar minister Vandeuren. Er is nog geen antwoord op de belangrijke vragen over Brussel. Een deel van de bevoegdheden is na de zesde staatshervorming in handen van Vlaanderen en van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Wie trekt het proces zodat de plannen van de Vlaamse Regering en van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie overeenstemmen? Tot twee parallelle systemen komen, zou betekenen dat kansen op synergieën gemist worden. Het kan niet de bedoeling zijn dat een Vlaamse Brusselaar over enkele jaren de kans krijgt in te tekenen op de Vlaamse zorgverzekering en tegelijk verplicht wordt in te tekenen op het systeem van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zonder dat beide systemen alle rechten dekken. In het voorontwerp van decreet staat dat er een apart statuut

komt in Brussel. Belangrijke vragen zijn wanneer dat er komt, hoe het er komt en wie het zal trekken.

Toegankelijkheid is fysiek en veronderstelt dat de gebruikers elektronisch geletterd zijn. Hoe zal ervoor worden gezorgd dat mensen in armoede blijven genieten van alles waar ze recht op hebben? Hoe zal erop worden toegezien dat het systeem armoede niet versterkt? De spreekster gaat ervan uit dat er een armoedetoets wordt uitgevoerd op het voorontwerp van decreet. Ze informeert naar aanpak en timing.

Hoe uniek wordt de rol van de unieke loketten? Zorgkassen hebben een rol te spelen, maar dat geldt ook voor enkele andere actoren op de eerste lijn. Ook OCMW's, lokale dienstencentra en Sociale Huizen moeten kunnen doorverwijzen. Het kan niet de bedoeling zijn dat enkele bevoegdheden exclusief toegewezen worden aan de unieke loketten omdat zo kansen gemist worden om te informeren en te begeleiden. Doorverwijzing en informatieverstrekking moeten neutraal en transparant zijn, ook als die de verantwoordelijkheid zijn van een uniek loket van een zorgkas waarachter een ideologische groepering en netwerk staan.

Op basis van welke criteria zullen middelen worden toegekend aan de zorgkassen? De SERV vraagt naar duidelijkheid en objectieve criteria. De spreekster sluit zich aan bij deze terechte vraag.

Vermaatschappelijking van de zorg is enkel haalbaar mits goed wordt ingezet op de randvoorwaarden. Telkens opnieuw wordt daar echter op bekibbeld. De plannen in de conceptnota zullen niet volstaan om van de mantelzorgers een oprechte partner te maken in de zorg. In het andere geval zullen de eerste twee cirkels vrijblijvend zijn en verdwijnt de keuzevrijheid. Personen met een handicap met een goed netwerk worden vaak uitgesloten van verdere hulp. Op die manier wordt de vermaatschappelijking van de zorg uitgehold en wordt de context overbelast.

Het is goed dat werk wordt gemaakt van gegevensdeling.

De lokale besturen worden een belangrijke actor. Het is positief dat niet uitsluitend van het Vlaamse niveau wordt vertrokken. De conceptnota en het voorontwerp van decreet bieden echter weinig instrumenten om dat waar te maken. De lokale dienstencentra zijn onvoldoende uitgebouwd. De Sociale Huizen zijn nog in opbouw. Hoe zal het lokale niveau versterkt worden om zijn rol op te nemen?

Freya Saeys is tevreden dat de conceptnota focust op levenskwaliteit. De overheid heeft zich op het vlak van gezondheid en welzijn vrijwel uitsluitend op de aandoening gericht. Op basis van de aandoening werden zorginstrumenten omschreven. De overheid heeft onvoldoende aandacht besteed aan de ondersteuningsnaden die nodig zijn om zo lang mogelijk een kwaliteitsvol leven te leiden. Voor een overheid die streeft naar vermaatschappelijking van de zorg is dat uitgangspunt essentieel.

Daarnaast gaat aandacht naar chronische ziektes en comorbiditeit. De Vlaamse sociale bescherming moet daar acties op afstemmen, ook in het kader van het gemeenschappelijke plan voor chronisch zieken 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid'.

Er moet voldoende aandacht gaan naar zelfzorg en empowerment van de patiënt. De Vlaamse sociale bescherming moet instrumenten krijgen om de patiënt daarin

te steunen. Inspanningen om de levensstijl aan te passen, moeten begeleid en gecoacht worden.

Open Vld steunt het principe van de persoonsvolgende financiering als voorkeursstelsel voor de tenlasteneming van cure and care. Het maakt het mogelijk dat mensen de regie in eigen handen houden en zich handhaven in hun thuisomgeving. Er moet worden nagegaan of met dit budget ook mHealth-toepassingen gefinancierd kunnen worden. Zowel in de ouderenzorg, de sector van personen met een handicap als in de geestelijke gezondheidszorg zijn er tal van mogelijkheden.

De financiering en de leefbaarheid van de Vlaamse sociale bescherming is een belangrijk thema. Het is belangrijk dat de burger bewust omspringt met de middelen. Uit de geschiedenis van de sociale zekerheid blijkt hoe moeilijk dat is. Hoe zal dat worden aangepakt?

In de conceptnota is sprake van het responsabiliseren van de verschillende actoren zoals de zorgaanbieders en de zorgkassen. Welke pistes heeft de minister voor ogen? De conceptnota heeft het voorts ook over de transparante en uniforme werking van de geresponsabiliseerde zorgkas. Deze belangrijke aandachtspunten moeten worden uitgewerkt in de uitvoeringsbesluiten.

Naast de persoonsvolgende financiering is er de organisatiegebonden financiering. OCMW-woonzorgcentra leiden dagelijks meer dan twaalf euro verlies per bed. Er moet worden gesleuteld aan de kostenstructuur van de voorzieningen. Het personeelsstatuut van de OCMW-voorzieningen dient te evolueren in de richting van de private sector.

De verhouding tussen persoonsvolgende financiering en programmatie blijft moeilijk. Programmatie dient om het budget te beheersen. Wat is de zin daarvan in een persoonsvolgend financieringssysteem binnen een gesloten budget? De overheid moet zijn middelen geografisch spreiden en werken aan een gezonde verhouding tussen de opvangvormen. Hierover moet nog grondig van gedachten worden gewisseld. De thuisverpleging geniet op federaal niveau open-endfinanciering. Het budget wordt door enkele andere technieken onder controle gehouden.

Er zijn enkele maatregelen die de draagkracht van de mantelzorger ten goede komen. Er is voldoende respijtzorg, nachtopvang en vrijwillige oppas. Bij gezinszorg is er aandacht voor een financiering die zorg op maat, flexibiliteit en continuïteit biedt. De centrale databank van de verschillende indicatiestellingssystemen is gunstig. De spreker drukt de hoop uit dat deze databank vermijdt dat telkens opnieuw onderzocht wordt of iemand recht heeft op een tegemoetkoming. Bij dergelijke onderzoeken zorgt een mantelzorger vaak voor begeleiding. Een centrale databank met alle mogelijke attesteringen zou ook nuttig zijn. Mantelzorgers leggen ettelijke doktersbezoeken af om een attest te verkrijgen dat recht geeft op een bepaalde tegemoetkoming.

Digitalisering en automatische toekenning van voordelen kunnen een belangrijke bijdrage leveren. Mantelzorgers moeten te grote inspanningen leveren om te verkrijgen waar een zorgbehoevende recht op heeft. Proactieve informatieverstrekking door de zorgkas is geen overbodige luxe. De oefeningen die ter zake reeds zijn geleverd, zijn niet hoopgevend.

Open Vld zit ook met een aantal bezorgdheden. Er zal gezorgd worden voor preventie-incentives zonder dat risicogedrag tot uitsluiting kan leiden. Kan daar een voorbeeld van worden gegeven?

Op termijn is een opdeling mogelijk tussen vergoede medische kosten ten laste van de Vlaamse sociale bescherming en een persoonlijke bijdrage aan de woon- en leefkosten ten laste van de zorgbehoevende. Hoe concreet wordt daarover nagedacht? Wordt daar rekening mee gehouden zodra de stap naar de persoonsvolgende financiering wordt gezet in de ouderenzorg?

Na een ongeluk komen mensen in een revalidatiecentrum terecht waarna ze finaal een beroep moeten doen op een tegemoetkoming als persoon met een handicap. Zal dat gezien de ambitie om dubbele inschalingen te vermijden, ooit met één inschaling kunnen?

Griet Coppé zegt dat de Vlaamse sociale bescherming een groot kader is voor een nieuw sociaal model voor Vlaanderen. Het wordt een belangrijke wijziging na de zesde staatshervorming. Met de Vlaamse sociale bescherming wordt een antwoord geboden op de snelle maatschappelijke evoluties die tot aanpassingen nopen: de levenskwaliteit, de regie in eigen handen en de jonge senioren. Voor wie minder goed overweg kan met digitalisering, komt er een uniek loket. Er zal werk worden gemaakt van automatische rechtentoekenning met vereenvoudiging van administratieve procedures.

De spreekster betreurt dat er kritiek is op de rol van de zorgkassen. Er is afgesproken dat de zorgkassen instaan voor de uitbetaling. Mochten de zorgkassen daar niet voor instaan, welk organisme zou dat en de administratieve afhandeling dan op zich moeten nemen? De zorgkassen zijn reeds vertrouwd met het systeem door hun rol in de Vlaamse zorgverzekering.

Thans wordt met gemachtigde indicatiestellers gewerkt om de zorgzwaarte te bepalen. Bij de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden zorgen artsen voor de indicatiestelling. Hoe zal dat in de toekomst verlopen? Worden artsen ook gemachtigde indicatiestellers? Zijn de artsen mee overgeheveld? Zullen de gemachtigde indicatiestellers ook ingeschakeld worden voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden?

Het is belangrijk dat de continuïteit wordt verzekerd bij de overdracht van de nieuwe bevoegdheden. De bevolking moet op behoorlijk bestuur kunnen rekenen. De spreekster heeft de indruk dat administratie en politiek alles in het werk stellen om dat te bewerkstelligen.

De bijdrage aan de Vlaamse zorgverzekering is gestegen. Die bijdrage is niet-inkomensgerelateerd. Indien neveneffecten optreden onder de meest kwetsbaren, moeten bijsturingen overwogen worden ook al is de maximumfactuur niet opgenomen in het regeerakkoord.

Afsluitend wenst Griet Coppé de minister veel moed, werkgenot en kracht omdat dit geen gemakkelijke opdracht wordt. Na de Vlaamse zorgverzekering, de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden en het basisondersteuningsbudget is er nog de thuiszorg, de ouderenzorg en het hulpmiddelenbeleid. Met meer middelen zou alles gemakkelijker zijn. Waar mogelijk zal zij dit verder steunen.

Bart Van Malderen zegt dat iedereen erkent dat dit een bijzonder grote en belangrijke werf is. De ambities bij de start van de Vlaamse sociale bescherming zijn terecht hoog gezien de uitdagingen, maar ook omdat de federale sociale zekerheid zorgt voor een performante gezondheidszorg en omdat de armoede onder ouderen is gedaald als gevolg van een aantal maatregelen. In die zin is het logisch dat Vlaanderen het ambitieniveau hoog legt, wat tot de terechtte vraag naar zorggarantie leidt, naar bereikbare, kwaliteitsvolle en betaalbare zorg, en naar zorg op maat. Dat laatste niet enkel vanuit efficiëntieoverwegingen maar

ook uit emancipatorische overwegingen: dankzij zorg op maat kan een zorgbehoevende zo kwaliteitsvol mogelijk leven en zich ontplooien.

De zesde staatshervorming biedt mogelijkheden. Slaagt Vlaanderen erin die te benutten? Het moet de ambitie van de uitvoerende macht zijn om op het terrein het verschil te maken. Over dat laatste is de spreker bezorgd.

Wat is de limiet aan het vermaatschappelijken van de zorg? Anders gesteld: wat is het exacte doel van de vermaatschappelijking van de zorg? Moet de vermaatschappelijking van de zorg de schaarste beheersen? Wordt er zorggarantie geboden door een deel van de taken door te spelen? Is dat de definitie van de paradigmashift? Of is het daarentegen de bedoeling om de hele samenleving te mobiliseren waardoor de samenleving zorgzamer wordt?

Nederland probeert de schaarste beheersbaar te maken op het ene niveau door taken af te stoten naar een ander niveau. Het leidt tot grote problemen, diepgaande maatschappelijke discussies en een diep gevoel van onrechtvaardigheid. Vermaatschappelijking van de zorg heeft in Nederland een nare connotatie. Bart Van Malderen hoopt dat in Vlaanderen de tweede doelstelling wordt nagestreefd.

Iedereen erkent dat dit een werk wordt van lange adem. Iedereen erkent dat overleg nodig en nuttig is. Iedereen is erkentelijk dat het overleg ook gevoerd wordt. Alleen zou er op een aantal essentiële vragen een onweerlegbaar antwoord moeten zijn. Dit debat moet weg van de vrijblijvendheid waar het thans bij momenten aan lijdt. Vrijblijvendheid voor de ene, is immers onzekerheid voor de andere. Het volstaat te verwijzen naar de revalidatiesector. Een deel van die onzekerheid is de vraag naar middelen. De budgettaire realiteit tempert bepaalde ambities. Principes waar iedereen het eens over lijkt, vindt niemand terug in budgetten.

Nog zorgwekkender is dat de Vlaamse Regering het niet altijd eens is over de visie op bepaalde essentiële zaken. De in toon gematigde uiteenzetting van de heer Persyn verschilt weinig van zijn scherpere exposé van 17 juni 2015. De Vlaamse sociale bescherming veronderstelt eensgezindheid over de taak van de zorgkassen en over het beheer van het systeem. Ook binnen de meerderheid zijn daar vragen over waardoor de tekst vaag blijft. Wordt de sector vanwege die onenigheid vijf jaar in het ongewisse gelaten? Mevrouw Coppé verdedigt de zorgkassen, terwijl de heer Persyn ernstige vragen heeft over hun positie.

Niemand verzet zich tegen één inschalingssysteem. Iedereen wil weg van de calvarietocht langs artsen en commissies om telkens opnieuw een handicap of dementie te bewijzen. Telkens geldt dat hoe precairder de situaties waarin iemand verkeert, hoe moeilijker het blijkt om toegang te vinden tot het systeem. Dat staat mogelijk haaks op het gebruik van toegangspoorten en het onderscheid tussen rechtstreeks en niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Het gaat niet op werk te maken van één inschalingssysteem maar tegelijk te werken met een toegangspoort. Toegangspoorten werken statisch terwijl een zorgbehoefte vaak evolueert.

De regionale spreiding is ongelijk. Het streven naar zorggarantie mag er niet toe leiden dat in regio's met voldoende voorzieningen wordt gewied om elders nieuwe initiatieven te starten. Aan de ongelijke spreiding tegemoetkomen zal middelen vragen. In de meerjarenbegroting zijn daar echter geen middelen voor opgenomen.

Mevrouw Coppé wil dat bijgestuurd wordt bij ongewenste neveneffecten. Bart Van Malderen pleit er echter voor een armoedetoets uit te voeren op het geheel

en niet op individuele (sub)sectorale maatregelen. Deze nota omschrijft de architectuur van de Vlaamse sociale bescherming waarin verschillende elementen kunnen worden opgenomen. Wie op een laag niveau meet, zal kleine effecten vaststellen. De bijdrageverhoging, waar geen armoedetoets op is uitgevoerd, was een pijnlijke operatie. De bijdrage steeg procentueel het meest voor de meest precare groep. In absolute cijfers lijkt die verhoging als afzonderlijke rekening behapbaar. Omdat die verhoging deel uitmaakt van een geheel van maatregelen, moet het geheel aan de armoedetoets onderworpen worden. Is deze architectuur performant als hefboom tegen armoede? Mocht dat niet zo zijn, dan dient dat vanaf het begin te worden bijgestuurd.

Minister *Jo Vandeurzen* is ontgoocheld omdat zowel voor- als tegenstander moet onderschrijven dat opteren voor een geïntegreerd model voor chronische zorg binnen de Vlaamse bevoegdheden in een complexe bestuurlijke en politieke omgeving een visie is die bijzonder veel toekomstperspectieven biedt. Deze visie biedt perspectief op innovatie. Dat brugwonen georganiseerd en gefinancierd kan worden, is maar mogelijk in een logica van uniformere indicatiestelling, zorgprogramma's op maat en vraagsturing. Attesten hergebruiken en inzetten op automatische rechtentoekenning is enkel mogelijk in een geïntegreerd en solide model. Om te innoveren moeten toekomstige ontwikkelingen alle kansen krijgen. Er is een stevige gemeenschappelijke sokkel nodig alvorens bruggen gebouwd kunnen worden. Ook de verzekeringstechniek draagt daartoe bij.

Vragen over het beleid in de toekomst zijn legitiem maar doen niets af aan de noodzaak om op korte termijn een aantal zaken te regelen op een wijze die past binnen een breder verhaal. Het is niet mogelijk op dit ogenblik precies te antwoorden op al die vragen. Niets sluit uit dat een volgende Vlaamse Regering binnen de decretale bepalingen nieuwe innovatieve initiatieven neemt of andere budgettaire prioriteiten naar voren schuift. In deze regeerperiode moet de budgettaire hergroepering mogelijk worden gemaakt. Het gaat ook om de ontvangsten. Er is niet afgesproken dat de premie nog zal wijzigen, maar een volgende Vlaamse Regering zal kunnen beslissen hoe ze omgaat met de ontvangsten uit de Vlaamse sociale bescherming.

Op dit ogenblik is het belangrijk de fundamenteën van het systeem te leggen. Veel vragen kunnen nog niet beantwoord worden. De realiteit gebiedt die weg te zoeken die leidt naar een evenwicht tussen continuïteit, innovatie en nieuwe geïntegreerde modellen.

De Vlaamse sociale bescherming is niet het antwoord op de vermaatschappelijking van de zorg. Ze is wel gebaseerd op dezelfde visie. Die visie, uitgedrukt in de vijf concentrische cirkels, ligt ook aan de basis van de persoonsvolgende financiering in de sector van de personen met een handicap. Die visie draagt op middelen in te zetten op empowerment, het sociaal netwerk en een buurtgerichte benadering. Dat laatste houdt bepaalde verwachtingen in ten aanzien van de lokale overheid die dichtst bij de mensen staat. Dat is, samen met de rol die de lokale dienstencentra spelen, flankerend beleid en behoort niet tot de Vlaamse sociale bescherming strictu sensu. Het sluit wel aan op een bepaalde visie op (de maatschappelijke organisatie van) welzijn en zorg. Na empowerment, sociaal netwerk en buurtgerichte benadering volgen de overige cirkels. Het is niet toevallig dat trap 2 van de persoonsvolgende financiering niet in dit model is opgenomen. Trap 2 werkt op basis van prioritering en een ondersteuningsplan om na te gaan wat de netto-ondersteuningsnood is.

De Vlaamse sociale bescherming is niet de enige politieke vertaling van de visie dat zorg voor en ondersteuning van mensen met een langdurige zorgnood binnen de samenleving geplaatst moeten worden en mensen moeten uitnodigen te participeren aan en betrokken te zijn bij de samenleving. De manier waarop

Vlaanderen zijn sociaal beleid ontwikkelt en het groeipad dat ertegenover staat, wijkt duidelijk af van wat in Europa gangbaar is.

De Vlaamse sociale bescherming biedt het fundament om bij te dragen aan de vermaatschappelijking van de zorg. Omwille van de continuïteit wordt in de eerste fase op tal van zaken ingezet, maar op termijn zal dit systeem de zorg de nodige openheid bieden waardoor tal van opties mogelijk worden.

Het huidige systeem combineert open-end- – de tenlasteneming van de zorgverzekering, hulpmiddelen en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden – met aanbodprogrammatie om betaalbaarheid en toegankelijkheid te garanderen in de residentiële ouderenzorg (die met vergunningen werkt) en de revalidatiesector (met een geprogrammeerd aantal bedden). Al deze uitgavensystemen moeten worden geconsolideerd in een bepaald traject. Tijdens het eerste deel van dat traject moet de transitie in continuïteit gerealiseerd worden. Het wordt een grote inspanning om de historisch gegroeide systemen die niet op elkaar zijn afgestemd, in een nieuw systeem onder te brengen. Patiënt, zorgvrager en sociaal ondernemer zijn niet gebaat bij abrupte ingrepen. Voor patiënt, cliënt, hulpvrager en bewoner geldt trouwens het standstillprincipe.

Het is belangrijk het werk aan te vatten vanuit deze afwegingen. De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden legt de eerste deadline op. Voorts wordt het basisondersteuningsbudget samengevoegd met de Vlaamse zorgverzekering. Dat decreet zal – vanuit het perspectief van de gebruiker – weinig toevoegen aan de huidige regelgeving. Het decreet wijzigt de tarieven of de inschaling niet. Pas later zal blijken of de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden op een uniform inschalingsstelsel kan overschakelen. Het nieuwe decreet zal het mogelijk maken nieuwe takken te enten op de Vlaamse zorgverzekering. Een van die takken wordt het basisondersteuningsbudget, dat reeds decretaal geregeld is.

De artsen die thans door de federale overheid zijn gemandateerd, blijven verantwoordelijk voor de inschaling van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. De Vlaamse overheid zal hen daarvoor vergoeden.

Er is de vraag of de verschillende indicatiesystemen geüniformeerd kunnen worden, wat wetenschappelijk onderzocht moet worden. Zorgkassen zijn juridisch en financieel afgezonderd. Ze voeren geen indicatiestellingen uit. Het agentschap doet dat evenmin. Tal van actoren zijn gemandateerd om indicatiestellingen uit te voeren: artsen, sociale diensten van OCMW's of diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten. Voor het overige omschrijft de conceptnota duidelijk wat er dient te gebeuren met die systemen. Er is de ambitie om een kader te ontwikkelen. Er zal een systeem opgezet worden dat waakt over correctheid, kwaliteit en de gelijke toepassing van de inschaling. Het uitgangspunt is de responsabilisering van de actoren met een incentive of financiële straf om correct in te schalen. Er zal worden gewerkt met ex-postcontroles. Waar reeds professionele zorg aanwezig is, gebeurt de inschaling zo veel mogelijk door verschillende betrokken zorgverleners, die in een relatie staan tot de patiënt of cliënt. Waar geen professionele zorg aanwezig is, kunnen de gemachtigde indicatiestellers inschalen. Omwille van de continuïteit wordt in de conceptnota voorgesteld van start te gaan met de huidige gemachtigde indicatiestellers. Het systeem van diagnostiek en indicatiestelling zal worden geëvalueerd en indien nodig bijgesteld, en moet uniforme, objectieve en kwaliteitsvolle diagnostiek en indicatiestelling garanderen. Daarop dient voldoende toezicht te worden uitgevoerd. Daar staat of valt het systeem mee, besluit minister Jo Vandeuren.

Er komt geen afzonderlijk departement voor indicatiestelling. Wat bijvoorbeeld een huisarts vaststelt, moet hij zelf in het systeem kunnen inbrengen. Er is geen vraag om een afzonderlijke dienst in het leven te roepen om deze vaststellingen

in de BelRAI in te voeren. Het systeem moet wel garanderen dat de inschalingen onafhankelijk, kwaliteitsvol en uniform verlopen. Een ander fundamenteel uitgangspunt van het systeem is dat de zorgvrager onafhankelijk kan beslissen wie hem zorg zal verlenen.

Op een aantal vragen kan in deze fase nog niet duidelijk geantwoord worden. De sancties voor wie de verplichte bijdrage niet betaalt, zullen worden genuanceerd, zoals door de Vlaamse Ombudsdienst is aanbevolen. Er zal worden nagegaan of een compensatie van de bijdrageplicht op de uitkering haalbaar is.

Gezien het grote aantal overlegfora zal het erop aankomen hun taken te differentiëren. Het raadgevend comité voor het agentschap Zorg en Gezondheid en voor het Vlaams Agentschap voor samenwerking aan gegevensdeling tussen de actoren in de zorg wordt op korte termijn geïnstalleerd. Er moet werk worden gemaakt van een constructie voor VESOC Sociaal. Het concept is rond. In de loop van 2016 wordt dat decretaal geregeld. Naast duidelijke taken, moet ook de relatie tussen de SAR WGG en VESOC Sociaal voldoende duidelijk zijn. Over dat laatste bestaan verschillende meningen. Er komt hierover een decreet. VESOC Sociaal kan aanleiding geven tot een akkoord tussen de aanwezige partijen, waarna die het met hun achterban uitvoeren. Als het overleg niet tot een akkoord leidt, dan zal de overheid haar verantwoordelijkheid nemen.

In afwachting van de formalisering wordt informeel overleg gepleegd met alle sectoren en stakeholders. Ook met de zorgkassen is er overleg omdat zij hun ICT moeten aanpassen om vanaf 1 januari 2017 in staat te zijn om de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden uit te betalen.

De Vlaamse Ouderenraad heeft een advies verleend over het openbaar vervoer, dat de verantwoordelijkheid is van Vlaams minister Ben Weyts.

Telkens als rvt-statuten beschikbaar worden gesteld door het RIZIV spreekt de Vlaamse overheid in overleg met de vier koepels een formule af over de toekenning ervan. Voorzieningen zonder rvt-bedden krijgen er bij voorrang een minimumaantal. Wanneer er na de eerste fase nog rvt-statuten voorradig zijn, wordt nagegaan waar aangevuld kan worden op basis van de reële zorgprofielen. Minister Jo Vandeuren geeft er de voorkeur aan deze politiek voort te zetten. Naarmate het aantal woonzorgcentra toeneemt, moeten hier meer middelen in geïnvesteerd worden.

Door data te hergebruiken en door ICT-systemen op een hoger niveau te ontwikkelen, wordt efficiëntiewinst geboekt. Efficiëntiewinst zal echter nooit leiden tot een besparing van honderden miljoenen euro's. Efficiëntiewinst zal slechts marges opleveren. Tegelijk wijst de minister op toenemende uitgaven als gevolg van automatische rechtentoekenning.

Wat de conformiteit van het basisondersteuningsbudget met de internationale verdragen betreft, verwijst minister Vandeuren naar de huidige ziekteverzekering die eveneens op het verzekeringsprincipe is gebaseerd. Om een terugbetaling door de Vlaamse sociale bescherming te genieten, wordt een bijdrage betaald. Dat verschilt niet van de voorwaarde om een terugbetaling te ontvangen van de federale ziekteverzekering.

Een technische werkgroep gaat na waarover afgestemd moet worden met Brussel, en formuleert aanbevelingen. Er wordt nog geen overleg gepleegd met Brusselse partners die niet onder de Vlaamse bevoegdheid vallen. Het is wachten op duidelijkheid hoe de Brusselse overheid haar bevoegdheden zal ontwikkelen. Ook hier streeft Vlaanderen in de eerste plaats continuïteit na. Zodra er

aanbevelingen zijn, wordt in overleg getreden met de Brusselse overheid. Daarover wordt geregeld afgestemd met Vlaams minister Sven Gatz.

Een verzekeringssysteem is wellicht de enige haalbare mogelijkheid in Brussel. Het laat Vlaanderen toe op het Brusselse grondgebied vraaggestuurd en persoonsgebonden toegang te verlenen tot bepaalde rechten en terugbetalingen. Anders is de Vlaamse overheid gedoemd aanbodgericht te werken langs institutionele toegangspoorten. Als de Franse Gemeenschap ook opteert voor een verzekeringssysteem, dan hoopt de minister dat zij op dezelfde partners een beroep doen als de Vlaamse overheid.

Minister Jo Vandeurzen is het eens met wat mevrouw Saeys zegt over mantelzorgers.

Zorgplannen voor complexe zorgvragen leiden tot vragen over de gevolgen voor de onderdelen die gefinancierd worden door de Vlaamse overheid. Vlaanderen moet daarom deelnemen aan de federale projecten die erop gericht zijn te zoeken naar een betere organisatie en financiering van de chronische zorg. Door de vraag van het Vlaams Parlement om het Vlaamse systeem vraaggestuurd te maken, moeten federale en Vlaamse financieringssystemen met elkaar in verband worden gebracht omdat de context bepaalt wie waarvoor betaalt.

Er is een uitdrukkelijk verband met de eerstelijnsgezondheidsconferentie. De manier waarop Vlaanderen zijn ondersteuningsstructuren organiseert en de geografische ontwikkelingen op de eerste lijn stimuleert, zorgen voor een kader waarbinnen een geïntegreerd chronisch zorgplan gefaciliteerd wordt. De eerstelijnsgezondheidsconferentie moet het mogelijk maken dit de komende periode te concretiseren.

ICT speelt daar een belangrijke rol in. De minister beaamt wat mevrouw Saeys zegt over hergebruik van attesten en een centrale databank. Uit het eZorgplan, eHealth en de Roadmap blijkt grote ambitie op het vlak van gegevensdeling, toegang tot gegevens voor patiënten en communicatie met de ziekenhuizen. Ook Vitalink en de BelRAI hebben daarin een plaats.

Wat in Nederland is gebeurd, valt niet zomaar te vergelijken met wat de Vlaamse Regering doet. In Nederland heeft de centrale overheid een aantal taken in en verantwoordelijkheden over de chronische zorg gedecentraliseerd. Omdat chronische zorg buurtgericht en geïntegreerd dient te zijn, is geprobeerd die dichterbij de mensen te brengen. De zesde staatshervorming heeft ook een aantal van die taken en bevoegdheden naar de gemeenschappen overgeheveld. De beweging is gelijk, maar Vlaanderen opteert voor enkele andere opties. Lokaal betekent in Vlaanderen een gemeente met een schaal van 2000 tot 700.000 inwoners. In Nederland verschillen prijzen, tarieven, zorg en toegankelijkheid door de lokale verantwoordelijkheid. Vergelijken met Nederland, waar een budgettaire logica is gevolgd, is onterecht omdat Vlaanderen andere keuzes maakt. Het concept van de Vlaamse sociale bescherming is niet gebaseerd op een budgettaire logica. De inspanningen in de residentiële ouderenzorg in 2016 bewijzen het tegendeel.

Omdat de revalidatiesector tweeledig is, zal uniformiseren niet eenvoudig zijn. De geriatrie en de standalone Sp-diensten in de categoriale ziekenhuizen zijn geïnspireerd op de ziekenhuizen. Ze vertegenwoordigen 93 miljoen euro. Daarnaast zijn er de revalidatieconventies die goed zijn voor 153 miljoen euro. Daarenboven is een aantal onderdelen vervat in sociale akkoorden. Vlaanderen moet in de eerste plaats een visie ontwikkelen op zijn rol en bevoegdheden. De conventies gaan heel breed. Ze kunnen verband houden met de geestelijke gezondheidszorg, de sector van personen met een handicap of revalidatie in

chronische zorg. Niemand sluit uit dat een aantal conventies buiten de Vlaamse sociale bescherming worden gelaten vanwege de coherentie. Vlaanderen zal met alle sectoren samenzitten om zich te informeren over hun visie op een geïntegreerd revalidatiebeleid in Vlaanderen. Ook de Sp-diensten van de algemene ziekenhuizen moeten in ogenschouw worden genomen. C- en D-bedden worden geconverteerd in Sp-bedden. Tarief en prijs worden bepaald door een afgeleide van het ziekenhuisbudget, terwijl de standalone Sp-diensten in een Vlaams systeem terechtkomen. Vlaanderen zal nagaan wat het op basis van zijn ziekenhuisnormeringsbevoegdheid kan betekenen voor de ontwikkeling van de revalidatie in de algemene ziekenhuizen.

Flankerend beleid inzake preventie is nodig. 'Bewegen op verwijzing', dat wordt uitgerold, is een effectieve manier om kwetsbare groepen aan te sporen om hun gedrag aan te passen en meer te bewegen. De huisarts heeft daarin een rol te spelen. Thans wordt dat opgenomen door VIGeZ. Eenmaal er een concept is, kan worden overwogen dergelijke initiatieven in de Vlaamse sociale bescherming te integreren. Preventie-initiatieven binnen voorzieningen kunnen worden gekoppeld als incentives in het financieringssysteem voor de organisatiegebonden kosten.

Er is nog geen akkoord over wat organisatiegebonden kosten zijn. Doordat rvt, initiatieven voor beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen Vlaamse bevoegdheid worden en door de invoering van de persoonsvolgende financiering, moet worden nagegaan wat woon- en leefkosten precies inhouden in al die verschillende settings. Bij de start zal er nog geen logisch en coherent systeem zijn, maar een geïntegreerde visie veronderstelt een aantal geleidelijke evoluties met respect voor personen en hun rechten. Dat is niet onbelangrijk vanuit het perspectief van de bewoner en de zorgvrager. Het volstaat te verwijzen naar de combinatie van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden met de Vlaamse zorgverzekering, die in een aantal situaties het verschil kan maken.

Eén indicatiestellingsysteem is onhaalbaar. In een aantal omstandigheden vervult de arts een cruciale rol omdat de medische indicatoren van de indicatieschaal doorslaggevend zijn.

Een toegangspoort combineert diagnose en indicatiestelling. Er zullen afspraken gemaakt worden vanaf welke waarde toegang wordt verleend tot bepaalde vormen van zorg en ondersteuning. Het lijkt aannemelijk dat een toegangspoort georganiseerd wordt voor de gespecialiseerde revalidatiesector. Thans gebeurt dat door federale ambtenaren of adviserende geneesheren.

Er zal worden nagegaan of de geografische spreiding verbeterd kan worden met de programmatie. Zorgverleners zullen niet manu militari opgelegd worden van plaats te veranderen.

Het Steunpunt WVG kreeg, na de beslissing van de Vlaamse Regering om een nieuwe cyclus te starten, een verlenging met zes maanden en ondertussen is een nieuwe aanbesteding gestart met de bedoeling een nieuw contract af te sluiten met een beperkte versie van het Steunpunt WVG. Het nieuwe Steunpunt WVG zal de komende jaren uitsluitend de ontwikkeling van de Vlaamse sociale bescherming wetenschappelijk ondersteunen. De ontwikkeling van de Vlaamse sociale bescherming veronderstelt flexibele wetenschappelijke steun op afroep en in functie van de vragen die beantwoord dienen te worden.

De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden en de nieuwe financiering van de woonzorgcentra zijn zorgzwaartegerelateerd. Daarnaast wordt met enkele forfaitaire uitkeringen gewerkt. Omwille van de continuïteit wordt eerst een nieuw systeem ontwikkeld alvorens na te gaan welke nieuwe concepten overwogen kunnen worden.

Het is niet de bedoeling dat een grondige armoedetoets wordt uitgevoerd op het voorontwerp van decreet waarover de Raad van State zich thans buigt. Er worden immers geen nieuwe rechten ingevoerd. Het decreet zal geen nieuw beleid invoeren. Er wijzigt niets aan de Vlaamse zorgverzekering, het basisondersteuningsbudget en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. Er zal hierover contact worden opgenomen met de betrokken actoren.

Elke Van den Brandt begrijpt de ontgoocheling van minister Vandeurzen niet omdat al haar vragen gebaseerd zijn op de adviezen van de SERV, de SAR WGG en de Vlaamse Ouderenraad. De SAR WGG vraagt terecht naar een onderbouwde visie met een toekomstperspectief op de lange termijn. De SERV informeert naar de bredere beleidsvisie. Bevoegdheden overnemen is niet eenvoudig en vergt tijd. Het is goed dat fundamenteen worden gelegd die langer meegaan dan één regeerperiode maar dat veronderstelt wel dat het duidelijk is waar het beleid naartoe wil. De vragen die daarover zijn gesteld, zijn geen detailvragen. Een staatshervorming biedt de kans stappen vooruit te zetten. De conceptnota maakt onvoldoende duidelijk hoe die stappen precies gezet zullen worden.

Het is positief dat de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden zorgzwaartegereleerd is. De spreekster drukt de hoop uit dat daaraan niet wordt geraakt en dat dit uitgangspunt ook zal gelden voor de Vlaamse zorgverzekering. Er zijn overlappingen tussen beide systemen. Deze instrumenten zullen op elkaar afgestemd of in elkaar geïntegreerd moeten worden. Vanwege de zorgzwaarte gaat de voorkeur daarbij uit naar een integratie van de zorgverzekering in de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

Minister *Jo Vandeurzen* antwoordt dat een forfaitair systeem ook voordelen biedt.

Elke Van den Brandt beaamt dat en verwijst naar het voorstel van de SAR WGG om een aantal forfaits te combineren.

Minister *Jo Vandeurzen* antwoordt dat de eerste vraag is of Vlaanderen op 1 januari 2017 in staat is de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden uit te betalen. Het is niet realistisch te denken dat de verschillende indicatiestellingen op één jaar tijd doorgelicht kunnen worden.

Elke Van den Brandt zegt niet dat alles geïntegreerd moet zijn tegen 1 januari 2017. Uit de conceptnota blijkt dat de korte termijn goed is geregeld. Ze heeft er vertrouwen in dat de overname in goede handen is bij minister Vandeurzen. Continuïteit en rechtszekerheid zijn gegarandeerd. Ze is het echter eens met de SAR WGG en de SERV dat de visie op lange termijn ontbreekt.

Minister *Jo Vandeurzen* antwoordt dat de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden door de zorgkassen laten uitbetalen en werken aan een gemeenschappelijke inschaling op korte termijn voor het kader zullen zorgen dat mogelijkheden biedt voor de toekomst.

Elke Van den Brandt vindt decentraliseren positief. In Nederland ging de decentralisering gepaard met een besparing. Vlaanderen moet over de keuzevrijheid waken. Contracteren zoals in Nederland kan voor de spreekster niet.

De bijdrage aan de zorgverzekering is verhoogd. Het verzekeringsprincipe is belangrijker geworden dan het solidariteitsprincipe. Deze fundamentele wijzigingen hebben mogelijks een impact op de draagkracht van de bevolking en op de armoede. Het basisondersteuningsbudget is nog niet aan een armoedetoets onderworpen. Het toekomstige decreet toch aan een armoedetoets onderwerpen, zou het alleen maar krachtiger maken.

Peter Persyn heeft het kader, de grote lijnen en het investeren in de zorgkassen niet in twijfel getrokken tijdens zijn uiteenzetting. Volgens de spreker zoekt de heer Van Malderen spijkers op laag water. In het traject dat een zorgbehoevende doorloopt, zijn er twee kritische momenten waarop te veel rollen aan één actor worden toebedeeld. N-VA staat voor het overige achter de inkanteling en bundeling. Dit wordt de sokkel voor een Vlaamse sociale zekerheid in de toekomst. In de volgende regeerperiode moet die nog uitgebreid worden. Het is niet mogelijk om op termijn een goed beleid te voeren met zo veel verdeelde bevoegdheden. Hij moedigt de minister aan hiermee verder te gaan.

Het overzicht van de uitgaven gaat in tegen de bewering dat het verzekeringsprincipe domineert. De tenlastenemingen van het Zorgfonds vertegenwoordigen maar zo'n 12 percent van het totaal. Het grootste deel van de middelen wordt uit sociale bijdragen gehaald en is inkomensgerelateerd. De premie is een opstap om recht te hebben op alle andere diensten die onder de Vlaamse sociale bescherming vallen.

Ingrid Lieten zegt dat in de eerste plaats naar de zorgbehoevende moet worden gekeken die belang heeft bij een kwalitatief en efficiënt beheerd systeem. De overhead van de structuren moet zo laag mogelijk blijven. De zorg moet doeltreffend verleend worden. Het systeem moet voorts toegankelijk zijn zodat iedereen de zorg krijgt waar hij recht op heeft. Professionaliteit en innovatie moeten ondersteund worden. Een functiescheiding is geen doelstelling. Het is louter een middel om deze doelstellingen te bereiken.

Deze transitie is een complex proces. In eerste instantie moet de continuïteit van de huidige dienstverlening gegarandeerd zijn. Gezien het grote aantal betrokken partners zal een lange weg afgelegd moeten worden. Op die lange weg zullen er tal van mogelijkheden zijn om visies te vormen, bij te sturen en zaken te herdenken. De overgang van de fase as is op de intervalfase moet zorgvuldig verlopen. Op dat moment moeten alle partners er klaar voor zijn om deze stap te zetten. Iedereen moet er klaar voor zijn zodat de dienstverlening niet onderbroken wordt.

Bart Van Malderen is het eens met de minister dat vermaatschappelijking van de zorg niet louter en alleen gebaseerd mag zijn op de vraag hoe de overheid minder middelen kan investeren in de zorg. Dat was het uitgangspunt in Nederland. Volgens de minister was dat niet de bedoeling toen de Vlaamse sociale bescherming als concept werd bedacht. Of het nog steeds niet de bedoeling is, zal blijken uit toekomstige begrotingen. Of dat nooit de bedoeling zal zijn, is minder evident in het licht van recente nieuwjaarstoespraken.

De spreker herinnert de heer Persyn eraan dat de begrippen 'trust' en 'kartelvorming' geen neutrale begrippen zijn. Uit dergelijke beladen begrippen moet worden geconcludeerd dat er nog onenigheid is over cruciale vragen. Dat gaat verder dan het kader, waar iedereen het overigens eens over is. Door die onenigheid valt het moeilijk om dit proces te beoordelen.

Het antwoord van minister Vandeurzen op de armoedetoets stelt teleur. Er wordt geen armoedetoets uitgevoerd omdat er geen nieuwe rechten worden ingevoerd. De weigering wordt beargumenteerd met een standstill. Men zou zich ook kunnen afvragen welke hefbomen er in de fase as is zijn om in de toekomst armoede efficiënt en effectief tegen te gaan met het zorg- en welzijnsbeleid. Hij hoopt dat de minister zijn mening alsnog wijzigt.

Minister *Jo Vandeurzen* zegt dat lang is nagedacht over het concept. De technische complexiteit is gigantisch. Dat alles in één model wordt gebracht en dat die beweging aanleiding geeft tot informatisering, automatische rechtentoe-

kenning, stroomlijning en dergelijke meer, is een prachtige opportuniteit. Vlaanderen kan aantonen dat het in staat is hiermee op een eigen manier om te gaan door aan vaak kwetsbare mensen extra bescherming en solidariteit te bieden. Dat niet iedereen het enthousiasme daarover deelt, ontgoochelt hem.

Uiteraard leidt dat tot tal van kritische vragen. Iedereen heeft het recht te zeggen dat hij andere keuzes prefereert over bepaalde onderdelen. Dit legt het kader vast waarin Vlaanderen zijn sociaal beleid, welzijnsbeleid en zorgbeleid de komende jaren moet ontwikkelen. Dit zal onder meer gevolgen hebben voor de (para)fiscale politiek en de organisatie van de administratie. Gezien alle internationale evoluties inzake chronische zorg en gezien de complexe Belgische staatsstructuur, wordt dit een solide model.

Niet alle vragen zijn op dit ogenblik beantwoordbaar. De fase as is, die het startpunt vormt, is meer in detail uitgelegd. Zorgen voor continuïteit betekent dat geen volledig nieuw concept kan worden uitgetekend. In plaats van een tabula rasa moet de transitie georganiseerd worden. Een transitie die zoals gebruikelijk zal leiden tot tal van vragen, discussie en veel kritiek. Maar los daarvan is de minister ervan overtuigd dat de Vlaamse sociale bescherming de Vlaming zelfredzaamheid zal bijbrengen en goede betaalbare zorg zodat hij langer in de thuissituatie kan leven.

Bart VAN MALDEREN,
voorzitter

Griet COPPÉ
Peter PERSYN
Elke VAN DEN BRANDT,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

BelRAI	verzamelnaam voor de Belgische vertaling en informatisering van de interRAI (instrumentenbasiseerstelijnschaal en Resident Assessment Instrument)
CAW	centrum algemeen welzijnswerk
cgg	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CRZ	Centrale Registratie van Zorgvragen
cvk	centrum voor kortverblijf
FOD	Federale Overheidsdienst
G-diensten	geïsoleerde geriatrie diensten
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICT	informatie- en communicatietechnologie
IMC	interministeriële conferentie
IVA	intern verzelfstandigd agentschap (van de Vlaamse overheid)
KATZ	evaluatieschaal voor de zelfredzaamheid van de patiënt
KCE	Federaal Kenniscentrum - Centre fédéral d'expertise
MPG	Minimale Psychiatrie Gegevens
MS	multiple sclerose
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
rob	rustoord voor bejaarden
rvt	rust- en verzorgingstehuis
SAR WGG	Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid
SERV	Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen
Sp-diensten	gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VESOC	Vlaams Economisch Sociaal Overlegcomité
VIGeZ	Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie
VN	Verenigde Naties
VSB	Vlaamse sociale bescherming
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (beleidsdomein van de Vlaamse overheid)