



Vlaams
Parlement

ingediend op **715** (2015-2016) – Nr. 4
2 juni 2016 (2015-2016)

Verslag van de hoorzitting

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

over het ontwerp van decreet

houdende de Vlaamse sociale bescherming

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, Bert Moyaers;
Elisabeth Meuleman.

Toegevoegde leden:

Ortwin Depoortere.

Documenten in het dossier:

715 (2015-2016) – Nr. 1: Ontwerp van decreet
– Nr. 2 en 3: Amendementen

INHOUD

I.	Uiteenzetting door Jan De Maeseneer, voorzitter, en Gunter Naets, secretaris, SAR WGG	5
1.	Inleiding	5
2.	Ontwerp van decreet	5
3.	Conceptnota Vlaamse sociale bescherming – algemene reflectie	5
4.	Toegang tot de Vlaamse sociale bescherming	5
5.	Basisprincipes.....	6
6.	Toepassing in Brussel	6
7.	Financiering zorg en ondersteuning	6
8.	Budgettaire beheersbaarheid	7
9.	Financiering zorg en ondersteuning	7
10.	Toepassing van de BelRAI-screener.....	7
11.	Rol van de zorgkassen	7
12.	Voorwaarden voor de invulling van een uniek loket	7
II.	Vragen van de leden	8
III.	Uiteenzetting door Pieter Van Herck, senior adviseur Welzijns- en gezondheidsbeleid, Voka	11
1.	Vragen	11
2.	Inhoudelijke evaluatie	11
3.	Beheersevaluatie	12
IV.	Vragen van de leden	15
V.	Uiteenzetting door Anja Declercq, LUCAS KU Leuven	16
1.	Eén schaal	16
2.	Waarom is één instrument beter?	16
3.	Oplossing: BelRAI	16
4.	BelRAI	17
5.	Output.....	17
6.	Voorstel: BelRAI-screener	17
7.	Wat is de BelRAI-screener?	17
8.	Onderzoek afkappunten op de BelRAI-screener.....	18
9.	Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden	18
10.	Basisondersteuningsbudget	18
11.	Niet het enige land waar dit een vraag is	18
VI.	Vragen van de leden	18
VII.	Uiteenzetting door Dominique Verté, VUB	22
VIII.	Vragen van de leden	25

IX. Uiteenzetting door Sjoert Holtackers, beleidsmedewerker, coördinator Brussels Regionaal Overleg Gehandicaptenzorg, Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad	28
1. Evolutie aantal Brusselaars in de Vlaamse zorgverzekering	28
2. Vlaamse sociale bescherming en het American Association for Mental Retardation Model	28
3. Vlaamse sociale bescherming, het American Association for Mental Retardation Model en Brussel	28
4. Basisondersteuningsbudget in Brussel	29
5. Suggesties	30
X. Vragen van de leden	30
Gebruikte afkortingen	33

Op dinsdag 10 mei 2016 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een hoorzitting over het ontwerp van decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming.

De commissie hoorde achtereenvolgens Jan De Maeseneer, voorzitter, en Gunter Naets, secretaris, SAR WGG; Pieter Van Herck, senior adviseur Welzijns- en gezondheidsbeleid, Voka; prof. dr. Anja Declercq, LUCAS KU Leuven; prof. dr. Dominique Verté, VUB; en Sjoert Holtackers, beleidsmedewerker, coördinator Brussels Regionaal Overleg Gehandicaptenzorg, Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad.

I. Uiteenzetting door Jan De Maeseneer, voorzitter, en Gunter Naets, secretaris, SAR WGG

1. Inleiding

Jan De Maeseneer licht het advies van de adviesraad over de Vlaamse sociale bescherming toe. De toelichting combineert een kort briefadvies over het ontwerp van decreet en een uitgebreid advies over de conceptnota Vlaamse sociale bescherming (*Vragen om uitleg* VI.Parl. 2014-15, nr. 2438, 2440, 2442, 2443 en 2595 en *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 632/1). De SAR WGG wil in elk geval nauw betrokken blijven bij de verdere uitwerking en evaluatie en wil zijn rol spelen in het kader van het tripartite overlegmodel WGG.

Algemene bekommernis is dat er voldoende aandacht blijft voor Welzijn binnen de marges van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming dat in het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid wordt ondergebracht. De SAR WGG wil de integrale benadering uit de visienota's gerealiseerd zien.

2. Ontwerp van decreet

Er wordt een eerste stap gezet in de uitvoering van de conceptnota met een aantal sleutelementen. Het ontwerp van decreet stelt dat de Vlaamse sociale bescherming wordt uitgebouwd als een volksverzekering. Het bepaalt de doelstellingen, de Vlaamse zorgverzekering, het basisondersteuningsbudget voor personen met een handicap en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

3. Conceptnota Vlaamse sociale bescherming – algemene reflectie

De conceptnota gaf aanleiding tot enige reflectie. Het is positief dat diverse ondersteunings- en financieringsmechanismen worden samengebracht. Het maakt onderlinge afstemming en efficiënt beheer mogelijk.

De invulling van de Vlaamse sociale bescherming moet stapsgewijs gebeuren om de nodige rechtszekerheid en continuïteit te garanderen. Het gaat immers om individuen met zorgnoden, die vaak kwetsbaar zijn.

Voor de adviesraad gaat het niet om een volksverzekering pur sang, maar veeleer om een combinatie van het klassieke volksverzekeringsmodel en het model gefinancierd uit collectieve – fiscale – middelen, respectievelijk 10 en 90 percent van de middelen genererend. Dat inzicht is cruciaal.

4. Toegang tot de Vlaamse sociale bescherming

De toegang tot de Vlaamse sociale bescherming verloopt met een verplichte premie. Dat lijkt acceptabel, zij het onder voorwaarden. Een eerste strekt ertoe dat de premies beperkt in omvang zijn en niet eindeloos kunnen groeien. Ze

moeten veeleer een marginale, aanvullende financieringsbron zijn om het mechanisme van de Vlaamse sociale bescherming te financieren. Er wordt voorgesteld om de premie aan de gezondheidsindex te koppelen. Mocht de premie ooit substantieel verhogen, dan moet de relatie met de draagkracht worden verrekend. Dat behelst een oefening inzake fiscaliteit. De premie mag ook niet stoelen op de inschatting van risico-elementen. Financiële differentiatie naargelang leefstijl is ontoelaatbaar. Daarvoor gaat de SAR WGG terug op het solidariteitsbeginsel en de vaststelling dat leefstijl geacht wordt de consequentie te zijn van allerhande determinanten. Verdere sociale correcties voor een limitatieve en goed omschreven groep mensen zijn van belang maar het uitgangspunt moet een universele benadering zijn. De burger moet weten wat hij krijgt in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

Voor toegang tot de Vlaamse sociale bescherming wil de SAR WGG geen administratieve barrières. Er zijn ondersteunende maatregelen nodig zodat de verplichte premie niemand uitsluit van de nodige zorg en ondersteuning. Dat vergt voldoende ondersteuning, toeleiding en empowerment om uitsluitingsmechanismen te vermijden. De adviesraad stelt vast dat er consequenties vooropgesteld worden voor het niet betalen van de verplichte premie. Die moeten proportioneel zijn en bij voorkeur vastgelegd per onderdeel van de Vlaamse sociale bescherming. Ook een beroepsprocedure moet ingebouwd zijn en het ontzeggen van de toegang tot een of meerdere onderdelen mag nooit een gevolg zijn van niet-betaling.

5. Basisprincipes

De basisprincipes van de Vlaamse sociale bescherming behelzen volgens de SAR WGG dat het om een solidair systeem moet gaan, met garanties voor de meest kwetsbaren. Preventief gedrag moet worden aangemoedigd, maar de individuele burger mag in de Vlaamse sociale bescherming in geen geval afgerekend worden op de inspanningen die hij/zij op preventief vlak levert. Die mogen derhalve niet als voorwaarde gehanteerd worden. Een verdere realisatie van integrale en maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning is belangrijk. Alle componenten moeten daarbij aandacht krijgen: kwaliteit van de zorg, prestatie, relevantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid. Financiering moet in hoofdzaak uit de algemene middelen blijven gebeuren.

6. Toepassing in Brussel

De SAR WGG meent dat de Vlaamse sociale bescherming ook in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest aanleiding moet geven tot garanties voor kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning. Het noodzakelijke aanbod moet aanwezig zijn. De uitrol vraagt evenwel nog grondige reflectie, onder meer over de financiële implicaties, maar de adviesraad vraagt ook aandacht voor de effecten op de sociale cohesie. Wat betekent het voor mensen die bijvoorbeeld in eenzelfde appartementsgebouw wonen als ze op verschillende manieren sociaal beschermd worden wanneer zich een zorgnood aandient? Ook de instapvoorwaarden in Brussel kan men herbekijken. Het lijkt aangewezen een gestructureerde monitoring te voeren van de effecten van de Vlaamse sociale bescherming op de Brusselaar.

7. Financiering zorg en ondersteuning

Een getrapt systeem van forfaitaire vergoedingen lijkt een goede optie waar er binnen de Vlaamse sociale bescherming inkomensgebonden maatregelen zijn. Transparantie is daarbij cruciaal en de gradualiteit in de tegemoetkomingen moet worden gecommuniceerd.

8. Budgettaire beheersbaarheid

De budgettaire beheersbaarheid is een sleutelement. Belangrijke voorwaarde voor de duurzaamheid is dat alle actoren verantwoordelijkheid opnemen, en dat rekening houdend met de draagkracht. Het principe van wederkerigheid moet ingebed zijn.

Het is tegelijk aangewezen om na te denken over een financieringsmodel dat het mogelijk maakt om financiële prikkels te geven die zorgaanbieders en zorgkassen ertoe aanzetten verantwoord gedrag te vertonen en hen daarvoor kunnen belonen. Men wil veeleer de wortel dan de stok hanteren, omdat dat psychologisch het beste werkt: richten op ondersteuning en aanmoediging en niet direct op verplichting en penaliserende.

9. Financiering zorg en ondersteuning

Persoonsvolgende financiering biedt voordelen, maar er zijn ook valkuilen. Kritisch oordelen blijft aangewezen. Vooraleer persoonsvolgende financiering wordt geïntroduceerd in andere sectoren pleit de SAR WGG ervoor om voldoende onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek en degelijke documentatie te verzamelen. Zomaar extrapoleren naar andere sectoren kan niet. Er moet tevens voldoende begeleide terreinervaring zijn. De adviesraad herhaalt graag zijn pleidooi voor een combinatie van persoonsgerichte en organisatiegebonden financiering.

10. Toepassing van de BelRAI-screener

De adviesraad nam ook kort de BelRAI-screener onder de loep. Het lijkt een mogelijkheid om die op korte termijn in te zetten als eerste toegangspoort, zij het met enkele aandachtspunten. Er moet rekening worden gehouden met het perspectief van de persoon met een zorgbehoefte. Extra aandacht is nodig inzake de levensdoelen van de persoon met een zorgbehoefte. Dat wordt benoemd als goal-oriented care: zorg die ertoe doet omdat ze bijdraagt tot de doelstellingen die de persoon met de zorgvraag voor zichzelf formuleert. Multiculturaliteit vergt ook bijzondere aandacht. De impact van de culturele achtergrond op ziektebeleving en omgaan met gezondheid en dergelijke moeten deel uitmaken van de inventarisatie. Sociale determinanten van gezondheid moeten evenzeer een sleutelrol krijgen in een screening. Dat maakt de visie op de totale context vollediger.

De toepassing van de BelRAI-screener is ontwikkeld voor registratie en inschaling. De conceptnota legt de link met het meten van de zorgzwaarte en het bepalen van rechten in het kader van de Vlaamse sociale bescherming. Cruciaal is in elk geval grondig testen en wetenschappelijke onderbouwing in de verschillende sectoren.

11. Rol van de zorgkassen

De zorgkassen zijn een uniek loket met meerwaarde voor de burger en verzorgen een meer gestroomlijnde toegang. Alle actoren op de eerste lijn blijven hun verantwoordelijkheden opnemen. Ook in die zin is actief informeren en ondersteunen van burgers gewenst. Alle actoren op de eerste lijn hebben de opdracht om actief toe te leiden naar de Vlaamse sociale bescherming.

12. Voorwaarden voor de invulling van een uniek loket

Het unieke loket moet laagdrempelig en toegankelijk zijn. Voorts is een proactieve en automatische rechtentoekenning nodig, naast een transparante

werking en dienstverlening. Responsabilisering gebeurt op gepaste wijze. In interactie met de overheid moeten automatische gegevensstromen gegenereerd worden door het unieke loket. De uitwerking van de loketfunctie moet gebeuren in afstemming met andere actoren op de eerste lijn en met de gebruiker. Tot slot moet er sprake zijn van tweerichtingsverkeer tussen zorgkassen en toeleiders. Een belangrijke vraag is hoe de Vlaamse zorgkas in de toekomst een performant aanbod zal genereren.

De SAR WGG wordt graag bij het verdere traject van ontwikkeling en uitrol betrokken en stelt dat de inzichten dan ook groeien.

II. Vragen van de leden

Elke Van den Brandt ziet een aantal zaken die ze vanzelfsprekend vindt. Zo lijkt het evident dat de premie beperkt in omvang moet zijn. Is er een richtcijfer? Is 50 euro aanvaardbaar of moet de draagkracht verrekend worden?

Dat de verhouding tussen bijdrage en algemene middelen 10-90 bedraagt, komt doordat het basisondersteuningsbudget en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden erbij zijn gekomen. De middelen voor de zorgverzekering, die de basis vormt voor de Vlaamse sociale bescherming, komen voor twee derde uit de bijdrage en voor een derde uit de collectieve middelen. De SAR WGG blijkt dergelijke verhouding niet te steunen. Klopt dat? Vroeger was die verhouding net omgekeerd.

Bij Brussel rijst de vraag naar de toepasbaarheid en de wenselijkheid van een volksverzekering met vrijwillige aansluiting. Kan men daarop dieper ingaan? Is dat haalbaar aangezien Vlaanderen Brussel niet wil lossen maar er tegelijk in Brussel andere plannen worden gemaakt? Heeft de SAR WGG zicht op betere alternatieven of randvoorwaarden om het bestaande model goed te laten werken?

Wat is een gezonde verhouding tussen persoonsgerichte en organisatiegebonden financiering? Wat geeft mensen zelf de regie in handen en zorgt er tegelijk voor dat sociale ondernemers en organisaties enige financiële zekerheid behouden?

De rol van de zorgkassen is vaag. Er is enerzijds een uniek loket bij de zorgkassen maar anderzijds blijven vele actoren op de eerste lijn betrokken. Elke Van den Brandt acht het belangrijk dat ook die eerstelijnsactoren kunnen toeleiden en de toegang kunnen verzekeren. De ene doorverwijzing na de andere werkt niet. Hoe ziet de SAR WGG een mogelijke taakverdeling? Welke taken worden best door respectievelijk de zorgkassen en de bredere eerste en zelfs tweede lijn opgenomen?

Peter Persyn sluit aan bij de vragen over de combinatie van een klassiek verzekeringsmodel met financiering uit collectieve of algemene middelen. De SAR WGG geeft aan dat de premie die in Vlaanderen verplicht en in Brussel vrijwillig wordt betaald, beschouwd kan worden als een opstap. Voor N-VA mogen er nog heel wat onderdelen en sectoren aan de Vlaamse sociale bescherming worden toegevoegd waardoor het aandeel van de opstap nog zal zakken. Als er sprake is van een verplichte verzekering voor Vlaanderen, kan er dan een automatische afhouding gebeuren zodat ook de automatische toekenning mogelijk wordt?

Wat betreft de sociale cohesie vraagt het commissielid of de SAR WGG doelt op mensen die zich institutioneel gezien tot een bepaalde gemeenschap bekennen. Hij vraagt meer toelichting bij de vrees voor impact op de sociale cohesie in Brussel.

Griet Coppé leest dat de draagkracht mogelijk herbekeken wordt als de bijdrage ooit substantieel stijgt. Moet het bijdragesysteem dan inkomensgerelateerd worden gemaakt? Dat zit er vooralsnog niet in.

Freya Saeys wil graag meer inzicht in de overgang van programmatie van zorg naar zorgprognoses. Wat betreft de responsabilisering van actoren, aanbieders en zorgkassen, wil ze weten hoe de SAR WGG dat concreet denkt in te vullen.

Bart Van Malderen vraagt de bezorgdheid om Welzijn in de toekomst voldoende plaats te geven in het geheel, concreter te maken.

Er wordt met een gemengd systeem gewerkt: enerzijds een niet-inkomensgerelateerde bijdrage van 50 euro voor de zorgverzekering, en anderzijds 90 percent uit collectieve middelen en bijgevolg inkomensgerelateerd. De verhouding is voor de zorgverzekering aan het begin van de legislatuur omgedraaid. Bart Van Malderen is van oordeel dat dit niet voor herhaling vatbaar is. Wat acht de adviesraad van een substantiële verhoging?

Een niet-bijdrage mag niet leiden tot het sluiten van een aantal toegangspoorten tot voorzieningen die onder de Vlaamse sociale bescherming ressorteren. Wat noemt de SAR WGG proportioneel? Beantwoordt het boetesysteem dat bij de zorgverzekering gehanteerd wordt aan de norm die de SAR WGG voor ogen heeft? Bart Van Malderen meent bij de heer Persyn te begrijpen dat men eventueel de verplichte bijdrage kan laten vallen. Om te vermijden dat zorg geweigerd wordt, moet er een proportioneel systeem zijn bij niet-betaling.

Alle actoren moeten verantwoordelijkheid nemen en het budget bewaken. Dat veronderstelt dat de zorgkassen verantwoordelijkheid dragen in het beheer van het geheel. Kan de spreker daarover meer duidelijkheid brengen?

Jan De Maeseneer stelt dat de Vlaamse sociale bescherming in elk geval origineel genoemd mag worden. Nergens in Europa is er een dergelijk mechanisme waarbij zo middelen geïnd worden om een bepaalde doelstelling te realiseren. Dat er niet meer onderzoek aan vooraf is gegaan, is betreurenswaardig want dan zouden de vragen een fundamenteel antwoord krijgen. Zo is grondig sociologisch onderzoek nodig om die beperkte omvang te bepalen en te weten wanneer een drempel ontstaat. De ervaring als huisarts in een achterstandswijk leert de spreker dat enkele tientallen euro vaak een drempel vormen. Zo is het gebruik van tandzorg sociaal zeer ongelijk verdeeld. Dat illustreert dat bedragen een verschillend effect hebben naargelang de sociale achtergrond.

Het systeem combineert individuele forfaitaire bijdragen met bijdragen die fiscaal en dus volgens draagkracht worden geheven. De SAR WGG heeft aanbevolen om alsnog dergelijk onderzoek te verrichten om zicht te krijgen op hoe de mechanismen werken, wat hun maatschappelijke effecten zijn en in hoeverre ze ook duurzaam zijn. De vraag naar verdere opbouw en waar het dan eindigt, klinkt ook al. Er is geen comparatieve tabel. De voordelen van het systeem zoals het wordt uitgerold, zijn niet vergeleken met een alternatief scenario dat bijvoorbeeld louter op fiscaliteit steunt. De SAR WGG dringt daarom aan op een blijvende monitoring van de effecten.

Niemand wil dat poorten dichtgaan voor wie zijn bijdrage niet betaalt. Tegelijk werkt een systeem met bijdragen niet als de betaling ervan er niet toe lijkt te doen. De praktijk zal moeten uitwijzen wat werkt en hoe. Dat bevestigt ook het belang van de eerstelijns werkers. Zij kunnen detecteren wat de impact is. Er is niet louter kwantitatief maar ook kwalitatief onderzoek nodig. Wat betekent het in de perceptie van de burger en van de samenleving? Een bijdrage heffen heeft

daarop altijd invloed. Het gaat daarbij om de vraag of iemand meetelt of niet, en zo ja, of men dan als een soort van aparte categorie wordt neergezet.

Mechanismen zoals middelen, verplichte verzekering en automatische afhouding hadden deel kunnen uitmaken van een wetenschappelijk onderzoek om relevante gegevens te verzamelen. De SAR WGG raadt aan om alles nauwgezet te monitoren en geregeld de vraag te stellen wat de effecten zouden zijn in een alternatief scenario.

Automatische afhoudingen gekoppeld aan automatische rechtenverwerving kunnen een element vormen in verder onderzoek.

Voor Brussel ligt het altijd wat moeilijker. De spreker deelt de bezorgdheid die blijkt uit het voorbeeld van mensen uit eenzelfde appartementsgebouw met verschillende dekkingsgraad. Verschillende mechanismen opzetten naast elkaar doet een wij/zij-gevoel ontstaan. De mate waarin zorg universeel en voor iedereen gelijk is, blijkt steeds een determinant van de cohesie in een samenleving. Voor multiculturele grootsteden met grote sociale gradiënten zoals Brussel, hamert de SAR WGG uitdrukkelijk op monitoring, om onder meer ongewenste effecten meteen vast te stellen.

Zorgprognoses in plaats van programmatie zijn niet nieuw. Nederland formuleert de prognoses van de zorgbehoeften niet langer in een aantal ziekenhuisbedden, rusthuisbedden, eerstelijnsvoorzieningen, verpleegsters of artsen. In de plaats wordt bekeken hoe noden zullen evolueren als gevolg van ziekten, handicaps en de functionele toestand van mensen die minder in staat zijn om eenvoudige handelingen uit te voeren, zoals voedsel bereiden, bewegen of sociaal participeren. Nederland werkt met een systeem dat het functioneren in beeld brengt en aan de hand waarvan in een bepaalde regio kan worden nagegaan welke behoeften er bijvoorbeeld in 2030 zullen zijn. Daaruit komen naast strikt medische noden ook andere behoeften naar voren. Onderliggend zijn er ook demografische componenten. Uiteindelijk beoordeelt men wat er nodig zal zijn om aan de behoeften te voldoen. In Nederland gaat men zelfs tot op wijkniveau. Een model waarin met zorgprognoses wordt gewerkt, kan een meerwaarde bieden. Ook alternatieven moeten worden uitgetekend omdat bepaalde behoeften op diverse manieren ingevuld kunnen worden. Men denkt bijvoorbeeld aan participatieve processen waarbij de doelgroep zelf betrokken wordt.

Een mix van persoonsgerichte en organisatiegebonden elementen behelst een analyse van multiple factoren. In eerste instantie spelen de zorgvrager, zijn perspectief en zijn noden. De burger mag alvast niet verplicht worden om in een systeem te stappen waarbij hij zelf alles moet uitzoeken. Sommigen willen de verantwoordelijkheid om de zorg te organiseren dragen maar anderen niet. Ze accepteren liever wat aan zorg wordt aangeboden. De belangrijke componenten zijn niet alleen de functionele toestand maar ook de doelstellingen van betrokkenen, net zoals de omkadering en de sociale context van de patiënt. De kunst is om goed te beoordelen hoe daarop in te spelen: persoonsgericht, organisatiegebonden of een mix. Het lijkt niet mogelijk om op korte termijn een wiskundig model te ontwikkelen, al hoeft dat niet mits men zich ervan bewust is dat het om een multifactorieel gegeven gaat, en dat het antwoord zoveel als mogelijk moet uitgaan van de noden van het individu en gedifferentieerd is. De dialoog moet op gang blijven en in de discussie moet ook telkens ingebracht worden wat de maatschappij te bieden heeft. Dat is niet onbegrensd.

Het is goed te beseffen dat dit niet losstaat van de toeleiding op de eerste en tweede lijn en dat de zorgkassen geen exclusiviteit genieten. Er moet sprake zijn van een gezamenlijke en aanvullende inspanning. Evaluatie is van belang om na te gaan of kwaliteit, responsiviteit en de manier waarop alles in de praktijk wordt

uitgerold, bijdragen tot het realiseren van doelstellingen van de betrokkene. Voorts moet worden nagegaan of elke actor zijn rol kan spelen. Dat moet worden gestaafd met kwantitatieve en kwalitatieve informatie.

Elke actor – ook de burger – draagt binnen de eigen mogelijkheden een deel van de budgettaire verantwoordelijkheid. Dat moet een duurzaam project opleveren. Sociale duurzaamheid heeft te maken met de manier waarop de schaarse middelen worden aangewend om kwaliteitsvol sociaal werk, welzijnswerk en gezondheidswerk te leveren. Dat impliceert transparantie, zichtbaarheid, kwaliteitsmeting, communicatie en verantwoording wanneer een concept niet voldoet, of als het leidt tot selectiviteit en uitsluiting. Het is dan zaak een beter antwoord te zoeken.

Door de switch in de zorgverzekering worden lasten verschoven naar het individu. Doordat de zorgverzekering in een breder perspectief wordt geplaatst, blijft dat beperkt. Hoe groot dat aandeel kan en mag zijn, moet blijken als de componenten worden aangevuld. De verhouding zal nog dalen. Jan De Maeseneer herhaalt dat het allicht een gemiste kans maar geen verloren zaak is om alsnog een degelijke wetenschappelijke evaluatie uit te voeren van de werking en effecten van de gehanteerde mechanismen.

Het blijft belangrijk om voldoende aandacht te besteden aan welzijn. De samenleving loopt een intrinsiek risico op medicalisering dat vermeden dient te worden. Het moet gaan om welzijn in de brede zin van het woord. Zorg is belangrijk, maar zeker ook de ondersteuning is een essentiële component gezien de vergrijzing, de toenemende chronische ziektes en de groeiende gezondheidsongelijkheid.

III. Uiteenzetting door Pieter Van Herck, senior adviseur Welzijns- en gezondheidsbeleid, Voka

1. Vragen

Pieter Van Herck brengt de visie van Voka aan de hand van de vragen die zijn voorgelegd door de commissie. De commissie wil weten hoe Voka de Vlaamse sociale bescherming evalueert en wat men als positieve dan wel negatieve punten ervaart. Hoe ziet Voka de rol van de zorgkassen en wat met de responsabilisering ervan? Hoe kunnen transparantie, objectiviteit en onafhankelijkheid ingebouwd worden? De spreker brengt enerzijds een inhoudelijke evaluatie en anderzijds bekijkt hij de beheersevaluatie en het overlegmodel. Wie beheert, en wat zijn de beste randvoorwaarden volgens Voka?

2. Inhoudelijke evaluatie

Algemeen sluit de inhoudelijke evaluatie grotendeels aan bij de visie van de SAR WGG. Positief is dat Vlaanderen zijn eigen sociale zekerheid volwaardig uitbouwt, met de focus op doelstellingen als solidariteit, efficiëntie en transparantie. Het cirkelmodel dat aan de basis ligt, volgt Voka. Vier zaken zijn essentieel. In eerste instantie is dat de regie over de eigen zorg, met onder meer de persoonsvolgende financiering. Ook de automatische rechtentoekenning lijkt vanzelfsprekend. Het is absurd dat nog steeds mensen geen toegang hebben tot bepaalde rechten al is de behoefte duidelijk. Die één-op-éénverhouding moet voor Voka in tijden van ICT en vele andere mogelijkheden prioritair zijn. Het meer uniform maken van inkomenscriteria is een goede zaak die de sterk gedifferentieerde en gefragmenteerde criteria in welzijnssectoren – met het oog op wat erbij komt van op het federale niveau – gladstrijken. Niet echt een focus van de Vlaamse sociale

bescherming maar een gunstige evolutie, vindt Voka de incentives voor samenwerking, in zoverre ze de marktwerking niet verstoren.

Enige kritische vragen bleven ook bij Voka niet uit. In welke mate zijn de doelstellingen effectief meetbaar? Zijn er milestones geformuleerd en is rekening gehouden met ruimte voor verbetering? Voka vindt het ontwerp van decreet in die zin vrij vaag, vooral wat betreft de determinatie van noden en waarom men meer inzet op het ene dan wel het andere aspect.

Een bestaand systeem in Vlaanderen krijgt een nieuwe buur. Dat systeem wordt grotendeels gekoppeld aan de staatshervorming en wat vanuit het RIZIV en het federale niveau overkomt. Men kan zich daarbij afvragen waarom de focus bij die staatshervorming moet liggen, en waarom juist bepaalde elementen wel en andere niet onder dat nieuwe systeem ressorteren. Preventie, gezinsondersteuning en dergelijke blijven onder het oude systeem zitten. Het lijkt aangewezen om op termijn de argumenten van praktische haalbaarheid, continuïteit en dergelijke te overstijgen en te evolueren naar één coherent systeem. Geïntegreerde zorg impliceert alvast voor Voka niet dat men systemen naast elkaar uitbouwt. Er is discussie over de vijfde cirkel, de gehandicaptenzorg. Die komt erbij, bovenop een internationaal model. Dat is budgettair te verklaren, maar doet op de lange termijn vragen rijzen. Waarom wordt die niet opgenomen in het geheel? Het blijft onduidelijk welke richting leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid uitgaat. Blijft het erin of gaat het eruit? Voka pleit ervoor om de keuzes beter te onderbouwen.

Het debat over de impact van sociale verzekeringen en ook over de rol van enerzijds de overheid en anderzijds de marktprincipes die spelen, is zeer belangrijk. Het is door de Vlaamse Regering enigszins in het regeerakkoord geforceerd, zonder al te veel overleg met het middenveld. Het overleg met VESOC Sociaal en het Overlegcomité WVG werd ruim aangekondigd maar nooit gevoerd. Men wacht erop. Het lijkt verstandig om zo een cruciaal dossier in te bedden in een breder geformaliseerd overleg.

Voka wil dat de discussie zich meer richt op inhoud dan louter op structuur en randvoorwaarden. Het gaat dan bijvoorbeeld om meer inzetten op sociale investeringen, naast de herverdeling van solidariteit. Het gaat dan meer om dienstverlening – kinderopvang, preventie en alles wat aan ondersteuning beschikbaar is – maar daarnaar wordt amper of niet verwezen in het debat. Beide componenten zijn evenwel even krachtig. Andere landen blijken ook andere evenwichten in die zin te zoeken.

Het IMF bracht recent een rapport uit over de sociale zekerheid in België en maakt de vergelijking met andere landen. Eén conclusie is dat men allicht soms weinig selectief is in bepaalde bestedingen van de sociale zekerheid. Het neemt alle niveaus mee en moet ingebracht worden in de lopende discussies.

3. Beheersevaluatie

De SERV oordeelt volgens Voka terecht dat criteria en toezicht in termen van beheer in de conceptnota en ook in het ontwerp van decreet vaag blijven. Er is enkel sprake van een plicht tot terugvordering maar bijvoorbeeld over de responsabilisering van de zorgkassen is er weinig tot niets terug te vinden.

Men kan afleiden uit het werkveld dat er qua responsabilisering van zorgkassen gewag wordt gemaakt van 10 percent, maar het blijft onduidelijk of het dan alleen om een bestraffende maatregel gaat of ook om een beloning. Op korte termijn is het cruciaal de responsabilisering meetbaar te maken, vast te leggen wat van de zorgkassen wordt verwacht en hoe op de performantie toegezien zal

worden. Bijdragen en tegemoetkomingen, uitwisseling van gegevens, communicatie met leden enzovoort, dienen geconcretiseerd te worden in te monitoren indicatoren. Daaruit moet positief of negatief functioneren afgeleid worden. Het basisprincipe van responsabilisering is het delen van risico's met degene die uitvoert, in zowel positieve als negatieve zin maar liefst in evenwicht. De bonuscomponent kan de meer innovatieve elementen bevatten zoals het al dan niet uitvoeren van interne audits bij de zorgkas, de communicatie met de leden enzovoort.

Indicatoren zijn zoveel als mogelijk gericht op resultaat en minder op structuur en processen. Voka beseft hoe moeilijk dat ligt omdat het vaak gaat over inningen en uitbetalingen. FAMIFED responsabiliseert de kinderbijslagfondsen met heldere en hoge targets. Ze moeten 92 tot 95 percent halen.

Het mag geen gebetonneerd pakket aan indicatoren worden maar moet een dynamisch karakter hebben. Niet één lat die voor een bepaalde periode vastligt, maar wel een systeem dat kan evolueren in de tijd met volautomatische extractie. Zowel binnen zorg als binnen de zorgkassen is er steeds een risico dat niet alles even secuur verloopt als mensen zelf indicatoren mogen invullen, maar met de beschikbare ICT moet automatisering mogelijk zijn.

De sector van de kinderbijslag monitort doorgaans met steekproeven. Voka vraagt zich af of een continue opvolging niet aangewezen is. Ook dat evolueert sterk met de ICT-mogelijkheden. Het systeem van responsabilisering moet vooral statistisch en evidencebased onderbouwd zijn. Wetenschappelijke input is daarbij zinvol.

Over sociale correcties in het kader van de responsabilisering lopen heel wat discussies. Zijn ze wenselijk of niet? Men vreest dat zonder sociale correcties zorgkassen sociaal-economisch zwakkeren niet meer zouden selecteren. Er zou een negatief selectie-effect zijn, maar dat vindt Voka vreemd aangezien een zorgkas niemand mag weigeren. Het lijkt een ontsnappingsroute uit de responsabilisering als men kan stellen dat alle leden toevallig zwakke profielen zijn en er dus minder responsabilisering is dan voor anderen.

Het systeem valt of staat met de vraag wie de indicatoren en targets opstelt. Men gaat ervan uit dat dit in de voorbereidende fase gebeurt door de zorgkassen en/of het Vlaams Zorgfonds. Daarbij rijst de vraag of dat voldoende onafhankelijkheid garandeert. Kan dat niet beter door externe experts worden onderzocht en uitgewerkt?

Bij responsabilisering hoort een bezwaarprocedure. Ook daar is het voor Voka uitkijken voor belangenvermenging. Als dat onder de Vlaamse Administratie voor de Erkenning van Zorgvoorzieningen ressorteert, zijn de mutualiteiten betrokken partij.

Nog van belang inzake responsabilisering is de overgangperiode. Hoe lang duurt het vooraleer de opstart is gemaakt? Voka heeft er begrip voor dat men wil opteren voor een proefjaar en geen directe implementatie, maar stipt aan dat de zaak niet over vijf tot tien jaar kan worden uitgesmeerd waarbij de responsabilisering dan gestaag toeneemt. Het systeem moet van bij aanvang volwaardig en goed opgezet zijn. Een geleidelijke uitrol van de verschillende pijlers lijkt logisch. Over de werkmiddelen, vooral voor Brussel, zijn er nog wat discussies. Wie betaalt voor de zorgkassen als meer mensen uit Brussel zich aansluiten?

Voor Voka zijn onafhankelijkheid en een gelijk speelveld sleutelfactoren. Als de zorgkassen geresponsabiliseerd worden, dan ook de Vlaamse Zorgkas. Het kan

niet dat de Vlaamse Zorgkas kan blijven werken op basis van dotaties en zonder enige vorm van performantieopvolging.

De kinderbijslagfondsen liggen zwaar onder vuur vanwege hun kostenefficiëntie. Moet de overheid daarvoor instaan dan wel de fondsen, was de terugkerende vraag. Voka verwacht de komende jaren een gelijkwaardige beoordeling van performantie en kostenefficiëntie voor de zorgkassen om als doel resultatentargets te stellen.

Voka spreekt zich expliciet uit voor openbare aanbesteding zonder beperking in aantal. Om de zoveel jaar moet de concurrentie kunnen spelen om kwaliteits- en kostenweging mogelijk te maken.

Er is bezorgdheid over de onafhankelijkheid en objectiviteit. Door de Vlaamse sociale bescherming krijgen de zorgkassen heel wat opdrachten. Wat met de verhouding tussen zorgkassen en zorgdiensten? Wat met de opdracht van de zorgkassen op het vlak van erkenning en inschaling? BelRAI biedt een opportuniteit om te automatiseren, wat ervoor kan zorgen dat inschalingen neutraal verlopen. Over de relatie tussen de Vlaamse Zorgkas en het Vlaams Zorgfonds leeft dezelfde zorg. Als er een rechtstreekse samenhang is, ontstaat er een probleem.

De discussie over de Vlaamse sociale bescherming is gelijklopend met wat in de integrale zorgsector gebeurt. Men zoekt naar goede governancemodellen die een onafhankelijke bewaking van de doelstellingen garanderen. Die discussie is nog niet aan de orde, maar is voor Voka een grote prioriteit.

Een afstemming van de werking van de zorgkassen, de diensten maatschappelijk werk en de mutualiteiten klinkt logisch vanuit een visie op het voordeel van de eindgebruiker, maar Voka wijst erop dat het haaks staat op alle principes van onafhankelijkheid en functiescheiding. Het houdt grote risico's in.

Voka vindt dat op langere termijn het principe van de persoonsvolgende financiering ook moet gelden voor de zorgkassen. Inhoudelijk wil men de persoonsvolgende financiering hanteren voor bepaalde componenten, maar het lidmaatschap bij een zorgkas of mutualiteit is in de tijd gemakkelijk voorspelbaar. Het rugzakmechanisme kan evengoed spelen.

Om het wantrouwen ten aanzien van mutualiteiten weg te werken, is transparantie een middel, ook wat de indicatoren betreft. Dat gebeurt ook binnen de zorg: men weet welke zorgkas het beter doet dan de andere. Delen in efficiëntiewinsten mag zeker.

In een systeem van weinig zorg en veel uitkeringen wordt initieel zwaar gediscussieerd over welke investeringen nodig zijn. De onderliggende kosten ter zake evolueren echter. Dat verliest men uit het oog. Meestal zakt de prijs voor bijvoorbeeld ICT en technologie. Subsidiëring moet strikt opgevolgd worden.

Kunnen zorgkassen reserves opbouwen? Enerzijds geldt de logica van kapitalisatie en anderzijds het rechtstreeks doorgeven van middelen. Voor kapitalisatie is er sprake van een soort pool, namelijk dat wat traditioneel op de balans komt. Andere redenen voor extra reserves bij een zorgkas kan Voka niet bedenken. Voka wil vooral niet dat in het kader van de responsabilisering alle bonussen en malussen in een en dezelfde pot terechtkomen. Daarmee zou de feitelijke responsabiliseringsprikkels wegvallen. In die zin kan het federale niveau als slecht voorbeeld gelden.

IV. Vragen van de leden

Elke Van den Brandt erkent dat de vooropgestelde vragen een antwoord behoeven vooraleer er sprake kan zijn van goedkeuring.

Pleit Voka voor een meer inkomensgerelateerd systeem en tegelijk voor een meer zorggerelateerde in plaats van forfaitaire werking? Groen deelt die mening.

Er wordt terecht gewezen op een aantal belangenconflicten. Ziet Voka alternatieve modellen of volstaan randvoorwaarden die opvolging vragen?

Gelooft Voka in een verzekeringsmodel dat sociale bescherming biedt? Of moet de overheid die voorziening aanbieden? Trekt Voka het principe zelf eerder in twijfel? Gelooft Voka in de fundamenteën?

Peter Persyn herkent zaken die N-VA ook benadrukt. De aanvankelijke nota's blonken niet uit in strategisch inzicht, visie, uitvoerend karakter of operationele aanpak. Hij geeft de spreker van Voka graag een pluim voor zijn analyse die de aandachtspunten blootlegt.

Bart Van Malderen merkt op dat Voka deel uitmaakt van de SERV en de SAR WGG. Voka heeft allicht zowel het SAR WGG- als het SERV-advies goedgekeurd, maar de spreker stelt dat Voka zich in grote lijn kan vinden in het advies van de SAR WGG. Dat stipuleert duidelijk dat het laagdrempelige netwerk van zorgkassen zo goed als een voorwaarde is om sociale bescherming te realiseren zoals beoogd in het ontwerp van decreet. De heer Van Herck heeft het over mogelijke conflicten en het feit dat men daar liefst schotten tussen zet. Hij zegt ook dat men wil ontkokeren maar meteen een nieuwe koker creëert, bepaald door de zesde staatshervorming. Bart Van Malderen oppert dat moet worden uitgegaan van laagdrempeligheid, bereik en klantvriendelijkheid, en niet van sectorale verkokering, procedures of conflictbeheersing. Voka moet weten dat de klant van dat laatste bij voorkeur niets merkt, wat kan als bedrijven performant zijn.

Pieter Van Herck gaat in eerste instantie in op de inkomens- en zorgrelatering en de al dan niet forfaitaire premies. De verhouding ligt anders. In een breed solidair systeem is het voor Voka cruciaal dat die solidariteit bewaakt wordt. De organisatie is er derhalve geen voorstander van dat een forfait veralgemeend wordt. Dat ondergraaft de sociale zekerheid. Het gaat echter om een heel klein percentage dat forfaitair is. Er is gewoon weinig zicht op. Er is inkomensrelatering bij sommige van de bronnen en bijdragen, maar niet bij allemaal. Ook dat is een kluwen. Sommige zaken zijn bijzonder goed afgestemd op de zorgbehoefte, andere niet. Een heel expliciete algemene uitspraak is vooralsnog moeilijk. In de wetenschap dat de kosten voor de sociale zekerheid de komende jaren ongekende hoogten zullen bereiken en dat het systeem haalbaar moet blijven, is één evolutie duidelijk: ook Voka ijvert ervoor om behoeftegericht te werken en te zorgen dat zorg en uitkeringen terechtkomen waar ze nodig zijn. Dat besef ontmijs ook de discussie over inkomensafhankelijkheid.

Perfekte randvoorwaarden kunnen belangenconflicten vermijden. Binnen elke organisatie gelden governance spelregels die wetenschappelijk onderbouwd zijn. Er is een raad van bestuur nodig, die bij voorkeur voor één derde uit onafhankelijke leden bestaat. Tussen zorgkassen en mutualiteiten zijn de financiële verbanden van nog groter belang. Zolang ziekenfondsen hun zorgkassen deels spijzen uit eigen middelen, kan er van onafhankelijkheid geen sprake zijn. Dat geldt echter ook in andere constellaties, al betekent het niet dat zorgkassen hun opdracht niet aankunnen. Men moet naar een volledig nieuw model evolueren.

Pieter Van Herck meent ook op federaal niveau een gelijkaardige voortgang te ontwaren.

Het verzekeringsprincipe bestaat uit vele pijlers. Er is doorgaans een universele sokkel die met collectieve middelen wordt gefinancierd. Daarnaast staat een component die gefinancierd wordt met werknemers- en werkgeversbijdragen om de relatie met arbeid te behouden. Eventueel kan nog een premiesysteem gelden met een universele geldigheid voor iedereen. Verzekering is een component daarbinnen. Voka is enerzijds pro, maar dan in combinatie met andere solidaire systemen en in de veronderstelling dat ook wordt nagedacht over aanvullende systemen en pijlers. Het systeem moet zo breed en goed mogelijk worden uitgebouwd.

Laagdrempeligheid, bereik en klantvriendelijkheid van het netwerk zijn van groot belang, ook voor Voka. Automatische rechtentoekenning moet al heel wat kunnen opvangen. Maar mensen met vragen moeten ergens terecht kunnen om geïnformeerd te worden. Het begrip 'uniek loket' interpreteert Voka vooral in positieve zin: een plaats waar men alle nodige informatie kan verkrijgen. Niets belet OCMW's of andere organisaties om te informeren. Er mag geen exclusiviteit zijn.

V. Uiteenzetting door Anja Declercq, LUCAS KU Leuven

1. Eén schaal

Anja Declercq is experte inzake BelRAI, het inschalingsinstrument voor de Vlaamse sociale bescherming. Ze doet onderzoek naar één inschalingsinstrument waarmee de zorg- en ondersteuningsbehoefte wordt vastgesteld met het oog op de toekenning van de zorgverzekering, de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden of het basisondersteuningsbudget. Dat gebeurt vooralsnog met een aantal instrumenten die deels dezelfde informatie bevatten. Zo meten ze allemaal of iemand dagelijkse activiteiten aankan, zij het op licht verschillende wijze. Dat maakt dat men telkens opnieuw aanvraagformulieren moet invullen voor elke uitkering.

2. Waarom is één instrument beter?

Eén instrument bevordert gelijkheid. Veel verschillende instrumenten maken dat iemand op basis van één instrument wel en op grond van een ander niet in aanmerking komt. Bovendien maakt het de zaken eenvoudiger: het is meteen duidelijk waarop men recht heeft. De administratieve overlast daalt. Dankzij één instrument wordt opleiden en controleren gemakkelijker.

3. Oplossing: BelRAI

De interRAI-instrumentensuite wordt al voor een aantal zaken gehanteerd. Het gaat om comprehensieve assessmentinstrumenten die niet uitsluitend medisch-klinische aspecten inschatten maar ook sociale en psychische problemen. Afhankelijk van de zorgsetting zijn er verschillen maar er is een gemeenschappelijke stam. Er zijn instrumenten voor thuiszorg, residentiële zorg, acute zorg in een ziekenhuis of palliatieve zorg, maar in elke setting worden bijvoorbeeld (instrumentele) activiteiten van het dagelijkse leven en cognitie telkens op dezelfde manier gemeten. Wanneer een patiënt naar een andere setting verhuist, kan de informatie volgen en opgevolgd worden.

4. BelRAI

BelRAI is de verzamelnaam voor de Belgische vertaling van de interRAI-instrumenten die internationaal gevalideerd zijn, en ook voor de software. Dankzij de standaardisering is een eenvoudige transfer van gegevens mogelijk. Wie de data invult, is onbelangrijk, want iedereen hanteert dezelfde items. Alles is geïnformatiseerd en alle data komen samen op één server. Ze zijn toegankelijk voor iedereen die bij de zorg van de persoon betrokken is, ongeacht setting of sector, en met respect voor de privacy.

5. Output

Een zo volledig instrument als de BelRAI kan voor diverse doeleinden gebruikt worden. Het moet in de eerste plaats zorgen voor een actueel beeld van de zorgsituatie van een persoon en het moet dienstig zijn in de zorg voor die persoon. Wie het invult, moet er zelf iets mee kunnen aanvangen. De kwaliteit van de gegevens is daarom ook beter: men vult in voor het eigen werk en gebruikt de informatie voor de zorgplanning in het team. Informatie die enkel dient voor de financiering, laat niet toe een persoon intensief te kennen.

Eenmaal alles correct ingebracht, kan de BelRAI ook dienen voor geaggregeerde data, kwaliteitsmonitoring en inschaling van zorgzwaarte. In laatste instantie kan het ook voor overheidsdoeleinden dienen, om bijvoorbeeld geaggregeerde statistieken bij te houden die probleemgebieden aan het licht kunnen brengen.

Het instrument staat in de eHealth-roadmap ingeschreven voor 2017. Het is nog onduidelijk of dat haalbaar is, maar de BelRAI wordt al gebruikt in heel wat projecten en door organisaties die er vrijwillig voor hebben gekozen. Er staan al meer dan 100.000 assessments op de server. Het lijkt aangewezen een link te maken met een potentieel inschalingsinstrument voor de Vlaamse sociale bescherming. Er hoeft geen sprake te zijn van een volledig assessment. Men kan zich beperken tot de delen ervan die relevant zijn.

6. Voorstel: BelRAI-screener

De BelRAI-screener is om twee redenen ontwikkeld. Het woonzorgsysteem is heel toegankelijk, maar niet elke 65-plusser die thuiszorg nodig heeft, heeft een volledig BelRAI-assessment. De BelRAI-screener kan aangeven wie een volledig assessment nodig heeft. Hij kan ook gehanteerd worden om na te gaan wie recht heeft op een uitkering van de zorgverzekering of de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. De administratieve last is beperkt tot een minimum omdat verschillende instrumenten geïntegreerd zijn.

7. Wat is de BelRAI-screener?

De BelRAI-screener begint met vijf ja/nee-vragen. Heeft de cliënt problemen met instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven? Heeft de cliënt problemen met activiteiten van het dagelijkse leven? Heeft de cliënt cognitieve problemen? Heeft de cliënt psychische problemen? Heeft de cliënt gedragsproblemen?

Enkel als het antwoord affirmatief is, wordt er op die problemen ingegaan met interRAI- of BelRAI-schalen en -items. Voor instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven, activiteiten van het dagelijkse leven en cognitie gaat het om gevalideerde schalen uit de Home Care en Long-Term Care Facilities. Voor psychische problemen zijn dat gevalideerde items uit het Community Mental Health-instrument en voor gedragsproblemen ook uit Long-Term Care Facilities. Als alles is ingevuld, kan het eenvoudig overgenomen worden in een volledig assessment. Het wordt dan toegankelijk voor iedereen die bij de zorg betrokken

is. Er zijn derhalve niet louter administratieve doelen maar vooral ook zorgdoelen.

8. Onderzoek afkappunten op de BelRAI-screener

Uit onderzoek waarbij voor 1300 mensen verschillende instrumenten zijn ingevuld, kwam een afkapscore naar voren voor beide doelstellingen. Op de BelRAI-screener kan men maximaal 30 punten halen. Er wordt geen simpele optelsom gemaakt. Bij een hoge totaalscore van minstens 13 op 30, en een zekere mate van cognitieve, psychische en gedragsproblemen waarvoor minstens 5 op 18 gescoord wordt voor die drie domeinen samen, is er sprake van een complexe zorgsituatie. Dat betekent dat hulp nodig is en een volledig assessment noodzakelijk.

Een hoge totaalscore van minstens 13 op 30 of minstens een score van 6 op 12 voor (instrumentele) activiteiten van het dagelijkse leven, komt overeen met de drempel voor een hoge zorgnood, wat recht geeft op een uitkering door de zorgverzekering.

9. Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden

Er loopt nog onderzoek met driehonderd nieuwe aanvragen voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. De data zijn verzameld en de resultaten worden verwacht over een tweetal maanden.

10. Basisondersteuningsbudget

Voor het basisondersteuningsbudget is er nog geen studie gebeurd. Anja Declercq pleit er wel voor om dan (instrumentele) activiteiten van het dagelijkse leven op dezelfde manier te meten, al zou het niet integraal om dezelfde items gaan. Het principe blijft een instrument dat BelRAI-gerelateerd is, dat in de zorg wordt gebruikt en dat bij voorkeur internationaal gevalideerd is.

11. Niet het enige land waar dit een vraag is

België is niet het enige land waar er vraag is naar een dergelijk instrument. Op een recente World InterRAI Conference in Toronto werd een presentatie gehouden van Amerikaanse onderzoekers die de 'eligibility systems' in vier staten vergeleken. Ze landden bij gelijkaardige vragen. Er waren grote verschillen in de algoritmes die worden gebruikt om hetzelfde te meten en ook grote verschillen in scoring als er geen controle en/of opleiding is. Externe scorers deden het niet beter dan zorgbetrokken scorers. Alles valt of staat met een goed instrument en de degelijkheid van de opleiding voor de scorers. Er worden best duidelijke politieke keuzes gemaakt over wie recht heeft waarop. Die keuze moet dan gemodelleerd worden om te zien wie in aanmerking komt. De afkappunten worden politiek vastgesteld en de BelRAI-componenten maken het mogelijk om die correct te meten.

VI. Vragen van de leden

Vera Jans gaat in op het inschalingsinstrument voor personen met een handicap. Er wordt gestreefd naar een eengemaakt inschalingsinstrument dat de facto efficiënt is. De sector van personen met een handicap werkt voornamelijk met het zorgzwaarte-instrument. Daarin is veel tijd en energie gestopt bij de ontwikkeling. Hoe ziet de spreker een afstemming van beide of een integratie in de BelRAI? Het doel moet zijn dat mensen met een handicap – en ook andere doelgroepen – zo weinig mogelijk stappen moeten ondernemen om hun zorgnood af te lijnen.

Elke Van den Brandt beaamt dat de bezorgdheid over administratieve last en inschaling vaak terugkeert. Het is van belang dat er een uniform en goed instrument komt zodat mensen de juiste zorg krijgen waarop ze recht hebben.

Het lid stelt dat het belang van levensdoelen ook sterk speelt. Niet iedereen heeft dezelfde doelen of beoogt dezelfde levenskwaliteit. Kan de BelRAI die vragen aanpakken?

Wat met de subjectieve beleving van de zorgvrager? Soms voelen mensen die gescreend worden, zich beledigd door het instrument. Ze begrijpen vaak het belang niet van hun antwoord op vragen naar hun mogelijkheden. Soms doen ze zich dan beter voor dan ze zijn, reageren ze verontwaardigd of antwoorden dat een beperking niet betekent dat ze ziek zijn en niks meer kunnen. Is er onderzoek naar de manier waarop mensen de inschaling ervaren? Is er ruimte voor verbetering? Kunnen mensen nog beter opgeleid worden om dat op te vangen?

Wie schaaft best in en wie controleert de inschaling? Moet de hele eerste lijn kunnen inschalen? Of blijft het beter beperkt en gegroepeerd? Controle moet kunnen bogen op onafhankelijkheid. Het lid gaat ervan uit dat er steekproefcontrole is. Er mogen geen belangenconflicten zijn. Hoe ziet mevrouw Declercq dat?

De Vlaamse sociale bescherming geldt voor alle Vlamingen en Brusselaars maar de zorgvragen zijn heel verschillend. Is het haalbaar en wenselijk om dat allemaal op één schaal te registreren? Of is het moeilijk om de nood aan bepaalde hulpinstrumenten te koppelen aan bepaalde degressieve aandoeningen? Hoe haalbaar is de ambitie?

Peter Persyn begrijpt dat de inschaling voor verminderde zelfredzaamheid en zorgbehoefte goed uitgetest is bij ouderen, zowel in woonzorgcentra als thuis. Voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden en het basisondersteuningsbudget is het nog afwachten. Het zorgzwaarte-instrument is bestemd voor mensen die een beroep doen op een assistentiebudget. Het basisondersteuningsbudget gaat veel breder en is bestemd voor mensen die thuis de regie in eigen handen willen houden.

In Gent staat de staf van een revalidatiecentrum huiverig tegenover een instrument dat zijn waarde bewezen heeft voor het inschalen van verhoogde chronische zorgbehoefte en verminderde zelfredzaamheid maar niet voor revalidatievormen. Is de BelRAI de oplossing?

Zelfregistratie is nog niet aan de orde. In Duitsland kan dat wel al. In bepaalde inschalingssystemen vult de zorgcliënt daar zelf zijn documenten in.

Griet Coppé weet dat er een groepsproject in Dendermonde wordt opgestart. Wat met de timing? Zal de nieuwe BelRAI-screener al vanaf 1 januari 2018 kunnen worden toegepast?

Freya Saeys vraagt wie moet invullen. Ze denkt meteen aan de huisarts of verpleegkundige. Administratieve last speelt daarbij een rol.

Wat zijn de zwaktes van de BelRAI-screener? Hoe ziet de professor de uitwisseling met de thuiszorg? Wat behelst de training van het personeel om ermee om te gaan?

Bart Van Malderen wil weten hoeveel tijd er gemiddeld nodig is voor een volledige inschaling. Dat lijkt een knelpunt.

Hoe duurzaam zijn de gegevens? Men kan in verschillende fasen en vanuit diverse disciplines het systeem invoeren. Op basis van een eerste beperkte screening waarbij bepaalde scores worden gehaald of als er een evolutie is van bijvoorbeeld thuiszorg naar residentiële zorg, is een volledig assessment al dan niet aangewezen. Zijn er automatische knipperlichten die aangeven of gegevens al dan niet achterhaald zijn? Of moet het hele onderzoek overgedaan worden bij bijvoorbeeld een overgang? Het lid heeft met die vraag vooral het comfort van de patiënt/cliënt in gedachten, maar er zijn ook beheerskosten mee gemoeid.

Voor het basisondersteuningsbudget en personen met een handicap moet er nog een opstart gebeuren. Het cirkelmodel voor hulp aan mensen met een handicap hecht groot belang aan de context. Bij een louter individuele benadering wordt zorgbehoefte uitgedrukt in een bepaalde grootte. Het systeem van rechtstreeks toegankelijke zorg, handicapspecifieke zorg, basisondersteuningsbudget, en zorg in cash of in voucher houdt rekening met de manier waarop de context die zorg al dan niet kan bieden. Wordt dat meegenomen in het model dat men wil opzetten?

Anja Declercq erkent dat er veel is geïnvesteerd in de ontwikkeling van het zorgzwaarte-instrument. Ze heeft er begrip voor dat daaraan wordt vastgehouden. De InterRAI omvat ook instrumenten voor mensen met een handicap. Voorlopig worden de instrumenten gebruikt voor ouderen. Het is ook bruikbaar voor palliatieve zorg. Andere instrumenten zijn nog niet getest in Vlaanderen, maar kunnen gehanteerd worden voor mensen met een handicap. Het is één optie om die in te zetten. Een andere optie is om het zorgzwaarte-instrument onder de loep te nemen en de items daaruit zo te formuleren dat de link met de BelRAI zo nauw mogelijk is. Zonder studiewerk zijn concrete antwoorden echter niet mogelijk.

Levensdoelen worden in de BelRAI deels meegenomen, als het gaat om een volledig assessment. Daarin wordt gevraagd naar wat belangrijk is voor de betrokkene. De BelRAI moet worden beschouwd als een gereedschapskist met degelijk gereedschap waarmee kan worden nagaan wat iemands noden en behoeften zijn. Het levert niet automatisch een zorgplan op en dat is ook niet het doel. Eenmaal de output uit de BelRAI beschikbaar is en men alarmpunten en scores kent, dan moet met de persoon en een team de evaluatie gemaakt worden en prioriteiten gesteld. Pijn bij het stappen is pas belangrijk als de cliënt hinder ondervindt bij activiteiten waaraan hij graag deelneemt. De levensdoelen moeten in rekening gebracht worden bij het opstellen van het zorgplan.

Het klopt dat sommigen een screening negatief ervaren. Men krijgt niet graag vragen over psychische problemen en dergelijke. Dat moet vooral ingecalculeerd worden in de opleiding van de vraagstellers. Idealiter hoeven ze de vraag niet te stellen, omdat ze door het verstrekken van zorg aan de betrokkene al inzicht hebben in bepaalde capaciteiten.

De inschaling gebeurt bij voorkeur door iemand die daarvoor is opgeleid. Dat kan door diverse beroepsgroepen, maar de opleiding is cruciaal en moet verplicht zijn. Eenmalig opleiden volstaat niet omdat mensen ook nieuwe gewoontes aannemen. Intervisie op geregelde tijdstippen is aangewezen, en bijvoorbeeld een jaarlijkse test via e-learning lijkt een mogelijkheid. Wie dan niet optimaal presteert, kan een extra opleiding volgen gedurende een (halve) dag.

Ook de controle gebeurt bij voorkeur door opgeleide mensen, die dan steekproefgewijs nagaan welke scores opvallend laag of hoog zijn en mogelijk een tweede inschaling uitvoeren. Dat kan perfect binnen een onafhankelijk kader.

Automatische zorgplannen zijn niet het doel. Mensen met gelijksoortige problemen kunnen met verschillende zorgvragen kampen. Eerst worden de zorgnoden gemeten, waarna tijdens de zorgplanning de zorgvragen naar voren komen.

Spreekster bevestigt dat er bijna uitsluitend onderzoek is gebeurd naar ouderenzorg. Daarvoor is het instrument goed uitgewerkt. Omdat voor het basisondersteuningsbudget een beroep wordt gedaan op het zorgzwaarte-instrument, is dat nog niet aan de orde geweest voor BelRAI-onderzoek. Instrumenten voor ouderenzorg zijn niet zonder meer toepasbaar op revalidatie-centra. Men verwijst er echter vaak naar de inschaling volgens noden, waarvoor de BelRAI een bijzonder valabel operationaliseringsmiddel is. In een revalidatie-context moet men een beroep doen op andere interRAI-instrumenten die rekening houden met onder meer werk, school enzovoort. Dat zit niet in de oudereninstrumenten vervat.

Er wordt onderzoek gevoerd naar zelfregistratie. Zelfassessment zou handig zijn. In het kader van interRAI wordt een eerste versie internationaal gemaakt en getest, meestal in één land. Daarna volgt een testsituatie in meer landen om na te gaan of het in verschillende culturen werkt. Op basis van de resultaten wordt dan een definitieve versie ontwikkeld. Dat proces neemt een aantal jaren in beslag. Voor het zelfassessmentinstrument loopt de eerste fase. Eind mei 2016 wordt de eerste versie besproken. De meeste items kunnen worden vertaald naar een versie die iemand die bekwaam is zelf kan invullen. Of dat het assessment kan vervangen, moet nader worden bekeken. Volgens Anja Declercq staat het beter naast elkaar. Zorgverleners moeten in dialoog gaan met de betrokkene omdat zij bepaalde zaken anders inschatten dan de persoon in kwestie. Ook dat is een mee te nemen factor.

Het proefproject in Dendermonde is vanwege vragen bij de Privacycommissie over de software nog niet van start gegaan, maar was gepland voor april 2016.

De BelRAI-screener is inhoudelijk klaar voor uitrol maar een aantal praktische elementen wordt nog geëvalueerd. Invullen moet kunnen met de geëigende software en alles wordt op dezelfde server bewaard. Als iemand anders langskomt, hoeft er geen nieuwe screening te gebeuren. Men kan verder werken op basis van de beschikbare informatie. Over enkele jaren moeten de twee afkappunten nogmaals onder de loep gehouden worden. Ze zijn ingesteld na onderzoek van een duizendtal dossiers en op termijn moet worden ingeschat of metingen en validatie correct zijn.

Het kan maar hoeft niet de huisarts of de verpleegkundige te zijn die invult. Niemand kan verwachten dat een huisarts zo een volledige instrument invult. Anja Declercq pleit er al langer voor om de huisarts toegang te verlenen tot wat ingevuld is zodat hij kan aanvullen als hij dat nodig acht. Hij moet informatie uit zijn eigen elektronische patiëntendossier automatisch kunnen doorsturen naar BelRAI. Er moeten twee knoppen zijn: een om informatie te sturen en een om er op te halen. Dat lijkt mogelijk mits in de homologatievoorwaarden voor het elektronische patiëntendossier bepaald wordt dat ze met de BelRAI-servers kunnen communiceren.

Invullen gebeurt bij voorkeur multidisciplinair. Afspraken in het team rond een persoon moeten mogelijk zijn. Als elk voor de eigen discipline invult, betekent dat meteen ook dat niemand een uur moet bezig zijn maar elk tien minuten. Dat het binnen het eigen expertiseveld gebeurt, garandeert ook betere data. Ze moeten wel allemaal een opleiding krijgen.

Een zwakte van de BelRAI-scores is het ontbreken van de stem van de cliënt. Anja Declercq veronderstelt dat nog andere zwaktes zullen opduiken in de toekomst. Het initiële onderzoek omvatte niets dan klachten. Men heeft er veel uit geleerd en zo evolueert een instrument ook. De spreekster pleit voor een jaarlijkse update van wat niet goed genoeg werkt. Zo blijft het instrument up-to-date.

Uitwisseling moet via eHealth of Vitalink maar in elk geval via een veilig systeem. Technisch blijkt het niet eenvoudig. Het gaat erom een evenwicht te vinden tussen privacy, veiligheid en gebruiksvriendelijkheid. Er is stevast aan de software gesleuteld met dat doel. Software is ook voor toegankelijkheid een sleutel.

Over de tijd die nodig is voor een volledig assessment doen nogal wat mythes de ronde. Veel hangt af van de gebruikte software. Hoe vaker iemand het assessment invult, hoe vlotter dat loopt. Er is ook een verschil tussen een eerste assessment van iemand die de invuller pas kent en de opvolgingsbeurten. De gemiddelde duur voor een eerste assessment is een uur. Dat doet men niet elke week opnieuw, maar alleen als zaken fundamenteel veranderen of als parameters significant veranderd zijn. Bij het invoeren van een nieuw assessment zijn de antwoorden uit de voorgaande zichtbaar. Dat maakt het mogelijk om wat onveranderd blijft, gewoon over te nemen en tijd te winnen. In een woonzorgcentrum waar het instrument voor elke bewoner wordt gehanteerd, neemt een herinschaling tien tot twintig minuten in beslag. Voor wie vrij stabiel is, is dat ongeveer elke zes maanden tot jaarlijks nodig. Het lijkt alvast een voorwaarde om te weten welke zorg aan wie te geven, en is bijgevolg niet te veel gevraagd.

Een andere zwakte in het BelRAI-instrument zijn de contextelementen. In het volledige assessment zit een aantal vragen over mantelzorg, maar dat is te beperkt. Er is een instrument nodig voor de mantelzorger. Daarover loopt een test met een InterRAI-mantelzorginstrument. Het is intussen in de tweede fase en getest in dertien landen. Het zou worden ingekort. De toestand van de mantelzorger en de hulp die hij nodig heeft worden onder de loep genomen opdat tijdig kan worden ingegrepen en bijstand geboden zodat de mantelzorger kan volhouden.

In de Vlaamse context is een sociaal supplement bij het thuiszorginstrument en de screener nodig. Voor de diensten voor gezinszorg en de aanvullende thuiszorg ontbreken sommige zaken. Ze hebben informatie nodig over de toestand van het huis, over hoe nabij er winkels zijn en over de mantelzorgers. Anja Declercq hoopt ter zake een onderzoeksproject te lanceren, maar beschikt vooralsnog niet over de middelen.

VII. Uiteenzetting door Dominique Verté, VUB

Dominique Verté is sociaal gerontoloog en heeft een ander perspectief op de Vlaamse sociale bescherming. Het lijkt een mooie start voor een geleidelijke en progressieve integratie tot een omvattend model van sociale bescherming in Vlaanderen. Een basisprincipe is dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. De Vlaamse sociale bescherming vertrekt vanuit het paradigma Ageing in Place. Het impliceert dat de holistische zienswijze voor integratie moet uitgaan van een samenvoeging van welzijn en zorg. In de Vlaamse sociale bescherming en in discussies in andere landsdelen worden al te zeer gemedicaliseerde uitgangspunten aangenomen. Er moet meer aandacht gaan naar het welzijnspectief.

Interessant is dat de Vlaamse sociale bescherming het mogelijk maakt om centraal gegevens bij elkaar te brengen en gecoördineerde acties op te zetten inzake welzijn en zorg. Voor de BelRAI veronderstelt dat een dynamische werking. Als het cirkelmodel als basis geldt, worden de sociale en contextuele componenten meer in rekening gebracht in het screeninginstrument. Die zijn van belang om de basisdoelstellingen van de Vlaamse sociale bescherming te realiseren.

Er moet een synergie groeien tussen welzijns- en zorgaspecten. De rol van de zorgkassen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming en van de toezichthoudende entiteit is af te leiden. Er lijken voldoende garanties voor controle in de governancefactor, al dient dat meer geëxpliciteerd te worden. In de governance krijgen de zorgkassen deels verantwoordelijkheid voor de screening die toegang moet geven tot de Vlaamse sociale bescherming. Het intern verzelfstandigd agentschap kan steekproefgewijs toezicht houden op de correcte werking. Als daarbij nog een performant ICT-systeem ontwikkeld kan worden, met andere woorden als Vitalink een versnelling hoger kan schakelen, moet automatisering mogelijk zijn.

Het zwaartepunt van de aansturing van de Vlaamse sociale bescherming is de primauteit van de politiek. Die zit vervat in het intern verzelfstandigd agentschap. Wat ontbreekt, is een intensievere participatie van het middenveld, niet alleen van mutualiteiten maar vooral van diverse zorgactoren. Zij moeten kunnen participeren, niet alleen in los adviserend verband vanuit hun positie in het adviserende comité, maar ook door directe governance. Daar moet het integrale speelveld meer betrokken zijn. Dat lijkt iets om mee te nemen met het oog op de multidimensionaliteit en -disciplinariteit.

Wat met de regie, en met name vanuit de idee van Ageing in Place? De spreker voerde heel wat onderzoek naar noden en behoeften van ouderen, ook in Vlaanderen. In de voorbije jaren zijn ongeveer 80.000 ouderen in Vlaanderen bevraagd. Ondanks een zeer performant gezondheidszorgsysteem, ondanks goede zorg, welzijn en ondersteuning, blijkt dat tussen 5 en 15 percent van de ouderen niet de zorg krijgt die ze nodig hebben. Het percentage varieert naargelang de locatie. Essentieel is de mensen die niet in het systeem zitten, erin te krijgen, ongeacht welke vorm van sociale bescherming er wordt ontwikkeld. Men mag er niet van uitgaan dat iedereen vanzelf de juiste kanalen vindt.

De Vlaamse sociale bescherming staat niet los van andere organisatorische activiteiten inzake welzijn en zorg die dicht bij de burger staan. De nieuwe zorgmodellen, de-institutionalisering en thuiszorgorganisatie moeten in verband gebracht worden met de Vlaamse sociale bescherming, vooral als het gaat over de regie in eigen handen houden en over de capaciteit van mensen om de juiste zorg te vinden.

Een ander punt is de precariteit. Heel wat mensen beschikken niet over de capaciteit om de juiste zorg te vinden. Bij de verschuiving van de collectieve sociale bescherming naar individuele sociale bescherming vormt dat voor een bepaalde groep van de populatie een probleem. Een aantal mensen in Vlaanderen ervaart de forfaitaire bijdragen als een probleem. Er loopt discussie over progressiviteit in inning en toekenning. Die factor moet ook in het debat over en de ontwikkeling van de Vlaamse sociale bescherming meegenomen worden. Detectie is een cruciale factor in de Vlaamse sociale bescherming. Een voldoende performant verhaal hebben, volstaat niet. Het is niet zo dat onzichtbaar ook onbestaand is.

Er is screening en toekenning van rechten in de Vlaamse sociale bescherming. Voorts is het zo dat als men rechten verleent, maatwerk nodig is om naar het

gepaste aanbod toe te leiden. De meeste mensen zijn niet in staat om die weg zelf te vinden. Naast het ontdekken van de kwetsbaren is de manier waarop mensen naar zorg, ondersteuning en begeleiding worden toegeleid een andere component die aandacht verdient. De grootste winstfactor in de zorg zit in huisvesting en niet in zorg. Het houdt niet op met een screening en het toekennen van rechten. Er moet toeleiding naar de zorg georganiseerd worden. Een adequaat systeem van toeleiding moet organisatieonafhankelijk zijn en rekening houden met de lokale capaciteit en de diverse spelers op de markt. Dat impliceert geen concurrentieel maar wel een collaboratief verhaal. Wie vooropstelt dat de cliënt centraal staat, moet er ook werkelijk op toezien dat dat gebeurt en niet in eerste instantie de effecten voor de organisatie bekijken. Het is zaak de penetratiecapaciteit van het systeem inzake detectie en toeleiding naar adequate zorg te meten.

De eenloketfunctie draagt de goedkeuring weg, waar het gaat om screening, maar toeleiding en detectie behoeven nog andere elementen dan in de Vlaamse sociale bescherming vervat zitten.

De programmatiecriteria in de Vlaamse sociale bescherming worden belangrijk geacht. Men kijkt welke noden en behoeften er zijn inzake woonzorgcentra, thuiszorgdiensten enzovoort. Limburg werd ooit als jongste provincie bestempeld waardoor men daar dus gerust wat achterop kon lopen met programmatie. Intussen blijkt uit onderzoek waarin een heel segment van de Limburgse bevolking is bevraagd dat inzake precariteit, kwetsbaarheid en gezondheid de profielen zwaarder zijn dan in andere provincies. Men dient derhalve rekening te houden met andere factoren dan louter demografische componenten als het om programmatie van de Vlaamse sociale bescherming gaat.

Dominique Verté was betrokken bij een studie over een programmatie voor het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest en is bezig met studies over de organisatie van een nieuw zorgmodel in Brussel en van een zelfstandigheidsverzekering. Dat laatste loopt parallel met de discussie in Wallonië over de 'assurance d'indépendance'. Ook de Vlaamse sociale bescherming en het Brusselse onderdeel zullen geleidelijk moeten evolueren naar synergieën.

Na lectuur van de opmerkingen van de Raad van State over de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, in de wetenschap dat men ook in Brussel die tegemoetkoming wil organiseren en met voor ogen dat de participatie in Brussel vrij laag is, meent de spreker dat extrapoleren van wat de Vlaamse sociale bescherming vooropstelt geen probleem is voor de Brusselse Vlamingen en de Brusselse instellingen. Men moet nagaan hoe de gewesten in de backoffice elkaar rechten en continuïteit kunnen genereren. Dat kan gekoppeld zijn aan het domicileel, maar de betalingen in het ene gewest moeten rechten garanderen, ook in het andere gewest. Naar verluidt gaan de Waalse en Brusselse neuzen alvast in de richting van wat is ingeschreven qua financiering van de inning in de Vlaamse sociale bescherming.

Wat voorligt, is een mooi werkstuk met nobele en sterke doelstellingen. Betrokkenheid en governance van het middenveld kunnen sterker. Zorgverstrekkers, patiëntenorganisatie en mutualiteiten moeten worden versterkt in het aansturen en in het overleg over de continuïteit in de Vlaamse sociale bescherming. Men mag niet louter werken vanuit de primauteit van de politiek. Er moet een brede maatschappelijke concertatie gebeuren zonder te vervallen in de anarchie van de democratie.

VIII. Vragen van de leden

Griet Coppé komt terug op het percentage ouderen dat niet de juiste zorg krijgt. De Vlaamse zorgverzekering en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden zijn een feit. Zijn er cijfers die aantonen dat 5 tot 10 percent van de ouderen niet de middelen noch de zorg krijgt die ze nodig hebben?

Elke Van den Brandt hoort terecht de link leggen tussen mensen de regie in handen geven en detectie. Er moeten instrumenten voor zijn. Kan de spreker concreet aangeven hoe hij dat ziet? Voor personen met een handicap zijn er bijvoorbeeld budgethoudersverenigingen die mensen begeleiden in het beheren van hun budget en zo de toeleiding opnemen. Werkt dat model? Zou men een automatische aansluiting kunnen vooropstellen als mensen de regie in handen krijgen?

Wat betreft screening, toeleiding en onafhankelijkheid van de organisatie wordt terecht gepleit voor een collaboratief in plaats van een concurrentieel model. Hoe ziet de heer Verté dat concreet? Welke garanties of schotten zijn er nodig om dat waar te maken?

Vlaanderen en Brussel ontwikkelen elk een eigen spoor, al geven ze blijk van een wil tot samenwerking. Elke Van den Brandt vreest dat Brussel het uiteindelijk met twee systemen of zonder zal moeten doen en dat de Brusselaar zich in twee systemen moet inkopen om niks te mislopen. Het wordt een kluwen. De heer Verté gaat ervan uit dat de Brusselaar zich in één systeem zal inschrijven en dat de backoffice een en ander zal regelen om de rechten te garanderen en te bepalen wie waarvoor instaat. Dat houdt ook in dat de modellen van bij de opstart compatibel moeten zijn. Is dat haalbaar?

Aan de opmerkingen van de Raad van State is deels tegemoetgekomen door exclusiviteit voorop te stellen, al is dat een louter juridische en technische oplossing. Het garandeert geen sociale cohesie door basisrechten te waarborgen ongeacht de woonplaats.

Het aantal Brusselaars dat bij de zorgverzekering aansluit, daalt alsmaar. Vlaanderen moet actief werven onder de Brusselse bevolking, zo niet trekt het de handen van Brussel af.

Peter Persyn hoort dat het belang van het middenveld nog versterking verdient en het lijkt alsof de politiek alleen aan zet is. Het lid vindt dat de mutualiteiten toch al lang prominent in beeld zijn.

Er is sprake van multigovernance en men moet met alle verschillende spelers rekening houden. Dat is een waarborg voor de toekomst begrijpt Peter Persyn. Tegelijk stelt Voka dat er oog moet zijn voor de scheiding der machten. Hij denkt dat er sprake is van spraakverwarring en legt uit dat multigovernance niet hetzelfde is als good governance. Het eerste staat voor de complexiteit die België, Vlaanderen en Brussel eigen is en waarbij met iedereen rekening gehouden wordt. Om complexe organisaties die over miljarden euro gaan, goed te laten functioneren is functiescheiding nodig. De WHO spreekt van een provider, purchaser en payer als duidelijk onderscheiden rollen. Multigovernance is van belang maar al gerealiseerd.

Het lijkt alsof het mattheuseffect altijd speelt. Er ontsnapt altijd een groep aan de aandacht. Detectie is belangrijk. De toeleiding moet vanuit een collaboratief concept organisatieonafhankelijk zijn. Men moet ook zo dicht mogelijk bij die te detecteren groep zitten om ze te vinden. De buurtwerking, lokale dienstencentra

en OCMW's zijn dan het dichtste niveau, maar nog mijlenver verwijderd van het unieke loket van de zorgkas. Heel wat bejaarden weten allicht niet wat dat is. Dat roept bij Peter Persyn vragen op over de huidige situatie. De onafhankelijke toeleiding lijkt zo niet mogelijk. Hoe kan men die moeilijkst bereikbare groep vinden, en zorg en detectie dicht bij de mensen brengen? Outreach is een mogelijkheid en dat gebeurt al door de dienst maatschappelijk werk, maar blijkt evenmin evident.

Op Brussels niveau wordt er nagedacht over een ticket, een opstap vergelijkbaar met de Vlaamse zorgpremie, om tot een zelfstandigheidsverzekering te komen. Is er zicht op structuren voor permanent of structureel overleg vanuit Brussel met Vlaanderen en/of Wallonië?

Bart Van Malderen neemt vooral het pleidooi mee om in Brussel op een pragmatische manier te zorgen voor zorgcontinuïteit en -garantie. Ook de regeling in de backoffice zonder de mensen ermee te belasten, is duidelijk. Het VAPH realiseert dat met de Franstalige tegenhanger via samenwerkingsovereenkomsten. Dat is een optie die de deur opent om de meest adequate aanbieder te vinden in de nabijheid. Is dat wat de heer Verté bedoelt?

Het lid vindt niet dat de zorgkas boven de mensen staat. Er is ook in de grootsteden zeker een aspect van het sociaal-cultureel werk dat voorziet in hulpverlening aan huis en kan detecteren. De illusie leeft blijkbaar dat OCMW's en dergelijke buitenspel worden gezet. Dat klopt niet want iedereen moet in positie gebracht worden om hefboomen te creëren. Het gaat om de moeilijkste groepen.

Dominique Verté antwoordt dat er geen cijfers zijn over wie de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden niet ontvangt, maar wel over zorgprofielen en wie welke hulp krijgt.

Wat betreft de regie, moet men zich ervoor hoeden dat men bij de zorgverzekering de kosten niet zwaarder maakt dan de baten. De spreker maakt een duidelijk onderscheid tussen screening – een opdracht van de zorgkassen – en detectie en toeleiding. Dat behelst een collaboratief verhaal. Als men wil centraliseren, dan zal voor wat de toeleiding en nabijheid aangaat, er een connectiviteit moeten zijn met wat nabij is. Er loopt intussen ook een politieke discussie over de samenwerking van OCMW's en gemeentelijke diensten en hun respectieve rol. Dat moet allemaal omvattend worden bekeken. Daarom staan detectie en toeleiding los van screening.

Waar het gaat over regie en budgethoudersverenigingen is de spreker ervan overtuigd dat andere modellen mogelijk zijn. Hij verwijst naar de buurtzorg die ook kan detecteren. In die detectie zit een belangrijke component van de vermaatschappelijking van de zorg. Het realiseert connectiviteit in de lokaliteit dankzij solidariteit waarbij mensen ondersteuning bieden en kunnen detecteren. De Brusselse overlegplatformen illustreren dat de detectoren, 'les personnes de référence', eender wie kunnen zijn: de huisarts, de wijkagent of anderen die toeleiding kunnen realiseren in de nabijheid. In dat perspectief is centralisering niet noodzakelijk. Via budgethoudersverenigingen of ondersteuningsdiensten kunnen de diensten gefinancierd worden in plaats van de cliënt. Men moet wel goed voor ogen houden welke effecten dergelijke ondersteuning heeft op de prijs. De Vlaamse sociale bescherming mag geen impact hebben op de kosten voor de burger. Er mag geen sprake van zijn dat niet de eindgebruiker, de burger, maar andere zaken gefinancierd worden. Subsidies om de woning te isoleren mogen er niet toe leiden dat isolatiematerialen duurder worden.

Het collaboratief model gaat om nabijheid en is niet los te zien van alle andere discussies.

Zowel het Nederlandstalige als het Franstalige aanbod in Brussel moet er rekening mee houden dat over zeven jaar meer dan 50 percent van de ouderen van niet-Belgische origine zal zijn. Ook daar speelt precariteit en toegang. Er is overleg nodig.

Op vandaag is er vooralsnog geen overleg. Alle spelers uiten het verlangen dat iemand dat organiseert. Dat moet pragmatisch gebeuren en ook de politiek overstijgen om tot akkoorden te komen. Wallonië speelt met het idee om niet met forfaits te werken maar wel met ondersteuning van diensten. In Brussel staat de discussie nog volledig open. Er zijn oplossingen te vinden voor de garantie van rechten.

Met betrekking tot multigovernance herhaalt Dominique Verté het strikte onderscheid tussen screening, met een belangrijke rol voor de zorgkassen en toezicht door het intern verzelfstandigd agentschap, en de manier waarop stakeholders betrokken worden in het voortzetten en aanpassen van het beleid. Hij geeft de voorkeur aan een verregaande input door overleg boven een louter adviserende functie. Het gaat niet alleen over mutualiteiten maar over alle componenten. Als men op termijn de Vlaamse sociale bescherming wil laten groeien naar zorg en ondersteuning in de nabijheid, dan is een grote betrokkenheid van alle stakeholders nodig ten behoeve van het draagvlak. Er is een onderscheid tussen governance en de structuuraspecten.

Onder het collaboratief model maakt Dominique Verté een onderscheid tussen detectie, screening en toeleiding. Detectie kan niet integraal geprofessionaliseerd worden. Het is niet alleen onbetaalbaar; daarom moeten andere bronnen aangeboord worden in de nabijheid. Vermaatschappelijking van de zorg betekent niet zoals in Nederland dat men het zelf maar moet oplossen en dat de overheid zich terugtrekt, maar juist dat de lokale capaciteit geresponsabiliseerd en geoptimaliseerd wordt.

Peter Persyn meent dat de GGC best het initiatief neemt om overleg op te zetten.

Dominique Verté ziet heil in een collaboratief verhaal tussen de gewesten. De zesde staatshervorming verplicht tot nader overleg over heel wat zaken. Hij neemt het voorstel mee.

In de sector van personen met een handicap zijn er drie spelers: de Waalse, Vlaamse en Brusselse. Men moet steeds voor ogen houden dat de cliënt centraal staat en niet de politiek. Als dat gebeurt, is het mogelijk om een verstandig verhaal te schrijven.

Peter Persyn stelt nog dat de diensten maatschappelijk werk en sociaal werk bij screening al een voet in huis hebben. Eenmaal binnen, is er geen probleem. Heel wat mensen blijven echter nog onder de radar. Dat is beschamend, aangezien in Brussel velen verstoken blijven van essentiële zorg. Meer buurtgericht werken, sneller toeleiden en automatische rechtenverlening vraagt geen zware overheidsstructuren. Het is een kwestie van performantie in de systemen van uitbetaling.

Bart Van Malderen repliceert dat complementariteit de sleutel is om de laatste percenten te bereiken. De inspanning is onevenredig groot en neemt toe naarmate men dichterbij de limiet komt.

IX. Uiteenzetting door Sjoert Holtackers, beleidsmedewerker, coördinator Brussels Regionaal Overleg Gehandicaptenzorg, Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad

1. Evolutie aantal Brusselaars in de Vlaamse zorgverzekering

Sjoert Holtackers gaat in op de Vlaamse sociale bescherming in de Brusselse context. Brusselaars kunnen zich vrijwillig aansluiten bij de Vlaamse zorgverzekering vanaf 25 jaar. Tijdige aansluiting en betaling geven recht op een tegemoetkoming uit de zorgverzekering. Laattijdige aansluiting levert al snel een wachttijd van tien jaar op. Tussen 2009 en 2015 vertoont het aantal aangeslotenen in Brussel een ernstig dalende trend: 8204 mensen zijn verdwenen uit de Vlaamse zorgverzekering in Brussel. Tussen 2014 en 2015, over een periode van één jaar, waren het er 836. Volgens minister Vandeuren hebben zich in 2015 5991 Brusselaars aangesloten bij de zorgverzekering. Toch blijft de balans negatief.

Een mogelijke verklaring voor de dalende trend kan zijn dat begin van de jaren 2000 heel wat ouder wordende Brusselaars zich aansloten bij de prille Vlaamse zorgverzekering. Veel van hen zijn intussen overleden. Een andere mogelijkheid is dat het gaat om migranten die verhuizen naar een ander gewest of mensen die hun bijdragen om welke reden ook niet langer kunnen betalen.

Een daling kan worden gecounterd door voldoende inschrijvingen, maar ook dat gebeurt niet. Bevraging bij hulpverleners leert dat de zorgverzekering bij vele Brusselaars niet bekend is. Vanaf de leeftijd van 26 jaar krijgen ze een brief van de mutualiteiten waarin staat dat ze zich kunnen aansluiten mits ze 50 euro betalen, en dat ze dan recht hebben op een zorgverzekeringstegemoetkoming waarop ze mogelijk een beroep kunnen doen als ze bejaard zijn. Jonge mensen vinden dat niet zelden oninteressant en gooien de brief weg. Eenmaal ze hun ouders ouder zien worden met de problemen die daarbij komen kijken, en merken dat zij van de zorgverzekering genieten, zijn ze wel geneigd om aan te sluiten, maar dan zitten ze met een wachttijd van tien jaar. Brussel is ook een gewest met heel wat armoede waar 50 euro wel degelijk het verschil kan maken. Ook dat maakt dat heel wat Brusselaars niet aansluiten.

2. Vlaamse sociale bescherming en het American Association for Mental Retardation Model

De Vlaamse zorgverzekering evolueert en gaat kortelings over in de Vlaamse sociale bescherming. Het model is geïnspireerd op het consensuscirkelmodel van de American Association for Mental Retardation. Centraal in het schema staat de burger/zorgbehoevende, die tevreden is omdat hij een zekere levenskwaliteit geniet dankzij zijn aansluiting bij de Vlaamse sociale bescherming. Dat biedt de mogelijkheid om alle cirkels op elkaar af te stemmen volgens de principes van dynamiek en complementariteit. Het gezin en het netwerk kunnen deels ontlast worden door reguliere dienstverlening in te kopen, eventueel met het basisondersteuningsbudget in de sector van personen met een handicap. Er kan ook rechtstreeks toegankelijke hulp ingekocht worden. De theorie klinkt goed maar gaat ervan uit dat de burger voldoende geïnformeerd is. Het model gaat ook uit van de Vlaamse realiteit met een verplichte aansluiting.

3. Vlaamse sociale bescherming, het American Association for Mental Retardation Model en Brussel

De vertaling naar Brussel is niet vanzelfsprekend. In Brussel zijn verscheidene overheden bevoegd voor Welzijn, Gezondheid en Gezin, en voor bijstand aan personen: de Vlaamse Gemeenschap, de COCOF en de GGC. Ze hebben elk een

aanbod. Allemaal zijn ze aan het uitvlooien hoe ze de bevoegdheden die na de zesde staatshervorming zijn overgeheveld, vorm zullen geven. Vlaanderen kiest ervoor om dat allemaal in te kantelen in de Vlaamse sociale bescherming. De GGC denkt ook na over een verzekeringsmodel. De COCOF ziet dat niet zitten. Alleen in dat verband al botst het en ook het werktempo ligt anders.

Centraal staat nog steeds de persoon met zijn gezin en netwerk. Die staan los van systemen en politiek. Zodra men kijkt naar de professionele hulpverlening is er een koppeling aan voorwaarden opgelegd door de bevoegde overheden. Mochten er uiteindelijk drie verzekeringsmodellen ontstaan, dan ontstaat er versnippering met drie verschillende modellen. Vindt de kwetsbare Brusselaar of een hulpverlener die in Brussel werkt zijn weg nog in dit kluwen van instapregels en voorwaarden? Zullen de aansluitingsvoorwaarden niet beknottend werken voor de keuzevrijheid van de burger? Vlaanderen gaat nog altijd uit van die keuzevrijheid, van regie over het eigen leven, en van de burger die zijn zorg en ondersteuning liefst organiseert in de eigen omgeving.

Naar Brussel vertaald kan dat bijzonder beperkend werken bij de keuze voor een verzekeringsmodel. Vlaanderen overweegt bij wijze van voorbeeld de toepassing van persoonsvolgende financiering in de residentiële ouderenzorg. Het is niet zeker dat COCOF en GGC die visie delen. Een Brusselse oudere, aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming, kan in een woonzorgcentrum erkend door de GGC wonen. Mag die persoon blijven als hij gebruikmaakt van persoonsvolgende financiering? Kan hij die aanwenden? Of legt Vlaanderen regels op die stellen dat dat niet mag?

Dat gebeurt intussen door het VAPH waardoor de persoonsvolgende financiering niet gebruikt mag worden in bicommunautair erkende diensten. Er zijn ook anderstaligen en Franstaligen die niet zijn aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming en in een Vlaams erkend woonzorgcentrum leven. Worden ze eruit gegooid? Het lijkt van belang dat intensief overleg tussen de drie betrokken overheden plaatsvindt. In een ideale wereld krijgt de Brusselaar de regie over zijn eigen leven en vindt hij inclusief een plaats in de maatschappij, zonder daarbij gehinderd te worden door complexe regels en bevoegdheidsverdeling. Sjoert Holtackers roept op tot meer overleg.

4. Basisondersteuningsbudget in Brussel

De eerste pijler, het basisondersteuningsbudget, wordt in Brussel ingevoerd in september 2016. Er resten nog vele vragen en onduidelijkheden voor Brussel. Brusselaars krijgen de kans om zich aan te sluiten zonder wachttijd tot 2020. Dan gaat de poort weer dicht en komt er een wachttijd van vijf of tien jaar. Dat wordt nog onderzocht.

Wat leeft er bij werkveld en hulpverleners aan bezorgdheden? Wanneer weet men of de wachttijd voor de zorgverzekering vijf dan wel tien jaar zal zijn? Hoe lang moet men wachten met aansluiten bij de Vlaamse zorgverzekering? Vele hulpverleners wachten af omdat er vooralsnog een lange wachttijd geldt. Welke meerwaarde heeft een aansluiting voor het basisondersteuningsbudget in 2016? De groepen die recht hebben op dat basisondersteuningsbudget zijn tot 2018 allemaal bekend. Dan wordt er geëvalueerd. Hoe moeten hulpverleners dat verkopen aan een kwetsbare Brusselaar die financieel niet over ruimte beschikt? Wat als men wil aansluiten en in 2020 op de valreep de kans mist? Hoe moeten cliënten en professionals dat weten? COCOF en GGC hebben een belangrijke toeleidingsfunctie voor personen met een beperking.

In Brussel hangt veel af van de eerste hulpverlener die met een kwetsbare Brusselaar contact legt. Als die een goed beeld heeft van de sociale kaart en de

mogelijkheden, dan zullen rechten en noden beschermd worden. Zo niet, kan de betrokkene uit de boot vallen. De spreker maakt het concreet met een voorbeeld. Twee cliënten zijn bij dezelfde mutualiteit aangesloten. Cliënt één is verzekerd bij de Vlaamse sociale bescherming omdat de loketbediende Nederlandstalig was en hij zelf ook. Cliënt twee geniet dezelfde Vlaamse sociale bescherming niet omdat de persoon aan het loket Franstalig was. Beide kantoren liggen binnen een straal van vijf kilometer.

Voor wat het basisondersteuningsbudget voor minderjarigen betreft, heeft de spreker nog een suggestie. Omdat het non-discriminatiebeginsel geldt volgens artikel 2 van het decreet van 25 april 2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap, moeten alle rechten van toepassing zijn op alle kinderen, zonder uitzondering. De staat is verplicht elke vorm van discriminatie tegen te gaan, kinderen te beschermen en positieve acties te ondernemen om de rechten te bevorderen. Vlaanderen wil zo ruimte creëren voor niet-begeleide minderjarigen. In de memorie van toelichting (*Parl.St.* VI.Parl. 2013-14, nr. 2429/1) blijkt dat de Vlaamse Regering voor Brusselse minderjarigen extra voorwaarden zou inschrijven in de uitvoeringsbesluiten. Men wil als voorwaarde stellen dat minstens één van de ouders is aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming. Dat wringt volgens de spreker, en het creëert een drempel.

5. Suggesties

In eerste instantie hoopt Sjoert Holtackers op meer overleg tussen de diverse overheden, met name de Vlaamse Regering, de GGC en de COCOF, over de aspecten die met de zesde staatshervorming zijn overgeheveld. Hoe willen ze de rechten van de kwetsbare Brusselaar garanderen?

De Vlaamse sociale bescherming moet absoluut onder de aandacht gebracht worden. Sensibilisering en informatie zijn essentieel. Dat slaat in eerste instantie op hulpverleners. Zij moeten de voorwaarden om in te stappen in een verzekeringsmodel kennen. Dat biedt immers extra kansen op regie over het eigen leven voor de kwetsbare cliënt. Tegelijk moeten ook burgers beter geïnformeerd en gesensibiliseerd worden en dat bij voorkeur op maat. Al te vaak is briefwisseling vanwege agentschappen en diensten opgesteld in onbegrijpelijke taal. De brief belandt in de vuilnisbak. Brieven en websites volstaan niet. Men moet proactief naar de kwetsbare burger toe gaan en kwetsbare buurten opzoeken. Maatwerk is de boodschap in een diverse en multiculturele omgeving. Brussel is ook een amalgaam van talen en ook dat moet in rekening gebracht worden.

De spreker is tevreden dat Vlaanderen Brussel niet loslaat. BROG werkt samen met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en de VGC acties uit om het basisondersteuningsbudget in Brussel goed kenbaar te maken. De spreker vindt dat men ook voor de andere elementen best de handen in elkaar slaat. Niet loslaten is goed, maar misschien moeten Vlaanderen, GGC en COCOF Brussel veeleer in een innige omhelzing nemen, en voor de kwetsbare Brusselaar gaan.

X. Vragen van de leden

Elke Van den Brandt vindt het frustrerend dat er nog zoveel werk aan de winkel is om tot een eenduidige oplossing te komen voor dit kluwen. De persoonsvolgende financiering zal niet bruikbaar zijn in bicommunautaire instellingen en dat doet vragen rijzen. Er zijn onvoldoende lessen getrokken uit het verleden en de lange weg die al is afgelegd. In Brussel zijn er verschillende aanbieders. Zowat

60 percent van de personen met een handicap in Brussel haalt zijn zorg buiten Brussel omdat er te weinig aanbod is.

Is er een evaluatie van de zorgverzekering in Brussel die kan dienen om de nieuwe elementen in de Vlaamse sociale bescherming te voeden en te voorkomen dat het beleid zich opnieuw aan dezelfde steen stoot?

Het lid veronderstelt dat alle politieke partijen zich achter de oproep tot meer overleg kunnen scharen. Er mag geen tijd verloren gaan.

De verschillende gewesten werken aan verschillende snelheden. Vlaanderen loopt enigszins voorop en koestert de idee van eigen regie en de persoonsvolgende financiering. Aan Franstalige kant is dat niet zo gedragen. Men kijkt argwanend naar wat in Vlaanderen wordt ingevoerd en ziet vooral struikelblokken. Die visies maken dat een burger terechtkomt in twee beleidsparadigma's. Ergens moet er aansluiting zijn, maar dat acht Elke Van den Brandt niet vanzelfsprekend.

De vragen die rijzen bij het nieuwe instapmodel voor het basisondersteuningsbudget zijn terecht.

De zorgverzekering is interessant maar wordt niet goed gecommuniceerd. Jongeren sluiten zich niet meteen aan. Een ander probleem is dat zorgbehoevende ouders onvoldoende return krijgen na jarenlang een premie te hebben betaald. Dat haalt het draagvlak ook onderuit. Klopt dat of heeft het model veel voordelen die algemeen bekend zijn? Is er onderzoek ter zake? Elke Van den Brandt verwachtte een grotere uitval door de verhoging van de premie. De daling bleef stabiel. Is dat onderzocht? Zijn de oorzaken in kaart gebracht zodat ze dienstig zijn als onderbouw voor de Vlaamse sociale bescherming in Brussel?

Peter Persyn stelt dat de Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad over heel wat ervaring beschikt om doelgroepen en subgroepen te bereiken met aangepaste informatie. Ziet de spreker heil in de verbetering van de boodschap en betere marketing van het aanbod, ook met het oog op de grote diversiteit in de hoofdstad?

Sjoert Holtackers heeft geen weet van onderzoek en kan ook niet beoordelen welke lessen de Vlaamse Regering heeft getrokken uit de jarenlange toepassing van de zorgverzekering in Brussel. Een eerste conclusie kan wel zijn dat de toelage van 130 euro niet meteen als aantrekkelijk geldt. Met de nieuwe pijlers die worden ingevoerd nadat de Raad van State heeft geoordeeld dat ook de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden en het basisondersteuningsbudget moeten worden ingebracht, kan de perceptie veranderen. Mensen uit de sector van personen met een handicap staan achter het basisondersteuningsbudget.

Er mag meer reclame worden gemaakt voor de Vlaamse zorgverzekering, vooral onder mensen met een migratieachtergrond die anders omgaan met ziekte en oud worden. Ze gaan vermoedelijk heel anders met het budget om als ze dat krijgen. Maatwerk is nodig.

De Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad is vormingen op maat aan het ontwikkelen voor hulpverleners. Op 15 juni 2016 staat een grote bekendmakingsactie gepland in Brussel. Het moet de betrokkenen sensibiliseren vooraleer de invoering ervan na goedkeuring van het ontwerp van decreet. Nadien wil men zoveel mogelijk mensen motiveren om zich in te schrijven. Ondanks het feit dat vele cliënten geen kans maken tot 2018, wil de spreker de gelegenheid die zich aandient van 2016 tot 2020 maximaal benut zien om niet in 2020 te moeten vaststellen dat de stijging miniem is gebleven.

De clash der visies is spijtig. Extra jammer is dat de kwetsbare Brusselaar er de dupe van wordt. Het VAPH betaalt de eerste budgetten vanaf september 2016 uit. Vanaf dan bestaan er ook geen VAPH-diensten meer. Die worden vergunde zorgaanbieders. Het VAPH stelt duidelijk dat een persoon met een persoonsvolgende financiering zijn zorg en ondersteuning alleen kan inkopen bij een vergunde zorgaanbieder. Het VAPH heeft er geen rekening mee gehouden dat er in Brussel door de GGC erkende instellingen zijn waar zowel personen met een PHARE-ticket als mensen met een VAPH-ticket mogen komen. Wie er met een VAPH-ticket verblijft, krijgt vanaf september 2016 mogelijks een persoonsvolgende financiering, maar mag het volgens de regelgeving niet inzetten in die instelling. Ze is immers geen vergunde zorgaanbieder. Zelfs al stroken de visies niet echt, dan nog is het van belang dat ze samen onderzoeken hoe te voorkomen dat mensen op straat terechtkomen en uit hun gekende omgeving weg moeten. Pragmatisch denken is in dat verband cruciaal.

Men probeert zeker werk te maken van aangepaste informatie, maar het blijft vooralsnog moeilijk om in Brussel een coherent verhaal te brengen. Er zijn immers varianten en mensen blijken daarop terughoudend te reageren. Sjoert Holtackers hoopt op beterschap door overleg zodat hij een beter gestroomlijnd verhaal heeft voor de hulpverleners die vaak door het bos de bomen niet meer zien.

Elke Van den Brandt acht het logisch dat alle personen met een handicap kunnen inschrijven en dat alle kinderen met een handicap toegang hebben. Dat lijkt correct gezien de antidiscriminatieregelgeving, maar het ondermijnt het Vlaamse systeem budgettair. Dat lijkt een te zware belasting van de Vlaamse investeringen in Brussel. Dat vergroot het belang van de front- en backoffice om die zaken te regelen. Het moet in elk geval vooraf geregeld worden. Daarbuiten verkiest zij te veel sociaal beschermde Brusselaars boven te weinig.

Bart VAN MALDEREN,
voorzitter

Elke VAN DEN BRANDT
Griet COPPÉ
Freya SAEYS,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

BelRAI	verzamelnaam voor Belgische vertaling en informatisering van de interRAI-instrumenten
BROG	Brussels Regionaal Overleg Gehandicaptenzorg
COCOF	Commission Communautaire Française
FAMIFED	Federaal agentschap voor de kinderbijslag
gesco	gesubsidieerde contractueel
GGC	Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
ICT	informatie- en communicatietechnologie
IMF	International Monetary Fund
interRAI	een internationaal samenwerkingsverband van onderzoekers voor het opstellen van continue en vergelijkbare instrumenten voor het inschatten (en verbeteren) van de levenskwaliteit van residenten in zorgsettings
KU Leuven	Katholieke Universiteit Leuven
LUCAS	Centrum voor zorgonderzoek en consultancy
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PHARE	Personne Handicapée Autonomie Recherche
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SAR WGG	Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid
SERV	Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VESOC	Vlaams Economisch Sociaal Overlegcomité
VGC	Vlaamse Gemeenschapscommissie (van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest)
Voka	Vlaams netwerk van ondernemingen
VUB	Vrije Universiteit Brussel
WHO	Wereldhandelsorganisatie
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (beleidsdomein van de Vlaamse overheid)