



Vlaams
Parlement

ingediend op **1260** (2016-2017) – Nr. 1
21 augustus 2017 (2016-2017)

Conceptnota voor nieuwe regelgeving

van Griet Coppé, Katrien Schryvers, Cindy Franssen,
Vera Jans, Dirk de Kort en Sonja Claes

betreffende de decretale verplichting
van de Vlaamse Regering
om te voorzien in een groeipad
voor de zorgzwaartegebonden financiering
van de thuis- en ouderenzorg
en jaarlijks over de realisatie daarvan
bij het Vlaams Parlement te rapporteren

1. Situering

Het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 maakt een onderscheid tussen thuiszorgvoorzieningen en ouderenvoorzieningen. Thuiszorgvoorzieningen in de zin van het decreet zijn: diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, diensten voor logistieke hulp, diensten voor oppashulp, diensten voor thuisverpleging, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, lokale of regionale dienstencentra, diensten voor gastopvang en centra voor herstelverblijf.¹

Bij de ouderenvoorzieningen horen dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf (CVK's), groepen van assistentiewoningen en woonzorgcentra.²

Als werkingsprincipe (erkenningnorm) voor die voorzieningen geldt onder meer dat ze "naar aard, tijdstip, plaats en intensiteit het best aangepast [moeten] zijn aan de behoeften van de gebruiker".³ Dat die voorzieningen 'aangepast' moeten zijn, kan onmogelijk los gezien worden van de mogelijkheden om aan de zorgzwaarte van gebruikers tegemoet te komen.

Stellen dat sociaal-demografische ontwikkelingen zoals de vergrijzing en de verzilvering⁴, en de toegenomen druk op mantelzorg (potentieel)⁵ dwingen tot een versterking van de thuis- en ouderenzorg, zowel kwantitatief als kwalitatief, is een open deur intrappen. Uiteraard kan 'vergrijzing' niet zomaar gelijkgesteld worden met 'zorgbehoevendheid'. Wel kan niet voorbijgegaan worden aan objectieve cijfers, zoals de toename van het aantal lopende dossiers 'mantel- en thuiszorg' in het kader van de zorgverzekering (cf. infra) en de toename van het aantal rvt-gerechtigden in woonzorgcentra, waarbij rvt staat voor rust- en verzorgingstehuis (cf. infra).

¹ Artikel 2, 14°, van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 (Belgisch Staatsblad, 14 mei 2009).

² Artikel 2, 21°, van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009.

³ Artikel 4, 4°, van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009.

⁴ In 2020 zal één Vlaming op de vijf 65 jaar of ouder zijn. In 2030 zal dit één op de vier zijn. In 2010 bedroeg het aantal 80-plussers vijf procent van de totale Vlaamse bevolking, in 2030 zal dat zeven procent zijn en in 2040 negen procent. Mogelijk zijn die cijfers nog een onderschatting van het effectieve aantal 80-plussers. De demografische voorspellingen baseren zich op ontwikkelingen in het verleden. Ze houden geen rekening met het denkbare demografische effect van nieuwe ontwikkelingen in de geneeskunde en de technologie (die cijfergegevens moeten gelezen worden nog zonder rekening te houden met het effect van mogelijke migratie, wat een onzekere factor is). Nota van de Vlaamse Regering – Conceptnota over het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda, *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 841/1, 10.

⁵ De studiedienst van de Vlaamse Regering berekende dat er in vergelijking met 2011 in 2014 een afname van de informele zorg is van 38% naar 26,3%. Over de redenen voor de daling kunnen geen precieze uitspraken worden gedaan maar een aantal sociaal-demografische en economische factoren kunnen een indicatie zijn voor de verminderde beschikbaarheid van informele zorgverleners: L. Vanderleyden en D. Moons, Informele zorg in Vlaanderen opnieuw onderzocht (SVR-webartikel 2015/4), Brussel, Studiedienst van de Vlaamse Regering, 2016, 19 p. Zie ook vooruitzicht inzake de afhankelijkheidscoëfficiënt (67+/18-66 jaar) bij het Federaal Planbureau, Demografische vooruitzichten 2016-2060, Bevolking en huishoudens, Brussel, maart 2017, 32-33.

Bepaalde aandoeningen hebben een chronisch karakter gekregen, wat ook niet zonder gevolgen blijft voor het aanbod van woonzorgvoorzieningen. Ook beleidskeuzes zoals vermaatschappelijking van de zorg voor personen met een handicap en mensen met geestelijke gezondheidsproblemen⁶ en de (federale) keuze om de ligduur na een bevalling in een ziekenhuis te verminderen⁷, zijn niet vrijblijvend voor de organisatie en budgettaire noodwendigheden van het zorgaanbod.⁸

De noodzakelijke versterking van de thuis- en ouderenzorg is uiteraard niet budgetneutraal en veronderstelt dan ook weloverwogen budgettaire groeipaden.⁹ In dat verband moet gewezen worden op de draagwijdte van het begrip 'programmatie' in het Woonzorgdecreet: "(...) De programmatie bepaalt, met het oog op

⁶ 'Vermaatschappelijking van de zorg' wordt door de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid gedefinieerd als een "verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen (van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard), chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven, ... met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de gemeenschap te laten verlopen. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer desinstitutionalisering, community care, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg.": SAR WGG, Visienota integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen, Brussel, 2012, 8.

⁷ Zie in dat verband de toegenomen behoefte aan kraamzorg bij de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg: *Vragen om uitleg* VI.Parl. 2015-16, nr. 1347, over de projecten inzake bevallen met verkort ziekenhuisverblijf; *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2016-17, nr. 88, aan minister Jo Vandeuren.

In een vraag om uitleg van 25 april 2017 aan de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (*Vragen om uitleg* VI.Parl. 2016-17, nr. 1887) kaartte Griet Coppé het volgende aan: "Als we horen dat patiënten te vroeg worden doorgestuurd naar een kortverblijf ter ontlasting van een ziekenhuisopname, dan is dat niet wat we wensen voor een kortverblijf. Dat is niet in het belang van de patiënt en ook niet van de andere bewoners, die hierdoor besmettingsgevaar lopen."

⁸ Zie in dat verband ook een recente studie van het federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) over het benodigde aantal ziekenhuisbedden in 2025. Door de vergrijzing en een geschatte bevolkingstoename met 5%, verwacht het KCE dat het aantal ziekenhuisopnamen met bijna 12% zal stijgen. Omdat de opnames korter worden en steeds vaker in een dagziekenhuis plaathebben, zouden er uiteindelijk minder verpleegdagen nodig zijn: van 12,9 miljoen in 2014 naar 12,3 miljoen in 2025. Daardoor zou het teveel aan ziekenhuisbedden volgens het KCE ophopen tot ongeveer 9300 in 2025. Vanaf 2030 zal de vergrijzing echter fors toenemen. Daarom kan er volgens het KCE bij de afbouw het best een reserve behouden worden om die extra behoeften op te vangen. Twee grote uitzonderingen op de hierboven gemelde overcapaciteit vormen de bedden voor niet-acute zorg (S-bedden) en geriatrische patiënten (G-bedden). Door de toenemende vergrijzing zal de behoefte aan die types bedden stijgen. Vanaf 2030, als de vergrijzing pas echt toeslaat, wordt er een tekort van 865 S-bedden en 1312 G-bedden verwacht. Die toenemende behoefte kan volgens het KCE deels worden opgevangen door een aantal van de hogergenoemde overtollige bedden om te zetten in G- en S-bedden. De andere kunnen volgens het KCE worden gesloten. Bovendien, zo stelt nog steeds het KCE, kan er worden geïnvesteerd in alternatieven binnen en buiten het ziekenhuis, zoals meer dagopnames, thuiszorg en thuishospitalisatie, en gespecialiseerde afdelingen in woonzorgcentra, bijvoorbeeld voor demente patiënten. Zie KCE, Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services, KCE-report 289, Brussel, 2017 (https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_289_Required_hospital_capacity_Report.pdf).

In dat verband mag gewezen worden op artikel 47/9, §5, van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten (Belgisch Staatsblad, 17 januari 1989): "Elke gemeenschap of de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie kan met de federale overheid een samenwerkingsakkoord afsluiten dat de omzetting van ziekenhuisbedden tot voorwerp heeft met het oog op de tenlasteneming van patiënten buiten het ziekenhuis door een dienst die tot de bevoegdheid van de gemeenschap of de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie behoort. In dit geval wordt in dat samenwerkingsakkoord voorzien dat bijkomende middelen worden toegekend aan de gemeenschap, de gemeenschappen of de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie die in dat samenwerkingsakkoord betrokken partij zijn. Die middelen kunnen de kostprijs van de omgezette ziekenhuisbedden niet overschrijden."

⁹ In artikel 4, derde lid, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (Belgisch Staatsblad, 6 september 2016) staat dat de Vlaamse sociale bescherming "prioriteit [moet geven] aan thuiszorg, preventie en verhogen van de zelfredzaamheid".

een evenredige spreiding afhankelijk van de behoeften, aan de hand van objectief meetbare criteria, de planning in de tijd en ruimte van ofwel het maximale aantal voorzieningen, woonzorgnetwerken en verenigingen, ofwel het maximale aantal plaatsen in voorzieningen, ofwel het maximale aantal subsidiabele uren woonzorg die een voorziening mag aanbieden ofwel het maximale aantal subsidiabele personeelsleden van een voorziening.”¹⁰

De budgettaire groei wordt ook tijdens deze legislatuur mogelijk gemaakt, onder meer door een verdere aangroei van het subsidiëerbare urencontingent bij de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg vanaf 2017, de uitbouw van het rechtstreeks toegankelijke aanbod voor personen met een handicap (begeleiding, dagopvang en verblijf), de aangroei van het aantal woongelegenheden in woonzorgcentra in overeenstemming met de erkenningskalender en de middelen voor bijkomende reconversie van rob- naar rvt-bedden, waarbij rob staat voor rustoord voor bejaarden (cf. infra).¹¹

Een uitermate belangrijk aandachtspunt bij die versterking, waarop de indieners van deze conceptnota voor nieuwe regelgeving de focus willen leggen, is de mate waarin de zorgzwaarte van gebruikers en de evolutie daarin, bij de financiering van de genoemde voorzieningen in beeld komt. De normatieve definitie van zorgzwaarte die gehanteerd wordt voor personen met een handicap in het kader van de persoonsvolgende financiering, is: “de mate waarin een persoon met een handicap zorg en ondersteuning nodig heeft om zo adequaat mogelijk te kunnen functioneren in het dagelijkse leven”.¹² In het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming (het VSB-decreet) van 24 juni 2016 wordt de term ‘verminderde zelfredzaamheid’ gehanteerd, waarmee de “beperking van de mogelijkheden tot zelfzorg” bedoeld wordt. In die definitie staat zelfzorg voor “de beslissingen en de acties (...) die een natuurlijke persoon in het dagelijkse leven uitvoert om te voldoen aan zijn basisbehoeften, en de bijbehorende activiteiten. Die activiteiten hebben voornamelijk betrekking op de uitvoering van huishoudelijke activiteiten, het leggen van sociale contacten en de mogelijkheid om zich te ontplooiën en zich te oriënteren in tijd en ruimte.”¹³

In het Vlaamse regeerakkoord 2014-2019 gaat de Vlaamse Regering het engagement aan om werk te maken van een nieuw organisatie- en financieringsmodel voor de (residentiële) ouderenzorg en daarbij de ontwikkeling van innovatieve modellen te stimuleren. Voor de Vlaamse Regering grondige wijzigingen aan bestaande financieringssystemen aanbrengt, wil ze “concepten van persoons-

¹⁰ Artikel 58, §1, eerste lid, van het Woonzorgdecreet.

¹¹ In een antwoord op een schriftelijke vraag van Katrien Schryvers stelde de bevoegde minister: “Wat de thuiszorgvoorzieningen betreft, voorzie ik tijdens deze legislatuur een groeipad voor de verschillende thuiszorgdiensten in functie van de vergrijzing, de vermaatschappelijking van zorg en het subsidiariteitsprincipe. Het is de bedoeling dat verschillende doelgroepen een beroep kunnen doen op laagdrempelige vormen van thuiszorg zoals oppas, gezinszorg, karwei-hulp, poets-hulp, ondersteuning o.a. inzake hulpmiddelenbeleid regionale en lokale dienstencentra, gastopvang, de diensten ondersteuningsplan en zorgbegeleiding door de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen.” (eigen onderstreping), *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2014-15, nr. 473, aan minister Jo Vandeurzen.

¹² Artikel 8, tweede lid, 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 (Belgisch Staatsblad, 28 augustus 2014).

¹³ Artikel 2, 12°, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (Belgisch Staatsblad, 6 september 2016).

volgende financiering in de ouderenzorg uittesten”.¹⁴ Ondertussen wil de Vlaamse Regering voorzien in een groei van het aantal bedden, “met een financiering die aangepast is aan de zorgzwaarte-inschaling”.¹⁵ In de nota ‘Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda’, waarvan de Vlaamse Regering op 5 februari 2016 akte nam, vinden we vijftien ‘perspectieven’ terug. Perspectief 9 luidt als volgt: “Ondersteuning in geval van complexe co-morbiditeit en frailty (verhoogde kwetsbaarheid). Oudere personen die geconfronteerd worden met co-morbiditeit, inclusief dementie en frailty, wensen zo lang als mogelijk zelfstandig te blijven functioneren in de hun vertrouwde omgeving, waar mogelijk ondersteund door mantelzorg en/of vrijwilligerszorg. De gradatie en aard van zorgomkadering en ondersteuning varieert in functie van de toegenomen zorgzwaarte, de complexiteit van de zorg- en ondersteuningsnaden en de verwachtingen van de oudere persoon en zijn omgeving. Bij een complexe zorg- en ondersteuningsbehoefte is coördinatie van de zorg noodzakelijk. Dit kan door de persoon zelf of op zijn aangeven, zijn mantelzorger, of een professionele zorgverlener.”.¹⁶

In het bovengenoemde regeringsdocument wordt de ontwikkeling (korte termijn) en implementatie (lange termijn) vooropgesteld van “een (leeftijdsonafhankelijk) persoonsvolgend financieringsconcept ouderenzorg in de Vlaamse sociale bescherming”. Het nieuwe concept moet afgestemd zijn op de zorgzwaarte¹⁷, maar moet de aanbieder er ook toe aanzetten de bewoners te activeren en hun zelfredzaamheid te bevorderen. Dat concept houdt in dat “[d]e zorgvrager [...] na inschaling zelf [zal] beslissen hoe het daaruit af te leiden zorgvolume wordt omgezet via een persoonsvolgend budget in te leveren zorg en ondersteuning”.¹⁸.

De hier voorliggende conceptnota voor nieuwe regelgeving houdt als zodanig geen concretisering in van het nieuwe concept dat de Vlaamse Regering beoogt en dat verankerd zou moeten worden in een (nieuw) decreet houdende de Vlaamse sociale

¹⁴ Zie ook Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid (19 oktober 2015). In de loop van het proces dat geleid heeft tot de ontwikkeling van dit plan, werden achttien componenten geïdentificeerd waarvan de implementatie nodig wordt geacht om de evolutie naar geïntegreerde zorg te kunnen realiseren. Eén van die componenten is de aanpassing van de financieringssystemen: “een financiering die gebaseerd is op verstrekkingen uit een nomenclatuur veroorzaakt beperkingen in de implementatiemogelijkheden voor geïntegreerde zorg (multidisciplinair, op maat en gericht op de bio-psycho-sociale noden van de chronische zieke en zijn omgeving); een systeem dat meer gebaseerd is op ‘bundled payment’ voor een groep van prestaties creëert hiervoor meer mogelijkheden; om nieuwe modellen te testen in het kader van pilootprojecten en in overeenstemming met ‘Triple Aim’, zullen de huidige financiële middelen ter beschikking gesteld worden van de pilootprojecten met een maximale flexibiliteit voor hun aanwending, op voorwaarde van toelating door de respectievelijke bevoegde autoriteiten; dit betreft zowel de financiering van gezondheidszorg als de financiering van structuren voor hulp en ondersteuning. De pilootprojecten in Vlaanderen moeten daarbij specifiek gericht zijn op het ontwikkelen van pistes voor een meer persoonsvolgende financiering.” (www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20151019_imc_plan_geintegreerde_zorg_chronisch_zieken.pdf, 11 en 13).

¹⁵ Vlaams regeerakkoord 2014-2019 – Vertrouwen, Verbinden, Vooruitgaan, Brussel, 2014, *Parl.St.* VI.Parl. 2014, nr. 31/1.

¹⁶ *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 841/1, 32.

¹⁷ Zie ook C. Van den Broeck, ‘Noodzakelijke randvoorwaarden voor de implementatie van de persoonsvolgende financiering in de ouderenzorg’, in R. Geeraert (ed.), *Samen onderweg naar 2020. Uitdagingen voor een geïntegreerd Vlaams zorgbeleid voor personen met een handicap en ouderen*, Brussel, Politeia, 2016, (115) 117.

¹⁸ *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 841/1, 54. Zie ook motie van aanbeveling bij de maatschappelijke beleidsnota Wonen en Zorg in Vlaanderen in 2020, *Parl.St.* VI.Parl. 2008-09, nr. 2208/4, 5. Daarin wordt de Vlaamse Regering onder meer gevraagd “de ontwikkeling naar een meer vraaggestuurde zorg, een zorg waarin de burgers meer autonomie en verantwoordelijkheid opnemen, verder in de hand te werk waardoor burgers autonoom zelf kunnen beslissen hoe ze hun zorgbudget willen inzetten”.

bescherming.¹⁹ De CD&V-fractie in het Vlaams Parlement sluit zich in dat verband aan bij het advies dat de Strategische Adviesraad voor het Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG) heeft uitgebracht bij het hierboven aangehaalde regeringsdocument: "Het is voor de SAR WGG noodzakelijk dat in een nieuw model van zorg en ondersteuning de personeelsinvulling – en de financiering hiervan – overeenstemt met de reële zorgzwaarte in de verschillende woonzorgvormen. Dit is op heden niet het geval. Een correcte personeelsnormering is niet enkel nodig voor het kunnen aanleveren van voldoende zorg en ondersteuning, maar evenzeer om een kwaliteitsvol zorgbeleid te kunnen bieden met het oog op meer kwaliteit van leven voor ouderen, tevredenheid en 'werkbaar werk' voor het zorgpersoneel. Ook met mogelijks nieuwe financieringssystemen moeten personeelsnormen voldoende (en niet zoals in de conceptnota 'zo voldoende mogelijk') en op rechtszekere wijze uit algemene middelen gefinancierd worden."²⁰

Als de indieners van deze conceptnota pleiten voor een correcte en gelijke publieke financiering van de zorg die afhankelijk is van de zorgzwaarte, dan is dat niet alleen voor de gebruikers, maar ook voor de mensen die die zorg op het terrein waarmaken. Dat is een van de belangrijke voorwaarden die vervuld moeten zijn voor werkbaar werk in de zorg.²¹

Welk nieuw concept ook ontwikkeld en geïmplementeerd zal worden, het zal budgettair niet neutraal zijn als het recht doet aan de toegenomen zorgzwaarte. In de laatste congresstekst 'Het Nieuwe Wij' drukken de Vlaamse christendemocraten

¹⁹ Het Vlaamse regeerakkoord 2014-2019 bepaalt: "Via een implementatieplan en met een decretale basis zullen de volgende bevoegdheden ingebracht worden in het concept van Vlaamse sociale bescherming en ingekanteld worden in de bestaande IVA Zorgfonds die omgevormd wordt tot de IVA Vlaamse sociale bescherming:

- de zorgverzekering;
- de tegemoetkoming hulp aan bejaarden;
- een vraaggestuurde financiering van de residentiële ouderenzorg, de opvang in beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen en de (handicapspecifieke) ondersteuning van personen met een handicap;
- de revalidatie;
- de systemen van inkomensrelatering met betrekking tot eigen bijdrageregeling thuiszorg;
- leeftijdsonafhankelijke hulpmiddelen en mobiliteitshulpmiddelen." (*Parl.St.* VI.Parl. 2014, nr. 31/1, 101).

²⁰ *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 841/1, 95. Zie ook G. Loosveldt, 'Het welzijnsrecht: van prematuurtje over leerjongen tot wasdom', in D. Simoens, D. Pieters, J. Put, P. Schoukens en Y. Stevens (eds.), *Sociale zekerheden in vraagvorm. Liber Amicorum Jef Van Langendonck*, Intersentia, Antwerpen-Oxford, 2005, (245) 254: "Met de realisatie van een homogene bevoegdheid rond welzijns- en gezondheidszorg achten wij het mogelijk om het sociaal risico op een verminderde zelfredzaamheid dat zich manifesteert in de behoefte aan hulp van derden, aan de basis te laten liggen van een sociale bescherming die op één decretale leest is geschoeid. In dat kader zien wij perspectieven in de integratie van de zorg voor personen met een handicap en de ouderenzorg. Die integratie zou, wat het financiële draagvlak betreft, structureel gerealiseerd kunnen worden via de Vlaamse zorgverzekering. De intentie van de decreetgever in 1999 om deze sociale verzekering als een groeimodel te beschouwen, kan in deze niet over het hoofd worden gezien. Naar ondersteuning van het aanbod toe, is vanuit het gelijkheidsbeginsel te verantwoorden dat de (RIZIV-)financiering van de zorg voor dementerende mensen niet zwakker mag zijn dan deze voor personen met een handicap met een nursingprofiel. Die integratie impliceert zoals gezegd de realisatie van een homogeen bevoegdheidspakket."

²¹ Zie werkdruk in woonzorgcentra (39,9%), vergeleken met volledige welzijns- en gezondheidszorg (29,8%) en de Vlaamse arbeidsmarkt (29%): VIVO, *De Vlaamse social-profitsectoren en werkbaar werk*, Brussel, 2015, 14. Uit de rapportage van de Stichting Innovatie & Arbeid blijkt dat de subsector 'rusthuizen' (woonzorgcentra) met een werkbaarheidsgraad van 48,5% in 2016 significant lager scoort dan de rest van de welzijns- en gezondheidszorg. 42,4% van de werknemers kampt met werkstressklachten. 50,6% van de werknemers wordt geconfronteerd met een hoge werkdruk, bij 25,4% is er sprake van een acute 'zeer hoge werkdruk'-situatie (een gevoelige toename tegenover 2013 van het aandeel werknemers in een (acute) risicosituatie en substantieel hogere indicator-scores dan in de rest van de gezondheids- en welzijnszorg: Stichting Innovatie & Arbeid, *Rapport Werkbaar Werk in de gezondheids- en welzijnszorg. Sectorale analyse op de Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2004-2016*, Brussel, 2017, 32.

overigens hun wil uit “dat parameters zoals nataliteit en vergrijzing (inclusief de evolutie van de zorgzwaarte) mee in rekening worden genomen bij het bepalen van de budgetten in het kader van de Vlaamse uitgavenbegroting voor het beleidsdomein welzijn, volksgezondheid en gezin” (eigen onderstreping).²²

In deze conceptnota voor nieuwe regelgeving beogen de indieners ervan de decreetale verankering van een verplichting voor de Vlaamse Regering om boven op de noodzakelijke uitbreidingen van het diverse woonzorgaanbod en op basis van een analyse van de behoeften, binnen de beschikbare budgetten, te voorzien in een groeipad voor de zorgzwaartegebonden financiering van de thuis- en ouderenzorg en om over de realisatie van dat groeipad jaarlijks verslag uit te brengen bij het Vlaams Parlement.

In deze conceptnota wordt eerst de evolutie van de zorgzwaarte aan de hand van een aantal indicatoren beschreven (hoofdstuk 2). Daarna volgt een analyse van de zorgzwaarteproblematiek bij vier types van woonzorgvoorzieningen: de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, de dagverzorgingscentra, de woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf (hoofdstukken 3 tot en met 5). De selectie van die vier types wil geen afbreuk doen aan de behoeften die zich elders stellen, bijvoorbeeld bij de diensten voor oppashulp. Met ‘thuis- en ouderenzorg’ worden uiteraard alle voorzieningen in het Woonzorgdecreet bedoeld die te kampen hebben met de zorgzwaarteproblematiek.

2. Evolutie van de zorgzwaarte

a) Algemeen

De zorgzwaarte van een persoon kan op verschillende manieren in kaart gebracht en geobjectiveerd worden. Daartoe bestaan verschillende inschalingsinstrumenten. De Vlaamse Regering stelt zich tot doel te “evolueren naar een veralgemeende invoering van een uniforme meetschaal in alle sectoren die zowel de zorgzwaarte als de nood aan financiële ondersteuning kan beoordelen”. We lezen in het Vlaams ouderenbeleidsplan dat “de BelRAI als het unieke inschalingsinstrument voor alle actoren in de woonzorg [daartoe zal] worden aangewend”.²³

Om inzicht te krijgen in de evolutie van de zorgzwaarte moet een beroep worden gedaan op data die opgeleverd worden met behulp van al langer bestaande en toegepaste inschalingsinstrumenten, namelijk de inschalingsinstrumenten die gebruikt worden voor de zorgverzekering, voor de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg en voor de woonzorgcentra en centra voor kortverblijf.

b) Zorgverzekering: tenlastenemingen ‘mantel- en thuiszorg’

Een van de indicatoren van de zorgzwaarte is het aantal tegemoetkomingen voor mantel- en thuiszorg in het kader van de zorgverzekering.²⁴ Dat is – rekening

²² CD&V, Congrestekst ‘Het Nieuwe Wij’, Brussel, 2016, 19.

²³ Vlaams Ouderenbeleidsplan 2015-2020, *Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 1006/1, 42. Omdat niet alle zorgbehoevenden een volledig BelRAI-assessment nodig hebben, worden premodules en elaboratiemodules (de BelRAI-screener) ontworpen.

²⁴ Om een tegemoetkoming voor residentiële zorg te verkrijgen, volstaat een verblijfsattest (een attest van de voorziening waarop minstens de datum van opname wordt vermeld of een attest op basis van een score op de Katzschaal in een woonzorgcentrum): artikel 87, §2, van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016 houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (Belgisch Staatsblad, 16 december 2016). Ook een bewoner van een woonzorgcentrum met een O- of A-profiel komt daarvoor in aanmerking.

houdend met non-take-up²⁵ – een objectief cijfer over het aantal mensen in de thuissituatie (dat kan ook in een assistentiewoning zijn) met een langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen (cf. supra), waarbij 'ernstig' samenhangt met zorgzwaarte.

Zorgvragers kunnen voor een dergelijke tegemoetkoming in aanmerking komen als ze een attest kunnen voorleggen waaruit blijkt dat ze een van de volgende 'scores' halen:

- (1) minstens score 13 op de BelRAI-screener, of minstens 6 punten op de som van de modules iadl en adl van de BelRAI-screener, afgenomen in het kader van de activiteiten persoonsverzorging, huishoudelijke hulp of schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, of de activiteit schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor logistieke hulp. Daarbij staat de afkorting iadl voor instrumentele activiteiten van het dagelijks leven, en adl voor activiteiten van het dagelijks leven. De BelRAI-screener wordt voorlopig alleen toegepast in een proefregio (het kleinstedelijk gebied Dendermonde)²⁶;
- (2) minstens score 35 op de BEL-profielschaal, afgenomen in het kader van de activiteiten persoonsverzorging, huishoudelijke hulp of schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, of de activiteit schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor logistieke hulp. Daarbij staat BEL-schaal voor basiseerstelijnesschaal;
- (3) minstens score B op de Katzschaal in de thuisverpleging (cf. infra);
- (4) minstens score 15 op de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming en de tegemoetkoming hulp aan bejaarden;
- (5) minstens 18 punten op de medisch-sociale schaal, samengesteld uit pijler P1, P2 en P3, in het kader van de bijkomende kinderbijslag voor kinderen of jongeren met een handicap of aandoening;
- (6) minstens score C op de Katzschaal in een woonzorgcentrum, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf (cf. infra).²⁷

Als een dergelijk attest ontbreekt, moet een indicatiestelling de graad van de verminderde zelfredzaamheid aantonen om tot een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg te kunnen leiden.²⁸ Bij een indicatiestelling kunnen gebruikers in aanmerking komen voor een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg als ze aan een van de volgende criteria voldoen:

- (1) minstens 35 punten op de BEL-profielschaal, als ze meerderjarig zijn;
- (2) minstens 10 punten op het blok lichamelijke adl van de BEL-profielschaal, als ze tussen 5 en 18 jaar oud zijn;
- (3) minstens 13 punten op de BelRAI-screener, of minstens 6 punten op de som van de modules iadl en adl van de BelRAI-screener, als ze meerderjarig zijn (cf. supra).²⁹

²⁵ Automatische toekenning op basis van een attest is opgenomen in de regelgeving, namelijk in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016.

²⁶ Zie *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2015-16, nr. 396, aan minister Jo Vandeurzen; beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2016-2017, *Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 941/1, 26-27.

²⁷ Ook een kine-E-attest bij een verlenging op het moment dat een gebruiker minstens ononderbroken en gedurende drie jaar over een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg beschikt op basis van een indicatiestelling met de BEL-profielschaal, volstaat. Een dergelijke positieve beslissing tot verlenging kan ook met een kine-E-attest telkens opnieuw verlengd worden: artikel 87, §1, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016.

²⁸ Artikel 88 van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016.

²⁹ Artikel 89, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016.

De bovenstaande scores geven aan dat een hoge zorgwaarde vereist is om recht te kunnen hebben op een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg in het kader van de zorgverzekering.

Het aantal lopende dossiers voor mantel- en thuiszorg in het kader van de zorgverzekering is in een lustrum (2011-2015) toegenomen met bijna 22.000 of 15%.³⁰

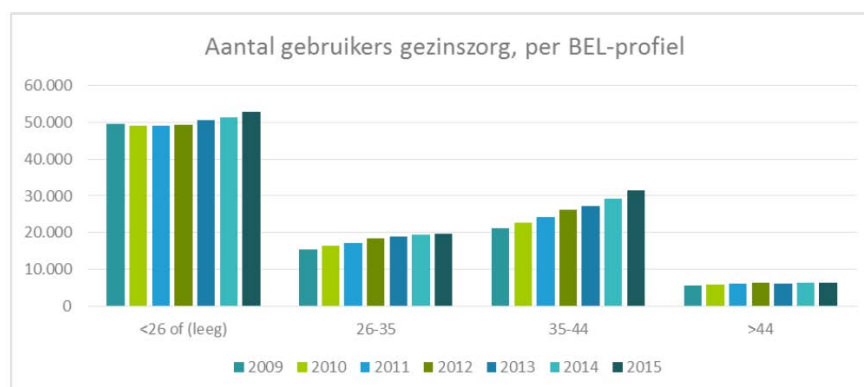
Jaar	Aantal	2011 = 100
2011	145.639	100,00
2012	149.820	102,87
2013	157.400	108,08
2014	162.512	111,59
2015	167.576	115,06

Let wel, het aantal tegemoetkomingen voor mantel- en thuiszorg in het kader van de zorgverzekering geeft geen correct beeld van het gebruik dat wordt gemaakt van mantel- en of professionele thuiszorg. De 130 euro die maandelijks wordt toegekend, kan immers vrij worden besteed.

c) **Zorgprofielen bij de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg**

De basis voor zorg- en dienstverlening door een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg is het sociaal onderzoek waarbij de behoeften van de cliënten worden vastgesteld aan de hand van de BEL-profielsschaal. We beschikken over de evolutie van het aantal gebruikers van gezinszorg van 2009 tot 2015, volgens BEL-profiel.

In de onderstaande tabel is de evolutie weergegeven van het aantal cliënten en hun zorgbehoefte.



Bron: Conceptnota van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: 'Zorg- en ondersteuning op maat van alle gezinnen' - Nieuw werkingskader voor de diensten voor gezinszorg.

³⁰ Zie <https://www.zorg-en-gezondheid.be/jaarverslagen-vlaams-zorgfonds>. In de meerjarenraming 2017-2022 wordt, wat de jaarlijkse verhoging van de toelage aan het Vlaams Zorgfonds betreft, onder meer rekening gehouden met een groei van 2,5% in de mantel- en thuiszorg: Toelichtingen bij de middelenbegroting en de algemene uitgavenbegroting van de Vlaamse Gemeenschap voor het begrotingsjaar 2017 – Meerjarenraming 2017-2022, *Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 21/1, 26.

De grootste stijging van het aantal cliënten doet zich voor bij de groep met een BEL-profiel dat hoger is dan 35 punten. Die gebruikers worden als zwaar zorgbehoevend beschouwd en openen een recht op een tegemoetkoming vanuit de zorgverzekering (cf. supra). Het gemiddelde aantal uren gezinszorg per jaar is hoger bij een hogere zorgzwaarte. De voorbije jaren is er een dalende trend van het gemiddeld aantal uren gezinszorg per cliënt per jaar bij alle BEL-profielen.

In de onderstaande tabel is de evolutie weergegeven van het gemiddelde aantal uren gezinszorg per cliënt per jaar volgens zorgzwaarte.

Zorgzwaarte BEL-profiel	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<26	104,97	99,97	99,68	98,64	95,23	90,50
26-34	182,60	178,08	172,28	171,61	166,42	157,55
35-45	249,86	240,36	230,42	227,11	223,24	212,10
>45	288,84	279,52	272,17	277,41	269,85	260,33
Gewogen gemiddelde	164,91	160,46	158,23	156,87	153,97	146,93

d) Zorgprofielen in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf

In woonzorgcentra en centra voor kortverblijf is de Katzschaal tot nader order mee bepalend voor de publieke financiering.

Categorie	zich wassen	zich kleden	zich verplaatsen	toiletbezoek	eten	continentie	tijd en ruimte
O							
A	3 of 4	3 of 4					
Ad*							3 of 4
B	3 of 4	3 of 4	3 of 4	3 of 4			
Bd	3 of 4	3 of 4					3 of 4
C	3 of 4	3 of 4	3 of 4	3 of 4	3 of 4	3 of 4	
Cd	3 of 4	3 of 4	3 of 4	3 of 4	3 of 4	3 of 4	3 of 4

Voor de criteria in een kleurveld geldt 'en/of'.

Bijvoorbeeld A-profiel: persoon is afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden.

(*) Ook A-profielen met score 2-2 op tijd en ruimte tellen als Ad-profiel

In de onderstaande tabel is de evolutie weergegeven van het aantal dagforfaits in de woonzorgcentra en centra voor kortverblijf in het Nederlandse taalgebied tussen 2009 en 2014.

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Totaal	aantal toegekende forfaits	64.309	65.584	67.042	68.746	70.764	70.752
	2009 = 100	100	101,98	104,25	106,90	110,04	110,02
Type O en A rob/rvt	aantal toegekende forfaits	19.169	18.770	17.932	17.667	15.875	15.328
	2009 = 100	100	97,92	93,55	92,16	82,82	79,96
Type B, C en D* rob/rvt	aantal toegekende forfaits	43.639	45.314	47.265	48.711	50.585	52.336
	2009 = 100	100	103,61	108,31	111,62	115,92	119,93
Type O en A CVK	aantal toegekende forfaits	298	344	406	512	553	588
	2009 = 100	100	115,44	136,24	171,81	185,57	197,32
Type B, C, en D* CVK	aantal toegekende forfaits	401	465	641	693	848	858
	2009 = 100	100	115,96	159,85	172,82	211,47	213,97

Bron: InterMutualistisch Agentschap – data 2009-2014.

*D vanaf 2013 bij B en C.

Van de toegekende forfaits in 2014 werd 22,65% toegekend voor 'lichtere zorgprofielen' (O en A), 77,35% ging naar de zwaardere profielen (B, C en D). Die verhouding bedroeg in 2009 nog 30,52% tegenover 69,48%. Die verschuiving is bijzonder tekenend voor de toegenomen zorgzwaarte in woonzorgcentra.

Tussen 2009 en 2014 is er een stijging van het totale aantal toegekende forfaits van 10%. In de woonzorgcentra nam het aantal forfaits voor 'lichte zorg' (O en A) af: dat was het geval in elke leeftijdsgroep. Het aantal zwaardere zorgforfaits (B, C en D) nam toe. Het absolute aantal dagforfaits voor lichte zorg gaat van 19.169 in 2009 naar 15.328 in 2014, waar het totale aantal toegekende dagforfaits steeg van 64.309 in 2009 naar 70.752 in 2014. In de centra voor kortverblijf nemen zowel de lichte als de zwaardere dagforfaits toe.³¹

3. Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg

– Aanbod

In het Woonzorgdecreet is de volgende definitie van een dienst voor gezinszorg opgenomen: "Een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg is een voorziening die als decretale opdracht heeft, aan gebruikers met een verminderd zelfzorgvermogen:

- 1° persoonsverzorging en huishoudelijke hulp aan te bieden;
- 2° aanvullende thuiszorg aan te bieden, al dan niet op basis van een samenwerkingsverband."³²

³¹ Zorg en Gezondheid, Zorgzwaarte in de ouderenzorg, Brussel, 2016, 7-8 (https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/GI2014_zorgzwaarte_ouderenzorg_0.pdf).

³² Artikel 5 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009.

Een dienst voor gezinszorg moet minstens de volgende zorgverlening aanbieden:

- (1) persoonsverzorging³³;
- (2) huishoudelijke hulp, meer bepaald de hulp- en dienstverlening die bestaat uit de volgende activiteiten:
 - de organisatie van het huishouden;
 - de zorg voor de maaltijden: maaltijden bereiden, inclusief dieetmaaltijden en babyvoeding, alsook inmaken en bewaren van voedingswaren voor gezinsverbruik, en opdienen, afruimen en afwassen;
 - de zorg voor kleding en linnen: wassen, strijken en verstellen;
 - de zorg voor woon- en leefklimaat: leefruimten hygiënisch onderhouden, bedden opmaken en verschonen, zorgen voor planten in de woning en zorgen voor huisdieren;
 - het doen van boodschappen;

³³ Artikel 1, 3°, van bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers (Belgisch Staatsblad, 17 december 2009). Dat zijn de activiteiten, vermeld in artikel 2, 1°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 27 maart 2009 tot uitvoering van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg (Belgisch Staatsblad, 12 mei 2009), namelijk: "activiteiten die deel uitmaken van de zorgdimensie lichamelijke zorg:

- (a) de dagelijkse lichaamszorg en comfortzorg:
 - 1) hygiënische zorg uitvoeren: dagelijks toilet, wekelijks toilet, intiem toilet, bad, haarverzorging, voet- en nagelverzorging, mondhygiëne en reinigen van tanden of een kunstgebit, zorg voor een hoorapparaat, contactlenzen of een bril, scheren, opmaak en make-up, en babybadje en navelverzorging;
 - 2) helpen bij het bewegen en verplaatsen, zowel binnenshuis als buitenshuis;
 - 3) zorgen voor rust en slaap: ziekenbed installeren en opmaken, zorgvrager installeren in zijn bed of zetel, zorgen voor een goede houding;
 - 4) helpen bij het omkleden, inclusief het kiezen van de gepaste kledij;
 - 5) helpen bij het eten en drinken;
 - 6) helpen bij de toiletgang: de zorgvrager begeleiden van en naar het toilet, het urinaal en de bedpan gebruiken, helpen bij incontinentie;
 - 7) bijstand verlenen bij het gebruik van geneesmiddelen die vrij zijn van voorschrift van een arts;
 - 8) de fysieke veiligheid van de gebruiker ondersteunen;
 - 9) comfortzorg verlenen: maatregelen, handelingen en technieken die het verzorgen van zwaar zorgbehoevende personen comfortabeler laten verlopen, met minder pijn en ongemak;
- (b) de specifieke zorg voor zorgbehoevende personen:
 - 1) ondersteuning bieden bij passieve of actieve beweging;
 - 2) een verband of steunkousen aanbrengen (met uitzondering van compressie door middel van windels);
 - 3) een prothese aanbrengen;
 - 4) een stomazakje verversetten bij een genezen stoma;
 - 5) ondersteuning bieden bij een warmte- of koudebehandeling;
 - 6) ondersteuning bieden bij het gebruik van aangepaste hulpmiddelen en verzorgingsmateriaal (met inbegrip van het vaststellen van de behoefte aan hulpmiddelen);
- (c) de uitvoering van zorgafspraken:
 - 1) observeren en rapporteren volgens afspraak over temperatuur, mictie en stoelgang, waarneembare symptomen bij disfuncties en nevenwerkingen bij behandelingen, zoals ze werden aangegeven door de behandelende arts of verpleegkundige;
 - 2) bijstand verlenen bij het gebruik van orale geneesmiddelen op voorschrift van een arts, toezien op het gebruik van geneesmiddelen, therapietrouw bevorderen en de stiptheid daarbij ondersteunen, bijstand verlenen bij het verzorgen van huidirritaties;
- (d) de toepassing van eerste hulp bij ongevallen zoals van elke burger verwacht mag worden, ongeacht de ernst van de situatie;
- (e) de zorg voor een goed functionerend lichaam:
 - 1) aanreiken van tips voor een gezonde levenswijze en een goede lichaamszorg: gezonde en aangepaste voeding, valpreventie en zorg voor voldoende slaap;
 - 2) ondersteuning bieden bij borstvoeding;
 - 3) besmettingen voorkomen: beschermingsmaatregelen tegen infectie toepassen, zowel bij zichzelf als bij de zorgvrager, en materialen reinigen en ontsmetten;
 - 4) immobiliteitsproblemen vermijden: drukletsels helpen voorkomen, verstijving en misgroeiingen helpen voorkomen, en ademhaling en bloedcirculatie helpen bevorderen;
 - 5) afspraken over de veiligheid van en het toezicht op zorgvragers (onder meer rusteloze en stervende personen) opvolgen en naleven."

- de zorg voor veiligheid en hygiëne in de woning³⁴;
- (3) algemene psychosociale en pedagogische ondersteuning en begeleiding, die verband houden met die persoonsverzorging en die huishoudelijke hulp³⁵;
- (4) schoonmaakhulp, al dan niet op basis van een samenwerkingsverband. Een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg kan, al dan niet op basis van een samenwerkingsverband, ook karweihulp en oppashulp aanbieden.³⁶

Onder aanvullende thuiszorg wordt de zorg verstaan die bestaat uit het aanbieden van schoonmaakhulp, oppashulp of karweihulp.³⁷

De diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg richten zich niet alleen tot ouderen: het zijn immers geen ouderenvoorzieningen in de zin van het Woonzorgdecreet. Ook personen met een handicap of mensen met een psychische kwetsbaarheid worden bereikt, alsook mensen of gezinnen met tijdelijke zorg- of ondersteuningsbehoeften. 14% van de dienstverlening is kraamzorg, 5% hulp aan mensen met dementie, 12% ondersteuning van personen met een handicap en 55% hulp aan mensen met een fysiek probleem. Het gemiddelde profiel van de gebruiker is een alleenstaande vrouw die ouder is dan tachtig jaar.³⁸

De programmatie voor de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg bestaat uit programmacijfers voor de uren persoonsverzorging en huishoudelijke hulp, verstrekt door de erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg.³⁹ De programmatiecijfers worden uitgedrukt in een aantal uren per jaar per

³⁴ Artikel 1, 4°, van bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009.

³⁵ Artikel 1, 5°, van bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009. Het gaat om de activiteiten, vermeld in artikel 2, 2°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 27 maart 2009 tot uitvoering van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg, namelijk: "activiteiten die deel uitmaken van de zorgdimensies psychosociale en pedagogische of agogische ondersteuning:

- (a) het geven van aandacht en aanwezigheid verzekeren;
- (b) het opmerken en begrijpen van psychosociale en emotionele problemen en het bieden van ondersteuning bij de verwerking ervan;
- (c) de ondersteuning bij:
 - 1) sociale contacten;
 - 2) ontspanning;
 - 3) administratie en gezinsbudget;
 - 4) mobiliteitsproblemen;
 - 5) revalidatie en therapietrouw;
- (d) de bijzondere zorg en ondersteuning voor specifieke doelgroepen, zoals:
 - 1) kansarmen;
 - 2) psychisch zieken;
 - 3) jonge gezinnen voor en na de geboorte van een kind;
 - 4) personen met dementie;
 - 5) terminale zieken;
- (e) de (ped)agogische zorg voor kinderen, zoals:
 - 1) zorgen voor een baby;
 - 2) ondersteuning bieden bij de opvoeding;
 - 3) kinderen begeleiden bij spel en huiswerk;
 - 4) toezicht houden op kinderen;
- (f) het primair en secundair preventief handelen:
 - 1) ondersteunen van sociale vaardigheden;
 - 2) ondersteunen van de draagkracht van zorgvragers en mantelzorgers, problemen opvangen en signaleren en de zelfzorg stimuleren;
 - 3) opvangen en signaleren van crisissituaties, en de zorgvrager en zijn omgeving bijstaan in moeilijke momenten;
 - 4) voorkomen en signaleren van misbehandeling of verwaarlozing;
 - 5) signaleren van suïcidaal gedrag."

³⁶ Artikel 1, 2°, van bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009.

³⁷ Artikel 1, 6°, van bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009.

³⁸ Verslag van de hoorzittingen over het verzoekschrift over de problematiek van de dienstencheques en de poetsdiensten van de diensten voor gezinszorg, *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 707/1, 14. Zie ook *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2014-15, nr. 744, aan minister Jo Vandeurzen.

³⁹ Artikel 2, eerste lid, van bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009.

inwoner van een bepaalde leeftijdsgroep.⁴⁰ Voor de toepassing van de programmacijfers wordt uitgegaan van de bevolkingsprojectie van het jaar dat volgt op het jaar waarop de programmatie betrekking heeft.⁴¹

Op 11 maart 2016 telde de Vlaamse Gemeenschap 112 erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg.⁴² Het totale aantal subsidiabele uren gezinszorg voor de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg werd voor 2016 vastgesteld op 17.234.574 uren, waarvan maximaal 32.265 uren DOP-uren zijn, waarbij DOP staat voor dienst ondersteuningsplan (cf. infra).⁴³ De Vereniging van Diensten voor Gezinszorg geeft aan dat ongeveer 135.000 gebruikers worden bediend, waardoor ongeveer 400.000 personen (gezinsleden) hulp krijgen. De sector telt 21.000 medewerkers, onder wie verzorgenden en logistieke medewerkers zoals karweimannen, oppassers en schoonmaakhulpen. Maar een klein deel van de subsidies wordt aangewend voor schoonmaakhulp.⁴⁴

– **Financiering**

Erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg kunnen subsidies ontvangen voor gezinszorg. Die subsidie-enveloppe bestaat uit verschillende subsidies en toeslagen.

Voor gezinszorg ontvangen de diensten subsidies voor de gepresteerde uren en de uren bijscholing van hun verzorgend personeel, subsidies voor hun begeleidend personeel, subsidies voor hun leidinggevend personeel (voor grote diensten) en een toelage voor hun administratie- en coördinatiekosten. Daarnaast ontvangen die diensten allerlei toeslagen voor gezinszorg⁴⁵: een toeslag voor werkdrukvermindering, een toeslag voor vervoer voor gezinszorg of voor aanvullende thuiszorg, een toeslag voor managementondersteuning (alleen voor private diensten), een toeslag voor eindejaarspremies (alleen voor private diensten), een toeslag in het kader van de interne staatshervorming (alleen voor private diensten), een toeslag voor meerlingenhulp en een toeslag voor DOP-uren. De bedoeling van die DOP-uren is personen met een handicap die beschikken over een inclusief ondersteuningsplan, van bij de aanvang van de hulpverlening te laten beschikken over voldoende en gepaste zorg. Een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg kan gedurende maximaal drie maanden aan een persoon met een handicap die beschikt over een inclusief ondersteuningsplan, DOP-uren aanbieden. Daarna valt de gezinszorg aan die gebruiker onder het gewone urencontingent gezinszorg.⁴⁶

Op het macroniveau werkt de Vlaamse Regering met een gesloten budget: afhankelijk van het krediet dat op de begroting is uitgetrokken, wordt het totale aantal subsidiabele uren gezinszorg over de volledige sector jaarlijks vastgelegd. De bevoegde minister bepaalt jaarlijks per erkende dienst voor gezinszorg en aanvul-

⁴⁰ Artikel 2, tweede lid, van bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009.

⁴¹ Artikel 2, derde lid, van bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009.

⁴² <https://www.zorg-en-gezondheid.be/overzicht-aanbod-thuiszorg> (geraadpleegd op 5 april 2017).

⁴³ Besluit van de Vlaamse Regering van 27 mei 2016 tot vaststelling van het totale aantal subsidiabele uren gezinszorg voor de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, en van het bedrag voor de maatregel werkdrukvermindering, eindejaarspremie en managementondersteuning voor het jaar 2016 (Belgisch Staatsblad, 8 juli 2016).

⁴⁴ Verslag van de hoorzittingen over het verzoekschrift over de problematiek van de dienstencheques en de poetsdiensten van de diensten voor gezinszorg, *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 707/1, 14. Zie ook *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2014-15, nr. 744, aan minister Jo Vandeurzen.

⁴⁵ Zie https://www.zorg-en-gezondheid.be/subsidiering_gezinszorg.

⁴⁶ Voor een DOP-uur binnen het toegewezen DOP-contingent ontvangt een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg 2 euro meer dan voor een gewoon gepresteerd uur gezinszorg. Dat DOP-contingent maakt deel uit van het totale urencontingent gezinszorg: zie onder meer *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2014-15, nr. 149, aan minister Jo Vandeurzen; *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2014-15, nr. 473, aan minister Jo Vandeurzen.

lende thuiszorg het maximum aantal subsidiabele uren gezinszorg (het zogenaamde 'urencontingent' waarover de dienst beschikt voor het aanbieden van gezinszorg).

In de regelgeving (besluit van de Vlaamse Regering) is opgenomen dat het jaarlijkse extra aantal te subsidiëren uren gezinszorg minstens 4% van het totale aantal subsidiabele uren van het voorafgaande jaar moet bedragen, zonder dat de programmatie overschreden kan worden.⁴⁷

De gezinszorg presteert ongeveer 17 miljoen uren zorg bij bijna 95.000 gebruikers tegen een gemiddelde kostprijs voor die gebruiker van iets meer dan 6 euro. De kosten van één uur gezinszorg voor de Vlaamse overheid bedragen 30,8 euro.⁴⁸

Voor aanvullende thuiszorg kunnen de erkende diensten subsidies ontvangen voor hun logistieke, administratieve, begeleidende en leidinggevende personeelsleden, met als parameter het aantal toegewezen logistieke werknemers. Die subsidies worden aangevuld met de volgende toeslagen: een toeslag voor management-ondersteuning, permanente vorming, extra aanvullend verlof en carensdagen, een toeslag voor de verhoging van de eindejaarspremie en de ondersteuning van het management, een toeslag voor werkdrukvermindering (alleen voor private diensten), een toeslag voor vervoer, een toeslag voor eindejaarspremies (alleen voor private diensten) en een toeslag voor meerlingenhulp. Sommige diensten hebben verder ook nog recht op een toeslag in het kader van de lokale diensteneconomie.⁴⁹

De aanvullende thuiszorg helpt bijna 50.000 gebruikers met bijna 6 miljoen uren. De gemiddelde bijdrage komt voor de gebruikers op ongeveer 7 euro per uur. De kosten voor de Vlaamse overheid bedragen ongeveer 24 euro per uur.⁵⁰

Op macroniveau werkt de Vlaamse Regering met een gesloten budget: de Vlaamse Regering legt elk jaar het totale aantal subsidiabele uren voor de aanvullende thuiszorg vast. De bevoegde minister bepaalt per erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg het aantal voltijdse equivalenten (vte) logistiek personeel en het aantal vte doelgroepwerknemers die in aanmerking komen voor subsidiëring.⁵¹

Het totale budget dat de Vlaamse overheid aan gezinszorg en aanvullende thuiszorg besteedt, bedraagt momenteel 625 miljoen euro. Daarvan gaat ongeveer 520 miljoen euro naar gezinszorg en ongeveer 105 miljoen euro naar aanvullende thuiszorg. Gemiddeld gaat het om respectievelijk ongeveer 5500 euro en 2200 euro per gemiddelde gebruiker van gezinszorg en aanvullende thuiszorg.⁵²

Bij de twee subsidiesystemen, die voor gezinszorg en die voor aanvullende thuiszorg, zijn twee grote verschillen. Ten eerste wordt gezinszorg doorgaans per prestatie gefinancierd (de 'fee for service'-methode), terwijl er in de aanvullende thuiszorg geprobeerd wordt om het salaris van het logistiek personeel (per vte) te vergoeden. Ook de omkadering wordt op basis van andere parameters gefinancierd: bij gezinszorg is die afhankelijk van het aantal gebruikers en het vte aan verzorgend personeel; bij aanvullende thuiszorg wordt die bepaald per vte

⁴⁷ Artikel 4, eerste lid, van bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers (Belgisch Staatsblad, 17 december 2009).

⁴⁸ G. Vannieuwenhuyze, 'Persoonsvolgende financiering in de woonzorg: kansen en bedreigen. Aandachtspunten en randvoorwaarden voor een haalbare implementatie vanuit financieel oogpunt', in R. Geeraert (ed.), Samen onderweg naar 2020. Uitdagingen voor een geïntegreerd Vlaams zorgbeleid voor personen met een handicap en ouderen, Brussel, Politeia, 2016, (111) 111.

⁴⁹ Zie https://www.zorg-en-gezondheid.be/subsidiëring_aanvullende_thuiszorg.

⁵⁰ G. Vannieuwenhuyze, o.c., 111.

⁵¹ J. Pacolet, A. De Coninck en F. De Wispelaere, Financiering van de thuiszorg: het perspectief van de voorzieningen, Leuven, Steunpunt WVG, 2013, 68-69.

⁵² G. Vannieuwenhuyze, o.c., 111.

aan logistiek personeel). Ten tweede wijken de subsidiebedragen per vte sterk af tussen de twee werksoorten. Zo wordt de omkadering in de aanvullende thuiszorg beter gesubsidieerd.⁵³

Er kan worden vastgesteld dat de financiering van diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg nauwelijks gedifferentieerd is naar zorgzwaarte, wat niet houdbaar lijkt in het licht van de verwachte differentiatie van de doelgroep.⁵⁴

– **Beleid**

In 2015 en 2016 waren er geen extra middelen voor gezinszorg. De besparing op het budget van gezinszorg en aanvullende thuiszorg is grotendeels door taakuitzuivering gerealiseerd. De taakuitzuivering in de gezinszorg, die in 2016 volledig gerealiseerd werd, heeft ervoor gezorgd dat het urencontingent gezinszorg gedaald is met 366.441 uren en dat er 242,10 voltijdse plaatsen voor logistiek personeel gecreëerd zijn. Ondanks die lagere capaciteit van gezinszorg in 2015 zijn er meer gezinnen geholpen dan in 2014.⁵⁵

In de jaren vóór 2015 werden wel bijkomende middelen vrijgemaakt voor een uitbreiding van het aanbod gezinszorg: in 2012 ging het om een toename van 9.349.000 euro (+1,96%), in 2013 om een toename van 10.653.000 euro (+2,1%) en in 2014 om een toename van 9.184.000 euro (+1,79%).⁵⁶

Vanaf 2017 is opnieuw in een budgettaire groeipad voorzien. In 2017 zijn er 14.962.000 euro extra middelen voor de realisatie van het urencontingent gezinszorg. Dat maakt de bijkomende subsidiëring van 492.495 uren mogelijk.⁵⁷ In de meerjarenraming 2017-2022 wordt uitgegaan van een jaarlijkse toename van het urencontingent gezinszorg met 2,5%. Dat betekent een totale cumulatieve verhoging van de kredieten met 70,8 miljoen euro in het begrotingsjaar 2022 ten opzichte van 2017 ofwel een jaarlijkse opstap van gemiddeld 14,2 miljoen euro.⁵⁸

Het beleid beoogt een efficiënte inzet van de uren gezinszorg. In die zin wordt nagegaan op welke wijze de 1-op-1-relatie tussen verzorgende en gebruiker kan worden doorbroken.⁵⁹

⁵³ J. Pacolet, A. De Coninck en F. De Wispelaere, *Financiering van de thuiszorg: het perspectief van de voorzieningen*, Leuven, Steunpunt WVG, 2013, 53.

⁵⁴ Extra uren gezinszorg worden gegeven aan erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Die diensten hebben de vrijheid om die uren in te zetten voor kraamzorg, hulp aan personen met een handicap, ouderenzorg enzovoort, op basis van de vraag en de behoefte van hun gebruikers: *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2016-17, nr. 106, aan minister Jo Vandeurzen. Het aandeel kraamzorg in het aantal gepresteerde uren gezinszorg bedroeg in 2015 2,31%: *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2016-17, nr. 117, aan minister Jo Vandeurzen.

⁵⁵ *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2015-16, nr. 636, aan minister Jo Vandeurzen; *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2016-17, nr. 106, aan minister Jo Vandeurzen.

⁵⁶ *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2016-17, nr. 421, aan minister Jo Vandeurzen.

⁵⁷ *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2016-17, nr. 421, aan minister Jo Vandeurzen. Zie ook *Vragen om uitleg* VI.Parl. 2016-17, nr. 426 over de financiële toegankelijkheid van thuiszorg.

⁵⁸ Toelichtingen bij de middelenbegroting en de algemene uitgavenbegroting van de Vlaamse Gemeenschap voor het begrotingsjaar 2017 – Meerjarenraming 2017-2022, *Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 21/1, 26.

⁵⁹ *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2015-16, nr. 636, aan minister Jo Vandeurzen. Sommige diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg hebben ook een of meer dagverzorgingscentra. Die dagverzorgingscentra worden vaak aangeduid met de term CADO, wat de afkorting is van collectieve autonome dagopvang. Alleen wie al gezinszorg of aanvullende thuiszorg krijgt van een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, kan terecht in een CADO. Een CADO is vergelijkbaar met een ander dagverzorgingscentrum, maar de persoonsverzorging, de huishoudelijke hulp en de psychosociale ondersteuning worden er verricht door verzorgende personeelsleden van de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Een CADO is ook alleen maar open op weekdays tussen 7 uur en 20 uur (niet op feestdagen), en de gebruiker betaalt er geen dagprijs zoals in andere dagverzorgingscentra, maar een prijs per uur.

Het beleid stelt voor de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg een nieuw inschalingsinstrument in het vooruitzicht (BelRAI). De timing voor de uitrol van BelRAI bij de diensten zal mee bepaald worden door de evaluatie van het proefproject dat nu loopt in de regio Dendermonde (cf. supra).⁶⁰ In het regeringsdocument 'Zorg- en ondersteuning op maat van alle gezinnen – Nieuw werkingskader voor de diensten voor gezinszorg' lezen we: "Het uitgangspunt is dat aan gezinszorg een indicatiestelling voorafgaat. (...) De bepaalde zorgzwaarte zal ook een recht op tegemoetkoming kunnen openen in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming (persoonsvolgend budget). Verder onderzoek in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming dient nog te bepalen vanaf welk punt zorginzet verantwoord is en welke zorgzwaartecategorieën er weerhouden worden."⁶¹

Met het verbreden van de doelgroep van de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, niet het minst door de beoogde vermaatschappelijking van de zorg, neemt ook de zorgzwaarte toe.⁶² De Vlaamse Regering wil in het beleid op de lange termijn "het financieringsconcept van de diensten voor gezinszorg [doen aansluiten] bij de uitgangspunten van de VSB, rekening houdend met de persoonsparameters, de finaliteit en met de doelgroep (bijvoorbeeld kwetsbare doelgroepen vergen meer begeleidingsnood)".⁶³ Het is de bedoeling om af te stappen van een eenzijdig op gepresteerde uren gebaseerde financiering van de zorgvrager en te evolueren naar een meer vraaggestuurd model met een globale beschrijving van het pakket zorgverlening binnen afgestemde zorgdoelstellingen.⁶⁴

Uit een schriftelijke vraag van 1 juli 2016 van Griet Coppé blijkt dat het de bedoeling van de Vlaamse Regering is om een aantal algemene principes van een nieuw financieringsmodel voor gezinszorg op te nemen in een uitbreiding van het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming. De bevoegde minister stelt dat het "de bedoeling [is] om het nieuwe financieringsmodel maximaal af te stemmen op de persoonsvolgende financieringsmodellen die worden uitgewerkt binnen de andere sectoren zoals de residentiële ouderenzorg, de sector personen met een handicap, de geestelijke gezondheidszorg en de revalidatiesector".⁶⁵ De bevoegde minister wil meer aandacht schenken aan een meer buurtgerichte werking van de gezinszorg: "De flexibilisering van de gezinszorg maakt hier deel van uit. Naast de individuele ondersteuning in de eigen woning, willen we initiatieven stimuleren om

⁶⁰ Het gaat om het (te verlengen) proefproject in de kleinstedelijke regio Dendermonde voor de implementatie van de BelRAI-screener als evaluatieschaal in de zorgverzekering, de gezinszorg en de aanvullende thuiszorg, de woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra. Daarvoor is een bedrag van 100.000 euro vrijgemaakt: *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2015-16, nr. 396, aan minister Jo Vandeuren.

⁶¹ Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *Zorg- en ondersteuning op maat van alle gezinnen – Nieuw werkingskader voor de diensten voor gezinszorg*, Brussel, 2017, 19.

⁶² Zie ook A. Demeulemeester namens de Vereniging van Diensten voor Gezinszorg in: Verslag van de hoorzittingen namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin over de nota van de Vlaamse Regering 'Conceptnota over het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda', *Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 841/2, 25: "De vermaatschappelijking van de zorg is onmogelijk zonder voldoende budget. Ze is tevreden met de stijging van het urencontingent voor 2017 maar dat volstaat niet om de toename van de vraag op te vangen. De maatregelen binnen de sector van de personen met een beperking zullen belangrijke gevolgen hebben voor de gezinszorg. De gezinszorg wordt ook zwaarder. De sector speelt een rol binnen de thuishospitalisatieprojecten. Bij zwaar zorgbehoevende chronische patiënten moet er 's nachts iemand aanwezig zijn. Dat wordt georganiseerd op basis van pluralistische samenwerking. Ze vreest dat zwakkere en minder assertieve ouderen van heel deze evolutie de dupe zullen worden" (eigen onderstreping).

⁶³ Nota van de Vlaamse Regering – 'Conceptnota over het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda', *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 841/1, 54.

⁶⁴ Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *Conceptnota Vlaamse sociale bescherming*, Brussel, 2015, 13.

⁶⁵ *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2015-16, nr. 636, aan minister Jo Vandeuren. Zie ook *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2014-15, nr. 473, aan minister Jo Vandeuren.

in samenspraak met de persoon met een zorgvraag, zijn mantelzorg en omgeving, kleinschalig en lokaal personen gezamenlijk te ondersteunen.”⁶⁶

Een in meerdere opzichten meer divers aanbod door de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg vergt budgettaire inspanningen die over de grenzen van deze legislatuur reiken.

4. Dagverzorgingscentra

– Aanbod

In het Woonzorgdecreet is de volgende definitie van een dagverzorgingscentrum opgenomen: “Een dagverzorgingscentrum is een voorziening die als opdracht heeft, de gebruiker van 65 jaar of ouder⁶⁷ in daartoe bestemde lokalen, dagverzorging, alsook geheel of gedeeltelijk, de gebruikelijke persoonsverzorging en huishoudelijke hulp te bieden. [...] In elk geval moet dat centrum ten minste de volgende activiteiten verrichten:

1° hygiënische en verpleegkundige hulp- en dienstverlening aanbieden;

2° activering, ondersteuning en revalidatie aanbieden;

3° animatie en creatieve ontspanning organiseren;

4° psychosociale ondersteuning aanbieden.

[...] In acute situaties kan een erkend dagverzorgingscentrum ook nachtopvang aanbieden.”⁶⁸

Een dagverzorgingscentrum maakt het mee mogelijk dat ouderen langer en op een kwaliteitsvolle manier thuis kunnen wonen. De voorziening is bij uitstek geschikt om mantelzorgers te ondersteunen.

In de systematiek van het Woonzorgdecreet behoren de dagverzorgingscentra tot de ouderenvoorzieningen (cf. supra). De Vlaamse Regering kan evenwel ook dagverzorgingscentra erkennen die voor een categorie van gebruikers die ze zelf bepaalt (met een chronische aandoening), sommige van de voornoemde activiteiten verrichten. In dat geval moet de Vlaamse Regering de activiteiten bepalen die de dagverzorgingscentra minimaal moeten verrichten en kan ze voor die centra aangepaste erkenningsvoorwaarden vastleggen. Ze kan bepalen dat die dagverzorgingscentra hun activiteiten ook verrichten voor gebruikers die jonger zijn dan 65 jaar.⁶⁹

Erkende dagverzorgingscentra die niet uitgebaat worden door een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, kunnen een bijzondere erkenning als ‘centrum voor dagverzorging voor zorgafhankelijke ouderen’ aanvragen. Het zijn voorzieningen die een verzorgingsstructuur aanbieden die zwaar afhankelijke zorgbehoevende personen overdag opvangt en de noodzakelijke ondersteuning verschaft voor het behoud van die personen in hun thuisomgeving.⁷⁰ Daarmee krijgen ze een

⁶⁶ Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Beleidsvisie ‘Een geïntegreerd zorgverlening in de eerste lijn’ (Conferentie eerstelijnszorg Reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen), Brussel, 16 februari 2017, 29. Zie eerder resolutie betreffende de ontwikkeling van buurtgerichte ondersteuning van zorgafhankelijke mensen, *Parl.St.* VI.Parl. 2013-14, nr. 2347/3.

⁶⁷ Onder de voorwaarden die de Vlaamse Regering bepaalt, kan in een erkende ouderenvoorziening ook aan gebruikers die jonger zijn dan 65 jaar, ouderenzorg aangeboden worden conform artikel 40 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009.

⁶⁸ Artikel 25-27 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009. Zie daarover *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2015-16, nr. 374, aan minister Jo Vandeurzen.

⁶⁹ Artikel 52 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009. Zie daarover *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2014-15, nr. 79, aan minister Jo Vandeurzen.

⁷⁰ Artikel 3, eerste lid, van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging voor niet aangeboren hersenletsels (Belgisch Staatsblad, 28 oktober 2004).

RIZIV-financiering op basis van een dagforfait (F-forfait). Die financiering behoort nu tot de Vlaamse bevoegdheid (cf. infra).

Om een voorafgaande vergunning voor een dagverzorgingscentrum te krijgen, moet het centrum over voldoende ruimte in de programmatie beschikken. Dat hangt af van de programmacijfers en de evaluatiecriteria. Er is één gezamenlijke programmatie voor de dagverzorgingscentra (niet-conform artikel 51), de dagverzorgingscentra die worden uitgebaat door een dienst voor gezinszorg (conform artikel 51, de zogenaamde CADO's) en de dagverzorgingscentra die uitsluitend gebruikers met een chronische aandoening verzorgen. Die programmatie verhindert de realisatie van een verscheidenheid van dagverzorgingscentra, waardoor er in bepaalde regio's een gebrek aan aanbod voor specifieke doelgroepen is of een gebrek aan diversiteit is.

De programmacijfers worden jaarlijks berekend aan de hand van een equivalent van een centrum per 3000 ouderen in een bepaalde leeftijdsgroep. Voor de berekening worden de bevolkingsprojecties gemaakt voor het vijfde jaar dat volgt op het jaar van de erkenningsaanvraag. Het aantal dagverzorgingscentra bedraagt minstens één per gemeente.⁷¹

Op 1 juni 2017 telde de Vlaamse Gemeenschap 209 erkende dagverzorgingscentra (en zestig erkende CADO's). 62 initiatieven zijn gepland (en 21 CADO's).⁷² In de periode 2010 tot en met 2014 – een periode van vijf jaar – nam het aantal erkende dagverzorgingscentra met 105% toe. Op 1 januari 2016 telden de Vlaamse dagverzorgingscentra 2113 verblijfseenheden bijzondere erkenning als centrum voor dagverzorging voor zorgafhankelijke ouderen.

Op 1 juni 2017 waren er 114 gemeenten zonder erkend dagverzorgingscentrum en 57 gemeenten zonder erkend dagverzorgingscentrum en zonder voorafgaande vergunning voor een dagverzorgingscentrum.

De Katzschaal die vandaag gebruikt wordt voor de inschaling van mensen in het kader van de bijzondere erkenning, brengt niet alle componenten van zorgbehoefendheid in beeld. De schaal meet voornamelijk de (fysieke) afhankelijkheid, maar niet de psychosociale componenten. Daardoor wordt de zorgbehoefendheid bij gebruikers van het dagverzorgingscentrum onderschat en worden gebruikers soms niet als zwaar zorgbehoevend erkend en gefinancierd. De vermaatschappelijking van de zorg (cf. supra) brengt nieuwe doelgroepen in het dagverzorgingscentrum, vaak met een lage score op de Katzschaal, maar met grote en specifieke zorgvragen in de praktijk.

– **Financiering**

De dagverzorgingscentra krijgen jaarlijkse, vaste subsidiebedragen. Het bedrag is afhankelijk van de gemiddelde bezettingsgraad (in dagen of uren) van het werkingsjaar in kwestie.⁷³ Dat is de 'Vlaamse' subsidiëring die al gold vóór de zesde staathervorming.

Het aantal verblijfseenheden waarvoor het dagverzorgingscentrum een bijzondere erkenning heeft, bepaalt het maximaal aantal personen waarvoor het dagverzorgingscentrum het F-forfait kan factureren (voorlopig nog aan het RIZIV). De Vlaamse Gemeenschap is sinds de zesde staathervorming bevoegd voor de

⁷¹ Zie daarover *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2015-16, nr. 632, aan minister Jo Vandeurzen en *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2016-17, nr. 123, aan minister Jo Vandeurzen.

⁷² Zie https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Rapport_03-Voorzieningen_per_gemeente_voor_DVC.pdf (geraadpleegd op 17 juni 2017). De CADO's worden daarin niet meegenomen.

⁷³ Zie <https://www.zorg-en-gezondheid.be/subsidies-voor-dagverzorgingscentra>.

toekenning van F-forfaits. F-forfaits zijn tegemoetkomingen voor de verzorging door verpleegkundigen, de kinesithérapie- en logopedieverstrekkingen, de bijstand in de handelingen van het dagelijkse leven en elke handeling tot reactivatie en sociale reïntegratie, inclusief de ergotherapie, de producten en het materiaal ter preventie van nosocomiale ziekten, alsook bepaalde producten.⁷⁴

De bijzondere erkenning wordt uitgedrukt in verblijfseenheden en wordt toegekend voor maximaal vijf verblijfseenheden. In bepaalde gevallen kan de erkenning worden uitgebreid naar zes of zeven verblijfseenheden.⁷⁵ Om een bijzondere erkenning te verkrijgen en te behouden moet het centrum een functionele binding hebben met een woonzorgcentrum. Als het centrum zich in een woonzorgcentrum bevindt, moet een aparte eenheid worden gecreëerd.⁷⁶

Vandaag is het voor een 'klassiek' dagverzorgingscentrum zeer moeilijk om financieel rond te komen met alleen de 'Vlaamse' subsidies⁷⁷, vijf F-forfaits en de dagprijzen.⁷⁸ De tekorten worden aangevuld door OCMW's (in het geval van OCMW-dagverzorgingscentra), via inkomsten uit andere activiteiten (vooral inkomsten uit het woonzorgcentrum, waardoor bewoners van het woonzorgcentrum mee voor de financiering van het dagverzorgingscentrum zorgen) of eventuele ondersteuning door een lokaal bestuur.

Een bijzondere erkenning van vijf F-forfaits is veel te beperkt. In de praktijk zijn vaak meer gebruikers opgenomen die voldoen aan de voorwaarden voor de bijzondere erkenning omdat ze ook de zwaardere, kwalitatieve zorg nodig hebben. Moeten werken met maar vijf F-forfaits maakt het opstarten van nieuwe initiatieven zeer moeilijk. Om recht te hebben op de financiering vanuit die bijzondere erkenning, moet de gebruiker minstens zes uren en vóór twaalf uur aanwezig zijn in het dagverzorgingscentrum. Voor bepaalde doelgroepen is zes uren te veel en is er ook de vraag naar een meer flexibel gebruik. Het F-forfait wordt bovendien beperkt tot 250 dagen per jaar, terwijl sommige dagverzorgingscentra meer dagen open zijn.

Een kwestie die bijzondere aandacht verdient, is de financiering van het vervoer van en naar een dagverzorgingscentrum.⁷⁹ De overheid komt vandaag niet tegemoet in de vervoerskosten van alle gebruikers van een dagverzorgingscentrum.

– *Beleid*

In de beleidsbrief 2016-2017 van de bevoegde minister lezen we dat de mogelijkheid wordt geboden "om nieuwe dagverzorgingscentra op te starten in gemeenten waar er nog geen erkend of gepland zijn".⁸⁰

⁷⁴ Artikel 147, §1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (Belgisch Staatsblad, 31 juli 1996).

⁷⁵ De dagverzorgingscentra in het oude systeem hebben een hoger aantal verblijfseenheden bijzondere erkenning (het hoogste aantal bedraagt dertig).

⁷⁶ Bijlage II bij het koninklijk besluit van 1 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsel (Belgisch Staatsblad, 28 oktober 2004).

⁷⁷ De subsidiëring is afgetoet op een bezetting van maximaal tien gebruikers per dag, en staat los van de reële bezetting. In de praktijk worden vaak meer gebruikers opgevangen.

⁷⁸ Het zwaar verlieslatende karakter bleek uit een bevraging door Zorgnet-Icuro van 2013. Het gemiddelde verlies per bezoekdag bedroeg 9,81 euro. Grotere dagverzorgingscentra (meer dan twintig bezoekers) met een bijzondere erkenning voor minstens vijftien verblijfseenheden bleken minder verlieslatend te zijn (2,28 euro verlies per bezoekdag).

⁷⁹ Er is een specifieke tegemoetkoming voor mensen met een zwaarder zorgprofiel: zie daarover *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2016-17, nr. 268, aan minister Jo Vandeuren.

⁸⁰ Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2016-17, *Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 941/1, 17.

In de meerjarenraming 2017-2022 van de Vlaamse Regering lezen we: "Ook voor de dagverzorgingscentra verwachten we een jaarlijkse aangroei met 98 eenheden, wat resulteert in een gecumuleerde budgetstijging van 3 miljoen euro in 2022."⁸¹ Vermoedelijk wordt daarmee de aangroei met het aantal te financieren F-forfaits bedoeld.⁸²

In de regeringsnota over het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen (cf. supra) vinden we onder continuïteit van beleid de actie op korte termijn om middelen op zorgzwaarte in de dagverzorgingscentra in te zetten.⁸³

De subsidiëring van dagverzorging moet worden gekoppeld aan de zorgzwaarte van de gebruiker. Daarbij moet het onderscheid tussen gebruikers met een F-forfait en zonder F-forfait wegvallen, terwijl ze een gelijke zorgbehoefte hebben. Om kwalitatieve en betaalbare dagverzorging aan gebruikers te kunnen bieden, is het noodzakelijk dat centra voor ten minste de personeelsomkadering voor vijftien zwaar zorgbehoevenden gefinancierd worden. Nieuwe dagverzorgingscentra moeten bij ingebruikname kunnen rekenen op een bijzondere erkenning voor de omkadering van vijftien F-profielen. Nu is dat vijf, wat ontoereikend is om de personeelsinzet te kunnen vergoeden.

Er moet worden voorzien in een groeipad naar een volledige dekking voor personen met een F-profiel ('F-dekkingsgraad').

5. Woonzorgcentra en centra voor kortverblijf

– Aanbod

In het Woonzorgdecreet is de volgende definitie van een woonzorgcentrum opgenomen: "Een woonzorgcentrum is een voorziening die bestaat uit een of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar, onder welke benaming ook, aan gebruikers van 65 jaar of ouder⁸⁴, die er permanent verblijven, in een thuisvervangend milieu huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden. (...) In elk geval moet die ouderenzorg ten minste bestaan uit:

- 1° aangepaste huisvesting;
- 2° de gebruikelijke gezins- en huishoudelijke zorg;
- 3° hygiënische en verpleegkundige zorg, in voorkomend geval van gedifferentieerde en gespecialiseerde aard;
- 4° (re)activering en psychosociale ondersteuning;
- 5° animatie en sociale netwerkvorming."⁸⁵

Uit cijfergegevens van Zorgnet-Icuro blijkt dat de gemiddelde leeftijd in de instellingen 86 jaar is. De gemiddelde verblijfsduur is 3,4 jaar. De enkele O/A-profielen halen dat gemiddelde flink naar omhoog. De gemiddelde verblijfsduur van nieuwe bewoners is maar 1,5 jaar. Dat maakt duidelijk dat er tussenvormen nodig zijn.⁸⁶

⁸¹ Toelichtingen bij de middelenbegroting en de algemene uitgavenbegroting van de Vlaamse Gemeenschap voor het begrotingsjaar 2017 – Meerjarenraming 2017-2022, *Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 21/1, 26.

⁸² Bij dagverzorgingscentra wordt niet meer gesproken van een erkende capaciteit.

⁸³ Nota van de Vlaamse Regering – 'Conceptnota over het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda', *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 841/1, 53.

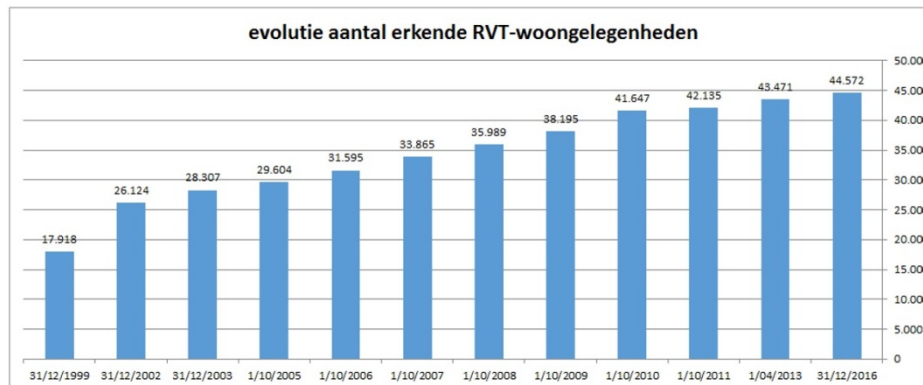
⁸⁴ Zie voetnoot 66. Over personen met een handicap die jonger zijn dan 65 jaar en opgenomen worden in een woonzorgcentrum, zie *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2016-17, nr. 475, aan minister Jo Vandeuren.

⁸⁵ Artikelen 37 en 38 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009.

⁸⁶ Verslag van de hoorzittingen namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin over de nota van de Vlaamse Regering 'Conceptnota over het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda', *Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 841/2, 13.

Het overgrote deel van de woonzorgcentra is ook erkend als rust- en verzorgings-tehuis. Dat houdt in dat er in een woonzorgcentrum ook plaatsen beschikbaar kunnen zijn voor de opvang van zwaar zorgbehoevende ouderen. Die plaatsen worden aangeduid als rvt-bedden. Tegenover die plaatsen staat een hogere publieke financiële tussenkomst (cf. infra). De niet-rvt-bedden in een woonzorgcentrum worden aangeduid als rob-bedden, waarbij rob staat voor rustoord voor bejaarden.

Het aantal woongelegenheden met een rvt-statuuut in een woonzorgcentrum evolueerde vóór de zesde staatshervorming op basis van 'protocolakkoorden' (lees: samenwerkingsakkoorden) tussen de federale overheid en de bevoegde gemeenschappen en gewesten.



Bron: Zorg en Gezondheid.⁸⁷

Een rvt is altijd erkend als woonzorgcentrum (vroeger: rob-rusthuis) en moet dus ook aan de voorwaarden voor een erkenning als woonzorgcentrum voldoen.

In het Woonzorgdecreet is de volgende definitie van een centrum voor kortverblijf opgenomen: "Een centrum voor kortverblijf is een voorziening waar aan gebruikers van 65 jaar of ouder⁸⁸ ofwel gedurende een beperkte periode dag en nacht ofwel alleen 's nachts huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden. In elk geval moet die ouderenzorg ten minste bestaan uit:

- 1° de ouderenzorg [die een woonzorgcentrum minstens moet bieden];
- 2° crisisopvang.

Een erkend centrum voor kortverblijf kan alleen worden uitgebaat in daartoe bestemde lokalen van een erkend woonzorgcentrum of van een erkend centrum voor herstelverblijf, door een initiatiefnemer die in het bezit is van een erkenning van een woonzorgcentrum of van een centrum voor herstelverblijf.⁸⁹

Bij de ontwikkeling van het aanbod van woonzorgcentra en centra voor kortverblijf zijn de programmatie en de zogenaamde erkenningskalender belangrijke instrumenten:

- de programmatie van woonzorgcentra (en centra voor kortverblijf) is tot eind 2020 opgeschort.⁹⁰ Dat betekent dat er geen bijkomende woongelegenheden via voorafgaande vergunning kunnen worden toegekend voor nieuwe initiatieven noch voor de uitbreiding van bestaande woonzorgcentra.

⁸⁷ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/aanbod-en-verdeling-van-rust-en-verzorgingstehuizen> (geraadpleegd op 19 april 2017).

⁸⁸ Zie voetnoot 66.

⁸⁹ Artikel 30 tot en met 32 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009.

⁹⁰ Op 18 september 2015 heeft de Vlaamse Regering definitief de verlenging goedgekeurd van de tijdelijke opschorting voor het verlenen van voorafgaande vergunningen voor bijkomende capaciteit in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf. De opschorting loopt van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2019.

- In de erkenningskalender (cf. infra) is vastgelegd hoeveel woongelegenheden er per jaar tot en met 2018 bijkomen. Alle beschikbare voorafgaande vergunningen voor die woongelegenheden, zijn al verdeeld en toegekend;
- eind 2013 werd in de regelgeving de basis gelegd voor een systeem van erkenningskalender. Dat is: “de opgave van het trimester waarin voor woongelegenheden in een centrum de erkenning zal worden aangevraagd of, als de erkenning gefaseerd zal worden aangevraagd, de opgave van elk van de trimesters waarin per aantal woongelegenheden de erkenning zal worden aangevraagd”. De initiatiefnemers die houder zijn van een voorafgaande vergunning voor woongelegenheden in centra voor kortverblijf of woonzorgcentra waarvoor ze de erkenning zullen aanvragen (na 31 december 2014), moeten aan het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid een erkenningskalender voor die woongelegenheden bezorgen, uiterlijk op 1 januari van het tweede jaar dat voorafgaat aan het jaar waarin ze de erkenning zullen aanvragen of, in geval van een gefaseerde erkenning, waarin ze de erkenning voor de eerst te erkennen woongelegenheden zullen aanvragen.⁹¹

In de periode 2010 tot en met 2014 – een periode van vijf jaar – nam het aantal woongelegenheden in woonzorgcentra toe met 12%. Het aantal woongelegenheden in centra voor kortverblijf steeg met 94%. Uit een schriftelijke vraag van Vlaams volksvertegenwoordiger Kathleen Helsen, beantwoord op 16 februari 2017, blijkt dat het aantal woongelegenheden in woonzorgcentra in Vlaanderen sinds het begin van de legislatuur al gestegen is met 5593 woongelegenheden.⁹²

Op 1 april 2017 telde de Vlaamse Gemeenschap 802 erkende woonzorgcentra.⁹³ Er zijn 438 erkende centra voor kortverblijf (in die woonzorgcentra). Bij respectievelijk vijf en zeven initiatieven werd de erkenning als woonzorgcentrum en centrum voor kortverblijf nog onderzocht.⁹⁴

Op 31 december 2016 waren er 44.572 rvt-erkenningen verleend aan 713 vestigingen van woonzorgcentra.

– **Financiering**

Een woonzorgcentrum (inclusief centrum voor kortverblijf) kent verschillende financieringsbronnen. Een van de belangrijkste bronnen, naast de dagprijs die bewoners verschuldigd zijn, is – of bevoegdheidsrechtelijk gezien: was – het RIZIV. De RIZIV-inkomsten van een woonzorgcentrum bestaan uit drie grote financieringsmechanismen die tegemoetkomen in de kosten van de verzorging van de bewoners:

- het dagforfait (of zorgforfait)⁹⁵;
- de tegemoetkoming ‘derde luik’;
- de tegemoetkoming ‘eindeloopbaanmaatregel’.

⁹¹ Artikel 1, 3^o, en artikel 3, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 20 december 2013 betreffende de voorafgaande vergunning voor centra voor kortverblijf en woonzorgcentra en tot wijziging van de regels betreffende de voorafgaande vergunning en de erkenning van die centra (Belgisch Staatsblad, 13 januari 2014). Zie onder meer *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2014-15, nr. 613, aan minister Jo Vandeuren, *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2014-15, nr. 667, aan minister Jo Vandeuren en *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2016-17, nr. 55, aan minister Jo Vandeuren.

⁹² *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2016-17, nr. 189, aan minister Jo Vandeuren.

⁹³ In dat verband moet worden opgemerkt dat van de 1087 aangemelde niet-erkende verblijfseenheden herstelverblijf er zich 847 bij de woonzorgcentra bevinden (cijfer 27 februari 2018): *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2016-17, nr. 391, aan minister Jo Vandeuren.

⁹⁴ https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Rapport_03-Voorzieningen_per_gemeente_voor_WZC.pdf; https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Rapport_03-Voorzieningen_per_gemeente_voor_CVK.pdf (geraadpleegd op 4 april 2017).

⁹⁵ In de regelgeving ‘tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven’: artikel 147, §3, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

We gaan alleen in op dat dagforfait. Dat is een gemiddeld dagforfait dat tegemoetkomt in de verzorgingskosten van de bewoners. Het wordt per voorziening, dus niet per bewoner, vastgelegd per kalenderjaar.

Het dagforfait is gericht op de vergoeding van een aantal elementen, waarvan de eerste twee financieel het zwaarste doorwegen:

- A1: de personeelsnorm;
- A2: bijkomende zorginspanningen;
- B: de financiering van het verzorgingsmateriaal;
- C: de financiering van de palliatieve functie;
- D: de partiële tegemoetkoming in de beheerskosten en in de kosten voor gegevensoverdracht;
- E1: de financiering van het functiecomplement voor hoofdverpleegkundige in rvt;
- E2: de financiering van functiecomplement voor hoofdverpleegkundige, hoofdparamedici en de verpleegkundig coördinator in rvt en rob;
- E3: de financiering van een referentiepersoon dementie;
- F: de financiering van de coördinerend geneesheer in de rvt;
- G: bijkomende financiering van het kortverblijf;
- H: de financiering van de bijkomende vorming van het personeel op het vlak van dementie.⁹⁶

Het dagforfait wordt berekend op basis van de som van de delen, gedeeld door het aantal verblijfsdagen voor alle bewoners tijdens de referentieperiode. De referentieperiode is een ononderbroken periode van twaalf maanden waarvoor alle gegevens van een voorziening geregistreerd worden die nodig zijn voor de berekening van het dagforfait, zoals het aantal rechthebbenden per zorgcategorie, het personeel en het aantal gefactureerde dagen. Die referentieperiode loopt telkens van 1 juli van het jaar X tot 30 juni van het daaropvolgende jaar (X+1). Zo wordt het dagforfait vanaf 1 januari 2017 berekend op basis van de gegevens van 1 juli 2015 tot 30 juni 2016.

De financiering met het dagforfait mag dan wel afhankelijk zijn van de (mix van) zorgafhankelijkheid van de bewoners, het is een financiering die niet steunt op de situatie van de actuele bewoners. Daardoor kan de huidige financiering, zoals hierboven is gesteld, niet als een vorm van persoonsvolgende financiering worden beschouwd.

Met ingang van 1 juli 2016 werd de animatiesubsidiëring gekoppeld aan het zorgzwaarteprofiel van de cliënt. De huidige dagforfaits worden verhoogd met een vast percentage van 2,2318% voor de animatiesubsidiëring.⁹⁷

Gezien het belang van de delen A1 en A2 van het dagforfait in het geheel van de publieke financiering wordt hieronder dieper op die delen ingegaan.

A1

Een woonzorgcentrum kent vandaag drie soorten van personeelsnormen: de specifieke personeelsnormen in de Vlaamse basiserkenning als woonzorgcentrum, de specifieke personeelsnormen voor de rvt-erkenning en de financieringsnormen of 'RIZIV'-personeelsnormen.

⁹⁶ Artikel 6 van het ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden (Belgisch Staatsblad, 26 november 2003).

⁹⁷ Zie daarover *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2016-17, nr. 122, aan minister Jo Vandeurzen.

De 'RIZIV'-personeelsnormen worden gefinancierd via het deel A1 in het dagforfait, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen rob en rvt. Voor de verzorging van bewoners in kortverblijf (kv) geldt de financieringsnorm die van toepassing is op het woonzorgcentrum (rob), maar die wordt opgetrokken met 1,4 vte-personeelslid voor reactivering.

Aantal vte per 30 bewoners in rob/kv/rvt

Rob	Verpleging	Zorgkundig	Kine/ergo/logo	Para	Totaal vte per 30
O	0,25				0,25
A	1,2	1,05			2,25
B	2,1	4		0,35	6,45
C	4,1	5,06		0,385	9,545
Cd	4,1	6,06		0,385	10,545
D ⁹⁸	1,2	4		1,25	6,45
Kv				+1,4	
Rvt					
B	5	5,2	1	0,1	11,3
C	5	6,2	1	0,6	12,8
Cd	5	6,7	1	0,6	13,3

Als de personeelsnormen niet worden gehaald, wordt het onderdeel A1 verminderd en maakt het centrum geen aanspraak op onderdeel A2 voor de bijkomende zorginspanningen. Om aanspraak te maken op het volledige bedrag, moet het woonzorgcentrum dus over voldoende verplegend en verzorgend personeel beschikken. Dat vaste bedrag wordt vervolgens gefactureerd aan het ziekenfonds van de bewoners.

Rvt's moeten aan zwaardere normen beantwoorden, onder meer op het vlak van architectuur, zorgpersoneel⁹⁹ en organisatie van de zorgverlening, maar ze ontvangen daarvoor ook een hogere financiering. Het verschil in financiering naar gelang een persoon met een hoge zorgnood verblijft in een 'bed' met een rob- of rvt-statuuut, mag terecht als het grootste probleem in de publieke financiering van woonzorgcentra worden beschouwd: twee bewoners met eenzelfde Katz-zorgprofiel genieten een lagere of hogere personeelsomkadering afhankelijk van het feit of ze in een rob- of in een rvt-woongelegenheden verblijven. Het verschil in voltijdse equivalenten per 30 B-bewoners is groot: 6,45 vte in rob en 11,3 vte in rvt. Van den Broeck schrijft daarover: "Het verschil in personeelsnorm weerspiegelt 25,15 euro per zwaar zorgbehoevende bewoner per dag. Dat is nu net de essentie van persoonsvolgende financiering. De financiering wordt niet gekoppeld aan de erkenning 'rob of rvt' maar aan de zorgzwaarte van de cliënt (zelfde Katz-

⁹⁸ Vanaf 1 januari 2013 werd een nieuwe afhankelijkheidscategorie D in rob's (rusthuizen voor bejaarden) geïntroduceerd en gefinancierd. De categorie D omvat alle bewoners bij wie dementie is gediagnosticeerd, ongeacht de graad van hun fysieke afhankelijkheid. Concreet betekent dit dat de bewoners die nu in de categorieën A en B, en zelfs O, zijn ondergebracht, in die categorie D worden opgenomen, op voorwaarde dat een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie de diagnose van dementie stelt. De financiering van de nieuwe afhankelijkheids-categorie D in rvt is opgesteld, maar is om budgettaire redenen nog niet doorgevoerd.

⁹⁹ De Vlaamse Ouderenraad stelt: "Er zijn echter nog knelpunten met de rvt-personeelsomkadering. De minimale personeelsnormen moeten verhoogd worden om tegemoet te komen aan de toegenomen zorgzwaarte." – Verslag van de hoorzittingen namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin over de nota van de Vlaamse Regering 'Conceptnota over het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda', *Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 841/2, 22.

score). Dit betekent dat alle bewoners met een zwaar zorgprofiel in woonzorgcentra moeten kunnen genieten van een financiering op RVT-niveau.”¹⁰⁰

Zorgnet-Icuro maakt elk jaar een financiële analyse van 144 woonzorgcentra. Daaruit blijkt dat de laatste tien jaar de zorgzwaarte enorm toegenomen is: van 72% zwaar zorgbehoevenden in 2006 naar 83,5% in 2015. Met de huidige financiering, zo wordt gesteld, is het niet mogelijk om alleen die populatie op te nemen want dat zou de werkdruk voor het personeel ondraaglijk maken.¹⁰¹ Centraal in die problematiek staat de rvt-dekkingsgraad.

De rvt-dekkingsgraad is de verhouding van het aantal erkende rvt-bedden ten opzichte van het aantal bewoners met een zwaar zorgprofiel en geeft dus het percentage van bewoners met een zwaar zorgprofiel weer voor wie een hogere financiering en een hogere personeelsnorm van toepassing is. Door een toename van de zorgbehoevendheid en/of capaciteit is de rvt-dekkingsgraad in sommige woonzorgcentra de voorbije jaren gevoelig gedaald. Bij de budgettering van nieuwe capaciteit in het kader van de erkenningskalender wordt niet uitgegaan van rvt-capaciteit. Wel wordt bij de begrotingen rekening gehouden met de stijging van de zorgzwaarte binnen de erkende rob-bedden.

In een antwoord op een schriftelijke vraag van 27 maart 2017 van Griet Coppé stelde de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin dat er door Zorg en Gezondheid geen gegevens worden bijgehouden van de individuele rvt-dekkingsgraad. De gemiddelde rvt-dekkingsgraad wordt concreet berekend op basis van het aantal erkende rvt-bedden (bron: Zorg en Gezondheid) tegenover het aantal bewoners in woonzorgcentra met een zorgprofiel B, C, Cd of Cc (bron: Intermutualistisch Agentschap). Noteer dat de bewoners in de afhankelijkheids-categorie D bij die berekenwijze niet in beeld komen.

De laatste (voorlopige) cijfers hebben betrekking op de periode tussen juli 2015 en juni 2016. Daarbij wordt gekeken naar het gemiddelde aantal bewoners met zorgprofiel B, C, Cd en Cc in die periode en het aantal erkende rvt-bedden op 30 juni 2016.¹⁰²

¹⁰⁰ C. Van den Broeck, o.c., 117-118. De problematiek werd in 1995 door Van Audenhove en Lammertyn als volgt geformuleerd: "De toenemende verzorgingsbehoevendheid van de rusthuisbewoners, stelt bijzondere eisen op het vlak van accommodatie, infrastructuur en personeelsomkadering. De meerkost waarmee dit voor het tehuis gepaard gaat, leidt vaak tot financiële problemen voor de rusthuizen. Vooral voor dementerende ouderen is een deskundige individu- en belevingsgerichte omgang in een aangepast leef- en woonklimaat noodzakelijk voor een op maat gesneden en kwalitatief hoogstaande zorg. Het ontwikkelen van een geïndividualiseerd zorg- en hulpverleningsmodel vraagt evenwel een hogere en andere bezettingsgraad dan de huidige RIZIV-normen toelaten. Het feit dat de evolutie van aanvankelijk valide bewoners naar dementerenden niet automatisch leidde tot de erkenning van een RVT-statuut, brengt mee dat aan de basisvereiste van een voldoende personeelsomkadering in vele instellingen niet voldaan is en dat bijgevolg een individugerichte en kwalitatief hoogstaande verzorging niet realiseerbaar is. De toenemende werkdruk en werklust, leiden niet zelden tot onhoudbare situaties.": C. Van Audenhove en F. Lammertyn, *De zorg voor dementerende ouderen in Vlaanderen. Resultaten, knelpunten en voorstellen*, Leuven/Amersfoort, Acco, 1995, 112.

¹⁰¹ Verslag van de hoorzittingen namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin over de nota van de Vlaamse Regering 'Conceptnota over het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda', *Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 841/2, 13.

¹⁰² *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2016-17, nr. 521, aan minister Jo Vandeurzen.

	Gemiddeld aantal bewoners met zorgprofiel B, C, Cd en Cc	Erkende rvt op 30 juni 201X	Rvt-dekkingsgraad
Juli 2009-juni 2010	45.008	38.210	84,90%
Juli 2012-juni 2013	50.280	43.471	86,46%
Juli 2013-juni 2014	51.760	43.471	83,99%
Juli 2014-juni 2015	53.967	43.471	80,55%
Juli 2015-juni 2016 (voorlopige cijfers)	55.546	44.221(*)	79,61%

A2

Het bovennormpersoneel, dat is het verzorgingspersoneel boven op de personeelsnorm, komt in aanmerking voor financiering vanuit het deel A2 van het dagforfait.¹⁰³ Dat wordt alleen maar toegekend als aanmoediging van de bijkomende zorginspanningen en dus als er geen tekort is aan personeel (personeelsnorm en norm inzake continuïteit).¹⁰⁴ De kostprijs boven het normpersoneel moet bovendien voldoende hoog zijn. Ofwel wordt 78% van de kostprijs van het bovennormpersoneel vergoed, ofwel 9,74% van het al gefinancierde personeel (normpersoneel). Het laagste bedrag van de twee wordt uitgekeerd aan de hand van deel A2. Een optimalisatie van deel A2 bestaat erin die twee bedragen in evenwicht te krijgen.¹⁰⁵

– *Beleid*

In 2015 werd het maximale aantal te erkennen woongelegenheden voor woonzorgcentra en centra voor kortverblijf in het kader van de erkenningskalender voor de periode 2015-2025 vastgelegd.¹⁰⁶

¹⁰³ "Vandaag zien we (...) dat de gefinancierde personeelsnorm niet in overeenstemming is met de effectieve behoeften aan personeel om goede zorg en diensten te leveren. Met de normbezetting kan men niet veel meer dan minimale basiszorg voorzien, 'op de norm werken' staat eigenlijk gelijk met onderzoek leveren. Dat blijkt uit de aanwezigheid van het 'bovennormpersoneel' dat in de woonzorgcentra tewerkgesteld is en waarvan de federale overheid slechts een deel van het loon vergoedt in het kader van het 'derde luik'. Het grootste deel van de loonkost van dat bovennormpersoneel wordt via de dagprijs verhaald op de bewoner.": B. Vanden Heuvel, C. Van den Broeck, R. Van de Wygaert en T. Windey, GPS 2021-Werkboek Nieuwe Navigatie voor ouderenzorg, Leuven, Acco, 2010, 21-22.

¹⁰⁴ Over dit bovennormpersoneel schreven Heeren en Theywys in 1999: "Een rusthuis in Vlaanderen dat de oproep van de Vlaamse Gemeenschap opvolgt en een behoorlijk aantal zwaar zorgbehoevenden opneemt en zich bovendien schikt naar de uiteenlopende personeelsnormen van én de Vlaamse Gemeenschap én het RIZIV is verplicht om, wil het een degelijk kwaliteitsniveau halen, meer verplegend en verzorgend personeel aan te werven dan wat het RIZIV betaalt." – J. Heeren en T. Thewys, Seniorenvoorzieningen voor en na 2000, Diegem, Kluwer, 1999, 283.

¹⁰⁵ Deel A2 is op zijn hoogst zolang de kostprijs van het bovennormpersoneel gelijk is aan 12,49% (= 9,74% gedeeld door 78%) van de kostprijs van het al gefinancierde personeel. Ligt het lager, dan krijgt het centrum maar 78% van de werkelijke kosten terug. Ligt het hoger, dan is het beperkt tot 9,74% van de kosten van het normpersoneel.

¹⁰⁶ Besluit van de Vlaamse Regering van 24 april 2015 betreffende het maximale aantal te erkennen woongelegenheden voor woonzorgcentra en centra voor kortverblijf in het kader van de erkenningskalender (Belgisch Staatsblad, 28 mei 2015). De Vlaamse Regering steunt daarvoor op een onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), getiteld 'Toekomstige behoefte residentiële ouderenzorg in België: projecties 2011-2025'. Dat onderzoek gaat uit van een basisscenario en nog enkele afgeleide scenario's op basis van wijzigingen in de beschikbaarheid van mantelzorg en/of beleidsmatige initiatieven in de thuiszorg. De Vlaamse Regering heeft zich voor haar berekeningen gericht op dat basisscenario, dat stelt dat het geprojecteerde aantal ouderen (personen van 65 jaar en ouder) voor België in de residentiële zorg zal stijgen van 125.500 in 2010 naar 166.000 in 2025. Dat is een stijging met 32% bij constant beleid, een constante prevalentie van chronische aandoeningen en geen daling van de huidige mantelzorg. Dat staat voor een toename van 40.500 woongelegenheden voor België in de periode 2011-2025. De Vlaamse Regering gaat ervan uit dat van die 40.500 woongelegenheden 60% kan worden toegewezen aan Vlaanderen, wat voor de periode 2011-2025 neerkomt op een toename van 24.300 woongelegenheden in woonzorgcentra, exclusief de woongelegenheden in kortverblijf. Verdeeld over 15 jaar betekent dat ongeveer een jaarlijkse gemiddelde groei van 1620 woongelegenheden. Op basis van de al sinds 2011 gerealiseerde woongelegenheden en het vooropgestelde groeipad zullen er in 2025 in Vlaanderen 24.016 woongelegenheden in woonzorgcentra worden gerealiseerd en worden er minstens 1157 bijkomende woongelegenheden gecreëerd in de centra voor kortverblijf: *Schriftelijke vragen* VI.Parl. 2015-16, nr. 313, aan minister Jo Vandeurzen.

Jaar	Maximaal aantal te erkennen woongelegenheden woonzorgcentra en centra voor kortverblijf
2015	2348
2016	3287
2017	1389
2018	1389
2019	1389
2020	1389
2021	1389
2022	1389
2023	1389
2024	1389
2025	1389

De erkenningskalenders voor de periode van 2015 tot en met 2018 werden toegekend. De Vlaamse Regering heeft op 16 september 2016 bovendien een besluit goedgekeurd dat ertoe bijdraagt dat initiatiefnemers die kunnen aantonen dat ze al voor 1 mei 2015 met hun bouwwerken begonnen waren, in het najaar opnieuw een erkenningskalender kunnen aanvragen voor de jaren 2017 en 2018. Dat betekent dat naast de al toegewezen erkenningskalender met 8413 woongelegenheden, er nog eens 1389 bijkomende woongelegenheden erkend kunnen worden. Dat brengt het totaal voor de periode 2015-2018 op maximaal 9802 bijkomende woongelegenheden in Vlaanderen. Gemiddeld betekent dat 2450 woongelegenheden per jaar. Het is voor het eerst dat een aangroei van het woonzorgaanbod zich met dat tempo in Vlaanderen voordoet.¹⁰⁷

In de meerjarenraming 2017-2022 wordt uitgegaan, vertrekkend van de jaarlijkse opstap vanaf 2018, van een gecumuleerde stijging van het budget met 182 miljoen euro tegen 2022. Die financiering van de bijkomende capaciteit die is opgenomen in het kader van de erkenningskalender is een financiering van rob-capaciteit. Daarnaast stijgen de kredieten jaarlijks met 0,9 miljoen euro naar aanleiding van het groeipad animatiewerking in de erkende woonzorgcentra.

De zorgzwaarte in de woonzorgcentra is de voorbije jaren sterk toegenomen. De Vlaamse Regering is zich bewust van die toenemende problematiek. Het Vlaamse regeerakkoord 2014-2019 voorzag in een groei van het aantal woongelegenheden in woonzorgcentra, met een financiering die aangepast is aan de zorgzwaarte-inschaling. Het nieuwe financieringssysteem moet afgestemd zijn op de zorgzwaarte; maar moet de aanbieder er ook toe aanzetten de bewoners te activeren en hun zelfredzaamheid te bevorderen.¹⁰⁸

In de regeringsnota 'Conceptnota over het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda' vinden we de actie op korte termijn om het onderscheid tussen de financiering van zware zorg in rob en rvt te verminderen.¹⁰⁹ Zowel in de begroting 2016 als de begroting 2017 heeft de Vlaamse Regering extra middelen uitgetrokken om telkens aan 1226 woon-

¹⁰⁷ Besluit van de Vlaamse Regering van 16 september 2016 houdende de bepaling van voorwaarden voor een bijzondere oproep om voor bepaalde woongelegenheden een erkenningskalender in te dienen en tot wijziging van de regelgeving betreffende de voorafgaande vergunning voor centra voor kortverblijf en woonzorgcentra en het besluit van de Vlaamse Regering van 24 april 2015 betreffende het maximale aantal te erkennen woongelegenheden voor woonzorgcentra en centra voor kortverblijf in het kader van de erkenningskalender (Belgisch Staatsblad, 13 oktober 2016).

¹⁰⁸ Conceptnota Vlaamse Sociale Bescherming, 12.

¹⁰⁹ *Parl.St.* Vl.Parl. 2015-16, nr. 841/1, 53.

gelegenheden een rvt-erkenning te kunnen toekennen en financieren.¹¹⁰ Met de reconversie voor 2017 krijgen die woonzorgcentra waarin de zorgbehoevendheid de voorbije jaren sterk is toegenomen, de mogelijkheid om extra personeel aan te werven en/of wordt aan die woonzorgcentra die al meer personeel met eigen middelen tewerkstellen, financiële zuurstof geboden. Op 7 februari 2017 stelde de bevoegde minister in de commissie naar aanleiding van enkele vragen om uitleg: "We zullen dat de volgende jaren moeten volhouden, in de oude concepten, namelijk ROB-forfaits verhogen in functie van zorgzwaarteprofielen en RVT-bedden proberen toe te kennen op een objectieve manier."

In de meerjarenraming 2017-2022 wordt gesteld dat er vanaf 2018 in 9 miljoen euro bijkomende recurrente middelen voorzien wordt voor bijkomende reconversie van rob- naar rvt-bedden in de woonzorgcentra.¹¹¹ Op de lange termijn wil de Vlaamse Regering het onderscheid opheffen tussen de financiering zware zorg rob en rvt.¹¹²

In de hierboven aangehaalde regeringsnota is ook het voornemen opgenomen om op korte termijn "reconversieregels [te ontwikkelen] die ertoe bijdragen dat erkenningen en voorafgaande vergunningen van woonzorgcentra kunnen worden omgezet in onder andere: de financiering van zware zorg (ROB in RVT), centra voor dagverzorging, lokaal dienstencentrum, uren gezinszorg, zorg en ondersteuning aan personen met een gestabiliseerde chronische psychiatrische aandoening ... (waar mogelijk, rekening houdend met een gelijke regionale spreiding)".¹¹³ Het lijkt de indieners van deze conceptnota voor nieuwe regelgeving aangewezen dat wordt nagegaan in welk mate de woonzorgcentra bereid zijn om rob-woongelegenheden in te leveren om op die manier een equivalent aan rvt-gefinancierde plaatsen te verkrijgen. De resultaten van die bevraging moeten dan worden meegenomen in de budgettering van het gevraagde meerjarenplan (cf. infra).

¹¹⁰ In het besluit van de Vlaamse Regering van 15 april 2016 houdende de toekenning en de erkenning van bijkomende bedden met een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis was opgenomen dat eerst rvt-bedden (bedden in een rust- en verzorgingstehuis) werden toegekend aan woonzorgcentra die nog niet over een rvt-erkenning beschikten maar wel konden aantonen dat ze in een referentieperiode minstens 25 zware zorgprofielen huisvestten, en dat daarna de resterende rvt-bedden verdeeld werden over de woonzorgcentra met de laagste rvt-dekkingsgraad. In de praktijk werden alle bijkomende rvt-bedden verdeeld over 49 woonzorgcentra die nog niet over een rvt-erkenning beschikten. Er was, na die toekenning aan de woonzorgcentra zonder rvt-erkenning, geen saldo beschikbaar om te verdelen over de woonzorgcentra die wel al over een rvt-erkenning beschikten maar een lage rvt-dekkingsgraad hebben. Daarvoor werd 10.616.000 euro uitgetrokken. Met het besluit van de Vlaamse Regering van 17 februari 2017 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering houdende de planning van bedden met een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, werd het maximaal aantal rvt-erkenningen op 1 januari 2017 vastgelegd op 45.923. Dat betekent dat er vanaf 1 januari 2017 aan 1226 woongelegenheden een bijkomende erkenning als rvt kan worden toegekend. Daarbij wordt er voor gekozen om de rvt-dekkingsgraad in woonzorgcentra met een rvt-erkenning op te trekken.

¹¹¹ Toelichtingen bij de middelenbegroting en de algemene uitgavenbegroting van de Vlaamse Gemeenschap voor het begrotingsjaar 2017, Meerjarenraming 2017-2022, *Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 21/1, 26.

¹¹² *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 841/1, 54. Dat is niet nieuw. Heeren en Thewys schreven in 1999 al: "Ten slotte, maar daarom niet minder belangrijk, kunnen wij ons volledig achter het idee van de Vlaamse minister van Welzijn en Gezin (Luc Martens) scharen dat de bestaande, gediversifieerde regelgeving voor de rustoorden en de RVT's zo snel mogelijk geharmoniseerd moet worden door het opwaarts opheffen van het onderscheid in regelgeving en financiering. Het onderscheid tussen rustoordwoongelegenheden met en zonder RVT-erkenning is in de praktijk immers volledig achterhaald. In het ruime merendeel van de rustoorden verblijven – zeker in deze die beheerd worden door vzw's of door OCMW's – al een aantal jaren hoofdzakelijk senioren die veel zorg benodigen." – J. Heeren en T. Thewys, *Seniorenvoorzieningen voor en na 2000*, Diegem, Kluwer, 1999, 281-282.

¹¹³ *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 841/1, 41.

6. Concept voor nieuwe regelgeving

Het uitgangspunt van deze conceptnota voor nieuwe regelgeving bestaat erin dat een verdere budgettaire injectie in de thuis- en ouderzorg onafwendbaar is. Daartoe worden deze legislatuur, zoals al is gesteld, belangrijke aanzetten gegeven met onder meer het groeipad voor de gezinszorg vanaf 2017, de reconversie van rob- naar rvt-bedden sinds 2016 en de lopende erkenningskalender voor de woonzorgcentra en centra voor kortverblijf.

Het genereren van publieke middelen daarvoor overstijgt de legislatuur 2014-2019. Ook daarvoor is er een aanzet met de algemene meerjarenramingen die van begrotingsjaar tot begrotingsjaar worden opgemaakt (de laatste loopt tot 2022). De middelen die daarin worden uitgetrokken, zijn niet toereikend.

De diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg moeten kunnen beschikken over middelen die hen in staat stellen de diverse verwachtingen in te lossen. Daarbij moet de financiering, en dus ook de regelgeving waarop ze geënt is, rekening houden met de intensievere ondersteuning die bepaalde zorgprofielen behoeven. Voor de dagverzorgingscentra moet, in het kader van de harmonisering van de Vlaamse en (voormalige) federale wetgeving, een financiering gelden die de zorgzwaarte van alle gebruikers correct verrekent.

De middelen voor de reconversie van rob- naar rvt-bedden die zijn opgenomen in de meerjarenraming 2017-2022, zijn te beperkt om er binnen een redelijke termijn voor te zorgen dat tegenover elke rvt-gerechtigde in een woongelegenheden (alle B, C, Cd en D- profielen die vandaag in rob en kortverblijf worden opgevangen) van een woonzorgcentrum, ook een rvt-financiering staat. CD&V heeft in dat verband als standpunt ingenomen dat "[d]e nieuwe publieke financiering van woonzorgcentra [...] [moet vertrekken] vanuit het principe eenzelfde financiering voor eenzelfde zorggraad".¹¹⁴ De personeelsinzet moet volledig bepaald worden door de behoeften aan zorg en ondersteuning van gebruikers en bewoners.¹¹⁵ Dat moet gepaard gaan met het geven van incentives om de zorgbehoefte van gebruikers te stabiliseren of zelfs terug te dringen.

Het handhaven van het onderscheid tussen rob- en rvt-bedden, onder welke benaming of vorm ook, kan in een nieuw financierings- en organisatiemodel geen optie meer zijn. Het feit dat dit onderscheid kon gedijen onder de federale ziekteverzekering, ook al is dat historisch te verklaren en waren er reconversies, is geen reden om die ongelijke behandeling van gelijke situaties verder te zetten onder de Vlaamse sociale bescherming, die opgevat wordt als volksverzekering¹¹⁶ en die persoonsvolgende tegemoetkomingen moet toekennen.¹¹⁷

¹¹⁴ CD&V, Congrestekst 'Het Nieuwe Wij', 2016, 35.

¹¹⁵ Zie Vlaamse Ouderenraad: "Aangezien de personeelsnormen in de residentiële ouderenzorg bijdragen aan de zorgkwaliteit, alsook aan het welbevinden bij de bewoners en het personeel, vraagt de Vlaamse Ouderenraad bijkomende investeringen met betrekking tot de personeelsomkadering. Er moeten voldoende inspanningen geleverd worden om de werklust draagbaar te maken. De Vlaamse Ouderenraad pleit voor een verhoging van de wettelijke minimum personeelsnormen op korte termijn om tegemoet te komen aan de toegenomen zorgzwaarte van de bewoners van residentiële zorgvoorzieningen en voor een grotere diversificatie van bijkomende competentieprofielen. Onder de huidige Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin worden reeds inspanningen geleverd om de omschakeling mogelijk te maken." – Nota van de Vlaamse Regering – 'Conceptnota over het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda', *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 841/1, 124.

¹¹⁶ Artikel 4, tweede lid, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming (Belgisch Staatsblad, 6 september 2016): "De Vlaamse sociale bescherming is een volksverzekering, waarbij de rechten gekoppeld zijn aan de betaling van een jaarlijkse bijdrage [...]".

¹¹⁷ Artikel 4, vierde lid, van het decreet van 24 juni 2016: "De Vlaamse sociale bescherming heeft volgende doelstellingen: (...) 2° vraaggestuurde zorg op maat realiseren door maximaal in te zetten op persoonsvolgende financiering".

Welk concept (inclusief inschalingsinstrument) concreet ook wordt ontwikkeld en geïmplementeerd in het kader van de Vlaamse sociale bescherming, een publieke financiering van de thuis- en ouderenzorg die de (evolutie van de) zorgzwaarte correct verrekent, impliceert bijkomende middelen. Die vraag wordt ondersteund door het maatschappelijk middenveld.¹¹⁸

Een over meerdere jaren volgehouden budgettaire inspanning (groeipad) kan het best planmatig worden vastgelegd en moet stoelen op een breed draagvlak, zowel politiek, maatschappelijk als op het terrein.

De huidige Vlaamse Regering wordt uitgenodigd om een budgettair meerjarenplan voor de thuis- en ouderenzorg uit te werken met een groeipad voor de zorgzwaarte-gebonden financiering van de thuis- en ouderenzorg.¹¹⁹

Een dergelijke werkwijze is zeker niet uniek. Zo vroeg het Vlaams Parlement op 30 april 2009 aan de Vlaamse Regering om "op basis van de 'Meerjarenanalyse' van het VAPH een masterplan voor 2010-2015 op te stellen en dit te concretiseren in een gedragen actiegericht meerjarenplan, dat ter bespreking wordt voorgelegd aan het Vlaams Parlement met de vaste wil er met ingang van 1 januari 2010 ook uitvoering aan te geven. Een voortgangsrapport zal op geregelde tijdstippen ter bespreking worden voorgelegd aan het Vlaams Parlement."¹²⁰ Dezelfde dag werd de Vlaamse Regering ook gevraagd "werk te maken van een nieuw meerjarenplan dat rekening houdt met de analyse van de huidige situatie in de bijzondere jeugdzorg en de evaluatie van het Globaal Plan Bijzondere Jeugdzorg zoals opgenomen in het opvolgingsrapport *Perspectief!* en de reflecties van de sector tijdens de hoorzitting van 28 april 2009 in de commissie *Welzijn* van het Vlaams Parlement."¹²¹

Het uitgangspunt van de CD&V-fractie is dat pas met een vorm van persoonsvolgende financiering op algemene basis in de thuis- en ouderenzorg gestart kan worden – bepaalde bronnen schatten de noodzakelijke transitiefase op minstens zeven jaar¹²² – als een inhaalbeweging op het vlak van zorgzwaartefinanciering is

¹¹⁸ Zie bijvoorbeeld *Zorgnet-Icuro* in: Verslag van de hoorzittingen namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin over de nota van de Vlaamse Regering, ingediend door minister Jo Vandeuren 'Conceptnota over het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda', *Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 841/2, 15.

¹¹⁹ Naar aanleiding van vragen om uitleg op 20 september 2016 stelde de bevoegde minister in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: "Het is echter onmogelijk om de bestaande structurele onderfinanciering, die op federaal niveau historisch gegroeid is, op één jaar recht te trekken."

¹²⁰ Resolutie tot besluit van de gedachtewisseling met het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) die op 24 maart 2009 in commissie werd gehouden over de 'Meerjarenanalyse, een achteruit- en vooruitblik op de zorgbehoeften van personen met een handicap' en van de hoorzitting en gedachtewisseling met vertegenwoordigers van de gehandicaptensector die op 21 april 2009 in commissie werd gehouden over de 'Meerjarenanalyse, een achteruit- en vooruitblik op de zorgbehoeften van personen met een handicap', *Parl.St.* VI.Parl. 2008-09, nr. 2246/3.

¹²¹ Resolutie betreffende de visie op en toekomstperspectieven voor het welzijn van kinderen en jongeren, *Parl.St.* VI.Parl. 2008-09, nr. 2247/2.

¹²² G. Vannieuwenhuyze, o.c., 113.

voltooid.¹²³ Dat is ook het standpunt van de Vlaamse Ouderenraad: "Alvorens men in de residentiële ouderenzorg kan overschakelen op een persoonsvolgende financiering, dienen alle zwaar zorgbehoevende ouderen met dezelfde objectief vastgestelde zorgnoden te kunnen rekenen op een gelijke en volwaardige personeelsomkadering. Een RVT-omkadering voor bewoners met een B, C, D of Cd-profiel (KATZ-schaal) geldt als een noodzakelijk minimum om menswaardige en kwalitatieve zorg te kunnen bieden. De Vlaamse Ouderenraad ziet het wegwerken van het onderscheid tussen ROB en RVT in het kader van zware zorg en persoonsvolgende financiering als een absolute prioriteit. Daarbij aansluitend moet de zorgzwaarte op een objectieve manier in kaart gebracht worden, rekening houdend met diverse – niet enkel lichamelijke – aspecten van zorg en welzijn (onder andere psychische gezondheid, sociale context, omgevingsfactoren, mobiliteit,...)".¹²⁴

Tegen die achtergrond vindt de CD&V-fractie in het Vlaams Parlement het aangegeven om te voorzien in een decretale verplichting voor de Vlaamse Regering om boven op de noodzakelijke uitbreidingen van het diverse woonzorgaanbod te voorzien in een groeipad voor de zorgzwaartegebonden financiering van de thuis- en ouderenzorg en om jaarlijks verslag uit te brengen over de wijze waarop, binnen de beschikbare budgetten en op basis van een analyse van de geobjectiverde behoeften, dat groeipad wordt gerealiseerd.

De indieners van deze conceptnota voor nieuwe regelgeving spiegelen zich daarbij aan 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, waarin aan de Vlaamse Regering het volgende wordt opgelegd: "Op basis van een analyse van de niet-ingevulde nood aan zorg en ondersteuning voorziet de Vlaamse Regering, binnen de beschikbare budgetten, in een groeipad voor de financiering van de niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning. De Vlaamse Regering brengt daarover jaarlijks verslag uit aan het Vlaams Parlement."¹²⁵

¹²³ Zie ook Zorgnet-Icuro: "Personen met een (complexe) zorgvraag hebben nood aan allerhande zorg- en ondersteuningsdiensten. Maatschappelijk moeten we bepalen in welke mate we de zorgnood lenigen. Dat vergt politieke moed. Vandaag is de verhouding tussen het persoonlijk en publiek gefinancierde aandeel in de zorgkost afhankelijk van de zorgsector waarin de persoon belandt. Meer nog, in eenzelfde sector stellen we ook discriminaties vast. Zo kunnen ouderen in een woonzorgcentrum met meer RVT-dekking momenteel genieten van een hogere publiek gefinancierde personeelsomkadering dan ouderen met dezelfde zorgbehoefte in een woonzorgcentrum met een lage RVT-dekking. Ook in de actuele uitvoering van de persoonsvolgende financiering in de VAPH-sector stellen we discriminaties vast in het toekennen van cashbudgetten aan de cliënten. In de toekomst moet over het principe worden gewaakt dat de zorgbehoefte van de cliënt op uniforme wijze de financiering van de zorg bepaalt. In het geval van de woonzorgcentra dienen alle zwaar zorgbehoevenden op RVT-niveau te worden gefinancierd alvorens kan worden overgestapt op een nieuw financieringssysteem" (eigen onderstreping) – Zorgnet-Icuro, Vlaamse Sociale Bescherming – De visie van Zorgnet-Icuro op de uitrol van de persoonsvolgende financiering, Brussel, 2017, 19.

VVSG stelt: "(...) moet een systeem van persoonsvolgende financiering elke oudere de zekerheid bieden dat het budget voldoende hoog is om de noodzakelijke zorg te kunnen gebruiken. In de residentiële ouderenzorg is er momenteel een hogere financiering voor een rvt-bed dan voor een rob-bed, ook al hebben de betrokken ouderen misschien dezelfde zorgvraag. Dergelijke verschillen moeten worden weggewerkt. Bijkomende middelen zijn absoluut noodzakelijk. Er is een realistisch en voldoende hoog budgettaire perspectief nodig en een budgettaire meerjarenplanning." (Verslag van de hoorzittingen namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin over de nota van de Vlaamse Regering 'Conceptnota over het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda', *Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 841/2, 30-31).

¹²⁴ De Vlaamse Ouderenraad stelt ook: "Bovendien dient verder intensief opgevolgd te worden in welke mate de residentiële zorg zich niet uitsluitend op de meest 'financieel gunstige' zorgprofielen gaat richten, waardoor de minder 'financieel gunstige' zorgprofielen uitgesloten worden." – Advies 2016/1 over de conceptnota Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda, Brussel, 13 april 2016, 17-18.

¹²⁵ Artikel 3, derde lid, 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 (Belgisch Staatsblad, 28 augustus 2014).

Een analoge bepaling kan dan met recht en rede ook worden aangenomen voor de thuis- en ouderenzorg. Die bepaling kan worden verankerd in het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 of in het VSB-decreet.

Griet COPPE
Katrien SCHRYVERS
Cindy FRANSEN
Vera JANS
Dirk DE KORT
Sonja CLAES