



**vLaamse  
OUdeRENraad**

## **Advies** 2020/2

---

Persoonsvolgende financiering in de ouderenzorg

**30 september 2020**

Vlaamse Ouderenraad vzw — Broekstraat 49-53 — 1000 Brussel — [www.vlaamse-ouderenraad.be](http://www.vlaamse-ouderenraad.be)

## Inhoud

<b>Vooraf .....</b>	<b>3</b>
<b>Situering .....</b>	<b>4</b>
<b>Toekomstvisie ouderenzorg.....</b>	<b>4</b>
<b>Implementatie van PVF in de ouderenzorg nader bekeken .....</b>	<b>7</b>
De rol van BelRAI .....	7
Eigen regie .....	10
Zorg als wisselwerking tussen vraag en aanbod .....	12
<b>Beleidsaanbevelingen.....</b>	<b>14</b>
1. Volwaardige uitbouw, validering en uitrol BelRAI .....	14
2. Financiering .....	15
3. Flexibel zorgticket.....	16
4. Flexibel erkenningskader.....	17
5. Ondersteuning zorggebruikers.....	17
<b>Referenties .....</b>	<b>18</b>

## Vooraf

De uitrol van persoonsvolgende financiering (PVF) in de ouderenzorg staat al langer op de politieke agenda. Tijdens de vorige legislatuur werden de eerste stappen richting persoonsvolgende financiering gezet. Toenmalig minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, lanceerde de omslag van het voorzieningsgebonden financieringsmodel naar een vraaggestuurd, persoonsvolgend financieringsconcept al in zijn beleidsnota '14-'19. Dit concept werd verder uitgewerkt in de conceptnota VSB (2015) en werd vervolgens meegenomen in de conceptnota voor de toekomst van de residentiële ouderenzorg (2018).

De nieuwe Vlaamse regering besloot verder te gaan op de ingeslagen weg en in zijn beleidsnota (2019) kondigde Vlaams minister voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding Wouter Beke de uitbouw van persoonsvolgende financiering in de ouderenzorg aan. De ambitie is om PVF in de ouderenzorg nog deze beleidsperiode, tegen 2024, volledig uit te rollen. De komende jaren zullen we stapsgewijs dichterbij de volledige implementatie komen. Onderzoek en pilootprojecten moeten een vlotte overgang naar het nieuwe financieringssysteem vrijwaren.

Momenteel zijn de definitieve contouren van het toekomstige financieringsmodel nog bijzonder vaag en onduidelijk. Hoewel PVF kansen met zich kan meebrengen, zijn er afhankelijk van de beleidskeuzes die gemaakt worden ook struikelblokken. Vertrekkend vanuit een algemene toekomstvisie op de ouderenzorg in Vlaanderen, wil de Vlaamse Ouderenraad met dit advies de rol van PVF binnen de ouderenzorg verkennen. Op basis hiervan besluiten we dit advies met een aantal aanbevelingen voor het beleid.

Dit advies kwam tot stand in overleg met ouderen(organisaties) en deskundigen uit verschillende zorgsectoren. De beleidsaanbevelingen vloeien voort uit de concrete aandachtspunten en de heersende onzekerheden die zich momenteel stellen met betrekking tot de invoering van PVF in de ouderenzorg.

## Situering

Sinds enkele jaren bouwt Vlaanderen aan een eigen **Vlaamse sociale bescherming (VSB)**, die aanvullend op de federale gezondheidszorg het doel heeft om mensen toegang te geven tot langdurige zorg en ondersteuning wanneer nodig. Elke inwoner van Vlaanderen draagt hier jaarlijks via een zorgpremie toe bij. Daartegenover staat dat, wanneer je nood hebt aan zorg, je kan rekenen op bepaalde financiële tegemoetkomingen en tussenkomsten die de zorg betaalbaar moeten maken voor iedereen.

De VSB bestaat uit verschillende onderdelen die in 2 categorieën gevat kunnen worden. Enerzijds zijn er de zorgbudgetten die rechtstreeks uitbetaald worden aan de aanvrager en vrij besteed mogen worden. Anderzijds zijn er de tussenkomsten in de zorgkosten die via een derdebetalersregeling rechtstreeks aan erkende zorgvoorzieningen uitbetaald worden. Met de uitrol van PVF zullen de geldstromen in de tweede categorie bijgestuurd worden. In de toekomst zullen zorgvragers, op basis van hun zorgbehoeften, een **zorgticket** krijgen dat ingeruild kan worden voor de gewenste zorg en ondersteuning. De financiering wordt geregeld via een trekkingsrecht, wat betekent dat de middelen om de zorgkosten te financieren ook in dit nieuwe systeem niet aan de zorgvrager uitgekeerd zullen worden, maar rechtstreeks aan de erkende zorgvoorziening. Al voorziet het decreet VSB ook pilotprojecten met cashbudgets die rechtstreeks aan de persoon met zorgnoden worden toegekend in de residentiële en thuiszorg.

In de VSB worden heel wat vormen van zorg, waaronder de residentiële zorg en de thuiszorg, samengebracht in 1 kader. Het doel is om de verschillende sectoren in de toekomst meer en meer op elkaar af te stemmen en op een meer eenvormige manier te financieren, om zo ontschotting en meer geïntegreerde zorg mogelijk te maken. De implementatie van PVF is een belangrijke stap in dit proces. Via dit nieuwe financieringssysteem worden verschillende andere zorgfinancieringen samengebracht. Dat betekent ook dat een uniforme inschatting van de zorgzwaarte en noden over zorgsectoren heen meer dan ooit noodzakelijk is. Daarom steunt het nieuwe financieringssysteem op een nieuw inschalingsinstrument, **BeIRAI**. Het is een unieke schaal die op gestructureerde en gestandaardiseerde wijze meet wat een persoon wel en niet meer kan en in kaart brengt hoeveel zorg iemand nodig heeft. En dit over de verschillende zorgsectoren heen.

## Toekomstvisie ouderenzorg

Voor de Vlaamse Ouderenraad dient PVF te kaderen binnen een bredere toekomstvisie op de ouderenzorg. De volgende principes zijn daarbij essentieel: de zorggebruiker die centraal staat, in een toegankelijk en naadloos geïntegreerd zorglandschap, dat vertrekt vanuit een duidelijke visie op integrale kwaliteit van zorg en leven, mogelijk gemaakt door een financiering afgestemd op deze ambities.

## **De zorggebruiker centraal**

De oudere met een zorg- en ondersteuningsnood moet centraal staan binnen het zorgverhaal. De ambitie is om mogelijk te maken dat iedereen in volle **autonomie** kan kiezen voor wat betekenisvol is in zijn leven, verbonden kan blijven met anderen, en volwaardig kan leven en deelnemen aan de samenleving. Ook wanneer men kwetsbaarder wordt.

Met het ouder worden neemt de kans op multimorbiditeit toe. Bij heel wat ouderen met zorgnoden zijn daardoor verschillende zorgaanbieders en –disciplines betrokken. Vaak hebben deze zorgverleners geen integraal beeld van de persoon, zijn noden, de zorgsituatie en de ruimere context. Omgekeerd is het ook voor veel ouderen lastig om zicht te houden op de rol en mogelijkheden van elke zorg- en dienstverlener, laat staan om daarin sterk sturend op te treden. Zeker bij zwaar zorgbehoevende ouderen kan daardoor het gevoel ontbreken aan het roer te staan van de eigen zorg. Eerder ondergaan ze de handelingen van hun zorgverleners, die al te vaak sterk prestatiegericht zijn.

**Persoonsgerichte zorg** daarentegen draait om maatwerk, afgestemd op de persoonlijke levenswensen, noden en behoeften van de oudere, maar ook voortbouwend op diens interesses, sterktes en competenties. Het kijkt naar wat betekenisvol is, en legt de regie van de zorg in handen van de oudere zelf, in dialoog met mantelzorgers en zorgverstrekkers. Met als doel om samen een zo hoog mogelijke ervaren levenskwaliteit te realiseren, ook in de laatste levensjaren.

## **Een naadloos continuüm aan geïntegreerde zorg**

Zorg waarin de gebruiker centraal staat, vraagt om een zorgaanbod dat nabij, toegankelijk en overzichtelijk is, met zorgverstrekkers die vlot communiceren en samen instaan voor integrale zorg en ondersteuning. Door samen dezelfde taal te spreken, door over sectoren en disciplines heen samen te werken, en door te vertrekken van een gezamenlijk zorg- en ondersteuningsplan, dat opgemaakt is in samenspraak met de oudere met een zorgnood en zijn mantelzorgers.

Vandaag worden ouderen echter geconfronteerd met een zorglandschap dat complex, versnipperd en vaak rigide georganiseerd is. Met woonzorg die sterk aanbodgestuurd is, en met scherpe breuklijnen tussen zowel acute en langdurige zorg, als tussen ambulante en residentiële zorg. Al te vaak is er daarbij weinig reële keuzevrijheid: van de thuissituatie of het ziekenhuis naar het woonzorgcentrum dat als eerste een plaatsje vrij heeft. Met weinig mogelijkheden daar tussenin.

In een **geïntegreerd zorglandschap** moet het voor iedereen mogelijk zijn om gradueel te schakelen van de ene zorgvorm naar de andere wanneer de zorgnoden of levenswensen wijzigen. Ook voor ouderen met een complex zorgprofiel. Bovendien moeten ouderen vlot hun weg vinden in dit zorgaanbod en moet het mogelijk zijn om flexibel verschillende vormen van zorg te combineren.

Dit betekent ook dat **barrières** in de toegang tot zorg worden weggewerkt. Het aanbod moet toereikend zijn om lange wachttijden te vermijden, moet betaalbaar zijn voor wie financieel kwetsbaar

is, en moet voldoende nabij zijn, zodat mensen vlot en in hun vertrouwde omgeving ondersteuning vinden. Het moet ook innovaties en nieuwe initiatieven faciliteren. Zeker als die in pikken op zorg- en ondersteuningsnoden die nu onvoldoende beantwoord worden door het bestaande zorglandschap.

### **Vanuit een integraal kwaliteitskader**

Kwaliteit van zorg gaat verder dan kwaliteitsvolle verpleegkundige en medische handelingen. Het gaat om het waarborgen van een **volwaardige kwaliteit van leven en van welzijn**, zowel op fysiek, mentaal, sociaal als existentieel vlak. Dit vraagt om zorg die verbinding zoekt met het leven van en het sociaal weefsel rond de persoon met een zorgnood. Die aansluiting zoekt met de buurt waarin de zorg geboden wordt. Die zorgt voor warmte en huiselijkheid, en die actief inspeelt op de verlieservaringen die mensen doormaken, ook op psychosociaal vlak.

Binnen deze integrale visie op kwaliteit is er ook aandacht voor de **zorgverlener**. Warme zorg voor ouderen en hun mantelzorgers vraagt om een warme omkadering voor medewerkers. Een aantrekkelijke tewerkstelling, met werkzekerheid, autonomie en zichtbare waardering, die ook nieuwe mensen kan enthousiasmeren voor de zorg, vraagt om toewijding van de hele samenleving. Hierbij aansluitend moet er in de ouderenzorg een brede waaier aan talenten en competenties gevaloriseerd worden. Ouderenzorg gaat verder dan puur fysieke zorg en verzorging, dat moet meer weerspiegeld worden in de personeelsnormen en het profiel van de medewerkers die ingezet worden.

Dit alles moet tot uiting komen in een **kader** dat heldere en relevante kwaliteitsnormen vooropstelt, en dat actieve en structurele stimulansen biedt om deze integrale kwaliteit van zorg en leven te realiseren. Die zorgverleners en voorzieningen beloont wanneer ze aantoonbaar sterk werk leveren. Die alle facetten van de ervaren kwaliteit monitort en opvolgt, en op een constructieve manier aangeeft waar en hoe kwaliteitsverbetering mogelijk is. En die gehandhaafd wordt door inspectiediensten die over gepaste kaders en instrumenten beschikken om die integrale levenskwaliteit op een objectieve manier te evalueren op het terrein.

### **Financiering op maat van kwalitatieve en integrale zorg**

Deze principes waarmaken, vraagt om een **onderbouwde en adequate financiering** van de ouderenzorg. Zorg op maat vraagt om financiering op maat, afgestemd op ieders persoonlijke zorg- en ondersteuningsnoden. Die noden moeten op een holistische en accurate manier in kaart gebracht worden, en vervolgens gekoppeld worden aan een financiering die een passend zorgantwoord ook werkelijk mogelijk maakt, met ruimte voor de persoonlijke wensen en behoeften.

Doordachte en structurele **investeringen** zijn noodzakelijk om de schaarste en de gebrekkige personeelsbezetting op het terrein aan te pakken, de aantrekkelijkheid van de zorg te versterken, en iedereen met gelijkaardige zorgnoden een gelijkwaardige zorgfinanciering te kunnen garanderen, over sectoren heen.

## Kanttekening: de impact van de coronacrisis

De coronacrisis schudde onze samenleving stevig dooreen. Niettegenstaande bovenstaande principes en uitgangspunten onverminderd blijven gelden, kunnen we niet voorbij aan het feit dat de impact van de crisis op alle vlakken waar te nemen is.

Momenteel maken de sector en de beleidsverantwoordelijken volop de balans op van de crisis. De betekenis van corona en hoe het virus ons denken over en de organisatie van de zorg zal beïnvloeden zal de komende maanden en jaren volop duidelijk worden. Zeker is dat er heel wat ter discussie staat. Van de bevoegdheidsverdeling van het zorgbeleid, tot de personeelsinzet. Ook de organisatie van de zorg en de plaats van kwalitatieve medische zorg daarin wordt herbekeken. De vragen die momenteel leven zijn belangrijke aandachtspunten om mee te nemen in de verdere uitwerking van PVF in de ouderenzorg doorheen de komende jaren.

## Implementatie van PVF in de ouderenzorg nader bekeken

### De rol van BelRAI

#### BelRAI als inschalingsinstrument

Vandaag worden er in de ouderenzorg **verschillende inschalingsinstrumenten** gebruikt, onder andere de Katz-, de BEL-, de medico-sociale en de ICF-schaal. Elk van deze schalen kent zijn eigen beperkingen (Declercq e.a., 2015). Naargelang de schaal wordt er te veel vertrokken vanuit een deficitparadigma, is eenvormige afname niet altijd mogelijk, speelt het risico dat financiële incentives meespelen bij het inschatten van de zorgzwaarte, ...

Daarbovenop brengt het gebruik van verschillende schalen in verschillende zorgsectoren zowel voor de oudere met zorgnoden als voor de zorgverleners belemmeringen met zich mee. In de eerste plaats is het een groot pijnpunt dat een oudere zijn zorgnoden verschillende keren, met verschillende instrumenten moet laten inschalen om recht te hebben op bepaalde zorg en financiële tegemoetkomingen. De gezinszorg bijvoorbeeld werkt met de BEL-schaal, terwijl de thuiszorg en de woonzorgcentra de Katz-schaal hanteren. Vanzelfsprekend bemoeilijkt dit de communicatie tussen professionele zorgverleners, waardoor er vandaag amper informatie over de zorgbehoefte van de oudere gebruiker uitgewisseld wordt tussen de verschillende zorgsectoren. Dat maakt een continue en gecoördineerde zorgopvolging vandaag onmogelijk.

De invoering van **BelRAI als universeel zorgzwaarte-instrument** moet hier verandering in brengen. In de eerste plaats maakt BelRAI een betere individuele zorgplanning mogelijk. Met BelRAI zullen zorgnoden over verschillende sectoren heen op een eenvormige manier in kaart gebracht worden. Dubbele en onnodige inschalingen worden vermeden, kennis kan makkelijker en effectiever gedeeld

worden over zorgverleners heen en zorg- en ondersteuningsnoden kunnen doorheen de tijd opgevolgd worden.

De verwachtingen ten aanzien van BelRAI zijn dan ook hoog. Verondersteld wordt dat het inschalingsinstrument de communicatie en samenwerking tussen zorgverleners uit diverse sectoren zal bevorderen. Daarnaast zou BelRAI ook kunnen helpen bij het voeren van een degelijk kwaliteitsmanagement. Bijvoorbeeld op het vlak van personeelsinzet en taakverdeling of bij de evaluatie van kwaliteitsindicatoren. Op beleidsniveau kan BelRAI dan weer mogelijkheden bieden voor een verbeterde programmatie van het woonzorgaanbod. De zorgnoden zullen accurater in kaart gebracht kunnen worden, waardoor wetenschappelijke prognoses de evolutie van de zorgvragen beter zouden moeten kunnen inschatten. Steunend op goede dataverzameling en -uitwisseling kunnen het zorgaanbod en de financiering ervan proactief bijgestuurd worden. Potentieel kan BelRAI zo bijdragen tot een alternatief voor de verouderde en ontoereikende programmatiecriteria die het aanbod vandaag bepalen.

De ambities mogen dan al duidelijk zijn, het nieuwe inschalingsinstrument zelf is momenteel nog in volle ontwikkeling. De implementatie vraagt om uitgebreid studiewerk, dat momenteel nog niet afgerond is. Vanuit de Vlaamse overheid lopen verschillende onderzoeken om de bestaande modules af te stemmen op de Vlaamse context en om twee nieuwe modules uit te werken. Waar het ontwerp van de sociale module, die de sociale context rond de oudere moet capteren, intussen bijna op punt zou staan, wordt het inschalingsinstrument voor de revalidatiesector nog volop uitgewerkt. Alle ambities rond de BelRAI doen met andere woorden een stevige voorafname op het eindresultaat.

BelRAI op zich biedt **geen garanties** voor meer persoonsgerichte zorg. BelRAI brengt uitsluitend de objectieve zorg- en ondersteuningsnoden in kaart. Ook in de toekomst blijft de aangeboden zorg afhangen van hoe voorzieningen en zorgverleners met de aangereikte informatie omgaan. De vraag is of en hoeveel ruimte er zal zijn voor die zorgdoelen en zorg- en ondersteuningsvormen die de oudere zelf als betekenisvol en waardevol ervaart.

### **BelRAI als basis voor de zorgfinanciering**

In eerste instantie is BelRAI een instrument voor individuele zorgplanning. Maar op termijn zal dit instrument de basis zijn van het persoonsgebonden financieringssysteem. Met de invoering van PVF zal de financiering uitgaan van de via BelRAI vastgestelde zorgnoden van de oudere zorggebruiker.

Bij de invoering van PVF in de ouderenzorg vormt **gelijke financiering voor gelijke zorgnoden** het uitgangspunt. Conceptueel houdt dit een significant verschil in met de huidige aanbodgestuurde financiering, die ruimte laat voor verschillen qua financiering gerelateerd aan het aanbod. Denk aan de verschillende financiering van ROB- en RVT-woongelegenheden in woonzorgcentra. Doordat er een directe koppeling zal bestaan tussen de zorgnoden en de financiële tussenkomst voor de zorgkosten die hier tegenover staan, wordt een rechtstreekse persoonlijke zorgzwaartefinanciering in de



ouderenzorg eindelijk de norm. Daarmee zal de financiering ook sneller inpikken op veranderingen in de noden en zorgzwaarte van bewoners

Hoewel BelRAI als universeel en omvattend inschalingsinstrument de logische basis is voor een persoonsvolgende zorgfinanciering, vormt het tegelijkertijd ook **de achilleshiel van PVF**. Het financieringssysteem staat of valt immers met een degelijke inhoudelijke uitwerking van BelRAI als inschalingsinstrument én een correcte implementatie ervan in de praktijk. Een grote verantwoordelijkheid voor een instrument dat nog niet eens volledig ontwikkeld, laat staan ten volle uitgetest is in de praktijk.

Bovendien kan ook de koppeling van zorgfinanciering aan een inschalingsinstrument problematisch zijn. Een belangrijk punt van kritiek op de inschalingsinstrumenten die vandaag gebruikt worden is immers dat in de praktijk niet enkel de actuele noden en het zorgplan, maar ook de toegang tot tegemoetkomingen meespeelt bij de inschaling (Declercq e.a., 2015). De koppeling van PVF aan BelRAI doet de vraag rijzen of we niet opnieuw op hetzelfde probleem zullen botsen.

Daarnaast brengt BelRAI wel op een uniforme wijze de ondersteuningsnoden in kaart, maar welke zorg tegenover welke noden gezet wordt, blijft een politieke oefening. PVF zal de **structurele onderfinanciering van de ouderenzorg** dan ook niet oplossen, zonder bijkomende middelen wordt de schaarste enkel op een andere manier verdeeld. In een context van onderfinanciering kan PVF dan ook niet leiden tot meer kwaliteitsvolle zorg- en dienstverlening. De nood aan een structureel investeringsbeleid blijft onverminderd gelden.

Verder zijn financiële tussenkomsten gekoppeld aan een BelRAI-inschaling enkel mogelijk voor **planbare zorgtrajecten**. Trajecten waarbij de zorgnoden zich geleidelijk aan manifesteren en waarbij er een inschatting gemaakt kan worden van het verloop van het zorgtraject. BelRAI kan niet gebruikt worden bij niet-planbare acute of crisiszorg. Ook financiële tussenkomsten voor diagnosestelling zijn niet mogelijk via BelRAI. En wat met aanklampende zorg voor zorgmijders? Een deel van de zorgkosten zal via een ander systeem gefinancierd moeten worden.

Ook voor **organisatiegebonden personeels- en werkingskosten** zal een aanvullend financieringssysteem ontwikkeld moeten worden. Deze kosten zijn immers niet direct gerelateerd aan de zorgnoden. Denk aan de loonkosten voor directie en administratie. Of aan de kosten voor vorming, coaching en psychosociale ondersteuning van zorgmedewerkers. Of aan de computers die voorzien moeten zijn, zodat de medewerkers hun job kunnen uitoefenen.

Dergelijke denkoefeningen zullen nodig zijn voor alle sectoren binnen de VSB. Dit betekent dat 'de' impact van 'de' PVF in de ouderenzorg nog niet in te schatten valt. Te veel facetten hangen af van nadere uitwerking, die soms los staat van de koppeling van financiering aan zorgnoden zelf.

## Eigen regie

### Een zorgplan op maat

De verwachting dat PVF **de regie van oudere zorggebruikers** zal versterken leeft. Het is echter lang niet zeker dat er in de praktijk sprake zal zijn van een echt ingrijpende verandering. PVF is persoonsvolgend in de zin dat het mee evolueert met de zorgnoden en -zwaarte. Het financieringssysteem op zich garandeert niet dat ouderen meer autonomie zullen krijgen wat betreft de keuze en combinatie van zorg.

Om werkelijk te komen tot meer eigen regie, moet PVF het mogelijk maken om een zorgplan op maat te ontwerpen. En dit in een kader van integrale doelgerichte zorg en *shared decision making*. Een nieuw inschalings- of financieringssysteem is op zichzelf onvoldoende om de eigen regie van de zorggebruiker te verzekeren. Daarvoor is een ruimere **mentaliteitsshift** noodzakelijk waarbij we weg evolueren van de paternalistische bejegening van oudere zorggebruikers. Die shift vindt nu al meer en meer ingang in de ouderenzorg. Denk aan de intensifiëring van de dialoogcultuur in de thuiszorg of de verspreiding van de ‘ja, maar’ cultuur in woonzorgcentra.

Ook in het **beheer van het zorgticket** kan eigen regie weerspiegeld worden. Dit vraagt om in de vertaalslag van inschaling naar zorgrechten en financiering voldoende openheid in te bouwen, zodat je via het zorgticket op een brede waaier aan zorg- en ondersteuningsvormen beroep kunt doen. Tegelijk zijn ook de modaliteiten voor het samen kunnen stellen van een persoonlijk zorg- en ondersteuningspakket van belang.

### Cash als alternatief voor het trekkingsrecht

Momenteel wordt beleidsmatig vooral uitgegaan van het zorgticket als trekkingsrecht. Een alternatieve optie is een **volledige of gedeeltelijke cashregeling** waarbij de zorgvrager een budget in handen krijgt dat hij naar eigen inzicht kan besteden. Afhankelijk van de beleidskeuze kan dit ofwel enkel besteed worden aan erkende zorgaanbieders, ofwel ook aangewend worden om zorg in te kopen bij niet-erkende zorgaanbieders. In elk geval wordt er bij een cashsysteem afgestapt van de derdebetalersregeling. De middelen worden niet rechtstreeks uitbetaald aan de erkende zorgaanbieder, maar worden overgemaakt naar de zorgvrager. Hierdoor krijgt de gebruiker meer directe controle over welk aandeel van zijn zorgtussenkomst hij waaraan besteedt.

Deze alternatieve cashpiste kan tegemoetkomen aan de vraag naar **meer autonomie en eigen regie**. Doordat ouderen het budget zelf in handen hebben, kunnen zij werkelijk aan het stuur van hun zorgverlening staan. Daarbij is de veronderstelling dat zij dit zo meer doelgericht in kunnen zetten voor de vormen van woonzorg die het best aan hun persoonlijke wensen en noden beantwoorden.

Anderzijds houdt een cashregeling ook **risico's** in. Het systeem vereist dat zorgvragers over de nodige kennis en vaardigheden beschikken om hun budget zo goed en efficiënt mogelijk in te zetten. Denk aan het onderhandelen en sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders, de administratieve verplichtingen, verantwoording afleggen aan de Vlaamse overheid, ... Voor ouderen in kwetsbare situaties, in het bijzonder diegenen zonder sterk netwerk, kunnen dit onoverkoombare hindernissen zijn. Wanneer deze taken bij mantelzorgers terechtkomen is dit voor hen een bijkomende belasting.

In de sector van personen met een handicap wordt deze ondersteuning aangeboden door erkende bijstandsorganisaties. Deze hebben evenwel een kostprijs, die ten koste gaat van het beschikbare persoonsgebonden budget. De vraag is of een dergelijke piste in de veel minder gefinancierde ouderenzorg überhaupt een optie is, gezien deze kostprijs allicht een te zwaar beslag legt op de schaarsere middelen binnen het zorgticket van de zorgbehoevende oudere.

Cash houdt ook grotere risico's in op financiële ouderenmisbehandeling en onderconsumptie. Bij het trekkingsrecht zijn deze risico's veel beperkter aangezien ouderen het geld nooit zelf in handen krijgen, waardoor het budget niet op ondoelmatige wijze aangewend kan worden.

Als cash het mogelijk maakt om (een deel van) het budget te spenderen aan niet-erkende zorg, zoals nieuwe woonvormen voor ouderen met zorgnoden, roept het systeem vragen op over hoe de kwaliteit en effectiviteit van de bestede middelen gewaarborgd kan worden. Welke kwaliteitsgaranties kunnen er geboden worden als er geen sprake is van een erkenningskader of enige andere objectieve basis voor zorginspectie? Hoe kunnen we in die context mensen in een afhankelijke en kwetsbare situatie voldoende beschermen?

### **Inspiratie in de sector voor personen met een handicap**

In de sector voor personen met een handicap bestaat ook een systeem van persoonsvolgende financiering. Hoewel in beide systemen eigen regie voorop staat, zijn er grote onderlinge verschillen. Het systeem in de sector voor personen met een handicap kent zijn eigen knelpunten, maar het valt alvast op dat eigen regie hier anders ingevuld wordt. Personen met een beperking die een persoonsvolgend budget (PVB) hebben, hebben complete keuzevrijheid wat betreft de besteding van hun budget. Wel moeten ze de besteding van hun budget verantwoorden.

Iedere persoon met een PVB kan een aanvraag indienen om een deel van zijn budget volledig vrij te mogen besteden. Daardoor **vervalt de verantwoordingsplicht** ten aanzien van een beperkt deel van het budget. Uit onderzoek (Op de Beeck, Shepers & Van Regenmortel, 2018) blijkt dat personen die dit budget aanvragen dat doen omwille van de beslissingsvrijheid en flexibiliteit. Doordat het budget vrij te besteden is, kan het bijdragen tot meer eigen regie. Het maakt oplossingen op maat mogelijk en laat toe om te experimenteren met andere vormen van zorg en ondersteuning. Het budget wordt onder meer besteed aan psychologische begeleiding en mobiliteitsoplossingen.

## Niet voor iedereen vanzelfsprekend

Ten slotte moet ook **het spanningsveld tussen eigen regie en kwetsbaarheid** benoemd worden. Niet elke oudere beschikt over de competenties en vaardigheden om vlot en zelfstandig zijn weg te vinden in een complex zorglandschap. Het is ook maar de vraag of elke oudere wel ongeduldig zit te wachten op die maximale eigen regie. Dé oudere bestaat niet, het gaat om een erg diverse groep waar zowel generatiegebonden verschillen als individuele verschillen aanwezig zijn. Denk aan de ‘stille generatie’ oudste ouderen en de ‘babyboomgeneratie’ jongere ouderen. Of aan de mondige oudere tegenover de oudere met dementie. Hun noden, hoe ze die kenbaar maken en welke zorg daar tegenover moet staan verschilt dag en nacht. Door elke oudere willens nillens de regie over de zorg in handen te geven, bestaat het risico dat personen in een kwetsbare situatie nog kwetsbaarder worden. Ook in een context van eigen regie, blijft warme omkadering en ondersteuning onmisbaar, en moeten ouderen de keuze hebben om niet in een systeem van cashbudgetten en complexe onderhandelingen in te stappen.

## Zorg als wisselwerking tussen vraag en aanbod

PVF zou de weg effenen voor een meer marktgerichte werking van de zorgsector, waarbij vraag en aanbod flexibeler op elkaar inspelen, ten voordele van de gebruiker. Dit is echter nog geen uitgemaakte zaak. Er zijn nog te veel onduidelijkheden om de echte impact van PVF te kunnen inschatten.

### Vraaggestuurd aanbod

Door voorzieningen niet langer rechtstreeks te financieren, maar ouderen een zorgticket in handen te geven, zouden dynamieken van vraag en aanbod de markt sterker gaan sturen. In het meest gunstige scenario leidt dit tot een markt die maximaal tegemoetkomt aan de wensen van de zorggebruiker. In het minst gunstige scenario versmalt het aanbod doordat zorgaanbieders zich prioritair richten tot die zorgvormen die financieel renderen.

Eerst en vooral is het maar de vraag in hoeverre PVF effectief tot een **sterkere vraagsturing** zal leiden. Reële keuzevrijheid voor zorgvragers vereist immers een voldoende groot, kwalitatief en toegankelijk aanbod. De Vlaamse overheid houdt echter vast aan de programmatie, binnen een gesloten budget, van het erkende woonzorgaanbod. Dat betekent dat PVF als financieringsmechanisme geen oplossing zal bieden voor wachtlijsten. Na inschaling zal je dan wel recht hebben op een zorgticket, dit ticket biedt geen enkele garantie dat er ook effectief zorg beschikbaar is. Tegelijk kunnen voorzieningen hun erkende capaciteit niet overschrijden, waardoor ze niet aan die extra vraag tegemoet kunnen komen. Zeker in regio's met een beperkt zorgaanbod zal dit probleem zich stellen, daar zal de gepaste of gewenste zorg soms gewoonweg niet voorhanden zijn.

Door de opgelegde voorzieningstypes en erkenningsnormen kan de markt ook slechts in erg beperkte mate reageren op inhoudelijke evoluties in de vraag naar zorg. Er is bijvoorbeeld veel vraag naar een meer gediversifieerd aanbod aan woonzorgvormen die een geleidelijke overgang creëren tussen wonen in een individuele thuisomgeving en wonen in een woonzorgcentrum. De ontwikkeling van dergelijke nieuwe vormen van zorg en wonen, vraagt om een meer flexibel erkenningskader.

De vraag stelt zich ook welke tendensen zullen ontstaan op het vlak van meer of minder aantrekkelijke cliënten binnen het nieuwe financieringssysteem. Denk aan de tendens om voornamelijk ouderen met zwaardere zorgnoden op te nemen in het woonzorgcentrum of de gebrekkige compensatie in de financiering van gezinszorg voor de lagere gebruikersbijdrage van mensen met een laag inkomen. De logica dat zorgaanbieders een hogere financiering krijgen voor de ondersteuning aan ouderen met een hogere zorgzwaarte blijft ook met de invoering van PVF bestaan. Dit maakt gepaste zorg mogelijk, maar staat tegelijk haaks op het streven naar zorg en activering die de zelfredzaamheid van de oudere terug versterkt.

### **Flexibele zorgtrajecten**

Heel wat ouderen combineren vandaag al verschillende vormen van zorg. Een voorbeeld: een dienst voor thuiszorg staat in voor de ochtendverzorging, waarna de oudere zijn dag in het dagcentrum doorbrengt om 's avonds opgevangen te worden door een mantelzorger. Vaak is ook de huisarts betrokken bij de zorg. Eventueel aangevuld door andere professionals als een kinesitherapeut, sociaal werker, psycholoog, ergotherapeut, ... De betrokkenheid van die verschillende zorgaanbieders vraagt om afstemming. Daarom wordt **multidisciplinair overleg** georganiseerd op het niveau van de eerste lijn.

BelRAI biedt een ondersteunend kader voor dit multidisciplinair overleg. Zoals gezegd zullen zorgverleners dezelfde taal spreken, maar BelRAI brengt ook een digitale omgeving met zich mee waar informatie over de zorgnoden van de oudere en zijn zorgplan eenvoudig gedeeld kan worden. Waar BelRAI een ondersteunend kader biedt voor het overleg, zou PVF stimulansen creëren tot samenwerking. In theorie kan de oudere met een zorgnood zijn zorgticket immers inzetten bij verschillende zorgaanbieders tegelijkertijd en zo een zorgpakket op maat creëren. BelRAI en PVF creëren echter enkel mogelijkheden. Het inschalings- en het financieringssysteem op zich garanderen niet dat er meer communicatie en samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders over sectoren heen tot stand komt.

Het is ook nog onduidelijk of de oudere met een zorgnood er zelf voor zal kunnen kiezen om de punten van zijn **zorgticket te splitsen** om in te zetten bij verschillende zorgaanbieders. Daarbovenop is het nog koffiedik kijken hoe die aanbieders met elkaar in verbinding zullen staan en met elkaar zullen interageren. Zal het bijvoorbeeld mogelijk worden om een vertrouwde zorgverlener van de dienst voor gezinszorg mee in te schakelen in het woonzorgcentrum? Ook het feit dat de bevoegdheid voor een

deel van de zorg federale materie is, bijvoorbeeld de ziekenhuizen en de thuisverpleging, beperkt de mogelijkheden tot naadloze en flexibele zorg. Federale materie valt immers niet onder de VSB.

Verder blijft het onduidelijk hoe **verschillende financieringssystemen op elkaar afgestemd** zullen worden. De gehandicaptensector kent bijvoorbeeld ook een systeem van persoonsvolgende financiering, maar dat systeem verschilt grondig van wat uitgebouwd wordt in de VSB. De overgang van de ene naar de andere sector blijft dus complex. Zo zal een ouder wordende persoon met een beperking met zijn VAPH-budget geen beroep kunnen doen op zorg die deel uitmaakt van de ouderenzorg, en omgekeerd.

Ook vanuit **voorzieningsperspectief** brengt PVF onzekerheden met zich mee. Gevreesd wordt dat PVF de continuïteit voor zorgaanbieders en zorgverleners in het gedrang brengt. Door de rigide programmatiecriteria zijn de voorzieningen bovendien beperkt in de mate waarin ze kunnen tegemoetkomen aan de vraag om zorg en ondersteuning.

## Beleidsaanbevelingen

PVF kan een belangrijke hefboom zijn in de realisatie van de ambities voor de toekomst van de ouderenzorg. Momenteel is er echter nog heel wat onduidelijkheid en is aan een aantal randvoorwaarden nog niet voldaan. Ook het ruimere debat rond de marktwerking tussen vraag en aanbod dat PVF met zich meebrengt, is nog niet gevoerd. Vanuit deze bezorgdheden formuleert de Vlaamse Ouderenraad **5 aanbevelingen en aandachtspunten** die mee moeten worden genomen in de verdere ontwikkeling en uitbouw van PVF in de ouderenzorg.

### 1. Volwaardige uitbouw, validering en uitrol BelRAI

De uitrol van PVF staat of valt met de implementatie van de BelRAI. Voor er financiering aan gekoppeld kan worden, moet elk inschalingsinstrument uitgebreid in de praktijk **getest, gevalideerd en geïmplementeerd** zijn. De zorgverleners in de ouderenzorgsector moeten immers volledig mee zijn in dit nieuwe verhaal. Tegelijk moeten ouderen en hun mantelzorgers ook steeds zelf hun inschaling kunnen consulteren en zo nodig kunnen aansturen op een nieuwe inschaling wanneer hun zorg- of ondersteuningsnood wijzigt.

De **krappe timing**, met onderzoek, pilootprojecten en implementatie die elkaar in snel tempo opvolgen, moet mogelijks herbekeken worden door de coronacrisis.

## 2. Financiering

### Structurele investeringen

Het mag duidelijk zijn: PVF gepaard laten gaan met verdere besparingen kan geen optie zijn. Integendeel, er is net nood aan **bijkomende en structurele investeringen**. In een context van onderfinanciering kan PVF immers niet leiden tot meer kwaliteitsvolle zorg- en dienstverlening. De Vlaamse Ouderenraad pleit er dan ook voor om op termijn te evolueren naar een open-end financiering die tegemoet komt aan alle reële zorgnoden binnen de VSB.

### Correcte zorgzwaartefinanciering

Met de implementatie van PVF moet een correcte zorgzwaartefinanciering de norm worden. Maar het blijft een **politieke keuze** die zal bepalen welke zorg, en dus welke financiering, tegenover welke noden zal geplaatst worden. Deze keuze moet wetenschappelijk en maatschappelijk onderbouwd zijn en een realistische inschatting maken van de nodige zorg.

Specifiek voor de **residentiële ouderenzorg** moet op korte termijn de ROB en RVT- financiering gelijkgetrokken worden op RVT-niveau, voorafgaand aan de invoering van PVF. Tegelijkertijd moet ook die RVT-financiering geëvalueerd en bijgestuurd worden met oog op het realiseren van kwaliteitsvolle en integrale zorg.

### Aanvullende financieringssystemen

Ten slotte is er nood aan aanvullende financieringssystemen. Het is immers onmogelijk om via PVF alle soorten kosten in de ouderenzorg te dekken. Aanvullende financieringsmechanismen moeten voorzien zijn voor de **acute, niet-planbare zorg**, zodat de toegankelijkheid en betaalbaarheid van het aanbod altijd verzekerd zijn.

Ook de financiering van **organisatiegebonden kosten** moet via alternatieve mechanismen verzekerd worden. Deze kosten moeten correct ingeschat worden en in overeenstemming gefinancierd worden. Een ruime interpretatie van deze kosten is hierbij noodzakelijk, onder andere investeren in de samenwerking tussen diverse zorgaanbieders en bewaken dat werken in de ouderenzorg aantrekkelijk blijft (o.a. degelijke coaching en omkadering voor medewerkers) moeten hierin vervat zitten. Verder moeten in de organisatiegebonden financiering stimulansen voorzien zijn om zorgaanbieders te prikkelen om in te zetten op kwaliteitsverbetering en moet deze financiering stimulansen bieden om in te zetten op vernieuwing.

### 3. Flexibel zorgticket

PVF moet de evolutie naar een **dialogogestuurde en doelgerichte zorg** bestendigen. Bij de opmaak van het zorgplan op basis van de BelRAI-inschaling, moet de oudere de nodige keuzevrijheid krijgen om de meest aangewezen zorgvorm te bepalen, in samenspraak met de mantelzorgverlener en professionele zorgverleners. De nodige flexibiliteit moet voorzien zijn bij de toekenning en aanwending van het zorgticket, zodat zorggebruikers effectief hun optimale combinatie en gradatie van zorg samen kunnen stellen.

Aanvullend moet het zorgticket rekening houden met de **context van de oudere met zorgnoden**. Denk aan de aan- of afwezigheid van een sterk sociaal netwerk, van mantelzorgers of van een aangepaste woning en woonomgeving. Zo kan de mogelijkheid onderzocht worden om zorgtickets die door de aanwezigheid van mantelzorg niet besteed worden, op een andere manier aan te wenden. Bijvoorbeeld voor het inschakelen van psychosociale ondersteuning voor die mantelzorgers. Omgekeerd mag rekening houden met deze contextfactoren mag echter geen aanleiding geven tot het afstraffen van ouderen die goed omringd zijn, in de zin dat in de zin dat die mantelzorg zou resulteren in minder recht op professionele zorg.

In het licht van de nood aan flexibiliteit stellen we de vraag of een **gedeeltelijke cashregeling** een opportuniteit kan zijn. Momenteel wordt uitgegaan van het trekkingsrecht, maar de mogelijkheid om een cashregeling ten minste te onderzoeken werd opengelaten. Dit kan een interessante oefening zijn: Voor welke vormen van ondersteuning kiezen ouderen zelf? Onder welke voorwaarden versterkt cash de eigen regie van ouderen? Welke ondersteuning is er nodig opdat ouderen kwaliteitsvolle combinaties van zorg kunnen samenstellen? In welke mate kan de omzetting van zorgtickets naar cash een oplossing bieden wanneer er geen geschikt woonzorgaanbod in de nabije omgeving is?

Bij deze **pilootprojecten** moet evenwel niet alleen aandacht zijn voor het perspectief van de zorggebruiker, maar ook voor het voorzieningsperspectief, zodat ook de continuïteit van het zorgaanbod en de werkzekerheid van medewerkers mee in beschouwing worden genomen.

In navolging van PVF in de sector van personen met een handicap is een **combinatie van het vouchersysteem met een beperkt vrij besteedbaar budget** een piste die onderzocht en overwogen moet worden. Dit vrij besteedbaar budget moet aangewend kunnen worden voor erkende én niet-erkende zorg. Bijvoorbeeld voor het aanstellen van persoonlijke assistentie, ondersteuning van mantelzorgers, kleine infrastructuuringrepen aan de woning of verbetering van de mobiliteit. Op die manier kan een deel van de zorg meer flexibel inspelen op persoonlijke noden en wensen. En bovendien kan het helpen om toch de nodige zorg en ondersteuning te verkrijgen, ook wanneer er onvoldoende geprogrammeerd aanbod is.



#### 4. Flexibel erkenningskader

Een zorgticket dat afgestemd is op de noden van de zorggebruiker, vraagt om een zorgaanbod dat flexibel op deze noden kan inspelen. Daarom is een grote mate van **openheid in het zorglandschap** nodig. Het rigide erkenningskader en de strikte programmatiecriteria die het aanbod beperken, moeten doelgericht versoepeld worden.

Meer flexibiliteit creëren in het erkenningskader moet leiden tot een meer divers aanbod. Terwijl meer flexibiliteit in de programmatiecriteria ervoor moet zorgen dat het aanbod afgestemd is op de omvang van de noden. De mogelijkheden die BelRAI kan bieden als instrument dat de klijtlijnen van het zorgaanbod uitzet moeten verkend worden. Zo kan BelRAI aangeven welke zorgbehoeften onvoldoende beantwoord worden binnen het bestaande aanbod.

#### 5. Ondersteuning zorggebruikers

Meer eigen regie mag niet gelijkstaan aan minder ondersteuning voor de oudere zorggebruiker. Integendeel, om werkelijk te genieten van autonomie en keuzevrijheid is ondersteuning noodzakelijk. **Professionele omkadering** moet voorzien zijn om ervoor te zorgen dat ouderen en hun mantelzorgers het aanbod voldoende voorzien, hun zorgticket optimaal kunnen aanwenden in dialoog met zorgaanbieders en garanderen dat de zorg bijgestuurd wordt als de zorgnoden veranderen.

Het moet duidelijk zijn wie een aanspreekpunt kan zijn, wie ondersteuning kan bieden en hoe deze ondersteuning gefinancierd zal worden. Deze financiering moet bovenop de financiering van de zorgkosten komen.

## Referenties

Op de Beeck, L., Schepers, W. en Van Regenmortel, T. (2018). *Inzet van het vrij besteedbaar gedeelte van het persoonsvolgend budget voor personen met een handicap*. Verkregen via <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/swvg-ef25-rapport-05-vrij-bestedbaar-bedrag>

Declercq, A., Vermeulen, B., Van Eenoo, L. en Vanneste, D. (2015). *Naar een getrappt gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener*. Verkregen via [https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi\\_upload/2015-rapport-belraiscreener-def.pdf](https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2015-rapport-belraiscreener-def.pdf)