

Advies

Aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg

Brussel, 24 mei 2012

Goedkeuring/bekrachtiging raad: 24 mei 2012

Inhoud

Krachtlijnen van het advies.....	4
Advies.....	7
1. Inleiding.....	7
2. Begrippenkader	8
3. Het zorgveld ten dienste van het algemeen belang	11
3.1. Maatschappelijk Verantwoorde Zorg.....	11
3.2. Een dynamisch zorgveld.....	16
4. Instrumenten die bijdragen tot Maatschappelijk Verantwoorde Zorg en een dynamisch zorgveld	21
4.1. Maatschappelijk Verantwoorde Zorg vertalen in regelgeving en indicatoren	22
4.2. Maximale informatie en transparantie	23
4.3. Persoonsgerichte financiering.....	25
4.4. Voorwaarden voor deelname en winst op het zorgveld.....	28
4.5. Van geprogrammeerde zorg naar zorgprognoses.....	35
4.6. Toezicht.....	37

Krachtlijnen van het advies

BELANGRIJK:

Dit advies is een antwoord op het voornemen dat minister Jo Vandeuren formuleerde in zijn beleidsnota 2009-2014. De minister wil weten wat de gewenste houding van de overheid moet zijn ingevolge de organisatie van het residentiële zorgaanbod door de publieke, private social en private commerciële zorgaanbieders

Dit advies heeft niet de ambitie om de vraag van minister Vandeuren van een eenduidig, laat staan volledig, antwoord te voorzien. Integendeel. In dit advies worden een aantal aanbevelingen opgesteld waarmee slechts een eerste, constructieve bijdrage wordt geleverd aan het debat over marktwerking, privatisering en commercialisering in de residentiële ouderenzorg.

Dit advies kan enkel in zijn totaliteit gelezen en geïnterpreteerd worden. Elke partiële en selectieve weergave ervan doet afbreuk aan de visie die de SAR WGG doorheen talrijke discussie- en reflectiemomenten heeft ontwikkeld.

De grote uitdaging waar Vlaanderen voor staat is het realiseren en borgen van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg (MVZ).

MVZ kan maar verwezenlijkt worden als de zorg zich richt op de reële behoeften van gebruikers, als er genoeg zuurstof wordt voorzien voor sociaal ondernemen en als de bovenlokale overheid een duidelijk voorwaardenkader uittekent en afdwingt.

Om dit te bekomen stelt de raad de inzet van een beperkt aantal overheids- en marktgerelateerde instrumenten voor. Deze instrumenten staan hieronder opgesteld.

1. Indicatoren en regelgeving gebaseerd op Maatschappelijk Verantwoorde Zorg

Aangeboden zorg moet steeds maatschappelijk verantwoord zijn. De visie op Maatschappelijk Verantwoorde Zorg moet noodzakelijkerwijs hertaald worden in regelgeving zoals het woonzorgdecreet en kwaliteitsdecreet. Ook kan een kaderdecreet MVZ overwogen worden daar aanbieders de MVZ-toets moeten doorstaan om te kunnen deelnemen op het zorgveld. Verder moet MVZ ook zijn neerslag krijgen in indicatoren die in overleg met de betrokkenen vorm krijgen om tot een gedragen en gevalideerde indicatorenset te komen.

2. Maximale informatie en transparantie over fundamentele kenmerken van het zorgaanbod

De gebruiker moet een geïnformeerde keuze kunnen maken. Zonder informatie over het zorgaanbod (prestaties, kwaliteit, prijs...) zal keuzevrijheid voor de gebruiker een wensdroom blijven. Bovendien genereert een gebrek aan transparantie in combinatie met informatieasymmetrie een onwenselijke machtspositie voor zorgaanbieders. De overheid moet op systematische wijze de prestaties, kwaliteit en prijzen van aanbieders doorlichten en publiceren.

3. Overwegen van invoering ‘persoonsgerichte financiering’

Tot nog toe werd hoofdzakelijk het aanbod gefinancierd: aanbieders worden rechtstreeks gefinancierd om een welbepaald zorgaanbod tot stand te brengen. Hierbij wordt zekerheid gegeven aan aanbieders maar kan de stimulans ontbreken om het aanbod af te stemmen op de vraag.

De raad is van mening dat persoonsgerichte financiering een belangrijke hefboom kan zijn in de omslag van een aanbodgestuurd naar een behoeftegericht zorgsysteem. ‘Persoonsgerichte financiering’ is een verzamelterm voor budgetsystemen zoals het persoonsgebonden budget en het persoonsvolgend budget. Bij persoonsgerichte financiering kan op basis van zorginschaling aan elke zorgbehovende een persoonlijk zorgbudget toegekend worden.

Ook zou persoonsgerichte financiering het bovendien eenvoudiger kunnen maken voor personen met een zorgbehoefte om hun vraag te richten aan zorg- en hulpverleners uit verschillende welzijns- en gezondheidssectoren.

4. Voorwaarden voor deelname en winst op het zorgveld

Het winstdebat heeft in onderhavig advies enkel betrekking op residentiële ouderenzorg. Het winstdebat in de gezins- en thuiszorg zal vowerp maken van een later advies.

Vooreerst wenst de SAR WGG dat de overheid een belangrijke rol blijft spelen in de zorg voor ouderen. De raad onderstreept dat de overheid voldoende budget moet blijven vrijmaken om in de woonzorg voldoende MVZ te kunnen realiseren. Dit hoort een bewuste keuze te zijn van samenleving en overheid.

Alle aanbieders van zorg moeten de toets van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg doorstaan. Het aanbieden van kwaliteitsvolle, sociaal rechtvaardige, performante, relevante en toegankelijke zorg moet het uitgangspunt zijn voor aanbieders. De visie van de SAR WGG op Maatschappelijk Verantwoorde Zorg moet zoals hierboven reeds gesteld zijn vertaling vinden in de relevante regelgeving.

Aanbieders die de MVZ-toets doorstaan mogen zich op het zorgveld begeven. *Publieke middelen voor zorg* (collectieve financiering) moeten volledig gebruikt worden voor hun bestemming: het aanbieden van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg. Dit kan zorg en zorggerelateerde dienstverlening zijn (zie omschrijving ‘zorggerelateerde dienstverlening’ in het begrippenkader). Voor de SAR WGG is ‘zorggerelateerde dienstverlening’ een algemeen begrip waarvan de inhoud in de tijd kan evolueren. Het begrip moet later geconcretiseerd worden. De raad is van mening dat *publieke middelen voor zorg* nooit mogen worden aangewend voor enige vorm van winstuitkering.

Om zekerheid te hebben of de *publieke middelen voor zorg* voor 100% naar zorg gaan is maximale transparantie nodig. Transparantie door de aanbieders - inzake het financiële reilen en zeilen, huisvesting, bouwkost, dagprijs...- is een absolute voorwaarde, de *conditio sine qua non*, voor de standpunten die in deelhoofdstuk 4.4 volgen.

Op niet-zorggerelateerde goederen en diensten kan eventueel winst uitgekeerd worden. Winstuitkering moet transparant gerapporteerd worden en mag in geen

geval leiden tot hoge gebruikersbijdragen die de toegang tot Maatschappelijk Verantwoorde Zorg belemmeren.

5. Van programmatie naar flexibele zorgprognoses

De Vlaamse regering moet het programmatie-instrument op een grondige manier evalueren om zo te kunnen komen tot een meer flexibel instrument. We moeten evolueren van het huidige systeem van programmatie naar een systeem van zorgprognoses. De raad adviseert om meer systematisch studiewerk en monitoring te doen via een observatorium.

6. Toezicht op de naleving van wettelijke normen en correcte competitie

Toezicht op het zorgveld is vereist om het publieke belang van zorg te vrijwaren. De toezichtsoopdracht omhelst zowel de controle op de naleving van de wettelijke normen als toezicht op het gedrag van aanbieders op het zorgveld.

Advies

1. Inleiding

De minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren, kondigde in zijn beleidsnota 2009-2014 aan dat hij de SAR WGG om een advies zal verzoeken over *“de voor- en nadelen van de organisatie van het residentiële zorgaanbod door de publieke, private social en private commerciële zorgaanbieders.”* De minister wilde weten wat voor de SAR WGG *“de gewenste houding van de overheid hieromtrent”* moet zijn.¹

Op de raadsvergadering van 28 januari 2010 heeft de SAR WGG besloten om de adviesvraag niet af te wachten. Er werd geopteerd voor een proactief advies.² Hiervoor werd een werkgroep ‘Markt, Commercialisering en Zorg’ opgericht die een eerste ontwerp van advies voorbereidde voor besprekingen in de raad. De werkgroep bestond uit de leden van de SAR WGG of hun plaatsvervangers, en derden, die vanwege hun expertise betrokken werden bij de debatten.

Binnen de schoot van deze werkgroep werden ook vier hoorzittingen georganiseerd:

- ‘Marktwerking en de zorgmarkt voor Personen met een Handicap’ met professor Jef Breda (UA) en drs. Hans Gevers (UA) (22 april 2010);
- ‘Marktwerking en de rol van de EU’ met professor Johan Put (KUL) en drs. Maarten Janssens (KUL) (27 mei 2010);
- ‘Kwaliteitsnormen en Kwaliteitsborging’ met drs. Helene Beaud (directeur NIAZ) en professor Arthur Vleugels (KUL) (7 oktober 2010);
- ‘Marktwerking in internationaal perspectief’ met professor Allyson Pollock (VK) en Erik Schokkaert (KUL/UCL) (9 november 2010).

De raad heeft tijdens verschillende raadsvergaderingen verder vorm gegeven aan het advies. Voorliggend eindadvies is in consensus goedgekeurd op de raadsvergadering van 24 mei 2012. Eén lid heeft zich bij de stemming onthouden.

¹ VANDEUREN, J., Beleidsnota 2009-2014 Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, p. 53.

² Hoewel de beleidshefbomen rond ouderenzorg - sinds de Bijzondere Wet van 8 augustus 1980 tot Hervorming der Instellingen (BS 15 augustus 1980) - verdeeld zijn over de gemeenschappen en gewesten, zal de raad in dit advies evenwel minder rekening houden met deze bevoegdheidsverdeling om werkelijk een visie te kunnen ontwikkelen.

2. Begrippenkader

In het maatschappelijk debat geeft lang niet iedereen dezelfde lading aan begrippen zoals privatisering, marktwerking en commercialisering. Om spraakverwarring te vermijden omschreef de raad een aantal sleutelbegrippen. Zodoende kan er op eenduidige wijze gerefereerd worden naar de desbetreffende termen.

Commercialisering

Commercialisering wijst op een dynamiek waarbij een groeiend aantal aanbieders met winstoogmerk in het zorgaanbod voorziet. Een commerciële aanbieder in de zorg is een private zorgaanbieder die een winstoogmerk heeft en met de inzet van private en/of publieke hulpbronnen in competitie treedt met andere zorgaanbieders. Hierbij wordt de winst ook gebruikt om uit te keren aan de aandeelhouders, het management of de beheerders.³

Marktconformiteit

Met het begrip 'marktconformiteit' doelt de raad op vergoedingen voor prestaties die overeenkomen met wat betaald wordt indien eventuele machtsposities niet worden misbruikt om aan abnormale of buitenproportionele tariefzetting te doen. De raad stelt dat competitie en regulering instrumenten kunnen zijn om marktconformiteit (en dus onder meer de beste verhouding tussen prijs en kwaliteit) te bekomen.

Marktwerking

Het begrip marktwerking is veelomvattend. Ideaaltypisch is marktwerking *“de organisatievorm waarbij het ‘evenwicht tussen vraag en aanbod en de gewenste kwaliteit van het aanbod tot stand komt door het vrije initiatief van de actoren en door onderlinge concurrentie.”*⁴ Over de kenmerken van marktwerking: *“Ervan uitgaande dat vragers en aanbieders hun nut maximaliseren, vereist dit een structuur waarbij geen partij absolute marktmacht heeft [keuzevrijheid voor vragers en aanbieders], geen productdifferentiatie bestaat [homogene of vergelijkbare producten] en waarbij toe- en uittreding en vrije prijsvorming mogelijk is.”*⁵ Dit zijn de kenmerken van marktwerking.

In de woonzorg in Vlaanderen manifesteren een aantal van bovenstaande kenmerken zich in een beperkt aantal deeldomeinen. Zo is er een bepaalde mate van keuzevrijheid voor vragers en toe- en uittreding voor aanbieders. Een kenmerk als 'geen productdifferentiatie' is dan weer eerder afwezig omdat in de zorgsectoren de aangeboden zorg moet samenhangen met de zorgbehoefte (zorg op maat).

³ De winst wordt dus niet louter geherinvesteerd met het oog op het bieden van meer of betere zorg, het aanleggen van voldoende reserves in het licht van een veilige toekomst, toekomstige investeringen in de infrastructuur en zo meer.

⁴ PUT, J. e.a. (2009). *Marktwerking in de zorg. Who cares?* IN: Welzijn en Zorg in Vlaanderen 2009-2010, Kluwer, Mechelen, p. 429.

⁵ PAULUS, A. e.a., (2001). *Marktwerking is...?*, Bestuurskunde, volume 10 nr. 20, p. 210.

De graad van marktwerving hangt in ieder geval af van de mededinging tussen de aanbieders, de keuzevrijheid voor vrager en aanbieder en de prijsbepaling.

Mededinging

In dit advies verstaat de raad onder mededinging het proces waarbij zorgaanbieders op het zorgveld met elkaar in competitie treden.

Persoonsgerichte financiering

Persoonsgerichte financiering is een begrip van de SAR WGG. Het betreft een verzamelterm voor budgetsystemen zoals het persoonsgebonden budget (cash) en het persoonsvolgend budget (indirect). Deze budgetten – die bepaald worden op basis van een multidisciplinaire en intersectorale inschaling van de zorgbehoevende – kunnen gevat worden onder de verzamelnaam ‘persoonlijk zorgbudget’.

Bij persoonsgerichte financiering wordt de zorgbehoevende voor zijn zorg- en zorggerelateerde kosten (cfr. verder voor omschrijving) gefinancierd met het oog op het maken van een eigen keuze inzake zorgvorm en (door de overheid erkende) aanbieders. De financiering kan al dan niet rechtstreeks gebeuren. De keuzemogelijkheid zou de aanbieders moeten aanzetten om te dingen naar de gunst van de zorgbehoevende wat op zijn beurt de kwaliteit, betaalbaarheid en innovatie zou moeten kunnen stimuleren.

Privatisering

Privatisering wijst op een dynamiek waarbij diensten van de publieke naar de private sector worden getransfereerd.⁶ De private sector omvat alle professionele zorgaanbieders die niet rechtstreeks in dienst zijn van, of beheerd worden door, een overheid. Het gaat dan om *social profit* of *for profit* actoren. Deze zorgaanbieders kunnen al dan niet erkend zijn door een overheid en al dan niet subsidies ontvangen van een overheid.

Woonzorg

Woonzorg slaat op thuiszorg of ouderenzorg zoals omschreven in het woonzorgdecreet in art. 2, 1°.

Zorg

De term ‘zorg’ moet in het kader van het proactief advies Integrale Zorg van de SAR WGG nog duidelijk omschreven worden (2012). Eén van de belangrijkste ambities van het advies Integrale Zorg is verbindende trajecten te voorzien in het discours over zorg - tussen de domeinen welzijn en gezondheid (horizontaal) en tussen de verschillende lijnen (verticaal). Wanneer we in dit kader spreken van ‘integrale zorg’ dan wordt er dus zowel zorg- als hulpverlening bedoeld, zowel gezondheid als welzijn én zowel informele (zelfzorg, mantel- en vrijwilligerszorg) als formele (professionele) zorg, en ook preventie. Het gaat dus over elke vorm van zorg die in een samenleving wordt opgenomen.

⁶ PUT, o.c., p. 424.

Zorggerelateerde dienstverlening

Wanneer de raad spreekt over zorggerelateerde dienstverlening dan worden hiermee die diensten bedoeld die nodig zijn om ervoor te zorgen dat de geboden zorg- en hulpverlening in strikte zin maatschappelijk verantwoord is (kwaliteit, relevantie, toegankelijkheid, performantie en *equity*). Niet-zorggerelateerde dienstverlening zijn diensten zonder dewelke het maatschappelijk verantwoorde gehalte van de zorg- en hulpverlening in strikte zin ongewijzigd blijft.

Voor de SAR WGG is 'zorggerelateerde dienstverlening' een algemeen begrip waarvan de inhoud in de tijd kan evolueren. Het begrip moet later geconcretiseerd worden.

Zorgveld

Het zorgveld is de ruimte waar gebruikers en aanbieders elkaar ontmoeten, met elkaar interageren, waarbij het voorwaardenkader uitgetekend wordt door de bovenlokale overheid met het oog op de borging van het algemeen belang.

3. Het zorgveld ten dienste van het algemeen belang

In de visienota 'Maatschappelijk Verantwoorde Zorg' van 24 februari 2011 (cfr. 3.1) heeft de SAR WGG de publieke belangen eigen aan zorg omschreven.

Vlaanderen ondergaat een belangrijke bevolkingstransitie en staat voor grote uitdagingen in de woonzorg. De levensverwachting van de bevolking in Vlaanderen is hoog en blijft stijgen. Uit het onderzoek 'Programmatie thuiszorg- en ouderenvoorzieningen' van Breda e.a.(2010) - uitgevoerd in opdracht van de Vlaamse Overheid - leiden we af dat het aandeel 65-plussers tussen 2010 en 2030 met 45,9% zal toenemen en dat het aandeel 90-plussers met maar liefst 273% zal toenemen.⁷

Dit zal uiteraard gevolgen hebben voor het zorgaanbod, de zorguitgaven, de positie van de gebruiker en mantelzorg. De uitdaging qua noodzakelijk zorgaanbod is enorm. Zowel qua zorgcapaciteit als qua personeel in de woonzorg. Met een toenemende afhankelijkheidsratio⁸ de komende decennia zullen ook de publieke budgetten voor zorg onder druk staan.⁹ Ook de uitgaven voor langdurige zorg zullen blijvend stijgen in de komende decennia.¹⁰ Door sociologische veranderingen in onze samenleving (individualisering, gezinsverdunning, echtscheidingen, verstedelijking, een toenemende werkzaamheidsgraad, toenemende intra-Europese mobiliteit,...) zal er ook druk komen op de capaciteit van mantelzorg in de toekomst.

Deze uitdagingen zijn sterk gelieerd met de vijf uitgangspunten van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg. In die zin is dé grote uitdaging voor de komende decennia de garantie van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg.

3.1. Maatschappelijk Verantwoorde Zorg

De SAR WGG bracht op 24 februari 2011 advies uit over 'Maatschappelijk Verantwoorde Zorg' (lees: goede zorg). Met de visie op Maatschappelijk Verantwoorde Zorg wordt op heldere wijze geduïd op de publieke belangen van zorg. Publieke belangen zijn *"belangen waarvan de behartiging voor de samenleving als geheel wenselijk is en die de politiek zich om deze reden aantrekt."*¹¹

In deze visienota gaan we uit van een benadering die dwarsverbindingen legt tussen welzijns- en gezondheidssectoren. We voorzien deze sectoren van een gemeenschap-

⁷ BREDA, J, e.a. Programmatie thuiszorg- en ouderenvoorzieningen, onderzoek in opdracht van de Vlaamse overheid, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2010, p. 7.

⁸ Het aantal ouderen uitgedrukt als percentage van de personen op beroepsactieve leeftijd.

⁹ Zie Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>)

¹⁰ Zie onder meer: DE HOGE RAAD VAN FINANCIËN, Studiecommissie voor de vergrijzing, Jaarlijks verslag, Juni 2010, p. 5

¹¹ SER, Advies Overheid én markt: het resultaat telt. Voorbereiding bepalend voor succes, 2010, p.2.

pelijke noemer. Dit doen we door fundamentele uitgangspunten te omschrijven van maatschappelijk verantwoorde zorg alsook de componenten ervan vast te leggen. De uitgangspunten worden omschreven en verticaal uitgespit in een aantal componenten.

Maatschappelijk verantwoorde zorg moet de toets doorstaan van de uitgangspunten: kwaliteit, performantie, relevantie, rechtvaardigheid, toegankelijkheid. Elk van de vijf uitgangspunten is even belangrijk, ze zijn interdependent, ze vormen een ondeelbaar geheel. De uitgangspunten worden op hun beurt uitgespit in een aantal componenten die evenzeer onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden.

In dit advies over marktwerking en commercialisering in de woonzorg staan we kort stil bij de uitgangspunten en componenten van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg omdat ze de toetsteen horen te zijn voor elk beleid en elke beleidswijziging in de zorg.

3.1.1. Kwaliteit

Elke gebruiker heeft recht op kwaliteitsvolle zorg- en hulpverlening. Elke zorg- en hulpverlener heeft de plicht tot het verlenen van kwaliteitsvolle zorg. Bovendien moet er permanent gestreefd worden naar kwaliteitsmaximalisatie.

Er bestaan verschillende benaderingen en definities van kwaliteit.¹² Algemeen gesteld is kwaliteit in de zorg *“doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person, and having the best possible results”*.¹³ Dit gebeurt telkens vanuit de noden, behoefte of vragen van de kwetsbare persoon. Daarnaast onderschrijft de raad ook de definitie van het ISQua, licht aangepast weliswaar. Kwaliteit omschrijven we ook als *“(...) the degree to which health [social services in general] services for individuals and populations increase the likelihood of desired health [social services in general] outcomes and are consistent with current knowledge.”*¹⁴

Om kwaliteit te meten moet men beschikken over indicatoren. Bij het opstellen van indicatoren moeten deze getoetst worden aan internationaal aanvaarde en ruim verspreide indicatoren. Om kwaliteit te kunnen vergelijken moet de informatie over kwaliteit uiteraard beschikbaar en transparant zijn. Een ijkpunt is hiervoor noodzakelijk.

¹² In het kwaliteitsdecreet wordt verantwoorde zorg gedefinieerd als zorg die “(...) voldoet aan de vereisten van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Bij het verstrekken van die zorg zijn respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit, de bejegening, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en -behandeling, de informatie aan en de inspraak van de gebruiker en iedere belanghebbende uit zijn leefomgeving gewaarborgd.” (art. 3) Kwaliteitszorg wordt gedefinieerd als: “Kwaliteitszorg is dat deel van de managementfunctie dat bepalend is voor het vaststellen en uitvoeren van het kwaliteitsbeleid, bedoeld in artikel 5, § 1. Voor het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid zijn een kwaliteitsmanagementsysteem als bedoeld in artikel 5, § 2, en een zelfevaluatie als bedoeld in artikel 5, § 3, nodig.” (art. 4)

¹³ Institute of Medicine geciteerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Cfr. <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/onderwerpen/kwaliteit/>

¹⁴ VLEUGELS, A., *Aanbevelingen voor Veilige Zorg, Acta Hospita*, p.18. Noot: met de toevoeging ‘social services in general’ verbreedt de SAR WGG de lading van de definitie van kwaliteit opdat deze toepasbaar is op Welzijn, Gezondheid en Gezin.

In de zorg moet de gebruiker centraal staan. Het is van groot belang dat het perspectief van de gebruiker (en zijn naaste omgeving) het uitgangspunt is in de meting van kwaliteit.

Kwaliteit omvat volgende componenten:

- ▀ Structurele kwaliteit
- ▀ Proceskwaliteit
- ▀ Outcome
- ▀ Veiligheid
- ▀ Kwaliteit ervaren door de gebruiker
- ▀ Continuïteit en integratie
- ▀ Participatie
- ▀ Menselijke waardigheid/integriteit/diversiteit
- ▀ Deontologie en privacy
- ▀ Innovatie
- ▀ Duurzaamheid en transparantie

Deze deelcriteria moeten geoperationaliseerd worden in indicatoren.

3.1.2. Performantie

Performante zorg is zorg die bijdraagt aan stijgende zorg- en levenskwaliteit en maatschappelijk welzijn. Dit kan bereikt worden door op een doelmatige, doeltreffende, preventieve, duurzame en subsidiaire wijze zorg te verlenen.

Performantie omvat volgende componenten:

- ▀ Efficiëntie
- ▀ Doeltreffendheid
- ▀ Preventie
- ▀ Duurzaam ondernemen
- ▀ Subsidiariteit

Deze deelcriteria moeten geoperationaliseerd worden in indicatoren.

3.1.3. Relevantie

De noden van gebruikers, wetenschappelijke inzichten, het algemeen belang en beleidsprioriteiten dragen bij tot het bepalen van de relevantie van zorg. De bepaling van relevante zorg is daarom contextueel en tijdsgebonden. Zorg- en hulpverlening is maatschappelijk relevant wanneer er voldaan wordt aan randvoorwaarden als 'van belang', 'essentieel' en 'voorwaardelijk'. De zorg is immers uitputbaar terwijl behoeften van mensen oneindig kunnen zijn. Het gaat om 'zorg die ertoe doet'.

'Van belang' wil zeggen dat het individueel en het algemeen belang gediend is met de zorg. 'Essentieel' duidt op het feit dat de gebruiker en de samenleving met een welzijns- en gezondheidsdeficit zouden zitten zonder de zorg- of hulpverlening. 'Voorwaardelijk' betekent dat zorg verlenen afhankelijk is van de wil van de gebruiker, de diagnose of de werkhypothese, de *informed consent* en de zelfbeschikking, de betaalbaarheid in hoofde van de gebruiker, van de zorgverlener en van de maatschappij als ook de beschikbaarheid van zorg.

Zorg verlenen vanuit de vragen en behoeften (noden) van mensen vereist een democratisch maatschappelijk en politiek debat over welke vragen de samenleving kan/zal beantwoorden en welke niet.

Relevantie omvat volgende componenten:

- Keuzevrijheid (noden, behoeften, vragen)
- De opportuniteitskost en het algemeen belang.

Deze deelcriteria moeten geoperationaliseerd worden in indicatoren.

3.1.4. Sociale rechtvaardigheid

Rechtvaardigheid is als ethisch principe een rode draad in welzijn en gezondheid. De Nederlandse Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid sprak in 1987 van billijkheid: *“gelijke mogelijkheden voor ieder gegeven zijn of haar gezondheidstoestand”*.¹⁵

Met rechtvaardigheid verwijst de SAR WGG naar het begrip *equity*, naar sociale of verdelende rechtvaardigheid.

Zorg- en hulpverlening moet sociaal rechtvaardig zijn en dit kan enkel als we de verdeling van zorg nauwlettend in het oog houden. Iedereen moet een gelijk recht en een gelijke kans hebben op maatschappelijk verantwoorde zorg. Het volstaat immers niet om zorg algemeen toegankelijk te houden want niet elke gebruiker kan zijn recht op toegang tot zorg- en hulpverlening op dezelfde wijze uitoefenen.¹⁶

Sociale rechtvaardigheid moet horizontaal en verticaal zijn. ‘Een gelijke behandeling voor mensen met gelijke noden’ is de horizontale dimensie. De verticale dimensie stelt dat ‘ongelijke noden ongelijk behandeld moeten worden, in verhouding tot de nood’. De inspanning en de ingezette hulpmiddelen moeten dus variëren naargelang de zorgbehoefte¹⁷ maar ook naargelang de sociaaleconomische status van de gebruiker. Een universeel beleid moet met andere woorden hand in hand gaan met een selectief beleid dat rekening houdt met zowel de zorgbehoefte als de vermogenstoestand van de gebruiker.

Rechtvaardigheid omvat volgende componenten:

- Universaliteit
- Proportioneel universalisme

Deze deelcriteria moeten geoperationaliseerd worden in indicatoren.

¹⁵ WRR geciteerd in SMITS J. e.a., o.c., 17.

¹⁶ ASHCROFT, R. e.a., *Principles of health care ethics*, Susse, John Wiley & Sons Ltd., 2007, p. 362.

¹⁷ Ibid., p. 384

3.1.5. Toegankelijkheid

Het Nederlandse Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu stelt algemeen dat er sprake is van toegankelijke zorg *“als de gebruikers, die zorg ook daadwerkelijk krijgen”*.¹⁸ Zorg is toegankelijk als de gebruiker er voldoende over geïnformeerd is, maar ook als de gebruiker de zorg kan bereiken en betalen. Ook in de Integrale Jeugdhulp bijvoorbeeld vullen de begrippen ‘bekend’, ‘bereikbaar’, ‘beschikbaar’, ‘begrijpbaar’ en ‘betaalbaar’ toegankelijkheid in.¹⁹ Al deze begrippen zijn opgenomen in onze onderverdeling en omschrijving van het begrip toegankelijkheid in componenten.

Toegankelijkheid heeft dus verschillende voorwaarden. Zo is er de materiële beschikbaarheid van zorg en de financiële, sociale (incl. culturele) en geografische toegankelijkheid van zorg. De afwezigheid van formele (administratieve), financiële, sociale en geografische belemmeringen maakt zorg dus toegankelijk.²⁰

Dit is een ideaaltypische beschrijving. Een bepaalde graad van begrenzing en sturing is onvermijdelijk en soms zelfs wenselijk om negatieve uitwassen zowel aan vraag- als aan aanbodzijde tegen te gaan.

De toegankelijkheid wordt ook vergroot als zorg- en hulpvragen worden verduidelijkt en als behoeften worden gedetecteerd door laagdrempelige werkvormen die rechtstreeks toegankelijk zijn. Een correcte organisatie van zorg, inclusief de rechtstreeks toegankelijke dienstverlening, is van belang om ongelijke toegang tot noodzakelijke zorg, maar ook overconsumptie van zorg tegen te gaan. Belemmeringen die het gevolg zijn van een specifieke zorgbehoefte of de afwezigheid van ziekte-inzicht bij de gebruiker wijzen ook op (on)toegankelijkheid. Daarom kan ‘toeleiding’ een belangrijke voorwaarde voor toegankelijkheid zijn.

Toegankelijkheid omvat volgende componenten:

- Beschikbaarheid
- Tijdigheid
- Bereikbaarheid
- Betaalbaarheid
- Menselijke waardigheid/integriteit/diversiteit
- Toegang informatie en keuzevrijheid (noden, behoeften, vragen).

Deze deelcriteria moeten geoperationaliseerd worden in indicatoren.

¹⁸ SMITS, J. e.a., Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland, RIVM, rapport 279601002/2002, p. 11

¹⁹ Vlaams Beleidsplan Integrale Jeugdhulp 2008-2012, p. 3.

²⁰ SMITS, J. e.a., o.c.

3.2. Een dynamisch zorgveld

De organisatie en invulling van de woonzorg botst door uiteenlopende maatschappelijke ontwikkelingen steeds meer op zijn grenzen. Een van de grote uitdagingen voor de zorgaanbieders van vandaag en morgen is inspelen op de vraag naar meer zorg (op het niveau van de samenleving) en naar meer zorg op maat (op het niveau van de zorgbehoevende).

In dit deel zoomen we in het veld van zorg voor ouderen (daar waar het subhoofdstuk rond Maatschappelijk Verantwoorde Zorg in dit advies geldt voor alle zorg in Vlaanderen).

3.2.1. Behoeftegerichte zorg

Om de overgang te maken naar behoeftegerichte zorg wil de SAR dat in het bijzonder drie aandachtspunten in acht worden genomen: keuzevrijheid, gebruikersrechten en een intersectorale inschaling.

Keuzevrijheid zorgt ervoor dat een gebruiker zijn wens kenbaar kan maken om de zorg te krijgen die hij wil. Keuzevrijheid is een belangrijk principe in de zorg en tevens een fundamenteel kenmerk van marktwerving. De raad is voorstander van keuzevrijheid, een vrijheid die zo maximaal mogelijk maar uiteraard niet absoluut is.²¹

Enkele voorwaarden die noodzakelijk zijn om te kunnen spreken van een keuze zijn voldoende aanbod, competitie tussen aanbieders opdat er tot op zekere hoogte een keuze tussen verschillende opties kan gemaakt worden, de keuzevrijheid van anderen, de vermindering van de informatie-asymmetrie waardoor de gebruiker een geïnformeerde keuze kan maken...

Wat informatie betreft kan niet genoeg worden benadrukt dat keuzevrijheid maar tot goede uitkomsten kan leiden als deze gepaard gaat met voldoende, gestructureerde en kwaliteitsvolle informatie. De rol van de overheid is waarborgen dat deze informatie correct is en aangeboden wordt en door iedereen 'verwerkbaar' is, ook dus door de kwetsbare gebruiker. Zodoende worden zogenaamde suboptimale keuzes zoveel als mogelijk vermeden.

Het is echter van belang om te benadrukken dat de groep ouderen erg verscheiden is. Er zijn ouderen die wellicht geen boodschap hebben aan het maken van de ene na de andere keuze ('dwang tot kiezen'). Evenzeer zijn er een toenemend aantal ouderen die kampen met dementie of met psychiatrische problemen. Vlaanderen telt vandaag ongeveer 100.000 personen met dementie. In de groep van de 85-plussers lijdt meer dan 1 op 3 aan dementie. Er wordt verwacht dat hun aantal met 30% zal stijgen tegen 2020.²² Voor deze groep(en) ouderen gaat het hierboven beschreven keuzevrijheidsparadigma niet helemaal op - tenzij de mogelijkheid wordt geboden dat sommige per-

²¹ Cfr. de vier modellen in MVZ

²² VANDEURZEN, J., Naar een dementievriendelijk Vlaanderen. Dementieplan Vlaanderen 2010-2014, 17 september 2010, p. 4 & 8.

sonen met dementie zich er a priori toe verbinden om 'hun stem' te laten horen via bv. een wettelijk vertegenwoordiger.

De raad verwijst indeze naar de vier modellen die opgenomen zijn in het uitgangspunt relevantie in de visie Maatschappelijk Verantwoorde Zorg - het paternalistische model, het consumentenmodel, het vertegenwoordigersmodel en het overlegmodel – die afhankelijk van de behoefte van de ouderen, en de situatie waarin ze zich bevinden, in overweging kunnen worden genomen.

Keuzevrijheid moet ondersteund worden door gebruikersrechten. In de huidige federale, Vlaamse en sectorale regelgeving zijn gebruikersrechten onvoldoende gewaarborgd. Naast de wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002 moet er een decreta-
le verankering komen waardoor de rechten van gebruikers van de diensten van welzijnsinstanties gegarandeerd worden.

Verder breekt de raad uitdrukkelijk een lans voor een multidisciplinaire en intersectorale inschaling van oudere zorgbehoevenden. De zorgnood wordt dan op basis van fysieke, psychische en sociale parameters bepaald aan de hand van een intersectoraal gevalideerd inschalingsinstrument. Dit instrument moet zijn:

- Deskundig: het indicatie-instrumentarium moet door een objectiverende instantie worden opgesteld. De overheid heeft hier de taak om een instrumentarium vast te leggen.
- Eenduidig en efficiënt: het indicatie-instrument moet sectoroverschrijdend en digitaal van aard zijn. De verschillende sectoren moeten eenzelfde taal hanteren.
- Accuraat: een nauwkeurige inschaling moet multidisciplinair van aard zijn. Multidisciplinaire indicatiestellingsteams kunnen makkelijk de care en cure met elkaar verbinden, inclusief de fysieke, psychische, sociale, familiale context en huisvestingscontext.
- Transparant: de indicatiestelling moet open zijn in alle genomen stappen en er moet gecommuniceerd naar alle belanghebbenden (vb. de gebruiker moet weten hoe hij ingeschaald is).
- Herroepbaar: elke inschaling moet aangepast kunnen worden in het licht van evoluties bij de zorgvrager, zijn naaste omgeving en context.

Tot slot draagt ook een aangepast financieel mechanisme bij tot behoeftegerichte zorg. We verwijzen hier naar het instrument persoonsgerichte financiering dat besproken wordt in titel 4.3.

3.2.2. Toereikende zorgantwoorden

Behoeftegerichte zorg vraagt om toereikende en juiste zorgantwoorden. Op het zorgveld moet er een voldoende groot zorgvolume zijn waarbij verschillende zorgvormen worden aangeboden. Ook moet er een goede spreiding van het zorgaanbod en voldoende zorgpersoneel zijn.

Deze elementen worden de grote uitdaging voor de komende jaren en decennia. In een recent rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg werden een aantal scenario's voor de toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg be-

cijferd. De conclusie in dit rapport is een jaarlijkse stijging met 1800 à 3000 woongelegenheden tegen 2025. Na 2025 zou de behoefte nog prangender worden.²³ “Voor elk alternatief moet bijzondere aandacht worden geschonken aan de nood aan gekwalificeerd personeel”, besluit het Kenniscentrum verder.²⁴

Het aandeel van de bedrijfstak ‘gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening’²⁵ in de totale werkgelegenheid zal op korte termijn stijgen van 11,5 % (2010) naar 13 % (2014).²⁶ De zorgsectoren behoren met andere woorden tot de sectoren waar de arbeidskrapte zich het sterkst zal laten gevoelen.

De nota ‘Werk maken van werk in de zorgsector’ van minister Vandeuren is alvast een eerste, goede aanzet om de arbeidskrapte het hoofd te bieden.²⁷ Tegen de achtergrond van schaarste op de arbeidsmarkt zal de noodzaak aan meer zorgaanbod, en aan behoeftegerichte zorg, het vinden en managen van menselijk kapitaal bovenaan de agenda houden.

Naast een efficiënte inzet van de beperkte middelen moet daarom ook ‘anders en vernieuwend zorg organiseren en ondernemen’ het uitgangspunt worden. Dit houdt in dat er:

- moet worden geïnnoveerd op vlak van arbeidsorganisatie, functiedifferentiatie en taakherschikking (kerntakendebat) over de grenzen van de individuele woonzorgcentra en thuiszorgdiensten heen;
- moet worden ingezet op competentie management;
- een mogelijkheid moet zijn tot de inzet van personeel uit de thuiszorg in de woonzorgcentra en omgekeerd (wat vandaag niet mogelijk is);
- gerichte acties moeten komen om de instroom te verhogen, uitstroom tegen te gaan en een goed retentiebeleid te promoten.
- oog moet zijn voor de werkbaarheid van werk.²⁸

3.2.3. Afstemming tussen vraag, aanbod en overheid

Op een dynamisch zorgveld staat de gebruiker centraal (behoeftegerichte zorg) en is er voldoende en kwaliteitsvol zorgaanbod. Deze kunnen nog beter op elkaar afgestemd worden door de inzet van een beperkt aantal overheids- en marktgerelateerde instrumenten.

²³ VAN DEN BOSCH, K. e.a., Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: projecties 2011-2025. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 167A. D/2011/10.273/63, p. v.

²⁴ Ibid., p. vi.

²⁵ Waaronder o.m. de rust- en verzorgingstehuizen, instellingen voor mensen met een handicap en kinderopvang.

²⁶ VANDEUREN, J., Werk maken van werk in de zorgsector. Acties ter bevordering van de werkgelegenheid in de zorgsector, 21 mei 2010, p. 5.

²⁷ Ibid., 88p.

²⁸ Werkbaar werk wordt geëvalueerd op basis van vier criteria: psychische vermoeidheid, welbevinden in het werk, leermogelijkheden en de werk-privé-balans. Cfr: STICHTING INNOVATIE EN ARBEID, Sectorprofiel werkbaar werk. Gezondheids- en welzijnszorg, Brussel, 2011, p. 2.

De Vlaamse woonzorg kent vandaag reeds enige marktwerking. Zo is er de vrijheid van keuze van de zorgaanbieder, de (relatieve) vrijheid van initiatief en vestiging van zorgaanbieders, out of pocket betalingen en zo meer. Wachtlijsten, programmaties, subsidievoorwaarden, de afwezigheid van een vrije prijszetting, de quasi afwezigheid van transparantie en informatie over de prijs en kwaliteit beperken de marktwerking.²⁹ Niettemin zou een meer juiste inzet van enkele markt- en overheidsinstrumenten tot betere resultaten kunnen leiden.

Elementen van marktwerking zoals keuzevrijheid en vrijheid van initiatief van zorgaanbieders zijn een goede zaak. Keuzevrijheid draagt ongetwijfeld bij aan de hoge tevredenheidscijfers m.b.t. de (gezondheids)zorg in België.³⁰ En aanbieders willen genoeg bewegingsvrijheid hebben om te kunnen voldoen aan de behoeften van gebruikers. Er zijn echter nog een aantal elementen van marktwerking die zouden kunnen bijdragen aan maatschappelijk verantwoorde zorg. Denken we maar aan meer informatie voor de gebruiker inzake prijs, aanbod en kwaliteit van zorg (cfr. 4.2) of aan financiering op maat (cfr. 4.3). Het blijft echter noodzakelijk dat de overheid coördineert aan de hand van onder meer een sluitend vergunningsbeleid (cfr. 4.4) of toezicht (cfr. 4.6).

Gezondheidszorg is een ‘*merit good*’. Dit zijn goederen en diensten die vanuit het oogpunt van de maatschappij zo’n belangrijke toegevoegde waarde hebben dat een actief samenspel tussen overheid en alle actoren vereist is. Zodoende wordt het voordeel van deze goederen en diensten maximaal gevrijwaard voor alle burgers.³¹

Er zijn veel factoren – denken we maar aan informatieasymmetrie, marktmacht... - die ertoe kunnen bijdragen dat ondoordacht marktwerkingsbeleid leidt tot inefficiënte en maatschappelijk onverantwoorde uitkomsten.³² Daarom is de raad van mening dat marktwerking in de zorg moet bijdragen aan de doelstellingen van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg.

De overheid heeft de taak om Maatschappelijk Verantwoorde Zorg voor eenieder te borgen. Grondprincipes zoals toegankelijkheid, sociale rechtvaardigheid en kwaliteit worden immers niet altijd door marktgerelateerde instrumenten geleverd. Maar ook de overheid moet zich hoeden voor een al te grote rol die kan leiden tot overheidsfalen. De Nederlandse Sociaaleconomische Raad (SER) vat deze gedachte samen met de stelling dat het niet gaat om *“een simpele keuze tussen ‘markt’ enerzijds en ‘overheid’ anderzijds, maar veeleer uit een mix van uiteenlopende instrumenten en een rol voor én marktcoördinatie én overheidscoördinatie”*.³³

²⁹ SCHOKKAERT, E., ‘Competition in health care and health insurance: is the Belgian future Dutch’, presentatie gegeven tijdens hoorzitting SAR WGG op 9 november 2010. PUT, J. & JANSSENS, M., ‘Marktwerking in liberalisering in de zorg’, presentatie gegeven tijdens hoorzitting SAR WGG op 27 mei 2010.

³⁰ Cfr. onder meer de Eurobarometers.

³¹ ZORNET VLAANDEREN, Acute zorg in levensgevaar. Geneeskunde nog enkel tussen 9 en 5?, 2012 (ontwerptekst)

³² SERV, Rapport Marktregulering. Overzicht van concepten en instrumenten ter concretisering van nieuwe SERV-initiatieven, 25 juni 2008, p. 11-12.

³³ SER, o.c., p. 3.

3.2.4. Europa

In de organisatie van de zorg in Vlaanderen moet er uiteraard rekening worden gehouden met het Verdrag betreffende de werking van de EU en de rechtspraak van het Europees Hof van Justitie. Vandaar dat we even stilstaan bij de Europese factor om in het volgende hoofdstuk (titel 4) nader in te gaan op de instrumenten die kunnen bijdragen tot een dynamisch zorgveld.

Ook in Europa krijgen zogenaamde algemene belangen een plaats in het orderingsbeleid. Dit beleid speelt zich af binnen het kader dat uitgetekend wordt door het Europees recht inzake vrij verkeer, staatssteun, mededinging en zo meer.

Het zorgaanbod in de woonzorg betreft economische activiteiten maar dan wel met een algemeen, publiek belang (sociale diensten van algemeen economisch belang). Het staat elke lidstaat vrij om bepaalde sectoren met het algemeen belang te verbinden.

Het in Maatschappelijk Verantwoorde Zorg (cfr. 3.1) beschreven publieke belang van de Vlaamse zorg leidt ons tot de stellingname dat de woonzorg niet (helemaal) onder de interne marktbepalingen van de EU moet vallen. Zolang de instrumenten die tot een maatschappelijk verantwoorde zorgmarkt moeten leiden legitiem, noodzakelijk, niet-discriminerend, proportioneel, en in naam van het algemeen belang worden ingezet, is de raad ervan overtuigd dat betrokken Europese instanties, zoals de Europese Commissie of het Europees Hof van Justitie, geen grond zullen vinden om bezwaren te uiten tegen overheidsregie.

In wat volgt in dit advies wordt stilgestaan bij een aantal instrumenten die moeten leiden tot Maatschappelijk Verantwoorde Zorg en een dynamisch zorgveld.

4. Instrumenten die bijdragen tot Maatschappelijk Verantwoorde Zorg en een dynamisch zorgveld

De instrumenten die bijdragen tot de realisatie van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg, een dynamisch zorgveld en een verantwoordelijke rol voor de overheid en die in dit deel van het advies worden uitgewerkt zijn:

1. **Maatschappelijk Verantwoorde Zorg vertalen in regelgeving en indicatoren.**
2. **Maximale informatie en transparantie over kwaliteit, prestaties en prijs.**
3. **De overweging van de invoering persoonsgerichte financiering in de woonzorg.**
4. **Duidelijke voorwaarden voor deelname en winst op het zorgveld.**
5. **De programmatie ombuigen in flexibele zorgprognoses.**
6. **Toezicht op naleving van wettelijke normen door aanbieders en op correcte competitie.**

4.1. Maatschappelijk Verantwoorde Zorg vertalen in regelgeving en indicatoren

De SAR WGG heeft met de visie op Maatschappelijk Verantwoorde Zorg (MVZ) de publieke belangen van zorg expliciet benoemd. De visie op MVZ moet richting geven aan de overheid, de gebruiker, alle veldpartijen waaronder de aanbieders, Zorginspectie, de rechterlijke macht...³⁴

Het is van primordiaal belang dat de visie op MVZ wordt vertaald in de regelgeving. Het woonzorgdecreet en het kwaliteitsdecreet zijn voor de hand liggend maar ook een kaderdecreet Maatschappelijk Verantwoorde Zorg is het overwegen waard. Zorgaanbieders moeten immers de toets van MVZ doorstaan om een plaats te krijgen op het zorgveld (zie ook 4.4. en 4.6).

De raad heeft in zijn advies³⁵ over het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van 14 maart 2011 gevraagd om indicatoren te laten uitschrijven van zijn visienota Maatschappelijk Verantwoorde Zorg opdat MVZ SMART³⁶ kan worden gerealiseerd. De raad heeft vernomen dat deze uitwerking in indicatoren gedeeltelijk opgenomen zou worden door het Steunpunt WVG. Het Steunpunt zou voorzien in de uitwerking van indicatoren die de performantie van de eerstelijnsgezondheidszorg uitdrukken. De raad herhaalt de nood aan generieke, sectoroverschrijdende indicatoren.

De SAR WGG adviseert dat eens deze indicatoren beschikbaar zijn de noodzakelijke hertaling ervan moet gebeuren in de regelgeving. Om een plaats te krijgen op het zorgveld moeten zorgaanbieders immers de MVZ-toets doorstaan (cfr. 4.4) De opmaak van indicatoren moet uiteraard in overleg met de betrokkenen gebeuren om te komen tot een gedragen en gevalideerde indicatorenset.

³⁴ “De expliciete benoeming van publieke belangen in de relevante wet- en regelgeving is van belang om richting te geven aan de activiteiten van toezichthouders en betrokken marktpartijen. Daarnaast is het belangrijk van tevoren de indicatoren te identificeren waarmee de ontwikkeling van publieke belangen kan worden gemeten”, aldus de Nederlandse SER (SER, 2010: 4).

³⁵ SAR WGG, *Advies Steunpunt Welzijn, Gezondheid en Gezin*, Brussel, 14 maart 2011, 7 p.

³⁶ Specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdsgebonden.

4.2. Maximale informatie en transparantie

De gebruiker moet een geïnformeerde keuze kunnen maken. Zonder voldoende en makkelijk te verwerken informatie over het zorgaanbod zal keuzevrijheid voor de gebruiker een wensdroom blijven. Bovendien genereert een gebrek aan transparantie en informatieasymmetrie een onwenselijke machtspositie voor zorgaanbieders.³⁷

Informatie is net als welzijn en gezondheid ongelijk verdeeld over de bevolking - veelal volgens sociaaleconomische en socio-culturele breuklijnen. Daarom is er nood aan voldoende en kosteloze informatie over: prijs- en kwaliteitsverschillen, het totale aanbod, de reële kostprijs, de verschillende mogelijkheden, de omkaderings- en begeleidingsmogelijkheden... Deze informatie moet eenduidig en gestructureerd zijn en tijdig aangeboden/geconsulteerd kunnen worden. Zorgbehoevenden moeten ook een beroep kunnen doen op vraagverduidelijking- en trajectbegeleidingsinstanties. Dit moet een optie blijven voor, tijdens en na de effectieve inschaling.

Informatie moet evenwel een middel blijven. Onderzoek van gedragseconomen heeft immers uitgewezen dat ook goed geïnformeerde personen soms weinig rationele ("suboptimale") keuzes kunnen maken. Verklarende factoren zijn: inschattingfouten, gemakzucht, beperkte zelfbeheersing, verliesaversie en zo meer.³⁸ Informatie is dus van primordiaal belang maar mag geen doel op zich worden.

De overheid heeft alvast een belangrijke rol te spelen inzake de coördinatie en de validering van de informatievoorziening. In het kader van outcome-kwaliteitscontrole (cfr. 4.6) moet de overheid de opdracht hebben om aan de hand van internationaal gevalideerde, en op basis van eventueel andere in het leven te roepen benchmark indicatoren (in overleg met aanbieders en gebruikers), aan prestatiemeting doen. Hiermee worden de resultaten van de zorg in kaart gebracht.

Op een toegankelijke webstek moet de overheid op systematische wijze de *prestaties* en (de samenstelling van) de *prijzen* van aanbieders uit de doeken doen (cfr. 4.6). Zodoende worden de aanbieders gestimuleerd om beter te doen en kunnen ze ook van elkaars goede praktijken leren. Een belangrijke vaststelling blijft evenwel dat een grote groep ouderen vandaag geen toegang heeft tot digitale informatie. Meer klassieke communicatiemethoden (flyers, brochures, traditionale media...) moeten de komende jaren minstens evenveel aandacht krijgen.

Meer concreet zou Zorginspectie benchmarking, ook gekend als prestatievergelijking³⁹, kunnen introduceren. De resultaten hiervan moeten publiek bekendgemaakt worden

³⁷ SCHOKKAERT, E., 'Competition in health care and health insurance: is the Belgian future Dutch', presentatie gegeven tijdens hoorzitting SAR WGG op 9 november 2010.

³⁸ SER, o.c., p. 36.

³⁹ Benchmarking of prestatievergelijking betekent het vergelijken van de prestaties en prijzen van verschillende aanbieders. Hiermee wordt de transparantie, de mogelijkheid tot verantwoording, kostenbewustzijn, leermogelijkheden, de toegang tot goede praktijken... vergroot (SERV, 2008: 70).

via een webstek.⁴⁰ De *outcome* en de stem van de gebruikers moeten zeker mee worden genomen. In samenwerking met organisaties op het terrein kunnen deze bevindingen toegankelijker gemaakt worden in communicatie naar het brede doelpubliek toe.

De definiëring en meting van prestaties is niet altijd even makkelijk. De raad is zich hiervan bewust. Prestatievergelijking kan daarenboven ook leiden tot *“aangepast gedrag, namelijk het verschuiven van het doel van de oorspronkelijke prestatie naar de gedefinieerde prestatie.”*⁴¹ Daarom benadrukt de raad dat prestatievergelijking bovenal een indicatief, oriënterend karakter heeft ten bate van de transparantie. Indicatoren en benchmarks hebben een signaliserende functie. Dit moet ook als dusdanig worden gecommuniceerd. De aanbieders van zorg moeten in ieder geval ook de mogelijkheid hebben om bemerkingen te plaatsen naast de publicatie van prestaties en prijzen.

Zorgverstrekkers, sociale diensten, toeleiders en zorgcoaches hebben een rol te spelen in het doorgeven van informatie uit prestatievergelijking. Deze spelers moeten een correct beeld hebben van de gehanteerde indicatoren en benchmarks om beter ten dienste te kunnen staan van gebruikers met vragen.

⁴⁰ De raad erkent echter ook de kracht van professionals om aan permanente kwaliteitsverbetering te doen. De overheid moet de ouderzorgsector daarom blijven aanmoedigen en stimuleren om zelfverbeterende instrumenten te hanteren op het vlak van proceskwaliteit. Denken we maar aan accreditatie waar het vaak de missie is van accreditatie-organen om via peer review bij te dragen aan de borging en verbetering van zorg, om aan normontwikkeling en toetsing te doen en om zorg van reproduceerbare kwaliteit te bekomen. Transparantie bieden, zorgkwaliteit en zorgtoegankelijkheid verzekeren en verbeteren zijn belangrijke intenties in het inschrijven in accreditatie-initiatieven (Beaard, 2010). De raad is alvast verheugd dat er initiatieven genomen zijn of op til zijn in de zorgsectoren om zich aan te sluiten bij internationale accreditatie-initiatieven (ISqua, NIAZ, ...). Accreditatie-initiatieven kunnen aanvullend zijn aan controle, toezicht en prestatievergelijking door de overheid.

⁴¹ SER, o.c., p.73.

4.3. Persoonsgerichte financiering

Naar aanleiding van het PGB-experiment in de sector van personen met een handicap heeft de SAR WGG op 14 juni 2011 geadviseerd over persoonsgerichte financiering. Het instrument van de persoonsgerichte financiering wordt in onderhavig advies in grote lijnen geduid. Voor de uitgebreide bepalingen inzake persoonsgerichte financiering verwijst de raad naar het advies 'Eindrapport PGB-experiment' van 14 juni 2011.

Tot nog toe werd hoofdzakelijk het aanbod gefinancierd: aanbieders worden rechtstreeks gefinancierd om een welbepaald zorgaanbod tot stand te brengen. Hierbij wordt zekerheid gegeven aan aanbieders maar kan de stimulans ontbreken om het aanbod af te stemmen op de vraag.

De raad is van mening dat persoonsgerichte financiering - die op basis van zorginschaling aan elke zorgbehoevende een persoonlijk zorgbudget toekent - een belangrijke hefboom kan zijn in de omslag van een aanbodgestuurd naar een behoeftegericht zorgsysteem.

Ook zou persoonsgerichte financiering het eenvoudiger kunnen maken voor personen met een zorgbehoefte om hun vraag te richten aan zorg- en hulpverleners uit verschillende welzijns- en gezondheidssectoren.

Bij 'persoonsgerichte financiering' wordt de zorgbehoevende voor zijn zorg- en zorggerelateerde kosten gefinancierd met het oog op het maken van een eigen keuze inzake zorgvorm en (door de overheid erkende) aanbieders. De financiering kan al dan niet rechtstreeks gebeuren. De keuzemogelijkheid zou de aanbieders moeten aanzetten om te dingen naar de gunst van de zorgbehoevende wat op zijn beurt de kwaliteit, betaalbaarheid en innovatie zou moeten kunnen stimuleren.

4.3.1. Overwegingen en richtlijnen

Vooraleer persoonsgerichte financiering wordt overwogen moet(en):

1. evaluatie- en actie-onderzoek uitgevoerd worden omdat de mogelijke uitbouw van persoonsgerichte financiering op evidentie gebaseerd is.
2. de mogelijke implicaties voor de overheidsfinanciën en de maatschappelijke finaliteit van persoonlijke zorgbudgetten nagegaan worden.

Verder moeten volgende richtlijnen in acht genomen worden bij invoering:

3. Wend persoonlijke zorgbudgetten aan voor de vergoeding van zorg- en zorggerelateerde dienstverlening.
4. Maak dat het persoonlijk zorgbudget de reële zorgnood dekt. Als de publieke middelen hiervoor ontoereikend zouden blijken moet via andere kanalen de toegankelijkheid en betaalbaarheid verzekerd blijven.
5. Optimaliseer loon- en arbeidsvoorwaarden van het zorgpersoneel (sociaal overleg).
6. Hou toezicht op het gebruik van het persoonlijke zorgbudget en sanctioneer misbruik.
7. Vermijd meervoudige financiering voor dezelfde zorg.

8. Geef de zorgverstrekker voldoende middelen om de continuïteit van de werking te verzekeren.

En wat met mantelzorg? Een groot aantal mensen biedt zorg aan verwante zorgbehoevenden.⁴² Informele zorg en mantelzorg zijn onmisbaar in welzijns- en gezondheidszorgsystemen. Er zijn echter grenzen aan informele zorg. Denken we maar aan zorgbehoevenden die een quasi permanente aanwezigheid vereisen (zwaar dementerende personen bijvoorbeeld).

Voor mensen die mantelzorg opnemen moet worden onderzocht welke middelen kunnen worden ingezet om deze mogelijk te maken en te behouden. Mantelzorgers verdienen immers erkenning, ondersteuning en bescherming voor de jarenlange inzet en het gederfde inkomen.⁴³ Beleidsmatig moeten we ons de vraag durven stellen wanneer de grenzen bereikt worden en hoe zorgbehoevenden begeleid kunnen worden in de transitie naar andere zorgvormen.⁴⁴ Hierbij moeten verschillende aspecten in rekening worden gebracht, o.a. de graad van zorgbehoefte, de draagkracht van het informeel zorgnetwerk en de financiële impact.

Het is niet ondenkbaar dat in de toekomst met het persoonlijk zorgbudget mantelzorg vergoed wordt of dat het gebruikt wordt om de mantelzorger tijdelijk te ondersteunen of te ontlasten. Het zou dan moeten gaan om mantelzorg die geboden wordt door de mantelzorger die zwaar belast is.

4.3.2. De besteding van het persoonlijk zorgbudget

Het onderscheid tussen wat zorg is en wat geen zorg is niet altijd even duidelijk. Ze lopen in elkaar over. Er bestaan grijze zones. Toch moet er voor wat de financiering betreft ergens een lijn worden getrokken. In de besteding van het persoonlijk zorgbudget moet 'zorg' onderscheiden kunnen worden van pure dienstverlening in de sfeer van wonen en leefdiensten.

Wanneer de raad spreekt over zorggerelateerde dienstverlening dan worden hiermee die diensten bedoeld zonder dewelke de boden zorg- en hulpverlening in strikte zin niet maatschappelijk verantwoord kan zijn (op vlak van kwaliteit, relevantie, toegankelijkheid, performantie en *equity*). Niet-zorggerelateerde dienstverlening zijn diensten zonder dewelke het maatschappelijk verantwoorde gehalte van de zorg- en hulpverle-

⁴² Onderzoek over informele zorg in Oostenrijk heeft uitgewezen dat de totale hoeveelheid informele zorg berekend naar marktprijzen ongeveer overeenkomt met de jaarlijkse uitgaven voor chronische zorg (long term care). Cfr.: Schneider e.a. (2006) geciteerd in Riedel, M. & Kraus, M. (2011), The organisation of formal long-term care for the elderly. Results from the 21 European country studies in the ANCIEN project, ENEPRI research report n° 95, November 2011, p. 8.

⁴³ Denken we maar aan: een solide sociaal statuut.; het recht op respijtzorg: de mogelijkheid voor bepaalde tijd ontlast te worden van de zorgtaken; ondersteuning door o.m. mantelzorgverenigingen; 'care for the carers' (ondersteuning en empowering mantelzorgers) als onderdeel van de inschaling van zorgbehoevenden...

⁴⁴ Professionele zorgverleners aan huis, dagopvang, kortverblijf, residentiële opvang.

nig in strikte zin ongewijzigd blijft. Het zorgbudget is in principe enkel inzetbaar zijn voor zorgkosten⁴⁵ en zorggerelateerde woon- en leefkosten.

Wanneer poetshulp, karweihulp, basismobiliteit, voorzien in maaltijden en zo meer niet-zorggerelateerd zijn, dan zijn deze voor rekening van de gebruiker – net zoals dat het geval is voor elke niet-zorgbehoevende. Dit geldt evenzeer voor huisvesting: deze is voor rekening van de gebruiker. Uiteraard kan de overheid maatregelen treffen om toegankelijke en betaalbare diensten te verzekeren. Op die manier wordt er een inclusief beleid gevoerd waarbij andere beleidsdomeinen worden betrokken om correcties aan te brengen.⁴⁶

Specifieke diensten met het oog op het welzijn van mensen zoals de sociale netwerkvorming en sociale integratie worden vergoed vanuit de algemene middelen van de Vlaamse welzijnsbegroting.⁴⁷

Op basis van wetenschappelijk onderzoek zal de SAR WGG later meer concreet adviseren over ‘persoonsgerichte financiering in de ouderenzorg’. Hierbij kan ook het onderscheid zorggerelateerd en niet-zorggerelateerd verder uitgewerkt worden.

⁴⁵ Zorg betreft gezins- en persoonsverzorging, hygiënische zorg, verpleegkundige zorg, reactivering en psychosociale ondersteuning die wordt aangeboden door een door de overheid vergunde zorgverstrekker.

⁴⁶ Denken we maar aan sociale huisvesting, de aanpassing van woningen, aangepast vervoer en zo meer.

⁴⁷ cfr. animatiesubsidiëring in rusthuizen en de woonassistent in assistentiewoningen.

4.4. Voorwaarden voor deelname en winst op het zorgveld

Deelhoofdstuk 4.4 heeft betrekking op residentiële ouderenzorg. In het kader van dit advies is het winstdebat in de thuiszorg (nog) niet gevoerd. Het winstdebat in de thuiszorg zal vowerp maken van een later advies.

De SAR WGG wil dat de overheid een belangrijke rol blijft spelen in de zorg voor ouderen. De raad onderstreept dat de overheid voldoende budget moet blijven vrijmaken om in de woonzorg voldoende MVZ te kunnen realiseren. Dit hoort een bewuste keuze te zijn van samenleving en overheid.

Alle aanbieders van zorg moeten de toets van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg doorstaan. Het aanbieden van kwaliteitsvolle, sociaal rechtvaardige, performante, relevante en toegankelijke zorg moet het uitgangspunt zijn voor aanbieders. De visie van de SAR WGG op Maatschappelijk Verantwoorde Zorg moet zijn vertaling vinden in de relevante regelgeving.

Publieke middelen voor zorg (collectieve financiering) moeten volledig gebruikt worden voor hun bestemming: het aanbieden van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg. Dit kan zorg en zorggerelateerde dienstverlening zijn. Publieke middelen voor zorg mogen nooit aangewend worden voor enige vorm van winstuitkering.

Om zekerheid te hebben of de publieke middelen voor zorg voor 100% naar zorg gaan is maximale transparantie nodig. Transparantie door de aanbieders inzake het financiële reilen en zeilen, huisvesting, bouwcost, dagprijs...is een absolute randvoorwaarde voor de ideeën die in dit deelhoofdstuk 4.4 volgen.

Op niet-zorggerelateerde goederen en diensten kan eventueel winst uitgekeerd worden. Winstuitkering moet transparant gerapporteerd worden en mag in geen geval leiden tot hoge gebruikersbijdragen die de toegang tot Maatschappelijk Verantwoorde Zorg belemmeren.

4.4.1. Aanbieders, personeel, gebruikers en de overheid spelen elk een rol in de vrijwaring van het algemeen belang in de zorg

Enkel wanneer zorgaanbieders, de overheid maar ook gebruikers een aantal principes in acht nemen kan Maatschappelijk Verantwoorde Zorg gerealiseerd worden en kan dus het publieke of algemene belang van zorg gevrijwaard worden.

De SAR WGG wil dat de overheid een belangrijke rol blijft spelen in de zorg voor ouderen. De raad onderstreept dat de overheid voldoende budget moet blijven vrijmaken om in de woonzorg voldoende MVZ te kunnen realiseren. Dit hoort een bewuste keuze te zijn van samenleving en overheid.

Zorgaanbieders moeten ongeacht hun rechtsvorm:

- Hoogstaande professionele en morele standaarden hanteren bij het invullen van de zorgrelatie met respect voor de integriteit van de gebruiker;
- de toets van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg doorstaan. Dit wil zeggen dat – eens MVZ in de regelgeving is opgenomen – zorgaanbieders de regelgeving moeten respecteren. De aanbieders moeten voldoen aan de vijf uitgangspunten en bijbehorende componenten van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg.
- dezelfde vergunningsvoorwaarden, kwaliteitseisen en werkingsprincipes naleven. Al wie zorg aanbiedt moet over een vergunning beschikken die toegang geeft tot het zorgaanbod.
- Om een vergunning te krijgen moet er voldaan worden aan een aantal structurele kwaliteitseisen. Om een vergunning te behouden zijn de structurele kwaliteit, de outcome van de zorg en transparantie over het financiële reilen en zeilen van de aanbieder van essentieel belang. Zorgaanbieders moeten aan gelijke voorwaarden voldoen. De raad is van oordeel dat ook subsidies zoals animatiesubsidëring voorzien moeten kunnen worden voor elke vergunde aanbieder die dus aan de voorwaarden voldoet en MVZ aanbiedt;

In hun missie, opdrachtverklaring en werking moeten zorgaanbieders volgende verplichtingen een duidelijke plaats geven:

- een lange termijnengagement aangaan, duurzaam te werk gaan en continuïteit van zorg garanderen;
- Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (MVO) als doel van hun werking hebben. MVO is een proces waarbij aanbieders op vrijwillige basis streven naar verbeteringen op bedrijfsvlak en maatschappelijk vlak en dit door op systematische wijze economische, sociale en milieu-overwegingen op coherente en geïntegreerde wijze in de gehele bedrijfsvoering op te nemen. Overleg met stakeholders of belanghebbenden van de onderneming maakt hier deel van uit.⁴⁸ Duurzaam ondernemen met het oog op de lange termijn moet een belangrijk element zijn van het proces van MVO;
- rekening houden met de belangen van de gebruiker, het personeel en de samenleving.
- Samen met de gebruikers de verantwoordelijkheid opnemen om te streven naar passende zorg, rekening houdende met de publieke en private kost ervan.

Personeel moet:

- Hoogstaande professionele en morele standaarden hanteren bij het invullen van de zorgrelatie met respect voor de integriteit van de gebruiker;
- Correct verloond worden en in staat zijn om zich bij te scholen in het belang van het maatschappelijk verantwoord karakter van zorg.
-

Zorggebruikers moeten:

- De individuele voorkeur aftoetsen aan de maatschappelijke mogelijkheden in interactie met de zorgverlener;

⁴⁸ Cfr. SERV, Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen, van goede indruk maken naar duurzame ontwikkeling. Expertenrapport MVO evoluties en trends voor de toekomst, Brussel, 5 oktober 2007, p. 7.

- zich bewust zijn van de noodzaak aan, de deugden en voordelen van een gezonde levensstijl. Vanuit een idee van empowerment en van subsidiariteit moet in de mate van het mogelijke getracht worden om zelfzorg, mantelzorg en informele zorg aan te wenden alvorens er beroep wordt gedaan op professionele zorg;
- vanuit een burgerschapsideaal moet de gebruiker streven naar passende zorg, waarbij de keuze voor zorg ook rekening houdt met de private en de publieke kost ervan.

De overheid moet om MVZ te realiseren voorzien in:

- Voldoende financiële middelen;
- regelgeving die kansen en ruimte biedt aan sociaal ondernemerschap in de zorg;
- controlemechanismen (cfr. 4.6 Toezicht);
- sanctiemogelijkheden wanneer geen Maatschappelijk Verantwoorde Zorg wordt aangeboden of wanneer misbruik wordt gemaakt van machtsposities (cfr. ook 4.6 Toezicht);
- publieke middelen op een zo efficiënt en effectieve mogelijke wijze aanwenden;
- een totaalbeleid ontwikkelen waarbij elke persoon aangemoedigd wordt om de voordelen van een gezonde levensstijl in te zien en het belang van zelfzorg en informele zorg voor de gebruiker en de samenleving in te zien. Hier hoort ook de ondersteuning van zelfzorg en informele zorg.

4.4.2. Winstdebat spruit voort uit een aantal vaststellingen en tendensen

De SAR WGG is voorstander van een discussie over mogelijkheden en beperkingen inzake winstuitkering in de residentiële ouderenzorg. De vraag naar het toelaten van commerciële zorgaanbieders en de creatie van een kader waarbinnen duidelijke afspraken met betrekking tot winstuitkering worden gemaakt, komt immers voort uit een aantal vaststellingen en tendensen:

- ✓ Als we de residentiële markt nemen dan zien we dat in 2010 de bestaande woongelegenheden in de social profit voorzieningen in de woonzorgcentra 51,6 % van de markt uitmaakten, tegen 36,2 % in de publieke en 12,2 % in de commerciële voorzieningen.⁴⁹
- ✓ De groei van het aantal woongelegenheden in commerciële woonzorgcentra kent een stijgende trend. Nemen we het aantal geplande woongelegenheden dan zien we dat 59% van de woongelegenheden voorzien is voor vzw's, slechts 13,4% in de publieke sector en een toename tot 27,5 % van commerciële woongelegenheden.
- ✓ De financiële inbreng van de overheid via een solidaire financiering volstaat vandaag niet (altijd) om aan alle behoeften te kunnen voldoen: RIZIV-financiering volstaat niet voor de dekking van arbeidskosten en VIPA-middelen blijken ontoereikend om alle noodzakelijke bouwwerken snel te kunnen opstarten. De gebruikersbijdragen vult de financiering aan. Bovendien doen steeds

⁴⁹ Agentschap Zorg en Gezondheid. Zie: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/>

meer uitbaters van woonzorgcentra een beroep op private middelen om de noodzakelijke infrastructuur te kunnen realiseren.

De overheid bepaalt in welke mate elk van deze financieringsbronnen moet aangesproken worden. Bij ontoereikende publieke middelen zal echter een beroep worden gedaan op (meer) gebruikersbijdragen en eventueel ook privaat kapitaal. Voor deze private kapitaalsinbreng zal een marktconforme vergoeding moeten worden betaald.

4.4.3. Kerndoelstellingen in winstdebat

De discussie over winstuitkering in de residentiële ouderenzorg is relevant en van belang indien deze plaatsvindt binnen een kader waarin volgende kerndoelstellingen voorop staan:

- ❖ De realisatie van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg.
- ❖ Een lange termijnengagement en lange termijnvisie van de zorgverlener.
- ❖ De betaalbaarheid van zorg, zowel voor de individuele zorgbehoevende als voor de maatschappij.
- ❖ Op korte en middellange termijn een antwoord kunnen bieden aan de toenemende vergrijzing.

De raad gebruikt regelmatig het begrip 'marktconformiteit' in dit advies. Hiermee wordt bedoeld op vergoedingen voor prestaties die overeenkomen met wat betaald wordt indien eventuele machtsposities niet worden misbruikt om aan abnormale of buitenproportionele tariefzetting te doen. Competitie en regulering kunnen instrumenten zijn om marktconformiteit (en dus onder meer de beste verhouding tussen prijs en kwaliteit) te bekomen.

4.4.4. Aanbevelingen

1. Er moet voldoende en deskundig menselijk kapitaal in de zorg verzekerd worden.

Elke zorgaanbieder moet voldoende en voldoende bekwaam personeel inzetten in de zorgverlening. De raad kan geen ontwikkeling van de zorg 'met twee snelheden' aanvaarden. In een sector waarin geschoold personeel schaars dreigt te worden moeten duidelijke afspraken gelden met betrekking tot een marktconforme verloning en correcte arbeidsomstandigheden bij elke zorgaanbieder.

Zie hiervoor ook titel '3.2.2 Toereikende zorgantwoorden.

2. Een oog op marktmacht

Het zorgveld veronderstelt een diversiteit aan aanbieders voor de volledige doelgroep. Deze diversiteit moet behouden blijven. Schaaloptimalisaties, integraties, fusies en netwerken kunnen uiteraard leiden tot schaalvoordelen en positieve effecten hebben op de prijs, de efficiëntie of de kwaliteit. Toch moeten deze bewegingen in het oog gehouden worden. Een gezonde mededinging betekent het verbod op buitensporige concentratie van marktmacht.

Monopolies, kartels en varianten ervan kunnen leiden tot problematische situaties waarbij de rechten en belangen van andere zorgaanbieders maar ook van de zorgbehoevenden met de voeten worden getreden. Denken we maar aan negatieve gevolgen van marktmacht zoals beperkte keuzevrijheid, onvoldoende aanbod voor kwetsbare groepen, te hoge prijzen, slechtere kwaliteit, en zo meer. Prijzen zijn dan bijvoorbeeld niet meer 'marktconform'. Toezicht houden op marktmacht veronderstelt een performante overheid (cfr. ook 4.6 Toezicht).

3. Publieke middelen voor zorg kunnen nooit aangewend worden voor enige vorm van winstuitkering.

Elke zorgverlener moet de hem toegekende *publieke middelen voor zorg* volledig aanwenden voor het doel waarvoor ze bestemd zijn: het aanbieden van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg.

Het moet duidelijk zijn waarvoor deze middelen worden ingezet. Zorgverleners moeten daarom alle financiële stromen die bij de zorgverlening ontstaan duidelijk en helder kenbaar maken:

- Er moet duidelijk worden aangegeven hoe de publieke middelen voor zorg worden ingezet en welke private middelen daarbovenop worden aangewend in de zorgverlening.
- In het streven naar integrale zorg is het evident dat niet elke speler op het zorgveld alles moet aanbieden. De kost voor zorgtaken of investeringsopdrachten die door anderen dan de initiatiefnemer verricht worden moeten dan wel zichtbaar worden gemaakt. Deze kosten mogen niet hoger zijn dan marktconforme prijzen. Het moet duidelijk zijn wie wat doet en tegen welke prijs. Publieke middelen voor zorg mogen enkel aangewend worden voor zorg.
- De financiële stromen tussen interne diensten of tussen entiteiten van samenwerkingsverbanden moeten transparant en bekend worden gemaakt.
- De publieke middelen voor zorg waarover zorgverleners kunnen beschikken moeten efficiënt en effectief ingezet worden opdat geen middelen voor de zorg verloren gaan.
- Lange termijnengagement en dito visie: overschotten die met publieke middelen worden behaald moeten voorbehouden worden voor (toekomstige) zorgverlening. Een voldoende grote aan te houden reserve is hierbij van belang.
- Aanbieders mogen geen hoger dan marktconforme vergoedingen betalen aan hun management en beheerders.

4. Geen winstuitkering op inkomstenoverschotten uit zorg en zorggerelateerde dienstverlening

Voor zijn zorg en zorggerelateerde dienstverlening zet de gebruiker zijn op basis van inschaling en door de overheid verleende zorgbudget in. Hij/zij betaalt ook een gebruikersbijdrage. Deze gelden zijn exclusief bestemd voor het zorggebeuren en kunnen dus niet leiden tot een winst die kan worden uitgekeerd.

Uiteraard kunnen er overschotten geboekt worden maar die moeten dan geherinvesteerd worden in (huidige en toekomstige) zorg. Op de exploitatie van zorg en zorgge-

relteerde dienstverlening mag geen winst uitgekeerd worden. Deze zorg wordt immers grotendeels collectief gefinancierd.

5. Winst op niet-zorggerelateerde goederen en diensten kan uitgekeerd worden

Aanbieders moeten de mogelijkheid hebben om naast het maatschappelijk noodzakelijke aanbod enigszins te diversifiëren in het niet-zorggerelateerde aanbod. Ook is een diversiteit in het aanbod, minstens in samenwerkingsverband, noodzakelijk. Zolang er echter een markt van schaarste is in de zorg moeten er duidelijke regels gelden zodat de gelijkwaardige toegang tot maatschappelijke verantwoorde zorg, en zorggerelateerde dienstverlening, voor eenieder gewaarborgd is. Uiteraard is risicoselectie onaanvaardbaar.

Een toepassing. Een voorziening kan ervoor kiezen om naast het maatschappelijk noodzakelijke aanbod ook kamers aan te bieden met meer luxe en extra dienstverlening. Een bewoner die dat wenst kan dan tegen betaling deze extra's aankopen binnen de niet-zorggerelateerde hotel- en woonfunctie van het woonzorgcentrum. Dit moet zich dan afspelen binnen de voorwaarden zoals hierboven uitgetekend. Op niet-zorggerelateerde zorgverlening zoals basisonderhoud – bv. het poetsen van de ramen of de keuken, het tuinonderhoud... - kan winst gemaakt worden. Vandaag worden deze taken trouwens veelal uitbesteed. De efficiënte uitvoering van dienstverlenende taken moet kunnen worden beloond.

De groepen van assistentiewoningen moeten ook in de eerste plaats zorgvoorzieningen zijn. Het is logisch dat het aandeel aan niet-zorggebonden dienstverlening hier groter is dan in de woonzorgcentra's. Er moet echter over gewaakt worden dat ouderen in deze assistentiewoningen verzekerd zijn van de zorg die ze nodig hebben.

Op dit soort extra's kunnen aanbieders winst boeken die uitkeerbaar is. De kosten voor het aanbieden van deze niet-zorggerelateerde goederen en diensten mogen echter niet doorgeschoven worden naar gebruikers die er geen genot van hebben. Het principe van de (genietende) gebruiker betaalt is hier van belang.

6. Winstuitkering mag niet leiden tot hoge gebruikersbijdragen waardoor de toegang tot Maatschappelijk Verantwoorde Zorg belet wordt.

De kosten voor geïndiceerde zorg worden in grote mate gedragen door collectieve financiering (RIZIV, forfaits, de Vlaamse welzijnsbegroting, ...). De openbare bekostiging van zorg is een belangrijk maatschappelijk goed en moet behouden blijven. De gebruiker betaalt slechts een beperkt deel van de kosten voor zorg en zorggerelateerde dienstverlening. Uiteraard zal de gebruiker voor dienstverlening die niet-zorggerelateerd is een bijdrage moeten betalen. Het is dan aan de overheid om te beslissen

Omwille van de met de leeftijd stijgende zorgnood van de bewoners in voorzieningen een zullen de zorggerelateerde aspecten van de huisvesting en de dienstverlening groot zijn. Hierop moet de overheid anticiperen. De raad wenst ook dat het bestaande systeem van overheidstoezicht op de hoogte van de dagprijs in de woonzorgcentra

behouden blijft. Op basis van motivering kan de dagprijs en de verhoging van de dagprijs geregeld worden - eenvoudige indexering valt niet onder deze regel.

Elke zorgbehoevende oudere heeft recht op gelijkwaardige zorg voor gelijkwaardige zorgnoden. Aanbieders moeten tegen eenzelfde prijs zorg verlenen. Dit principe geldt evenzeer voor 'hotel -en woonelementen' die zorggerelateerd zijn. Ook deze moeten tegen eenzelfde prijs voor elke bewoner aangeboden worden.⁵⁰

7. De doorrekening van bouw- en huurkost voor de zorginfrastructuur moet beperkt worden.

In de kost voor huisvesting streeft de raad maximale transparantie na. Doel is om de beste prijs/kwaliteit voor de zorgbehoevende oudere te bewerkstelligen. Het transparant maken van financiële engagementen, subsidies en bouw- en huurkosten moet prestatievergelijking mogelijk maken wat een kostenverlagend effect teweeg moet brengen. Deze benchmark moet ook duidelijk maken waar en hoe kostenbesparend kan gewerkt worden en welke instrumenten hier best voor ingezet worden. In die zin wacht de raad ook de resultaten van de 'VIPA-studie' af van prof. Pacolet.

Een concrete toepassing. De uitbater van een zorgvoorziening moet marktconforme huurprijzen of gebruiksvergoedingen betalen aan derden. Zodoende wordt vermeden dat publieke middelen en middelen van bewoners afgeleid worden waardoor buitensporige winsten worden gecreëerd bij derden. Deze middelen moeten immers gebruikt worden ten bate van de zorgbehoevende bewoners. Te hoge bouw- en/of huurprijzen kunnen bovendien ook nefaste gevolgen hebben voor de financiële duurzaamheid van de voorzieningen op lange termijn.

Wanneer gebruikers de stap naar een voorziening zetten moet dit verblijf betaalbaar blijven. In dit geval moet een voorziening helder communiceren met de bewoner, de samenleving en de overheid over de huurkost die de bewoner moet betalen voor een maatschappelijk verantwoorde woongelegenheden.

Het is uiteraard geoorloofd dat een voorziening een marktconform rendement doorrekent aan de gebruiker voor het investeringsrisico dat hij loopt. Maar de huurprijs moet betaalbaar blijven. Een huursubsidiesysteem zou noodzakelijk kunnen zijn. Dit veronderstelt een zeer hoge mate van transparantie over de dagprijs.

⁵⁰ De regelgever bepaalt aan welke normen deze zorg en deze zorggerelateerde dienstverlening, hotel- en woonfuncties moeten voldoen. In deze normering zullen een aantal structurele kwaliteitsfactoren opgenomen worden (o.a. m.b.t. tewerkstelling, grootte van de kamers en de gemeenschappelijke delen,...). Maar ook door outcome-meting en bewonersbevraging en (vormen van) accreditatie zal nagegaan worden of de aanbieder de gewenste maatschappelijk verantwoorde zorg aanbiedt (zie ook deel 4.2. Maximale informatie en transparantie en 4.6. Toezicht).

4.5. Van geprogrammeerde zorg naar zorgprognoses

Op 27 oktober 2010 heeft de SAR WGG n.a.v. de 'discussienota programmatie woonzorgvoorzieningen' van 28 maart 2011 geadviseerd over programmatie. In onderhavig advies wordt het instrument van de 'zorgprognoses' in grote lijnen geduid. Voor de uitgebreide bepalingen inzake zorgprognoses verwijst de raad dan ook naar het 'advies over de programmatie van de woonzorg van 27 oktober 2011.

Het gebruik van het programmatie-instrument roept veel vragen en bedenkingen op. De Vlaamse regering moet dit instrument op een grondige manier evalueren om zo te kunnen komen tot een meer gedragen instrument.⁵¹ We moeten evolueren van het huidige systeem van programmatie naar een systeem van zorgprognoses.

4.5.1. Zorgprognoses

Vraag en aanbod zijn een dynamisch proces. De verschillende zorgbehoeften en verschillende zorgvormen en -initiatieven zijn voortdurend in beweging. De raad meent dat we in de toekomst nood hebben aan andere, meer flexibele modellen dan de huidige programmatiemodellen.

Op korte termijn blijft het echter essentieel dat het ondernemen in de zorg in een voldoende stabiele omgeving kan gebeuren. Daarom moet de voorziene capaciteit nu absoluut gerealiseerd worden zoals volgens de huidige programmatienormen werd bepaald. Het ondernemerschap in de zorg heeft op korte termijn nood aan een betrouwbare overheid als essentiële partner om de stijgende zorgbehoeften het hoofd te bieden.

Voor de langere termijn stelt de raad voor om op macroniveau de programmatie te verlaten en naar een meer dynamisch model op zoek te gaan. Een model dat vooral richting moet aangeven, eerder dan plannen. We opteren voor de term 'zorgprognoses' die gebeuren op basis van de analyse van interacties tussen behoefte en aanbod. Zorgprognoses kunnen op een flexibele en meer continue wijze zicht geven op de evoluties van behoeften en ontwikkelingen in het aanbod.

Een inclusieve en integrale benadering vraagt een verbreding van zorgprognoses voor woonzorg naar andere sectoren. Ook tendensen naar meer ambulante zorg en meer zorg in de samenleving moeten in de zorgprognoses meegenomen worden. Het basisaanbod moet voor iedereen bereikbaar zijn en er moet een garantie zijn dat er een minimale kritische massa van aanbod aanwezig is voor bepaalde zorgbehoeften.

Op microniveau stelt de raad voor een systeem uit te bouwen dat werkt met individuele zorgvorken op basis van behoefte-inschaling. Een systeem dat toelaat dat gebrui-

⁵¹ De raad heeft in november 2011 een advies verleend over programmatie in de ouderenzorg. Het advies betrof een reactie op de discussienota programmatie woonzorgvoorzieningen van 28 maart 2011.

kers, binnen een objectief bepaald zorgbudget, kiezen welke zorgvorm(en) ze wensen in te zetten voor het lenigen van hun ingeschaalde zorgbehoefte. Die vork bevat een hoeveelheid sociale, psychologische, medische en welzijnszorg die uit collectieve, publieke middelen gefinancierd wordt.

4.5.2. Observatorium

Voor de woonzorg is er nood aan een permanente monitoring van zowel de vraagzijde (meting van behoeften) als de aanbodzijde (zowel professionele als informele en mantelzorg). Dit zal toelaten dat er flexibel kan worden ingespeeld op evoluties. De raad adviseert met andere woorden om meer systematisch studiewerk en monitoring te doen via een observatorium. Ook de transities tussen verschillende vormen van zorg kunnen dan integraal worden opgevolgd. Om performant te zijn, moet dit observatorium een brede reikwijdte hebben. Domeinen zoals tewerkstelling, wonen, urbanisatie, en zo meer, zouden ook gevat moeten worden.

Het observatorium moet over goede basisgegevens kunnen beschikken. De eerste oefening zal eruit moeten bestaan, na te gaan welke gegevens er nodig zijn en wie (welke diensten/sectoren) deze kan aanleveren.

De raad meent dat het observatorium als een soort 'platform' kan functioneren, dat op basis van een continue verzameling van gegevens prognoses voor alle sectoren maakt. Het is aan de Vlaamse Regering om uit te maken waar zulk observatorium een plaats kan krijgen. De raad denkt onder meer aan het kenniscentrum binnen het departement of het Steunpunt WVG. De raad benadrukt dat vooral de toegankelijkheid en het samenbrengen van data de eerste bekommernis moet zijn boven een nieuw op te richten instelling. Er kan dus ook aan een virtueel kennisplatform gedacht worden.

De gegevens van het observatorium kunnen de beleidsmaker toelaten concrete doelstellingen te formuleren op langere termijn. Op korte termijn zullen de gegevens van het observatorium het mogelijk maken een flexibele vorm van programmatie te hanteleren die investeren en bijsturen mogelijk maakt op basis van gegevens over de werkelijke behoeften. Zo kunnen wijzigingen in de huidige programmatie geobjectiveerd worden.

4.6. Toezicht

Toezicht op het zorgveld is vereist om het publieke belang van zorg te vrijwaren. Het is van belang dat er een systematische controle is op de naleving van de wettelijke normen door aanbieders van zorg. Negatieve inspectieverslagen mogen nooit zonder gevolg blijven.

Ook moet er een correcte mededinging tot stand komen die kan leiden tot meer keuzevrijheid en een groter en meer gediversifieerd zorgaanbod.

4.6.1. Controle op de naleving van wettelijke normen

Vandaag heeft de huidige Zorginspectie twee kerntaken:

- Inspecteren: de aanbieders die door het departement WVG of andere agentschappen van het beleidsdomein WVG worden erkend, geattesteerd, vergund of gesubsidieerd worden regelmatig onderworpen aan een controle.
- Rapporteren: Zorginspectie rapporteert de uitkomst en bevindingen na elke inspectie aan het departement of aan een van de agentschappen van WVG. Zij (en niet de Zorginspectie) beslissen dan over de gevolgen en de verdere erkenning, vergunning of toekenning van subsidies. Zorginspectie spreekt zich dus niet uit over de gevolgen van een inspectie. Dit wordt geduid met de term ‘functiescheiding’.⁵²

De Vlaamse overheid heeft bewust gekozen om de inspectiefunctie te scheiden van de vergunnings-, erkennings- en subsidiëeringsfunctie. Dit zou leiden tot objectiviteit, onpartijdigheid en onafhankelijkheid.⁵³ De raad onderschrijft de doelstellingen die met het principe van de functiescheiding worden beoogd.

Om de controle en het toezicht naar behoren te kunnen uitoefenen geeft de raad volgende aanbevelingen mee:

- Vandaag inspecteert Zorginspectie “regelmatig”. De raad is van oordeel dat Zorginspectie *systematisch* moet inspecteren. Te dien einde moeten de middelen en instrumenten van Zorginspectie worden versterkt.
- Een negatief inspectieverslag moet leiden tot een structurele oplossing binnen een aanvaardbare termijn (‘gele kaart’). Als deze oplossing uitblijft dan volgt een wijziging/intrekking van de vergunning en/of subsidie van de geïnspecteerde (‘rode kaart’). Vrijblijvendheid moet vermeden worden anders hebben inspecties geen zin.
- De overheid moet zich opstellen als ‘lerende overheid’. Er bestaat altijd een kans dat aanbieders negatief geëvalueerd worden omwille van hiaten in bepaalde praktijken of in de regelgeving.
- De kwaliteitsindicatoren die zullen voortvloeien uit de visie op Maatschappelijk Verantwoorde Zorg moeten geïntegreerd worden in de inhoudelijke en financiële inspecties die Zorginspectie voert. Structurele kwaliteit, *outcome* en de financiële positie van aanbieders zijn van belang.⁵⁴

⁵² Zie website Zorginspectie: <http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/Pages/Home.aspx>

⁵³ Idem.

⁵⁴ Aanbieders zouden verplicht moeten zijn om een analytische boekhouding bij te houden.

- Zorginspectie zou benchmarking (prestatievergelijking) moeten introduceren en de resultaten publiek bekendmaken via een website (zie 4.2).
- Zorginspectie kent naast de inspectie van individuele voorzieningen of personen ook een 'thematische werking'. De raad stelt voor dat Zorginspectie 'mededinging in de woonzorg' opneemt als thema met het oog op de opmaak van een rapport inzake schaalvergrotingen, fusies en filialisering⁵⁵ in de woonzorg. Dit rapport moet overgemaakt worden aan de Belgische mededingingsautoriteit.

4.6.2. Toezicht op aanbiedersgedrag

Er is in eerste instantie geen nood aan een specifiek (mededingings)toezicht in de zorg. Een algemeen mededingingstoezicht kan immers vandaag reeds uitgeoefend worden door de Belgische mededingingsautoriteit die de wet tot bescherming van de economische mededinging toepast en de communautaire mededingsregels (art. 101 e.v. van het Verdrag betreffende de werking van de EU).

De mededingingsautoriteit heeft als rol om onverantwoorde machtposities, afspraken en zo meer te onderzoeken en er uitspraak over te doen - uiteraard het specifieke, maatschappelijk verantwoorde karakter van zorg indachtig. De mededingingsautoriteit zou in staat moeten zijn om in specifieke casussen uit te maken waar de economische activiteit van zorg ophoudt en dus waar/wanneer het algemeen belang gevrijwaard moet blijven.

De Raad voor de Mededinging treedt in actie n.a.v. klachten of bij indicaties. In die zin is het van belang dat Zorginspectie van start moet gaan met de opmaak van een jaarlijks rapport inzake schaalvergrotingen, fusies en filialisering in de woonzorg en dit ter beschikking stelt aan de Belgische mededingingsautoriteit. Die kan dan op basis van deze en andere gegevens beslissen om in actie te treden.

⁵⁵ De scheiding tussen het vastgoed (ondergebracht in een vastgoedvennootschap) en de uitbating (ondergebracht in een social profit organisatie). Dit wordt problematisch wanneer niet-marktconforme prijzen worden betaald door de social profit organisatie voor het vastgoed of wanneer gerealiseerde meerwaarden worden afgeleid (cfr; ook DIJKHOFFZ, W. & TE RIJDT, L., 'Vermarkting van de zorg: analyse van de impact op de zorgverstrekkers en de zorgontvangers, IN: VAN REGENMORTEL, A. & COATES, A (reds), 'Vermarkting van de zorg. Meer dan commercialisering alleen', Die Keure, Brugge, p. 255). Voorzieningen die geen winstoogmerk nastreven maar in de feiten het winstoogmerk van derden versterken moeten worden beschouwd als voorzieningen met winstoogmerk.