

Conceptnota

Betreft: Vlaamse sociale bescherming (VSB)

INHOUD

Conceptnota	1
Betreft: Vlaamse sociale bescherming (VSB)	1
A. Begrippenkader.....	2
B. Waarom een Vlaamse sociale bescherming	3
C. Historiek van de Vlaamse sociale bescherming.....	4
D. Inhoud van de Vlaamse sociale bescherming	6
E. Doelstelling en doelgroep VSB	8
F. Vlaams overlegmodel, ook voor VSB	9
G. Sleutelaspecten.....	10
H. Cirkelmodel als conceptueel referentiekader.....	14
I. Modaliteiten van financiering	16
J. Toegang tot zorg	19
K. Transversale benadering en unieke inschaling	20
VOORSTEL VAN BESLISSING	26

In deze nota beschrijven we, conform en in uitvoering van het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019 verbinden – vertrouwen - vooruitgaan, onze visie op de Vlaamse sociale bescherming. Deze visie zal de basis vormen voor de verdere implementatie van een Vlaams sociaal model, een Vlaamse sociale bescherming, waarbij we streven naar een zorgzame Vlaamse samenleving en we op een zo kwalitatief mogelijke manier antwoorden trachten te geven op zorgvragen van kwetsbare mensen.

In deze nota wordt vooral inzicht gegeven in de wijze waarop VSB vanuit de huidige (nieuwe) bevoegdheden moet ontwikkeld worden.

A. Begrippenkader

- **Volksverzekering:** een verplichte, publiekrechtelijke verzekering (=sociale verzekering) voor iedere natuurlijke persoon die legaal inwoner is. Ook een niet-inwoner die op grond van de EU-regelgeving recht heeft op de prestaties, is verzekerd in de volksverzekering. Degene die verzekerd is betaalt hiervoor een bijdrage.
- **Vraaggestuurde zorg:** zorg met het cliëntenperspectief als vertrekpunt, waarbij door een gelijkwaardige interactie tussen cliënt en zorgaanbieder of zorgverlener, de vraag van de cliënt via overleg en onderhandeling leidt tot een (voor de cliënt) passend aanbod en daarmee tot consequenties voor het organiseren van de zorg, waarbij de cliënt als eindgebruiker de keuze heeft.
- **Persoonsvolgende financiering:** deze term omvat alle financieringsvormen, die vertrekken van de zorg- en ondersteuningsnood van de cliënt en die de vorm kunnen aannemen van een cashbudget, een voucher of een terugbetaling van kosten via een derde betalingsregeling of een combinatie ervan.
- **Sociale bescherming:** in een brede definitie kan sociale bescherming omschreven worden als een geheel van op solidariteit gebaseerde structurele initiatieven en maatregelen om voor alle mensen gedurende hun levenscyclus toegang tot basisvoorzieningen te verzekeren. Essentieel hierbij is de (financiële) toegankelijkheid van zorg, maar ook de responsabilisering van de cliënt/verzekerde via een individuele bijdrage (verzekeringsmechanisme)
- **Zorgaanbieder:** dienst, voorziening en verstrekker die zorg verleent
- **Zorgnood:** een geobjectiveerde zorgbehoefte op basis van diagnose en/of indicatiestelling.
- **Indicatiestelling:** onder indicatiestelling verstaan we het vaststellen van de zorgzwaarte en/of ondersteuningsnood zowel met het oog op het verlenen van zorg als met het oog op het vaststellen van een recht op een financiële tegemoetkoming voor zorg.
- **Rechtstreeks toegankelijke zorgvormen:** hulpverlening die voor cliënten vrij toegankelijk is, georganiseerd in diensten waar een cliënt zelf naar toe kan stappen om hulp en ondersteuning te vragen. De financiering van die hulp kan wel gekoppeld zijn aan zorgzwaarte.
- **Cure:** die onderdelen van de gezondheidszorg die grofweg met de behandeling van ziekten te maken hebben. Dikwijls is de interventie van tijdelijke aard en met als doelstelling om te komen tot genezing/bevordering van herstel, met de daarbij behorende verpleging en verzorging. De financiering hiervan vindt plaats via de federale ziekteverzekering.
- **Care:** de onderdelen van zorg voor personen die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat ze – om welke reden dan ook – (dikwijls) gedurende een lange periode om de één of

andere reden afhankelijk zijn van anderen en geholpen moeten worden bij het inrichten van hun dagelijks leven en bij de uitvoering van diverse dagdagelijkse activiteiten¹.

B. Waarom een Vlaamse sociale bescherming

In Vlaanderen worden we, zoals in vele regio's, geconfronteerd met de uitdaging om een **gepast antwoord te vinden op stijgende én wijzigende zorgnoden**. 27% Belgische bevolking lijdt aan ten minste 1 chronische ziekte. 10 tot 20% van de 40-jarigen lijdt aan minstens twee chronische aandoeningen. In de groep 70-plussers lijdt zelfs 50% tot 70% van de mensen aan verschillende chronische ziektes.

Langdurige zorgnood betreft niet uitsluitend ouderen maar de kans op langdurige nood aan zorg en ondersteuning stijgt duidelijk met de leeftijd. De toenemende vergrijzing zal hier dus een belangrijke en grote impact op hebben.

Tussen 2010 en 2030 zal het aantal 65- tot 85-jarigen toenemen met 35%, waarvan 14% tussen 2020 en 2030². Voor het aantal 85-plussers is dit zelfs met 70%, waarvan 23% tussen 2020 en 2030. Bijna één op vier Vlamingen zal in 2030 ouder zijn dan 65 jaar. Mede door de vergrijzing stijgt de vraag naar een kwaliteitsvolle ondersteuning van Vlamingen met chronische zorgnoden, veroorzaakt door ziekte én/of ouderdom.

De uitdaging is groot, ook voor Vlaanderen. De Vlaamse bevoegdheden bevinden zich – zeker na de zesde staatshervorming - meer op het 'care' niveau. De Vlaamse antwoorden moeten zich situeren in de **realiteit van een multi-governance** zoals die van het federale niveau, waar de ziekteverzekering uiteraard ook deze uitdaging moet beantwoorden. Zo is de vermindering van ligduur in het ziekenhuis onlosmakelijk verbonden met de organisatie van de thuiszorg. Omgekeerd moet bijv. op het Vlaamse niveau rekening gehouden worden met de het feit dat de financiering voor verpleging in de thuiszorg federale materie is. Het lokale bestuursniveau is dan weer het best geschikt om het zorgzaam samenleven op een goede manier te bevorderen.

De finaliteit van alle middelen is niet uitsluitend meer 'genezen', maar legt meer de **focus ook op de 'kwaliteit van leven'**. Hierbij is de mogelijkheid om te revalideren en te participeren aan de samenleving een belangrijk aspect van een kwaliteitsvolle organisatie van de zorg en hulp, zowel in de thuiszorg, de brugzorg³ als de residentiële zorg en dit zoveel mogelijk op maat van de cliënt.

De VSB situeert zich in een globaal Vlaams beleid dat gericht is op empowerment en een goede preventie door een gezonde levensstijl. o.a. via het formuleren van gezondheidsdoelstellingen.

We moeten mensen trachten te overtuigen van het effect van een gezonde levensstijl. Een doelmatig preventief beleid heeft gevolgen op de kwaliteit van leven van de Vlaming en consequenties op de (financiële) haalbaarheid van de VSB.

Waar mogelijk moeten in de toekomstige financiering van zorg binnen de VSB incentives worden ingebouwd die de preventie stimuleren.

Zo lang mogelijk in een vertrouwde thuisomgeving kunnen blijven met gepaste ondersteuning, is voor vele Vlamingen de wens om te kunnen spreken van kwalitatieve zorg en een goede organisatie van de zorg. En als dat niet meer mogelijk is, moet er residentiële ondersteuning mogelijk zijn die opgevat wordt als een thuisvervangende setting. Zowel in de thuiszorg, in de brugzorg, als in de residentiële zorg zijn waarden zoals privacy, respect, gepersonaliseerde zorg

¹ Revalidatie bevindt zich op het raakvlak tussen care en cure

² Studiedienst Vlaamse Regering, Bevolkingsprojecties 2009-2030.

³ Brugzorg: aangepaste tijdelijke zorg voor mensen die op het punt staan ontslagen te worden uit het ziekenhuis, maar voor wie nog geen passend zorgarrangement, thuis of residentieel beschikbaar is.

en interactie met de leefomgeving belangrijk. De grenzen tussen thuiszorg en residentiële zorg vervagen. Nu reeds wordt in de residentiële setting volop ingezet op interactie met de samenleving. Dit is een positieve evolutie die we ondersteunen en waar we maximaal op inzetten. Ook innovatie moet hierbij aan bod komen en gestimuleerd worden, denken we maar aan tal van mogelijkheden die nieuwe domotica kan bieden voor thuiszorg of aan de technologische ontwikkelingen in de medische wereld die ook gevolgen hebben voor de zorgverstrekking. Daarom is het belangrijk om bij de uitbouw van de VSB ook nauw de ontwikkelingen op vlak van zorginnovatie binnen Flanders' Care op te volgen en er op in te spelen

We omschrijven deze vermaatschappelijking van de zorg zoals de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin dit doet in zijn visienota uit 2012: *“Verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven, ..., met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving te laten verlopen. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer, (...) communitycare, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg”.*

Wil het mogelijk zijn elke burger een eigen plek in de samenleving te laten innemen, dan zal ook heel deze samenleving zich voor een deel rechtstreeks verantwoordelijk moeten voelen voor zijn medeburgers. Zorg in de gemeenschap (communitycare) wordt niet door de overheid verstrekt of opgelegd, maar dient van onderuit, vanuit de samenleving zelf, te komen en te groeien. De overheid, de economische actoren en het maatschappelijk middenveld dienen de voorwaarden te creëren om groepen en individuen in staat te stellen die betrokkenheid in het zorgproces waar te maken.

C. Historiek van de Vlaamse sociale bescherming

Sociale bescherming is een mensenrecht dat als dusdanig erkend wordt in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (art. 22 en 25), in het Internationale Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (art. 9 en 10), in IAO-Conventie 102, in regionale mensenrechtenverdragen en artikel 23 van onze Grondwet.

Sociale bescherming kan enkel voor iedereen toegankelijk zijn als ze op solidariteit is gebouwd. In een (verplicht) verzekeringsmodel, gaan we uit van het delen van risico's en verantwoordelijkheden, van rechten en plichten.

In 2001 trad de **Vlaamse zorgverzekering** in werking als een eerste Vlaamse verplichte verzekering (facultatief in Brussel) om vanuit een eigen visie de niet medische zorgkost in Vlaanderen beter te vergoeden. Hierdoor (en door een verbetering van de federale tegemoetkoming hulp aan bejaarden) daalde het percentage van mensen dat voor het betalen van de dagprijs in het woonzorgcentrum een beroep moest doen op het OCMW aanzienlijk⁴. Ook in de thuiszorg en bij

⁴Eind jaren '80 werd het aantal personen dat op het OCMW beroep moest doen voor de financiering van het rusthuis nog op dertig procent geschat. Uit onderzoek van 2004 bleek dat het OCMW nog bij zeven procent van de rusthuisbewoners tussenkwam om hun opname te financieren (Johan Truyens, *“De invloed van de zorgverzekering op de financiële draagkracht van de zorgbehoevende” in 10 jaar zorgverzekering Vlaanderen schrijft geschiedenis en toekomst*)

Uit het LOVO-2 onderzoek van 2004 kwam het OCMW nog bij zeven procent van

verblijf in een assistentiewoning draagt de zorgverzekering bij tot de financiële toegankelijkheid van zorg. Studies wijzen uit dat de zorgverzekering de bestaansonzekerheid bij zorgbehoevenden aanzienlijk heeft teruggedrongen⁵.

Dit verzekeringssysteem doorstond, na een aantal aanpassingen, de juridische toets van de Grondwet en het Europees recht.

Voortbouwend op de Vlaamse zorgverzekering heeft de Vlaamse Regering in het regeerakkoord 2009-2014 vooropgesteld werk te maken van een basisdecreet Vlaamse sociale bescherming. Daarin werden naast de zorgverzekering ook een premie voor jonge kinderen en een maximumfactuur in de thuiszorg voorzien.

In de loop van de vorige regeerperiode zijn belangrijke budgettaire en institutionele wijzigingen opgetreden waardoor de uitvoering van de Vlaamse sociale bescherming moest worden herzien. Veruit het meest ingrijpende was de zesde staatshervorming. Bedoeling van de zesde staatshervorming was om tot meer homogene bevoegdheden te komen. De zesde staatshervorming heeft belangrijke onderdelen op het vlak van zorg en gezondheid overgedragen naar de deelstaten. Hierdoor komt de intense revalidatie en “long term care” hoofdzakelijk in handen van de deelstaten terwijl de “cure” hoofdzakelijk federaal blijft. Gezien deze immense wijzigingen zullen we een nieuw decreet Vlaamse sociale bescherming ontwikkelen ter vervanging van het bestaande decreet Vlaamse sociale bescherming..

In het huidige Vlaams Regeerakkoord is ervoor gekozen om de overgedragen bevoegdheden op het vlak van (langdurige) zorg, hulpmiddelen en revalidatie niet te versnipperen maar als één geheel te bekijken samen met de bestaande Vlaamse bevoegdheden. De staatshervorming biedt een opportuniteit om vanuit een eigen Vlaamse visie de sociale bescherming uit te bouwen. Het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019 vermeldt hierover:

“De nieuwe bevoegdheden bieden ons de komende regeerperiode een unieke kans om de Vlaamse sociale bescherming verder uit te bouwen. Deze vertrekt vanuit een visie van versterking van de cliënt en geeft prioriteit aan thuiszorg, preventie en het verhogen van de zelfredzaamheid. Op die manier concretiseert de Vlaamse overheid een volwaardig ‘zorg’-beleid. Dit geldt voor alle zorg voor personen die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat ze – om welke reden dan ook – gedurende een lange periode om de een of andere reden afhankelijk zijn van anderen en geholpen moeten worden bij het inrichten van hun dagelijks leven en bij de uitvoering van diverse dagdagelijkse activiteiten. (...). We realiseren efficiëntiewinsten en transparantie voor de burger door het samenbrengen van verschillende tegemoetkomingen en systemen van inkomensgerelateerde zorg in één Vlaamse sociale bescherming.”

In totaal gaat het om meer dan 2,5 mia euro die via federale dotaties wordt overgeheveld naar de deelstaten om de verschillende vormen van zorg te financieren. Daarnaast zijn er de algemene middelen voor de zorgverzekering en het basisondersteuningsbudget voor personen met een handicap, de middelen uit de premie zorgverzekering en de reeds bestaande vormen van cliëntenbijdrage voor zorg die samen worden ingezet voor de financiering van de Vlaamse sociale bescherming.

We organiseren met de VSB een **volksverzekering**, waarbij de burger jaarlijks een premie betaalt. De huidige premie zorgverzekering wordt omgevormd tot een premie VSB. In ruil voor die premie kan de gebruiker in geval van zorgbehoevendheid een beroep doen op de verschillende pijlers van VSB. Deze pijlers worden in deze regeerperiode stap voor stap uitgebouwd.

de rusthuisbewoners tussen om hun opname te financieren²⁶

⁵ Jozef Pacolet, Nele Spruytte en Sigrid Merckx, *Bestaansonzekerheid in Vlaanderen bij chronisch zorgbehoeftige zieken thuis, Belang van de Vlaamse zorgverzekering*, KULeuven, Hiva, 2008

D. Inhoud van de Vlaamse sociale bescherming

Conform het Vlaams regeerakkoord worden zowel de reeds Vlaamse tegemoetkomingen als de overgedragen rechten op tegemoetkomingen en financiering van zorg in het kader van de zesde staatshervorming, opgenomen binnen de VSB. Concreet gaat het om de volgende onderdelen, zoals ze momenteel hun uitwerking kennen⁶:

- **De tenlasteneming van de zorgverzekering (ZVZ) :**

-Deze bestaande Vlaamse tegemoetkoming biedt de zwaar zorgbehoevende (zonder leeftijdsgrens) een maandelijks forfait als vergoeding van niet medische kosten, zowel thuis als in een residentiële voorziening. Bij opname in het woonzorgcentrum of het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) wordt de zorgverzekering toegekend ongeacht de zorgzwaarte. Het bedrag kan men vrij besteden en men hoeft geen bewijzen voor te leggen.

- **Het basisondersteuningsbudget voor personen met een handicap (BOB) :**

-Deze nieuwe Vlaamse tegemoetkoming biedt een maandelijks, forfaitair bedrag, aan personen met een erkende handicap (aanvraag voor 65 jaar) en een vastgestelde ondersteuningsnood. Het bedrag kan men vrij besteden en men hoeft geen bewijzen voor te leggen. Dit basisondersteuningsbudget zal gefaseerd worden uitgerold⁷.

- **De tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB) :**

-Deze oorspronkelijk federale tegemoetkoming kan men ontvangen vanaf 65 jaar omwille van een verminderde graad van zelfredzaamheid en vergoedt de meerkost die de persoon ondervindt, vanwege zijn verminderde zelfredzaamheid. Zij biedt maandelijks een forfaitair bedrag dat varieert volgens vijf categorieën van zorgzwaarte. De tegemoetkoming is inkomensgerelateerd. Men kan dit bedrag vrij besteden en men hoeft geen verantwoordingsstukken voor te leggen.

- **De terugbetaling van zorg geleverd in een woonzorgcentrum (WZC), in initiatieven van beschut wonen (IBW), in een psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) :**

- Het WZC is een collectieve woonvorm en zorgvorm voor personen (in principe 65 plus) die omwille van een verlies aan zelfredzaamheid nood hebben aan permanente ondersteuning en zorg.
- Het PVT is een collectieve woonvorm en zorgvorm voor personen met een gestabiliseerde langdurige psychische stoornis of met een verstandelijke handicap die geen nood hebben aan een continu psychiatrisch toezicht.
- Een IBW vangt patiënten op die voornamelijk uit psychiatrische ziekenhuizen en/of psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen komen en die geen voltijdse ziekenhuisbehandeling vereisen maar die in hun leef- en woonmilieu geholpen moeten

⁶ Het basisondersteuningsbudget wordt hierin opgenomen op zoals dit is opgevat binnen het decreet persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap.

⁷ Zie Nota "Vlaams beleid voor personen met een beperking : invoering van het decreet persoonsvolgende financiering" op 6 februari goedgekeurd door de Vlaamse Regering.

worden bij het verwerven van de nodige sociale vaardigheden om (opnieuw) volledig in de maatschappij geïntegreerd te worden.

De financiering van de zorgkosten gebeurt momenteel door het RIZIV en wordt door de ziekenfondsen aan de voorzieningen toegekend en dat via een derde betalingsregeling. Deze financiering houdt onder andere rekening met de personeelsinzet die nodig is om tegemoet te komen aan de zorg van de cliënten. In de ouderenzorg is de financiering expliciet gekoppeld aan de zorgzwaarte van de bewoner.

- **De terugbetaling van zorg in revalidatie (in diensten die voor de staatshervorming een overeenkomst hadden met het RIZIV en nu met de Vlaamse gemeenschap) - en geïsoleerde G en Sp diensten :**

- Revalidatie richt zich op een verbetering of herstel van functies zowel op motorisch, op psychosociaal als op neurologisch vlak.

Onder "revalidatie" wordt verstaan: de niet-acute of post-acute zorg die op multidisciplinaire wijze wordt verstrekt, ongeacht het revalidatiecentrum of revalidatieziekenhuis waar deze zorgen worden verstrekt in het kader van de interactie ouders-kinderen, in het kader van mentale, sensorische, verslavings-, stem- en spraakstoornissen, voor hersenverlamden, in het kader van kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen, evenals de niet-acute of post-acute zorg die op multidisciplinaire wijze wordt verstrekt wat betreft de neurologische en/of motorische stoornissen in de revalidatieziekenhuizen. Het is evenwel noodzakelijk om revalidatie zo snel als mogelijk te starten om een optimaal herstel te garanderen.

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

- **De terugbetaling van hulpmiddelen :**

-Het gaat om de mobiliteitshulpmiddelen zoals rolstoelen, loop- en sta-hulpmiddelen, scooters enz. Zij worden momenteel in de ziekteverzekering vergoed voor personen met mobiliteitsproblemen, ongeacht leeftijd, en bieden hen zo de mogelijkheid om maximaal te kunnen blijven participeren aan de samenleving. Daarnaast zijn er ook de hulpmiddelen, die niet gerelateerd zijn aan mobiliteit, en die momenteel voorbehouden zijn voor de personen met een handicap waarvoor de aanvraag moet gedaan worden vóór 65 jaar (ook "individuele materiële bijstand" genoemd).

- **Het systeem van inkomensrelaterende eigen bijdragen thuiszorg :**

-Dit is de inkomensgerelateerde bijdrage voor de verschillende thuiszorgdiensten, waaronder gezinszorg, aanvullende thuiszorg voor personen met een zorgnood en professionele oppas. Deze zorgvormen ondersteunen de zorgbehoevende om zich zo lang mogelijk in de thuissituatie te kunnen handhaven. De financiering van de diensten gebeurt door de Vlaamse overheid en de cliënt betaalt een eigen bijdrage in functie van zijn inkomen en gezinssituatie.

Wie deze inventaris leest, realiseert zich uiteraard dat het hier een bijzonder complex en historisch gegroeid geheel betreft. Om de transitie naar een volwaardig concept van sociale bescherming te kunnen maken, vertrekken we dus niet van een wit blad. In een eerste fase gaat het immers over het bundelen en incorporeren van bestaande zorg- en ondersteuningsvormen, met elk hun eigen toegangsregels en tariefstructuren. (zie verder).

We kiezen daarom om voor de ontwikkeling van VSB een geleidelijk proces te organiseren. Het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin start alvast met de verdere uitwerking van een projectplan waarin prioriteit gegeven wordt aan de onvermijdelijke uitvoering van de zesde staatshervorming. En uiteraard zullen vele aspecten een grondig overleg met de betrokken sectoren vereisen (zie punt E).

E. Doelstelling en doelgroep VSB

De VSB ondersteunt mensen met een (langdurige) zorgnood in hun mogelijkheid om de regie van hun zorg in eigen handen te houden.

Zij richt zich tot al wie een intense revalidatie, langdurige ondersteuning en/of zorg nodig heeft omwille van een beperking die gepaard gaat met verlies aan zelfredzaamheid. Dit verlies aan zelfredzaamheid kan een gevolg zijn van een ongeval, een lichamelijke of psychische problematiek. Deze risico's kunnen voorkomen op elke leeftijd zodat VSB dus gericht is op alle mensen in iedere levensfase en niet enkel op ouderen.

De VSB maakt zorg zowel thuis als residentieel (financieel) toegankelijk. Het betreft duidelijk die **zorg en welzijnskosten die tot de bevoegdheid van de Vlaamse gemeenschap behoren**.

Thuisverpleging en psychiatrische thuiszorg behoren daar bijvoorbeeld niet toe.

De VSB ontwikkelt zich dan ook in een realiteit van multilevel governance. In heel de ontwikkeling moet rekening gehouden worden met de **verwevenheid met de ziekteverzekering** en de keuzes die daarin gemaakt worden (bv in de ziekenhuisfinanciering). Een afbouw van ligduur in het ziekenhuis heeft bijvoorbeeld een onmiddellijke impact op de thuiszorg. Ook de rol van de lokale overheden en het maatschappelijk middenveld in de vermaatschappelijking van de zorg met de aandacht voor een buurtgerichte aanpak (dienstencentra, woonzorgzones, vrijwilligerswerk,...), de verdere structurering en uitbouw van de eerstelijnsgezondheidszorg ed bepalen mee het succes van een echt care beleid.

De VSB wordt daartoe, geënt op de zorgverzekering, uitgebouwd als een **Vlaamse volksverzekering**. Zoals bij de zorgverzekering is de aansluiting voor wie in Vlaanderen woont verplicht en kunnen de inwoners van Brussel vrij kiezen om aan te sluiten. Kinderen sluiten, zoals dit nu reeds bij de zorgverzekering gebeurt, ad hoc en zonder premiebetaling aan bij de zorgkas van één van de ouders, wanneer deze kinderen aan de voorwaarden voldoen om rechten te openen.

F. Vlaams overlegmodel, ook voor VSB

Naar het model van VESOC worden de verschillende betrokken actoren bovendien opgenomen in een overlegmodel met het oog op het sluiten van akkoorden.

Het nieuwe model van overleg binnen het domein Welzijn, Gezin en Gezondheid zal een **eenvoudig en transparant model** worden, dat toelaat de diversiteit aan stakeholders (gebruikersorganisaties, de zorgaanbieders, de zorgkassen, de sociale partners en de Vlaamse overheid) en de ervaring op vlak van participatieve aanpak verder te zetten en te versterken. Er zijn **2 niveaus in dit overlegmodel**: het overleg binnen de Raadgevende Comités die zowel inzake de beleidsvoorbereiding als de beleidsuitvoering een adviserende stem hebben ten aanzien van de leidend ambtenaar aan de ene kant en het strategische overleg in functie van beleidsbeslissingen en het in deze nota beschreven overlegmodel aan de andere kant. We dragen er zorg voor dat beide niveaus met elkaar verbonden zijn.

Om een werkbaar model te hebben zullen we werken met 1 intersectorale kamer en 3 andere kamers waaronder één voor de Vlaamse Sociale Bescherming.

De Kamer Vlaamse Sociale Bescherming, behandelt en sluit, in consensus, akkoorden over een geïntegreerd beleid op vlak van de tegemoetkomingen en vraaggestuurde financiering voor zorg binnen VSB en de gehandicaptensector.

Het Sociaal Overlegcomité VSB, zorg en gezin, bekrachtigt de akkoorden die gesloten zijn in de verschillende kamers of kan, indien hij bemerkingen heeft bij deze voorbereide akkoorden, de betrokken kamer vragen deze bemerkingen in overweging te willen nemen. Bovendien behandelt het Sociaal Overlegcomité de overlegvraagstukken die gemeenschappelijk zijn voor gezin, zorg en VSB. Het Sociaal Overlegcomité kan over deze overlegvraagstukken bij consensus zelf bindende akkoorden sluiten. Het Sociaal Overlegcomité kan een thema evoceren (hiervoor werken we een procedure uit) als blijkt dat het thema vanuit een breed perspectief moet worden bekeken.

Met deze aanpak (regering, sociale partners en sector) beogen we ook een partnerschap tussen de zorg- en welzijnssector en het sociaal-economisch beleid. De uitdagingen voor de sector zijn immers groot: er is nood aan instroom van kwalitatief personeel. Hoe kan er samengewerkt worden op vlak van arbeidsmarkt- en onderwijsbeleid en de sector? Er zijn uitdagingen op vlak van huisvesting en ruimtelijke ordening. Hoe kan de zorg- en welzijnssector met deze beleidsdomeinen afstemmen? Het overlegmodel van regering, sociale partners en sector biedt mogelijkheden voor dergelijke integraal beleid en duurzame ontwikkeling van de sector. Die afstemming zal ook gebeuren met de bestaande overlegorganen in de betrokken beleidsdomeinen. Op het ogenblik dat dit aan de orde is zullen de functioneel bevoegde ministers betrokken worden.

Daarnaast wordt het IVA Zorgfonds omgevormd tot het IVA Vlaamse sociale bescherming dat verantwoordelijk is voor de beleidsvoorbereiding en het toezicht op de uitvoering van de verschillende onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming en het beheer van het reservefonds. Een Raadgevend Comité wordt opgericht met een adviserende rol op vlak van beleidsuitvoering en met vertegenwoordiging van de betrokken actoren: vertegenwoordigers van gebruikersorganisaties, de zorgaanbieders, de zorgkassen en de sociale partners.

G. Sleutelaspecten

- a. De financiering en creatie van rechten gebeurt via een Vlaamse volksverzekering en laat toe dat de Vlaamse gemeenschap, ook in Brussel, een vraaggestuurd zorgbeleid kan ontwikkelen

Zoals aangegeven, enten we de VSB op de bestaande sokkel van de Vlaamse zorgverzekering, waarvoor we op vandaag en in de toekomst, conform het Vlaams Regeerakkoord en de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, een beroep doen op de zorgkassen. Dit systeem laat toe om ook in Brussel onze Vlaamse bevoegdheden uit te voeren.

We breiden dit systeem uit met nieuwe rechten, die op Vlaams niveau moeten verankerd worden in het kader van de zesde staatshervorming of - zoals voor het basisondersteuningsbudget voor personen met een handicap - met op Vlaams niveau reeds bestaande decretale bepalingen. De Vlaamse sociale bescherming consolideert zo het systeem van rechten en persoonsgerelateerde uitkeringen (zorgverzekering, THAB, ...) toegekend op basis van inwonerschap (in Vlaanderen en Brussel (keuze)) en mits betaling van een premie.

De Vlaamse sociale bescherming (VSB) wordt dus ook, binnen onze bevoegdheden, in Brussel uitgerold. Gezien het feit dat er ten gevolge van de zesde staatshervorming echter een aantal onderdelen van de VSB in Brussel onder de bevoegdheid van de GGC ressorteren (*Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden en mobiliteitshulpmiddelen*), vergt deze uitrol een specifieke en aangepaste aanpak. Die heeft zowel betrekking op de omvang van de gedekte risico's, de hoogte van de premie als de instap voorwaarden. Dit wordt uitgewerkt in een werkgroep met de betrokken instanties en de deskundigen die actief zijn op het werkveld in Brussel. In een volgende fase zal er ook politiek overleg worden gevoerd met alle relevante kabinetten, waaronder uiteraard ook de verschillende Brusselse kabinetten.

- b. Het systeem moet een belangrijke meerwaarde inhouden voor elke Vlaming

Met VSB wordt – volgens de logica van een verzekering en gebaseerd op solidariteit - een systeem van **vraaggestuurde tegemoetkomingen en ondersteuningsvormen** voor mensen met langdurige nood aan zorg geïnstalleerd. We hechten hierbij de financiering aan de verzekerde. Dat kan onder de vorm zijn van een bedrag dat hem of haar toekomt (zorgverzekering, basisondersteuningsbudget of tegemoetkoming hulp aan bejaarden) en/of door de betrokkene in alle vrijheid toegang te geven tot zorg naar keuze en op maat die dan op een persoonsvolgende wijze gefinancierd wordt (bijvoorbeeld residentiële zorg, revalidatie, mobiliteitshulpmiddelen). VSB biedt de kans om te komen tot **een geïntegreerd Vlaams sociaal beleid** waarbij bestaande schotten worden weggewerkt (doelgroep- en zorgvorm overschrijdend werken) en de **gebruiker centraal** komt te staan. Het samenbrengen van verschillende tegemoetkomingen en eigen bijdrageregelingen in één decreet, één regelgeving, leidt ertoe dat de concepten van persoonsvolgende financiering, begrippen, procedures en voorwaarden beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Hiermee realiseren we transparantie, eenduidigheid en efficiëntiewinst voor de burger. Het hele systeem zal evenwel moeten groeien doorheen de tijd.

Toekomstige perspectieven **voor de burger** die we hiermee willen realiseren en die essentiële doelstellingen zijn:

- We vertrekken vanuit de zorgnood en de cliënt houdt de regie over de zorg in handen.
- We realiseren een transparant, persoonsvolgend, vraaggestuurd en éénduidig financieringssysteem voor zorg, met duidelijk omschreven rechten op

tegemoetkomingen. Dit systeem moet bijdragen tot (financiële) toegankelijkheid van zorg en ondersteuning.

- We realiseren transparantie en vereenvoudiging van rechten en procedures (weten waarop men recht heeft, aan welk tarief, wat de voorwaarden zijn en waarom, ...). We zetten hierbij maximaal in op digitalisering en automatische rechtentoekenning. We kiezen voor één loket voor de aanvragen, de uitbetaling en informatie over een individueel dossier en over de rechten in de verschillende onderdelen van de VSB, nl. de zorgkas, die zowel digitaal als fysiek toegankelijk is, ook voor kwetsbare doelgroepen. Elke zorgkas organiseert deze dienstverlening efficiënt en transparant, rekening houdend met de noden van de mensen. De zorgkassen worden in hun werking en taakstellingen voldoende (financieel) geresponsabiliseerd. De aansluiting bij een zorgkas is het gevolg van een vrije keuze van de cliënt, die er ook vrij voor kan kiezen om minstens jaarlijks van zorgkas te veranderen. De cliënt moet steeds kunnen rekenen op een objectieve dienstverlening.. Uiteraard blijven alle eerstelijnsdiensten ook verantwoordelijk voor toeleiding en informatie over zorg en spelen zij ook een rol bij het informeren van de cliënt over zijn rechten op tegemoetkomingen.
- We vermijden dubbele inschalingen.

c. De overheid bewaakt de finaliteit, kwaliteit en de toegankelijkheid van het zorgaanbod

De Vlaamse overheid waakt erover dat het zorgaanbod effectief toegankelijk en kwaliteitsvol is. Dat vraagt een goede organisatie van diagnose en indicatiestelling (zie verder), maar ook duidelijke criteria voor erkenning en kwaliteitsbewaking voor de zorgaanbieders die via het vraaggestuurd systeem hun diensten (gedeeltelijk) gefinancierd zien..

De kwaliteit moet ook transparant zijn voor de gebruiker. Ook de toegankelijkheid van het aanbod voor bijvoorbeeld mensen in armoede en met een verhoogd armoederisico, holebi's en diverse culturele achtergronden moet bewaakt worden.

Die **kwaliteitsbewaking** moet alvast aansluiten bij de filosofie van het Vlaams regeerakkoord: een handhavingsbeleid dat ook focust op de outcome van de geleverde ondersteuning, ruimte voor sociaal ondernemen en regelluwte. Het totale systeem moet natuurlijk ook 'EU- proof' zijn. We streven zoveel mogelijk naar een model van toezicht op basis van kwaliteitsindicatoren en accreditering ook door derden (externe kwaliteitsborging).

Finaal moet het resultaat van de totale inzet van middelen bijdragen tot meer levenskwaliteit. In die zin zijn gemeenschappelijke indicatoren om de verschillende zorguitkomsten op een of andere manier te kunnen vergelijken noodzakelijk en moeten de financieringsmechanismen een incentive bevatten om dat beoogde resultaat ook effectief te behalen.

Dat betekent alvast dat voor de verschillende zorgvormen, ook in een wettelijk kader moet bepaald worden wat hun finaliteit is. Dat zal een aanpassing van diverse decreten veronderstellen. Dit is op zich al een hele uitdaging. Vanuit het perspectief van de zorgvrager is een geïntegreerde (en dus vaak sectoroverschrijdende) zorg op maat waarvan continuïteit en flexibiliteit belangrijke kwalitatieve aspecten zijn, cruciaal. De afstemming van erkenningsnormen en financieringstechnieken is daarvoor onafwendbaar.

Indien dit implicaties heeft voor personeelsnormen en personeelskwalificaties is dit een proces dat zorgvuldig en in goed overleg met alle betrokken actoren moet gebeuren, waaronder ook de sociale partners.

Zoals gezegd geeft een indicatiestelling toegang tot zorg. Voor complexe zorgsituaties zal een zorgplan moeten worden opgemaakt, dat niet enkel het resultaat is van een inschaling maar ook de context (familie, woonsituatie, ...) mee in beeld brengt⁸.

Dit zorgplan somt de zorg- en ondersteuningsdoelstellingen, -activiteiten en/of interventies op voor de persoon met een langdurige zorgvraag en zijn mantelzorger(s). Het moet het mogelijk maken de mantelzorger maximaal te ondersteunen. In eerste instantie heeft de cliënt de regie in handen bij de opmaak van zijn zorg- en ondersteuningsplan. Hij kan, als hij dit wenst, zelf het zorgplan opmaken, zich hierbij laten bijstaan of aangeven wie dit zorg- en ondersteuningsplan in zijn plaats kan opmaken, en heeft steeds inzage in zijn zorg- en ondersteuningsplan en kan er ook notities of observaties in aanbrengen. Voor mensen die hier omwille van bepaalde redenen niet (meer) toe in staat zijn ontwikkelen we alternatieven die deze principes niet tegenspreken. Het moet de bedoeling zijn om op die manier continuïteit en multidisciplinariteit te garanderen. De manier waarop dit zorgplan moet opgesteld worden en de wijze waarop in dit soort complexere situaties de coördinerende functie wordt opgenomen maakt voorwerp uit van de eerstvolgende eerstelijnsgezondheidszorgconferentie. Ook de gebruikersorganisaties zullen hier bij betrokken worden. Het gebruik van het platform VITALINK zal daarbij gestimuleerd worden.

Voor de **gezinszorg en aanvullende thuiszorg** betekent dit alvast dat een nieuw kader moet uitgewerkt worden zoals ook beschreven in de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. We stappen daarbij af van een eenzijdig op gepresteerde uren gebaseerde financiering van de zorgvrager en moeten evolueren naar een meer vraaggestuurd model met een globale beschrijving van het pakket zorgverlening binnen afgestemde zorgdoelstellingen. We maken werk van een levensvatbaar financieringsmodel voor de gezinszorg en aanvullende thuiszorg. We houden daarbij rekening met het zorgmodel van de toekomst, waarin zorg op maat, flexibiliteit en continuïteit vooropstaan en houden rekening met de conceptuele ontwikkelingen richting persoonsvolgende financiering.

Gezinszorg en aanvullende thuiszorg beperken zich daarbij uiteraard niet tot ondersteuning van mensen met langdurige ondersteuningsnoden maar het kan ook gaan om kortdurende interventies (bijv. kraamzorg).

Ook wat de **residentiele ouderenzorg** betreft moet, conform het regeerakkoord, een nieuw financieringssysteem ontwikkeld worden. Dat moet afgestemd zijn op de zorgzwaarte maar moet de aanbieder er ook toe aanzetten de bewoners te activeren en hun zelfredzaamheid te bevorderen.

Ook het historisch tot stand gekomen systeem van voorafgaande vergunningen, het nieuw uit te werken forfaitair financieringssysteem voor de investeringen in infrastructuur voor ouderenvoorzieningen en mogelijke reconversies naar andere zorgvormen of financieringsmodaliteiten moeten mee opgenomen worden in dit nieuwe regelgevend kader.. Daarbij moeten er ook voldoende incentives zijn voor innovatieve investeringen. Dit nieuw financieringsmodel zal worden afgetoetst in de task force ouderenzorg.

De innoverende projecten ouderenzorg die in het kader van het protocolakkoord met de federale overheid zijn ontwikkeld, de Vlaamse proeftuinen in de ouderenzorg en de nieuwe innoverende projecten die de federale overheid in nauwe samenwerking met de deelstaten wil opstarten met het oog op een aangepaste zorg voor chronische patiënten, moeten hier gevaloriseerd worden.

⁸ Cf. Kaiser Triangle als conceptueel model voor de verschillende niveaus van chronische zorg: www.improvingchroniccare.org/downloads/review_of_international_frameworks_chrisamm.pdf

Wat **IBW en PVT** betreft, evolueren we naar meer flexibele vormen van allerlei woonvormen met de ondersteuning op maat die tot de competentie van deze voorzieningen behoort. Ook voor de **revalidatiesector** moet na de staatshervorming een nieuw kader, inclusief financieringsmodel dat overeenstemt met de persoonsvolgende financiering van de andere in VSB opgenomen zorgvormen, gecreëerd worden. Hierbij wordt rekening gehouden met het aanbod en de opdrachten van revalidatie in algemene en universitaire ziekenhuizen (waarbij de Vlaamse overheid misschien van haar nieuwe normerende bevoegdheid moet gebruik maken om de afstemming te waarborgen) en met de complementariteit tussen het ambulante en het residentiële aanbod.

De visie uitgedrukt in het cirkelmodel (zie verder) moet er ook toe aansporen om voldoende aandacht te hebben voor een zorgaanbod dat mantelzorgers effectief in hun draagkracht respecteert en hun inzet waardeert. Vormen van **respijtzorg, nachtopvang, vrijwillige oppas, vormen van herstelverblijf, ...** moeten daarom verder ontwikkeld worden.

Wat het **hulpmiddelenbeleid** betreft, zal parallel, gewerkt worden aan het realiseren van alternatieven voor de klassieke formules van eigenaarschap, waarbij hergebruik één van de belangrijk te onderzoeken pistes is, die worden geïntegreerd in de persoonsvolgende financiering in overeenstemming met de andere luiken van de VSB. Dit hulpmiddelenbeleid wordt gekaderd binnen een '*chronic care*' model, een breder zorgconcept waarin thuiszorg, zelfredzaamheidsbevordering en participatie aan de samenleving centraal staan. We maken in het hulpmiddelenbeleid ook werk van meer marktwerking en transparantie voor wat de prijsvorming betreft en richten een efficiënt en kostenbesparend systeem op voor de recuperatie, het uitlenen en het hergebruik van hulpmiddelen.

d. Een zorgvuldige transitie is essentieel met respect voor het standstillbeginsel

Bij het groeiproces naar een meer coherent geheel van tegemoetkomingen en persoonsvolgende financiering, houden we rekening met de nood aan **continuïteit en rechtszekerheid**. We vertrekken van een aantal bestaande rechten en financieringen, die we niet van vandaag op morgen volledig kunnen ombouwen. We moeten trouwens rekening houden met de transitieprocessen die voor de over gekomen bevoegdheden zijn vastgelegd in protocollen.

Het operationaliseren van een coherente visie op financiering van zorg zal tijd vragen en over de regeerperiode heen moeten groeien. Het **Decreet Vlaamse sociale bescherming** zal hiervoor, doorheen het maatschappelijk debat en met een zo breed mogelijk draagvlak, voor het einde van 2018 de decretale basis leggen.

Voorafgaande voorwaarde voor een geslaagde uitwerking van VSB is dat de overheveling van de onderdelen uit de zesde staatshervorming vlot verloopt, niet in het minst voor de gebruikers,. Dat proces zal **kennisverwerving** vergen, en ook het bouwen van **nieuwe ICT-toepassingen**. Het zal ons ook dwingen om in een eerste fase, met als doelstelling tijdig operationeel te kunnen zijn, al een aantal zaken over te nemen zonder onmiddellijke grondige inhoudelijke hervorming. Ook daarna moeten we rekening houden met het **stand still beginsel of "niet-achteruitgangsverplichting"** zoals dit voortvloeit uit artikel 23 van de Grondwet, dat gaat over het recht op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand.

Die 'niet-achteruitgangsverplichting' vormt een grondwettelijke bescherming tegen nieuwe wetsbepalingen die het beschermingsniveau van het recht significant zouden verlagen in vergelijking met de vroeger verkregen waarborgen. Het is niet toegelaten om maatregelen te nemen die een aanzienlijke achteruitgang zouden

betekenen, maar dit ontzegt de wetgever niet de bevoegdheid om te oordelen hoe de rechten op basis van artikel 23 van de grondwet op de meest adequate wijze zouden kunnen worden gewaarborgd⁹.

H. Cirkelmodel als conceptueel referentiekader

De uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming vertrekt zoals de nieuwe financiering voor personen met een handicap, conceptueel van het cirkelmodel. Dit is een ondersteuningsmodel van de American Association on Mental Retardation (AAMR) en van de Wereldgezondheidsorganisatie¹⁰. Dat is zo opgebouwd dat het als referentiekader kan gelden voor een ondersteuningsconcept voor zowel personen met een handicap als chronisch zieken (fysiek en psychisch) en ouderen in kwetsbare situaties. Daarbij moet uiteraard rekening worden gehouden met parameters die een individuele situatie kenmerken (aanwezige netwerk, concrete ondersteuningsvraag, benodigde frequentie, intensiteit en duur). In het model moet ook rekening worden gehouden met de Vlaamse bevoegdheden.

In het decreet dat de nieuwe organisatie handicapspecifieke ondersteuning organiseert bv, is voor de personen met een beperking in de zogenaamde trap 2 een vijfde cirkel van ondersteuning toegevoegd die weliswaar buiten de financiering via de zorgverzekering en dus Vlaamse sociale bescherming wordt georganiseerd.

In het cirkelmodel **staat de cliënt centraal** en bepaalt deze, indien mogelijk in overleg met zijn informele en formele zorgverleners, welke ondersteuningsniveaus een bijdrage kunnen leveren aan zijn gezondheid en welzijn. Er wordt ingezet op zijn zelfredzaamheid en op de waardering van de mantelzorg.

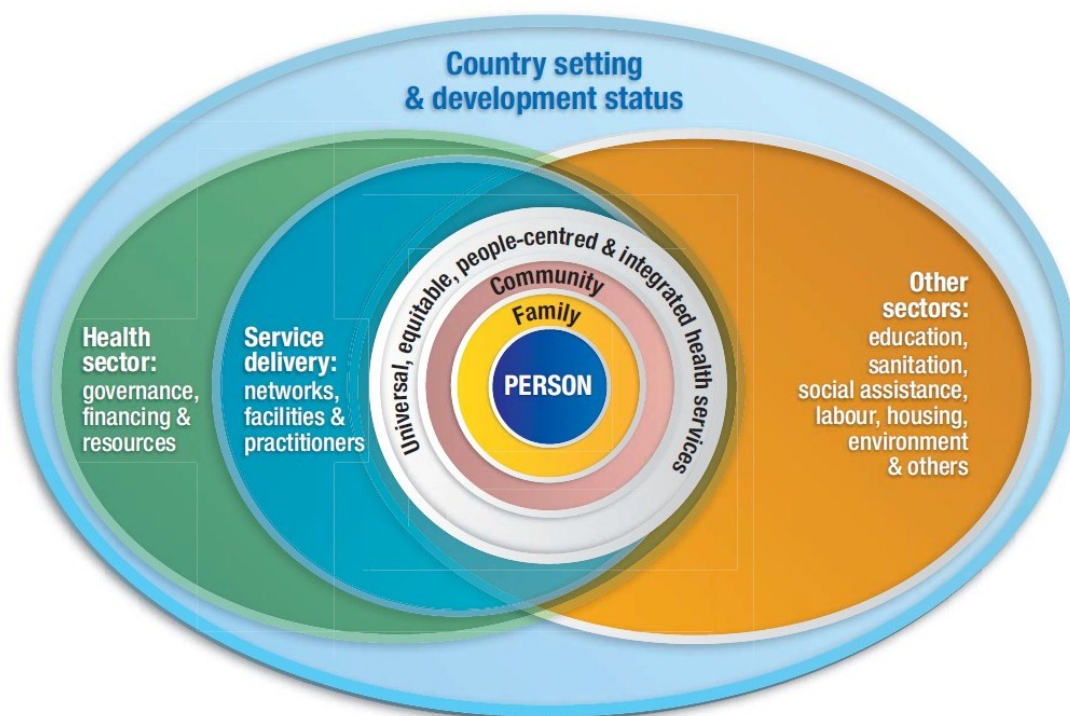
Volgens het principe van de complementariteit bouwen de verschillende ondersteuningssystemen in dit model op elkaar verder en groeit het ondersteuningsniveau mee met de behoefte van de cliënt. Het cirkelmodel veronderstelt ook dat de cliënt kan overschakelen tussen diverse zorgvormen naargelang zijn evoluerende noden.

In het WHO model wordt ook duidelijk hoe de formele en informele zorg zich organiseert in een netwerk en hoe de organisatie van de zorg mede bepaald wordt door het gevoerde beleid en de beschikbare middelen. Het model illustreert eveneens hoe ook andere levensdomeinen zoals onderwijs, tewerkstelling, wonen, omgeving,... een belangrijke impact hebben op de gezondheid en het welbevinden van de persoon (Health in all policies).

⁹ Arrest van het Hof nr. 5/2004 van 14 januari 2004, omschrijft de draagwijdte hiervan naar aanleiding van koppelen van het leefloon aan een overeenkomst: "Zonder dat het nodig is de normatieve draagwijdte van artikel 23 van de Grondwet in zijn geheel te onderzoeken, legt die grondwetsbepaling inzake het recht op sociale bijstand de wetgevers de verplichting op om geen afbreuk te doen aan het recht dat wordt gewaarborgd in de wetgeving die van toepassing was op de dag dat artikel 23 in werking is getreden. Die verplichting kan echter niet zo worden begrepen dat ze elke wetgever, in het raam van zijn bevoegdheden, de verplichting oplegt om niet te raken aan de modaliteiten van de sociale bijstand. Zij verbiedt hun om maatregelen aan te nemen die een aanzienlijke achteruitgang zouden betekenen van het in artikel 23, eerste lid en derde lid, 2°, van de Grondwet gewaarborgde recht, maar zij ontzegt hun niet de bevoegdheid om te oordelen hoe dat recht op de meest adequate wijze zou worden gewaarborgd."

¹⁰ WHO global strategy on people-centred and integrated health services, interim report WHO/HIS/SDS/2015.6: conceptual framework for people-centred and integrated health services (pg 13)

Fig 1. Conceptual framework for people-centred and integrated health services



1. Cirkel 1 **zelfzorg** nl. de zorg en ondersteuning die de persoon met een zorgnood zelf opneemt
2. Cirkel 2 zorg en ondersteuning die geboden worden door **mantelzorgers** thuis: familie en/of vrienden:
3. Cirkel 3 informele zorg door **vrijwilligers** en **buurtgerichte** ondersteuning. We zien hier een expliciete rol weggelegd voor de lokale overheid, het middenveld en de lokale zorgnetwerken.
4. Cirkel 4 **professionele zorg en ondersteuning**: gezinszorg en aanvullende thuiszorg, dagverzorging en kortverblijf, thuisverpleging, residentiële ouderenzorg, PVT, IBW, revalidatie ... Deze vorm van ondersteuning is momenteel voor alle burgers rechtstreeks toegankelijk als zij aan de voorwaarden voldoen.
5. Cirkel 5 Specifiek voor de **personen met een handicap is er, gezien hun bijzondere noden, een vijfde cirkel. Deze vormt** als dusdanig geen onderdeel van VSB. Ze omvat de gespecialiseerde en professionele zorg en ondersteuning (de zgn trap 2 van het PVF decreet) waarbij de toegang op basis van een budgettair groeipad via een geëigende

procedure van een prioritering wordt bepaald (cfr. het decreet Persoonsvolgende Financiering voor Personen met een Handicap).¹¹

Dit cirkelmodel is een algemeen referentiekader dat de subsidiariteit veronderstelt van elke cirkel. Dit mag niet gezien worden als een rigide systeem, waarbij de krachten in een bepaalde cirkel volledig moeten uitgeput zijn vooraleer een volgende cirkel kan worden aangesproken. Het is telkenmale een oefening op maat waarbij wordt nagegaan wat wenselijk en haalbaar is, rekening houdende met de wensen van de verzekerde en de draagkracht van alle cirkels.

Dit vereist niet enkel **een goede beoordeling van de ondersteuningsbehoeften** maar ook een **performante gegevensuitwisseling** tussen actoren (met instemming van de cliënt). Ook de opstelling van een zorgplan is voor een aantal complexere situaties aangewezen. Maar ook het financieringssysteem en de eigen bijdrageregeling moeten toelaten dat er makkelijker tussen zorgvormen kan worden overgeschakeld, op maat van de noden van de cliënt. Er wordt verder nagegaan hoe het financieringsmodel incentives kan omvatten om zorgvormen met elkaar te laten samenwerken, om verschillende zorgvormen onder één dak te kunnen aanbieden, overgangen kwaliteitsvol te laten verlopen en om de continuïteit van zorg te garanderen.

I. Modaliteiten van financiering

Uitgangspunt

Binnen het referentiekader van het cirkelmodel kunnen we – binnen specifieke cirkels - een aantal modaliteiten van financiering positioneren. We gaan hier nader op in.

Uitgangspunt is dat de VSB *hoofdzakelijk* (maar niet uitsluitend) gaat over *niet-medische zorgkosten*¹² en kosten voor zorggerelateerde uitgaven (bvb. rolstoelen, aanpassing van de

¹¹ In het WHO-model is geen specifieke vijfde cirkel voorzien. Gezien de historiek is in het Vlaams beleid voor personen met een handicap in het AAMNR-model een specifieke cirkel voorzien voor de personen met een handicap. De reden waarom we hier een vijfde cirkel voorzien voor personen met een handicap houdt verband met volgende verschillen:

- De zorg voor personen met een handicap gaat uit van een individuele beoordeling van elk dossier waarbij de hele context van de persoon met een handicap mee in beeld wordt gebracht.
- De beoordeling van zorgvraag van personen met een handicap gaat gepaard met een prioritering van elk dossier, op basis waarvan de dringendheid van de zorgvraag wordt in kaart gebracht.

¹² Het betreft niet uitsluitend niet- medische kosten, aangezien sommige medische kosten in de forfaitaire financieringen zitten die zijn overgedragen.

Medische kosten ten laste van de ziekteverzekering

- Thuisverpleging
- Huisarts en/of Specialist
- Medicatie
- Medische materialen
- Kiné in de ROB
- Huisarts/Specialist thuis en residentieel (behalve CRA in WZC)
- Tandarts
- Medicatie

(Zorg)kost ten laste van Vlaanderen

- gezinszorg, aanvullende thuiszorg, oppas, maatschappelijk werk
- kine, ergo en logo in de RVT en ergo en logo in ROB
- psychiater in PVT en IBW in de forfaitaire financiering
- verpleging in de residentiële setting

woning). Het gaat niet om een aanvullend inkomen voor persoonlijke uitgaven of woon- en leefkosten, ook al zijn de vergoedingen soms forfaitair.

Op termijn is een opdeling denkbaar tussen vergoede medische kosten, zorg- en ondersteuningskosten hoofdzakelijk ten laste van VSB en een persoonlijke bijdrage voor woon- en leefkosten ten laste van de cliënt. Zo zou bijvoorbeeld de dagprijs onderverdeeld kunnen worden in een eigen bijdrage voor zorgkost en een bijdrage voor woonkost (infrastructuur). Ook dit perspectief zal geleidelijk en met respect voor historisch tot stand gekomen regelingen moeten verlopen en, zoals aangegeven, afhankelijk van de zorgvorm kunnen bepaalde kosten al of niet terugbetaalbaar zijn in de ziekteverzekering. De randvoorwaarden hiervoor, waaronder ook de mogelijkheid van - sociale correcties, worden onderzocht. Uiteraard veronderstelt deze omschakeling ook aandacht voor de financiële leefbaarheid van de (bestaande) zorgaanbieders.

Aandacht voor de budgettaire beheersbaarheid

Wil dit ambitieuze systeem op korte én op lange termijn budgettair beheersbaar zijn, dan zullen er uiteraard ook een aantal mechanismen moeten ingebouwd worden die dit bewaken. In de eerste plaats wordt van de burger verwacht dat hij bewust blijft omspringen met middelen die door de solidariteit zijn opgebracht en zelf ook bereid is de solidariteit in stand te houden. De Vlaamse overheid zal een beleid voeren dat de prestaties van de VSB transparant en kenbaar maakt. Ook de andere actoren zoals de zorgaanbieders en zorgkassen moeten geresponsabiliseerd worden. Voor een aantal zorgvormen moet de geografische spreiding en groei van het aanbod gevat worden in een programmatie.

Financieringen voor (langdurige) zorg en ondersteuning

a. Persoonsgebonden budgetten

Voor zorgbehoevenden en personen met een beperking zijn er nu reeds persoonsgebonden budgetten om de eigen bijdrage voor zorg te vergoeden. Het gaat dan om tegemoetkomingen die worden berekend op basis van zorgzwaarte en gedeeltelijk ook inkomen (THAB). Concreet geven we hier een plaats aan de zorgverzekering, het basisondersteuningsbudget en de tegemoetkoming hulp aan bejaarden.

Die forfaitaire tegemoetkomingen kan de zorgbehoevende vrij aanwenden voor zorg.

Deze forfaitaire tegemoetkomingen kunnen ook worden toegekend in zorgsituaties waarin geen of nauwelijks professionele niet-medische zorg aanwezig is. Kenmerkend voor deze financieringen is dat deze **kunnen opgenomen worden als cash-uitkeringen** ook ter ondersteuning van mantelzorg of vrijwilligers. De besteding van de middelen is vrij. Er wordt geen verantwoording gevraagd van de kosten.

Het gaat om afdwingbare rechten voor wie aan de voorwaarden voldoet. Er is geen prioritering en bijgevolg heeft elke verzekerde die aan de voorwaarden voldoet er recht op.

-
- verzorging in de thuiszorg (gezinszorg,) en residentieel en oppas
 - aanvullende thuiszorg
 - re-activatie, revalidatie en sociale re-integratie in residentieel
 - verzorgingsmateriaal
 - opleiding palliatieve zorg, dementie in de residentiële ouderenzorg
 - liaisonfunctie en bijkomende financiering voor kortverblijf in ouderenzorg

Het kan gaan om een vast bedrag per maand (cf. basisondersteuningsbudget en zorgverzekering) of om een getrappt systeem, waarbij de bedragen hoger zijn naarmate de zorgzwarte toeneemt en rekening houdend met het inkomen (cf. THAB). We zullen nagaan in welke mate deze verschillende forfaitaire tegemoetkomingen binnen de VSB op elkaar kunnen afgestemd worden, of en hoe ze met elkaar kunnen gecombineerd worden en of en hoe ze in elkaar kunnen geïntegreerd worden. Het samenbrengen van meerdere vergoedingen in één VSB moet immers ook leiden tot vereenvoudiging, efficiëntiewinsten voor de overheid en meer transparantie voor de burger. Door eenzelfde inschalingsinstrument toe te passen voor de THAB en de zorgverzekering, nl. de (eventueel aangepaste) BELRAI-screener en door het feit dat ze door dezelfde instantie worden uitbetaald, kunnen deze twee tegemoetkomingen beter worden geïntegreerd.

Deze forfaitaire vergoedingen zijn cumuleerbaar met de financieringen voor professionele zorg, voor verschillende zorgvormen bv. financiering WZC, revalidatie, PVT en IBW. Dit houdt in dat iemand zijn recht op THAB, BOB of zorgverzekering niet verliest bij opname in een Woonzorgcentrum, PVT of wanneer hij nood heeft aan revalidatie.

De forfaitaire vergoedingen (BOB, zorgverzekering en THAB) zijn evenwel niet cumuleerbaar met financiering van de specifieke zorg voor personen met een handicap in de vijfde cirkel omdat we ervan uitgaan dat deze kosten meegenomen worden in de bepaling van de netto ondersteuningsnood die in het zgn. trap 2-systeem voor personen met een handicap worden gefinancierd.

b. Vraaggestuurde en persoonsvolgende financiering van zorgkosten voor verschillende zorgvormen

Centraal vertrekpunt voor de manier waarop we de zorg in de toekomst organiseren is de zorgvrager zelf. Dé opdracht voor de toekomst is om ervoor te zorgen dat er incentives zijn die ertoe aan aanzetten om het bestaande aanbod onderling te verbinden tot een geïntegreerde zorg rond de patiënt, eventueel op basis van een zorgplan, waarbij deze de regie in handen heeft. De cliënt kiest hierbij zelf de partners van het netwerk en deze engageren zich om zorg te dragen voor de eigen activiteiten en voor de activiteiten van het netwerk dat zij vormen.

Eens een diagnose en indicatie voorhanden, is de cliënt vrij een keuze te maken, weliswaar rekening houdend met de finaliteit en toegangscriteria voor deze zorgvormen. Die vrijheid is er zowel met betrekking tot wie hij zich richt om de zorg te krijgen als op welke soort zorg hij of zij wenst beroep te doen. Indien de cliënt dit wenst of niet in staat is om deze keuze te maken, kan hij zich laten bijstaan door derden.

We zullen starten omwille van continuïteitsredenen met de bestaande financieringssystemen en maken in de komende jaren werk van de integratie van dit alles in één persoonsvolgend en vraaggestuurd financieringssysteem. De zorgvrager zal daarbij na inschaling zelf beslissen hoe het daaruit af te leiden zorgvolume wordt omgezet in te leveren zorg en ondersteuning. Dit veronderstelt een (geautomatiseerd) systeem dat de link legt tussen de inschaling en de financiering van op basis daarvan geleverde prestaties. Ook het feit dat de tussenkomst vanuit de Vlaamse bevoegdheid voor dezelfde zorgnood kan variëren naargelang de op basis van de inschaling gekozen ondersteuningsvorm zal verrekend moeten worden in de financieringstechniek.

Daarbij dient ook in rekening te worden gebracht dat het voor sommige onderdelen van de VSB kan gaan over zorguitgaven bij een vergund en geprogrammeerd aanbod van zorgvoorzieningen

en zorgverstrekkers. Uiteraard belet het systeem niet dat mensen met tegemoetkomingen zelf zorg kunnen inkopen bij vergunde en geprogrammeerde zorgaanbieders.

Om het principe te waarborgen dat de zorgvrager op basis van de indicatie zoveel mogelijk zelf beslist hoe hij/zij die ondersteuning wil invullen, zal de financiering van de diverse zorgvormen ook geleidelijk meer op elkaar afgestemd moeten worden zodat – vanuit het ‘rugzak principe’ – de keuze van de betrokkene zonder perverse financiële incentives kan gemaakt worden.

Pilootprojecten moeten concepten van persoonsvolgende financiering uittesten in de ouderenzorg en daarbij onderzoeken hoe een link kan worden gelegd tussen een indicatiestelling en een persoonlijk zorgbudget dat overeenstemt met het vereiste volume aan zorg.. Geen gemakkelijke opgave als we weten dat de aard van de ondersteuning (bv thuis of in een woonzorgcentrum) hoe dan ook slechts gedeeltelijk de omvang van de Vlaamse bevoegdheid in de financiering bepaalt. Eveneens gaan we via deze pilootprojecten na hoe de zorgverstrekkende instanties die in het opgestelde zorgplan een engagement opnemen, zich kunnen inschakelen in een systeem van persoonsvolgende financiering . Tot slot moeten de pilootprojecten ook de gevolgen van een meer afgestemde en vraaggestuurde financiering van thuiszorg en residentiële zorg, beter in beeld kunnen brengen. Hierbij zal ook de cash-formule worden uitgetest op zijn haalbaarheid en randvoorwaarden. De (financiële) toegankelijkheid van de zorg is hierbij een belangrijk aandachtspunt.

Ook voor IBW en PVT zullen pilootprojecten aangeven hoe we dit kunnen enten op persoonsvolgende financiering binnen VSB.

Naast een vraaggestuurde financiering is, een beperkte financiering van de *organisatiegebonden kosten* van de zorgaanbieders nodig om de continuïteit en kwaliteit te verzekeren en om rekening te houden met werkingskosten die niet toegeschreven kunnen worden aan de zorgbehoevende.

We geven voor de vergoeding van de organisatiegebonden kosten de voorkeur aan enveloppefinanciering. Die vergoeding is tevens de basis voor een eventuele koppeling van een vergunning aan kwaliteitsgaranties, die we onder andere kunnen toetsen op basis van outcomeparameters. Die organisatiegebonden kost moet ook de dynamiek van samenwerking in een geïntegreerde zorg faciliteren.

c. De financiering van hulpmiddelen

Hulpmiddelen ondersteunen de zelfzorg en vormen een essentieel onderdeel om de zorg zowel thuis als residentieel mogelijk te maken.

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

J. Toegang tot zorg

De toegangsvoorwaarden tot de verschillende zorgvormen en de mate van overheidsingrijpen in de huidige organisatie van de zorg en hulpverlening zijn zeer divers. Voor bepaalde zorgvormen buiten VSB (bv. in de jeugdhulp en de gehandicaptenzorg) bestaat er een toegangspoort voor niet rechtstreeks toegankelijke hulp, wat in de ouderenzorg bijvoorbeeld niet het geval is.

De rechten in de VSB zijn niet onderworpen aan prioritering.

Dit belet niet dat er toegangscriteria kunnen worden bepaald in functie van zorgzwaarte of specifieke ondersteuningsnood. Dat zal zeker het geval zijn in de revalidatie, waar een vorm van voorafgaande toestemming of controle van toelatingsvoorwaarden noodzakelijk zal blijven, dit onder andere om de budgettaire beheersbaarheid te bewaken.

Ook voor thuiszorg en residentiële zorg wordt een diagnose en/of indicatiestelling opgemaakt met het oog op de toegang tot de zorg en de matching van vraag en aanbod in functie van zorg op maat, zonder evenwel een dwingend regelgevend kader met prioriteitscriteria vast te leggen.

In een meer vraaggestuurde financiering van zorg blijft de overheid ervoor verantwoordelijk dat de noodzakelijke programmatie van bepaalde zorgvormen voldoende afgestemd is op de noden van de burgers en dat een goede spreiding van het zorgaanbod verzekerd is. Deze programmatie moet op een (wetenschappelijk) onderbouwde manier gestalte krijgen. Het programmatie-instrument moet voldoende geflexibiliseerd worden en oa. reconversies toelaten.

K. Transversale benadering en unieke inschaling

a. Toepassing van de BELRAI-screener

Voor het bepalen van de zorgnood of zorgzwaartemeting wordt meestal een vragenlijst gehanteerd (een schaal) waarmee wordt nagegaan waar iemand wel en niet meer toe in staat is, op het vlak van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en op het vlak van activiteiten om zelfstandig te kunnen functioneren.

Wie rechten wil krijgen op tegemoetkomingen moet zich nu vaak richten tot verschillende instanties die elk eigen, afzonderlijke indicatiestellingen doen en met verschillende schalen werken om de zorgzwaarte en/of ondersteuningsnood te meten.

Een belangrijke doelstelling van de integratie van de verschillende financieringen voor zorg in één systeem van sociale bescherming is het beter afstemmen en integreren van de inschalingsmodellen. Op deze manier maken we werk van transparantie en boeken we efficiëntiewinst. Het faciliteert eveneens de samenwerking tussen de verschillende aanbieders van zorg en ondersteuning in functie van zorg op maat.

We evolueren naar minder inschalinginstrumenten en werken hiervoor aan een verdere implementatie van de BELRAI-screener). De BELRAI is de Belgische versie van een internationaal gevalideerde schaal die in tal van landen wordt toegepast: Nederland, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Finland, IJsland, Spanje, Zwitserland, Ierland, Italië,

In verschillende landen worden ook verkorte versies gemaakt naar analogie van wat we in Vlaanderen hebben gedaan met de BELRAI-screener. Op de Interministeriële Conferentie van 30 maart 2015 werd in consensus beslist om verder te onderzoeken welke acties en randvoorwaarden nodig zijn om de toepassing van de BELRAI mogelijk te maken. De hervorming van de inschaling zal stapsgewijze gebeuren.

We zullen eerst verder nagaan welke randvoorwaarden noodzakelijk zijn, onder andere op juridisch vlak en op het vlak van ICT, maar ook wat de randvoorwaarden zijn voor de verschillende betrokken sectoren om optimaal en kwaliteitsvol met de BELRAI-screener, al dan niet aangepast te kunnen werken. We hebben daarbij ook oog voor de wat de mogelijke budgettaire consequenties kunnen zijn. In functie daarvan kan dan een stappenplan worden opgemaakt en zal beslist worden wat de wenselijke timing is voor een verdere uitrol.

Vanuit Vlaanderen gaat, zoals al gesuggereerd, de prioriteit daarbij naar een invoering van de meer eenvoudige BELRAI-screener. In een eerste fase wordt gestreefd naar een toepassing van

dit instrument in de zorgverzekering en de gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Daaraan voorafgaand zal het instrument nog uitgebreid worden getest en zal de sector van de beslissingen omstandig geïnformeerd worden.

Op termijn zal het hanteren van een uniforme schaal voor zowel tegemoetkomingen als de beoordeling van de zorgzwaarte en/of ondersteuningsnood met het oog op het bieden van kwalitatieve zorg, heel wat voordelen kunnen opleveren, omdat:

- de cliënt slechts één inschaling moet ondergaan doordat voor de verschillende tegemoetkomingen hetzelfde inschalinginstrument wordt gehanteerd;
- de continuïteit en kwaliteit van zorg beter kan worden gegarandeerd;
- voor één zelfde persoon veel makkelijker kan worden overgeschakeld tussen zorgvormen en zorgvormen flexibeler kunnen worden gecombineerd;
- de automatische rechtentoekenning mogelijk wordt indien die inschalingen in een centrale databank worden opgenomen.

Ook voor de indicatiestelling moet een kader ontwikkeld worden. Er zal een systeem opgezet worden waardoor de kwaliteit, de correctheid en de gelijke toepassing van de inschaling wordt bewaakt. We gaan daarbij alvast uit van een responsabilisering van de betrokken actoren, en werken met ex post controles.

Waar reeds professionele zorg aanwezig is, gebeurt de inschaling zoveel mogelijk door de verschillende betrokken zorgverleners. Waar geen professionele zorg aanwezig is, kunnen de gemachtigde indicatiestellers de inschaling doen. We stellen voor om alvast continuïteit te verzekeren en te starten met de huidige gemachtigde indicatiestellers.

Het systeem van diagnostiek en indicatiestelling zal worden geëvalueerd en indien nodig bijgestuurd. Het systeem moet de nodige garanties inhouden opdat de diagnose en indicatie op een uniforme, objectieve en kwaliteitsvolle manier gebeurt, ook hierop moet voldoende toezicht uitgeoefend worden.,

Specifieke aandacht en een aangepaste indicatiestelling en inschalingmodel zijn nodig voor acute zorgsituaties waarbij een snelle beoordeling zich opdringt.

Een Centrale Databank van al bestaande inschalingen moet het mogelijk maken om sneller te komen tot automatische toekenning van rechten.

b. Begrippenkader inkomensrelatering en financiële toegankelijkheid

Waar mogelijk en wenselijk wordt het begrippenkader voor de inkomensrelatering afgestemd binnen VSB.

Momenteel bestaat er inkomensrelatering in de THAB en voor het bepalen van de eigen bijdrage voor de gezinszorg.

Omdat we naar een meer universele techniek van tussenkomst in de financiering van de -op basis van de diagnose en indicatie- gekozen ondersteuning moeten evolueren, moet worden gezocht naar een afstemming van de bestaande inkomensrelatering om de (financiële) toegankelijkheid van de noodzakelijke ondersteuning te verzekeren.

Daarbij mag, we herhalen het, niet uit het oog verloren worden dat de omvang van de Vlaamse bevoegdheid om tussen te komen in de financiering afhankelijk kan zijn van de gekozen ondersteuning. Zo moet de overheid de verpleegkundige prestaties en in sommige gevallen de prestaties kinesitherapie wel financieren als ze geleverd zijn in een erkend woonzorgcentrum, maar niet als ze in een thuissituatie worden geleverd. In dat laatste geval wordt de betaalbaarheid bijvoorbeeld verzekerd door het federale systeem van de maximumfactuur. De federale maximumfactuur (MAF) is een financiële beschermingsmaatregel die de jaarlijkse

medische (inclusief verpleging en kinesitherapie voor zover ten laste van het RIZIV) kosten voor gezinnen tot een plafondbedrag beperkt.

Het afstemmingsproces mag geen negatieve effecten hebben op de toegankelijkheid van de thuiszorg voor de meest kwetsbare doelgroepen.

Conform het Regeerakkoord voeren we een armoedetoets worden uit.

c. Rol van de zorgkassen

De rol die de zorgkassen vandaag spelen in het kader van de Vlaamse zorgverzekering wordt, conform het Vlaams Regeerakkoord, doorgetrokken naar het geheel van Vlaamse sociale bescherming.

Het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019 vermeldt in dit verband:

“We realiseren efficiëntiewinsten en transparantie voor de burger door het samenbrengen van verschillende tegemoetkomingen en systemen van inkomensgerelateerde zorg in één Vlaamse sociale bescherming. (...) De integratie in het systeem van sociale bescherming van al deze tegemoetkomingen en rechten moet leiden tot een meer gestroomlijnde toegang tot rechten op tegemoetkomingen en zorg. Het vermijden van overbodige bureaucratische stappen en lange toekenningsprocedures is hierin cruciaal. Een verregaande digitalisering en vereenvoudiging van systeem (via o.a. egovernment) moet leiden tot een kostenefficiënte uitvoering. De zorgkas int de bijdrage, informeert, behandelt de aanvraag, waarborgt de dossieropvolging, beoordeelt of aan de voorwaarden voldaan is, beslist en betaalt uit conform het huidige decreet op de zorgverzekering en de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluit.”

De beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin verduidelijkt de rol van de zorgkas als uniek loket voor de uitvoering van de verschillende onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming:

“De rechten worden zoveel mogelijk automatisch toegekend. Daarnaast heeft de gebruiker voor tegemoetkomingen van de VSB één aanspreekpunt. De zorgkas int de bijdrage, informeert, behandelt, de aanvraag, waarborgt de dossieropvolging, beoordeelt of aan de voorwaarden voldaan is, beslist en betaalt uit conform het huidige decreet op de zorgverzekering en het daarop gebaseerde uitvoeringsbesluit. De gebruiker weet dat hij met al zijn vragen over tegemoetkomingen in de zorg bij zijn zorgkas terecht kan. Dat is duidelijk, eenvoudig en transparant voor de burger. In dit kader responsabiliseren we de zorgkassen en bewaken we een uniforme werking. Conform het decreet persoonsvolgende financiering voor personen met een beperking staat het VAPH in voor de uitbetaling van de ondersteuning in de tweede pijler (cash/voucher).”

Sedert de start van de zorgverzekering in Vlaanderen in 2001 werd voor de uitvoering een beroep gedaan op mutualistische en commerciële (DKV) zorgkassen. De Vlaamse overheid organiseerde één eigen zorgkas, de Vlaamse zorgkas, een hulpkas voor inwoners die zich niet tijdig aansluiten bij de verplichte zorgverzekering of de voorkeur geven aan een zorgkas van de overheid. Het gaat hierbij om een kleine 10% van de leden.

In het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering staan de fundamentele bepalingen met betrekking tot de werking van de zorgkassen. Zo kan een zorgkas worden opgericht door een ziekenfonds of een verzekeringsonderneming die actief is in Vlaanderen en Brussel (verzekeringsondernemingen kunnen dus nog steeds een zorgkas oprichten). De zorgkas moet ook als afzonderlijke VZW worden opgericht en is verplicht om alle pijlers van VSB uit te voeren.

In functie van de nieuwe opdrachten worden ook de decretale bepalingen aangaande de zorgkassen herbekeken en waar nodig aangepast.

Een efficiënte, transparante en objectieve werking en dienstverlening staan centraal. De zorgkassen zullen daartoe in hun werking en taakstellingen voldoende (financieel)

geresponsabiliseerd worden. Marktwerving en concurrentie dragen bij tot cliëntgericht werken. De cliënt kan kiezen voor een andere zorgkas als hij niet tevreden is over de dienstverlening.

De toekenning van de tegemoetkoming van de zorgverzekering en het basisondersteuningsbudget voor personen met een handicap gebeurt, in een eerste fase van de uitbouw van VSB, door vrij eenvoudig uit te voeren processen vanaf indicatiestelling tot uitkering. Ook de Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden is voor een groot deel van de populatie eenvoudig toe te kennen, maar hierbij wordt rekening gehouden met een aantal processen die te maken hebben met de medisch-sociale inschaling, het inkomensonderzoek, herziening en terugvordering die hiermee gepaard gaan. Het gemeenschappelijk kenmerk in deze fase is het uitkeren van een *cash* tegemoetkoming aan de rechthebbende.

Anders wordt het naar het einde van deze regeerperiode (2018) wanneer het RIZIV stopt met de samenwerking met de ziekenfondsen voor de financiering van mobiliteitshulpmiddelen en het verblijf en de ondersteuning en behandeling van zorggebruikers in psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven beschut wonen, centra voor verslavingszorg, revalidatieziekenhuizen, centra voor ambulante revalidatie, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor kortverblijf, centra voor dagverzorging, De complexiteit van de processen die we dan moeten installeren is veel groter.

De uitbesteding van deze rol aan de zorgkassen conform het Vlaams regeerakkoord, zoals reeds het geval is voor de zorgverzekering, biedt de mogelijkheid voor het IVA Vlaamse sociale bescherming om zich te richten op haar kerntaken van beleidsvoorbereiding en controle. Vanuit een weloverwogen keuze om zich als Vlaamse overheid te concentreren op de kerntaken, wordt de concrete uitvoering en de geïndividualiseerde dossierbehandeling op niveau van elke Vlaming niet geïntegreerd in de Vlaamse administratie. Op die manier vermijden we (enorme) groei aan mensen en middelen en gedeconcentreerde antennes binnen die Vlaamse administratie¹³. De kerntaak van de Vlaamse zorgkas zijn de ambtholve aansluitingen.

Bij de ontwikkeling van een persoonsvolgende financiering is het omwille van klantgerichtheid, efficiëntie, transparantie en eenvoud net van belang dat de zorggebruiker en zijn mantelzorger(s) zich kunnen wenden tot **één uniek loket**. Persoonsvolgende en vraaggestuurde financiering brengt voor de burger heel wat vragen en keuzes met zich mee. Informatieverstrekking door de zorgkassen op maat van de burger, op Vlaams niveau afgestemd en voldoende transparant zal dan ook essentieel zijn. Het is dus ook van belang dat het unieke loket een goed zicht heeft op alle locoregionale mogelijkheden van zorgverlening. Alleen op deze wijze kan ze de cliënt op een onafhankelijke manier informeren.

Dit alles veronderstelt een aangepaste en geobjectiveerde financiering van de werkingskosten van de zorgkassen binnen de beschikbare budgettaire mogelijkheden. Hun respect voor de zorgkeuzes van de verzekerde moet gegarandeerd zijn. Het systeem moet toelaten dat de burger eenvoudig van zorgkas kan veranderen.

Aangezien het uitwerken van de Vlaamse sociale bescherming een stapsgewijs proces is dat over de jaren heen zal worden uitgebouwd, moet ook op geregelde tijdstippen worden geëvalueerd of de processen niet verder kunnen worden vereenvoudigd om werkingskosten te beperken en efficiëntie na te streven. In dat kader zal verder worden onderzocht welke modellen van financiële responsabilisering van de zorgkassen mogelijk zijn.

Het werken met zorgkassen geeft de burger een keuzevrijheid. De concurrentie is een incentive voor kwaliteitsverbetering van de dienstverlening. Het vertrouwen van de burger is belangrijk.

¹³ Er is trouwens nauwelijks personeel dat n.a.v. de overdracht van de bevoegdheden overkomt vanuit het Riziv om deze administratieve opvolging waar te maken.

d. Gegevensdeling en ICT

In eerste instantie zullen heel wat middelen en mankracht nodig zijn om de nodige ICT-systemen uit te bouwen om de verschillende nieuwe pijlers van de Vlaamse sociale bescherming toe te voegen aan de Vlaamse zorgverzekering.

Digitale dienstverlening en **automatische toekenning** worden, zoveel mogelijk, de norm.

In de mate dat dit nog niet het geval is, worden papierstromen afgeschaft en worden interne en externe processen die betrekking hebben op de verschillende pijlers van de VSB gedigitaliseerd.

Toekomstgericht zal het digitaal afstemmen van de verschillende onderdelen van VSB ook makkelijker worden als alles ook op één plaats zit en niet verspreid is over verschillende overheidsagentschappen, de zorgkassen, en nog andere instanties. Om efficiëntieredenen wordt er bovendien gekozen voor een scenario waarbij de ICT voor een groot deel gezamenlijk wordt ontwikkeld. Zo berekent de centrale applicatie de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden op basis van automatische gegevensstromen vanuit de FOD Financiën en de indicatiestellingen.

Er wordt daarbij rekening gehouden met het feit dat de flexibiliteit moet worden ingebouwd om in een volgende fase naar een nieuw model van inschaling te gaan.

De processen voor de overgedragen onderdelen van de ziekteverzekeringen worden in kaart gebracht om ze te optimaliseren waar mogelijk, steeds in functie van de gebruiker. De gegevensstromen worden conform de “Visienota radicaal digitaal” zoveel mogelijk hergebruikt. Waar mogelijk zullen we de dienstverlening vereenvoudigen.

De ICT voor de uitvoering van de Vlaamse sociale bescherming vergt ook een integratie in de toepassingen van de verschillende zorgkassen. Dit moet toelaten dat de zorgkas het dossier kan behandelen, de verzekeringsstatus en andere toepassingsvoorwaarden controleren, cumulebeperkingen toepassen en vragen kan beantwoorden over het dossier.

Door een integratie van informatie over de rechten op sociale bescherming bij de zorgkassen, krijgen zij ook een zicht op de totale zorgsituatie wat kan bijdragen tot een automatische en proactieve rechtentoekenning, administratieve vereenvoudiging en kwalitatieve dienstverlening.

De overheid en de zorgkassen volgen het “vraag niet wat je al weet” principe. Op deze manier willen we tijdsverlies, administratieve lasten, onduidelijkheid en irritatie reduceren bij cliënten en zorgaanbieders.

We vergeten de kwetsbare groepen niet die niet of onvoldoende beschikken over de mogelijkheid om via digitale weg informatie en rechten aan te vragen¹⁴. De zorgkassen kunnen aanvullend aan een digitale dienstverlening laagdrempelig toegankelijk zijn.

De zorgkassen moeten hun systeem aanpassen om de gegevens te kunnen inlezen en om de nodige verwerkingen te kunnen doen. Het gaat onder meer om het ontwikkelen van webservices voor gegevensuitwisseling, het opslaan van gegevens in de eigen applicatie, de integratie in de betaal- en boekhoudtoepassing van de zorgkas, aanpassingen om grote stromen van gegevens te kunnen inlezen, ... Voor het maken van die verbinding wordt gebruik gemaakt van het Digitaal Platform Zorgverzekering dat in de vorige legislatuur werd gebouwd en de basis vormt om verdere onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming te integreren.

¹⁴ 2 op 10 huishoudens beschikken thuis niet over een internetverbinding en 48% van de personen tussen 65 en 74 jaar gebruikt nooit internet, http://economie.fgov.be/nl/consument/Internet/Digitale_Agenda/nationaal_digitaal_plan_Belgie/

Alle gegevensstromen tussen zorgkassen en de leden en tussen zorgkassen en de zorgaanbieders moeten voldoen aan de vereisten die zullen worden bepaald in uitvoering van het bestaande decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg. Het werken met zorgkassen biedt een garantie voor bescherming van gevoelige informatie. Het vertrouwen van de burger in een goed beveiligde gegevensdeling is belangrijk. De beheersinstanties hierin voorzien moeten erover waken dat de privacybescherming wordt gegarandeerd en dat de toegang tot de gegevens zo efficiënt mogelijk wordt georganiseerd, rekening houdend met de principes opgenomen in het Decreet gegevensdeling. De zorgkassen stellen de geanonimiseerde data ter beschikking van de overheid, met het oog op het versterken van evidence based beleidsvoering.

VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering:

- neemt akte van de conceptnota VSB, met dien verstande dat deze beslissing geen enkel financieel of budgettair engagement inhoudt, en geeft de bevoegde minister de opdracht om hieromtrent advies in te winnen bij de SAR, de SERV en de Vlaamse ouderenraad. In een latere fase en bij de uitwerking van deze conceptnota zal ook overleg georganiseerd worden binnen het VESOC sociaal;

- geeft de bevoegde minister ondertussen de opdracht om de nodige maatregelen te treffen om de overkomst van de bevoegdheden in het kader van de zesde staatshervorming die op VSB betrekking hebben voor te bereiden zodat een maximale continuïteit is gewaarborgd. Hiervoor wordt met respect voor het Vlaams regeerakkoord een nieuw decretaal kader opgemaakt.

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN