

GROENBOEK ZESDE STAATSHERVORMING

DEEL 2 GEZONDHEIDSZORG, OUDERENZORG EN HULP AAN PERSONEN

16 SEPTEMBER 2013

Inhoud

INLEIDING	3
HOOFDSTUK 1. ZIEKENHUISBELEID	21
Afdeling 1. Ziekenhuisnormering	21
Afdeling 2. Ziekenhuisfinanciering A1-A3	30
Afdeling 3. Geïsoleerde G- en SP-diensten.....	42
HOOFDSTUK 2. OUDERENBELEID	53
Afdeling 1. Ouderenzorgvoorzieningen: ROB (Rustoord voor bejaarden), RVT (Rust- en verzorgingstehuizen), CDV (Centra Dagverzorging en CVK (Centra voor kortverblijf).....	53
Afdeling 2. Tegemoetkoming hulp aan bejaarden	69
HOOFDSTUK 3. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG.....	77
HOOFDSTUK 4. PREVENTIEF GEZONDHEIDSBELEID	87
HOOFDSTUK 5. EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG.....	97
HOOFDSTUK 6. HULP AAN PERSONEN MET EEN BEPERKING: MOBILITEITSHULPMIDDELEN	109
HOOFDSTUK 7. REVALIDATIE.....	122
Afdeling 1. Long term care revalidatie (exclusief verslaafdenzorg)	122
Afdeling 2. Revalidatie verslaafden	135
HOOFDSTUK 8. GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN	145

INLEIDING

Door de zesde staatshervorming krijgt Vlaanderen belangrijke nieuwe hefbomen in handen om eigen accenten te leggen op vlak van gezondheidszorg, ouderenzorg en zorg voor personen met een beperking. Ofschoon de nieuwe bevoegdheden op dit vlak erg heterogeen van aard zijn, kan algemeen worden gesteld dat de gemeenschappen vooral op het vlak van de “care” of langdurige zorgverlening aan zorgbehoevende personen aanzienlijk wat beleidsruimte toebedeeld krijgen. De prestatievergoedingen van de zorgverstrekkers en de regelgeving dienaangaande blijven evenwel een federale bevoegdheid.

Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen nieuwe bevoegdheden die een rechtstreekse dienstverlening aan de zorggebruiker impliceren (ouderenzorg, revalidatie, mobiliteitshulpmiddelen, tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen, preventieprogramma's,...) en de andere, meer ondersteunende of organisatiegebonden bevoegdheden (ziekenhuisnormering en -infrastructuursubsidiëring, overlegplatforms geestelijke gezondheid, erkenning van gezondheidszorgberoepen, organisatie van de eerste lijn en dergelijke meer).

De inkanteling van nieuwe bevoegdheden in het Vlaams beleid rond welzijn en volksgezondheid zal de actuele organisatie van het Vlaams zorgsysteem ongetwijfeld beïnvloeden en voor vraagstukken van fundamentele aard plaatsen.

De overname door de Vlaamse overheid van een aantal subsidiekanalen naar organisaties biedt kansen om beleidsmatig innovatief tewerk te gaan. Voor de eerste categorie van bevoegdheden – de rechtstreekse dienstverlening aan personen – dringen zich een aantal prangende keuzes op wat de integratie, de financiering en de beheersvorm betreft. De Vlaamse overheid zal de middelen om deze nieuwe opdrachten te financieren verwerven via een globale dotatie van de federale overheid. Door het heterogene karakter van de nieuwe bevoegdheden zal gezocht moeten worden naar een passend beheers- en financieringsmodel voor elk onderdeel ervan.

De rol van de overheid in zorg en welzijn is belangrijk maar mag niet overschat worden. Zorg en welzijn zijn een opdracht van de hele samenleving. De doelstelling moet daarom ook zijn om op elk niveau de verantwoordelijkheden te bepalen. Ook in dit licht moeten vraagstukken over beheer en financiering worden bekeken.

I. Wettelijke context: de huidige bevoegdheidsverdeling

Het voorstel van bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming¹ voorziet in een uitbreiding van de bevoegdheden van de gemeenschappen met betrekking tot de gezondheidszorg en hulp aan personen.

Sinds de staatshervorming van 1980 is Vlaanderen bevoegd voor persoonsgebonden aangelegenheden zoals gezondheidszorg en welzijnszorg (ook wel “bijstand aan personen” genoemd). Toch blijft ook de federale overheid nog in grote mate bevoegd voor het zorg- en gezondheidsbeleid.

De grondslag van de huidige bevoegdheidsverdeling ligt in artikel 128 van de Grondwet waarin onder meer bepaald is dat de parlementen van de Vlaamse en de Franse Gemeenschap bij decreet de persoonsgebonden aangelegenheden regelen. Deze persoonsgebonden aangelegenheden worden concreet vastgesteld in artikel 5 van de

¹ St. Senaat, 2012-2013, 5-2232/1.

bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen. Op basis van §1 is Vlaanderen op het vlak van het gezondheidsbeleid vandaag bevoegd voor het beleid rond:

- de preventieve gezondheidszorg en gezondheidsopvoeding.
- de zorgverstrekking binnen en buiten de verpleeginrichtingen, met uitzondering van datgene wat uitdrukkelijk is voorbehouden aan de federale overheid, met name:
 - ✓ de organieke wetgeving;
 - ✓ de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving;
 - ✓ de ziekte- en invaliditeitsverzekering;
 - ✓ de basisregelen betreffende de programmatie;
 - ✓ de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur;
 - ✓ de nationale erkenningsnormen uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in b), c), d) en e) hiervoren;
 - ✓ de bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen.

Op vlak van welzijnszorg (hulp aan personen) is Vlaanderen bevoegd voor ouderenzorg en het beleid inzake personen met een handicap.

Art. 5 §1 BWHI vermeldt:

“4° Het beleid inzake minder-validen, met inbegrip van de beroepsopleiding, de omscholing en de herscholing van mindervaliden, met uitzondering van :

- a) de regelen betreffende en de financiering van de toelagen aan de minder-validen, met inbegrip van de individuele dossiers;*
- b) de regelen betreffende de financiële tegemoetkoming voor de tewerkstelling van minder-valide werknemers, die toegekend wordt aan de werkgevers die minder-validen tewerkstellen.*

5° Het bejaardenbeleid, met uitzondering van de vaststelling van het minimumbedrag, van de toekenningsvoorwaarden en van de financiering van het wettelijk gewaarborgd inkomen voor bejaarden.”

Concreet hebben de gemeenschappen dus al ruime bevoegdheden inzake preventief gezondheidsbeleid, thuiszorg, ouderenzorg, ambulante geestelijke gezondheidszorg, en gedeeltelijke bevoegdheden inzake eerstelijnszorg en ziekenhuisbeleid.

Volgens het voorstel van bijzondere wet m.b.t. de Zesde Staatshervorming zullen bepaalde bevoegdheden inzake het ziekenhuisbeleid, het ouderenbeleid, de “long term care”-zorgen, de geestelijke gezondheidszorg en de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg worden overgedragen aan de gemeenschappen, evenals inzake erkenning en contingentering van de gezondheidszorgberoepen.

Verder in dit hoofdstuk worden deze bevoegdheden per onderdeel meer in detail besproken.

II. Maatschappelijke context: belang en uitdagingen voor de toekomst

Omwille van demografische tendensen zoals vergrijzing (162.321 65+’ers meer in 2020) en verzilvering (48.259 85+’ers meer in 2020) zal de vraag naar zorg de komende jaren sterk toenemen.² Samen met de aankomende pensioengolf bij de zorgverleners in een sector die nu al kampt met een tekort aan arbeidskrachten, wordt het afstemmen van vraag en aanbod een belangrijke uitdaging voor de sector.

² Bron: Studiedienst Vlaamse Regering, [SVR- Bevolkingsprojecties 2009-2030](#)

De levensverwachting stijgt – we worden steeds ouder.³ Het aantal jaren met beperkingen (zorgjaren) daalt voor mannen (1 jaar langer zonder beperkingen tussen 2001 en 2008), voor vrouwen blijft het aantal zorgjaren ongeveer stabiel.⁴

Tegelijk zien we een verschuiving in de ziektepatronen, deels als gevolg van deze veroudering, deels ten gevolge van veranderingen in leefgewoonten. Chronische aandoeningen, psychische klachten en problemen van geestelijke ongezondheid kennen een snelle opmars. Deze vereisen een heel andere aanpak dan acute aandoeningen. Een verandering in de organisatie van de gezondheidszorg is dan ook nodig om dit op te vangen. Daarbij is de evolutie naar een integrale zorg onontbeerlijk, vanuit een multidisciplinaire aanpak (niet enkel medisch en paramedisch, maar ook vanuit de ruimere welzijnszorg), waarbij de patiënt centraal staat.⁵ Versterking van de (samenwerking op de) eerste lijn is hier belangrijk, evenals een goed uitgebouwde ouderenzorg en thuiszorg. Tegelijk is meer investeren in preventie nodig, om de epidemie van chronische aandoeningen zoveel mogelijk in te dijken.

De meeste van deze bevoegdheden zullen na de zesde staatshervorming op Vlaams niveau geconcentreerd zijn. De uitdaging zal zijn om de nieuwe bevoegdheden en middelen optimaal aan te wenden om deze uitdagingen van de toekomst aan te gaan. De realisatie van een model van integrale zorg is echter dermate ingrijpend en uitgebreid dat dit op zich buiten het bestek van dit groenboek valt, hoewel er in sommige scenario's hiervoor al aanzetten te vinden zullen zijn. Een aandachtspunt is wel dat een aantal bevoegdheden in de toekomst best gegroepeerd blijven zodat de kansen tot het realiseren van integrale zorg niet gehypothekeerd worden. Welzijn en gezondheid zijn immers nauw met elkaar verbonden. Dit geldt in het bijzonder voor ouderenzorg, revalidatie, verslavingsproblematiek, zorg voor personen met een handicap en psychische problematiek, ...

Ondanks eerdere inspanningen, blijft er wat betreft gezondheid en overlijden een gradiënt bestaan waarbij mensen minder voordelen halen uit het gezondheidsbeleid naarmate hun sociaal-economische status (SES) lager is. Mensen met een lagere sociaal-economische status sterven jonger, leiden meer fysieke pijn, hebben meer psychische problemen, roken meer, stellen doktersbezoeken langer uit, hebben een lagere vaccinatiegraad, hebben meer zorgjaren (in 2004 was een man met een hoger diploma gemiddeld 71 jaar als hij geconfronteerd werd met beperkingen; bij een man zonder diploma is dit reeds op 53 jaar), ...⁶

Deze bevoegdheidsoverdracht kan niet los gezien worden van de context van economische crisis en besparingen. Net zoals elders, heeft ook het gezondheid- en welzijnszorgbeleid in België en Vlaanderen te lijden onder de financieel-economische crisis. Prioriteiten stellen, efficiëntie verbeteren en keuzes maken zal onvermijdelijk zijn.⁷ De keuze voor de beheersmodellen moet ook in dit licht bekeken worden.

³ Bron: cijfers Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid – berekeningen op basis van sterftecertificaten: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers/Levensverwachting/>

⁴ bron: <https://www.wiv-isp.be/epidemi/spma/>

⁵ SAR WGG: Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen. Brussel, 7 december 2012

⁶ Bron: gezondheidsenquête WIV

⁷ Zie ook aanbeveling van de Europese Raad over het nationale hervormingsprogramma 2013 van België : *"In long-term care, improved cost-efficiency of public spending on long-term care services and cost-saving measures of health prevention and rehabilitation, and for the creation of better conditions for independent living should be explored in the light of the relatively high cost of institutional care in Belgium."*

III. Uitgangspunten voor de inkanteling van de nieuwe bevoegdheden

De inhoudelijke finaliteit van deze belangrijke hervorming is de realisatie van een welzijns- en gezondheidsbeleid dat betere kwaliteit van zorg en een toegankelijk, doelmatig en betaalbaar zorgaanbod genereert. Tevreden zorggebruikers, zorgverstrekkers en zorgaanbieders zijn bonussen hiervan. Dit impliceert een fundamenteel respect voor de vertrouwensrelatie die zich moet kunnen ontwikkelen of handhaven tussen de zorggebruiker en zijn of haar zorgverlener.

Dit uitgangspunt stelt een aantal vereisten of randvoorwaarden aan het zorgsysteem op zowel micro- (praktijkniveau of niveau van relatie tussen zorggebruiker en zorgaanbieder), meso- (praktijkondersteunend lokaal of locoregionaal niveau) als macroniveau (niveau van de gemeenschap of overheid):

- *realiseren van integrale zorg en ondersteuning*: de behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving) zijn het uitgangspunt. Het is essentieel dat professionele (zorg- en ondersteunings-)systemen pas in actie komen wanneer ze nodig zijn en enkel daar waar ze nodig zijn. Integrale zorg en ondersteuning zet sterk in op preventieve actie en de mobilisering van verbindende krachten in de samenleving. Deze integrale zorg en ondersteuning kan pas gerealiseerd worden door het direct toegankelijk eerstelijnsaanbod te versterken over de sectoren en beleidsdomeinen heen.
- *vermaatschappelijking van zorg*: 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 gemeenschap te laten verlopen. In een zorgende samenleving is professionele zorg niet voor alles de oplossing, maar treedt ze eerder ondersteunend en aanvullend op ten aanzien van het sociaal netwerk en de eigen kracht van mensen. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer desinstitutionalisering, community care, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg.
- *kwaliteit nastreven en monitoren*: op het niveau van de praktijk aan de hand van zelfaudits door gebruik te maken van geschikte ICT-toepassingen, op het niveau van de voorziening of samenwerkingsvorm en op het niveau van de gemeenschap door gebruik te maken van gevalideerde kwaliteitsindicatoren. Continuïteit van zorg waarborgen door de zorgprocessen op te bouwen vanuit de noden van de zorggebruiker en samenwerking en afspraakvorming tussen de zorgverleners in te bedden in de dagelijkse werking, gefaciliteerd door eHealth, en op het niveau van de samenwerkingsinitiatieven;
- *efficiëntie verhogen en de betaalbaarheid van het zorgaanbod veilig stellen* door stimuli in het systeem in te bouwen die aanzetten tot responsabilisering van de actoren die de kostendrijvers beïnvloeden (een verantwoord zorggebruik, kostenefficiënte voorzieningen, administratieve lastenverlaging, versterken van kennis en positie van de zorggebruiker) en die een prijsmatigend of prijsdrukkend effect hebben.
- *toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid waarborgen* ook in het licht van de lange termijnperspectieven (o.m. door voldoende solidariteitsmechanismen en spreiding van de risico's, door beperking van het aandeel van de eigen bijdrage, een duurzaam welzijns- en gezondheidszorgbeleid dat inzet op preventie en tijdige detectie).

Van zodra de nieuwe bevoegdheden in de aangepaste structuren zijn gegoten is het logisch na te gaan of dit ook bijzondere inspanningen of wijzigingen noodzaakt op vlak van controle op de uitvoering ervan. Op dat ogenblik zullen dus keuzes moeten gemaakt worden welke taken door de Vlaamse Zorginspectie bijkomend moeten worden opgenomen en welke inspectie-opdrachten eventueel door derden kunnen worden opgenomen. Maar het opnemen

van extra bevoegdheden en diensten vergt zeker ook bijkomend toezicht op de correcte besteding van mensen en middelen.

IV. Aanzet voor een breed maatschappelijk debat

Een cruciale vraag voor de toekomst is of en hoe een keuze voor een gestructureerd en transparant participatief model met vertegenwoordigers van belanghebbenden kan ingepast worden in de Vlaamse context die uitgaat van de principes van beter bestuurlijk beleid.

De keuzes die zich stellen gaan van een zeer uitgebreid overlegmodel met medebeheer binnen een EVA-structuur tot een adviserende rol via een Raadgevend Comité van een IVA.

Enkele randvoorwaarden voor een goede werking van een overlegmodel zijn:

- transparantie van de besluitvorming, duidelijke procedures en aflijnen van verantwoordelijkheden;
- duidelijkheid inzake vertegenwoordigingsbevoegdheid: wie vertegenwoordigt welke belanghebbende en hoe wordt dit mandaat vastgesteld;
- inspraak en overleg veronderstelt ook het sluiten van akkoorden/compromissen die ook loyaal moeten kunnen worden verdedigd. Dit vereist voor gebruikersorganisaties maar ook voor koepels een keuze voor een kritische houding aan de zijlijn of een participatie met bijhorende verantwoordelijkheid. De combinatie van beide is moeilijk werkbaar;
- een constructieve uitvoering van de in overleg tot stand gekomen besluitvorming.

In de aanloop naar dit groenboek werden diverse belanghebbende organisaties geconsulteerd, omdat de overgedragen bevoegdheden ingrijpen in een complex geheel van gezondheids- en welzijnszorg, waardoor inbreng van terreinervaring wenselijk was: verzamelen van informatie, het overzien van diverse invalshoeken, het inschatten van de gevolgen op zorggebruiker, zorgaanbieder en de mogelijke budgettaire consequenties van bepaalde opties.

De Strategische Adviesraad voor Welzijn, Gezondheid en Gezin (SAR WGG) en de SERV werden ook betrokken bij de stuurgroep WVG die dit deel van het groenboek heeft voorbereid.

Verschillende belangengroepen hebben een opinie uitgebracht over hun visie op het toekomstig beheer van de bevoegdheden die zullen overkomen met de zesde staatshervorming. Deze bijdragen vanuit de sector of het middenveld worden opgelijst in de bijlagen bij deel 2 van dit groenboek, p. 1.

In de meeste van deze nota's komt het belang van betrokkenheid van de sector sterk naar voor. Meestal ziet men dit gerealiseerd onder de vorm van medebeheer via deelname in het bestuur van één of meerdere EVA's, maar ook door minder verregaande vormen van participatie en overleg.

De Strategische adviesraad voor Welzijn, Gezondheid en Gezin (SAR WGG) pleit voor structurele betrokkenheid van het middenveld en maakt daarbij een onderscheid tussen verschillende soorten activiteiten⁸: strategische activiteiten (bijv. financiering, grote krijtlijnen vastleggen, ...), beheersmatige activiteiten (bijv. organisatiestructuur bepalen, financiële stimuli bepalen om beleidsdoelstellingen te realiseren, kwaliteit bewaken, ...) en uitvoerende kernactiviteiten (bijv. empoweren van burgers, financiële tegemoetkomingen bieden, ...).

⁸ Zie ook SAR-advies 'Bijdrage aan het Groenboek' van 25 april 2013.

<http://www.sarwgg.be/sarwgg/publicatie/advies-bijdrage-aan-het-groenboek-staatshervorming>

De SAR WGG vertrekt daarbij van de centrale doelstelling om integrale zorg en ondersteuning te realiseren volgens de principes van maatschappelijk verantwoorde zorg en pleit voor een gelaagde organisatie- en beleidsstructuur. Een integrale zorg en ondersteuning kan volgens de SAR WGG het best werken als belanghebbenden op een transparante manier mee kunnen denken en betrokken zijn bij de ontwikkeling, het beheer en de uitvoering van die activiteiten. Voor strategische activiteiten pleit de SAR voor een goedwerkend en tijdig adviesstelsel. Op vlak van beheersmatige activiteiten stelt de raad voor minstens een vorm van gestructureerd overleg met de belanghebbenden te voorzien en voor beheersverantwoordelijkheid te opteren wanneer de beheersprocessen een maximale responsabilisering van de belanghebbenden vereisen. De Raad pleit ook voor een beleidsmodel dat maximaal inzet op zelforganisatie, zelfsturing en verantwoordelijkheid.

De SERV pleit er in haar nota voor om het beheer van het 'sociaal beleid'⁹ na de overheveling toe te wijzen aan één extern verzelfstandigd agentschap (EVA). De SERV vraagt ook dat de middelen die worden overgedragen aan Vlaanderen als geormerkte middelen voor sociaal beleid worden ingebracht in één beheersorgaan, los van de algemene Vlaamse Begroting. De EVA die instaat voor het beheer van het 'sociaal beleid' zou deze middelen dan verder toewijzen aan de uitvoeringsstructuren – één EVA per beleidsdomein (Gezin, Zorg, Werk). Hierdoor zouden meeruitgaven in één domein kunnen gefinancierd worden door overschotten of reserves in een ander domein. In elk geval vinden de sociale partners het belangrijk om structureel betrokken te blijven bij het gezondheids- en ouderenbeleid.

Dit wordt als volgt beargumenteerd:

- in oorsprong blijven de middelen voor een deel afkomstig uit sociale zekerheidsbijdragen;
- sociale partners hebben voeling met de dagdagelijkse praktijk en hebben dus terreinkennis. Zij dragen ook verantwoordelijkheid door overlegde beslissingen bij hun achterban uit te leggen en te verdedigen;
- er wordt verwezen naar het medebeheer van de VDAB, die als performante organisatie erkend wordt;
- de structurele betrokkenheid van sociale partners maakt het mogelijk om het maatschappelijk draagvlak van beslissingen te verhogen;
- het zorgt voor stabiliteit en continuïteit;
- er zijn linken tussen gezondheid en welzijn enerzijds en arbeidsgerelateerde thema's anderzijds (gezondheid op het werk, tewerkstellingsaspecten bij zorgaanbieders ...).

Specifiek wat gezondheidszorg en hulp aan personen betreft, leggen zij de nadruk op de noodzaak aan een goede lange termijnprognoses en stellen zij voor om de tegemoetkoming hulp aan bejaarden te integreren binnen de Vlaamse zorgverzekering als een tweede trap.

V. Vraagstukken over beheer en financiering van de nieuwe onderdelen van het gezondheids- en welzijnsbeleid

De keuzes die gemaakt moeten worden voor beheersmodellen en financieringsvormen zijn niet neutraal of vrijblijvend want ze hebben onmiskenbaar een impact op de kwaliteit van de verleende zorg en de toegankelijkheid, betaalbaarheid en doelmatigheid van het zorgaanbod.

In dit groenboek worden niet alle theoretisch mogelijke modellen beschreven aangaande het beheer van de collectieve middelen voor gezondheidszorg en tegemoetkomingen aan personen, maar werd wel een selectie gemaakt op basis van ideeën, die als levensvatbaar kunnen worden beschouwd, na een eerste reeks van gedachtewisselingen hierover met belanghebbenden en academici.

⁹ Dit gaat ruimer dan gezondheidsbeleid: de SERV groepeerde hierin 'gezin, zorg en werk'

Een groep van academici en experts werd gevraagd om enkele reflecties te maken bij de grote krijtlijnen van de inkanteling, met name rond beheer en financiering. Dit heeft geleid tot de nota die opgenomen is in de bijlagen bij deel 2, p. 3. In deze nota worden de basisprincipes van goed beleid herhaald, en worden een aantal algemene uitgangspunten benadrukt die in overweging moeten worden genomen bij de keuzes voor financierings- en beheersmodellen en betalingsmechanismen.

De academische reflectiegroep schoof hierin volgende stellingen naar voor:

- ✓ Het is essentieel dat de prioritaire noden van de Vlaamse zorgbehoevenden door de gemeenschap gelenigd en dus solidair gefinancierd worden, waarbij de sterkste schouders de grootste lasten dragen.
- ✓ Het is daarbij van belang duidelijk af te lijnen wat men met de gemeenschappelijke middelen wil financieren en wat niet. Als algemeen uitgangspunt kan daarbij gelden dat alle zorg of alle inspanningen die vanuit maatschappelijk perspectief doeltreffend, kosteneffectief, billijk en relevant zijn, in aanmerking moeten komen voor gemeenschappelijke solidaire financiering.
- ✓ Een integratie met en uitbreiding van de Vlaamse zorgverzekering kan hierbij worden overwogen om de budgettaire tekorten die zich steeds scherper zullen stellen in de toekomst op te vangen. In deze Vlaamse volksverzekering zal dan meer progressiviteit moeten worden ingebouwd om de sterkste schouders meer te laten bijdragen.
- ✓ In de (ouderen)zorg kan de invoering van een gelaagd model van actieve zorginkoop overwogen worden. Een verzelfstandigd agentschap tekent de contouren uit voor de organisatie en vergoeding van zorg, terwijl de individuele ziekenfondsen op basis hiervan op mesoniveau een rol van “broker” spelen en mee de zorg coördineren en kwaliteit nastreven voor hun leden.
- ✓ In de gezinsbijslag is het aangewezen om binnen het beschikbare budget in te zetten op een versterking en uitbreiding van de selectiviteit van het systeem, m.a.w. de middelen meer in te zetten voor gezinnen met een laag inkomen en/of grotere noden.
- ✓ Het beheer van het systeem wordt in het algemeen best opgenomen door een IVA, waarin een raadgevend comité zetelt. Deze bestuursvorm geeft volgens de werkgroep een grotere garantie op het nastreven van de principes van deugdelijk bestuur, met o.a. een betere scheiding van de rol van controleur en gecontroleerde, en van de rol van subsidieverdelers en begunstigde van subsidies.

Toelichting bij enkele gehanteerde begrippen

Verzekeringsmodel

Internationaal bestaan er belangrijke verschillen in de wijze waarop de rol en de verantwoordelijkheid van de overheid wordt opgevat en in de wijze waarop, al dan niet sociaal gecorrigeerd, marktwerking wordt toegepast op zorg.

De Belgische sociale zekerheid is ontstaan als een sociale verzekering op professionele basis, gefinancierd door bijdragen op het arbeidsinkomen. Sommige onderdelen van de sociale zekerheid, zoals de ziekteverzekering, zijn sterk uitgebreid en de indeling volgens professioneel statuut heeft grotendeels haar betekenis verloren. De invulling van het federale beleid inzake gezondheidszorg wordt nog steeds sterk aangestuurd vanuit een overlegmodel waarbij zorgverzekeraars, zorgverstrekkers, sociale partners en de overheid een belangrijke plaats innemen.

Op Vlaams niveau is het niet mogelijk om sociale bescherming te organiseren op professionele basis.

Indien we op Vlaams niveau spreken over een verzekeringsmodel, dan gaat het niet over een kopie van het federale verzekeringsmodel. Door de staatshervorming wordt de directe band met het professioneel statuut doorgeknipt en verliest de overgehevelde financiering zijn band met de oorspronkelijke sociale zekerheidsbijdragen.

Een Vlaams verzekeringsmodel is een brede volksverzekering aangezien dit neerkomt op een uitbreiding van de sociale verzekering tot alle burgers die wonen op het Vlaamse grondgebied. Het verzekeringsprincipe waarbij er een band is tussen bijdragen en recht op uitkeringen blijft een essentieel kenmerk. De bijdrage die momenteel bestaat in het kader van de zorgverzekering is beperkt. Een uitbreiding van de zorgverzekering met nieuwe onderdelen van Vlaamse Sociale Bescherming veronderstelt niet per definitie een verhoging van de bijdrage (cf. concept decreet Vlaamse Sociale Bescherming¹⁰). Het kan ook gaan om een koppeling van bijkomende rechten op tegemoetkomingen aan de bestaande bijdrage. Toch zal de eventuele integratie in een brede volksverzekering het debat openen over de mate waarin de bijdrage, al dan niet op termijn, ook een effectieve aanvullende financieringsbron moet zijn voor een Vlaamse Sociale Bescherming. Dit vergt op zich een visie op de lange termijnperspectieven van de financiering van zorg.

Ook de rol van de “verzekeraar” in dit model is voorwerp van het debat. De rol van de verzekeraar kan erg variëren in een verzekeringsmodel. Zo varieert dit van de Vlaamse zorgkassen die momenteel concurreren op vlak van dienstverlening maar enkel een uitvoerende rol hebben, tot een model waarin de zorgverzekeraars een rol spelen van zorginkoper en ook financieel risico dragen (zie verder; zie ook nota academische reflectiegroep). Tussen beide modellen in, zijn verschillende varianten mogelijk. (zie opties hieronder).

Een verzekeringsmodel biedt in Brussel de mogelijkheid van aansluiting van de Vlamingen die in Brussel wonen bij een volksverzekering.

IVA's en EVA's

Bij de inkanteling van de nieuwe bevoegdheden zal rekening gehouden moeten worden met de bestuurlijke organisatie van de Vlaamse Overheid.

Het kaderdecreet bestuurlijk beleid legde in 2003 de organisatie van de Vlaamse administratie vast, met 13 homogene beleidsdomeinen. Per beleidsdomein werd een Vlaams ministerie opgericht, bestaande uit een departement en, desgevallend, intern verzelfstandigde agentschappen (IVA) zonder rechtspersoonlijkheid. Per beleidsdomein kunnen ook intern verzelfstandigde agentschappen met rechtspersoonlijkheid en extern verzelfstandigde agentschappen (EVA) worden opgericht.

De beleidsondersteunende taken worden toevertrouwd aan de departementen.

Departementen opereren onder het rechtstreekse gezag en de rechtstreekse verantwoordelijkheid van de minister in een één-op-één-relatie, wat voor een duidelijke verhouding zorgt tussen het parlement, de regering en de administratie.

Taken van beleidsuitvoering kunnen worden toevertrouwd aan intern of extern verzelfstandigde agentschappen wanneer voldaan is aan de volgende cumulatieve voorwaarden :

- 1° voldoende massa uitvoeringstaken voor het verzelfstandigde agentschap;
- 2° meetbaarheid van de door het verzelfstandigde agentschap te leveren producten of diensten;
- 3° reële mogelijkheid tot aansturing van het verzelfstandigde agentschap op grond van doelmatigheid, prestaties en kwaliteit;
- 4° reël invulbare informatierelatie.

Als niet is voldaan aan deze voorwaarden worden de departementen belast met die taken.

¹⁰ Decreet 13 juli 2012, BS, 23 augustus 2012.

Het primaat van de politiek resulteert in een aantal randvoorwaarden bij verzelfstandiging:

- Alleen beleidsuitvoerende taken komen in aanmerking voor verzelfstandiging.
- De opdracht van het verzelfstandigde agentschap wordt duidelijk afgebakend en de invulling wordt daartoe beperkt.
- Een heldere wederzijdse informatiestroom moet worden uitgebouwd tussen het politieke niveau en het verzelfstandigde agentschap.
- Duidelijke afbakening van de sturings-, opvolgings- en toezichtsmechanismen en dito verantwoordelijkheden. De minister moet voldoende kunnen sturen en opvolgen, maar ook rekening houden met de zelfstandigheid van het agentschap.
- Concrete dienstverleningsniveaus worden vastgelegd.
- Grotere coherentie en standaardisering in de organisatorische vormgeving op basis van beginselen vastgelegd in een kaderregelgeving.

Het kaderdecreet bestuurlijk beleid maakt een onderscheid tussen vier types agentschappen voor de beleidsuitvoering: intern verzelfstandigde agentschappen (IVA's) zonder en met rechtspersoonlijkheid en extern verzelfstandigde agentschappen (EVA's) naar publiek of privaat recht. Het primaat van de politiek brengt mee dat interne verzelfstandiging in beginsel de voorkeur verdient boven externe verzelfstandiging. De regel is immers dat het bestuur wordt gevoerd onder de rechtstreekse en hiërarchische verantwoordelijkheid van de regering en haar leden. De voorkeur gaat dus in principe naar een IVA zonder rechtspersoonlijkheid, wat als basismodel kan worden beschouwd.

Voor een keuze voor één van de andere vormen zijn er telkens bijkomende voorwaarden. Een IVA met rechtspersoonlijkheid kan worden gekozen indien de rechtspersoonlijkheid bepaalde voordelen oplevert (bv. op fiscaal of budgettair vlak).

De keuze voor een extern verzelfstandigd agentschap of EVA moet gebaseerd zijn op een afweging van voor- en nadelen t.o.v. interne verzelfstandiging.

Als voordelen van externe verzelfstandiging gelden:

- 1° de mogelijkheid te voorzien in een verregaande autonomie en onafhankelijkheid van de uitvoering;
- 2° het mogelijk maken van een structurele medezeggenschap of een financiële participatie van een andere overheid of andere personen.

Extern verzelfstandigde agentschappen hebben naast operationele ook beheersautonomie, wat zich vertaalt in een eigen raad van bestuur. Bij EVA's wordt de hiërarchische relatie tussen minister en organisatie vervangen door een wettelijk omschreven relatie, waarbij de regelgeving omschrijft hoe de minister toezicht kan uitoefenen en kan tussenkomen in de besluitvorming van de organisatie.

Specifiek voor externe verzelfstandiging gelden volgende randvoorwaarden.

- Aangezien externe verzelfstandiging het oprichten van een afzonderlijke rechtspersoon impliceert, dient telkens zorgvuldig te worden afgewogen of hiervoor duidelijke functionele redenen bestaan.
- Elke externe verzelfstandiging vereist een decretale basis.
- Bij voorkeur wordt externe verzelfstandiging publiekrechtelijk vormgegeven.
- De raden van bestuur van de extern verzelfstandigde agentschappen hebben een ruime informatieplicht over de uitvoering van de overheidstaak, niet alleen aan de minister maar ook aan het parlement en de burger.
- Inzake de sturings-, opvolgings- en toezichtsmechanismen en verantwoordelijkheden treedt de minister, zoals reeds vermeld, eerder op als regisseur dan als controleur. Deze regisseursfunctie sluit niet uit dat de minister moet kunnen ingrijpen in een extern verzelfstandigd agentschap (bvb. bij taakverwaarlozing).
- Voldoende verantwoording voor eventuele bestuursparticipatie vanuit maatschappelijke actoren. Directe betrokkenheid is te verantwoorden als ze tot een toegevoegde waarde leidt bij de concrete beleidsuitvoering, of als de maatschappelijke actoren financieel participeren in de beleidsuitvoering.

Als betrokkenheid gewenst is, moet worden nagegaan of die het best via bestuursparticipatie dan wel via andere participatievormen kan worden gerealiseerd. Wordt voor bestuursparticipatie gekozen, dan moeten de bestuurders die de maatschappelijke actoren vertegenwoordigen in eerste instantie de belangen van de organisatie behartigen en niet deze van de maatschappelijke groep waartoe ze behoren.

Tot oprichting van een extern verzelfstandigd agentschap in privaatrechtelijke vorm kan pas worden overgegaan na een voorafgaande afweging van de voor- en de nadelen van externe verzelfstandiging in privaatrechtelijke vorm en als hieruit blijkt dat een externe verzelfstandiging in publiekrechtelijke vorm niet dezelfde voordelen kan bieden.

Een selectie van mogelijke beheersvormen en de rol van belanghebbenden hierin

Optie 1: Het overheidsmodel

Dit model houdt in dat de financiering volledig uit algemene middelen gebeurt en er geen koppeling is tussen rechten op een tegemoetkoming en een bijdrageplicht.

De overheid bepaalt volledig hoe deze middelen worden gebruikt. Ze wendt deze aan om te voorzien in een (kostenloos) zorgaanbod. Het is ook de overheid die beslist welke zorg (kostenloos) beschikbaar is, en die een garantie biedt voor een minimale kwaliteit van deze zorg via erkenning en toezicht.

Op dit model zijn varianten mogelijk, in die zin dat voor een deel van het aanbod een eigen bijdrage van de zorggebruiker kan worden gevraagd (onderscheid basisaanbod en aanvullend met bijdrage). Ook in de uitvoering kunnen varianten optreden.

Historisch ging dit model meestal gepaard met een gecentraliseerd model van uitvoering waarbij de overheid alle opdrachten op zich neemt: zowel de strategische als de beheersmatige en de uitvoerende activiteiten.

Dit hoeft echter niet per definitie zo te zijn. Een deel van de uitvoerende of louter administratieve taken, zoals uitbetaling, indicatiestelling en controle, kan gedelegeerd worden aan private organisaties zoals ziekenfondsen of zorgkassen.

De eindbeslissing zal echter steeds bij de overheid blijven liggen, waarbij het primaat van de politiek voorop staat.

Een overheidsmodel sluit ook niet uit dat actoren uit het middenveld worden betrokken in een goed werkend en tijdig adviesstelsel. Ook in dit model kan in meer of mindere mate participatie en overleg worden voorzien voor vertegenwoordigers van patiënten en zorgaanbieders (zie hoger).

In Vlaanderen bestaat een dergelijk model onder meer al voor preventie (een duidelijk voorbeeld hiervan is de manier waarop de vaccinatie bij kinderen is georganiseerd) en screening.

Optie 2: Het model van de Vlaamse volksverzekering: een aan de Vlaamse context aangepast, verplichte verzekeringsmodel met een belangrijke rol voor overleg en participatie, zonder financiële verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars

Zoals hierboven gesteld, dekt een volksverzekering alle burgers en blijft een band tussen bijdragen en recht op uitkeringen essentieel.

Een volksverzekering is 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 door de volksverzekering. Elke inwoner van Vlaanderen is verplicht verzekerd door de volksverzekering en betaalt hiervoor

een bijdrage. In Brussel is een facultatieve toetreding voorzien omdat een verplichting niet mogelijk is.

Een soort Vlaams instituut voor de volksverzekering, een Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, wordt in deze optie deels gevoed vanuit een dotatie van de Vlaamse overheid, en door bijdragen (al dan niet inkomensafhankelijk) van alle inwoners.

De bijdrage is momenteel een nominale bijdrage die slechts beperkt gedifferentieerd is nl. met een lager tarief voor Verhoogde Tegemoetkoming/OMNIO-gerechtigden. Om beter rekening te houden met draagkracht kan een verdere differentiatie in functie van inkomen worden overwogen.

De bijdrage is een solidaire aanvullende financieringsbron, die uitsluitend wordt gebruikt voor de financiering van een of meer onderdelen van de Vlaamse Sociale bescherming. Zij is dus een financieringsbron naast de dotaties die vanuit de Vlaamse overheid ter beschikking worden gesteld (en die afkomstig is uit de federale dotatie).

Om te vermijden dat kwetsbare doelgroepen rechten zouden verliezen omwille van het niet of niet tijdig betalen van de bijdrage, kan een verrekening van de bijdrage met de uit te betalen tegemoetkoming worden uitgewerkt.

De zorgverzekeraars zijn in deze optie niet individueel verantwoordelijk voor het bewaken van het budget maar dragen via een collectief overlegmodel medeverantwoordelijkheid samen met zorggebruikers, zorgaanbieders, deskundigen, ... voor het maken van keuzes, het leggen van prioriteiten.

Zij zijn bovendien verantwoordelijk voor een correcte uitvoering via steekproefsgewijze controles op zorgaanbieders, versterken hun leden door een proactief informatiebeleid, betalen uit en monitoren de kwaliteit van zorg binnen de krijtlijnen vastgelegd door de overheid. Hierbij is het belangrijk dat de functie van controleur en gecontroleerde duidelijk gescheiden is.

Via participatie en overleg kunnen de verschillende betrokken actoren mee betrokken worden bij en verantwoordelijk dragen voor de uitvoering van het beleid. Via een overlegmodel zijn ze ook collectief in zekere zin mee financieel verantwoordelijk voor het respecteren van de budgetten. De overheid raadpleegt in deze optie de overlegorganen voor het nemen van belangrijke beslissingen inzake besteding van de budgetten en de keuzes die hierbij worden gemaakt. De technische uitvoering van de maatregelen komt eveneens tot stand via de overlegorganen met betrokken actoren.

In deze optie kan de rol van Vlaamse zorgverzekeraar worden toebedeeld hetzij aan de ziekenfondsen, hetzij aan de reeds door de Vlaamse Overheid erkende zorgkassen, die dan een meer uitgebreide rol opnemen.

- ✓ De rol van zorgverzekeraar kan hier worden opgenomen door de reeds door de Vlaamse overheid (in het kader van de Vlaamse Zorgverzekering) erkende *zorgkassen*. Vijf van de zeven bestaande zorgkassen zijn opgericht door de ziekenfondsen als een Maatschappij van Onderlinge Bijstand, een specifiek juridisch statuut dat geregeld is in de ziekenfondswet. De Vlaamse Zorgkas en de zorgkas van DKV zijn vzw's.
- ✓ Alternatief is dat de *ziekenfondsen* een Vlaamse erkenning krijgen. Hun aangesloten leden met domicilie in Vlaanderen verwerven het statuut van verzekerde en dit vormt de basis voor een recht op terugbetaling van verleende zorg. Voor Brussel wordt een keuze voorzien om al dan niet aan te sluiten bij een Vlaams ziekenfonds.

De belangrijkste verschillen tussen beide varianten zijn:

- Zorgkassen bestaan al en hebben al een Vlaamse erkenning;
- De aansluitingsplicht bij de zorgkas is al geregeld, ook in Brussel, en ook wat de aansluitingen ingevolge de toepassing van de Europese wetgeving en de internationale verdragen betreft;
- Ziekenfondsen zijn non-profitorganisaties met een statuut sui generis. Onder de Vlaamse zorgkassen zijn ook commerciële organisaties actief. Mits voldaan wordt aan de voorwaarden kunnen ook nieuwe organisaties tot dit systeem toetreden.
- Ziekenfondsen kunnen aanvullende verzekeringen uitbouwen.

Optie 3: Het model van de Vlaamse volksverzekering met financieel geresponsabiliseerde zorgverzekeraars

Deze optie veronderstelt een verregaande financiële verantwoordelijkheid van de individuele zorgverzekeraars voor de uitvoering van bepaalde onderdelen, met meer beheersinstrumenten dan vandaag.

Dit gaat verder dan de gangbare modellen die we vandaag op Belgisch of Vlaams niveau kennen.

De OESO pleit ervoor dat de ziekenfondsen of zorgkassen, zoals in Duitsland en Nederland, de taak krijgen om de gezondheidskosten naar beneden te halen door een verregaande autonomie toe te kennen aan de zorgverzekeraars om te onderhandelen over kwaliteit en prijs met de zorgaanbieders.¹¹ In plaats van zoals nu eerder administratief de kosten terug te betalen, moeten de zorgverzekeraars dan op zoek gaan naar de meest kostenefficiënte gezondheidszorg en hierover (kwaliteit en prijs van het aanbod) afspraken maken met zorgaanbieders. Een contracteerplicht van de zorgverzekeraars met zorgaanbieders kan echter implicaties hebben voor de keuzevrijheid van de verzekerden.

Binnen dit kader kan gewerkt worden met overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarin afspraken worden vastgelegd over:

- De keuze van de zorgmodules (in geval van revalidatie bijvoorbeeld: zintuiglijk (visus en/of gehoor), psychosociaal, stem/spraak,...)
- Het werkterrein en de doelgroep
- Kwaliteitsbeleid: onder meer evidence based procedures, efficiëntie (duur van de zorgverlening, verhouding capaciteit/output,...) en de bewaking hiervan door de zorgverzekeraars

De verantwoordelijkheden van de overheid, verzekeraars en gebruikers moeten in deze optie duidelijk worden vastgelegd. De bevoegde minister en de Vlaamse Regering zijn daarbij verantwoordelijk voor het uittekenen van de kruitlijnen.

Regelgeving kan het kader uittekenen en de verantwoordelijkheden duiden.

De regelgeving kan zaken bepalen met betrekking tot:

- Programmatie: de spreiding van het aanbod moet kunnen bewerkstelligd worden, evenals de beheersing van de groei.
- Financiering: de vastlegging van het budget, de basisfinanciering van de aanbieders, het persoonlijk aandeel van de patiënt en de modaliteiten van de financiering;
- Erkenning: minimale kwaliteitscriteria voor de zorgaanbieders worden vastgelegd;
- De rechten op tussenkomst van de verzekeraar: enkel (verplicht) verzekerden bij een zorgverzekeraar komen in aanmerking voor een indicatiestelling door een deskundige.

¹¹ OECD (2013), OECD Economic Surveys: Belgium 2013, OECD Publishing. doi: 10.1787/eco_surveys-bel-2013-en

Finaal is het uiteraard de bedoeling dat de patiënt die nood heeft aan gespecialiseerde en kwaliteitsvolle zorg binnen een redelijke termijn en afstand, en tegen een aanvaardbare prijs, kan worden behandeld.

Controle van de individuele indicatiestellingen door een externe instantie a posteriori en steekproefsgewijs moet mogelijk gemaakt worden.

Indien het budget wordt overschreden, moeten zorgverzekeraars het tekort helpen aanzuiveren. Hiertoe zijn ze verplicht als individuele zorgverzekeraar een bijzonder reservefonds aan te leggen, dat onder meer gefinancierd wordt met bijdragen van hun leden, de zogenaamde bijdrage voor de financiële verantwoordelijkheid.

De financiering van het zorgaanbod kan als volgt verlopen:

- De overheid subsidieert de erkende voorzieningen of aanbieders voor infrastructuur en eventueel een nader te bepalen deel van de werkingskosten;
- De eigen bijdrage (persoonlijk aandeel) van de patiënt;
- Een persoonsvolgende financieringsvorm kent een trekkingsrecht toe aan de zorgverzekeraar van de patiënt voor tussenkomst in de prestaties die niet vergoedbaar zijn door het RIZIV, en eventueel een nader te bepalen deel van de werkingskost. Dit trekkingsrecht is gerelateerd aan het budget dat door de overheid ter beschikking wordt gesteld aan de zorgverzekeraars die tussenkomen voor verleende zorg in een bepaalde en overeengekomen zorgmodule.

De middelen waaruit zorgverzekeraars kunnen putten via hun ledengerelateerde trekkingsrechten worden beheerd in een fonds, dat gevoed wordt door een dotatie van de overheid, een eventuele bijdrage in het kader van de financiële verantwoordelijkheid (cf. supra) en eventueel de bijdrage aan de Vlaamse sociale bescherming.

Het beheer van dit fonds kan worden toegekend aan zorgverzekeraars, zorgverstrekkers, zorgaanbieders, vertegenwoordigers van de zorggebruikers, vertegenwoordigers van de werknemers en werkgevers.

De overheid kan hierin in mindere (enkel een waarnemende rol) of meerdere mate (regeringscommissaris) participeren. Enkel de overheid kan beslissen over een eventuele bijkomende bijdrage Vlaamse sociale bescherming van de verzekerden, over een wijziging van de dotatie aan het fonds en over de wijziging van de eigen bijdrage van de patiënt voor de zorgkost.

Indien het beheer van de toegekende middelen aan het fonds volledig ten laste wordt gelegd van de beheerders (en de rol van de overheid beperkt zich tot waarnemer), dan zijn de beslissingen die verband houden met dit beheer (verdeling van het budget over de verschillende zorgmodules, de hoogte van de trekkingsrechten, doelgroepafbakening,...) onderworpen aan een verantwoordingsplicht ten overstaan van zowel de uitvoerende (minister, regering) als van de wetgevende macht (parlement).

Optie 4: Het private verzekeringsmodel

Deze optie veronderstelt een belangrijke rol voor de eigen verantwoordelijkheid en de private verzekeringsmarkt in de Vlaamse sociale bescherming. Het komt neer op een verregaande responsabilisering van de individuele burger voor het organiseren van zijn sociale bescherming hetzij door sparen, hetzij door aansluiting bij private verzekeringen. Behoeften inzake welzijns- en gezondheidszorg zijn zeer groot en de groei van de zorgnoden kan sneller stijgen dan wat via de dotaties van de federale overheid kan worden gefinancierd. Naast de noodzaak om nu en in de toekomst hoe dan ook keuzes te maken en prioriteiten te leggen, kan het ook een optie zijn om meer individuele verantwoordelijkheid te vragen op vlak van financiering van welzijns- en gezondheidszorg, of van een aantal aspecten ervan.

Nu reeds betaalt de zorggebruiker/patiënt een eigen bijdrage in de zorg, die erg verschillend is naargelang het soort zorg. Zo is de eigen bijdrage in de residentiële ouderenzorg (de

dagprijs) niet inkomensgerelateerd en hoog, zodat naast het beroep doen op de tegemoetkoming zorgverzekering en de Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden (THAB) vaak ook nog beroep gedaan wordt op familie, spaargeld en soms OCMW-tussenhulp om de dagprijs te betalen. De eigen bijdrage in de gezinszorg en de poetsbulp is wel inkomensgerelateerd. Voor revalidatie en mobiliteitshulpmiddelen is het remgeld momenteel heel beperkt.

In de federale sociale bescherming heeft zich mettertijd ook een tweede en derde pijler ontwikkeld, waarbij eigen bijdragen via individuele of collectieve private verzekeringen de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering aanvullen. De aanvullende verzekeringen zijn facultatief en worden gefinancierd door premies die in relatie staan met het gedekte risico en dus ook het risicoprofiel van de verzekerde.

Verschillende werkgevers nemen de premies van aanvullende verzekeringen op in het verloningspakket, zodat pooling van risicogroepen mogelijk wordt en deze verzekeringen minder gekoppeld zijn aan een risicoprofiel. Bovendien heeft de federale wetgever ook een aantal spelregels opgelegd voor aanvullende verzekeringen, die de toegankelijkheid moeten verhogen en risicoselectie moeten tegengaan.

In deze optie zijn verschillende varianten mogelijk:

- verhoging van eigen bijdragen zonder uitbouw en regulering van de tweede en derde pijler
- stimulering en/of indirecte financiering en regulering van de collectieve aanvullende verzekeringen
- stimulering en/of indirecte financiering en regulering van de individuele aanvullende verzekeringen

In een dergelijke aanvullende verzekering zouden welbepaalde sectoren van de zorg kunnen opgenomen worden (bijv. dagprijs residentiële ouderenzorg) of bepaalde onderdelen van zorgsectoren (bijv. nieuwe en dure hulpmiddelen). Het kan ook gaan om een gedeelte van de eigen bijdragen dat op deze manier kan worden herverzekerd. Zo zouden naast de persoonlijke bijdragen en de overheidssubsidies de middelen voor de ouderenzorg kunnen verhogen door de invoering van een facultatieve woonzorgverzekering.

De belangrijkste verschillen met optie 2 en 3 zijn: geen inkomensgerelateerde bijdragen maar nominale (forfaitaire) premies enerzijds, de rol van de commerciële verzekeraars en de grotere vrijheidsgraad om hun producten en diensten op de markt te brengen en de premies vast te leggen anderzijds. Dit laatste kan in mindere of meerdere mate getemperd worden door wetgeving om risicoselectie tegen te gaan, waarbij echter de federale bevoegdheid voor verzekeringswetgeving een belangrijke hindernis is.

Deze piste gaat uit van een responsabilisering van de huidige en toekomstige zorggebruiker en beoogt op die manier de uitgaven onder controle te houden. Zij garandeert geen solidaire financiering volgens draagkracht, noch een garantie van financiële toegankelijkheid van de zorg maar versterkt de eigen verantwoordelijkheid van de zorggebruiker. Eigen bijdragen in de zorg worden meestal verantwoord vanuit de doelstelling om de zorggebruiker te responsabiliseren. Vaak gaat het echter niet om een keuze. Bovendien hebben de meest kwetsbare groepen een hoog risicoprofiel en vallen zij gemakkelijker uit de boot. Privaat verzekeren van lange termijnrisico's vergt bovendien een vooruitziendheid wat niet altijd evident is. Een illustratie hiervan is de moeilijkheid om in Brussel – waar aansluiting vrijwillig is - jongeren te overtuigen om zich aan te sluiten bij de Vlaamse zorgverzekering.

In dit systeem kan het onderscheid worden gemaakt tussen prioritaire evidence based-zorg en minder prioritaire en/of niet evidence based-comfort (de “needs” en de “wants”).

In een context van een hoog overheidsbeslag kan enerzijds via aanvullende verzekeringen vermeden worden dat dit overheidsbeslag op de inkomens verder stijgt, voor zover de kost van aanvullende verzekeringen hierin niet wordt meegerekend.

Facultatieve verzekeringen blijken anderzijds weinig doeltreffend en doelmatig te zijn voor gezondheidszorg (cf. gezondheidszorg in de VS, problemen van toegankelijkheid van private verzekeringen voor chronisch zieken en maatschappelijk kwetsbare groepen, ...). Vaak gaat dit ook gepaard met een hogere overheadkost.

Er is momenteel nog steeds een groot draagvlak voor een goede dekking van gezondheidskosten en een bereidheid tot solidariteit.

Deze piste vergt zeker ook een afweging van het risico dat het vertrouwen in en het draagvlak voor een solidaire sociale bescherming wordt ondergraven omdat wie zich privaat goed verzekert, minder betrokken wordt bij de collectieve solidariteit.

Mogelijke opties voor de wijze van tegemoetkoming bij geïndiceerd zorggebruik

Verschillende mechanismen kunnen overwogen worden: enerzijds een klassieke, instellingsgebonden financiering (subsidiesysteem), anderzijds een persoonsgerichte financiering.

A. Instellingsgebonden financiering

Bij financiering van de voorzieningen kan er hetzij met een terugbetalingssysteem op basis van verrichte prestaties worden gewerkt (zoals momenteel in de meeste conventies federaal gebeurt), hetzij met een enveloppesysteem (zoals bvb. voor de centra geestelijke gezondheidszorg), in mindere of meerdere mate forfaitair.

Ook varianten hierop of gemengde systemen zijn denkbaar.

B. Persoonsgerichte financiering

In Vlaanderen wordt in de sector van personen met een handicap al enige tijd geëxperimenteerd met persoonsgerichte financiering. Met de term persoonsgerichte financiering worden financieringsvormen zoals persoonsgebonden en persoonsvolgende financiering bedoeld. Tot op heden verliep de erkenning en financiering grotendeels rechtstreeks van de subsidiërende overheid (bvb. vanuit VAPH) naar de voorziening. Sinds enkele jaren kan bij het VAPH een persoonlijk assistentiebudget (PAB) aangevraagd worden. Hierbij krijgt de persoon met een beperking een effectief budget in zijn bezit waarmee hij zorg kan inkopen.

Ook de zorgkassen kennen sinds 2001 de tegemoetkoming zorgverzekering toe aan zwaar zorgbehoevenden, wat als een persoonsvolgend budget kan worden beschouwd.

Een dergelijke vorm van persoonsgerichte financiering kan ook een mogelijke optie zijn voor de financiering van andere zorgsectoren, zoals ouderenzorg of geestelijke gezondheidszorg. Een dergelijke financiering kan een mogelijke hefboom zijn om de omschakeling te maken van een aanbodgestuurd naar een eerder behoeftengestuurd zorgsysteem.

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

Verschillende varianten van persoonsgerichte financiering zijn mogelijk:

- een cash budget zoals in de zorgverzekering
- ofwel onder vorm van een "voucher", in functie van de zorgwaarde, waarmee de zorgbehoevende zelf zijn zorg kan inkopen
- of trekkingsrechten in functie van zorgwaarde/zorgbehoevendheid, waarbij de middelen niet in handen komen van de gebruiker maar die wel gekoppeld zijn aan het profiel van zorgwaarde van de gebruiker en kunnen gebruikt worden voor de zorgconsumptie bij een erkende zorgaanbieder naar keuze.

Beide werkwijzen geven de zorgvrager het instrument in handen om op een volwaardige wijze zijn zorgnoden in te vullen en deel te nemen aan het gesprek over het opstellen van de individuele dienstverleningsovereenkomst.

Deze financieringsvorm is gebonden aan de zorgzwaartegraad van de zorgbehoevende. Er moet dan ook een degelijk, uniform en onafhankelijk inschalingssysteem komen voor de bepaling van de zorgnoden. De hoogte van het persoonlijk zorgbudget moet bepaald worden met behulp van een objectief, eenduidig en intersectoraal gevalideerd zorginschalingssysteem dat de juiste en effectieve zorgnood van een persoon met een zorgbehoefte in geld uitdrukt (zie verder). Op die wijze is er een grotere kans op een efficiënte en solidaire besteding van de overheidsmiddelen.

Er zijn wel een aantal randvoorwaarden verbonden aan de slaagkansen van een dergelijk systeem¹² en een grondige analyse van de mogelijke implicaties voor de overheidsfinanciën en de maatschappelijke finaliteit is nodig.

Ook moet er voor gezorgd worden dat persoonlijke zorgbudgetten enkel aangewend kunnen worden voor zorg en zorggerelateerde kosten. Ze mogen in principe geen inkomensvervangende finaliteit hebben. Dit kan bijvoorbeeld door gebruik te maken van het hierboven vermelde systeem van vouchers of trekkingsrechten.

Bij de invoering van meer persoonsgerichte financiering moeten loon- en arbeidsvoorwaarden van het zorgpersoneel maximaal gevrijwaard worden. Er moet daarenboven over gewaakt worden dat in een systeem van persoonsgerichte financiering de zorgverstrekker voldoende middelen krijgt om de continuïteit van de werking van zijn voorziening te verzekeren, de anciënniteit van zijn personeel te betalen,...

C. Indicatiestelling en meetinstrumenten

De indicatiestelling voor opname of zorggebruik (of zorgzwaartemeting) wordt een belangrijk gegeven .

Enkele vrij algemeen aanvaarde uitgangspunten hierbij zijn:

- vermijden van dubbele inschaling of meerdere onderzoeken voor een gelijkaardige problematiek bij dezelfde persoon;
- objectiviteit van de inschaling garanderen door het vermijden van een vermenging van rechtstreekse financiële belangen van de inschaler bij de inschaling en door een goed systeem van controle en kwaliteitsbewaking en/of door een functiescheiding tussen indicatiestelling en controle;
- de nood aan een aangepast instrument/meetschaal die wetenschappelijk onderbouwd is en afgestemd is op de doelgroep en doelstelling, waarbij verschillende schalen voor gelijkaardige doelstellingen/doelgroepen moeten worden vermeden;
- snelle en transparante procedures met vermijden van onnodige administratieve lasten voor de zorggebruiker, zorgaanbieder en de overheid, monodisciplinair waar mogelijk, multidisciplinair waar nodig;
- de indicatiestelling moet transparant zijn voor de zorggebruiker en/of mantelzorger en hij moet beschikken over een mogelijkheid van inspraak en verweer;

Instrument voor inschaling

Momenteel worden zowel op federaal als op Vlaams niveau diverse schalen gebruikt: de KATZ-schaal voor de huidige financiering thuisverpleegkunde en residentiële ouderenzorg, het Zorgzwaarte-instrument in de gehandicaptenzorg en de specifieke schaal voor de toekenning van het Persoonlijk Assistentiebudget, de medico-sociale schaal voor bijkomende

¹² SAR-advies maatschappelijk verantwoorde zorg van 6 juli 2012.

kinderbijslag voor kinderen met een handicap, de integratietegemoetkoming en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, de BEL-schaal in de zorgverzekering, ... Zowel federaal als Vlaams wordt momenteel gewerkt aan de invoering van de BELRAI, een schaal die moet toelaten om de kwaliteit van de ouderenzorg te verbeteren. Om deze schaal ook haalbaar te maken in de thuiszorg, wordt momenteel ook een module ontwikkeld die een vereenvoudigde versie zal zijn van de BELRAI maar waarbij de inschaling kan worden vervolledigd tot een volledige BELRAI als de zorg complexer wordt.

Doelstelling van de inschaling

Een onderscheid kan worden gemaakt tussen volgende functies van een inschaling:

- een screening van potentiële zorggebruikers om toegang te verlenen tot zorg en het stellen van prioriteiten hierin
- de kwaliteit van zorg verbeteren
- de kostenefficiëntie van het zorgaanbod bewaken en verbeteren
- instrumenten om persoonsgerichte budgetten te bepalen en de hoogte van het budget vast te stellen.

De verschillende schalen hebben niet altijd gelijklopende doelstellingen. Zo is er de vraag of elke schaal ook geschikt is als instrument voor financiering van zorg.

Wie staat in voor de inschaling?

De objectiviteit van de inschaling is een belangrijk gegeven. Een inschaling kent immers steeds een zekere subjectiviteit. Vermeden moet worden dat er financiële incentives spelen om de zorg hoger of lager in te schatten.

Anderzijds vergt een inschaling van zorg ook een degelijke expertise, een goed zicht op de noden van een persoon en een kennis van de realiteit op het terrein van de zorg.

Een eerste vraag die zich ook stelt betreft het al dan niet multidisciplinair karakter van de inschaling. Zo wordt het merendeel van de rolstoelen momenteel toegewezen na een zeer korte en snelle monodisciplinaire beoordeling van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds, weliswaar op basis van een inbreng van gegevens van behandelende artsen en bandagisten. Slecht in een beperkt aantal gevallen wordt een multidisciplinair rapport gevraagd.

Een tweede vraag die zich in dit verband stelt is voor wie en in welke gevallen een medische beoordeling noodzakelijk is en waar andere disciplines beter geplaatst zijn om de inschaling te doen. Vlaanderen heeft in het verleden gekozen voor een niet medicalisering en niet medische benadering van zorg in de welzijnssectoren waarvoor het tot op heden bevoegd is (cf. zorgverzekering, thuiszorg, ...).

Controle en kwaliteitsbewaking

Een indicatiestelling zal steeds enige discretionaire beoordelingsmarge inhouden en een interpretatie van begrippen op diverse situaties. Hier stelt zich de vraag of het mogelijk is om te evolueren naar meer eenvormigheid en een meer intersectorale benadering. De vraag stelt zich ook in welke gevallen de indicatiesteller een finale beslissingsmacht heeft voor toewijzing van zorg of zorgbudgetten, mits (steekproefgewijze) controle en waar er een bijkomende beslissing noodzakelijk is. De functie van controleur op de indicatiestelling moet uiteraard gescheiden zijn van de functie van indicatiesteller (cf. zorgverzekering waarbij de controle door een onafhankelijk extern orgaan gebeurt).

In het kader van kwaliteitsbewaking zal de organisatie van opleiding, vormen van peer review en intervisie noodzakelijk blijven.

HOOFDSTUK 1. ZIEKENHUISBELEID

Afdeling 1. Ziekenhuisnormering

Wat zal er veranderen aan de Vlaamse bevoegdheid?

▪ Vóór de zesde staatshervorming

De Vlaamse Gemeenschap is bevoegd voor de planning en de erkenning van algemene ziekenhuizen. Daarvoor baseert ze zich op normen die door de federale overheid zijn bepaald. Het gaat daarbij zowel om programmeringsnormen als erkenningsnormen. Programmeringsnormen leggen het maximum aantal diensten vast. Erkenningsnormen bepalen de criteria waaraan een ziekenhuis moet voldoen om erkend te worden (bv. architecturale voorschriften).

Voor de planning en de erkenning van de ziekenhuizen mag de Vlaamse Gemeenschap aanvullende normen formuleren, bijvoorbeeld in het kader van het Vlaams kwaliteitsbeleid. Die mogen niet in strijd zijn met de bestaande federale basisnormen. Ze mogen evenmin weerslag hebben op:

- de financiering van de exploitatie;
- de ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- de basisregels betreffende de financieringsregels van de infrastructuur.

▪ Na de zesde staatshervorming

Tekst institutioneel akkoord (p. 33-34):

“De gemeenschappen zullen bevoegd zijn om de normen te definiëren waaraan de ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten, zorgprogramma's,... moeten beantwoorden om erkend te worden, met dien verstande dat:

- *de programmatie een federale bevoegdheid blijft, maar waarbij asymmetrische bilaterale overeenkomsten kunnen worden gesloten als een gemeenschap dat wenst.*
- *de financiering van de ziekenhuizen een federale bevoegdheid blijft (behalve voor wat A1 en A3 van BFM¹³ betreft), evenals de regels m.b.t. het vastleggen en de verrekening van het BFM van de ziekenhuizen.*
- *men zal verifiëren dat de door de gemeenschappen uitgevaardigde erkenningsnormen geen negatieve impact hebben op de federale normen, behalve in geval van bilateraal akkoord.*
- *de kwalitatieve referentienormen die door de Europese Unie worden vastgelegd van toepassing zijn.*

Een gemeenschap die de tenlasteneming buiten het ziekenhuis wil bevorderen, in het bijzonder m.b.t. de geestelijke gezondheidszorg of het ouderenbeleid, zal met de federale overheid bilaterale akkoorden over de reconversie van ziekenhuisbedden kunnen sluiten”.

Voorgestelde wetteksten:

✓ Nieuw artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1° BWHI:

§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

1. Wat het gezondheidsbeleid betreft :

1° onverminderd datgene wat bepaald is in 2°, 3°, 4°, 5° en 6°, het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen met uitzondering van :

a) de organieke wetgeving, met uitzondering van de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten;

b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving en dit onverminderd de bevoegdheden van de gemeenschappen bedoeld onder a);

¹³ Budget Financiële Middelen – zie hoofdstuk 2.1 b rond ziekenhuisfinanciering

- c) de basisregelen betreffende de programmatie;
- d) de bepaling van de voorwaarden en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen;

✓ Nieuw artikel 5, § 1, I, tweede tot achtste lid BWHI:

De federale overheid blijft evenwel bevoegd voor :

1° de ziekte- en invaliditeitsverzekering;

2° de nationale maatregelen inzake profylaxis.

Elk voorontwerp of voorstel van decreet, elk amendement op een ontwerp of voorstel van decreet, evenals ieder ontwerp van besluit van een gemeenschap met als doel om de erkenningsnormen van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten, zorgprogramma's en ziekenhuisfuncties vast te leggen, dient voor verslag te worden voorgelegd aan de algemene vergadering van het Rekenhof zodat het de gevolgen kan evalueren op korte en lange termijn op de begroting van de federaal overheid en van de sociale zekerheid.

Dit wordt ook overgemaakt aan de federale regering evenals aan alle gemeenschapsregeringen.

Na verplicht advies te hebben ingewonnen van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering en de bevoegde administratie van de betrokken gemeenschap en na, in voorkomend geval, het facultatief advies te hebben ingewonnen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, brengt de algemene vergadering van het Rekenhof binnen de twee maanden na de ontvangst van het voorontwerp, het voorstel, het amendement of het ontwerp een omstandig verslag uit met betrekking tot de gevolgen van deze normen, op korte en lange termijn, op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid. Deze termijn kan met één maand worden verlengd.

Dit verslag wordt meegedeeld door het Rekenhof aan de aanvrager van het verslag, aan de federale regering en aan alle gemeenschapsregeringen.

Indien het verslag stelt dat de aanpassing van deze normen, op korte of lange termijn, een negatieve impact heeft voor de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid, zal een overleg plaatsvinden tussen de federale regering en de gemeenschapsregeringen op vraag van de federale regering of de betrokken gemeenschapsregering. Indien dit overleg niet tot een akkoord leidt, zullen de normen onderworpen worden aan het akkoord van de federaal bevoegde ministers of aan het akkoord van de Ministerraad indien één van zijn leden de evocatie van het dossier vraagt.

Indien het verslag niet wordt gegeven binnen de termijn van twee maanden, verlengd met één maand, kan het overleg zoals bepaald in het vorige lid plaatsvinden op initiatief van de betrokken gemeenschapsregering of de federale regering.

Het Rekenhof stelt elk jaar een omstandig verslag op dat betrekking heeft op de weerslag, tijdens het vorige begrotingsjaar, van de van kracht zijnde erkenningsnormen van de gemeenschap op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid. Dit verslag wordt meegedeeld aan de federale regering en aan de gemeenschapsregeringen.

✓ Opheffing artikel 5, § 1, I, 1° BWHI dat luidde:

§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

~~I. Wat het gezondheidsbeleid betreft:~~

~~1° Het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, met uitzondering van:~~

~~a) de organieke wetgeving;~~

~~b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving;~~

~~c) de ziekte- en invaliditeitsverzekering;~~

~~d) de basisregelen betreffende de programmatie;~~

~~e) de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur;~~

~~f) de nationale erkenningsnormen uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in b), c), d) en e) hiervoren;~~

~~g) de bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen.~~

Het voorstel van bijzondere wet m.b.t. de zesde staatshervorming voorziet erin dat de gemeenschappen naast de bestaande bevoegdheden voortaan bevoegd zijn om de normen te definiëren waaraan de ziekenhuizen en de diensten (met inbegrip van de psychiatrische ziekenhuizen en de PAAZ), de zorgprogramma's, ziekenhuisdiensten, enz., moeten beantwoorden om erkend te worden. Het gaat om de erkenning zoals die geregeld is in de artikelen 66 en volgende van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008. Hiertoe wordt de uitzondering onder f) van artikel 5, § 1, I, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 opgeheven.

▪ Aandachtspunten

- In de bijzondere wet is een procedure uitgeschreven om te verifiëren of de door de gemeenschappen uitgevaardigde erkenningsnormen geen negatieve impact hebben op de federale normen of financiering ¹⁴. Deze kan mogelijk tijdrovend zijn (enkele maanden), waardoor de procedure om op Vlaams niveau te komen tot nieuwe ziekenhuisnormen kan worden vertraagd, zeker in geval van discussies met de federale instanties over het al dan niet budgetneutrale karakter ervan.
- Er dienen afspraken te worden gemaakt met de FOD Volksgezondheid omtrent de reconversieregels van acute ziekenhuisbedden naar plaatsen IBW en PVT want dit grijpt in op de programmatie van ziekenhuisbedden.
- Erkenningsnormen kunnen raken aan de uitoefening van de geneeskunde, maar deze bevoegdheid blijft federaal.
De federale overheid blijft bevoegd voor de « organieke wetgeving » inzake de zorgverstrekingen in en buiten de verplegingsinrichtingen. Sedert de inwerkingtreding van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming van de instellingen, behoort de organieke wetgeving tot de bevoegdheid van de federale overheid. Het concept « organieke wet » is doorheen de jaren ingevuld en uitgewerkt door de praktijk, door de adviezen van de Raad van State en door de rechtspraak. De Bijzondere Wet geeft nu wel een omschrijving hiervan.
- Categorale ziekenhuizen (geïsoleerde Sp- en subacute G-diensten) zullen volledig of grotendeels verdwijnen uit de federale ziekenhuiswetgeving en het behoud van het ziekenhuisstatuut voor deze Vlaamse revalidatieziekenhuizen vergt een decretaal equivalent.

Welke nieuwe beleidsopties kan Vlaanderen nemen?

Optie 1 (Nuloptie): De federale beleidsvisie en de federale beleidsinstrumenten worden ongewijzigd overgenomen.

Optie 2: Actualisering van bestaand normenkader binnen een vernieuwd Vlaams beleid.

Optie 3: Wettelijk geconditioneerde zelfregulering.

Optie 4: Pure zelfregulering.

¹⁴ Zie het eerder geciteerde nieuw artikel 5, § 1, I, tweede tot achtste lid BWHI

- **Eerste optie: De federale beleidsvisie en de federale beleidsinstrumenten worden ongewijzigd overgenomen**

Wat houdt deze optie in?

In deze optie neemt de Vlaamse overheid de bevoegdheid inzake 'erkenningssnormen' ongewijzigd over. Het regelgevend kader wordt ongewijzigd overgenomen, met behoud van het bestaand normenkader en de huidige manier van werken.

- Huidige organisatie:

De beleidsinstrumenten van de FOD Volksgezondheid (*erkenningssnormen, programmatiecriteria, financiering via BFM*) zijn op elkaar afgestemd en interdependent. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) geeft adviezen aan de FOD (o.a. *m.b.t. programmatie, erkenning en financiering van ziekenhuizen*). De afdeling 'programmatie en erkenning' van de NRZV is o.a. verantwoordelijk voor het vaststellen van erkenningssnormen voor de ziekenhuizen.

- Betrokken diensten:

FOD Volksgezondheid - DG1 – organisatie gezondheidsvoorzieningen

- ✓ DG1 dienst acute zorg voor algemene ziekenhuizen
- ✓ DG1 dienst psychosociale gezondheidszorg voor psychiatrische ziekenhuizen
- ✓ Boekhouding der ziekenhuizen, datamanagement, legal management en ondersteuning door vertaaldienst

Wat zijn de effecten?

- Kosten:
 - ✓ Nood aan wetgevend initiatief.
 - ✓ Er is nood aan de oprichting van een Vlaams overlegorgaan dat de taken van de NRZV m.b.t. normering kan opnemen. Dit overlegorgaan zal instaan voor het voorbereidende werk van de nieuwe normering. Een dergelijke Vlaamse raad kan een structureel Vlaams overleg vormen met de belanghebbenden (hoofd- en ziekenhuisartsen, verpleegkundigen, verzekeringsinstellingen, sociale partners, patiëntenverenigingen,...). Er kan worden nagegaan of de Nederlandstalige leden van de NRZV in de afdeling 'programmatie en erkenning' een rol kunnen spelen in dit Vlaams overlegorgaan. De werkingsmiddelen die momenteel worden toegekend aan de NRZV voor het onderdeel 'erkenning' zouden proportioneel moeten overgeheveld worden naar Vlaanderen.
 - ✓ De Vlaamse overheid dient kennis te verwerven over de verdeling van het BFM.
 - ✓ De overdracht brengt echter geen meerwaarde aangezien de huidige knelpunten (o.a. verouderde wetgeving) niet worden aangepakt.
- Baten:
 - ✓ De continuïteit van de dienstverlening kan worden verzekerd.
 - ✓ De sector zal weinig tot geen hinder ondervinden van de overheveling.

- **Tweede optie: Actualisering van het bestaand normenkader binnen een vernieuwd Vlaams beleid**

Wat houdt deze optie in?

Revisiebenadering, waarbij het bestaand normenkader wordt herzien om een aangepast en hedendaags minimaal niveau van kwaliteit te handhaven. Momenteel bestaan er nog vele verouderde normen (o.a. personeelsnormen). Deze revisiebenadering zit impliciet ingebouwd in het nieuwe toezichtsmodel, maar momenteel kan de Vlaamse overheid de federale normen nog niet wijzigen, enkel aanvullen. De bestaande normen dienen te worden afgetoetst en nieuwe bijkomende normen opgesteld. Hierbij moet de relevantie van de bestaande normen worden nagegaan. Dit bestaande normenkader dient te worden afgetoetst aan vastgelegde criteria (o.a. doelmatigheid, haalbaarheid, relevantie voor aanbod en patiëntgerichtheid). Mogelijke criteriaroosters kunnen afkomstig zijn van het Institute of Medicine, Flanders' Care, kenniscentra en de ziekenhuiskoepels. Deze nieuwe normen dienen gericht te zijn op het bereiken van een betere kwaliteit van zorg, de patiënt dient centraal te staan en er dienen internationaal gevalideerde aspecten van kwaliteit in acht te worden genomen.

Revisie van het bestaande normenkader gebeurt vanuit het huidige Vlaamse beleid. Hierbij wordt de link gemaakt met het nieuw Vlaams beleidskader: vrijwillige accreditering (kwaliteitstoetsing door private, gecertificeerde organisaties), vernieuwd toezichtsmodel en kwaliteitsindicatoren (instrument om kwaliteitsverbetering aan te zwengelen en transparant te maken). Er zal altijd een normenkader moeten blijven bestaan dat complementair is aan accreditatie, maar toch een meerwaarde kan geven.

Momenteel worden er in functie van het nieuwe toezichtsmodel voor algemene ziekenhuizen zorgtrajecten uitgerold in samenwerking met beroepsgroepen op basis van internationaal gevalideerde standaarden. De vraag stelt zich of het niet mogelijk is om in de toekomst minder juridisch-normerend tewerk te gaan en deze werkwijze (gedeeltelijk) te vervangen door targets voor de diensten en professionals om een betere kwaliteit te bereiken.

Wat zijn de effecten?

- Kosten:
 - ✓ De financiering van de ziekenhuizen blijft een federale bevoegdheid, waardoor de Vlaamse overheid geen financiële hefboom heeft om nieuwe normen op te stellen. Er is een zekere bewegingsruimte, maar zeker geen surplus aan middelen om nieuwe normen op te stellen die een financiële impact hebben. Indien het effect kostenverhogend is, zal er overleg noodzakelijk zijn tussen de Vlaamse en federale overheid. De hiervoor uitgewerkte procedure zoals beschreven in het voorstel van bijzondere wet is relatief omslachtig en tijdrovend.
 - ✓ Bij het opstellen van nieuwe normen dient er steeds een toets te worden uitgevoerd om eventuele bijkomende kosten voor de ziekenhuizen te bepalen. Er zal een procedure moeten worden ingevoerd om het effect van de nieuwe ziekenhuisnormering op de budgettaire middelen van de federale overheid te kunnen evalueren en er moeten ook goede afspraken worden gemaakt indien wijzigingen van normen een budgettaire impact hebben.
 - ✓ Er is nood aan een onderbouw van goede gegevens en actuele inzichten voor alle ziekenhuisnormering die wordt opgesteld. Er dient evidence based aan normen te worden gewerkt. Samenspraak tussen belanghebbenden en overheid is daarbij essentieel. Ook Europese aanbevelingen moeten kunnen geïntegreerd worden.
 - ✓ De data vanuit Vlaanderen zijn beschikbaar voor de federale overheid en vice versa.
 - ✓ Nood aan een (overleg)model om huidig normenkader te reviseren. hiervoor moeten ook werkingsmiddelen voorzien worden. Mogelijkheden hiervoor zijn:

- vanuit de administratie op basis van wetenschappelijke aanbevelingen (via steunpunt WVG);
 - een nieuwe subgroep van bestaande Vlaamse adviesorganen zoals de Strategische Adviesraad Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, de Vlaamse Adviesraad voor de Erkenning van Verzorgingsvoorzieningen, of de toekomstige Adviescommissie voor voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers;
 - een nieuwe Vlaamse adviescommissie voor ziekenhuizen.
- Baten:
- ✓ Mogelijkheid om een nieuw Vlaams beleidskader op te bouwen dat steunt op drie pijlers: vrijwillige accreditatie, vernieuwd toezichtsmodel van Zorginspectie en een uitgebouwd kwaliteitsindicatorensysteem. De complementariteit die zich ontwikkelt tussen accreditatie en het toezichtsmodel, aangevuld met het indicatorenproject, wordt door de sector als een positieve evolutie ervaren.
 - ✓ Mogelijkheid om verouderde normen te schrappen (vele verouderde normen worden overigens al niet meer door Zorginspectie gecontroleerd) en in de toekomst minder juridisch-normerend tewerk te gaan en deze werkwijze (gedeeltelijk) te vervangen door targets voor de diensten en professionals om een betere kwaliteit te bereiken.
 - ✓ Een forum of een gemeenschappelijk platform waar de deelstaten hun ervaringen en inzichten kunnen delen rond ziekenhuisbeleid zou kunnen leiden tot een gestructureerde dialoog met de federale overheid over de financiering van de ziekenhuizen, op een wijze die de kwaliteit van zorg bevordert.
- **Derde optie: Wettelijk geconditioneerde zelfregulering**

Wat houdt deze optie in?

In het geval van een wettelijk geconditioneerde zelfregulering is er sprake van een verhoogde mate van zelfregulering, binnen een regelluw kader. Hierbij wordt de basisnormering behouden, maar de Vlaamse overheid kan de detailregelgeving terugschroeven. Zo kan de Vlaamse overheid regelgevend optreden aan de hand van een generiek normenbesluit dat uitspraken doet over het ontstaansproces van de normen, criteria waaraan deze normen moeten voldoen,... Bij deze optie beperkt de Vlaamse overheid zich tot het aangeven van een algemeen normenkader met de randvoorwaarden en outcome en output als pijlers, waarbinnen de betrokkenen zelf verdere regelingen kunnen treffen. Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor het verlenen van goede en verantwoorde zorg. Het kader dat de Vlaamse overheid hen biedt, zal hen motiveren om zelf invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid. De ziekenhuizen worden hierbij geprikkeld om bepaalde oplossingen te genereren zonder dat de overheid via normering oplegt hoe men hieraan tegemoet moet komen.

Er dient een consensus te worden uitgewerkt hoever de Vlaamse overheid moet gaan in het uitwerken van deze bevoegdheid. Hierbij dient rekening te worden gehouden met een voldoende lange transitieperiode. De afspraken met de belanghebbenden moeten worden gevalideerd en vastgelegd zodat de Zorginspectie deze afspraken ook geoorloofd kan toepassen, zonder dat er tegenspraak kan ontstaan. Er dient een evenwicht te worden gezocht tussen de rol van de overheid en die van de sector.

Opmerking: dit is een optie op lange termijn, maar tevens een mogelijke fase die kan voorafgaan aan het formuleren van nieuwe normen.

Wat zijn de effecten?

- Kosten:
 - ✓ De Vlaamse overheid heeft minder grip op de uitkomst dan wanneer men zelf het normenkader actualiseert. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de dienstverlening.
 - ✓ Zelfregulering lukt soms niet door de grote variëteit aan partijen op de markt.
 - ✓ In dit systeem bestaat het gevaar dat vooral de grote partijen worden betrokken bij de zelfregulering.
- Baten:
 - ✓ De Vlaamse overheid staat nog altijd in voor de naleving, waardoor men een zekere greep houdt op de uitkomst.
 - ✓ De Vlaamse overheid doet zo beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de sector, maar kan tegelijkertijd regels en limieten stellen.
 - ✓ Deze optie betekent een administratieve vereenvoudiging voor de Vlaamse overheid en verlichting van het takenpakket van de Vlaamse administratie (hoeft bestaande normenkader niet zelf grondig te actualiseren).
 - ✓ Er is sprake van een minder beperkende regulering voor de sector en de ziekenhuizen worden gestimuleerd om op een resultaatgerichte wijze te werken (aan de hand van doelstellingen). Door te werken in functie van doelstellingen, krijgen de ziekenhuizen meer vrijheid om aan het beleid te werken en creatief te zijn in het zoeken naar oplossingen.
 - ✓ De OESO aanbeveling m.b.t. het afbouwen van 'overly prescriptive hospital regulations' (in recent landenonderzoek van België), wordt opgevolgd.¹⁵

▪ Vierde optie: Pure zelfregulering

Wat houdt deze optie in?

De sector regelt zichzelf en maakt afspraken voor de verschillende domeinen. De zorgaanbieders zelf zijn verantwoordelijk voor het verlenen van goede en verantwoorde zorg.

De Vlaamse overheid zal een decreet opstellen dat een algemene regeling invoert waarbij door zelfregulering van de sector wordt voldaan aan de kwaliteits- en veiligheidseisen ter bescherming van de gebruiker. Hiervoor kan een onafhankelijke commissie worden opgericht, die belast is met de bepaling, de actualisering en de voortgangsbewaking van de minimumkwaliteitseisen. Deze commissie is samengesteld uit alle actoren die actief zijn op het werkveld, inclusief vertegenwoordigers van de gebruikers.

Voorwaarden voor dergelijk systeem:

Er moet binnen de sector een voldoende groot draagvlak zijn om een systeem van 'pure zelfregulering' in te voeren. Alle partijen dienen aan de regeling deel te nemen en er mogen geen grote machtsverschillen zijn tussen de verschillende partijen. De organisatiegraad dient voldoende groot te zijn en er is nood aan een bepaald niveau van kennis en ervaring. De zelfregulering dient gericht te zijn op het algemeen belang en er mag geen machtsblok tot stand komen. De regeling werkt in het openbaar, is publiekrechtelijk bekend en controleerbaar. Er is nood aan efficiënte sanctiebepalingen en de regeling bindt de (achterban van de) betrokkenen en functioneert feitelijk als bindend.

¹⁵ OECD (2013), OECD Economic Surveys: Belgium 2013, OECD Publishing. doi: 10.1787/eco_surveys-bel-2013-en

Wat zijn de effecten?

- Kosten:
 - ✓ De Vlaamse overheid heeft minder greep op de uitkomst; dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de dienstverlening.
 - ✓ Zelftoezicht wil wel eens falen, o.a. omwille van een beperkte afdwingbaarheid. De handhaving kan gebrekkig zijn. Als de regels worden opgesteld door dezelfde partij die de geschillenbeslechting doet, ontbreekt de 'objectiviteit' die bij regulering wel wordt gewaarborgd.
 - ✓ In geval van zelfregulering kan de sector de inhoud van de 'normen' vastleggen in functie van hun eigenbelang. Zo wordt eigenbelang nagestreefd i.p.v. de publieke belangen.
 - ✓ Zelfregulering lukt soms niet door de grote variëteit aan marktpartijen.
 - ✓ In dit systeem bestaat het gevaar dat vnl. de grote partijen worden betrokken bij de zelfregulering. In dat geval is het draagvlak te beperkt.
- Baten:
 - ✓ Administratieve vereenvoudiging voor de Vlaamse overheid. Verlichting van het takenpakket van de Vlaamse administratie, die in dit systeem niet meer zal instaan voor het opstellen van de 'regels' en het toezicht op de naleving.
 - ✓ Zelfregulering komt sneller tot stand en is flexibeler dan regulering.
 - ✓ Er is sprake van een minder beperkende regulering voor de sector.
 - ✓ Deze optie is in overeenstemming met de aanbevelingen van de OESO voor het afbouwen van 'overly prescriptive hospital regulations', zoals geformuleerd in zijn landenonderzoek van België 2013.¹⁶

¹⁶ OECD (2013), OECD Economic Surveys: Belgium 2013, OECD Publishing. doi: 10.1787/eco_surveys-bel-2013-en

Samenvatting van de effecten van de verschillende opties

Optie	Baten	Kosten
Nuloptie: de federale beleidsvisie en federale beleidsinstrumenten worden ongewijzigd overgenomen	- Continuïteit van dienstverlening wordt verzekerd - Weinig tot geen hinder voor de sector	- Overdracht brengt geen meerwaarde - Knelpunten worden niet aangepakt - Nood aan oprichting van een overlegorgaan - Wellicht nood aan apart decreet voor geïsoleerde Sp-diensten
Tweede optie: (grondige) actualisering van bestaand normenkader binnen een nieuw Vlaams beleidskader	- Mogelijkheid om nieuw Vlaams beleidskader op te bouwen - Ontwikkeling van complementariteit tussen accreditatie, toezichtsmodel en indicatorenproject - Mogelijkheid om verouderde normen te schrappen - Mogelijkheid om minder juridisch-normerend te werken - Mogelijkheid om met targets te werken	- Geen financiële hefboom voor Vlaamse overheid om nieuwe normen op te stellen - Nood aan werkingsmiddelen voor overlegmodel - Nood aan test om eventuele bijkomende kosten voor ziekenhuizen te bepalen
Derde optie: wettelijk geconditioneerde zelfregulering	- Administratieve vereenvoudiging - Verlichting van takenpakket van Vlaamse administratie - Vlaamse overheid staat in voor naleving - Vlaamse overheid kan regels en limieten stellen - Minder beperkende regulering voor sector - Stimuleren van ziekenhuizen om op resultaatgerichte wijze te werken - Ziekenhuizen krijgen meer vrijheid om aan beleid te werken	- Vlaamse overheid heeft minder grip op uitkomst (kan ten koste gaan van kwaliteit van dienstverlening) - Gevaar dat vnl. grote partijen worden betrokken
Vierde optie: pure zelfregulering	- Administratieve vereenvoudiging - Verlichting van takenpakket van Vlaamse administratie - Zelfregulering komt sneller tot stand en is flexibeler - Minder beperkende regulering voor sector	- Vlaamse overheid heeft minder grip op uitkomst (kan ten koste gaan van kwaliteit van dienstverlening) - Handhaving kan gebrekkig zijn - Gevaar dat eigenbelang wordt nagestreefd i.p.v. publieke belangen - Gevaar dat vnl. grote partijen worden betrokken

Afdeling 2. Ziekenhuisfinanciering A1-A3

Wat zal er veranderen aan de Vlaamse bevoegdheid?

▪ Vóór de zesde staatshervorming

De infrastructuurbetoelaging voor de ziekenhuizen is momenteel een gedeelde bevoegdheid, waarbij zowel de federale als de regionale overheid betoelaging voorzien.

- Bepaalde infrastructuurwerken worden volledig federaal betoelaagd door een tussenkomst in de afschrijvingslasten van de investeringen via het budget van financiële middelen (BFM). Het gaat over volgende investeringen: grote onderhoudswerken, vervangingsinvesteringen (binnen bestaande m²), kleine investeringen en/of aanpassingswerken, investeringen in duurzame ontwikkeling, lasten van de aankoop van rollend materieel, lasten van eerste inrichting.
In deze materie komt de Vlaamse Gemeenschap dus niet financieel tussen. De Vlaamse Gemeenschap komt ook niet tussen in de investeringslasten die gepaard gaan met de installatie van NMR-toestellen, PET-scanners en diensten voor radiotherapie terwijl de federale overheid via het onderdeel A3 van het BFM een forfaitaire tegemoetkoming voorziet. In principe kan de Vlaamse Gemeenschap ook de kost van medisch-technische diensten (radiologie, labo, ...) in het ziekenhuis subsidiëren. De facto gebeurt dit enkel in geval van nieuwbouw. De federale overheid financiert de lasten van deze diensten niet.
- Momenteel is de Vlaamse Gemeenschap bevoegd voor de goedkeuring en subsidiëring van nieuw te bouwen ziekenhuizen, vernieuwbouw, (prioritaire) verbouwing en de uitbreiding van bestaande ziekenhuizen. Deze infrastructuurwerken, projecten aangerekend op de zgn. bouwkalender, worden gedeeltelijk Vlaams en gedeeltelijk federaal betoelaagd: in principe wordt 60% van de in aanmerking komende bouwkosten, het zogenaamde bouwplafond, gesubsidieerd door Vlaanderen en 40% van de geplafonneerde bouwkosten wordt vergoed door de tussenkomst van de federale overheid via het onderdeel A1 van het budget van financiële middelen (BFM). Ook mogelijk is het principe van prioritaire investeringen waardoor 10% door Vlaanderen wordt gesubsidieerd en 90% door de federale overheid via het BFM.

▪ Na de zesde staatshervorming

Tekst institutioneel akkoord (p. 33):

“De onderdelen A1 en A3 van het ziekenhuisbudget (BFM) zullen worden overgeheveld. Een jaarlijkse dotatie zal voorzien worden in de financieringswet. Deze dotatie zal uit twee delen bestaan: een uitdovend deel dat jaarlijks wordt berekend ten belope van de reeds aangegane engagements (gedurende 33 jaar), en een nog af te spreken bedrag voor de nieuwe toekomstige en toegestane investeringen. Voor deze nieuwe investeringen zullen de verdeelsleutels tussen de deelstaten worden geactualiseerd zodat ze overeenstemmen met de werkelijke investeringsuitgaven van alle ziekenhuizen, met inbegrip van de universitaire ziekenhuizen. Een technische werkgroep, samengesteld uit ambtenaren van de federale overheid, dienst boekhoudingen van de ziekenhuizen en van de deelstaten, zal de concrete berekening maken.”

Voorgestelde wetteksten:

✓ Nieuw artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1° BWHI:

§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

I. Wat het gezondheidsbeleid betreft :

1° onverminderd datgene wat bepaald is in 2°, 3°, 4°, 5° en 6°, het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen met uitzondering van :

a) de organieke wetgeving, met uitzondering van de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten;

- b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving en dit onverminderd de bevoegdheden van de gemeenschappen bedoeld onder a);
- c) de basisregelen betreffende de programmatie;
- d) de bepaling van de voorwaarden en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen;

✓ Opheffing artikel 5, § 1, I, 1°, e) BWHI dat luidde:

“§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

~~1. Wat het gezondheidsbeleid betreft:~~

~~1° Het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, met uitzondering van:~~

~~e) de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur;”~~

✓ Nieuw artikel 47/9 BFW:

“§1. Vanaf het begrotingsjaar 2016 wordt jaarlijks aan de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een dotatie toegekend omwille van hun bevoegdheid inzake financiering van ziekenhuisinfrastructuur en de medisch-sociale diensten.

Het basisbedrag van de dotatie bedoeld in het eerste lid is gelijk aan 580.982.741 euro.

§2. Voor het begrotingsjaar 2016 wordt het in paragraaf 1 vermelde bedrag aangepast aan:

1° de procentuele verandering van het gemiddelde indexcijfer van de consumptieprijzen van het begrotingsjaar 2014 en aan de reële groei van het bruto binnenlands product van datzelfde begrotingsjaar op dezelfde wijze als bepaald in artikel 33, §2;

2° de procentuele verandering van het gemiddelde indexcijfer van de consumptieprijzen van het begrotingsjaar 2015 en aan de reële groei van het bruto binnenlands product van datzelfde begrotingsjaar op dezelfde wijze als bepaald in artikel 33, §2;

3° de procentuele verandering van het gemiddelde indexcijfer van de consumptieprijzen van het begrotingsjaar 2016 en aan de reële groei van het bruto binnenlands product van datzelfde begrotingsjaar op dezelfde wijze als bepaald in artikel 33, §2.

Vanaf het begrotingsjaar 2017 worden de middelen die aan de in paragraaf 1, eerste lid, bedoelde entiteiten worden toegekend, verkregen door de middelen van het vorige begrotingsjaar aan te passen aan de procentuele verandering van het gemiddelde indexcijfer van de consumptieprijzen en aan een percentage van de reële groei van het bruto binnenlands product van het betrokken begrotingsjaar op dezelfde wijze als bedoeld in artikel 33, §2. Dit percentage is gelijk aan het percentage zoals bepaald in artikel 47/7, §4, tweede lid.

§3. Het overeenkomstig paragraaf 2 berekende bedrag wordt jaarlijks opgesplitst in 2 delen; een eerste deel van 85,13% en een tweede deel van 14,87%. Beide delen worden aan de entiteiten, bedoeld in paragraaf 1, toegewezen volgens de regels vermeld in het derde, respectievelijk vierde lid.

Het eerste deel wordt verminderd met een percentage dat bekomen wordt door de verhouding te berekenen van het aantal inwoners behorende tot de Duitstalige Gemeenschap op 1 januari van het betrokken begrotingsjaar tot het aantal inwoners van het Rijk op 1 januari van het betrokken begrotingsjaar.

Het met toepassing van het tweede lid bekomen bedrag wordt tussen de in paragraaf 1 bedoelde entiteiten verdeeld in functie van het aantal inwoners van het betrokken begrotingsjaar, door per entiteit de verhouding te berekenen van:

1° het aantal inwoners behorende tot de betrokken entiteit;

2° de som van het aantal inwoners behorende tot alle in paragraaf 1 bedoelde entiteiten.

Het tweede deel wordt verdeeld onder de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap in verhouding tot het aantal inwoners als volgt:

1° voor de Vlaamse Gemeenschap: het deel dat overeenstemt met de verhouding tussen enerzijds, de bevolking van het Vlaamse Gewest en 20% van de bevolking van het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest en anderzijds, de bevolking van het Rijk op 1 januari van het betrokken begrotingsjaar;

2° voor de Franse Gemeenschap; het deel dat overeenstemt met de verhouding tussen enerzijds, de bevolking van het Waalse Gewest en 80% van de bevolking van het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest en anderzijds, de bevolking van het Rijk op 1 januari van het betrokken begrotingsjaar.

Voor de toepassing van het tweede en het derde lid, is het aantal inwoners van:

1° de Vlaamse Gemeenschap gelijk aan het aantal inwoners behorende tot het Nederlandse taalgebied;

2° de Franse Gemeenschap gelijk aan het aantal inwoners behorende tot het Franse taalgebied;

3° de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie gelijk aan het aantal inwoners behorende tot het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad;

4° de Duitstalige Gemeenschap gelijk aan het aantal inwoners behorende tot het Duitse taalgebied.

Het aantal inwoners op 1 januari van een begrotingsjaar wordt bepaald op dezelfde wijze als in artikel 47/5, §2, tweede lid, 2°.

§4. De federale Staat verzekert, voor rekening van de gemeenschappen, de financiering van de investeringen in de infrastructuur en de medisch technische diensten van de ziekenhuizen bedoeld in artikel 5, §1, I, 1°, a), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, voor zover deze investeringen:

1° uiterlijk op 31 december 2015 het voorwerp hebben uitgemaakt van een eerste aflossing;

2° of, de nieuwbouw of de prioritaire reconditioneringswerken betreffen die door de gemeenschappen worden gesubsidieerd en die werden voorzien op de bouwkalender die in het protocolakkoord afgesloten op de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 19 juni 2006 is voorzien;

3° of, niet prioritaire reconditioneringswerken betreffen, voor zover de investeringen conform zijn aan de van kracht zijnde federale regels en vóór 31 december 2015 werden aangevangen.

De uitgaven die door de federale Staat overeenkomstig het eerste lid worden uitgevoerd in de ziekenhuizen die afhangen van elk van de betrokken entiteiten, worden in mindering gebracht van de respectievelijke dotaties van die entiteiten. Er wordt rekening gehouden met de raming van die uitgaven voor de doorstorting van de voorschotten bedoeld in artikel 54.

§5. Elke gemeenschap of de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie kan met de federale Staat een samenwerkingsakkoord afsluiten dat de omzetting van ziekenhuisbedden tot voorwerp heeft met het oog op de ten lasteneming van patiënten buiten het ziekenhuis door een dienst die tot de bevoegdheid van de gemeenschap, de gemeenschappen of de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie behoort. Desgevallend wordt in dat samenwerkingsakkoord voorzien dat bijkomende middelen worden toegekend aan de gemeenschap, de gemeenschappen of de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie die in dat akkoord betrokken partij zijn. Die middelen kunnen de kostprijs van de omgezette ziekenhuisbedden niet overschrijden."

De gemeenschappen zijn vandaag al gedeeltelijk bevoegd voor werken in de ziekenhuisgebouwen (zie hoger). Ze zullen de bevoegdheid inzake bouw- en renovatiewerken en groot onderhoud van de ziekenhuisinfrastructuur krijgen, zodat ze voor een goed onderhoud van hun ziekenhuizen kunnen zorgen en beslissen in welk ziekenhuis eerst een dringende renovatie nodig is.

Deze bevoegdheid omvat de onderdelen A1 en A3 van het ziekenhuisbudget (BFM). Het gaat om de aangelegenheden die geregeld worden in de artikelen 9 en 11 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, met name de investeringslasten (A1) en de investeringslasten van medisch-technische diensten (A3). De bestanddelen waarvan de kost door onderdeel A1 van het budget wordt gedekt, zijn :

- ✓ de afschrijving van de lasten van opbouw;
- ✓ de afschrijving van de lasten van uitrusting en apparatuur;
- ✓ de afschrijving van de lasten van grote onderhoudswerken, meer bepaald van belangrijke herstellings- en onderhoudswerken, al dan niet periodiek;
- ✓ de afschrijving van de lasten voor herconditioneringswerken, meer bepaald grote verbouwingen die de structuur van het gebouw niet wijzigen — zoals, onder andere, de wijziging van de bestemming van de plaatsen of de verandering van de aard of configuratie binnen de bestaande structuur — en die geen nieuwbouw, noch een uitbreiding van bestaande gebouwen zijn;
- ✓ de afschrijving van de lasten voor investeringen in het kader van duurzame ontwikkeling;
- ✓ de afschrijving van de lasten voor de aankoop van rollend materieel;
- ✓ de afschrijving van de lasten voor een eerste inrichting;
- ✓ de financiële lasten, meer bepaald de lasten van leningen aangegaan ter financiering van de hierboven vermelde investeringen;
- ✓ de aanloopkosten.

De lasten voor het huren van gebouwen worden gelijkgesteld met afschrijvingen. Onderdeel A3 van het budget dekt de investeringslasten van de medisch-technische diensten en dit zowel voor de uitrusting als voor de gebouwen waarin deze worden geïnstalleerd. Onder medisch-technische diensten wordt vandaag begrepen : de magnetische resonantietomograaf met geïntegreerd elektronisch telsysteem, de radiotherapiedienst en de scanners met positronemissie.

▪ Aandachtspunten

- Het is belangrijk dat de continuïteit van de dienstverlening verzekerd wordt, zodat er voor de ziekenhuizen geen problemen ontstaan voor de aangegane engagementen van de federale overheid.
- De transfert van de financiële middelen zal pas geschieden op 1 januari **2016** (cfr. Nieuw artikel 47/9 BFW). Dan zal er overeenstemming zijn met de uitvoering van het laatste jaar van de bouw-kalender aangezien deze de laatste maal vastgelegd werd voor de periode 2006 – 2015.
- De bijzondere financieringswet voorziet (in het nieuwe artikel 47/9, §4, 1°, 2° en 3° BFW) dat de uitgaven voor de financiering van de investeringen in de infrastructuur en de medisch technische diensten van de ziekenhuizen die door de federale Staat de eerstkomende jaren nog worden verzekerd, voor rekening van de gemeenschappen, in mindering worden gebracht van de voorschotten van de dotaties die maandelijks aan de gemeenschappen worden doorgestort. Op basis van deze bepaling is het onduidelijk op welke termijn er effectief sprake zal zijn van een reële toekomstige Vlaamse dotatie zijn. Het is momenteel niet in te schatten wanneer er budgettaire ruimte gaat overblijven voor nieuw beleid, nadat van de (geïndexeerde) dotatie van 580 miljoen deze uitgaven zoals bepaald in de financieringswet, zijn afgetrokken. De Vlaamse dotatie is ook zeer moeilijk voorspelbaar doordat er nog heel wat engagementen worden aangegaan die vallen onder het nieuwe artikel 47/9, §4, 1°, 2° en 3° BFW die pas definitief bepaald kunnen worden in 2020/2025. (de definitieve investeringsbedragen worden post factum, zijnde na ingebruikname bepaald).

Welke nieuwe beleidsopties kan Vlaanderen nemen?¹⁷

Optie 1 (Nuloptie): De federale beleidsvisie en de federale beleidsinstrumenten worden ongewijzigd overgenomen.

Optie 2: Combinatie tussen de federale beleidsvisie en federale instrumenten met de VIPA-regelgeving.

Optie 3: PPS-constructies (publiek-private samenwerking).

Optie 4: Forfaitaire financiering.

Optie 5: Concept DBC (diagnose behandelcombinatie).

Optie 6: Stopzetten van de subsidiëring van ziekenhuisinfrastructuur.

- **Eerste optie: De federale beleidsvisie en de federale beleidsinstrumenten worden ongewijzigd overgenomen**

Wat houdt deze optie in?

Zie toelichting onder “Vóór de zesde staatshervorming”

Beschrijving A1, A3 :

- Onderdeel A1:
dekt de afschrijvingslasten van investeringen:
 - ✓ *onroerende* (infrastructuur: bouw en uitbreiding, inrichting en herconditionering, grote onderhoudswerken en eerste installatiekosten);
 - ✓ *roerende* (medisch en niet-medisch materiaal, rollend materieel alsook het supplement voor informaticamateriaal);
 - ✓ en de *financiële lasten* voor hieraan gekoppelde investeringsleningen.
- Onderdeel A3:
dekt de investeringslasten van sommige medisch-technische diensten (zwaar medisch materiaal):
 - ✓ NMR (bouw, uitbreiding, inrichting en herconditionering, grote onderhoudswerken en financiële lasten van de hieraan gekoppelde investeringsleningen en forfait voor de apparatuur);
 - ✓ radiotherapie (bouw, uitbreiding, inrichting en herconditionering, grote onderhoudswerken en financiële lasten van de hieraan gekoppelde investeringsleningen en forfait voor de apparatuur);
 - ✓ PET-scan (bouw, uitbreiding, inrichting en herconditionering, grote onderhoudswerken en financiële lasten van de hieraan gekoppelde investeringsleningen en forfait voor de apparatuur).

Doelgroepen:

Hetzij: alle ziekenhuizen zijn betrokken, met uitzondering van de geïsoleerde Sp- en G-diensten.

Hetzij: alle ziekenhuizen zijn betrokken inclusief de geïsoleerde Sp- en G-diensten.

Stakeholders: worden betrokken via de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

¹⁷ Bij het formuleren van de opties werd geen rekening gehouden met het uiteindelijk beschikbare budget

Wat zijn de effecten?

- De Vlaamse overheid beschikt momenteel niet over de kennis en personeel om het huidige federale systeem over te nemen. De administratieve lasten zullen enorm toenemen voor de Vlaamse overheid. Bij de federale overheid wordt het werk uitgevoerd door de inspecteurs van de dienst boekhouding en beheer van de ziekenhuizen. Zij zijn niet uitsluitend bezig met A1 en A3, maar met het geheel van de ziekenhuisfinanciering (BFM).
- Er zal ook een betalingssysteem dienen ontwikkeld te worden voor de uitbetaling van de subsidies.
- De Vlaamse overheid en de federale overheid hanteren een verschillend kader voor wat betreft infrastructuurbetoelaging. Dit draagt niet bij tot een geïntegreerd sectoraal beleid. Bijvoorbeeld:
 - ✓ Verschillende termijnen
 - De Vlaamse Gemeenschap betaalt subsidies, gespreid over 20 jaar, i.e. de gebruikstoelage. Indien een ziekenhuis onvoldoende activiteit kan bewijzen, wordt de gebruikstoelage proportioneel verminderd.
 - De federale overheid betaalt, net zoals de Vlaamse Gemeenschap, haar financiële engagementen niet via een éénmalige storting. Ook hier wordt de tegemoetkoming gespreid in de tijd, in overeenstemming met de wettelijke afschrijvingstermijnen opgelegd door het boekhoudkundig plan van de ziekenhuizen. Deze variëren tussen 5 en 33 jaar.
 - ✓ Verschillende bouwplafonds
 - De berekening van het bouwplafond voor de ziekenhuizen volgens het federale besluit versus dit van de gemeenschappen resulteert in een bedrag dat volgens de eerste berekening minstens 10% hoger ligt.
 - De Vlaamse Gemeenschap weerhoudt het volledige bedrag voor de berekening van de gebruikstoelage. De federale overheid weerhoudt enkel de diensten waarvan de werkingskosten in het BFM worden gefinancierd, dus niet die van de medisch-technische diensten (met uitzondering van NMR, PET en radiotherapie, zie hierboven).
 - ✓ Verschillende vergoeding van interestlasten: Vlaanderen betaalt deze forfaitair uit (cf. OLO¹⁸), de federale overheid op reële basis.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

Gelet op de huidige bevoegdheden en competenties binnen de Vlaamse administratie lijkt het logisch dat de over te dragen bevoegdheden voor bouw en ziekenhuisinfrastructuur, in het bijzonder de verplichtingen die de federale overheid momenteel ten laste neemt en die op heden niet door Vlaanderen gekend zijn, in de toekomst door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA, departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin) worden opgenomen.

Het behoud van verschillende regelingen voor de financiering van eenzelfde materie is (op termijn) geen optie.

¹⁸ Obligation linéaire, lineaire obligatie

▪ Tweede optie: Combinatie federale regelgeving en VIPA-regelgeving

Wat houdt deze optie in?

Beide subsidiesystemen kunnen samengevoegd worden tot een coherent systeem dat bijdraagt aan een homogeen ziekenhuislandschap.

Belangrijke principes hierbij zijn transparantie, objectiveerbaarheid, kwaliteit, duurzaamheid, flexibiliteit, efficiëntie,...

Wat zijn de effecten?

- Er kan een subsidiemechanisme ontwikkeld worden dat objectiever, eenvoudiger, transparanter is dan de huidige systemen. De voordelen van beide systemen kunnen gecombineerd worden tot een geïntegreerd sectoraal beleid.
- De ziekenhuizen hoeven niet meer aan te kloppen bij twee verschillende overheden voor het verkrijgen van infrastructuursubsidies voor eenzelfde project. Er zal een betalingssysteem dienen ontwikkeld te worden voor de uitbetaling van de subsidies.
- De nadelen (verschillen in termijnen, verschillende bouwplafonds, verschillende rentevergoedingen) van de nuloptie kunnen grotendeels weggewerkt worden door deze optie.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

Gelet op de huidige bevoegdheden en competenties binnen de Vlaamse administratie lijkt het logisch dat de over te dragen bevoegdheden voor bouw en ziekenhuisinfrastructuur, in het bijzonder de verplichtingen die de federale overheid momenteel ten laste neemt en die op heden niet door Vlaanderen gekend zijn, in de toekomst door het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin worden opgenomen.

Momenteel gebeurt de Vlaamse infrastructuurbetoelaging van ziekenhuizen door het Vlaams Agentschap voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA), een IVA met rechtspersoonlijkheid dat deel uitmaakt van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

De sector stelt voor dat er een EVA 'Welzijn en gezondheid' wordt opgericht waarvan VIPA een onderdeel zou uitmaken. Een nieuw uit te denken bestuurlijk en overlegmodel moet de motor worden van het vernieuwde bevoegde beleidsdomein. Het EVA zal een soepele en klantgerichte organisatie zijn die samen met de actoren het beleid gestalte geeft en naar geëigende oplossingen zoekt voor eventuele problemen.

De sector stelt voor dat er binnen VIPA een commissie wordt opgericht waarbij gemandateerde vertegenwoordigers van de ziekenhuissector en van de Vlaamse administratie samen een nieuw beleid ter zake uitdenken en ter advies voorleggen aan de raad van bestuur van het nieuwe EVA die dan ter zake beslissingen kan nemen.

▪ Derde optie: PPS-constructies

Wat houdt deze optie in?

PPS-constructies kunnen verschillende vormen aannemen: alleen in de opstart- of financieringsfase tot en met de periode na ingebruikname (vb. DBFM¹⁹).

¹⁹ DBFM = design, build, finance and maintenance

PPS-constructies zijn in de huidige regelgeving reeds mogelijk, maar er is weinig belangstelling voor deze constructies.

Bijvoorbeeld in de sector van de scholenbouw opteerde de Vlaamse Gemeenschap voor de introductie van de DBFM-methode om nieuwe scholen te bouwen. In deze vorm van publiek-private samenwerking neemt een private partner alle bouw- en financieringsbeslissingen op zich en kent de school een recht van opstal toe aan de private partner die op haar gronden het gebouw realiseert. Desgewenst kan er ook in de samenwerking voorzien worden dat de private partner gedurende een af te spreken periode ook instaat voor het onderhoud en renovatie van het gebouw. In ruil hiervoor betaalt de school jaarlijks een gebruiksvergoeding aan de private partners. Na afloop van het DBFM-contract, bijv. na 25 of 30 jaar, wordt de school, gebruik makende van haar recht van natrekking en al dan niet tegen betaling van een vergoeding die overeenkomt met de restwaarde van het gebouw, eigenaar van de infrastructuur.

Wat zijn de effecten?

- Het spreekt voor zich dat dergelijke financieel-juridische constructies interessant kunnen zijn voor scholen omdat die dikwijls niet de mankracht en middelen hebben om grote bouwprojecten volledig op te volgen. Dit vertaalt zich uiteraard in het prijskaartje van DBFM-projecten. De gebruiksvergoeding bevat dus minimaal een vergoeding voor interestlasten, afschrijvingen, kosten van het ontwerp, kosten van onderhoud en overheadkosten. Ook de juridische dekking zal uiteindelijk mee doorgerekend worden. De vergoeding zal logischerwijze ook een winstmarge voor de private investeerder moeten bevatten. Zo zouden vastgoedmaatschappijen momenteel gemiddeld 6,5% rendement vragen voor langetermijnengagementen (bijv. verhuur van infrastructuur gedurende 27 à 30 jaar) in publiek vastgoed. Aangezien DBFM-projecten in de onderwijssector kunnen vergeleken worden met het bouwen via de "sleutel op de deur"-formule spreekt het voor zich dat de totale kostprijs op het einde van de rit voor zowel bouwheer als overheid (veel) hoger zal zijn dan indien men systemen hanteert waarbij de initiatiefnemer veel directer bij de realisatie van de infrastructuur betrokken is.
- Het DBFM-verhaal toont aan dat het (volledig) uitbesteden van de realisatie van bouwprojecten aan derden, zonder dat de initiatiefnemer daar nauw bij wordt betrokken, uiteraard ook een prijs heeft, nl. de marge die alle betrokken private partners voor hun dienstverlening doorrekenen in de periodiek te betalen gebruiksvergoeding. Het vastgoed staat bij PPS-constructies niet meer op de balans van de ziekenhuizen, wat gevolgen heeft voor de financiële parameters van het ziekenhuis.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

Zie hiervoor de tweede optie

▪ Vierde optie: forfaitaire financiering

Wat houdt deze optie in?

Een "slimme" forfaitaire financiering kan een interessant instrument zijn voor die overheid die op éénduidige wijze bevoegd zou worden voor de tussenkomst in de lasten van roerende en onroerende investeringen. Zowel voor de instelling als voor de bevoegde overheid laat dit transparantie en duidelijkheid toe: de instelling weet welke middelen ze mag verwachten, de overheid kan budgetteren. Ook de administratieve lasten worden met dit systeem aanzienlijk verminderd.

Dergelijke forfaitaire financiering veronderstelt evenwel dat er normen bestaan die stipuleren waaraan ziekenhuizen architectonisch en functioneel moeten aan voldoen in functie van de zorg die zij aanbieden. Aan de hand van die normen kan per instelling de kostprijs voor een nieuwbouwziekenhuis berekend worden. Dit nemen we als uitgangspunt voor volgende levenscyclusbenadering. Tien jaar na de realisatie van het nieuw gebouwde ziekenhuis gebeurt een eerste groot onderhoud en nog eens tien jaar later een herconditionering. Tien jaar daarna is er opnieuw nood aan groot onderhoud.

De ervaring leert dat dit een realistisch tempo is waaraan bouw- en verbouwingswerken in de praktijk worden uitgevoerd.

Met zo'n forfait worden ziekenhuizen dan geacht elke 40 jaar een volledige nieuwbouw te realiseren, twee keer groot onderhoud te kunnen doen en daarenboven ook nog eens een grondige herconditionering.

De hoogte van het forfait kan gemoduleerd worden i.f.v. de gemiddelde ouderdom van de bestaande infrastructuur.

Het is evident dat dit forfait jaarlijks aangepast wordt aan de evolutie van de bouwindex.

Betrokkenheid van de sector in deze materie is cruciaal.

Wat zijn de effecten?

De voorwaarde voor forfaitaire financiering is dat de bedragen op zo'n wijze berekend worden dat initiatiefnemers de garantie krijgen om op regelmatige wijze hun infrastructuur te moderniseren, te vernieuwen of uit te breiden.

Een forfaitair systeem heeft het voordeel dat de initiatiefnemer meer geresponsabiliseerd wordt voor zijn investeringsbeleid en voor de kosten die gegenereerd worden. Hij kan vanuit de responsabilisering zijn prioriteiten beter bepalen en een begrotings- en financieel beleid voeren om een gepast investeringsbeleid te voeren.

Het vermijden van de ellenlange administratieve procedures betekent ook een winst in snelheid van uitvoering wat zowel de kwaliteit van het project zal bevorderen en de kosten drukken.

De overheidsgarantie/waarborgregeling blijft een belangrijk element in de relatie met de financiële sector en impliceert een inperking van de risicopremies die door de banken worden verrekend.

In de praktijk stellen we vast dat ziekenhuizen geen statische organisaties zijn. Er gebeuren capaciteitswijzigingen²⁰, fusies, ... Het spreekt voor zich dat het forfait aangepast moet worden aan capaciteitswijzigingen.

De huidige principes die verschillend zijn tussen de Vlaamse Gemeenschap en de federale overheid dienen geïntegreerd en hertekend te worden in functie van de uitwerking van een forfaitair geïnspireerd vergoedingssysteem.

Het ter beschikking stellen van de middelen aan de instelling kan op verschillende manieren gebeuren:

- bij voorkeur door elk jaar het forfait uit te betalen aan de instelling
- eventueel via een trekkingsrecht: jaarlijkse forfaits parkeren bij overheid, die, indien nodig, via een trekkingsrecht beschikbaar zijn.
- ...

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

Zie hiervoor de tweede optie.

²⁰ Bijv. uitbreiding van de daghospitalisatie-activiteit, uitbreiding van het ziekenhuizen met een Sp-afdeling, sluiting van een eenheid CD-bedden en reconversie naar een G-eenheid, opening van bijkomende operatiekwartieren, ...

- **Vijfde optie: Concept DBC (diagnose behandelcombinatie)**

Wat houdt deze optie in?

Een DBC (cf. Nederland) is een weergave van alle activiteiten en verrichtingen die een patiënt in het ziekenhuis doorloopt gedurende een vastgestelde periode (voor een chronische aandoening wordt voor deze periode één jaar gebruikt). Een DBC beschrijft aan de hand van vier codes (zorgtype, zorgvraag, diagnose, behandeling) met welke klacht en hoe een patiënt het ziekenhuis binnenkomt, welke diagnose er gesteld is, en de voorgenomen behandeling.

Voor vaststelling van het forfait zijn er verschillende mogelijkheden:

- **Overheidssturing:** Voor iedere DBC wordt door de subsidiërende overheid een forfait vastgesteld.
Dit forfait bevat alle kosten voor het stellen van de diagnose en de behandeling. Hierin zijn ook de kosten inbegrepen voor het realiseren van de infrastructuur. De overheid stelt vooraf het totale bedrag vast voor een ziekenhuis op basis van
 - ✓ het marktaandeel van het ziekenhuis
 - ✓ de incidentie van het aantal DBC's van de populatie in de invloedssfeer van het ziekenhuis (gezondheidsindicatoren).Op deze manier kent het ziekenhuis vooraf het bedrag waarover het kan beschikken en kan het een efficiënt economisch beleid voeren, in tegenstelling tot de huidige situatie waarbij het ziekenhuis jaren na datum moet wachten op de dagprijsverrekening. Het ziekenhuis bepaalt zelf hoe het de middelen inzet qua infrastructuur, personeel, enz. Het aantal ligdagen voor de DBC, het aantal geleverde prestaties en het al dan niet substitueren naar daghospitalisatie zijn evidente mogelijkheden om de kosten te drukken (indien men loskomt van de huidige prestatiefinanciering). Het forfait is ook het bedrag dat men aanrekent voor niet-Belgen in de grensziekenhuizen (ziekenhuiszorg als exportproduct).
- **Marktwerking:** Het bedrag voor de DBC is voorwerp van onderhandeling tussen de vraag (in casu zorgkantoren, mutualiteiten, zorgcoördinatie, zorgverzekeraars) en het aanbod. De overheid organiseert een concurrentie tussen de aanbieders en subsidieert dan niet de ziekenhuizen zelf, maar de institutionele zorgvraag.

Randvoorwaarden:

- **Outputcontrole door de overheid:** in hoeverre beantwoordt de geleverde zorg aan de normen (evidence based care)?

Wat zijn de effecten?

- Gezien de beperkte bevoegdheidsoverdracht kan het DBC-principe slechts toegepast worden voor het infrastructuurgedeelte. De economische verantwoordelijkheid ligt volledig bij het ziekenhuis zelf inzake planning infrastructuur.
- Dit systeem is nieuw; het opzetten en opvolgen van een dergelijk systeem is arbeidsintensief en vereist aangepaste informatica. De uitwerking en implementatie kan dus duur zijn.
- Subsidiëring wordt niet aangestuurd door consumptie van prestaties.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

Zie hiervoor de tweede optie.

De infrastructuursubsidie wordt jaarlijks betaald via het principe van DBC.

▪ **Zesde optie: Stopzetten subsidiëring**

Wat houdt deze optie in?

In dit scenario voorziet de Vlaamse overheid geen middelen meer voor de subsidiëring van de ziekenhuisinfrastructuur, noch voor onroerende, noch voor roerende investeringen.

Wat zijn de effecten?

Bij volledige stopzetting zullen investeringen in infrastructuur verhaald moeten worden bij de patiënten of bij de ziekenhuisgeneesheren. Het zal onmogelijk zijn om de volledige investering met eigen middelen te betalen.

- Ten laste van patiënt:

In de prijs aan de patiënt kan een wooncomponent toegevoegd worden, die de infrastructuurkosten van het verblijf vervat. Echter, het ziekenhuis is geen thuisvervangend verblijf zoals het woonzorgcentrum. Daar is het wel gerechtvaardigd dat een wooncomponent wordt doorgerekend aan de bewoner (in het algemeen is dit de enige verblijfplaats).

De Vlaamse Gemeenschap zou deze kost wel op zich kunnen nemen. De vraag is echter welke kosten er op deze manier mee gepaard zullen gaan. Kan de Vlaamse Zorgverzekering hier als inkomstenbron bijdragen?

- Ten laste van ziekenhuisgeneesheren:

Dit is, naast het feit dat artsen technisch gezien veel minder afhankelijk geworden zijn van het ziekenhuis, één van de verklarende factoren waarom geneesheren steeds meer geneigd zijn om *extra muros* poliklinische activiteit te organiseren.

Wanneer het ziekenhuis meer en meer afhankelijk wordt van de bijdragen van artsen, zien we ook dat deze laatste groep meer inspraak eist in het ziekenhuisbeleid zelf (cf. problematiek van de duale financiering).

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

Niet nodig voor wat betreft de directe financiering van de infrastructuur

Samenvatting van de effecten van de verschillende opties

	Baten	Kosten
Optie 1: Nuloptie: de federale beleidsvisie en de federale beleidsinstrumenten worden ongewijzigd overgenomen	-	- Geen coherent infrastructuurbeleid - Wachtlijsten voor aanvraag
Optie 2: Combinatie tussen de federale beleidsvisie en federale instrumenten met de VIPA-regelgeving	- Mogelijkheid om positieve elementen van beide vormen van subsidiëring te gebruiken - Eenduidiger dan optie 1	- Gemiste kans op een grondige vernieuwing en aanpassing aan een modern investeringsbeleid
Optie 3: PPS-constructies	- Ziekenhuizen hoeven geen expert meer te zijn in ziekenhuisbouw en kunnen dit overlaten aan andere gespecialiseerde partijen - Risico wordt verdeeld tussen overheid en privé	- Totaalkost voor overheid neemt toe - Lange administratieve procedure - Weinig responsabilisering
Optie 4: Forfaitaire financiering	- Eenduidig en eenvoudig - Duidelijkheid voor alle partijen - Budgettering mogelijk voor overheid - Responsabilisering instellingen - Geen wachtlijsten	- Budgettaire discipline instellingen vereist - Betaalbaarheid systeem?
Optie 5: Subsidiëring volgens het DBC-principe	- Budget vooraf gekend - Geen wachtlijsten - Geen wachttijd inzake definitieve verrekening - Geen administratie last voor en door overheid	- Bepalen van het forfait, met name de indicatie van de verschillende DBC's voor het marktaandeel van het ziekenhuis - Bedrag onafhankelijk voor ouderdom infrastructuur
Optie 6: Stopzetten van subsidiëring	- Kostenreductie	- Doorrekenen aan patiënt - Verhoogde afhankelijkheid van ziekenhuisartsen die moeten bijdragen

Afdeling 3. Geïsoleerde G- en SP-diensten

Wat zal er veranderen aan de Vlaamse bevoegdheid?

▪ Vóór de zesde staatshervorming

- Geïsoleerde G/Sp-diensten

De federale overheid is bevoegd voor het vaststellen van erkenningsnormen, programmatie en financiering van de ziekenhuizen.

De Vlaamse Gemeenschap heeft de bevoegdheid om aanvullende erkenningsnormen te bepalen, die de federale normen niet kunnen versoepelen, maar die ze voor de ziekenhuizen op het eigen grondgebied wel kunnen verstrengen.

De FOD Volksgezondheid stelt het budget financiële middelen (BFM) vast voor elke instelling.

Het RIZIV financiert de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, de geneesmiddelen en de forfaits.

De infrastructuurbetoelaging is een gedeelde bevoegdheid tussen de federale overheid en de Vlaamse overheid (zie Hoofdstuk 1 Ziekenhuisbeleid – Afdeling 2 ziekenhuisfinanciering A1-A3).

De gemeenschappen zijn bevoegd voor het erkenningsbeleid.

Binnen Vlaanderen zijn er 66 ziekenhuizen, waarvan 4 universitaire ziekenhuizen, 52 algemene ziekenhuizen en 10 geïsoleerde ziekenhuizen met een exclusief aanbod aan subacute G-(geriatrische) en/of Sp-(revalidatie)bedden (toestand 01.01.2013).

- RIZIV-conventies

De geïsoleerde G/Sp-ziekenhuizen beschikken ook over een aantal revalidatieovereenkomsten afgesloten met het RIZIV. Deze overeenkomsten worden individueel onderhandeld tussen het RIZIV en elke voorziening.

▪ Na de zesde staatshervorming

Tekst institutioneel akkoord (p. 34):

“De volledige bevoegdheid (inclusief de prijsbepaling voor de bewoners) inzake rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor dagverzorging, centra voor kort verblijf, geïsoleerde G-diensten en Sp-diensten zal integraal aan de gemeenschappen worden overgedragen”.

Voorgestelde wetteksten:

- ✓ Nieuw artikel 5, § 1, I, eerste lid, 3° en 4° BWHL:

“§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

1. Wat het gezondheidsbeleid betreft :

3° het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in oudereninstellingen, met inbegrip van de geïsoleerde geriatriediensten;

4° het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie;”

De geïsoleerde G-(geriatrie) en Sp-diensten (gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie) zullen integraal aan de gemeenschappen worden overgedragen.

▪ Wat moet nog besproken worden?

- Er bestaat onduidelijkheid over de relatie tussen de “categorale ziekenhuizen” (de geïsoleerde Sp- en G-diensten), die worden overgedragen naar de gemeenschappen, en de bestaande federale ziekenhuizen. Er is onduidelijkheid inzake de toepassing van reconversieregels, inzake de mogelijke samenwerkingsvormen (associatie, overdracht van bedden ...), ...
- De tewerkstelling in deze sector die gefinancierd wordt vanuit het Fonds Sociale Maribel en eventueel andere alternatieve tewerkstellingsfondsen moet gewaarborgd kunnen blijven. Het is onduidelijk of deze middelen getransfereerd worden.

▪ Aandachtspunten

- De tien geïsoleerde G- en Sp-ziekenhuizen worden uit het geheel van de ziekenhuizen gelicht en worden overgedragen aan de gemeenschappen.
Door deze overdracht verliezen de geïsoleerde G- en Sp-diensten hun *ziekenhuisstatuut* krachtens de gecoördineerde ziekenhuiswet: de bepalingen over deze categorale ziekenhuizen verdwijnen uit de federale ziekenhuiswet. Dit kan leiden tot een aantal problemen, waar een oplossing voor moet worden gezocht, al dan niet in overleg met het RIZIV:
 - ✓ facturering/financiering van uitgaven voor geneeskundige verzorging: de overdracht kan een weerslag hebben op tarieven in de nomenclatuur, op die punten waar de nomenclatuur bepaalt dat exclusief de in een ziekenhuis verblijvende rechthebbende onder het toepassingsgebied valt (toezicht/consultatie, geneesmiddelentarief, diverse forfaits, en in het bijzonder de revalidatieforfaits, ...), alsook op wat de patiënt zelf moet ten laste nemen (persoonlijk aandeel in de ligdagprijs, forfaitair remgeld geneesmiddelen, beperkingen inzake supplementen voor honoraria en kamer). Bestaande overeenkomsten op het niveau van het RIZIV zullen technische aanpassingen moeten ondergaan omwille van de institutionele hervormingen om zo de continuïteit van zorg te kunnen blijven garanderen (voorbeeld: toezichtshonoraria in revalidatieziekenhuizen);
 - ✓ zowel in Algemene Ziekenhuizen (AZ) als in geïsoleerde G/Sp-ziekenhuizen worden dezelfde types Sp-bedden aangeboden. Een onevenwichtig zorgaanbod tussen identieke (revalidatie)diensten in Algemene Ziekenhuizen en geïsoleerde instellingen dreigt een ongelijkheid te creëren op het vlak van de toegang tot de zorg voor de patiënt (verschillende normering en financiering voor eenzelfde Sp-bed);
 - ✓ mogelijkheden tot samenwerkingen met de algemene en universitaire ziekenhuizen;
 - ✓ verschillend personeelsstatuut mogelijk binnen één voorziening (personeel dat valt onder de federale bevoegdheid in functie van revalidatieovereenkomsten (onduidelijkheid) en anderen die vallen onder de Vlaamse bevoegdheid);
 - ✓ mogelijk moeten er ook aanpassingen gebeuren aan private hospitalisatieverzekeringen, waar die een verblijf in een ziekenhuis (met verwijzing naar het toepassingsgebied van de wet op de ziekenhuizen) als voorwaarde stellen voor tussenkomst.

Een andere problematiek – belangrijk voor de patiënt – is deze van de maximumfactuur. Thans worden de volgende remgelden, waarvan de bevoegdheid in de toekomst zal worden overgedragen naar de deelstaten, in aanmerking genomen in de federale « **maximumfactuur** » (MAF) :

- ✓ het persoonlijk aandeel van de dagprijs van de geïsoleerde G- en Sp ziekenhuizen;
- ✓ het persoonlijk aandeel van de dagprijs van bepaalde revalidatieinstellingen (niet in alle instellingen is er een persoonlijk aandeel)).

Gelijktijdig met deze bevoegdheidsoverdrachten, zullen de middelen die betrekking hebben op deze remgelden, zoals deze worden vergoed in het kader van de MAF, worden overgedragen (Parl. St., Kamer, zitting 2012-2013, nr. 53-2974/1).

Om de continuïteit en de budgettaire neutraliteit voor de patiënt te waarborgen, zullen de gemeenschappen en de GGC, gedurende een overgangsperiode en enkel indien zij dit wensen, een beroep kunnen blijven doen op de federale overheid om, tegen vergoeding, de hierboven genoemde prestaties, geplafonneerd tot de geïndexeerde geldende bedragen en voor zover de prestatie vergelijkbaar blijft met die van vandaag, te blijven integreren in de federale MAF-teller. De modaliteiten van deze betaling maken het voorwerp uit van het voorstel van bijzondere wet m.b.t. de financiering²¹. Met andere woorden, gedurende een overgangsperiode, onder voorbehoud dat een gemeenschap zou vragen dat dit niet het geval zou zijn, zal de Federale Staat de ziekenfondsen verplichten om de hierboven genoemde prestaties (te weten, de prestaties in de geïsoleerde G- en Sp-diensten, alsook bepaalde prestaties inzake revalidatie), geplafonneerd tot de geïndexeerde geldende bedragen, en voor zover de prestatie vergelijkbaar blijft met deze van vandaag, in de federale MAF-teller te integreren. Elke gemeenschap (de GGC in Brussel) zal kunnen afzien van deze dienst, voor zover ze de federale overheid hiervan minstens tien maanden vooraf in kennis stelt (behalve in 2014, in welk geval deze keuze tot 1 oktober zal kunnen worden meegedeeld). Na 31 december 2019 veronderstelt de verderzetting van het systeem het sluiten van een, eventueel asymmetrisch, samenwerkingsakkoord tussen de federale overheid en de entiteiten die hieraan wensen te blijven deelnemen.

Welke nieuwe beleidsopties kan Vlaanderen nemen?

Optie 1 (Nuloptie): De federale beleidsvisie en de federale beleidsinstrumenten worden ongewijzigd overgenomen.

Optie 2: Diversificatie van het revalidatieaanbod en positionering van de Sp-voorzieningen binnen het revalidatielandschap.

Optie 3: Financieringsmodel/Beheersmodel.

▪ Eerste optie

Wat houdt deze optie in?

In het huidige Belgisch ziekenhuislandschap bestaan er Sp-diensten die geïntegreerd zijn in een acuut ziekenhuis en geïsoleerde Sp-diensten in de revalidatieziekenhuizen (= categorale ziekenhuizen).

De categorale ziekenhuizen worden overgedragen aan de gemeenschappen.

Deze gespecialiseerde revalidatieziekenhuizen richten zich tot patiënten met nood aan intensieve, complexe, multidisciplinaire en daardoor meer langdurige revalidatie. Het kan zowel gaan om de revalidatie van patiënten na een acute problematiek als om de revalidatie van patiënten die werden getroffen door een chronische ziekte, zoals Multiple Sclerose (MS).²²

Bevoegde diensten federale overheid: FOD Volksgezondheid en RIZIV

- FOD Volksgezondheid – DG 1 – organisatie gezondheidszorgvoorzieningen:

²¹ St. Kamer., 2012-2013, 2974/1.

²² Een uitgebreide beschrijving is te vinden in de portfolio Vlaamse revalidatieziekenhuizen en Revalidatiecentra kinderen en jongeren opgesteld door Zorgnet Vlaanderen:
<http://www.zorgnetvlaanderen.be/publicatie/Pages/Portfoliorevalidatieziekenhuizen.aspx>

- ✓ boekhouding der ziekenhuizen (budget financiële middelen)
- ✓ datamanagement (gegevensregistraties – MKG/MZG/Finhosta)
- ✓ legal management (wetgeving)
- ✓ ondersteuning door vertaaldienst

De Dienst Boekhouding en Beheer van de Ziekenhuizen stelt de budgetten vast en is verantwoordelijk voor de controle, het beheer en de verdeling van de jaarlijkse enveloppe. Het budget financiële middelen (BFM) is één boekjaar geldig en loopt van 1 juli van het boekjaar tot en met 30 juni van het volgende jaar.

De gedetailleerde berekening van het BFM wordt op 1 juli bezorgd aan de ziekenhuizen, een aanpassing wordt bekendgemaakt op 1 januari van elk jaar.

Het BFM bestaat uit drie delen:

- ✓ Deel A (niet-geïndexeerd – 3 subdivisies)
- ✓ Deel B (geïndexeerd – 9 subdivisies)
- ✓ Deel C (niet-geïndexeerd – 4 subdivisies).

De subdivisies A1, A3 zitten opgenomen in het BFM (zie ook afdeling 2 – Ziekenhuisfinanciering A1-A3).

M.b.t. de financiering worden door volgende cellen/teams opdrachten uitgevoerd:

- ✓ cel financieringscontrole: ondersteunende en begeleidende rol naar de ziekenhuizen (controle gegevens vooraf voor het opstellen van de ziekenhuisbudgetten, opvolging van de budgetten, doorvoeren jaarlijkse herzieningen, ...)
- ✓ team communicatie binnen de cel interne ondersteuning: onderhoud pagina financiering, verspreiding informatie naar de partners
- ✓ cel financiële statistieken BFM: verzamelt, controleert en analyseert de financiële gegevens (Finhosta), ondersteuning werkgroepen NRZV, ...
- ✓ team nieuw beleid binnen de cel externe ondersteuning: juridische ondersteuning
- ✓ team budget binnen de cel externe ondersteuning: beheer en de toekenning van de budgetten, eindafrekening, relaties met externe partners (RIZIV, Rekenhof),...

Het BFM bestaat uit een vast en een variabel gedeelte: 80% vast gedeelte, 20% variabel gedeelte. Het betreft een hoofdzakelijk forfaitaire financiering.

Ongeveer 85% van het BFM wordt maandelijks, dus in twaalfden, uitbetaald door de zeven verzekeringsinstellingen en het saldo wordt betaald volgens parameters van activiteit.

- RIZIV:
 - ✓ beheer en afsluiten van overeenkomsten (revalidatieovereenkomsten)
 - ✓ informatieverstrekking aan ziekenfondsen in functie van uitbetaling van tegemoetkomingen
- FOD Arbeid en Tewerkstelling:
 - ✓ afsluiten CAO
 - ✓ andere aangelegenheden die met personeel te maken hebben (Sociale Maribel,)

Stakeholders: voorzieningen, RIZIV, verzekeringsinstellingen, vakbondsorganisaties, ...

Deze worden betrokken via de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV). Deze verstrekt ook adviezen m.b.t. de erkenning en financiering (zie ook afdeling 1 – normering).

Wat zijn de effecten?

Het continueren van de huidige federale regelgeving (erkenningssnormen) en financieringsmechanismen kan op twee manieren verlopen.

In beide pistes is er vanuit Vlaanderen een wetgevend initiatief nodig waarbij de huidige wetgeving (erkenningssnormen en financieringsmodaliteiten) van toepassing worden verklaard op de geïsoleerde Sp, zodat zij juridisch gelijkwaardig zijn aan de voorzieningen die vallen onder de wet op de ziekenhuizen.

1. Budget wordt overgeheveld naar Vlaanderen, maar opdrachten worden verder uitgevoerd door FOD/RIZIV en de verzekeringsorganismen:

- Kosten:
 - ✓ er moeten bilaterale overeenkomsten worden afgesloten tussen de gemeenschappen en de FOD/RIZIV in functie van de uitvoering van deze opdrachten door de federale overheidsdiensten;
 - ✓ werkingskosten van de federale overheidsdiensten worden doorgerekend naar Vlaanderen;
- Baten:
 - ✓ de sector geeft aan dat bepaalde opgelegde registraties geen meerwaarde hebben;
 - ✓ voor de geïsoleerde Sp-diensten zal de overheveling geen hinder betekenen in de uitvoering van hun werking; continuïteit van dienstverlening zal verzekerd zijn;
 - ✓ geen veranderingen voor de patiënt;
 - ✓ geen veranderingen of aanpassingen nodig voor de sector; huidig financieringsmechanisme geeft garantie op een rechtszekere financiële situatie;
 - ✓ geen kosten voor ICT-toepassingen, beheer, informatiebeheer, personeel voor Vlaanderen.

2. Budget en opdrachten worden overgeheveld naar Vlaanderen, en uitvoering wordt volledig opgenomen door Vlaanderen:

- Kosten:
 - ✓ er moeten bilaterale overeenkomsten afgesloten worden tussen de gemeenschappen en het RIZIV / verzekeringsorganismen;
 - ✓ ontubbeling nodig van alle bestaande registratiesystemen, databanken, enz. voor tien voorzieningen:
 - ICT-kost voor Vlaanderen
 - personeelskost en administratiekosten voor Vlaanderen. Deze kosten kunnen hoger liggen dan de kosten die Vlaanderen zou moeten betalen aan federale overheden indien de opdrachten daar verder worden uitgevoerd.
 - ✓ veranderingen en aanpassingen nodig aan de ICT en administratie van de voorzieningen.
- Baten:
 - ✓ registraties die voor de sector geen meerwaarde hebben, kunnen afgeschaft worden;
 - ✓ bestaande procedures kunnen vereenvoudigd worden (onderscheid RIZIV-conventies en andere financieringssystemen kunnen vervallen in zoverre de conventies overgedragen worden).

Conclusie bij overdracht ongewijzigd beleid naar Vlaanderen:

De Vlaamse overheid beschikt momenteel niet over de kennis, het personeel en de ICT-toepassingen die nodig zijn om het huidige federale systeem onveranderd over te nemen voor de berekening van het BFM. De berekening van het BFM is een technisch zeer ingewikkelde materie. In een overgangperiode lijkt een voortzetting van de uitvoering door de huidige bevoegde federale instanties in opdracht van de Vlaamse overheid aangewezen. Mogelijke alternatieve financieringssystemen moeten worden onderzocht (zie derde optie).

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

Deze voorzieningen worden nu reeds erkend, planningsdossiers en bouwdoossiers worden behandeld door Vlaanderen (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en VIPA). Het lijkt dan ook logisch dat – indien de opdrachten binnen een ongewijzigd beleid worden overgedragen - deze worden ingekanteld in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

- **Tweede optie: Diversificatie van het revalidatieaanbod en positionering van de Sp/G voorzieningen binnen het revalidatielandschap**

*Wat houdt deze optie in?*²³

Bij de uitwerking van een toekomstvisie moet men vertrekken vanuit de specifieke revalidatiebehoefte van de patiënten, gekoppeld aan een zorgcircuit/netwerk rond revalidatie en rekening houdende met een goede geografische spreiding.

Hierbij kan men stapsgewijs te werk gaan:

1^e fase: het uitwerken van een zorgprogramma revalidatie voor de ziekenhuissector, met een gedifferentieerd zorgaanbod en gekoppeld aan samenwerkingsovereenkomsten. Hier wordt een specifieke rol toegekend aan de Sp voorzieningen

2^e fase: het uitwerken van het volledige revalidatielandschap, waarbij de revalidatie benaderd wordt vanuit een bredere hoek, inclusief mantelzorg, thuiszorg, ambulante revalidatie, woonzorgcentra, herstelverblijf, ziekenhuis,... Hierbij wordt een zorgcircuit revalidatie opgericht waarbij alle actoren, zowel residentiële als ambulante, een functie toegewezen krijgen.

Revalidatie is een deel van een continuüm. Op dit ogenblik bieden verschillende zorgvoorzieningen revalidatie aan met verschillende intensiteit en gericht op een brede waaier van doelgroepen. De ziekenhuizen (Sp/G en algemene ziekenhuizen) zijn hierbij de enige zorgaanbieder die een gespecialiseerde en multidisciplinaire zorg aanbieden aan zwaar zorgbehoevende patiënten. Netwerking en goede afstemming met nazorg en opvang thuis worden onontbeerlijk.

De revalidatie dient bekeken te worden vanuit een brede visie. Hierbij dient men verschillende actoren op te nemen, alsook verschillende organisatievormen van revalidatie in functie van de intensiteit van de revalidatiebehoefte.

Binnen de revalidatie kan men een differentiatie van zorgaanbod aanbieden :

- functie revalidatie
- zorgprogramma revalidatie
- gespecialiseerde zorgprogramma's revalidatie.

Deze drie types onderscheiden zich door de complexiteit van de revalidatienoden en – doelstellingen van de revaliderenden enerzijds en de incidentie en prevalentie van de betreffende aandoeningen anderzijds.

Voor het vaststellen van de doelgroep moet men de specifieke revalidatiebehoefte van de patiënt kunnen bepalen. Hiervoor dient een patiëntenclassificatiesysteem of inschalingsinstrument op punt te worden gesteld dat toelaat de revalidatienoden op te sporen en te meten. Vervolgens kunnen deze gekoppeld worden aan de revalidatiedoelstellingen en kan de toewijzing aan een bepaald behandelingsniveau verantwoord worden.

In de functie-revalidatie kan revalidatie aangeboden worden met doelstellingen op korte termijn.

²³ Bronnen :

- Organisatie en Financiering van Musculoskeletale en Neurologische Revalidatie in België. KCE reports 57A – 2007
- Ontwerp van voorstel normen voor het Zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie (Zorgnet in samenwerking met artsen, paramedici en ziekenhuisdirecties – 2012) .

In de zorgprogramma's wordt complexere revalidatie aangeboden met verschillen in incidentie en prevalentie. Deze complexe revalidatie omvat doelstellingen op middellange en lange termijn.

De Sp ziekenhuizen situeren zich binnen de gespecialiseerde zorgprogramma's. Daarbij dienen er samenwerkingsakkoorden afgesloten te worden met de andere actoren die de zorgprogramma's en de functie revalidatie aanbieden. Er moet een functioneel netwerk ontstaan waarbij duidelijke regels van doorverwijzing en terugverwijzing worden bepaald.

Dit gedifferentieerd aanbod wordt zowel op ambulante als in dagrevalidatie en op gehospitaliseerde basis aangeboden.

Iedere actor krijgt een specifieke plaats in dit zorgcircuit/functionele netwerk. De zorg wordt gemeten op basis van vastgestelde kwaliteitsindicatoren en meting van resultaten.

Doelgroepen: Sp-voorzieningen, algemene en psychiatrische ziekenhuizen, ambulante revalidatiecentra, thuiszorg, mantelzorg, herstelverblijven, woonzorgcentra, ...

Wat zijn de effecten?

- Kosten :
 - ✓ de Vlaamse overheid wordt bevoegd voor de Sp-voorzieningen, niet voor het gehele revalidatiebeleid. De Vlaamse overheid is wel bevoegd voor de meeste andere actoren die zouden opgenomen worden binnen het zorgcircuit/zorgnetwerk (een deel van de ambulante revalidatie, thuiszorg, woonzorgcentra,...).
 - Er zullen procedures moeten nageleefd worden indien de uitgevaardigde normen een impact kunnen hebben op financiering/programmatie (federale bevoegdheden).
 - ✓ Wetgevend initiatief vereist (revalidatiedecreet en normering).
 - ✓ Er moet een equivalent aan de NRZV worden opgericht waarbinnen dit zorgcircuit wordt ontwikkeld met de experts en alle betrokken actoren. Er dient een commissie/raad te worden opgericht waarbij gemandateerde vertegenwoordigers van de sector en van de Vlaamse overheid samen voorstellen met betrekking tot het beleid kunnen uitdenken.
 - ✓ Er moet een classificatiesysteem of inschalingsinstrument voor bepaling van de zorgzwaarte worden ontwikkeld.
 - ✓ Kwaliteitsnormen dienen ontwikkeld en systemen van registratie en meting moeten worden opgezet.
 - ✓ Extra kosten voor personeel, ICT, administratieve ondersteuning,...
- Baten :
 - ✓ De verleende zorg is afgestemd op de behoefte van de revaliderende. Er is geen overlapping tussen het aanbod van de actoren. Iedere actor heeft zijn specifieke plaats in het revalidatielandschap en binnen het zorgcircuit/netwerk.
 - Een zorgnetwerk komt ten goede aan de kwaliteit van de verleende zorg.
 - ✓ De versnippering en onoverzichtelijkheid van het revalidatielandschap in Vlaanderen wordt verkleind.

▪ Opties voor beheer en financieringsmodel²⁴

Wat houdt deze optie in?

a) **Verzekeringsmodel:**

Dit komt neer op een kopie van het huidige systeem waarbij de overheid, met tussenkomst van de verzekeringsinstellingen, de financiering van de Sp-voorziening verzekert.

Dergelijk systeem zou mogelijks kunnen ingebed worden in een Vlaams Fonds / Vlaamse ziekteverzekering, dat gevoed wordt door een dotatie van de Vlaamse overheid en waaruit de verzekeringsinstellingen middelen kunnen betrekken voor hun leden die revalidatie genieten. Die middelen worden gestort aan de betrokken Sp-voorzieningen. De Vlaamse overheid zou hierbij bepaalde voorwaarden kunnen opleggen aan de verzekeringsorganismen. Zij kan hierbij een sturende rol uitoefenen.

Alternatief: een verzekeringsmodel waarbij de overheid volledig terugtreedt en waarbij het fonds beheerd wordt door de belanghebbenden: zorgverstrekkers, verzekeringsinstellingen, experts, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders.

b) **Overheidsmodel:**

Zoals dat momenteel bestaat voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg, de diensten voor gezinszorg of voor instellingen voor personen met een handicap kan de Vlaamse overheid rechtstreeks de Sp-voorzieningen erkennen en financieren volgens regels die worden opgelegd in een decreet.

Indien een dergelijk model op een verfijnde manier wordt toegepast, dan vergt dit uiteraard een uitbreiding van personeel en ICT van de betrokken Vlaamse administratie.

Financiering:

a) **Forfait** per doelgroep en/of patiënt

Dit systeem schept transparantie en duidelijkheid voor de bevoegde overheid én de instelling. De instelling weet welke middelen ze kan verwachten, de overheid kan het budget beter bepalen. De administratieve lasten gekoppeld aan dergelijk systeem zijn ook minder dan bij een klassiek verzekeringsmodel, zowel voor de overheid als voor de voorzieningen.

Voorwaarde om dergelijk systeem in te voeren is dat er een duidelijk en algemeen aanvaard *classificatiesysteem* bestaat voor bepaling van de zorgzwaarte van iedere doelgroep. De functionele normen waaraan de voorziening moet voldoen zijn hierop afgestemd. De hoogte van het forfait is afhankelijk van verschillende factoren.

De moeilijkheid bij dergelijk systeem is dat de bepaling van het forfait getekend wordt door een aantal sterk evoluerende ontwikkelingen o.a. de vergrijzing met zwaardere zorgpathologie, de evolutie in behandelmethodes en technologieën,

Bijkomend probleem: binnen een identieke doelgroep hebben bepaalde revaliderenden toch nog een zwaardere zorgbehoefte dan andere. Het zou moeten mogelijk zijn het forfait bijkomend te moduleren in functie van extra zorgzwaarte en/of herzieningen van het forfait te plannen. Tevens zou men moeten rekening houden met de afgeleverde kwaliteit van zorg op basis van evidence based guidelines.

Indien men met al deze elementen bijkomend rekening dient te houden, naast het forfait, zal de verminderde administratieve last deels teniet worden gedaan.

Dit forfait dient jaarlijks te worden aangepast aan de evolutie van de index.

²⁴Voor een uitgebreidere beschrijving van de verschillende modellen verwijzen we naar de inleiding bij dit hoofdstuk

Voor de bepaling van een forfait is de betrokkenheid van de sector cruciaal.

Een mogelijke variant op de forfaits per doelgroep/patiënt is een bijkomende integratie van de infrastructuursubsidies (bevoegdheid die ook wordt overgedragen aan de gemeenschappen) en de bepaling van een all-inrevalidatiedagprijs. In dit geval dienen de architectonische normen ook afgestemd op het type en behoefte van de revaliderenden.

In dit systeem zouden ook de bouwkosten integraal via de forfaits worden vergoed.

Het voordeel van dergelijk systeem is dat de voorzieningen in functie van diversificatie van het aanbod (cfr tweede optie) ook de effectieve zorg, die past binnen dit zorgaanbod, zullen aanbieden aan de patiënten.

Er dient wel gewaakt te worden over het feit dat de revaliderende ook de effectieve revalidatie krijgt die gekoppeld is aan deze classificatie en forfait.

Tevens dient nagegaan of bij de classificatie van de patiënt de juiste parameters worden gebruikt.

Een mogelijk nadeel bij de bepaling van een forfait per doelgroep (zonder verdere classificatie van patiënten i.f.v. zwaarte zorgbehoefte) bestaat erin dat de voorzieningen mogelijks aan patiëntselectie zullen doen binnen deze doelgroep en enkel die personen zullen opnemen die de minste revalidatiebehoefte hebben. De revaliderenden met een zwaardere zorgbehoefte binnen die bepaalde doelgroep zullen mogelijks niet worden opgenomen gezien de financiële meerkost voor de voorzieningen die in dit geval niet wordt betaald.

b) ***Enveloppesysteem***

Hierbij zou men kunnen uitgaan van het huidige BFM per voorziening, dat jaarlijks wordt aangepast aan de index en de anciënniteit van het personeel.

Bijkomende componenten zijn mogelijke capaciteitswijzingen en de hieraan gekoppelde personeelsuitbreidingen.

Het nadeel van dergelijk systeem is dat de voorzieningen mogelijk aan patiëntselectie zullen doen en dat het systeem van diversificatie door dergelijk systeem teniet wordt gedaan.

c) ***Persoonsgerichte financiering***

Een tussenkomst van de overheid voor revalidatie kan ook gekoppeld worden aan de persoon die revalidatie heeft of aan zijn vertegenwoordiger (bijvoorbeeld zijn zorgverzekeraar), in plaats van aan de voorziening. Dit type van financiering past veel beter in een verzekeringsmodel dan in een overheidsmodel.

De tussenkomst kan de vorm aannemen van vouchers die enkel voor revalidatiedoelstellingen kunnen gebruikt worden.

Het voordeel is dat de revaliderende of zijn vertegenwoordiger de zorg kan 'inkopen' bij daartoe erkende zorgaanbieders of revalidatieziekenhuizen en dat dergelijk systeem de patiënt en zijn noden centraal stelt. Dergelijk uitgangsprincipe kan ook efficiëntieverhogend werken, maar heeft enkel een maatschappelijke meerwaarde indien er een voldoende ontwikkelde aanbodzijde bestaat.

Voorwaarde om dergelijk systeem in te voeren is een duidelijk *classificatiesysteem* of inschalingsinstrument voor bepaling van de zorgzwaarte van de persoon die revalidatie heeft en dat de indicatiestelling gebeurt door, bij voorkeur, een onafhankelijke entiteit.

Samenvatting van de effecten van de verschillende opties:

optie		baten	Kosten
Nuloptie: de federale beleidsvisie en federale beleidsinstrumenten worden ongewijzigd overgenomen	- Budget wordt overgeheveld naar Vlaanderen, maar opdrachten worden verder uitgevoerd door FOD/RIZIV en de verzekeringsorganismen	- Continuïteit van dienstverlening en rechtszekere financiële situatie voor de sector - Geen aanpassingen nodig voor sector en weinig hinder voor de sector/patiënt - Geen kosten voor ICT-toepassingen/beheer/informatiebeheer/personeel voor Vlaanderen	- Nood aan wetgevend kader (revalidatiedecreet) - Overdracht brengt geen meerwaarde - Afsluiten bilaterale overeenkomsten met FOD/RIZIV voor uitvoering opdrachten - Knelpunten worden niet aangepakt oa registraties die geen meerwaarde hebben - Werking- en administratiekosten door Vlaanderen te betalen aan Federale Overheden
	- Budget en opdrachten worden overgeheveld naar Vlaanderen, en uitvoering wordt volledig opgenomen door Vlaanderen	- Mogelijkheid tot vereenvoudiging van bestaande financieringsprocedures (BFM/revalidatieovereenkomsten) - Mogelijkheid tot onderzoek naar alternatieve financieringssystemen - Knelpunten kunnen worden aangepakt : vereenvoudiging registraties voor sector	- Nood aan wetgevend kader (revalidatiedecreet) - Afsluiten bilaterale overeenkomsten RIZIV/Verzekeringsorganismen - Kosten voor ICT-toepassingen/beheer/informatiebeheer en personeel voor Vlaanderen - Kosten voor veranderingen en aanpassingen aan ICT en administratie voor de sector
Diversificatie van het revalidatieaanbod en positionering van Sp/G voorzieningen binnen het revalidatielandschap	- Visie uitwerken vertrekkende vanuit de specifieke revalidatiebehoefte van de patiënten, gekoppeld aan een zorgcircuit/netwerk rond revalidatie en rekening houdende met een goede geografische spreiding	- Mogelijkheid om coherent revalidatiebeleid te ontwikkelen : geen overlapping tussen actoren/iedere actor heeft zijn specifieke plaats binnen revalidatielandschap en zorgcircuit/netwerk - Verleende zorg is afgestemd op behoefte revalidant - In overeenstemming met oa aanbevelingen van KCE	- Vlaanderen is enkel bevoegd voor Sp- voorzieningen, niet voor gehele revalidatiebeleid - Nood aan wetgevend kader (revalidatiedecreet) en normering voor een zorgprogramma revalidatie - Ontwikkelen van een patiëntenclassificatiesysteem of inschalingsinstrument - Nood aan kwaliteitsnormen en

			systemen voor registratie en meting - Nood aan oprichting van een overlegorgaan (equivalent NRZV) - Nood aan werkingsmiddelen voor overlegmodel - Geen financiële hefboom voor Vlaamse overheid om nieuwe normen op te stellen - Kosten voor ICT/personeel/administratie voor de overheid en de sector
--	--	--	--

HOOFDSTUK 2. OUDERENBELEID

Afdeling 1. Ouderenzorgvoorzieningen: ROB (Rustoord voor bejaarden), RVT (Rust- en verzorgingstehuizen), CDV (Centra Dagverzorging en CVK (Centra voor kortverblijf)

Wat zal er veranderen aan de Vlaamse bevoegdheid?

▪ Vóór de zesde staatshervorming

Het ouderenbeleid is momenteel een gedeelde bevoegdheid tussen de federale overheid en de Gemeenschappen.

Globaal gezien is de federale overheid verantwoordelijk voor het prijzenbeleid en de werkingssubsidie van de voorzieningen (en de hieraan gekoppelde voorwaarden), terwijl de gemeenschappen de planning, het toezicht en de erkenning organiseren. Het federale niveau maakt bovendien een onderscheid tussen “rustoord voor bejaarden” en “rust-en verzorgingstehuizen” en tussen “dagverzorgingscentra” en “centra voor dagverzorging”. Voor de rust- en verzorgingstehuizen en de centra voor dagverzorging gelden bijkomende programmatie- en erkenningsvoorwaarden.

Vlaanderen subsidieert (gedeeltelijk) de werking van dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf en de animatiefunctie in het woonzorgcentrum. Het RIZIV bepaalt het subsidiabele plafond van de ouderenzorgvoorzieningen voor de gemeenschappen en vergoedt de werkingskosten van het woonzorgcentrum en het centrum voor dagverzorging, en kortverblijf. Hij betaalt ook het verhoogde forfait in de rust-en verzorgingstehuizen. Daarnaast subsidieert de Vlaamse overheid via VIPA (Vlaams Infrastructuurfonds voor persoonsgebonden aangelegenheden) ook bouwprojecten in de non-profit voorzieningen.

▪ Na de zesde staatshervorming

Tekst institutioneel akkoord (p. 34):

“Homogenisering van het ouderenbeleid: de volledige bevoegdheid (inclusief de prijsbepaling voor de bewoners) inzake rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor dagverzorging en centra voor kortverblijf, zal integraal aan de Gemeenschappen worden overgedragen”.

Voorgestelde wetteksten:

✓ Nieuw artikel 5, § 1, I, eerste lid, 3° BWHI:

“§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

I. Wat het gezondheidsbeleid betreft :

3° het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in oudereninstituten, met inbegrip van de geïsoleerde geriatriediensten;”

✓ Nieuw artikel 6, § 1, VI, vijfde lid, 3° BWHI:

“De aangelegenheden bedoeld in artikel 107quater van de Grondwet zijn:

VI. Wat de economie betreft:

3° het prijs- en inkomensbeleid, met uitzondering van de regeling van de prijzen inzake de bevoegdheden van de gewesten en de gemeenschappen.”

✓ Opheffing artikel 6, § 1, VI, vijfde lid, 3° BWHI:

“De aangelegenheden bedoeld in artikel 107quater van de Grondwet zijn:

VI. Wat de economie betreft:

3° het prijs- en inkomensbeleid;"

Onder « oudereninstelling », verstaat men « de rustoorden voor bejaarden, de rust- en verzorgingstehuizen, de dagverzorgingscentra en de centra voor kortverblijf ».

Dit voorstel van wijziging van bijzondere wet strekt er vooreerst toe om de volledige bevoegdheid (inclusief de prijsbepaling voor de bewoners, zie hiervoor nieuw artikel 6, § 1, VI, 3° BWHI) — maar evenwel uitgezonderd datgene wat behoort tot de ziekte- en invaliditeitsverzekering — inzake rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor dagverzorging, centra voor kort verblijf, geïsoleerde G-diensten en Sp-diensten over te dragen naar de gemeenschappen.

▪ **Wat moet nog besproken worden?**

- Er is onduidelijkheid over het zogenaamde “derde luik” (dit betreft de harmonisering van de barema's van het bovennormzorgpersoneel en van het logistiek en administratief personeel) en de subsidies eindloopbaan.
- De tewerkstelling in deze sector die gefinancierd wordt vanuit het Fonds Sociale Maribel en eventueel andere alternatieve tewerkstellingsfondsen moet gewaarborgd kunnen blijven. Het is onduidelijk of deze middelen getransfereerd worden.
- Er is evenmin duidelijkheid over het aandeel van het budget van de zorgvernieuwingprojecten dat getransfereerd zal worden naar de Gemeenschappen.

▪ **Aandachtspunten**

- De bijzondere wet tot hervorming der instellingen en de bijzondere financieringswet moeten 100% congruent afgestemd worden.
Het globale RIZIV-budget is de afgelopen 10 jaar jaarlijks gemiddeld met 6,27% gestegen. In dezelfde periode zijn de RIZIV-uitgaven voor ouderenzorgbeleid gestegen met gemiddeld 9,7% per jaar. Het voorziene groeipad in uitvoering van de staatshervorming moet dus rekening houden met deze meer dan gemiddelde stijging van het uitgavenbudget voor ouderenzorg. Gelet op de sterke dubbele vergrijzingsgolf en de stijgende nood aan bijkomende residentiële opvang voor zwaar zorgbehoevenden de komende jaren vormt de budgettering en financiering een mogelijk risico verbonden aan deze bevoegdheidsoverdracht.
De verdeling van de huidige uitgaven/budgetten ROB, RVT, CVK, en CDV over de gemeenschappen vertrekt van een uitsplitsing per gemeenschap op basis van het aantal inwoners ouder dan 80 jaar (nieuw artikel 47/7 BFW). Indien uit een analyse, die op korte termijn moet gedaan worden, blijkt dat bijkomende financieringsbronnen in Vlaanderen zullen moeten gevonden worden, dan dienen deze vóór de bevoegdheidsoverdracht te worden onderzocht.
Het risico bestaat dat de rechtsonzekerheid inzake financiering ertoe kan leiden dat initiatiefnemers een afwachtende houding aannemen waardoor er mogelijks minder aanbod zal gecreëerd worden.
- In Vlaanderen wordt geen onderscheid gemaakt tussen ROB en RVT, maar wordt gesproken van ‘woonzorgcentra’ in de regelgeving. Gezien de huidige verschillen in federale regelgeving en financiering tussen ROB en RVT kan dit in de toekomst een aantal problemen geven. Zo wordt kinesitherapie in ROB momenteel gefinancierd per prestatie (op basis van nomenclatuur), terwijl in RVT de verstrekte kinesitherapie vervat zit in het instellingsforfait.
- Bij de keuze voor een (ver)nieuw(d) Vlaams beleid moeten steeds de behoeften van de ouderen, de kwaliteit van de zorg, de omkadering en het kunnen beschikken over

voldoende en gekwalificeerde zorgpersoneel voorop staan. Hierbij moet er voldoende aandacht voor de continuïteit in het beleid en de rechtszekerheid voor de voorzieningen zijn.

De rol van de overheid bestaat uit:

- ✓ bevorderen van en waken over een voldoende aanbod (naar aantal, diversificatie en spreiding) om te komen tot zorg op maat;
- ✓ bevorderen van en waken over een betaalbaar aanbod, in de eerste plaats voor de meest kwetsbaren;
- ✓ bevorderen van en waken over de kwaliteit van het aanbod.

Randvoorwaarden om dit te realiseren zijn:

- ✓ Voldoende financiering
- ✓ Voldoende personeel
- ✓ Voldoende ICT-middelen
- ✓ kwalitatieve dienstverlening

- Continuïteitsvraagstuk tijdens de transitiefase

- ✓ Instellingsfinanciering ouderenzorg²⁵

Centraal aandachtspunt is te zorgen voor continuïteit van de financiering van de Vlaamse ouderenzorgvoorzieningen.

Concreet zal men eerst een correct zicht moeten krijgen op de verdeling van de beschikbare middelen op basis van het laatste referentiejaar.

Opties voor de transitiefase:

- Met de overgedragen middelen en personeel een eigen systeem opzetten op Vlaams niveau
- Tijdelijk externe uitbesteding (bijvoorbeeld aan de federale overheidsinstanties die dit nu doen) van de uitvoering hiervan in afwachting van de ontwikkeling van een eigen systeem van financiering.
- ✓ Programmatie en erkenning van bepaalde ouderenzorgvoorzieningen
Aandacht voor de specifieke federale bevoegdheden die overkomen op vlak van programmatie en erkenning, namelijk voor RVT, opvang van personen met niet-aangeboren hersenaandoeningen en CDV.
- ✓ Prijsbepaling ouderenzorg
Hierbij zal aandacht moeten gaan naar de overdracht van de concrete dossiers rond prijsvorming van ouderenzorgvoorzieningen in Vlaanderen.
- ✓ Tewerkstelling in de ouderenzorgvoorzieningen
Zowel de continuïteit van de financiering om het zorgpersoneel geen hinder te laten ondervinden van de transitie als de uitvoering van sociale akkoorden en de relaties tot de paritaire comités verdient de volle aandacht.

Welke nieuwe beleidsopties kan Vlaanderen nemen?

Optie 1 (Nuloptie): Het ouderenbeleid inzake ROB-RVT-CDV-CVK wordt ongewijzigd verder gezet

Optie 2: Een verdere integratie van het woonzorgbeleid.

In deze optie zijn verschillende gradaties mogelijk:

- Een minimale integratie van de verschillende ouderenzorgvoorzieningen:
 - ✓ Residentieel: Het onderscheid tussen de federaal omschreven “rustoorden voor bejaarden” en “rust- en verzorgingstehuizen” wordt opgeheven: Vlaanderen werkt enkel met “woonzorgcentra”;
 - ✓ Dagverzorgingscentra: Het onderscheid tussen Vlaamse dagverzorgingscentra

²⁵ Het is aangewezen dat er tijdens deze periode ook aandacht geschonken wordt aan verder onderzoek naar de financiering van alternatieve vormen van ouderenzorg en de zorgvernieuwingsprojecten

- (DVC en CADO) en de specifieke federale erkenning als centra voor dagverzorging (CDV) opheffen: Vlaanderen erkent en subsidieert enkel “dagverzorgingscentra”;
- ✓ Het woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf en dagverzorgingscentrum als flexibel geheel.
- Uitbouw van woonzorgnetwerken, waarin alle actoren rond woonzorg voor deze doelgroep samenwerken;
- Een verdergaande integratie naar multifunctionele woonzorg waarbij het accent verschuift van voorzieningen naar zorgaanbieders, met leeftijdsafhankelijke uitbreiding naar andere doelgroepen.

Optie 3: Een gewijzigde rol van de centrale overheid in het ouderenbeleid: decentralisatie naar lokaal of zorgregio-niveau

Optie 4: een beperking van de regulerende rol van de overheid in het ouderenbeleid

- Loslaten van prijsregulering
- Minder normerend optreden

Optie 5: Keuze voor een financieringsmodel

- Instellingsgebonden financiering
- Persoonsgerichte financiering
- Combinatie van instellingsgebonden en persoonsvolgende financiering

- **Eerste optie: Het ouderenbeleid inzake ROB-RVT-CDV-CVK wordt ongewijzigd verder gezet**

Wat houdt deze optie in?

Het ouderenbeleid ROB-RVT-CDV-CVK wordt ongewijzigd overgenomen:

- van het RIZIV: financieringssysteem, specifieke overeenkomsten en projecten;
- van de FOD Volksgezondheid: plannings- en erkenningsnormen, protocolakkoorden (inclusief RVT-equivalenten);
- van de FOD Economie: prijszetting, -bepaling en -controle.

- Het RIZIV:

Het RIZIV (Dienst voor Geneeskundige Verzorging, Sectie Verzorgingsinstellingen en een aantal andere ondersteunende, horizontale diensten/secties binnen RIZIV) is tot dusver bevoegd voor de financiering van de ouderen(zorg)voorzieningen in België.

Het financieringssysteem in de ouderenzorg is afgestemd op de door de gemeenschappen afgeleverde erkenningen. Het huidige financieringssysteem met latere aanpassingen en correcties bestaat sinds 1 januari 2004 in uitvoering van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Een aantal bijzondere tegemoetkomingen of financieringen zijn o.a. de financiering van de eindeloopbaan en de sociale akkoorden via de wet van 2 januari 2001, en de huisartsenkringen.

Korte beschrijving van het huidige RIZIV-financieringssysteem ouderenzorg:

- ✓ de componenten van het financieringssysteem en de tegemoetkomingsvoorwaarden worden bepaald na onderhandeling met de organisaties van de ouderenzorgvoorzieningen (de vertegenwoordigers van de zorgverleners) en de mutualiteiten;
- ✓ voor elke voorziening berekent het RIZIV een specifiek forfait op basis van de case mix in ROB/RVT/CVK-bedden tijdens een referentieperiode, alsook van alle overige elementen die de financiering beïnvloeden. Het toegekende forfait wordt langs elektronische weg aan de betrokken voorziening en de mutualiteiten bekend gemaakt. De betaling van de forfaits zelf gebeurt via de mutualiteiten voor de bewoners die bij hen individueel zijn aangesloten. Daarnaast is er een rechtstreekse

financiering door het RIZIV aan de instellingen: derde luik, eindeloopbaan en andere zoals specifieke conventies die met bepaalde voorzieningen afgesloten worden.

- ✓ De ziekenfondsen nemen ook een deel van de controletaken op zich, met name de controle op de evaluatie van de afhankelijkheid. Zij worden hiervoor vergoed door het RIZIV; Het RIZIV controleert de andere subsidievoorwaarden. Er worden sancties voorzien bij niet naleving van de subsidievoorwaarden ("Kappa" genoemd in ZIV-wetgeving, administratieve boetes, opzeggen van de overeenkomst,...);

- De FOD Volksgezondheid:

De federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Directoraat-Generaal 1 (DG1), Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen, Beleidscel Acute, Chronische, Palliatieve en Ouderenzorg, Ouderenzorg heeft volgende opdrachten inzake ouderenzorg:

- ✓ Organisatie, programmatie, erkenningsnormen, financiering van de werking, ontwikkeling alternatieve vormen zorgaanpak en infoverspreiding bevolking, enquêtes, inspecties.
- ✓ Behandeling van tal van dossiers op vlak van het ouderenzorgbeleid, bv. met het oog op het afsluiten van protocols ivm o.a. RVT-equivalenten.
- ✓ Afsluiten van drie soorten akkoorden: (1) gemeenschappelijke verklaringen, (2) protocolakkoorden en (3) samenwerkingsakkoorden.

- De FOD Economie:

De federale overheidsdienst (FOD) Economie, K.M.O., Middenstand en Energie, Algemene Directie Regulering en Organisatie van de Markt, Prijzendienst.

Opdrachten: prijscontrole in de rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor dagopvang, centra voor nachtopvang, centra voor kortverblijf en serviceflats/groepen van assistentiewoningen: nieuwe dagprijzen en supplementen, wijzigingen van bestaande prijzen, indexering.

Korte beschrijving van de huidige bevoegdheid van de FOD Economie – Prijzen:

- ✓ omwille van het uitgesproken sociaal belang ervan is de sector van de ouderenzorg onderworpen gebleven aan de prijscontrole;
- ✓ alleen de toegepaste prijzen vallen onder de bevoegdheid van de federale overheid. De elementen die de huisvestingsprijs uitmaken, de producten en/of diensten die al dan niet inbegrepen moeten zijn in de dagprijs, vallen onder de bevoegdheid van de gemeenschappen;
- ✓ de Gemeenschappen beperken en preciseren de producten en/of diensten die bovenop de dagprijs kunnen worden aangerekend (supplementen) zodat zo duidelijk mogelijk is wat aan de bewoners mag worden aangerekend;
- ✓ de facturatie van de aangeboden producten en/of diensten bovenop de huisvestingsprijs betekent een gemiddelde bijkomende kost van 7,7 % bovenop de dagprijs;
- ✓ prijsverhogingen kunnen enkel na ministeriële toelating, aanpassingen aan de inflatie moeten via een vereenvoudigde procedure gemeld worden.

Wat zijn de effecten?

- Voordelen/baten :

- ✓ Verderzetting van het huidig beleid garandeert een continuïteit van de huidige financiering voor de betrokken voorzieningen

- Nadelen/kosten :

- ✓ het huidige financieringssysteem is vrij complex geworden en vraagt een zware inspanning op administratief en technisch vlak van de overheid en de voorzieningen ;
- ✓ de huidige financieringssystemen op federaal en Vlaams niveau inzake dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf zijn niet meer volledig congruent met elkaar, waardoor bepaalde dienstverleningspakketten door beide overheden

- gedeeltelijk of volledig overlappend gesubsidieerd worden (bv. de personeelskosten voor intake/ontslag in een centrum voor kortverblijf worden zowel gevat door het RIZIV-forfait als door Vlaamse werkingstoelagen voor de erkende centra voor kortverblijf), terwijl andere delen door geen enkele overheid opgenomen worden ;
- ✓ erkennings- en financieringsnormen zijn niet op elkaar afgestemd en vaak overlappend wat zowel voor de voorzieningen als de overheden de nodige toepassingsproblemen creëert.
 - ✓ In deze optie wordt geen nieuw beleid gevoerd, hoewel dit nodig is met het oog op meer kwaliteit van wonen en zorg en voor een performantere inzet van de schaarse personele en budgettaire middelen.

▪ Tweede optie: een verdere integratie van het woonzorgbeleid

Wat houdt deze optie in?

In deze optie vormt het woonzorgdecreet het kader om het idee van een geïntegreerd woonzorgbeleid te realiseren.

Het woonzorgdecreet is een integraal decreet voor thuiszorg en residentiële ouderenzorg. Het wil bestaande en nieuwe vormen in de thuiszorg, de thuiszorgondersteunende en -aanvullende zorg en de residentiële ouderenzorg combineren vanuit 3 basisprincipes:

- zorg op maat bieden die uitgaat van de autonomie van de persoon of zorggebruiker en een kwaliteitsvol zorgcontinuüm creëren, door zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg correct en individueel aangepast in te zetten;
- de samenwerking tussen thuiszorg, thuiszorgondersteunende zorg en residentiële zorg vergemakkelijken en stimuleren;
- de kwaliteit van wonen en zorg verhogen door passend in te spelen op de individuele fysieke en psychische noden van de zorgvrager, met voldoende aandacht voor sociale inclusie en het welbevinden van de zorgbehoevende.

In de optie van verdere integratie van de verschillende ouderenzorgvoorzieningen zijn verschillende gradaties mogelijk:

a) Een minimale integratie van de verschillende ouderenzorgvoorzieningen:

1. *Residentiële voorzieningen: De federale rustoorden voor bejaarden (ROB) en de federale rust- en verzorgingstehuizen (RVT) worden geïntegreerd in het (ene) Vlaamse "woonzorgcentrum".*

Momenteel wordt in de federale regelgeving een onderscheid gemaakt tussen 'rustoorden voor bejaarden' (ROB) en 'rust- en verzorgingstehuizen' (RVT) voor zwaar zorgbehoevende ouderen. De RVT-erkenning komt bovenop een ROB-erkenning en houdt onder meer een extra financiering in voor extra omkadering en de integratie van kinesitherapie in het gefinancierde pakket. Het financieringsverschil tussen een ROB- en een RVT-bed bedraagt ca. 23 euro/dag. Er zijn aparte programmatieregels, erkenningsprocedures, -normen, zorgbehoevendheidsschalen (Katz-schalen genoemd) en financiering voor ROB en RVT. Ze worden allebei erkend door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

In de praktijk is het momenteel zo dat ouderen die in een woonzorgcentrum worden opgenomen steeds meer zorgbehoevend zijn, als gevolg van de veroudering enerzijds, en het inzetten op meer thuiszorg waardoor ouderen langer thuis kunnen blijven en pas op hoge leeftijd de stap naar residentiële verzorging zetten, anderzijds.

In een hedendaags woonzorgcentrum wordt het onderscheid tussen ROB en RVT steeds minder relevant, het is daarom aangewezen om zowel programmatie, erkenning als

financiering van ROB en RVT te integreren in één Vlaams systeem dat de verzorgingsbehoefte van de resident op dezelfde wijze honoreert.

Voordelen:

- (administratieve) vereenvoudiging, zowel voor de overheid als voor de voorzieningen
- Duidelijkheid voor de gebruiker
- Meer transparantie voor de andere zorgverstrekkers

Randvoorwaarden:

- De met een RVT-erkenning overeenkomende zorgbehoefte moet minstens met gelijkblijvend budget ondersteund kunnen worden. Daarom moet een voldoende groot basisbudget vanuit federaal (RIZIV) effectief ter beschikking gesteld worden aan de gemeenschappen voor het ouderenzorgbeleid;
- Dit budget moet kunnen groeien overeenkomstig de stijgende zorgnoden;
- De coördinerend en raadgevend arts (CRA) wordt momenteel enkel opgelegd en gefinancierd in woonzorgcentra - RVT. Door de integratie van ROB en RVT zal deze functie opgelegd en betaald worden voor alle bewoners;
- Kinesitherapeuten in ROB worden momenteel gefinancierd per prestatie (op basis van nomenclatuur), terwijl in RVT de verstrekte kinesitherapie vervat zit in het instellingsforfait. De integratie van ROB en RVT veronderstelt een keuze voor één van beide systemen waarbij de opname ervan in het instellingsforfait het meest voor de hand ligt. In dat geval zal er een regeling getroffen moeten worden voor de overheveling van het budget voor de kinesitherapeuten in ROB.

2. Dagverzorgingscentra: integratie in één soort Vlaams dagverzorgingscentrum.

Momenteel zijn er 4 verschillende soorten dagverzorgingscentra met elk hun eigen planning-, vergunnings-, erkennings- en financieringssysteem:

- Federale erkenning als 'Centra voor dagverzorging' (CDV)
- Vlaamse dagverzorgingscentra (DVC)
- De Vlaamse Collectieve Autonome Dagopvang (CADO), thans volledig losgekoppeld van RIZIV-financiering en van een woonzorgcentrum, en georganiseerd door diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, waarbij de Vlaamse overheid zelf de programmatie, erkenning en financiering bepaalt;
- De dagcentra voor palliatieve verzorging met bovendien ook een specifieke bijzondere federale erkenning en financiering.

Wanneer de federale middelen voor de centra voor dagverzorging worden overgeheveld lijkt het dan ook logisch om te kiezen voor een ééngemaakt Vlaams systeem voor dagverzorgingscentra met afgestemde programmatie- en erkenningsnormen en financiering

Voordelen:

- (administratieve) vereenvoudiging,
- eenvoud en duidelijkheid voor de (oudere) gebruiker en zijn mantelzorger(s).
- De relatief lage invulling van de programmatie ter zake kan verhoogd worden door het voeren van een eigen Vlaams aanmoedigingsbeleid.

Randvoorwaarden:

- Behoud van de thans al onderscheiden doelgroepen met thuiszorg-, residentieel of palliatief profiel
- Initiatiefrecht ter zake vanuit zowel de hoek van de residentiële – als de thuiszorg.

3. *Het woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf en dagverzorgingscentrum als flexibel geheel.*

Een mogelijke optie bestaat er ook in om meer flexibiliteit te voorzien in de programmatie: in plaats van per type voorziening kan er worden voorzien in een totaal erkende capaciteit van residentiële (woonzorgcentra, assistentiewoningen) en thuiszorgondersteunende diensten (dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf), waarbij initiatiefnemers flexibel kunnen omgaan met de deelcapaciteiten van de verschillende diensten in functie van de lokale vraag, weliswaar binnen de totaal erkende capaciteit.

b) Een betere integratie van de ouderenzorgvoorzieningen met andere actoren voor deze doelgroep: netwerkvorming, uitbouw van woonzorgnetwerken

We organiseren en reglementeren woonzorgnetwerken, waarin alle actoren rond woonzorg samenwerken. We geven daarmee uitvoering aan wat nu al in het woonzorgdecreet bepaald is.

Een woonzorgnetwerk is een buurtgericht functioneel samenwerkingsverband waarin de in de buurt actieve erkende voorzieningen uitgenodigd worden tot participatie en waarin naast een huisarts of huisartsenkring, minstens de volgende voorzieningen effectief participeren:

- Een erkend woonzorgcentrum;
- Een erkend centrum voor kortverblijf;
- Een erkende groep van assistentiewoningen;
- Een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg of een andere erkende thuiszorgvoorziening die zorg aan huis levert.

De opdracht van een woonzorgnetwerk is om de ouderenzorg te optimaliseren door middel van samenwerking en afstemming tussen de leden.

De uitbouw van een dergelijk netwerk zorgt voor de lokale inbedding van de ouderenzorg- en thuiszorgondersteunende voorzieningen in de wijk en kan leiden tot een betere garantie voor de continuïteit van de zorg en het bewerkstelligen van de gewenste afstemming en contacten tussen aanbieders van ouderen- en thuiszorg.

Om tot een betere afstemming te komen van thuiszorg en residentiële zorg, zou men ervoor kunnen opteren om de initiatiefnemers in de thuiszorg en de initiatiefnemers in de residentiële zorg toe te laten, zowel activiteiten te ontwikkelen op vlak van thuiszorg als van residentiële zorg. Zo zou een woonzorgcentrum ook aan niet-residenten hulp- en zorgverlening kunnen bieden (buurtwerking) en zou de thuiszorg bijvoorbeeld verder zorg kunnen binnen het kortverblijf. Dit zou toelaten om kennis door te geven en om samen te werken in functie van de behoeften.

Meer afstemming tussen de thuiszorg- en ouderenvoorzieningen is in het woonzorgdecreet al voorzien. Zo is o.a. voorzien dat een woonzorgcentrum niet alleen binnen de muren zorg en huisvesting zal aanbieden, maar ook binnen zijn muren zorg aan niet-residenten zal bieden en buiten zijn muren, in zijn buurt, hulp- en zorgverlening zal aanbieden. Het woonzorgcentrum kan een aantal functies 'ambulant' aanbieden, zoals deelname aan ontspanningsactiviteiten in het woonzorgcentrum, zoals warme maaltijden die in de cafetaria van het woonzorgcentrum kunnen genuttigd worden of aan huis gebracht kunnen worden, zoals toezicht op medicatie houden, zoals personenalarm en ADL-ondersteuning vanuit de groep van assistentiewoningen, ...

Zo kan het sociale netwerk, de communicatie en het veiligheidsgevoel versterkt worden. Dit kan er toe bijdragen dat kwetsbare bewoners langer zelfstandig in hun wijk kunnen blijven wonen.

Buurtwerking is aangewezen opdat de beschikbare financiële en personele middelen zo efficiënt mogelijk ingezet worden, met het oog op toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg en dienstverlening. In functie van de lokale noden en het lokaal beschikbare aanbod kan op deze manier optimaal ingegaan worden op de zorgvraag en zorgkeuze van ouderen.

Randvoorwaarden:

- De schaalgrootte van dergelijke woonzorgnetwerken kan niet los gezien worden van andere ontwikkelingen binnen de eerste lijn. Zo organiseren de zelfstandige zorgverstrekkers en wijkgezondheidscentra zich steeds meer op het praktijkondersteunende mesoniveau wat kan overeenkomen met het kleinstedelijke niveau, zoals beschreven in het zorgregiodecreet (60 in Vlaanderen)²⁶.
- Een aangepaste visie op de opdracht van de coördinerend en raadgevend arts (CRA). Uitgangspunt is dat hij of zij het vertrouwen geniet van de collega's in de huisartsenkring en van de beheersinstanties van de samenwerkende woonzorgvoorzieningen, de verbindingspersoon is binnen en buiten het woonzorgcentrum, collega-huisartsen kan stimuleren tot samenwerking, afstemming, enz. Zo kunnen huisartsen en CRA's samen het medisch beleid organiseren in afspraak met de directie en met het verpleegkundig, zorgkundig en paramedisch personeel. Aandachtspunt hierbij is dat qua financiering de prestaties van de huisartsen verder federaal worden vergoed en alleen de middelen voor de functie van de coördinerend en raadgevend arts (CRA) zoals thans gevat door de RVT-erkenningsnormen, en de financiering van de vorming en opleidingsondersteuning van deze CRA's, worden overgedragen.
- De zorgvrager moet steeds zijn huisarts kunnen blijven kiezen. Aan die keuzevrijheid kan voor andere disciplines een beperking worden gesteld (bvb. voor kinesithérapie, verpleegkundigen).
- Het beschikken over aangepaste informatica, zoals een elektronisch zorgdossier dat via VITALINK²⁷ gegevens kan uitwisselen met andere zorgverstrekkers of zorginstellingen.
- Een goed HRM-beleid voor de werknemers in de zorg, met ondermeer een gelijkschakeling van sociale voorwaarden.

c) Een verdergaande integratie naar een bredere woonzorg, waarbij het accent verschuift van voorzieningen naar zorgaanbieders, met leeftijdsonafhankelijke uitbreiding naar andere doelgroepen

Het woonzorgdecreet dat zowel ouderenzorg als thuiszorg omvat, is en blijft een goed uitgangspunt om het idee van een omvattend woonzorgbeleid te bewerkstelligen en de ouderenzorg niet als een aparte sector te beschouwen maar haalbaar te verruimen naar een volledig geïntegreerd woonzorgmodel, met nadruk op de zorg. De consequentie van het centraal stellen van de zorg nood is dat wordt afgestapt van het stringente leeftijdscriterium, en de doelgroep van de woonzorg wordt uitgebreid naar alle personen met bepaalde noden. Nu reeds zijn er afwijkingen op de leeftijd van 65 jaar voor opname in woonzorgcentra, maar deze gebeuren meer ad hoc.

Mogelijke andere doelgroepen hierbij zijn personen met een lichamelijke of psychische beperking, die nu worden opgevangen in PVT²⁸, VAPH-voorzieningen, maar ook dikwijls tussen de mazen van het net (dreigen te) vallen.

Anderzijds kan de specificiteit van de ouderenzorg niet volledig losgelaten worden, en moet aandacht worden besteed aan fragiele ouderen, pathologie die eigen is aan hoge leeftijd en geriatrie zorgbehoefte.

Aandachtspunten en randvoorwaarden:

- Er zijn basisafspraken nodig in verband met de opnamepolitiek in de woonzorgvoorzieningen, bv. op basis van een eengemaakt zorgzwaartmeetinstrument (BELRAI).

²⁶ Zie ook bespreking van de opties in hoofdstuk 5. Eerstelijnsgezondheidszorg

²⁷ Vitalink is het digitale platform van de Vlaamse overheid voor het veilig delen van zorg- en welzijnsgegevens

²⁸ Zie ook suboptie 2 onder optie 2 in hoofdstuk 3. Geestelijke gezondheidszorg

- De regelgeving laat een gedifferentieerde opnamepolitiek toe. Integratie en afstemming tussen zorgverstrekkers is daarbij essentieel. De nadruk verschuift van zorgvoorzieningen naar zorgfuncties.
 - De personeelsomkadering en –financiering zal gelijke tred moeten kunnen houden met de zorgzwaarte van de opgenomen populatie.
 - Financieringsmechanismen zullen op elkaar moeten afgestemd worden. Zo wordt in PVT momenteel de woonkost betaald door de federale overheid, terwijl in de woonzorgcentra deze ten laste valt van de bewoner. Er moet rekening gehouden worden met de (financiële) implicaties van het wegwerken van dergelijke verschillen in deze optie (uniforme visie op de eigen bijdrage voor de bewoners,...).
 - Er is een aangepaste programmatie nodig. Ook de impact op het vlak van de bouwfysische integratie van de diverse voorzieningen en de infrastructurele kosten hiervan voor de voorzieningen en de overheid vergt verdere studie;
 - Betaalbaarheid en toegankelijkheid voor alle bewoners die beroep doen op woonzorg of ouderenzorg blijft een primordiaal aandachtspunt in om het even welke optie. De geplande maximumfactuur in de residentiële ouderenzorg heeft deze doelstelling voor ogen. Het decreet sociale bescherming biedt de basis om inzicht te verwerven in de complexe financiële geldstromen en de prijszetting sociaal te corrigeren.
- **Derde optie: een gewijzigde rol van de (centrale) overheid in het ouderenbeleid: decentralisatie**

Wat houdt deze optie in?

De rol van de centrale (in casu Vlaamse) overheid kan verminderd worden door bepaalde bevoegdheden naar een meer lokaal of regionaal niveau te verschuiven. De Vlaamse overheid kan zich dan beperken tot het algemeen regelgevend kader, maar taken zoals kwaliteitsbewaking kunnen op lokaal niveau worden opgenomen.

Lokale besturen besteden het beheer van hun eigen woonzorgcentra meer en meer uit. Zij kunnen zo een aansturende (regie)rol opnemen in de plaatselijke organisatie van het woonzorgaanbod. Zij zouden zelfs een zekere financiële autonomie kunnen krijgen.

Aandachtspunt hierbij is wel dat lokale besturen bij het opnemen van de kwaliteitsbewaking niet tegelijkertijd rechter en partij kunnen zijn, indien zij rechtsreeks betrokken zijn bij het organiseren van woonzorg. Er moet over gewaakt worden dat alle zorgaanbieders op gelijke voet behandeld worden en eigen organisaties niet bevoordeeld worden.

Ook zullen de lokale besturen in deze rol moeten groeien en de nodige expertise verwerven om een dergelijke taak op zich te kunnen nemen.

De eerder al aangehaalde woonzorgnetwerken bieden een structureel kader voor het organiseren van plaatselijk overleg.

De uitbouw van woonzorgnetwerken zou bij een doorgedreven integratie het ook mogelijk moeten maken dat personeel flexibeler kan ingezet worden. Het inzetten van medewerkers over de verschillende deelsectoren zou mogelijk kunnen gemaakt worden waardoor de mobiliteit van en de jobvariatie voor het (zorg)personeel verhoogd kan worden.

- **Vierde optie: een beperking van de regulerende rol van de overheid in het ouderenbeleid**

De maatschappelijke context ²⁹

De Vlaamse overheid is momenteel een actieve partner voor (meer) welzijn. De taken inzake zorgverstrekking zijn in Vlaanderen verdeeld tussen overheid, maatschappelijk middenveld en de private sector ³⁰.

In een economische omgeving waarin de vermarkting van het aanbod, ook inzake woonzorgvoorzieningen, niet langer automatisch als een bedreiging wordt ervaren, kan de overheid een stap terugzetten in regulering en financiering. De introductie van marktwerking creëert immers ook kansen en opportuniteiten in een context van beperkte en veel bevroagde overheidsmiddelen.

Zorg positioneert zich op een markt waarin het spel van vraag en aanbod vandaag de dag mee gekleurd wordt door de mondigheid van de gebruiker, de informatie die hij zoekt en vindt over methodieken en technieken, de vergelijkingen en de afwegingen die hij maakt en de keuzes die hij daarop stoelt. Dat beïnvloedt dan weer de manier waarop de zorgverstrekker zich concurrentieel in de markt zet. Zorgaanbieder en cliënt komen op die manier steeds meer in een onderhandelingspositie t.o.v. elkaar te staan op een markt die aan diversiteit wint en efficiëntie en effectiviteit moet paren aan respect en mededogen voor de hulpafhankelijke zorgvrager. De mate waarin de zorgvrager een sterke onderhandelingspositie kan innemen wordt bepaald door zijn zorgzwaarte, opleiding, sociale situatie,...

Verzelfstandiging, uitbesteding, het werken met convenanten en openbare aanbesteding vergroten het vertrouwen in de publiek-private samenwerking. Terwijl zorgverzekeringen, persoonsgebonden budgetten, maximumfacturen en andere sociale beschermingsmaatregelen de vraagsturing en de rechten van gebruikers (moeten) versterken. De organisatievorm van het aanbod is daaraan ondergeschikt. In de plaats daarvan gaan we op zoek naar codes voor deugdelijk bestuur die in het kwaliteitsbeleid van de welzijnsvoorzieningen kunnen ingeschreven worden.

Theoretisch is marktwerking de organisatievorm waarbij het evenwicht tussen vraag en aanbod en de gewenste kwaliteit van het aanbod automatisch tot stand komt door het vrije initiatief van de actoren en door onderlinge concurrentie. Maar bij het bespreken van marktwerking, vermarkting, privatisering en commercialisering ³¹ in de zorgsector, en meer bepaald in de ouderenzorg, moet er rekening mee worden gehouden dat dit door zijn specifieke kenmerken geen conventionele markt is.

Op de vrije markt wordt toegang tot zorg grotendeels bepaald door de koopkracht, wat in de sfeer van zorg voor ouderen als sociaal onrechtvaardig wordt gevoeld. Koopkracht houdt niet noodzakelijk verband met reële zorgnoden, waardoor het marktmechanisme niet wenselijk wordt geacht. Quasi-markten echter streven naar een afstemming tussen zorgnoden en zorgconsumptie. Ze doen dat door zorg aan te bieden aan wie daar nood aan heeft na een indicatiestelling. Een correcte inschaling van zorgbehoefte is in dat perspectief van cruciaal belang, waardoor 'zorgvraag' en 'zorgnood' opnieuw beter op elkaar afgestemd worden en binnen de marges van betaalbaarheid worden gehouden.

²⁹ Dit onderdeel is grotendeels gebaseerd op: Verdonck I, Put J: Begrippen en effecten van marktwerking: een literatuurverkenning. SWVG-werknota 02, 2008

³⁰ Private partners omvatten niet enkel commerciële organisaties, maar ook de nonprofit of socialprofit sector, die in de Vlaamse zorgsector steeds een belangrijke rol heeft gespeeld.

³¹ Definities van verschillende begrippen in Verdonck I, Put J: Begrippen en effecten van marktwerking: een literatuurverkenning. SWVG-werknota 02, 2008

Concurrentie kan theoretisch zorgen voor lagere prijzen en/of betere kwaliteit, maar als er tekorten zijn en de plaatsen dus hoe dan ook ingenomen worden, riskeert dit te falen. Ook uit de literatuur blijkt dat in onvolmaakte 'quasi-markten' als de zorgmarkt regulering noodzakelijk blijft, onder meer bij het op elkaar afstemmen van aanbod en noden. Daarom is het belangrijk dat de overheid wel een rol behoudt inzake reguleren van de markt en het corrigeren van marktfalen. Daarbij moeten de effecten op *betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit* van het aanbod centraal staan.³²

In zijn 'aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg' van 24 mei 2012 komt de Strategische Adviesraad WVG tot gelijkaardige conclusies. De SAR WVG 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 maatschappelijk verantwoorde zorg te kunnen realiseren. Dit hoort een bewuste keuze te zijn van samenleving en overheid.

De raad baseert zich hiervoor op 5 uitgangspunten: kwaliteit, performantie, relevantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid. Met specifieke aandachtspunten voor de ouderenzorg, als behoeftegerichte zorg (met keuzevrijheid, gebruikersrechten en intersectorale inschaling), toereikende en juiste zorgantwoorden (voldoende groot zorgvolume met verschillende zorgvormen, een goede spreiding van het zorgaanbod en voldoende zorgpersoneel) en een betere afstemming tussen vraag en aanbod door de inzet van een beperkt aantal overheids- en marktgerelateerde instrumenten. Het gaat dan ondermeer over indicatoren, maximale informatie en transparantie, en een meer persoonsgerichte financiering.

a) Loslaten van prijsregulering

Omwille van het uitgesproken sociaal belang ervan is de sector van de ouderenzorg nu onderworpen aan een prijscontrole. Een optie zou kunnen zijn om de prijzen over te laten aan de economische wetmatigheden van de marktwerking. In zijn recente 'economic survey' van België (mei 2013) beveelt de OESO aan om een minder strikte prijzencontrole te hebben, om een grotere diversificatie van het aanbod toe te laten³³. Het loslaten van elke controle op de prijzen is hierin de meest drastische keuze.

³² We verwijzen naar bovenvermelde studie.

Argumenten pro meer marktwerking:

- een antwoord bieden op de uitdagingen die de vergrijzing stelt op het vlak van betaalbare en toegankelijke zorg
- flexibilisering, om het zorgcontinuüm tussen residentiële zorg en thuiszorg te vervolmaken
- keuzevrijheid en zelfbeschikkingsrecht: Marktwerking sluit nauw aan bij een meer vraaggestuurde en cliëntgerichte organisatie van het zorgaanbod en kan leiden tot meer zorg op maat.

Argumenten contra marktwerking:

- Ethische bezwaren: vnl tegen het feit dat zorg zo wordt gereduceerd tot een verhandelbaar product op een dienstenmarkt, waarbij de prijs belangrijker wordt dan de kwaliteit (ondermeer omdat deze makkelijker objectief meetbaar en vergelijkbaar is)
- De vrees bestaat dat bij toenemende marktwerking de overheid haar takenpakket reduceert en zelfs substantiële verantwoordelijkheid overdraagt aan de markt. Dat kan vervolgens leiden tot ondoorzichtigheid, desintegratie en versnippering van het aanbod.
- Schaalvergroting: momenteel zijn er in de zorgsector veel kleinschalige initiatieven, maar marktwerking kan leiden tot het steeds grootschaliger worden van zorgvoorzieningen en mogelijk ten koste gaan van geïndividualiseerde en kwaliteitsvolle zorg.
- Risicoselectie en toegankelijkheid van de zorg: (toegangs)selectie is het meest fundamentele probleem van de toegenomen marktwerking in de ouderenzorg. Met bepaalde types van marktwerking dreigt ongelijkheid te ontstaan tussen (publieke of nonprofit) opvang voor uiterst zwaar hulpbehoevende ouderen enerzijds en het nog lucratieve segment van ouderen waar de (forprofit) private markt zich op richt. Tengevolge hiervan dreigt publieke opvang zodoende het laatste vangnet te worden voor zware zorgbehoevenden en voor iedereen die onvoldoende middelen heeft om op een andere aanbieder een beroep te doen.
- Ook de impact van marktwerking op de arbeidsorganisatie en werkdruk die weegt op zorgprofessionals is een factor die niet uit het oog mag worden verloren. Zo kan prijsdruk leiden tot een verhoogde werkdruk.

³³ OECD (2013), OECD Economic Surveys: Belgium 2013, OECD Publishing. doi: 10.1787/eco_surveys-bel-2013-en

- Voordelen/baten:
 - ✓ Op deze manier zou de concurrentie kunnen spelen. Een hypothese daarbij is dat op lange termijn enkel die voorzieningen overblijven die een goede verhouding kwaliteit / kostprijs hebben, in functie van de vraag naar dienstverlening en de financiële draagkracht van de gebruikers.
- Nadelen/kosten/risico's:
 - ✓ Doorgedreven concurrentie kan leiden tot kostenbesparingen en daarmee gepaard gaande daling van kwaliteit van de aangeboden zorg en dienstverlening. Dit zou mogelijks betekenen dat gedurende een bepaalde periode aan kwetsbare gebruikers een maatschappelijk onverantwoord niveau van kwaliteit van zorg wordt geboden.
 - ✓ Het laten spelen van de vrije markt is enkel mogelijk indien er voldoende aanbod is en er een voldoende gedifferentieerd aanbod beschikbaar is;
 - ✓ Sterk marktgedreven aanbod schuwt de risico's en leidt al gauw tot verschraling van het aanbod waardoor sommige zorgnoden niet beantwoord worden;
 - ✓ Dit kan leiden tot een sterke segmentering van het aanbod (dure, kwalitatieve voorzieningen voor diegene die het kunnen betalen en goedkopere en minder kwalitatieve voorzieningen voor diegenen die het financieel niet zo breed hebben).
 - ✓ Vermarkting mag niet leiden tot risicoselectie en een beperkte toegankelijkheid van de zorg.

b) Zelfregulering

Momenteel moeten de voorzieningen voldoen aan een uitgebreid gamma van erkenningsvoorwaarden inzake personeel, werking, infrastructuur, administratie en facturatie en worden er kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om zowel de objectieve als de subjectieve kwaliteit van de werking van een voorziening te meten. Deze hebben allen tot doel de randvoorwaarden te bepalen waaraan een organisatie moet voldoen om een maatschappelijk verantwoorde zorg te kunnen aanbieden, met garanties voor een voldoende kwaliteit, performantie, relevantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid.

Aandachtspunten voor ouderenzorg zijn behoeftegerichte zorg (met keuzevrijheid, gebruikersrechten en intersectorale inschaling), toereikende en juiste zorgantwoorden (voldoende groot zorgvolume met verschillende zorgvormen, een goede spreiding van het zorgaanbod en voldoende zorgpersoneel) en een betere afstemming tussen vraag en aanbod door de inzet van een beperkt aantal overheids- en marktgerelateerde instrumenten. Het gaat dan ondermeer over indicatoren, maximale informatie en transparantie, en een meer persoonsgerichte financiering.³⁴

In het geval van een sterke(re) mate van zelfregulering van de sector wordt het regelgevend kader minder strikt en gedetailleerd en verschuift het accent van de input naar outcome en output als pijlers waarbinnen de betrokkenen zelf verdere regelingen kunnen treffen. Zorgaanbieders worden daarbij voor een groter deel zelf verantwoordelijk voor hun aanbod aan (goede en verantwoorde) zorg en kunnen zelf, naar eigen inzicht en vermogen, invulling geven aan het kader dat de overheid hen oplegt.

In het meest verregaand scenario worden de zorgaanbieders volledig verantwoordelijk voor (de kwaliteit van) hun aanbod. De sector regelt zichzelf en maakt daarvoor onderlinge afspraken. Ze richt een eigen orgaan op dat belast is met de bepaling, de actualisering en de voortgangsbewaking van de minimumkwaliteitseisen en wordt daarmee ook zelf verantwoordelijk voor het toezicht op de eigen zorgverlening. De overheid neemt in het beste geval kennis van de resultaten.

³⁴ Advies SAR WGG: "Aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg". (24 mei 2012)

Alle partijen moeten aan deze regeling kunnen deelnemen en er mogen geen grote verschillen zijn in de machtsverhoudingen tussen de verschillende partijen. De organisatiegraad dient voldoende groot te zijn en er is nood aan een bepaald niveau van kennis en ervaring. Zelfregulering moet gericht zijn op het algemeen belang en er mag geen machtsblok tot stand komen. De regeling werkt transparant, is publiek bekend en controleerbaar. Er is nood aan efficiënte sanctiebepalingen en de regeling bindt de (achterban van de) betrokkenen.

Tot nu toe is het maatschappelijk draagvlak hiervoor nog te prematuur en het onderling vertrouwen onvoldoende. Er dient hiervoor immers een voor alle partijen aanvaardbaar evenwicht te worden gevonden dat de huidige positionering in een sector waarvan algemeen aanvaard wordt dat een dergelijk evenwicht nog niet bestaat (de zorgbehoevende is nog te zeer de afhankelijke partij, zie hoger), niet te sterk hypothekeert. Ook tussen de zorgaanbieders onderling is de concurrentie nog zeer groot en de markt verdeeld. Of er in dit scenario een rol (en zo ja, welke) is weggelegd voor bijkomende spelers zoals mutualiteiten en/of zorgkassen moet worden nagegaan. Ook de wijze van financiering van de zorgverlening in een dergelijk scenario vergt bijkomend onderzoek.

- Voordelen:
 - ✓ Administratieve vereenvoudiging voor de Vlaamse overheid en de voorzieningen, naast een verlichting van het takenpakket van de Vlaamse overheid;
 - ✓ Zorgaanbieders worden gestimuleerd om op een resultaatgerichte wijze te opereren / ze krijgen meer vrijheid om creatieve oplossingen te bedenken.
- Nadelen/aandachtspunten:
 - ✓ De overheid heeft minder (tot geen) greep op de uitkomst. Het risico bestaat dat eht eigenbelang kan primeren ten nadele van het algemeen belang. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de dienstverlening.
 - ✓ Zelftoezicht wil wel eens falen o.a. omwille van een beperkte afdwingbaarheid en een (te) grote variëteit aan zorgaanbieders. De handhaving kan gebrekkig zijn. Als de regels worden opgesteld door dezelfde partij die de geschillenbeslechting doet, ontbreekt bovendien de 'objectiviteit' die de overheid thans wel waarborgt
 - ✓ Een georganiseerd toezicht blijft noodzakelijk
 - ✓ Er is nood aan een goede registratie van basisgegevens en een correcte informatiedoorstroming hiervan naar de overheid
 - ✓ Mogelijks kan er ook geopteerd worden om een verschillende regeling uit te vaardigen op basis van de aard van de beheersinstantie van het woonzorgaanbod en deze te koppelen aan de financiering van de dienstverlening: er zou kunnen geopteerd worden om enkel openbare en social profit voorzieningen te onderwerpen aan een toezicht en een overeenstemmende financiering door de overheid, en de profit sector in zekere mate vrij te laten (cfr. organisatie van de ouderenzorg in Frankrijk).
 - ✓ Om dit laatste in de praktijk te kunnen brengen moet de openbare en social profit sector wel een voldoende en kwalitatief aanbod beschikbaar kunnen stellen om te garanderen dat goede hulpverlening voor iedereen toegankelijk is en niet enkel voor wie het kan betalen.

- **Vijfde optie: Keuze voor een financieringsmodel voor het ouderen(zorg)beleid** ³⁵

Wat houdt deze optie in?

Mogelijke opties:

a) Persoonsgerichte financiering

- Nuloptie: financiering op basis van dezelfde parameters als de huidige RIZIV-financiering, die gebaseerd is op enerzijds de zorgkenmerken van de bewonerspopulatie (en dus als persoonsgericht kan worden beschouwd) en anderzijds op zeer gedetailleerde personeelsnormen (zie hoger onder beschrijving van de nuloptie).
- Een persoonsgerichte financieringsvorm kan uitgewerkt worden in de vorm van “vouchers” waarmee zorgbehoevende ouderen in functie van hun noden zorg kunnen aankopen bij alle actoren van het woonzorgdecreet: erkende woonzorgcentra, thuiszorgdiensten en/of thuiszorgondersteunende initiatieven. Naargelang de zorgzwaarte kunnen meer of minder vouchers worden toegekend. Een dergelijk vouchersysteem geeft de zorgvrager meer autonomie om zijn zorg zelf te organiseren in functie van zijn behoeften en kan leiden tot een beter geïntegreerde zorg, met de voordelen van zorg op maat, performante inzet van de schaarse personele en budgettaire middelen. De OESO beveelt een dergelijke werkwijze aan.³⁶
- Een andere vorm van persoonsgerichte financiering kan trekkingsrechten omvatten voor de zorgverzekeraar van de resident in een woonzorgvoorziening die kunnen worden aangewend voor tussenkomst in de onkosten van de zorg. Dit trekkingsrecht is gerelateerd aan het budget dat door de Vlaamse overheid ter beschikking wordt gesteld aan de erkende zorgverzekeraars die tussenkomen in de zorgverlening. De middelen waaruit zorgverzekeraars kunnen putten via hun ledengerelateerde trekkingsrechten worden dan beheerd in een Fonds (bijvoorbeeld een uitgebreid Zorgfonds of een specifiek Fonds), dat gevoed wordt door de overheid, en beheerd zoals beschreven in de inleiding³⁷.
- Een fundamenteel verschil met de huidige situatie zou er in kunnen bestaan dat de zorgverzekeraar een expliciete taak krijgt toegewezen tot het contracteren van voorzieningen op basis van de kwaliteit van de verleende zorg of de verhouding van de geleverde kwaliteit van zorg tot de dagprijs. Dit impliceert een keuze voor transparantie in de prijszetting en prijsvorming zodat de (toekomstige) gebruiker en zijn zorgverzekeraar een bewuste keuze kunnen maken uit het aanbod van de woonzorg.
- Randvoorwaarden³⁸:

³⁵ Voor een uitgebreidere beschrijving van de verschillende modellen verwijzen we naar de inleiding bij dit hoofdstuk

³⁶ “Giving patients more autonomy to organise their care, possibly with a system of vouchers as in the Nordic countries, would encourage private providers to develop efficiency-enhancing integrated nursing and domestic care services.” OECD (2013), OECD Economic Surveys: Belgium 2013, OECD Publishing. doi: 10.1787/eco_surveys-bel-2013-en

³⁷ Beschreven onder Optie 2 van de mogelijke beheersvormen

³⁸ Cfr ook aanbevelingen OESO (economic survey Belgium 2013):

Grant long-term care patients autonomy to organise their care at home. Qualify care needs on a unified geriatric assessment and introduce dissuasive sanctions to deter overstatement of care needs. Care needs are frequently assessed by future care givers of a patient, a practice that creates conflict of interests and frequent downgrades in cases where second independent assessments are performed. To address this issue, more dissuasive sanctions should be used in case of systematic overstatement of needs. The performance of the assessment

- ✓ Een systeem van persoonsgerichte financiering gaat uit van een aanbod dat voldoende ontwikkeld is om reële keuzes toe te laten.
- ✓ Gebruikers en hun familie moeten ondersteund worden zodat ze de juiste keuze kunnen maken (begrijpelijkheid van het systeem, transparantie van de informatie, toegang tot juiste informatie enz....).
- ✓ Noodzaak aan een instrument en een – bij voorkeur onafhankelijke – entiteit voor het bepalen van zorgwaarde
- ✓ Een dergelijk systeem moet budgettair beheersbaar blijven voor de overheid.

b) Instellingsgebondenfinanciering

Subopties:

- Vereenvoudigde instellingsfinanciering: het huidige RIZIV-financieringssysteem voor ouderenzorgvoorzieningen is erg ingewikkeld en de berekening van het specifiek forfait per instelling houdt rekening met vele factoren, zowel in functie van kenmerken van de gebruiker (case mix) als van reële personeelskosten in de instelling (aantal en anciënniteit personeel,...). Hier liggen zeker mogelijkheden tot administratieve vereenvoudiging.

- Enveloppefinanciering: hierbij worden de aanbieders van zorg betaald in functie van de capaciteit, ongeacht de prestaties.

In dit systeem wordt een meerjarenovereenkomst (convenant) afgesloten tussen de Vlaamse Overheid en de voorziening met betrekking tot (onder meer):

- ✓ de erkenning
- ✓ het budget per voorziening (het aandeel van de personeels- en werkingskosten in de subsidie-enveloppe en de mate waarin de subsidie-enveloppe evolueert volgens indexering en anciënniteit)
- ✓ de opdrachten van de voorziening
- ✓ de wijze van rapportering en controle

Het grote nadeel van dergelijk systeem is dat het onvoldoende verfijnd is om rekening te (kunnen) houden met de verschillende en variërende zorgwaarde en zorglast van de residenten.

Een dergelijk systeem speelt ook moeilijker in op wijzigingen die in de loop van deze overeenkomst vastgesteld worden bij de uitvoering van de opdrachten.

c) Combinatie van instellingsgebonden en persoonsvolgende financiering

Een combinatie van beide voorgaande financieringsmodellen kan erin bestaan dat een aantal vaste kosten die niet gelinkt zijn aan het zorgwaarteprofiel van de bewoners (vorming, materiaal, ...) via een instellingsgebonden financiering wordt vergoed en de personeelskosten die vooral gelinkt zijn met het profiel van de bewoners wordt vergoed via de persoonsvolgende financiering.

Op die manier kan de continuïteit van de werking voorzieningen worden gegarandeerd.

procedure should be further improved by unifying the different geriatric assessment scales used to qualify care needs and updating the outdated fee nomenclature for nursing interventions to reflect actual cost of provision. OECD (2013), OECD Economic Surveys: Belgium 2013, OECD Publishing. doi: 10.1787/eco_surveys-bel-2013-en

Afdeling 2. Tegemoetkoming hulp aan bejaarden

Wat zal er veranderen aan de Vlaamse bevoegdheid?

▪ Vóór de zesde staatshervorming

Tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB) is geregeld in artikel 128 van de Grondwet en artikel 5, §1. II. 5 van de Bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen.

De THAB heeft tot doel ouderen met een beperking met een beperkt inkomen die bijkomende kosten hebben vanwege een vermindering van de zelfredzaamheid in staat te stellen een deel van de bijkomende kosten te financieren.

Binnen de federale beleidsdoelstellingen is de THAB een belangrijk instrument om:

- ✓ de mogelijkheid te geven om thuis te blijven wonen, door een financiële ondersteuning in de kosten omwille van de moeilijkheden die ze ondervinden in de activiteiten van het dagelijks leven;
- ✓ de financiële toegankelijkheid van de rustoorden te verbeteren.

▪ Na de zesde staatshervorming

Tekst institutioneel akkoord (p.33):

“a. Homogenisering van het beleid inzake de hulp aan personen met een handicap (...)

De tegemoetkoming hulp aan bejaarden wordt aan de gemeenschappen overgedragen (in Brussel zal de GGC die bevoegdheid krijgen).”

Voorgestelde wetteksten:

- ✓ Nieuw artikel 5, § 1, II, 4°, a) BWHI:

“§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

II. Wat de bijstand aan personen betreft :

4° Het beleid inzake minder-validen, met inbegrip van de beroepsopleiding, de omscholing en de herscholing van minder-validen en de mobiliteitshulpmiddelen, met uitzondering van:

a) de regelen betreffende en de financiering, met inbegrip van de individuele dossiers, van de toelagen aan de mindervaliden behoudens de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden;”

Het voorstel van bijzondere wet m.b.t. de Zesde Staatshervorming strekt ertoe de bevoegdheden met betrekking tot mobiliteitshulpmiddelen en de tegemoetkomingen voor hulp aan bejaarden (THAB) over te dragen naar de gemeenschappen. Via deze bevoegdheidsoverdracht wordt het beleid inzake personen met een handicap meer gehomogeniseerd. De federale overheid is tot nog toe bevoegd gebleven voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. Deze bevoegdheid wordt afgeleid uit artikel 5, § 1, II, 4°, a), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 volgens dewelke de regelen betreffende en de financiering van de toelagen aan de « mindervaliden » tot de bevoegdheid van de federale overheid zijn blijven behoren.

Inzake mobiliteitshulpmiddelen en de tegemoetkomingen voor hulp aan bejaarden beschikken de gemeenschappen over de volledige wetgevings-, uitvoerings-, controle- en financieringsbevoegdheid.

Wat de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden betreft, heeft de bevoegdheid onder meer betrekking op het bepalen van de toekenningsvoorwaarden en het bedrag van de tegemoetkomingen, het uitbetalen van de tegemoetkomingen en de volledige organisatie.

De federale overheid blijft bevoegd om de voortgang van de betaling van de inkomensvervangende tegemoetkoming of de integratietegemoetkoming te verzekeren, na het bereiken van de leeftijd van vijfenzeftig jaar, van de personen met een handicap die reeds een tegemoetkoming ontvingen vóór hun vijfenzeftigste verjaardag. De deelstaten kunnen een toeslag geven in het kader van de THAB.

De gemeenschappen worden bevoegd voor de toekenning van de THAB aan personen waarvan de handicap erkend wordt na het bereiken van de leeftijd van vijfenzeftig jaar.

▪ **Aandachtspunten**

- Er moet aandacht zijn voor de sociale en fiscale voordelen die samenhangen met de huidig gebruikte schaal voor THAB.
- Het is belangrijk dat er afstemming komt met de persoonsgerichte financiering en andere ontwikkelingen binnen het ondersteuningsbeleid voor mensen met een handicap.

Welke nieuwe beleidsopties kan Vlaanderen nemen?

Optie 1 (Nuloptie): De tegemoetkoming hulp aan bejaarden wordt als een Vlaamse bevoegdheid georganiseerd binnen een overheidsmodel.

Optie 2: De tegemoetkoming hulp aan bejaarden wordt als een Vlaamse bevoegdheid georganiseerd binnen het model van de Vlaamse zorgverzekering.

Optie 3: De tegemoetkoming hulp aan bejaarden wordt als Vlaamse bevoegdheid een gedifferentieerd systeem al naargelang de bewoner in een thuissituatie of in een residentiële voorziening verblijft.

Bij elk van de opties stellen zich telkens een aantal vragen:

- de vraag naar het al dan niet behouden of wijzigen van de huidige manier waarop het inkomensonderzoek gebeurt;
- de vraag naar het behoud of de wijziging van de huidige manier waarop de evaluatie van het verlies aan zelfredzaamheid verloopt. De mogelijkheden hierbij worden verder besproken bij de nuloptie en in het inleidend hoofdstuk;
- de vraag naar de beheersvorm en de mogelijkheden inzake participatie van gebruikers en andere belanghebbenden in het beleid (zie inleidend hoofdstuk);
- de verhouding van de THAB ten opzichte van de bestaande tegemoetkomingen in zorg en het handicapspecifieke beleid.

- **Eerste optie: de tegemoetkoming hulp aan bejaarden wordt als een Vlaamse bevoegdheid georganiseerd binnen een overheidsmodel**

Wat houdt deze optie in?

De THAB wordt toegekend door de FOD Sociale Zekerheid (DG Personen met een handicap) vanaf de leeftijd van 65 jaar, in functie van de zorgbehoevendheid, met een getrapte inschaling. De tegemoetkoming is hoger naargelang het gebrek aan zelfredzaamheid (de score op de schaal) hoger is.

Categorieën	Jaarbedrag	Maandbedrag	% aantal in categorie tov totaal THAB - Vlaanderen
-------------	------------	-------------	--

Categorieën	Jaarbedrag	Maandbedrag	% aantal in categorie tov totaal THAB - Vlaanderen
Cat. 1: 7 en 8 punten	981,68 euro	81,81 euro	8 %
Cat. 2: 9 tot 11 punten	3.747,30 euro	312,28 euro	39 %
Cat. 3: 12 tot 14 punten	4.556,11 euro	379,68 euro	35 %
Cat. 4: 15 en 16 punten	5.364,69 euro	447,06 euro	11 %
Cat. 5: 17 en 18 punten	6.589,77 euro	549,15 euro	7 %

Het gaat hier om maximumbedragen. Bij het bepalen van de THAB wordt immers ook het inkomen van de oudere of de persoon met wie hij een gezin vormt, in rekening gebracht. In de praktijk maken vooral ouderen met een laag pensioen aanspraak op een THAB.

Ongeveer 105.000 bejaarden in het Vlaams gewest hebben een THAB. Dit aantal neemt elk jaar toe. Er is een stijging met 74% sinds 2003. Ongeveer 78.000 personen verblijven in een thuissituatie, ongeveer 27.500 worden in een residentiële setting verzorgd (woonzorgcentra, serviceflats, ziekenhuizen).

Voor THAB wordt een profielschaal sui generis (de medisch-sociale schaal) gehanteerd, die ook wordt gebruikt voor de integratietegemoetkoming. Er wordt gewerkt met een vragenlijst die raakvlakken heeft met de BEL-schaal en met de KATZ-schaal.

De FOD Sociale Zekerheid werkt met centra voor medische expertise. In elke provinciehoofdstad is er een centrum. De zelfredzaamheid wordt beoordeeld door artsen. Het gaat om statutaire artsen en om huisartsen die erkend worden om de schaal af te nemen.

Concreet worden voor het toekennen van THAB momenteel volgende stappen gezet:

- Stap 1: dossier starten bij gemeenteloket
- Stap 2: invullen van formulieren (deels door betrokkene, deels door arts)
- Stap 3a: vervolledigen administratief dossier (gezinssamenstelling, inkomsten...) . Dit gebeurt door de centrale dienst van de FOD Sociale Zekerheid in Brussel.
- Stap 3b: parallel wordt de zelfredzaamheid van de kandidaat geëvalueerd in een centrum voor medische expertise (één in elke provinciehoofdplaats)
- Stap 4: FOD Sociale Zekerheid beslist en staat in voor kennisgeving en uitbetaling.

De gebruiker kan binnen 3 maanden na de beslissing desgevallend een bezwaarschrift indienen bij de Arbeidsrechtbank.

Voor THAB worden de dossiers momenteel verwerkt en uitbetaald door de FOD Sociale Zekerheid, Directie Personen met een handicap.

Er is geen participatie voorzien van personen met een handicap en/of ouderen en/of betrokken middenveldorganisaties binnen de FOD Sociale Zekerheid. De belangenvertegenwoordiging gebeurt via adviesaanvragen aan de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap, waarin door de Minister aangeduide vertegenwoordigers van Personen met een Handicap zetelen.

Bij de keuze voor het overheidsmodel wordt de werkwijze van de FOD SZ behouden. Met uitzondering van de medische onderzoeken neemt de overheid alle taken op zich: de aanvragen behandelen, de verwerking van de dossiers en de uitbetalingen. In dit model worden de tegemoetkomingen volledig met algemene middelen betaald. Een gebruiker hoeft geen lid te zijn bij een zorgverzekeraar en hij hoeft evenmin een jaarlijkse (leden)bijdrage te betalen.

Bij de start van de overheveling staat continuïteit centraal. Dit betekent dat er verder gewerkt wordt volgens de huidige regelgeving. Daarnaast wordt gestreefd naar een systeem dat voldoet aan volgende voorwaarden:

- een eenvoudig en transparant systeem met een minimum aan administratieve lasten;
- inkomensgerelateerd (prioriteit aan wie het meeste nodig heeft).

Budgettair wordt in deze optie het budget dat vanuit de federale overheid overgedragen wordt, volledig aangewend voor de THAB.

Wat de verhouding tussen de THAB en de integratietegemoetkoming betreft, kunnen de gemeenschappen volgens de memorie van toelichting bij het voorstel van bijzondere wet m.b.t. de Zesde Staatshervorming beslissen om een toeslag te geven in het kader van THAB aan de personen die voor hun 65 jaar recht hadden op een integratietegemoetkoming. De federale overheid blijft bevoegd om de voortgang van de betaling van de inkomensvervangende tegemoetkoming of de integratietegemoetkoming te verzekeren, na het bereiken van de leeftijd van vijfenzeftig jaar, van de personen met een handicap die reeds een tegemoetkoming ontvingen voor hun vijfenzeftigste verjaardag.

In deze optie zijn verschillende varianten mogelijk:

- ✓ Er wordt een volledig cumulverbod ingeschreven tussen de THAB en de integratietegemoetkoming en de omschakeling van een integratietegemoetkoming naar een THAB wordt onmogelijk gemaakt. Wie recht heeft op een integratietegemoetkoming kan dus geen recht meer openen op een THAB. Dit houdt in dat wie door o.a. een andere inkomstenaanrekening recht zou hebben op een hoger bedrag via THAB dan het bedrag van de integratietegemoetkoming, niet langer van dit voordeel zal kunnen genieten. Er kan eventueel een overgangsregeling worden uitgewerkt voor de eerste jaren waarbij wel nog overschakeling mogelijk is van integratietegemoetkoming naar THAB als dit voordeliger is.
- ✓ De mogelijkheid wordt ingevoerd om enkel aanspraak te maken op het eventuele deel van de vergoeding van de tegemoetkoming hulp aan bejaarden dat het bedrag op de integratietegemoetkoming overstijgt. Er is dus een cumul mogelijk waarbij de THAB residuair is ten opzichte van de integratietegemoetkoming.

Elk van deze mogelijkheden veronderstelt afspraken met de federale overheid.

Wat de verhouding van de THAB met andere tegemoetkomingen en zorg betreft, blijft in deze optie de huidige regeling behouden:

- cumulmogelijkheid met de zorgverzekering voor wie recht heeft op de zorgverzekering. De twee uitkeringen worden in deze optie los van elkaar uitbetaald door de verschillende bevoegde instanties;
- cumulmogelijkheid met handicapspecifieke zorg (voor wie ingeschreven is in het VAPH voor de leeftijd van 65 jaar) en met ouderenzorg blijft mogelijk. Er is voor de THAB, in tegenstelling tot de integratietegemoetkoming, geen schorsing voorzien met 28% voor personen die gedurende minstens drie maanden in een instelling verblijven gefinancierd door de overheid.

Enkele verbeterpunten die uit de overlegondes naar voren kwamen betreffen de evaluatie van de zorgbehoefendheid en het inkomensonderzoek.

- Bepalen van inkomensgrenzen

Uit de raadpleging blijkt dat het behoud van een inkomstengerelateerde tegemoetkoming belangrijk wordt geacht. Wel is er een duidelijke vraag naar een vereenvoudiging van het systeem en naar meer transparantie, weliswaar met de vaststelling dat THAB lacunes in de fiscaliteit niet kan rechtzetten.

In het nieuwe systeem zouden alle gegevens door de FOD Financiën elektronisch kunnen aangeleverd worden.

Het systeem van de studietoelagen dat de Vlaamse overheid gebruikt, kan hiervoor inspirerend werken. Dit systeem is niet waterdicht, maar het is wel transparant.

Ook het kadastraal inkomen kan in die optiek deel uitmaken van de berekening van het inkomen. Bij de THAB is een stuk van het kadastraal inkomen vrijgesteld. Er rijzen wel enkele vragen bij het gebruik van het kadastraal inkomen:

- ✓ De kadastrale inkomens werden al jaren niet meer aangepast en zijn bijgevolg in vele gevallen verouderd;
- ✓ Moet er een verschil gemaakt worden tussen eigen woning en andere woningen in eigendom?
- ✓ Probleem wanneer een partner in een woonzorgcentrum verblijft en de andere partner thuis;
- ✓ Probleem van gedwongen verkoop naar aanleiding van een opname;
- ✓ Leegstand van eigen huis bij opname versus verhuur van eigen woning.

De vraag kan worden gesteld of THAB moet blijven rekening houden met de geschatte inkomsten uit verkoop van een huis. Nu wordt dit 10 jaar in rekening gebracht, terwijl inkomsten uit verhuur niet of slechts beperkt in rekening worden gebracht.

De gegevens omtrent verkoop kunnen elektronisch worden opgevraagd, men is dus niet afhankelijk van informatie van de gebruiker.

- Vaststellen van de zorgbehoefte

De vraag rijst of het aangewezen is om verder te werken met de huidige centra voor medische expertise. De evaluatie van de zorgbehoefte wordt nu exclusief door artsen uitgevoerd. De vraag kan worden gesteld of dit behouden moet blijven (zie inleiding fiches).

Wat de schaal betreft: voor THAB is men tot op heden niet betrokken in het project BelRAI, waarbij binnen Vlaanderen één schaal ontwikkeld wordt voor evaluatie van de zorgbehoefte in functie van de diensten gezinszorg, de zorgverzekering en de woonzorgcentra.

Wat zijn de effecten?

- Baten:
 - ✓ Deze optie biedt maximale continuïteit en kan eventueel beroep doen op de bestaande ICT
 - ✓ Er kan maximaal gebruik gemaakt worden van de bestaande expertise van de ambtenaren van de FOD Sociale zekerheid;
- Kosten:
 - ✓ De participatie van de gebruikers is in dit model eerder beperkt.
 - ✓ Er is geen homogenisering: de bestaande versnippering waarbij verschillende tegemoetkomingen naast elkaar bestaan en aangestuurd worden door verschillende agentschappen, uitbetaald door verschillende instanties met verschillende procedures van toekenning en betwisting blijft bestaan.
 - ✓ De zorggebruiker moet bij verschillende instanties terecht voor informatie en dossieropvolging

- **Tweede optie: de tegemoetkoming hulp aan bejaarden wordt als een Vlaamse bevoegdheid georganiseerd binnen het model van de Vlaamse zorgverzekering**

Wat houdt deze optie in?

Bij het zorgverzekeringsmodel wordt de tegemoetkoming uitgewerkt als een Volksverzekering waar tegenover het recht op de tegemoetkoming ook een bijdrageplicht staat. De zorgkassen innen jaarlijks een ledenbijdrage. Ze staan ook in voor de behandeling van de dossiers tenlasteneming en voor de uitbetaling aan de gebruiker.

De ledenbijdrage voor de zorgverzekering is beperkt en bedraagt momenteel 25 euro of 10 euro (Verhoogde Tegemoetkoming – OMNIO-statuuut). De zorgverzekering wordt gefinancierd vanuit algemene middelen, aangevuld met deze ledenbijdragen.

De opname in een verzekeringsmodel veronderstelt een koppeling van de tegemoetkoming aan een bijdrageplicht. Dit roept bij sommige vertegenwoordigers van belanghebbenden weerstand op omdat zij vrezen dat hierdoor kwetsbare groepen uit de boot zullen vallen. Dit zou vermeden kunnen worden door eventueel niet betaalde bijdragen te compenseren op de tegemoetkoming, wat nu reeds gebeurt bij de zorgverzekering na de eerste tegemoetkoming.

In dit model wordt de zorgverzekering uitgebreid met de THAB als een nieuwe pijler binnen de Vlaamse Sociale Bescherming. De THAB is in dit scenario een inkomensgerelateerde bovenbouw op de zorgverzekering. Een tenlasteneming in de zorgverzekering vormt in dit scenario geen voorwaarde om een recht op THAB te openen. Wel dient betrokkene aangesloten te zijn bij een zorgkas en zijn bijdrage te betalen.

De verschillen tussen zorgverzekering en THAB kunnen schematisch als volgt worden voorgesteld:

	THAB	zorgverzekering
Bijdrageplicht	nihil	euro 10 / euro 25
Inkomensgerelateerd	ja	forfaitair
Profielschaal	medisch sociale schaal	Bel – schaal (op termijn BelRAI)
Differentiëring in tegemoetkoming	verschillende trappen volgens graad van zorgbehoevendheid	geen differentiëring
Evaluatie zorgbehoevendheid	evaluatie door artsen	niet medisch
Leeftijdsgebonden	vanaf 65 j	geen leeftijdsvoorwaarde
Uitvoerder	FOD Sociale Zekerheid	Zorgkassen
Beroepsmogelijkheid	Arbeidsrechtbank	1. Bezwaarcommissie 2. Arbeidsrechtbank

Los van de eventuele afstemming van de inschalingsinstrumenten, betekent de integratie van de THAB dus niet dat het recht op de zorgverzekering automatisch ook een recht op een THAB inhoudt of omgekeerd. Om recht te hebben op de zorgverzekering is immers een veel hogere graad van zorgbehoevendheid noodzakelijk en gelden geen inkomenscriteria. Enkel indien de zorgverzekering inkomensgerelateerd zou worden, zou een echte integratie van beide mogelijk zijn. In dat geval zou het zorgverzekeringsforfait een verhoging betekenen van de THAB voor de zwaarst zorgbehoevenden. Deze variant wordt hier verder niet besproken.

Wat de mogelijke cumulatie betreft tussen de THAB en andere tegemoetkomingen en zorg, kan verwezen worden naar de nuloptie.

De zorgverzekering en de THAB kunnen in deze optie wel geïntegreerd worden in één betaling, voor wie recht heeft op beide.

Wat zijn de effecten?

- Baten:
 - ✓ Zorgkassen kunnen fungeren als een uniek loket zodat gebruikers niet bij verschillende instanties moeten aankloppen.
 - ✓ Het integreren van de THAB bij de zorgverzekering binnen één stelsel (al dan niet gepaard gaand met één model van participatie en overleg) biedt kansen tot een stroomlijning van procedures, gegevensstromen, modellen van inschaling en evaluatie en zal leiden tot meer afstemming. Het biedt ook kansen tot een meer eenvormige benadering vanuit de noden en minder vanuit het historisch gegroeide doelgroepenbeleid.
 - ✓ Een verzekeringsmodel kan het draagvlak verhogen voor een solidaire Vlaamse sociale bescherming.
 - ✓ De bijdrage kan een bijkomende financieringsbron vormen indien op termijn de overgehevelde middelen niet zouden volstaan.
 - Kosten:
 - ✓ Een verhoging van de bijdrage (voor zover dit noodzakelijk zou zijn) ligt niet voor de hand voor lagere inkomensgroepen, als deze niet inkomensgerelateerd is.
 - ✓ Bij een overdracht van het takenpakket naar de zorgkassen is een knelpunt het statuut van het personeel van de FOD Sociale zekerheid dat nu instaat voor de behandeling van de dossiers THAB.
- **Derde optie: de tegemoetkoming hulp en bejaarden wordt als Vlaamse bevoegdheid een gedifferentieerd systeem al naargelang de bewoner in een thuissituatie of in een residentiële voorziening verblijft**

Wat houdt deze optie in?

De vraag rijst of er een onderscheid kan/moet gemaakt worden tussen gebruikers in de mantel- en thuiszorg en gebruikers in de residentiële zorg. De middelen van THAB die nu al naar de residentiële gebruikers gaan, zouden kunnen geheroriënteerd worden naar een kostendekking van de rusthuisfactuur.

In de woonzorgcentra wordt momenteel een vaste dagprijs aangerekend aan elke zorggebruiker. Die is voor iedere gebruiker dezelfde, ongeacht de graad van zorgbehoevendheid. Het solidariteitsprincipe is al verwerkt in de dagprijs. Dat geldt niet voor gebruikers in de mantel- en thuiszorg. Daar mag aangenomen worden dat de kosten voor de gebruiker stijgen naarmate de zorgbehoevendheid toeneemt.

Indien het uitgangspunt zou zijn dat de THAB voor personen die in een rusthuis verblijven, moet bijdragen tot de betaalbaarheid van het verblijf en de zorgkost in het woonzorgcentrum, dan kunnen er vragen worden gesteld bij de huidige differentiatie van de bedragen van de THAB volgens zorgbehoevendheid.

De middelen voor de financiering worden in deze optie dus gevormd door zowel het budget THAB dat momenteel naar de bewoner van het woonzorgcentrum gaat, als door de bestaande RIZIV-forfaits die ook ten dele zijn vastgesteld worden in functie van de zorgbehoevendheid maar niet inkomensafhankelijk zijn.

De vertegenwoordigers van belanghebbenden wijzen erop dat de gebruiker de toegekende tegemoetkoming autonoom moet kunnen gebruiken. Sommigen wijzen er ook op dat de THAB niet bedoeld was om de betaalbaarheid van het rusthuis/woonzorgcentrum te financieren maar wel om de niet becijferbare meerkost, ook bovenop de dagprijs van het

rusthuis, te betalen. Zo kunnen bewoners van een woonzorgcentrum met een minder hoge graad van zorgbehoefte zich nog buitenshuis begeven, als zij daarvoor een beroep kunnen doen op de nodige ondersteuning (bv. aangepast vervoer). Die mogelijkheid moet verder kunnen gegarandeerd worden.

In deze optie wordt er een onderscheid gemaakt tussen de thuiszorg en de residentiële zorg. In de thuiszorg blijven de cumulregelingen van toepassing zoals beschreven in de nuloptie. In de residentiële zorg, wordt de THAB geïncorporeerd in het financieringssysteem van zorg. Dit houdt in dat voor personen van 65+ die in een residentiële ouderenvoorziening verblijven er geen apart recht op THAB meer is voorzien. Er moet verder worden onderzocht hoe een gelijke behandeling kan worden gerealiseerd voor personen die na hun 65 jaar met een integratietegemoetkoming in een residentiële ouderenvoorziening terecht komen. Een regeling moet worden getroffen om de personen die na de leeftijd van 65 hun integratietegemoetkoming behouden, gelijk te behandelen met de personen een THAB ontvangen. Momenteel wordt de integratietegemoetkoming met 28% geschorst bij verblijf in een residentiële voorziening voor gehandicaptenzorg.

Wat zijn de effecten?

- Baten:
 - ✓ Deze optie biedt mogelijkheden om de problematiek van de betaalbaarheid van de residentiële ouderenzorg op een meer geïntegreerde wijze te benaderen.
- Kosten:
 - ✓ Deze optie heeft weinig tot geen draagvlak bij gebruikersorganisaties.
 - ✓ Dit vergt een grondige herdenking van de financiering van de ouderenzorg en is dus op korte termijn moeilijk te realiseren.
 - ✓ Dit model kan niet zomaar worden doorgetrokken naar de thuiszorg (kosten zijn veel diverser) en versterkt hierdoor wellicht het verschil tussen thuiszorg en residentiële zorg.
 - ✓ Een gelijkwaardige financiering waarbij de eigen bijdrage voor de gebruiker dezelfde is ongeacht of hij thuis of in een residentiële setting wordt verzorgd, wordt in deze optie niet gerealiseerd.
 - ✓ Deze optie realiseert net zomin als de andere opties een gelijkwaardige financiering en eigen bijdrage voor residentiële zorg over de sectoren heen (gehandicaptenzorg, psychiatrie, ouderenzorg, ...).

HOOFDSTUK 3. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Wat zal er veranderen aan de Vlaamse bevoegdheid?

▪ Vóór de zesde staatshervorming

De FOD Volksgezondheid is bevoegd voor het opmaken van de erkenningsnormen, de programmatie en financiering van Initiatieven Beschut Wonen (IBW), Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT) en Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg. Het RIZIV staat in voor het bepalen van de opnemingsprijs in PVT en de nomenclatuur.

De Vlaamse overheid is nu reeds bevoegd voor de planning, inspectie en erkenning van deze voorzieningen.

De IBW en PVT kunnen momenteel reeds beroep doen op bouwsubsidies van de Vlaamse overheid (VIPA).

Binnen het beleidsdomein geestelijke gezondheidszorg is de ambulante geestelijke gezondheidszorg reeds grotendeels Vlaamse bevoegdheid. De Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) worden immers erkend en gefinancierd door de Vlaamse overheid.

▪ Na de zesde staatshervorming

Tekst institutioneel akkoord (p. 34):

“De overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg worden aan de deelstaten overgedragen. De volledige bevoegdheid inzake de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en de initiatieven Beschut Wonen (IBW) wordt naar de gemeenschappen overgeheveld”.

Voorgestelde wetteksten:

✓ Nieuw artikel 5, § 1, I, eerste lid, 2° BWHI:

“§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

I. Wat het gezondheidsbeleid betreft :

2° het beleid betreffende de verstrekkingen van geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen;”

Onder « het beleid betreffende de verstrekkingen inzake geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen », verstaat men « de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), de initiatieven van beschut wonen (IBW) en de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg ». De psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) dienen als ziekenhuizen te worden beschouwd. Deze zijn bijgevolg ook onderworpen aan de regels die van toepassing zijn op de ziekenhuizen. De geestelijke gezondheidszorg door toedoen van thuisverpleging maakt geen deel uit van de politiek van zorgverstrekkingen inzake geestelijke gezondheidszorg in instellingen buiten het ziekenhuis.³⁹

▪ Wat moet nog besproken worden?

- Komen de specifieke plaatsen voor internering IBW en PVT over naar Vlaanderen?
- Onder welk paritair comité zullen de personeelsleden van de IBW en PVT vallen?
- PVT-geneesmiddelenforfait: wordt er nog een link gehouden met de maximumfactuur?
- In welke mate wordt de financiering voor de MPG-registratie in de PVT, die nu verloopt via het budget financiële middelen, ook overgedragen?

³⁹ Uit de artikelsgewijze toelichting bij de memorie van toelichting bij het voorstel van bijzondere wet m.b.t. de Zesde Staatshervorming

- Een gedeelte van de bouwkost in PVT van nieuwbouw voor 1/1/2009 wordt vergoed via het budget financiële middelen van de ziekenhuizen. In welke mate wordt deze financiering ook overgedragen?
- Komt het budget voor de uitvoering van de sociale akkoorden mee naar de gemeenschappen?

▪ **Aandachtspunten**

- Momenteel kunnen bijkomende plaatsen BW en PVT-bedden gecreëerd worden door de reconversie van ziekenhuisbedden. Op die manier bleef het budget van de federale overheid gelijk. Het voorstel van bijzondere wet m.b.t. de Zesde Staatshervorming stelt dat een gemeenschap die de tenlasteneming buiten het ziekenhuis wil bevorderen, onder meer met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg of het ouderenbeleid, met de federale overheid bilaterale akkoorden zal kunnen sluiten in verband met de reconversie van ziekenhuisbedden. Het is belangrijk dat er een dergelijk akkoord afgesloten wordt zodat ook in de toekomst bijkomende mogelijkheden voorhanden zijn om de geestelijke gezondheidszorg buiten de muren van het ziekenhuis uit te bouwen in functie van de moderne noden.
- Er moet over gewaakt worden dat bij de verdeling/berekening van budget BW en PVT rekening wordt gehouden met de inhaalbedragen van voorgaande jaren.
- De tewerkstelling in deze sector die gefinancierd wordt vanuit het Fonds Sociale Maribel en eventueel andere alternatieve tewerkstellingsfondsen moet gewaarborgd kunnen blijven. Het is onduidelijk of deze middelen getransfereerd worden.

Welke nieuwe beleidsopties kan Vlaanderen nemen?

Uitgangspunten:

- Bij de uitwerking van een toekomstvisie moet men vertrekken vanuit de specifieke behoeften van de patiënt en diens familie. Dit betekent dat het aanbod moet afgestemd worden op de vraag en verwachtingen van de patiënt.
- De toekomstige opties die ontwikkeld worden, moeten in lijn zijn met de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg richting zorgcircuits en –netwerken.
Artikel 107 is een financieringstechniek die toelaat een deel van het budget van financiële middelen (BFM) van ziekenhuizen te realloceren zodat middelen en personeel in een bepaald werkingsgebied kunnen worden ingezet om het bestaande aanbod aan geestelijke gezondheidszorg voor personen met psychische problemen verder aan te passen aan hun behoeften en zorgvragen, door de creatie van volgende functies:
 - ✓ functie 1: activiteiten inzake preventie, promotie van de geestelijke gezondheid, vroegdetectie, screening en diagnosestelling;
 - ✓ functie 2: ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen;
 - ✓ functie 3: rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie;
 - ✓ functie 4: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is;
 - ✓ functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is.

Deze zorgvernieuwing focust op de totale doelgroep van volwassen mensen met psychische en psychiatrische problemen.

De IBW en PVT worden gesitueerd in functie 5, de specifieke woonvormen.

Optie 1 (Nuloptie): het continueren van de huidige federale regelgeving en financieringsmechanismen voor IBW, PVT en overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg.

Optie 2: Integratie van IBW en PVT.

Optie 3: Diversificatie van het aanbod voor residentiële geestelijke gezondheidszorg

Optie 4: Loskoppelen woon- en begeleidingsopdracht

Optie 5: PVT onderbrengen in de sector woonzorgcentra

Opties voor beheer: Verzekeringsmodel vs overheidsmodel

Opties voor financiering:

- Optie 1: Nuloptie
- Optie 2: Enveloppefinanciering
- Optie 3: Prestatiefinanciering
- Optie 4: Persoonsgerichte financiering

Opties voor de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg:

- Optie 1: behouden van de opdrachten en financieringswijze in huidige vorm
- Optie 2: integreren van de overlegplatforms in andere structuren binnen de gezondheidszorg.
- Optie 3: afschaffen van de overlegplatforms en het budget gebruiken om te investeren in voorzieningen.

- **Eerste optie : het continueren van de huidige federale regelgeving en financieringsmechanismen voor IBW, PVT en overlegplatforms GGZ**

Wat houdt deze optie in?

- Huidige opdrachten
 - ✓ Een initiatief beschut wonen (IBW) begeleidt mensen met psychische stoornissen die geen nood hebben aan een permanent verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Een IBW biedt hen een woonvorm waar ze begeleiding kunnen krijgen.
Er bestaan 2 vormen van beschut wonen, namelijk groepswonen en individueel wonen.
In een IBW wonen de mensen zelfstandig, in een gewoon huis in de maatschappij. De begeleiders komen één of meerdere keren per week langs in de woning. De begeleiders helpen de bewoners met het zoeken naar gepaste dagactiviteiten, zoals het volgen van een opleiding, naar een dagactiviteitencentrum gaan, werken,... Ze bespreken met de bewoners zaken die van belang zijn voor het samenwonen. Daarnaast is er ook een individuele begeleiding voorzien per bewoner. Deze begeleiding is erop gericht de zelfstandigheid van de bewoners te verhogen.
 - ✓ Een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) is bestemd voor personen met een langdurige en gestabiliseerde psychische stoornis. Zij dienen niet langer in een psychiatrisch ziekenhuis (PZ) te verblijven gezien hun stoornis gestabiliseerd is. Zij zijn echter niet in de mogelijkheid om zelfstandig te leven, het PVT biedt hen een vervangende woonvorm met aangepaste zorg en begeleiding. In tegenstelling tot een

IBW is er in een PVT constant iemand aanwezig voor de begeleiding en verzorging van de bewoners..

- ✓ De overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg hebben volgende taken:
 - Ze gaan na of er nood is aan psychiatrische voorzieningen.
 - Ze overleggen met de voorzieningen in de eigen regio over wie welke zorg aanbiedt.
 - Ze overleggen met elkaar.
 - Ze werken mee om gegevens te verzamelen over de geestelijke gezondheidszorg.
 - Ze overleggen met betrekking tot het beleid rond opname, ontslag en doorverwijzing.
 - Ze bemiddelen bij klachten.
- Huidige financieringswijze
 - ✓ De basisfinanciering van de *initiatieven beschut wonen* omvat: normpersoneel, begeleidingsgebonden werkingskosten, eenmalige installatiepremie, MPG-registratie, medische functie, dagactiviteiten, attractiviteitspremie, functiecomplement coördinator, ongemakkelijke prestaties, woon-werkverkeer en psychiatrische Zorg Thuis. Al deze elementen bepalen de verblijfsdagprijs. Omwille van de berekening is deze bij ieder IBW verschillend. De IBW factureren het volledige bedrag van de verblijfsdagprijs aan de mutualiteiten. De mutualiteiten bundelen de facturen en sturen ze naar het RIZIV. Het RIZIV laat een deel van de factuur betalen door de FOD Volksgezondheid. De bewoners betalen geen remgeld voor de behandeling en de begeleiding; ze betalen wel voor hun woonst.
 - ✓ De financiering van de *PVT* gebeurt met middelen van FOD, RIZIV en de bewoners. De bewoner betaalt voor: huisvesting, hotelkosten en algemene diensten en medicatieforfait. De federale overheid zorgt voor de financiering van het zorgpersoneel en de tussenkomst van de overheid voor PVT-bewoners. Het RIZIV staat in voor het geneesmiddelenforfait alsook een bijkomende tegemoetkoming in de betaalbaarheid.
 - ✓ De basisfinanciering van het *overlegplatform geestelijke gezondheidszorg* wordt overgemaakt als onderdeel van de B4 uit het BFM van een doorstortend ziekenhuis (= één van de psychiatrische ziekenhuizen uit het werkingsgebied van het platform, waarmee een overeenkomst wordt opgemaakt).

In het huidige systeem van financiering via het verzekeringsmodel verzekert de overheid, met tussenkomst van de verzekeringsinstellingen, de financiering van de IBW en PVT.

Nadelen huidig systeem:

- ✓ Het trimestrieel factureren aan de mutualiteiten is een omslachtige werkwijze met veel administratief werk.
- ✓ Omwille van de 100% budgetgarantie in IBW komen er soms herrekeningen van facturen van verschillende jaren terug.

Het continueren van de huidige federale regelgeving en financieringsmechanismen kan tijdens de transitiefase op twee manieren verlopen:

- ✓ Het budget wordt bij de overdracht overgeheveld naar Vlaanderen, maar de opdrachten worden voorlopig nog uitgevoerd door de FOD Volksgezondheid en het RIZIV (aan de hand van bilaterale akkoorden). Vlaanderen betaalt de federale

overheid dan om deze opdrachten verder uit te voeren, in afwachting tot Vlaanderen een alternatief systeem heeft ontwikkeld.

- ✓ Tegen de overdracht staat Vlaanderen klaar met een (tijdelijk) alternatief systeem voor de uitbetaling. Dit zou erin kunnen bestaan het budget per voorziening te bepalen op basis van het voorgaande jaar en te indexeren.

Het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg van 18 mei 1999 dient uitgebreid te worden zodat ook IBW, PVT en overlegplatforms hieronder vallen. Momenteel omvat het decreet enkel bepalingen m.b.t. de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

▪ **Tweede optie: Integratie van IBW en PVT**

Wat houdt deze optie in?

De opdrachten van een IBW en PVT liggen in eenzelfde continuüm van zorg en begeleiding. De continuïteit van de zorg voor cliënten van de geestelijke gezondheidszorg kan verbeterd worden door beide instellingen samen te brengen in 1 concept, 1 organisatie. Hierin past het idee van een 'woonzorgzone': op een centrale plaats liggen een groepswoning/zorgcentrum voor zwaar zorgbehoevende bewoners (te vergelijken met huidig PVT) dat de uitvalsbasis vormt voor de zorgverlening en begeleiding aan decentrale woningen in een beperkte straal rond deze 'woonzorgzone'. Rond dit zorgcentrum bevinden zich groepswoningen met ondersteuning bij de activiteiten van het dagelijkse leven (nu PVT), groepswoningen zonder deze continue ondersteuning (nu IBW). Vanuit ditzelfde zorgcentrum worden ook mensen met geestelijke gezondheidsproblemen begeleid die grotendeels zelfstandig wonen maar toch nog ondersteuning nodig hebben. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan het uitbouwen en onderhouden van een sociaal netwerk.

Binnen dit gemeenschappelijk kader IBW/PVT kan ook de opdracht psychiatrische zorg in de thuissituatie een plaats krijgen.

Hiervoor wordt best een zorgprogrammatie opgesteld, binnen de zorgregio's.

Wat zijn de effecten?

- Door de integratie kan Vlaanderen één coherent beleid voeren voor allerlei woon- en thuisondersteuningsvormen voor mensen met langdurige geestelijke gezondheidsproblemen.
- Voor cliënten van de geestelijke gezondheidszorg met langdurige zorgnoden ontstaat een continuüm aan zorgvormen, die zij in functie van hun wisselende behoeften kunnen aanspreken.
- Vanuit het gemeenschappelijk opgezet concept PVT/IBW en het zorgcentrum voor cliënten van geestelijke gezondheidszorg kan ook de begeleiding worden opgenomen van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen die zelfstandig wonen maar toch nog een zekere vorm van begeleiding nodig hebben.

▪ **Derde optie: Diversificatie van het aanbod voor residentiële geestelijke gezondheidszorg**

Wat houdt deze optie in?

Momenteel kunnen psychiatrische patiënten die geen ziekenhuisopname nodig hebben, maar die evenmin zelfstandig kunnen wonen, slechts terecht in een IBW of PVT. De patiënt heeft dus weinig keuze in hulpverlening. In de toekomst zouden verschillende variaties van zorgaanbod mogelijk moeten zijn op het continuüm, met aan de ene kant volledig zorgafhankelijke patiënten en aan de andere kant zelfstandig wonende patiënten.

Ook in deze optie kan het idee van een woonzorgzone worden toegepast.

In dit concept kunnen er verschillende vormen van wonen voor de patiënt ontwikkeld worden: op de campus zelf, satellietwoningen of assistentiewoningen die iets verder afgelegen zijn van de campus, en individuele begeleidingen van bewoners die zich integreren in het normale of sociale woonaanbod, los van de campus. Hierbij is er een concentratie van zorgaanbod voor een bepaalde doelgroep in een bepaald territorium, van waaruit ook outreachend kan gewerkt worden.

Deze piste van diversificatie van het aanbod kan samengaan met de samenwerking met andere sectoren zoals ouderenzorg en zorg voor personen met een handicap. Organisaties uit deze verschillende sectoren kunnen deel uitmaken van een woonzorgzone.

Wat zijn de effecten?

- Diversificatie van het aanbod biedt meer mogelijkheden om het zorgaanbod af te stemmen op de vraag en specifieke noden.
- Diversificatie kan leiden tot ontschotting, vermits inbreng vanuit andere sectoren of beleidsniveaus aangewezen is.
- Dit model genereert een toegenomen complexiteit.

▪ Vierde optie: Loskoppelen woon- en begeleidingsopdracht

Wat houdt deze optie in?

In deze optie dient het beleidsdomein Wonen en lokale huisvestingsinitiatieven dichter betrokken te worden bij de geestelijke gezondheidszorg. De IBW staan momenteel in voor zowel het wonen als begeleiden van de bewoners. Beide opdrachten kunnen meer van elkaar losgekoppeld worden.

Er kunnen afspraken gemaakt worden onder meer met het beleidsdomein Wonen opdat psychiatrische patiënten kunnen beschikken over een kwalitatieve en betaalbare huisvesting. De geestelijke gezondheidszorgactoren zouden op hun beurt dan instaan voor de begeleiding van de patiënten.

Daarnaast kan ook de opdracht activering van de IBW verder ontwikkeld worden.

De IBW hebben momenteel een bijkomende financiering voor de opdracht van activering (arbeid, vorming, vrijetijd, ontmoeting) van zowel eigen bewoners als niet-bewoners. Deze opdracht activering sluit aan bij de huidige Vlaamse initiatieven inzake arbeidszorg en projecten welzijn-wonen (W²). De ondersteuning en toeleiding van cliënten van de geestelijke gezondheidszorg naar meer arbeidsmatige activiteiten kan meer worden ondersteund door de reguliere werkactoren (VDAB, ...). Een gemeenschappelijke inzet van mensen, middelen en expertise voor cliënten van de geestelijke gezondheidszorg is dan ook aangewezen.

Wat zijn de effecten?

- De gebruiker betaalt nu reeds enkel voor de woonst, de begeleiding wordt apart gefinancierd, dus in principe is dit makkelijk los te koppelen.
- Afspraken met de huisvestingsactoren kunnen zorgen voor een betere doorstroming in de -voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. Nu blijven patiënten al te vaak in IBW of PVT omdat ze geen betaalbare woongelegenheden vinden. Op die manier komt er geen ruimte voor psychiatrische patiënten die wel nog nood hebben aan hulpverlening binnen een IBW of PVT.

▪ Vijfde optie: PVT onderbrengen in de sector woonzorgcentra

Wat houdt deze optie in?

PVT kunnen worden beschouwd als een woonzorgvorm voor een leeftijdsonafhankelijke populatie met specifieke kenmerken.⁴⁰

Het woonzorgconcept zoals dat nu bestaat in de ouderenzorg zou kunnen uitgebreid worden naar alle personen met extra noden.

Nu reeds zijn er afwijkingen op de leeftijd van 65 jaar voor opname in woonzorgcentra, ook voor bewoners met een mentale of psychische stoornis.

Met de staatshervorming wordt de Vlaamse overheid volledig bevoegd voor de sector woonzorgcentra. Ook in de discussies rond de toekomst daarvan werd de optie voor uitbreiding van de doelgroep geopperd.

Indien psychiatrische patiënten niet enkel binnen ggz-voorzieningen behandeld worden, dient er nog meer aandacht te gaan naar deskundigheidsbevordering van andere hulpverleners m.b.t. geestelijke gezondheidszorg.

Wat zijn de effecten?

- Het continuüm in zorg tussen psychiatrisch ziekenhuis, PVT en IBW wordt onderbroken door de PVT onder te brengen in de sector woonzorgcentra
- Momenteel is er weinig deskundigheid inzake geestelijke gezondheidszorg in de RVT's; dit zal dan moeten opgebouwd/uitgebreid worden
- Positief is dat er meer aandacht zal zijn voor somatische problematieken van PVT-bewoners
- Financieringsmechanismen zullen op elkaar moeten afgestemd worden. Zo wordt in PVT momenteel de woonkost betaald door de federale overheid, terwijl in de woonzorgcentra deze ten laste valt van de bewoner. Er moet rekening gehouden worden met de (financiële) implicaties van het wegwerken van dergelijke verschillen in deze optie. De betaalbaarheid voor de PVT-bewoners moet hierbij worden gegarandeerd.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

De nieuwe bevoegdheden inzake geestelijke gezondheidszorg sluiten nauw aan bij de huidige Vlaamse bevoegdheden terzake en worden dan ook best ingekanteld bij het beleidsdomein dat nu reeds bevoegd is voor gezondheid, met name Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Binnen de administratie is het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid momenteel reeds bevoegd voor planning en erkenning van de IBW, PVT en overlegplatforms.

▪ Opties voor beheer

Wat houdt deze optie in?

Verzekeringsmodel vs overheidsmodel: zie beschrijving van de verschillende modellen in de inleiding bij deel 2.

⁴⁰ Zie ook deel ouderenbeleid, tweede optie c) voor een uitgebreidere beschrijving van dit model

▪ Opties voor financiering ⁴¹

Wat houdt deze optie in?

Optie 1: Nuloptie

Dit betekent het verderzetten van het huidige systeem waarbij de overheid, met tussenkomst van de verzekeringsinstellingen, de financiering van de IBW en PVT garandeert.

Nadelen huidige systeem:

- Het trimestrieel factureren aan de mutualiteiten is een omslachtige werkwijze. Dit vereist veel administratief werk.
- Omwille van de 100% budgetgarantie in IBW komen er soms herrekeningen van facturen van verschillende jaren terug.

Optie 2: Enveloppefinanciering

In deze optie wordt het budget per voorziening bepaald en jaarlijks aangepast aan de index en de anciënniteit van het personeel.

Bij de IBW zijn alle vergoedingen, met uitzondering van de vergoedingen voor de arbeidsduurvermindering in het kader van de eindeloopbaan, forfaitair per erkende plaats of per VTE. Bovendien heeft het IBW een 100% budgetgarantie. Het zou dus vrij eenvoudig kunnen zijn om het budget per IBW te bepalen en maandelijks of driemaandelijks uit te betalen. Bij uitbreiding van de capaciteit van de voorziening moet het bedrag wel opnieuw berekend worden.

Ook voor het concept van de woonzorgzones kan dit financieringssysteem worden toegepast: Deze woonzorgzone zou dan in zijn geheel kunnen gefinancierd worden door de overheid (regionaal geresponsabiliseerde enveloppefinanciering). Iedere woonzorgzone kan dit – vast – budget dan autonoom besteden en zou dan zelf kunnen bepalen hoeveel zorg ze van elke vorm nodig heeft.

In dit scenario gebeurt de volledige uitbetaling rechtstreeks door de administratie.

Optie 3: Prestatiefinanciering

Prestatiefinanciering is een andere te overwegen optie, die in principe relatief makkelijk en snel kan worden ingevoerd, aangezien de financiering van de woonfunctie enerzijds (betaald door de gebruiker) en de begeleiding vanuit GGZ anderzijds (betaald door de overheid) reeds opgesplitst is.

Optie 4: Persoonsgerichte financiering

Bij persoonsgerichte financiering wordt aan de gebruiker (of zijn mantelzorger) een bepaald budget toegekend in functie van zijn individuele zorgbehoefte; de gebruiker kan hiermee dan zelf zijn zorg kiezen. Dit budget kan ook onder de vorm van een voucher of trekkingsrechten beschikbaar worden gesteld.

Deze optie biedt de mogelijkheid voor maximale diversificatie: enerzijds betaalt de gebruiker (of mantelzorger) – zoals nu reeds – zelf voor de woonfunctie, anderzijds kan hij zijn zorg aankopen in functie van zijn behoeften.

Een voorwaarde is wel dat er een systeem wordt opgezet van voorafgaandelijke indicatiestelling voor het bepalen van de specifieke zorgnoden, bij voorkeur door een onafhankelijke instantie .

⁴¹ Voor een uitgebreidere beschrijving van de verschillende modellen verwijzen we naar de inleiding bij deel 2

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

De nieuwe bevoegdheden inzake geestelijke gezondheidszorg sluiten nauw aan bij de huidige Vlaamse bevoegdheden terzake en worden dan ook best ingekanteld bij het beleidsdomein dat nu reeds bevoegd is voor gezondheid, met name Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

▪ Opties voor de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg

Wat houdt deze optie in?

De werking van de vijf overlegplatforms in Vlaanderen verschilt sterk van elkaar. Sinds de oprichting van de overlegplatforms in 1990 is de geestelijke gezondheidszorg sterk geëvolueerd. De opdrachten van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg dienen dan ook herdacht te worden i.k.v. de nieuwe ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Hun positie dient gesitueerd te worden t.o.v. diverse organisaties: provincies, projecten 107, Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg (VVGG), koepelorganisaties,...

We dienen tijdens de transitiefase te reflecteren over de toekomst van de overlegplatforms. Er zijn volgende opties:

Optie 1: behouden van de opdrachten en financieringswijze in huidige vorm: zie nulloptie.

De Vlaamse overheid bepaalt jaarlijks het budget per overlegplatform. Dit wordt rechtstreeks uitbetaald aan het overlegplatform, en niet meer via een psychiatrisch ziekenhuis. De overlegplatforms zijn echter zelf vragende partij om hun opdrachten aan te passen.

Optie 2: integreren van de overlegplatforms in andere structuren binnen de gezondheidszorg.

Er bestaan veel verschillende overlegfora op verschillende niveaus. Tussen instellingen (vb. overlegplatform GGZ), rond één patiënt (vb. overleg psychiatrische patiënt),... zowel binnen als buiten de geestelijke gezondheidszorg.

Door de staatshervorming doet zich de opportuniteit voor om tot een betere integratie te komen tussen de verschillende overlegfora die naar de gemeenschappen worden overgeheveld, vb. tussen de geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnszorg.

Optie 3: afschaffen van de overlegplatforms en het budget gebruiken om te investeren in voorzieningen.

De overlegplatforms bestaan meer dan 20 jaar. In die periode zijn de werkingen sterk gaan verschillen van provincie tot provincie. De invloed en het nut van de overlegplatforms is dan ook verschillend.

In het kader van de projecten rond vorming van zorgcircuits- en netwerken (projecten 107) werken voorzieningen sinds kort meer samen op niveau van de werkingsgebieden van de projecten. De vraag stelt zich dan ook of de overlegplatforms moeten blijven gefinancierd worden. Indien niet, kan beslist worden om het aldus vrijgekomen budget (meer dan 1 miljoen euro) te investeren in een ruimer aanbod geestelijke gezondheidszorg.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

De nieuwe bevoegdheden inzake geestelijke gezondheidszorg sluiten nauw aan bij de huidige Vlaamse bevoegdheden terzake en worden dan ook best ingekanteld bij het

beleidsdomein dat nu reeds bevoegd is voor gezondheid, met name Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Binnen de administratie is het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid momenteel reeds bevoegd voor planning en erkenning van de IBW, PVT en overlegplatforms.

HOOFDSTUK 4. PREVENTIEF GEZONDHEIDSBELEID

Wat zal er veranderen aan de Vlaamse bevoegdheid?

▪ Vóór de zesde staatshervorming

In principe is het preventieve gezondheidsbeleid sinds de staatshervorming van 1980 reeds de volledige bevoegdheid van de gemeenschappen, op een (beperkt) aantal uitzonderingen na. Zo is de verplichte poliovacinatie nog een federale bevoegdheid. In de praktijk wordt dit vaccin zo goed als altijd in combinatie met andere vaccins in eenzelfde spuitje toegediend. De opvolging van deze verplichte vaccinatie gebeurt wel door de federale overheid.

De juridische basis voor het Vlaams beleid ter zake is het *decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidszorgbeleid*. Daarin worden een aantal fundamentele beleidsinstrumenten vastgelegd: het werken met gezondheidsconferenties en gezondheidsdoelstellingen, de erkenning en financiering van Logo's, partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking, de Vlaamse werkgroepen, de organisatie van bevolkingsonderzoeken, ...

In de praktijk zijn er echter nog veel hefbomen op het federale niveau: de bevoegdheden inzake productnormering, etikettering, gezondheidswaarschuwingen, taxatie en prijzenpolitiek, regels inzake reclame en aanbodsbeperkingen, ... Bovendien is voor heel wat strategieën de medewerking nodig van gezondheidsprofessionals (huisartsen, specialisten, apothekers, tandartsen...), die vandaag voor hun erkenning, organisatie en financiering afhankelijk zijn van de federale overheid en van het RIZIV.

Om een effectief beleid te kunnen voeren op bevolkingsniveau, is dan ook bijna altijd de medewerking nodig van het federale niveau. In de loop der jaren werden verschillende pogingen gedaan om het beleid van de verschillende overheden op elkaar af te stemmen. Voorbeelden hiervan zijn de *protocolakkoorden tussen de federale overheid en de overheden bedoeld in artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake borstkankeropsporing en preventie*. Dit protocolakkoord biedt een algemeen kader dat de gemeenschappen moet toelaten hun preventieprogramma's te realiseren door de ondersteuning van middelen uit de ziekteverzekering met respect voor ieders bevoegdheden. De organisatie van de preventieprogramma's gebeurt uitsluitend door de gemeenschappen.

▪ Na de zesde staatshervorming

Tekst institutioneel akkoord (p. 34):

"Homogenisering van het preventiebeleid:

Alleen de deelstaten kunnen preventie-initiatieven nemen. Als die preventieve acties de medewerking vragen van zorgverstrekkers door middel van terugbetaalde prestaties (bv. screeningshonoraria of het honorarium voor het toedienen van een vaccin) dan kunnen die prestaties vanuit het RIZIV worden gehonoreerd. Dit kan op asymmetrische wijze met het RIZIV worden overeengekomen.

De middelen die momenteel federaal worden ingezet voor preventie worden overgedragen, alsook het Fonds ter bestrijding van verslavingen."

Voorgestelde wetteksten:

✓ Nieuw artikel 5, § 1, I, eerste lid, 8° BWHI:

"§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

I. Wat het gezondheidsbeleid betreft :

8° de gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, evenals alle preventie-initiatieven inzake de preventieve gezondheidszorg;”

De gemeenschappen zijn momenteel al bevoegd voor de gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, met uitzondering van de nationale maatregelen inzake profylaxis. Voortaan zullen alleen de gemeenschappen preventie-initiatieven kunnen nemen.

De middelen die momenteel federaal worden ingezet voor preventie zullen worden overgedragen aan de gemeenschappen. Ook het Fonds ter bestrijding van verslavingen zal worden overgedragen aan de gemeenschappen.

Als die preventieve acties de medewerking vragen van zorgverstrekkers door middel van terugbetaalde prestaties (bijvoorbeeld screeningshonoraria of het honorarium voor het toedienen van een vaccin) dan kunnen die prestaties vanuit het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) worden gehonoreerd. Dit kan op asymmetrische wijze met het RIZIV worden overeengekomen.

▪ Wat moet nog besproken worden?

De bevoegdheidsverdeling inzake preventie is duidelijk (enkel de gemeenschappen kunnen nog initiatieven nemen), het bijhorende financiële plaatje bevat echter nog onduidelijkheden. De implementatie van deze bevoegdheid zal bijgevolg nog verder overleg vragen met de federale overheid inzonderheid met betrekking tot de financiële en budgettaire afspraken.

Inzake vaccins:

- Worden de vaccins die momenteel via de apotheek verkocht worden (met terugbetaling door RIZIV) na de staatshervorming ook als onderdeel van preventie beschouwd? De tekst stelt “De federale overheid blijft bevoegd voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering, en dus voor de prestaties van individuele vaccinatie en screening die niet het voorwerp uitmaken van een screenings- of vaccinatiecampagne”. Het gaat het enkel over de “prestaties”. Het is onduidelijk hoe het dan zal zijn met eventuele terugbetalingsmodaliteiten zoals momenteel het geval is (via RIZIV en mutualiteiten) voor de aankoop in de apotheek, zeker ook voor vaccins die aanmerking kunnen komen voor een vaccinatieprogramma
- Als het aantal vaccins in het vaccinatieprogramma wordt uitgebreid op advies van de Hoge Gezondheidsraad, zal dit dan een effect hebben op de dotatie aan de Gemeenschappen?
- Wat met de vaccinaties tegen rotavirus? Dit is een aanbevolen vaccin door de Hoge Gezondheidsraad voor toevoeging aan de vaccinatiekalender. Het is echter nog niet door de ministers in de (gemeenschappelijke) kalender opgenomen voor de vaccinatieprogramma’s ter gelegenheid van een Interministeriële Conferentie.
- Wat met nieuwe vaccins in de toekomst?

In de memorie van toelichting bij het voorstel van bijzondere wet m.b.t. de Zesde Staatshervorming wordt gesteld (p. 43): “De middelen die momenteel federaal worden ingezet voor preventie zullen worden overgedragen aan de gemeenschappen”. In de praktijk lijken alleen volgende middelen te worden overgedragen: de vaccins, tabaksontwenning, het fonds ter bestrijding van verslavingen, een deel van de middelen van het nationaal voedingsplan, en een in 2014 aflopend project in scholen m.b.t. mondzorg.

De tekst stelt ook (p.43): “Als de preventie-initiatieven van de gemeenschappen de medewerking vragen van zorgverstrekkers door middel van terugbetaalde prestaties (bijvoorbeeld screeningshonoraria of het honorarium voor het toedienen van een vaccin) kunnen deze prestaties vanuit de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden gehonoreerd. Deze terugbetaling kan op asymmetrische wijze met het RIZIV worden overeengekomen.”

▪ Aandachtspunten

- Een aantal van de betrokken activiteiten worden momenteel gefinancierd op een projectmatige basis, en met eenjarige subsidies, terwijl het in feite gaat om permanente dienstverleningen aan de bevolking (bv. de Tabakstoplijn), of activiteiten die de pilootfase voorbij zijn en wachten op structurele financiering. De continuïteit van deze activiteiten moet gewaarborgd blijven.
- Met betrekking tot bevolkingsonderzoeken (de afspraken in het zogenaamde “preventieprotocol”) leeft de bekommernis dat een protocolakkoord uiteindelijk een zwak juridisch instrument blijft, dat elke partij op elk moment kan opzeggen. En dit terwijl het opzetten van een bevolkingsonderzoek een inspanning op lange termijn vergt. Ook hier moet continuïteit worden gewaarborgd.
- Er blijft onduidelijkheid over enerzijds de overdracht van middelen en anderzijds (asymmetrische) overeenkomsten m.b.t. financiering vanuit het RIZIV en over de al of niet definitieve overdracht van middelen voor een bepaald item. Bij een niet-evolutieve overdracht van middelen voor een beleidsthema dat in volle ontwikkeling is, dreigt een onderfinanciering ten aanzien van de gemeenschappen.
- Er bestaat een reëel risico voor onderfinanciering indien de volledige bevoegdheid inzake vaccins overkomt, maar niet voldoende financiering wordt voorzien. Wat met eventuele nieuwe vaccins die in de toekomst zullen geregistreerd worden en waarvoor de Hoge Gezondheidsraad een aanbeveling geeft voor veralgemeende vaccinatie? Worden deze dan verder via de federale overheid verdeeld via de apotheken en eventueel gedeeltelijk terugbetaald via het RIZIV met middelen uit de sociale zekerheid zoals nu het geval is? Of komt dit direct naar de gemeenschappen, met extra middelen of zonder extra middelen? Mogelijk moet toch een procedure voorzien worden, wellicht via een interministeriële conferentie, om financiële afspraken te maken indien de preventie-inspanningen van een Gemeenschap leiden tot minder ziektekosten voor de federale overheid en de ziekteverzekering. Zo zouden bijvoorbeeld wanneer de noodzaak zich voordoet om nieuwe vaccinaties toe te voegen aan het vaccinatieprogramma van de Gemeenschappen, hiervoor de middelen moeten kunnen worden voorzien. Vaccinatie binnen een georganiseerd programma kan ook doelmatiger zijn dan via terugbetalingsmodaliteiten van het RIZIV.

Welke nieuwe beleidsopties kan Vlaanderen nemen met betrekking tot het preventiebeleid exclusief vaccinatie?

Optie 1 (Nuloptie): Continueren van de jaarlijkse, projectmatige financiering van de activiteiten rond de verschillende thema's en van de afspraken in het protocolakkoord.

Optie 2: Integratie van activiteiten in het bestaande Vlaamse beleid (gezondheidsdoelstellingen, actieplannen, ...) en een verbeterde, geïntegreerde en structureel gefinancierde dienstverlening.

- **Eerste optie: Continueren van de jaarlijkse, projectmatige financiering van de activiteiten rond de verschillende thema's en van de afspraken in het protocolakkoord**

Wat houdt deze optie in?

Na analyse van de documenten en overleg met diverse stakeholders, gaan we ervan uit dat de volgende items en budgetten moeten overkomen naar Vlaanderen:

Naam	Beschrijving
Federaal fonds voor de	Fonds binnen het RIZIV voor het financieren van innovatieve

bestrijding van de verslavingen (luik tabak) ⁴²	projecten op het gebied van roken. Ongeveer de helft van het budget gaat naar de financiering van de vaste werking van de Tabakstoplijn. De andere helft naar campagnes en diverse werkingen rond rookstop bij specifieke doelgroepen. Jaarlijkse oproep, met beoordeling door een gemengd comité van experts. Subsidies van één jaar, verlenging mogelijk.
Consultaties tabaksonontwenning	Rokers die willen stoppen en zich laten bijstaan door hun huisarts of door een erkende tabakoloog, kunnen van het RIZIV een beperkte terugbetaling krijgen voor consultaties. Huisartsen vallen automatisch binnen het systeem, andere moeten een interuniversitaire opleiding tabacologie hebben gevolgd. Financiering is per prestatie en gebeurt door het RIZIV.
Mondgezondheidszorg	'Glimlachen': project gericht op het informeren en sensibiliseren van jongeren.
Nationaal Voedings- en gezondheidsplan (NVGP)	Plan rond gezonde voeding, uitgewerkt door de federale minister voor Volksgezondheid, waarin ook een aantal preventieve activiteiten waren opgenomen.
Bevolkingsonderzoeken	Voor een bespreking hiervan, zie supra ('aandachtspunten')

- Projectmatige financieringen

Het is in principe mogelijk om de activiteiten in kwestie vanuit Vlaanderen verder te financieren op basis van jaarlijkse, facultatieve subsidies. Dit kan gebeuren vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. De doelgroepen blijven dan, zoals nu het geval is, diverse organisaties die werken rond deze thematiek, naar de bevolking en naar intermediairen.

- Prestatiefinanciering

Terugbetalingen consultaties tabacologie: ook hier is een verderzetting van het huidige model mogelijk waarbij de Vlaamse Gemeenschap de kosten financiert en een overeenkomst maakt met het RIZIV om de uitbetalingen te doen. Een alternatief is de terugbetaling te laten verlopen via de ziekenfondsen. Gezien het aantal prestaties wellicht zal toenemen en het budget niet, betekent dit een extra belasting voor de Vlaamse begroting. Ook zal een deel van het budget moeten aangewend worden om de uitbetalingskosten te betalen, tenzij dit 'horizontaal' (zie verder) wordt geregeld.

Bevolkingsonderzoeken: hier kunnen we uitgaan van het principe dat de Vlaamse Gemeenschap verantwoordelijk blijft voor de organisatie van de specifieke programma's, en het RIZIV voor de terugbetaling van de prestaties.⁴³

Wat zijn de effecten?

- Projectmatige financieringen

Deze manier van werken heeft verschillende nadelen:

- ✓ Voor de organisaties in kwestie creëren de korte termijnen (jaarlijkse subsidie) een context van onzekerheid. Er is een hoog personeelsverloop, en dus een verlies van expertise.

⁴² Het luik alcohol en drugs wordt mee behandeld in hoofdstuk 7, afdeling 2. Revalidatie verslaafden

⁴³ Zie memorie van toelichting bij het voorstel van bijzondere wet m.b.t. de Zesde Staatshervorming (p. 5): "Als die preventieve acties de medewerking vragen van zorgverstrekkers door middel van terugbetaalde prestaties (bijvoorbeeld screeningshonoraria of het honorarium voor het toedienen van een vaccin) dan kunnen die prestaties vanuit het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) worden gehonoreerd. Dit kan op asymmetrische wijze met het RIZIV worden overeengekomen."

- ✓ Deze zogenaamd projectmatige manier van werken, verhult ook de realiteit dat vele van deze activiteiten in de feiten een reguliere, permanente dienstverlening naar de bevolking zijn. Het verhindert ook een meer efficiënte integratie in of aansluiting bij de bestaande, reguliere structuren voor preventie, wat een nadeel is voor de burger.
- ✓ Voor het agentschap is het tijdrovend om te werken met een veelheid aan kleine, facultatieve subsidies.

- Prestatiefinanciering

Gezien het aantal prestaties voor terugbetalingen consultaties tabacologie wellicht zal toenemen en het budget niet, betekent dit een extra belasting voor de Vlaamse begroting. Ook zal een deel van het budget moeten aangewend worden om de uitbetalingskosten te betalen, tenzij dit 'horizontaal' (zie verder) wordt geregeld.

Indien het huidige systeem inzake bevolkingsonderzoeken zoals beschreven in het preventieprotocol niet behouden blijft, zou dat betekenen dat de Vlaamse Gemeenschap als enige verantwoordelijk wordt voor het organiseren en financieren van de programma's. In dat geval is de vraag of de Vlaamse Gemeenschap in de toekomst, en dus bij participatieverhoging en ook bij nieuwe bevolkingsonderzoeken, verantwoordelijk wordt voor alle kosten. Dit zou een aanzienlijke financiële impact hebben.

- **Tweede optie: Integratie van activiteiten in het bestaande Vlaamse beleid en een verbeterde, geïntegreerde en structureel gefinancierde dienstverlening**

Wat houdt deze optie in?

- Van projectmatige financieringen naar structurele financiering

Voor de activiteiten die op dit moment al nauw aansluiten bij bestaande Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, actieplannen of thema's, is de meest logische piste om ze te integreren in het bestaande Vlaamse beleid. Het gaat dan met name over activiteiten in het kader van voeding en beweging en tabak (het Fonds voor de bestrijding van verslavende middelen (tabak), preventie mondgezondheidszorg, NVGP).

Activiteiten die van oorsprong vanwege hun innovatieve karakter projectmatig werden gefinancierd, maar die ondertussen al jarenlang een vaste service aanbieden aan het publiek, en die positief zijn geëvalueerd, moeten een structurele erkenning en financiering krijgen. Dit is mogelijk op basis van de huidige regelgeving (preventiedecreet).

Het vastleggen van de erkennings- en financieringscriteria in een beheersovereenkomst, maakt het ook mogelijk om aan te sturen op een betere afstemming met andere actoren rond hetzelfde thema, en om dwarsverbanden te leggen tussen thema's onderling.

- Prestatiefinancieringen

Terugbetaling consultaties tabaksontwenning: het overkomen van deze activiteit creëert een gelegenheid om één en ander te herdefiniëren. Het huidige systeem kent een aantal mankementen:

- ✓ De vraag kan gesteld worden of het vergoeden van prestaties zonder specifieke opleiding een goede zaak is.
- ✓ Groepswerkingen, telefonische en online begeleiding zouden ook moeten kunnen ingepast worden in het systeem, volgens specifieke regels.
- ✓ De monitoring van activiteiten (outcome, kwaliteit, effect) kan beter.

Een systeem van (gedeeltelijke) prestatiefinanciering kan behouden blijven, maar dan wel met meer flexibiliteit dan nu het geval is. De volgende aandachtspunten zijn daarbij belangrijk:

- ✓ Sinds de start van de terugbetalingen is het aantal prestaties sterk toegenomen, Wellicht is het aangewezen om de instroom van erkende tabakologen te beperken, en te streven naar een beperkte groep gespecialiseerde mensen met een grote praktijk (in plaats van een zo groot mogelijke groep, met kleine praktijk).
- ✓ Tabakologen zouden, zoals iedereen die werkzaam is binnen de gezondheidszorg, goed ingebed moeten zijn in een ruimer netwerk van gezondheidswerkers van verschillende disciplines, en die werken rond verschillende thema's (globale context gezonde levensstijl).
- ✓ Mensen met een lage socio-economische status (inclusief mensen in armoede) zijn een cruciale doelgroep voor rookstop. Rookstop bij deze groep is mogelijk, maar vraagt een aanzienlijke meerinvestering. Toekomstige systemen moeten aandacht hebben voor de financiële drempels en er moet een generieke regeling komen voor nicotinesubstitutie therapie (NST), die momenteel niet wordt terugbetaald. Dit laatste blijft een federale bevoegdheid.
- ✓ Een degelijke opleiding en ondersteuning van tabakologen is cruciaal. De huidige interuniversitaire opleiding moet voldoende worden gefinancierd. Navorming en intervisie voor afgestudeerden is nodig en moet verder worden uitgebouwd. Daarbij moet de nadruk blijven liggen op de toepassing van wetenschappelijk onderbouwde methodieken, op maat van de persoon die zich aanbiedt (wel richtlijnen, geen protocollering).
- ✓ Gezien het aantal prestaties wellicht zal toenemen en het budget niet, betekent dit een extra belasting voor de Vlaamse begroting. Er moet een oplossing gevonden worden zodat een maximumbudget (plafond) voor deze prestaties kan worden bepaald.

Bevolkingsonderzoeken

- ✓ Een aantal onduidelijkheden inzake bevoegdheden en rolverdeling (zeker in Brussel) zullen moeten uitgeklaard worden. De wederzijdse afhankelijkheid tussen de Vlaamse Gemeenschap en het federale niveau - in het bijzonder het RIZIV - blijft groot.
- ✓ Belangrijk is dat de mogelijkheid blijft bestaan om een preventieprotocol asymmetrisch uit te breiden naar andere, nieuwe thema's. De teksten van de Bijzondere Wet creëren hier onvoldoende duidelijkheid over.
- ✓ Wanneer een nieuw instituut op poten wordt gezet, dat een antwoord moet bieden op de grote uitdagingen op het vlak van gezondheid, moeten we erover waken dat de Vlaamse invloed voldoende is, en dat er in de opdrachten van het instituut de juiste inhoudelijke accenten worden gelegd. Het gaat dan vooral over meerjarige financiering, efficiëntie van de organisatiemodellen, incentives voor kosteneffectiviteit, gezondheidseconomische analyse van nieuwe initiatieven.

Welke nieuwe beleidsopties kan Vlaanderen nemen met betrekking tot vaccinatie?

Bij het evalueren van de opties is het prioritair dat de Vlaamse gezondheidsdoelstelling vaccinaties en het bijhorende actieplan zo volledig mogelijk gerealiseerd worden.

De vernieuwde gezondheidsdoelstelling wordt in het algemeen als volgt geformuleerd:

“Tegen 2020 moet een kwaliteitsvol vaccinatiebeleid in Vlaanderen erop gericht zijn de bevolking gedurende het hele leven doeltreffend te beschermen tegen vaccineerbare infectieziekten die een ernstige impact kunnen hebben op de levenskwaliteit.”

Tevens werden subdoelstellingen geformuleerd voor verschillende doelgroepen: voor vaccinatie van kinderen en jongeren, voor vaccinatie van volwassenen, voor vaccinatie van 65-plussers, voor vaccinatie en reizen en voor vaccinatie en de werksituatie.

Optie 1 (Nuloptie): Voortzetting van het huidige beleid.

Hierbij wordt uitgegaan van het status quo, waarbij de middelen van de federale overheid integraal naar de Vlaamse overheid gaan voor de vaccins in het vaccinatieprogramma waarbij medefinanciering gebeurt via het RIZIV. Vlaanderen voorziet verder ook de vaccinaties waarbij het RIZIV niet betrokken is, met name de herhalingsinenting tegen difterie en tetanus voor volwassenen en griepvaccinaties voor bewoners van woonzorgcentra.

Optie 2: Minimalistisch scenario.

Voor het vaccinatieprogramma worden de beschikbare gratis vaccins beperkt tot wat nu in het medegefinancierde aanbod zit. Er worden geen (momenteel door Vlaanderen gefinancierde) gratis vaccins meer voorzien voor herhalingsinenting tegen tetanus en difterie voor volwassenen en geen gratis griepvaccins meer voor de bewoners van woonzorgcentra.

Optie 3: Beperkt aanbod met verschillende mogelijkheden.

Voor het vaccinatieprogramma worden de beschikbare gratis vaccins beperkt tot wat nu in het medegefinancierde aanbod zit. Er worden geen gratis vaccins meer voorzien voor herhalingsinenting tegen tetanus en difterie voor volwassenen en eventueel geen griepvaccins meer voor de bewoners van woonzorgcentra. Wel worden andere vaccins voorzien, bv. voor vaccinatie van zwangeren tegen kinkhoest en eventuele cocoonvaccinatie.

Optie 4: Uitgebreid aanbod met verschillende mogelijkheden

De financiering van alle vaccins in het vaccinatieprogramma komt over naar Vlaanderen, inclusief de middelen voor HPV-vaccins (kankerpreventie). Dit kan aangevuld worden met andere door de Hoge Gezondheidsraad aanbevolen vaccins. Daarnaast blijft Vlaanderen de gratis herhalingsinenting tegen difterie en tetanus voor volwassenen voorzien, evenals griepvaccinatie voor bewoners van woonzorgcentra.

▪ **Eerste optie: Voortzetting van het huidige beleid**

Wat houdt deze optie in?

Vaccinatie is één van de belangrijkste preventieprogramma's.

Het basisvaccinatieschema bevat de aanbevolen vaccinaties die kinderen zouden moeten krijgen om optimaal beschermd te zijn tegen bepaalde infectieziekten. Het schema bepaalt de beste vaccinatiemomenten voor elk van deze vaccins.

Alle vaccins in het vaccinatieprogramma worden via overheidsopdrachten aangekocht en gratis ter beschikking gesteld van alle vaccinatoren: huisartsen, kinderartsen, Kind en Gezin, Centra voor Leerlingenbegeleiding, ...

Andere vaccins zijn, meestal op voorschrift, te koop in de apotheek, sommige met gedeeltelijke terugbetaling via het RIZIV.

Er zijn ook een aantal vaccins die gefinancierd worden door de federale overheid via het Fonds voor Beroepsziekten omwille van een specifiek risico in het kader van het uitoefenen van een beroep. Dit laatste blijft een federale bevoegdheid.

In deze optie wordt uitgegaan van het status quo, waarbij de middelen van de federale overheid integraal naar de Vlaamse overheid gaan voor de vaccins in het vaccinatieprogramma waarbij tot nu toe medefinanciering gebeurt via het RIZIV. Voor de

vaccins in het algemene vaccinatieprogramma en voor de vaccins tegen HPV komt het RIZIV tot nu toe tussen voor 2/3 van de kostprijs voor aankoop en leveren van de vaccins. De kost voor de raadpleging bij een vaccinator buiten de georganiseerde preventiediensten (Kind en Gezin en de Centra voor Leerlingenbegeleiding) blijft ten laste van het RIZIV.

- ✓ Voor het algemene vaccinatieprogramma (zonder vaccins tegen HPV en rotavirus): 16.500.000 euro per jaar (voorzien door het RIZIV volgens KB).
- ✓ Voor de vaccins tegen HPV: voor 2013 geraamd bedrag: 1.305.920 euro.
- ✓ Vlaanderen blijft de herhalingsinenting tegen tetanus en difterie voor volwassenen bekostigen evenals de vaccins tegen seizoensgriep voor de bewoners van de erkende woonzorgcentra in Vlaanderen. Dit laatste gebeurt sedert 2010 wat een jaarlijkse winst voor het RIZIV betekent van bijna 400.000 euro.
- ✓ Bij deze optie blijven alle andere vaccins met hun eventuele terugbetalingsmodaliteiten via het RIZIV en de mutualiteiten zoals het was, dus verkrijgbaar via de apotheek, al dan niet met gedeeltelijke terugbetaling.

Wat zijn de effecten?

Deze optie bevestigt het huidige beleid en heeft geen invloed op bereikte doelgroepen of voor de verschillende vaccinatoren.

▪ Tweede optie: Minimalistisch scenario

Wat houdt deze optie in?

Voor het vaccinatieprogramma worden de beschikbare gratis vaccins beperkt tot wat nu in het medegefinancierde aanbod zit. Er worden geen gratis vaccins meer voorzien voor herhalingsinenting tegen tetanus en difterie voor volwassenen en geen griepvaccins meer voor de bewoners van woonzorgcentra.

Financieel:

- ✓ De middelen die het RIZIV nu spendeert, komen over naar Vlaanderen voor de actuele basisvaccinaties: 17,806 miljoen euro
 - 16,500 miljoen euro algemene vaccins
 - 1,306 miljoen euro (2013) voor HPV-vaccins
- ✓ Verder:
 - Stop gratis herhalingsinenting tegen difterie en tetanus voor volwassenen
 - Stop gratis griepvaccins WZC

Dit betekent een besparing voor de Vlaamse overheid, maar een meerkost voor het RIZIV (ongeveer 1,8 miljoen euro).

Dit is echter niet in lijn met de gezondheidsdoelstelling (GD) vaccinaties met bijhorend actieplan (levenslang vaccineren).

Wat zijn de effecten?

- minder gratis vaccins;
- de gezondheidsdoelstelling wordt mogelijk niet gehaald;
- voor Vlaanderen betekent het een financiële besparing;
- deze optie heeft een meerkost voor het RIZIV tot gevolg.

▪ **Derde optie: Beperkt aanbod met verschillende mogelijkheden**

Wat houdt deze optie in?

Voor het vaccinatieprogramma worden de beschikbare gratis vaccins beperkt tot wat nu in het medegefinancierde aanbod zit. Er worden geen gratis vaccins meer voorzien voor herhalingsinenting tegen tetanus en difterie voor volwassenen en eventueel geen griepvaccins meer voor de bewoners van woonzorgcentra. Vlaanderen kan er dan voor opteren om deze middelen aan te wenden voor nieuwe accenten in het vaccinatiebeleid, bv. voor vaccinatie van zwangeren tegen kinkhoest en eventuele cocoonvaccinatie (de vaccinatie van alle volwassenen in de nabije omgeving van zuigelingen, in eerste instantie van jonge ouders voor bescherming van de zuigelingen).

Financieel:

- ✓ De middelen die het RIZIV nu spendeert komen over naar Vlaanderen voor de actuele basisvaccinaties: 17,806 miljoen euro
 - 16,500 miljoen euro algemene vaccins
 - 1,306 miljoen euro (2013) voor HPV-vaccins
- ✓ Door het schrappen van de gratis herhalingsinenting tegen difterie en tetanus voor volwassenen en griepvaccins voor residenten in woonzorgcentra komen aan Vlaamse zijde extra middelen vrij.

Wat zijn de effecten?

- Er vindt er verschuiving van doelgroepen voor gratis vaccins plaats;
- Er bestaat een mogelijkheid om de gezondheidsdoelstelling te realiseren;
- Er komen middelen vrij op Vlaams niveau;
- Er is geen impact op het federaal niveau.

▪ **Vierde optie: Uitgebreid aanbod met verschillende mogelijkheden**

Wat houdt deze optie in?

In deze optie wordt uitgegaan van het huidig vaccinatiebeleid, waarbij wordt voortgebouwd op de basisvaccinaties en de mogelijkheden voor uitbreiding hiervan wordt onderzocht. Het vaccinatieprogramma wordt aangevuld met, bijvoorbeeld, de vaccinatie tegen rotavirus voor babyvaccinatie. De rotavirusvaccinatie, die al vrij algemeen gegeven wordt, komt dan binnen het vaccinatieschema. Dit werkt financiële drempels weg en leidt tot meer gelijkheid in het aanbod voor alle baby's. Daarnaast worden door Vlaanderen blijvend herhalingsinenting tegen difterie en tetanus voor volwassenen voorzien, en griepvaccinatie voor bewoners van woonzorgcentra.

Financiering:

- ✓ De financiering van alle vaccins in het vaccinatieprogramma komt over naar Vlaanderen
- ✓ Het vaccinatieprogramma wordt aangevuld met de vaccinatie tegen rotavirus, mits de middelen die het RIZIV nu uitgeeft voor de terugbetaling van deze vaccins overkomen naar Vlaanderen. Voor alle overheden samen zou dit in alle geval een betere kosteneffectiviteit betekenen.
- ✓ Vlaanderen financiert nu de herhalingsinenting tegen tetanus en difterie (eventueel aangevuld met kinkhoest) voor volwassenen evenals de vaccins tegen seizoensgriep voor de bewoners van woonzorgcentra. Indien de middelen die het RIZIV hierdoor nu uitspaart effectief naar Vlaanderen komen, kunnen nieuwe accenten gelegd worden

in het vaccinatiebeleid. In Vlaanderen zou ervoor geopteerd kunnen worden om alle zwangere vrouwen te vaccineren tegen kinkhoest.

Dit biedt mogelijkheden om het vaccinatieprogramma verder uit te breiden of andere accenten te leggen naar de toekomst toe. Op die manier hebben we meer garanties voor de realisatie van een kwaliteitsvol vaccinatiebeleid in Vlaanderen (Vlaamse gezondheidsdoelstelling). Dat vaccinatiebeleid is erop gericht de bevolking gedurende het hele leven doeltreffend te beschermen tegen vaccineerbare infectieziekten die een ernstige impact kunnen hebben op de levenskwaliteit.

Wat zijn de effecten?

- Meer gratis vaccins;
- De realisatie van de gezondheidsdoelstelling en het actieplan zijn mogelijk;
- Vlaanderen beschikt over meer middelen;
- Er is een overdracht van middelen van het RIZIV nodig

Samenvatting van de effecten van de verschillende opties

Impact op	Eerste optie minimalistisch	Tweede optie beperkt aanbod	Derde optie Uitgebruikt aanbod
Aanbod naar burger	Minder gratis vaccins	Verschuiving van doelgroepen voor gratis vaccins	Meer gratis vaccins
Gezondheidsdoelstelling	GD wordt niet gehaald	Mogelijkheid om GD te realiseren	Realisatie GD en actieplan mogelijk
Budget Vlaanderen	Financiële besparing	Middelen komen vrij op Vlaams niveau	Meer middelen voor Vlaanderen
Budget RIZIV	Meerkost voor RIZIV	Geen impact op federaal	Overdracht van middelen RIZIV nodig

HOOFDSTUK 5. EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Wat zal er veranderen aan de Vlaamse bevoegdheid?

▪ Vóór de zesde staatshervorming

Algemeen:

De Vlaamse overheid draagt de verantwoordelijkheid voor de goede organisatie en samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Hiertoe kan zij organisaties en structuren erkennen en subsidiëren die een bijdrage kunnen leveren aan deze organisatie en samenwerking.

De erkenning van gezondheidszorgberoepen en de uitoefening daarvan horen toe aan de federale overheid. Ook de vergoeding van prestaties, geleverd in het kader van de uitoefening van dit gezondheidszorgberoep, wordt door de federale overheid opgenomen.

Concreet:

De Vlaamse overheid is op dit ogenblik al bevoegd voor de erkenning en subsidiëring van de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's) en de erkenning van de Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging (GDT's).

De subsidiëring van de GDT's wordt door de federale overheid uitgevoerd. De federale overheid draagt de verantwoordelijkheid voor de erkenning en subsidiëring van de huisartsenkringen. De Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN's) zijn een zuiver federaal initiatief. Dat geldt ook voor het Impulsefonds.

De subsidiëring van de palliatieve samenwerkingsverbanden (PSV) en de Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Verzorging (MBE's) worden door de federale overheid verzorgd. De erkenning van de palliatieve samenwerkingsverbanden en de erkenning en subsidiëring van de palliatieve netwerken is een Vlaamse bevoegdheid.

▪ Na de zesde staatshervorming

Tekst institutioneel akkoord (p. 34-35):

*“- De ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn en de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg (Impulsefonds, Huisartsenkringen, Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN), Geïntegreerde Diensten Thuiszorg (GDT), preventieacties door tandartsen⁴⁴...) worden aan de deelstaten overgedragen.
- De palliatieve netwerken en de palliatieve multidisciplinaire teams worden aan de deelstaten overgedragen.”*

Voorgestelde wetteksten:

✓ Nieuw artikel 5, § 1, I, eerste lid, 6° BWHI:

“§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

1. Wat het gezondheidsbeleid betreft :

6° de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn;”

Onder « organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn » verstaat men de infrastructurele en organisatorische omkadering van het gezondheidszorgniveau buiten acute ziekenhuizen waar professionele hulpverleners zich toeleggen op de eerste deskundige opvang en de begeleiding van gezondheidsproblemen die de patiënt ervaart zelf niet te kunnen oplossen. Zo worden de gemeenschappen bijvoorbeeld bevoegd voor de regels met betrekking tot de huisartsenkringen die de wachtdiensten organiseren, het Impulsfonds voor de

⁴⁴ De preventie-acties door tandartsen zijn opgenomen onder preventief gezondheidsbeleid (Deel 2, Hoofdstuk 4)

huisartsgeneeskunde, de financiering van de huisartsenkringen, de Lokaal Multidisciplinaire Netwerken, de Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging, de preventieacties door tandartsen en de geneeskundige commissies.

- **Wat moet nog besproken worden?**

Het is onduidelijk hoe de niet-limitatieve opsomming van over te dragen bevoegdheden moet geïnterpreteerd worden.

Ook is het nog niet helemaal duidelijk of de bevoegdheid over en de budgetten voor de huisartsenwachtposten, georganiseerd door de huisartsenkringen, ook mee worden overgeheveld.

- **Aandachtspunten**

De financiering van de prestaties door zorgverstrekkers blijft federaal gebeuren. De organisatie en ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg komt in handen van de gemeenschappen.

Welke nieuwe beleidsopties kan Vlaanderen nemen?

Optie 1 (Nuloptie): De federale beleidsvisie en de federale beleidsinstrumenten worden ongewijzigd overgenomen.

Optie 2: Minimale integratie van de bestaande structuren: Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg en Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging enerzijds, Palliatieve Netwerken en Palliatieve Samenwerkingsverbanden anderzijds.

Optie 3: Structurering van het mesoniveau op zowel zorgregioniveau 'regionale stad' (15 eenheden) als 'kleine stad' (60 eenheden).

Optie 4: Structurering van het mesoniveau op zorgregioniveau 'kleine stad' (60 eenheden).

Optie 5: Ondersteuning van de samenwerking op niveau van de praktijkvoering in de eerstelijns.

- **Eerste optie: de federale beleidsvisie en de federale beleidsinstrumenten worden ongewijzigd overgenomen**

Wat houdt deze optie in?

- Huisartsenkringen:

De huisartsenkringen hebben opdrachten die in drie categorieën kunnen onderverdeeld worden: 1) organisatie wachtdienst, 2) beroepsspecifieke opdrachten, 3) samenwerking van huisartsen met andere disciplines bevorderen en ondersteunen.

De huisartsenkringen worden erkend door de federale overheid en gefinancierd door het RIZIV als volgt: 1) basisfinanciering voor werking, 2) aanvullende financiering voor centraal oproepnummer wachtdienst. Toezicht op de wachtdienst wordt uitgevoerd door de Provinciale Geneeskundige Commissie.

De doelgroep beperkt zich tot de erkende huisartsen. Het overleg verloopt via de Federale Raad voor de Huisartsenkringen. Domus Medica is via zijn Kringloket betrokken partij.

- Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN):

De Lokale Multidisciplinaire Netwerken zijn pilootprojecten die zorgen voor de ondersteuning van de afgesloten vierjarige zorgtrajectcontracten tussen patiënt, huisarts en specialist. De lokale huisartsenkring(en) neemt/nemen het initiatief, maken een vierjarig actieplan op en zorgen voor samenwerking met de lokale Geïntegreerde Dienst voor Thuisverzorging (GDT). Een zorgtrajectpromotor staat in voor de werking van het Lokale Multidisciplinaire Netwerk. De financiering gebeurt aan de hand van het aantal inwoners in de LMN-regio. Volgende doelgroepen kunnen geïdentificeerd worden: de chronisch zieke patiënt en zijn mantelzorger, de huisartsen (en huisartsenkringen), de specialisten. Betrokken zijn: de huisartsenkringen, de Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging, het RIZIV (Verzekeringscomité), de Nationale Commissie Geneesheren - Ziekenfondsen. Het RIZIV houdt overlegvergaderingen met de zorgtrajectpromotoren.

- Impulsefondsen:

Het Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde dient om de vestiging en de werking van huisartsenpraktijken te ondersteunen. Het beheer van de dossiers werd toegewezen aan het Participatiefonds. De basisfinanciering bestaat uit een renteloze lening en een premie. Het Participatiefonds voorziet nog een extra financiering. We onderscheiden Impulso I en III (II werd hierin opgenomen). De doelgroep bestaat uit huisartsen. De Federale Raad voor de Huisartsenkringen brengt advies uit over de Impulso-zones voor nieuwe vestigingen. Domus Medica biedt aan de huisarts ondersteuning voor de aanvraagdossiers.

- Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging (GDT):

De Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging (GDT's) zijn de federale tegenhangers van de Vlaamse SEL's (Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg). Zij worden ingezet om het zorgproces rond de patiënt op te volgen en te ondersteunen, zowel ten opzichte van de zorgaanbieder als ten opzichte van de patiënt. Ook heeft de GDT de taak de samenwerking tussen haar leden te bevorderen. De RIZIV-financiering is driedelig: forfaitaire tegemoetkoming voor deelnemers aan multidisciplinair overleg (MDO), forfaitaire tegemoetkoming voor registratie van MDO en een structurele financiering van de Geïntegreerde Dienst Thuisverzorging. Doelgroepen die benaderd worden, zijn de zorgaanbieders in de regio, de patiënten voor multidisciplinair overleg en de burgers (informatie zorgaanbod). De federale overheid houdt sporadisch overleg met deze sector.

- Palliatieve Samenwerkingsverbanden (PSV):

De Palliatieve Samenwerkingsverbanden worden momenteel reeds erkend door de Vlaamse Overheid op basis van federale wetgeving. De opdrachten van de palliatieve samenwerkingsverbanden en de palliatieve netwerken zijn gelijkaardig. De financiering van een palliatief samenwerkingsverband is gebaseerd op de kost voor een VTE coördinator en de kost voor een 0,5 VTE klinisch psycholoog. Elk palliatief samenwerkingsverband moet beschikken over een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging (zie apart luik over MBE). Overleg en advisering gebeurt via de federale evaluatiecel palliatieve zorg waaraan, onder andere, de beroepsorganisaties van de palliatieve zorgverleners deelnemen. Doelgroepen: bevolking en meer specifiek de palliatieve personen evenals de zorgaanbieders.

- Multidisciplinaire Begeleidingsequipes palliatieve verzorging (MBE):

De Palliatieve Samenwerkingsverbanden moeten beschikken over een Multidisciplinaire Begeleidingsequipe (MBE).

De financiering van de MBE's verloopt via een overeenkomst die gesloten wordt tussen het palliatief samenwerkingsverband, namens zijn multidisciplinaire begeleidingsequipe, en het RIZIV. De overeenkomst bepaalt de omvang en de samenstelling van het team, de voorwaarden voor aanrekening van het forfait per begeleide palliatieve patiënt en het maximaal aantal forfaits dat mag aangerekend worden.

Overleg en advisering gebeurt via de federale evaluatiecel palliatieve zorg waaraan, onder andere, de beroepsorganisaties van de palliatieve zorgverleners deelnemen.

Ongewijzigde overname van de federale structuren en beleidsinstrumenten plaatst de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg naast de Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging's, de palliatieve netwerken naast de palliatieve samenwerkingsverbanden, de huisartsenkringen en LMN's naast de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg en Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging.

Wat zijn de effecten?

- Kosten:

- ✓ Een ongewijzigde overname leidt tot een complexe(re) administratieve afhandeling gezien de financieringsmechanismen sterk verschillen tussen de bestaande Vlaamse structuren (Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg en palliatieve netwerken) enerzijds en de huidige federale structuren (palliatieve samenwerkingsverbanden, Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Verzorging en Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging) anderzijds.
- ✓ Inhoudelijke afstemming tussen de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg, Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging, LMN's, huisartsenkringen, palliatieve samenwerkingsverbanden en palliatieve netwerken wordt niet bewerkstelligd.
- ✓ Het complex financieringsmechanisme van de federale overheid wordt overgenomen en is niet gebaseerd op de principes van resultaatsfinanciering.
- ✓ Regelgeving van palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden is niet actueel gezien de recente evoluties rond het levenseinde.
- ✓ Er is een alternatief nodig voor overleg voor de palliatieve zorg op de eerstelijns dat door de federale evaluatiecel palliatieve zorg opgenomen werd.
- ✓ Aanpassing van de Vlaamse regelgeving voor de palliatieve netwerken wordt bemoeilijkt omdat de palliatieve netwerken ook erkend worden als palliatieve samenwerkingsverbanden die over een Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Verzorging dienen te beschikken.
- ✓ Geen aanpassing van de personeelskost voor een klinisch psycholoog naargelang het aantal inwoners indien er meerdere palliatieve samenwerkingsverbanden erkend worden in een provincie.
- ✓ Verplichting om klinisch psycholoog aan te werven zonder bepaling van een specifiek takenpakket.
- ✓ De regionale spreiding van netwerkstructuren komt niet overeen met het zorgregiodecreet waardoor de samenwerking tussen de structuren bemoeilijkt wordt en minder optimaal verloopt.
- ✓ Door de koppeling tussen het palliatief samenwerkingsverband en de Multidisciplinaire Begeleidingsequipe Palliatieve Verzorging is er geen duidelijke scheiding in takenpakket. Het MBE wordt bijvoorbeeld vaak ingeschakeld voor vormingen.
- ✓ Er is geen decretale basis voor de palliatieve zorgverlening waardoor de regelgeving niet kan aangepast en geactualiseerd worden.

- ✓ Er kan geen coherent beleid gevoerd worden, gezien de grote verschillen tussen het Vlaamse en het federale beleid. De structuren zoals Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging en SEL, palliatieve samenwerkingsverbanden en palliatieve netwerken blijven naast elkaar bestaan. Hierdoor wordt geen afstemming verkregen tussen organisaties met overlappende opdrachten, wat de efficiëntie van het beleid niet ten goede komt.
 - ✓ De huidige Lokale Multidisciplinaire Netwerken dekken niet heel Vlaanderen wegens budgettaire redenen. Deze situatie wordt bestendigd door de ongewijzigde overname van de bevoegdheid.
 - ✓ Het doel van het Impulsfonds wordt door de sector gezien als “voorbijgestreefd”. Een bestending van de werking van dit fonds zal deze situatie niet veranderen.
 - ✓ De sector geeft aan dat het Participatiefonds de dossiers onvoldoende goed beheert. Een bestending zal deze situatie niet veranderen. De Vlaamse Overheid kan ook beslissen het beheer over te nemen. Hiervoor moet echter voldoende personeel voorzien worden.
 - ✓ Een overlegorgaan rond het Impulsfonds moet voorzien worden, zeker met het oog op het bepalen van de Impulsezones.
 - ✓ De complexe invulling en financiering van het multidisciplinair overleg (MDO) blijven behouden.
 - ✓ De huidige knelpunten worden niet aangepakt.
- Baten:
- ✓ Geen verandering of aanpassing nodig voor de sector en voor de patiënt.
 - ✓ De continuïteit van de zorgverlening blijft verzekerd.
 - ✓ Bevoegdheid over huisartsenkringen opent mogelijkheid tot aansturing van de huisartsen door de Vlaamse Overheid.
 - ✓ De werking van de Lokale Multidisciplinaire Netwerken kan de werking van de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg aanvullen en versterken, gezien de link naar de tweede lijn via de zorgtrajectcontracten en hun inbedding in de huisartsenkringen.
 - ✓ Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid beschikt over alle info over de werking van SEL's-GDT's, palliatieve samenwerkingsverbanden en palliatieve netwerken, Lokale Multidisciplinaire Netwerken en huisartsenkringen, waardoor beleidsmatig meer inzicht aanwezig is in de werking van dit deel van de eerstelijns.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

De nieuwe bevoegdheden inzake eerstelijnsgezondheidszorg vallen onder het beleid inzake gezondheidszorg en het lijkt dus het meest aangewezen om deze bevoegdheden onder te brengen bij het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Zoals uit de beschrijving hierboven blijkt sluiten deze bevoegdheden nauw aan bij de activiteiten inzake eerstelijnsgezondheidszorg die nu reeds door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid worden uitgevoerd.

Concreet gaat het om volgende activiteiten:

- De erkenning en de financiering van de huisartsenkringen kunnen als zodanig worden overgenomen, evenals de financiering van de LMN's, gezien het een betaling per inwoner betreft en dit geen bijkomende expertise vraagt.
- De structurele financiering van de Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging's kan worden overgenomen, conform de financiering van de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg .
- Ook de financiering van de palliatieve samenwerkingsverbanden sluit nauw aan bij de palliatieve netwerken die reeds door het agentschap erkend en gesubsidieerd worden.
- Voor de financiering van de Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Verzorging en MDO zijn er verschillende mogelijke opties. Een eerste mogelijkheid is een overeenkomst met de ziekenfondsen te sluiten voor de financieringsstroom naar de

- Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Verzorging. Een andere mogelijkheid bestaat er in op Vlaams niveau een agentschap op te richten waarin middelen rond zorgverlening en –verzekering gegroepeerd worden en de financiering hier aan toe te kennen. Een derde mogelijkheid is de Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Verzorging rechtstreeks vanuit het agentschap Zorg en Gezondheid te financieren voor hun prestaties. Deze laatste optie vergt extra personeel met de nodige expertise.
- De werking van het Impulsefonds kan op vier wijzen ingevuld worden: (1) toekennen aan een Vlaams Impulsfonds, (2) een nieuw agentschap oprichten waaraan dit wordt toegekend, (3) toekennen aan het (federale) Participatiefonds, rekening houdend met de hoge kostprijs die aan deze uitbesteding verbonden is, (4) toekennen aan het beleidsdomein bevoegd voor gezondheidszorg. Hiervoor moet extra personeel, met de nodige expertise, aangenomen worden.
- **Tweede optie: Minimale integratie van de bestaande structuren: Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg en Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging enerzijds, en Palliatieve Netwerken en Palliatieve Samenwerkingsverbanden anderzijds**

Wat houdt deze optie in?

De palliatieve samenwerkingsverbanden en de palliatieve netwerken worden samengebracht in één structuur op zorgregioniveau regionale stad (huidige niveau).

De multidisciplinaire begeleidingsequipes palliatieve zorg worden losgekoppeld van de erkenningsvoorwaarden van de palliatieve samenwerkingsverbanden en functioneren autonoom. De MBE's worden op het zorgregioniveau kleine stad gesitueerd om de uitvoering van hun opdrachten zo dicht mogelijk bij de patiënt en de zorgaanbieder te laten plaatsvinden.

De Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging en de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg worden samengesmolten tot een structuur op zorgregioniveau regionale stad (huidige niveau). De opdrachten en taken rond de ondersteuning van het zorgproces kunnen verder verduidelijkt worden. Een vereenvoudiging en stroomlijning van het multidisciplinair overleg kan gerealiseerd worden, samen met een financiële vereenvoudiging.

Het eerstelijnsdecreet en haar uitvoeringsbesluiten moeten grondig onder de loep genomen worden om de integratie van SEL-GDT en palliatieve netwerken-palliatieve samenwerkingsverbanden te kunnen realiseren. De opdrachten kunnen afgestemd worden en de financiering vereenvoudigd. Vooral het prestatiegefinancierde luik van de structuren kan plaats maken voor een meer werkingsgerichte financiering.

De huisartsenkringen, de Lokale Multidisciplinaire Netwerken en het Impulsefonds worden ongewijzigd overgenomen (cfr. nuloptie).

Wat zijn de effecten?

- Kosten:
 - ✓ de integratie van SEL-GDT en Palliatieve Netwerken en Palliatieve Samenwerkingsverbanden vraagt een tijdsinvestering van de uitvoerende overheid.
 - ✓ de heroriëntering van het werkgebied van de Palliatieve Netwerken en de Palliatieve Samenwerkingsverbanden heeft directe gevolgen voor de werking.
 - ✓ er kan geen coherent beleid gevoerd worden, gezien de grote verschillen tussen het Vlaamse en het federale beleid. De structuren zoals de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg, de huisartsenkringen en de Lokale Multidisciplinaire Netwerken blijven naast elkaar bestaan. Hierdoor wordt geen afstemming verkregen

tussen organisaties met overlappende opdrachten, wat de efficiëntie van het beleid niet ten goede komt.

- ✓ de huidige Lokale Multidisciplinaire Netwerken dekken niet heel Vlaanderen wegens budgettaire redenen. Deze situatie wordt bestendigd door de ongewijzigde overname van de bevoegdheid.
 - ✓ het doel van het Impulsfonds wordt door de sector gezien als “voorbijgestreefd”. Een bestendiging van de werking van dit fonds zal deze situatie niet veranderen.
 - ✓ de sector geeft aan dat het Participatiefonds de dossiers onvoldoende goed beheert. Een bestendiging zal deze situatie niet veranderen. De Vlaamse Overheid kan ook beslissen het beheer over te nemen. Hiervoor moet echter voldoende personeel voorzien worden.
- Baten:
- ✓ een decretale basis voor de Palliatieve Netwerken en de Palliatieve Samenwerkingsverbanden wordt voorzien.
 - ✓ door het geografisch samenvallen van het werkgebied van Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg en van Palliatieve Netwerken wordt overleg vereenvoudigd.
 - ✓ de continuïteit van de dienstverlening blijft verzekerd.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

De bevoegdheden die overkomen inzake eerstelijnsgezondheidszorg sluiten het meest aan bij de opdrachten van het beleidsdomein gezondheidszorg. De inkanteling lijkt dan ook best aangestuurd te worden vanuit dit beleidsdomein.

- **Derde optie: structurering van het mesoniveau op zowel zorgregioniveau 'regionale stad' (15 eenheden) als 'kleine stad' (60 eenheden)**

Wat houdt deze optie in?

De over te hevelen sectoren (Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging, huisartsenkringen, Lokale Multidisciplinaire Netwerken, Palliatieve Samenwerkingsverbanden en Multidisciplinaire Begeleidingsequipes palliatieve verzorging) situeren zich op het mesoniveau in de gezondheidszorg. Dit niveau ondersteunt het microniveau, waarop de zorgaanbieder-patiëntrelatie plaatsvindt, in zijn werking. De staatshervorming biedt de mogelijkheid om dit mesoniveau beter te gaan structureren en ook te heroriënteren op vlak van opdrachten. Zo kan er sprake zijn van een 'geïntegreerd mesoniveau op de eerstelijns'.

De derde optie omvat een structurering van het mesoniveau op twee zorgregioniveaus: zowel op niveau kleine stad (60 eenheden) als op niveau regionale stad (15 eenheden) wordt een eenheidsstructuur gecreëerd, waarin de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg, Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging, Lokale Multidisciplinaire Netwerken en huisartsenkringen worden opgenomen. De beide niveaus krijgen elk specifieke opdrachten toegewezen. Het zorgregioniveau regionale stad vormt een goed niveau om taken uit te voeren zoals de organisatie van vorming, samenwerkingsovereenkomsten met de tweede en derde lijn, expertisefuncties, sensibilisatie van de bevolking en zorgaanbieders en preventieve doelstellingen. Binnen deze structuur kan dan verdiepend gewerkt worden aan specifieke thematieken, pathologieën of levensfasen (waaronder het levenseinde). De coördinatie en continuïteit van de zorgverlening rond een patiënt wordt beter op het zorgregioniveau kleine stad gesitueerd, evenals de lokale samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders (inclusief de woonzorgsector) op de eerste lijn. Dit is het niveau dat het dichtst bij het praktijkvoerende microniveau staat. Onderzoek is nodig om te bepalen welke taken best op welk niveau

uitgevoerd worden. Een voorbeeld hiervan is het nagaan van het meest geschikt niveau voor het Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Verzorging: dichterbij de zorgverlening of op het huidige niveau (15).

Wat palliatieve zorg betreft, wordt de visie verbreed naar expertise rond het levenseinde. Het beschikken over een Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Verzorging wordt niet behouden als erkenningsvoorwaarde voor de palliatieve samenwerkingsverbanden. Dit betekent een juridische loskoppeling van palliatieve samenwerkingsverbanden en Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Verzorging.

Voor de huisartsenkringen moet onderzocht worden welke opdrachten zij in deze eenheidsstructuur kunnen opnemen (ongeacht het niveau) en welke een plaats moeten krijgen in een beroepsgroepspecifieke structuur.

Om de werking van de eerstelijnsgezondheidszorg te gaan stimuleren, kan geopteerd worden voor de formulering van gezondheidsdoelstellingen voor de eerste lijn (analoog aan de gezondheidsdoelstellingen die Vlaanderen nu reeds formuleert voor preventie).

Wat zijn de effecten?

- Kosten:
 - ✓ voor de structurering van het mesoniveau op twee zorgregioniveaus moeten meer middelen vrijgemaakt worden dan bij structurering op één niveau.
 - ✓ opname in een grotere structuur en op een lager niveau vraagt inhoudelijke en financiële aanpassing en eventueel personeelsverschuivingen en kan op weerstand stuiten bij de betreffende organisaties.
- Baten:
 - ✓ door een goede toewijzing van de opdrachten aan de verschillende niveaus (micro, meso-60, meso-15) kan de uitvoering efficiënter verlopen en komt misschien tijd vrij voor de kernopdrachten.
 - ✓ de huidige situatie wordt erkend: de huidige deelSEL's worden opgenomen op niveau 60.
 - ✓ de patiëntenorganisaties kunnen vertegenwoordigd worden op het niveau 15 waardoor hun tijdsinvestering in allerlei overlegorganen binnen de perken blijft.
 - ✓ afstemming en coördinatie van de zorgverlening wordt bevorderd door de overeenstemmende structurering van de organisaties op het mesoniveau. Ook overleg tussen micro- en mesoniveau wordt vereenvoudigd gezien de samenvallende regio's.
 - ✓ een inhoudelijk coherent beleid kan het resultaat zijn, samen met een doorgedreven financiële vereenvoudiging.
 - ✓ de expertise van de Lokale Multidisciplinaire Netwerken wordt ingezet ten voordele van de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders in het algemeen. Dit zal het mesoniveau ten goede komen.
 - ✓ de expertise van de Lokale Multidisciplinaire Netwerken op vlak van zorgtrajecten/zorgpaden zal een mooie aanvulling zijn op de huidige opdracht van de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg rond het ondersteunen van de progressieve invoering van multidisciplinaire zorgtrajecten.
 - ✓ het door de Lokale Multidisciplinaire Netwerken gevormde netwerk in de eerste- en tweedelijns komt ten goede van de SEL-netwerkvorming.
 - ✓ de zorgaanbieders en de bevolking hebben een duidelijk aanspreekpunt.
 - ✓ de toegankelijkheid tot de structuren op het mesoniveau wordt verhoogd door de geografische nabijheid van het niveau kleine stad.
 - ✓ de kennis van de sociale kaart van de zorgaanbieders verhoogt voor zowel de zorgaanbieders als de bevolking door de kleinschaligere werking.
 - ✓ alle multidisciplinair overleg op de eerste lijn (Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging, SEL, Lokale Multidisciplinaire Netwerken) kan gestroomlijnd en

vereenvoudigd worden. Ook de hieraan gekoppelde financiering kan herbekeken worden.

- ✓ Afstemming mogelijk met de uitvoering van het Vlaams preventief gezondheidsbeleid door de Logo's op niveau meso-15, waar de huisartsen(kringen) nu al in betrokken zijn.
- ✓ de Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Verzorging komen dichterbij het microniveau te liggen, waaraan zij ondersteuning bieden.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

De bevoegdheden die overkomen inzake eerstelijnsgezondheidszorg sluiten nauw aan bij het huidige Vlaams beleid inzake de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit beleid wordt momenteel aangestuurd vanuit het Agentschap Zorg en Gezondheid binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Een integratie van deze structuren lijkt dan ook logischerwijze best te zullen aangestuurd worden vanuit dit beleidsdomein.

Voor de betere structurering van het geïntegreerde mesoniveau en voor de optimale invulling van de opdrachten van de organisaties en structuren die zich op dat mesoniveau bevinden, zal een verankering in het eerstelijnsdecreet noodzakelijk zijn. Ook moeten de huidige uitvoeringsbesluiten onder de loep genomen en eventueel aangepast of geactualiseerd worden.

De beslissingen rond de invulling van de opdrachten zullen voortvloeien uit het resultaat van de oefening wat een geïntegreerd mesoniveau moet betekenen voor het microniveau.

Naar financiering moet een grondige oefening gemaakt worden: twee niveaus moeten gefinancierd worden, wat een efficiënte verdeling van de beschikbare middelen zal inhouden. Voordeel is dat het financieringsmechanisme van de sectoren kan afgestemd worden op de financieringsmechanismen van het eerstelijnsdecreet (werking financieren, eerder dan infrastructuur of personeel) en dat de financiering ook vereenvoudigd kan worden.

- **Vierde optie: Structurering van het mesoniveau op zorgregioniveau 'kleine stad' (60 eenheden)**

Wat houdt deze optie in?

De over te hevelen sectoren (Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging's, huisartsenkringen, Lokale Multidisciplinaire Netwerken, palliatieve samenwerkingsverbanden en Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Verzorging) situeren zich op het mesoniveau in de gezondheidszorg. Dit niveau ondersteunt het microniveau, waarop de zorgaanbieder-patiëntrelatie plaatsvindt, in zijn werking. De staatshervorming biedt de mogelijkheid om dit mesoniveau beter te gaan structureren en ook te heroriënteren op vlak van opdrachten. Zo kan er sprake zijn van een 'geïntegreerd mesoniveau op de eerstelijns'. Deze optie omvat een structurering van het mesoniveau op zorgregioniveau 'kleine stad'. De structuren die momenteel op zorgregioniveau 'regionale stad' gesitueerd zijn (SEL, Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging), verdwijnen ten voordele van een situering op een zorgregioniveau van 60 eenheden. De sectoren Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging, huisartsenkringen, Lokale Multidisciplinaire Netwerken en palliatieve samenwerkingsverbanden worden opgenomen in één horizontale structuur, samen met de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg en de palliatieve netwerken (eerder dan al deze sectoren op niveau 60 naast elkaar te laten bestaan). Binnen deze structuur kan dan verdiepend gewerkt worden aan specifieke thematieken, pathologieën of levensfasen (waaronder het levenseinde). Wat palliatieve zorg betreft, wordt de beleidsvisie verbreed naar expertise rond het levenseinde. Het beschikken over een Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Verzorging wordt niet per se behouden als erkenningsvoorwaarde voor de palliatieve samenwerkingsverbanden. Dit betekent een juridische loskoppeling van palliatieve samenwerkingsverbanden en Multidisciplinaire

Begeleidingsequipes Palliatieve Verzorging. Voor de huisartsenkringen moet onderzocht worden welke opdrachten zij in dergelijke nieuwe eenheidsstructuur moeten opnemen en welke een plaats moeten krijgen in een beroepsgroepspecifieke structuur. Om de werking van de eerstelijnsgezondheidszorg te gaan stimuleren, kan geopteerd worden voor de formulering van gezondheidsdoelstellingen voor de eerste lijn die implementeerbaar zijn op het mesoniveau (analoog aan de gezondheidsdoelstellingen van preventie).

Wat zijn de effecten?

- Kosten:
 - ✓ opname in een grotere structuur en op een lager niveau vraagt inhoudelijke en financiële aanpassing en eventueel personeelsverschuivingen en kan op weerstand stuiten bij de betreffende organisaties.
 - ✓ bepaalde opdrachten zullen mogelijks op een te laag niveau uitgevoerd worden om efficiënt te zijn.
- Baten:
 - ✓ afstemming en coördinatie van de zorgverlening wordt bevorderd door de overeenstemmende structurering van de organisaties op het mesoniveau. Ook overleg tussen micro- en mesoniveau wordt vereenvoudigd gezien de samenvallende regio's.
 - ✓ de situering van bepaalde opdrachten op kleinstedelijk niveau (60), die nu op regionaalstedelijk niveau (15) worden uitgevoerd, zal de efficiëntie in uitvoering ervan bevorderen.
 - ✓ een inhoudelijk coherent beleid kan het resultaat zijn, samen met een doorgedreven financiële vereenvoudiging.
 - ✓ de expertise van de Lokale Multidisciplinaire Netwerken wordt ingezet ten voordele van de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders in het algemeen. Dit zal het mesoniveau ten goede komen.
 - ✓ de expertise van de Lokale Multidisciplinaire Netwerken op vlak van zorgtrajecten/zorgpaden zal een mooie aanvulling zijn op de huidige opdracht van de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg rond het ondersteunen van de progressieve invoering van multidisciplinaire zorgtrajecten.
 - ✓ het door de Lokale Multidisciplinaire Netwerken gevormde netwerk in de eerste- en tweedelijns komt ten goede van de SEL-netwerkvorming.
 - ✓ de zorgaanbieders en de bevolking hebben een duidelijk aanspreekpunt.
 - ✓ de toegankelijkheid tot de structuren op het mesoniveau wordt verhoogd door de geografische nabijheid van het niveau kleine stad.
 - ✓ de kennis van de sociale kaart van de zorgaanbieders verhoogt voor zowel de zorgaanbieders als de bevolking door de kleinschaligere werking.
 - ✓ alle multidisciplinair overleg op de eerste lijn (Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging, SEL, Lokale Multidisciplinaire Netwerken) kan gestroomlijnd en vereenvoudigd worden. Ook de hieraan gekoppelde financiering kan herbekeken worden.
 - ✓ de Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Verzorging komen dichterbij het microniveau te liggen, waaraan zij ondersteuning bieden.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

De bevoegdheden die overkomen inzake eerstelijnsgezondheidszorg sluiten nauw aan bij het huidige Vlaams beleid inzake de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit beleid wordt momenteel aangestuurd vanuit het Agentschap Zorg en Gezondheid binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Een integratie van deze structuren lijkt dan ook logischerwijze best te zullen aangestuurd worden vanuit dit beleidsdomein.

Voor de betere structurering van het geïntegreerde mesoniveau en voor de optimale invulling van de opdrachten van de organisaties en structuren die zich op dat mesoniveau bevinden, zal een verankering in het eerstelijnsdecreet noodzakelijk zijn. Ook moeten de huidige uitvoeringsbesluiten onder de loop genomen en eventueel aangepast of geactualiseerd worden.

De beslissingen rond de invulling van de opdrachten zullen voortvloeien uit het resultaat van de oefening wat een geïntegreerd mesoniveau moet betekenen voor het microniveau.

De financiering van de Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging's, Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg, Lokale Multidisciplinaire Netwerken, huisartsenkringen, palliatieve samenwerkingsverbanden en palliatieve netwerken wordt ingezet voor de financiering van de eenheidsstructuur binnen het geïntegreerde mesoniveau op niveau 60 eenheden. Voordeel is dat het financieringsmechanisme van de sectoren kan afgestemd worden op de financieringsmechanismen van het eerstelijnsdecreet (werking financieren, eerder dan infrastructuur of personeel) en dat de financiering ook vereenvoudigd kan worden.

- **Vijfde optie: Ondersteuning van de samenwerking op niveau van de praktijkvoering in de eerstelijns**

Wat houdt deze optie in?

Het Vlaams beleid inzake eerstelijnsgezondheidszorg wil evolueren naar een versterkte samenwerking in de praktijkvoering op de eerstelijns. Om dit te realiseren is een brede ondersteuning nodig. De bestaande financieringsinstrumenten, zoals Impulseo, kunnen in functie daarvan ingezet worden. Het over te hevelen Impulsefonds situeert zich namelijk op dit praktijkvoerende microniveau. De vraag naar (financiële) ondersteuning van de multidisciplinaire samenwerking en praktijkvoering klinkt luid bij de verschillende eerstelijnsactoren. Gezien de huidige beleidsevoluties op vlak van de eerstelijns kan een toekenning van middelen aan één bepaalde discipline (namelijk de huisarts) niet blijvend verdedigd worden. Er moet goed onderzocht worden op welke wijze deze middelen optimaal kunnen ingezet worden.

Wat zijn de effecten?

- Kosten:
 - ✓ de middelen van het Impulsefonds worden niet meer specifiek aan een beroepsgroep (huisartsen) toegekend. Dit kan tegenkanten van deze beroepsgroep uitlokken indien niet wordt voorzien in uitbreiding van het beschikbare budget.
- Baten:
 - ✓ de multidisciplinaire praktijkvoering in de eerstelijns kan genieten van financiële ondersteuning.
 - ✓ financiële ondersteuning dient als stimulans voor de eerstelijnsactoren om bepaalde evoluties te gaan volgen en in praktijkvoering om te zetten (ICT, goede praktijkvoorbeelden, standaarden, aanbevelingen).
 - ✓ financiële ondersteuning van de eerstelijnsactoren biedt mogelijkheden tot uitbreiding van de aanbodzijde.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

Het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin neemt de financiering van de eerstelijnsactoren ter harte. Onderzocht moet worden op welke wijze de middelen optimaal kunnen ingezet worden.

Samenvatting van de effecten van de verschillende opties

	Baten	Kosten
Optie 1: De federale beleidsvisie en de federale beleidsinstrumenten worden ongewijzigd overgenomen	- Geen verandering voor sector of patiënt/gebruiker - Continuïteit van zorgverlening verzekerd	- Geen inhoudelijke afstemming tussen de verschillende structuren - Geen coherentie met zorgregiodecreet - Geen coherent beleid - Onvolledige dekking LMN - Complexiteit multi-disciplinair overleg blijft
Optie 2: minimale integratie van bestaande structuren	- Continuïteit van zorgverlening verzekerd	- Geen inhoudelijke afstemming - Geen coherent beleid, - Onvolledige dekking LMN-werking
Optie 3: Structurering van het mesoniveau op zowel zorgregioniveau 'regionale stad' (15 eenheden) als 'kleine stad' (60 eenheden)	- Goede toewijzing van opdrachten kan efficiëntie van uitvoering verhogen - Vertegenwoordiging van patiënten haalbaar - Betere afstemming en coördinatie van zorgverlening - Inhoudelijk coherent beleid mogelijk - Financiële vereenvoudiging mogelijk - Verbeterde toegang zorg-aanbieder tot mesoniveau - Stroomlijning multidisciplinair overleg mogelijk	- Meer middelen vrijmaken in vergelijking met optie 2 door structurering op twee niveaus - Weerstand bij betreffende organisaties tegen aanpassing
Optie 4: Structurering van het mesoniveau op zorgregioniveau 'kleine stad' (60 eenheden)	- Betere coördinatie van zorgverlening - Inhoudelijk coherent beleid mogelijk - Financiële vereenvoudiging mogelijk - Duidelijk aanspreekpunt voor zorgaanbieders en bevolking - Verbeterde toegang zorg-aanbieder tot mesoniveau - Stroomlijning van multi-disciplinair overleg mogelijk	- Weerstand bij betreffende organisaties tegen aanpassing - Bepaalde opdrachten worden mogelijks op een te laag niveau uitgevoerd om efficiënt te zijn
Optie 5: Ondersteuning van de samenwerking op niveau van de praktijkvoering in de eerstelijns	- Financiële ondersteuning van multidisciplinaire samenwerking - Stimulans voor zorgaanbieders - Mogelijke uitbreiding aanbodzijde	- Weerstand bij betreffende beroepsgroep

HOOFDSTUK 6. HULP AAN PERSONEN MET EEN BEPERKING: MOBILITEITSHULPMIDDELEN

Wat zal er veranderen aan de Vlaamse bevoegdheid?

▪ Vóór de zesde staatshervorming

De mobiliteitshulpmiddelen vormen nu voor een groot deel een onderdeel van de ziekteverzekering, die integraal tot de federale bevoegdheid behoort⁴⁵.

Het VAPH kent ook een vergoeding toe voor personen met een handicap die nood hebben aan een mobiliteitshulpmiddel⁴⁶. De mobiliteitshulpmiddelen die nu worden terugbetaald binnen de ziekteverzekering vertegenwoordigen het overgrote deel.

▪ Na de zesde staatshervorming

Tekst institutioneel akkoord (p. 33):

“De mobiliteitshulpmiddelen worden aan de deelstaten overgedragen.”

Voorgestelde wetteksten:

✓ Nieuw artikel 5, § 1, II, 4°, a) BWHI:

“§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

II. Wat de bijstand aan personen betreft :

4° Het beleid inzake minder-validen, met inbegrip van de beroepsopleiding, de omscholing en de herscholing van minder-validen en de mobiliteitshulpmiddelen, met uitzondering van:

a) de regelen betreffende en de financiering, met inbegrip van de individuele dossiers, van de toelagen aan de mindervaliden behoudens de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden;”

✓ Opheffing artikel 5, § 1, II, 4°, a) BWHI dat luidde:

“§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

II. Wat de bijstand aan personen betreft :

4° Het beleid inzake minder-validen, met inbegrip van de beroepsopleiding, de omscholing en de herscholing van minder-validen met uitzondering van:

~~a) de regelen betreffende en de financiering van de toelagen aan de minder-validen, met inbegrip van de individuele dossiers;”~~

Twee elementen worden overgedragen aan de gemeenschappen met betrekking tot « hulp aan personen met een handicap », met name de « mobiliteitshulpmiddelen » en de « tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden » (THAB)⁴⁷

Ook de diensten die multidisciplinaire evaluaties opstellen in het raam van de nomenclatuur van de mobiliteitshulpmiddelen worden overgedragen (overdracht van het geheel van de RIZIV-overeenkomsten).

Het voorstel van bijzondere wet m.b.t. de Zesde Staatshervorming strekt ertoe de bevoegdheden met betrekking tot mobiliteitshulpmiddelen en de tegemoetkomingen voor hulp aan bejaarden (THAB) over te dragen naar de gemeenschappen. Via deze

⁴⁵ BWHI 8 augustus 1980, artikel 5 §1 I. 1°, c): Ziekte- en invaliditeitsverzekering is federale bevoegdheid als uitzondering op de persoonsgebonden aangelegenheden.

⁴⁶ De vergoeding voor min 65-jarigen vanuit het VAPH heeft betrekking op een 2de (manuele) rolstoel, onderhouds- en herstellkosten, de eventuele opleg, bovenop de tegemoetkoming van het RIZIV voor een rolstoel of de aanpassingen aan een rolstoel die niet opgenomen zijn in de RIZIV-lijst, op voorwaarde dat er in de RIZIV-lijst geen evenwaardige oplossing is voor de handicap van de aanvrager en dat deze dezelfde garanties inzake veiligheid en doelmatigheid bieden als de producten in de RIZIV-lijst, een duwwandelwagen van het type buggy groot formaat voor kinderen vanaf 5 jaar en de aanpassingen aan zo'n duwwandelwagen.

⁴⁷ Zie hoofdstuk 2 Ouderenbeleid – afdeling 2 THAB

bevoegdheidsoverdracht wordt het beleid inzake personen met een handicap gehomogeniseerd. Hoewel de gemeenschappen op grond van artikel 5, § 1, II, 4°, van de bijzondere wet, op twee uitzonderingen na, reeds bevoegd zijn voor het gehele beleid inzake de hulp aan personen met een handicap, is de federale overheid op grond van het federale bevoegdheidsvoorbehoud inzake sociale zekerheid (artikel 6, § 1, VI, vijfde lid, 12°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980) inderdaad nog bevoegd gebleven voor de mobiliteitshulpmiddelen. Naast de terugbetaling van mobiliteitshulpmiddelen via de ziekte- en invaliditeitsverzekering waren de gemeenschappen nu reeds bevoegd om mobiliteitshulpmiddelen ten dele te vergoeden (bijvoorbeeld tweede rolwagen, omgevingsbediening, onderhouds- en herstelkosten, enz.) op grond van hun bevoegdheid inzake het beleid van personen met een handicap (art. 5, § 1, II, 4° van dezelfde bijzondere wet). Vandaag wordt een deel van de mobiliteitshulpmiddelen vergoed door de ziekte- en invaliditeitsverzekering (federaal) via de ziekenfondsen en voor het deel dat voornamelijk te maken heeft met maatschappelijke integratie door toedoen van de regionale instellingen (in Vlaanderen het VAPH, Vlaams Agentschap voor personen met een handicap). Dit voorstel draagt de aspecten van mobiliteitshulpmiddelen die heden via de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering geregeld worden over aan de gemeenschappen.

De bedragen die overeenstemmen met de financiële middelen die momenteel federaal worden ingezet binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering voor de mobiliteitshulpmiddelen worden mee overgedragen (Parl. St., Kamer, zitting 2012-2013, nr. 53-2974/1).

De financiering gebeurt enerzijds via een jaarlijkse dotatie naar de gemeenschappen uit de algemene federale begroting en anderzijds via een verrekening tussen de algemene federale begroting en de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Hiertoe wordt de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de gemeenschappen en gewesten gewijzigd (Parl. St., Kamer, zitting 2012-2013, nr. 53-2974/1). De mobiliteitshulpmiddelen worden aldus geheel uit de ziekte- en invaliditeitsverzekering gehaald. De federale bevoegdheid inzake de ziekte- en invaliditeitsverzekering heeft hierop dus niet langer betrekking.

De gemeenschappen beschikken over de volledige bestedingsautonomie voor de hun toegekende budgetten. Inzake mobiliteitshulpmiddelen en de tegemoetkomingen voor hulp aan bejaarden beschikken de gemeenschappen over de volledige wetgevings-, uitvoerings-, controle- en financieringsbevoegdheid. Wat de mobiliteitshulpmiddelen betreft, heeft de bevoegdheid onder meer betrekking op de volledige nomenclatuur met betrekking tot de mobiliteitshulpmiddelen, het bepalen van de toekenningsvoorwaarden en het bedrag van de tegemoetkomingen, het uitbetalen van de tegemoetkomingen, de volledige organisatie en het overleg met de bandagisten en de Technische Raad Rolstoelen evenals de evaluatie van de aanvragen. Het begrip « mobiliteitshulpmiddelen » moet ruim geïnterpreteerd worden. Het omvat elk middel dat ertoe strekt de mobiliteit van mindervaliden op de een of andere manier te verhogen, zoals manuele rolstoelen, elektronische rolstoelen, elektronische scooters, manuele en elektronische kinderrolstoelen, stasystemen, orthopedische driewielfietsen, loophulpmiddelen, kussens tegen doorligwonden, modulair aanpasbare systemen ter ondersteuning van de zithouding in een rolstoel, onderstel voor zitschelp, enz.

▪ Aandachtspunten

Naast een goede transitie (zie nuloptie) vraagt ook de lange termijnfinanciering van de (mobiliteits)hulpmiddelen de nodige aandacht.

- Thans is de tegemoetkoming van de agentschappen AWIPH, PHARE en VAPH beperkt tot de personen die voor de leeftijd van 65 jaar waren ingeschreven, terwijl er geen leeftijdsgrens bestaat voor de tegemoetkomingen van het RIZIV. De vraag naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid, toch wat mobiliteitshulpmiddelen betreft, wordt hierdoor prangend voor de huidige VAPH-vergoedingen. Dit zal bijkomende financiering vergen of besparingen/efficiëntiewinsten in de huidige besteding van de middelen.

- De verdeling van de financiering voor mobiliteitshulpmiddelen over de gemeenschappen houdt enkel rekening met de bevolkingsverdeling ongeacht de leeftijd van de bevolking, terwijl het gebruik momenteel hoger ligt in Vlaanderen.
- De laatste jaren kende de sector van de mobiliteitshulpmiddelen binnen het RIZIV een groei van ongeveer 8%. In het voorstel van bijzondere wet m.b.t. de financiering is enkel een groei voorzien gelijklopend met de bevolkingsaan groei, 82.5% van het BNP en de inflatie.
- In Brussel wordt deze bevoegdheid overgedragen aan de GGC, waarbij er een verplicht samenwerkingsakkoord zal moeten worden gesloten tussen de GGC, de Vlaamse en Franse Gemeenschap met het oog op het instellen van één loket voor de gehandicapten wat betreft de mobiliteitshulpmiddelen bedoeld in artikel 5, § 1, II, 4° (zie infra). Onder één loket dient te worden verstaan een hulpsysteem waarbij de gehandicapte het geheel van de mobiliteitshulpmiddelen waarvan hij of zij kan genieten, kan verkrijgen door zich tot één enkele dienst te richten. In afwachting van dit Samenwerkingsakkoord kennen de bevoegde diensten van de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap (VAPH, Phare), overeenkomstig de regelen bepaald door de GGC, de mobiliteitshulpmiddelen toe aan de personen die zich tot hen richten.

Welke nieuwe beleidsopties kan Vlaanderen nemen?

Doelstelling mobiliteitshulpmiddelenbeleid

De vergoeding van mobiliteitshulpmiddelen beoogt de kost voor een mobiliteitshulpmiddel te solidariseren om de participatie en integratie van personen met een mobiliteitsbeperking te bevorderen in alle domeinen van het maatschappelijk leven. Het streefdoel is een zo groot mogelijke autonomie en levenskwaliteit bereiken.

De overheveling draagt bovendien bij voorkeur bij tot volgende doelstellingen:

- ✓ administratieve vereenvoudiging voor de gebruiker en voor de overheid;
- ✓ het realiseren van efficiëntiewinsten door een zo adequaat mogelijke toekenning van hulpmiddelen;
- ✓ een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid met toekenning van de hulpmiddelen in functie van objectief vastgestelde noden rekening houdend met de leefomstandigheden;
- ✓ behoud en versterking van instrumenten voor budgettaire beheersbaarheid van de sector mobiliteitshulpmiddelen rekening houdend met technologische vernieuwing en de beschikbare middelen;
- ✓ empowerment van de gebruiker;
- ✓ behoud en versterking van het maatschappelijk draagvlak voor het hulpmiddelenbeleid.

Vier aandachtspunten vooraf

Met het oog op het verwezenlijken van bovengenoemde doelstellingen zijn in elk van de opties enkele keuzes mogelijk die hiertoe kunnen bijdragen, maar verder niet in de scenario's worden besproken. De keuzes en aandachtspunten kwamen tot uiting in het overleg met de verschillende stakeholders - waaronder ook de gebruikersorganisatie - en/of vloeien voort uit beleidslijnen die momenteel worden ontwikkeld of in voorbereiding zijn. Zij zijn dus niet exclusief gebonden aan een van de opties, zij het dat sommige meer of minder voor de hand liggen in een bepaald model.

1. Vlaams Kenniscentrum

Een Vlaams Kenniscentrum kan worden opgericht met het oog op expertiseopbouw inzake mobiliteitshulpmiddelen. De oprichting kan bijdragen aan een zo goed mogelijke besteding

van de middelen in elk scenario. Belangrijk daarbij is dat dit Kenniscentrum onafhankelijk werkt en met een grote autonomie kan functioneren. Het Vlaams Kenniscentrum zou de mogelijkheden moeten krijgen om de hulpmiddelenmarkt op te volgen (gezondheidseconomische studies m.b.t. hulpmiddelen), liefst in een internationaal samenwerkingsverband, en ook kennis en ervaringsdeskundigheid te bundelen en te verwerken tot bruikbare informatie voor de overheid en alle stakeholders. Het biedt in samenwerking met de partners van het voortraject (o.a. gebruikersorganisaties, diensten maatschappelijk werk, revalidatiecentra, ...) online en up-to-date onafhankelijke informatie voor gebruikers over het meest adequate hulpmiddel in functie van de verschillende noden en beschikbaarheid van hulpmiddelen bij verstrekkers.

2. Verbeterpunten in de procedure

- ✓ Uitwerken van een goed instrument van vraagverduidelijking (samen met gebruikersorganisaties een goede vragenlijst ontwerpen in functie van de “juiste” keuze van het hulpmiddel, rekening houdend met functionele beperkingen en contextfactoren).
- ✓ Evalueren van het rentingsysteem in de woonzorgcentra en andere formules van hergebruik in het buitenland, met het oog op de bredere toepassing van systemen van herinzet ook voor andere doelgroepen (bijv. in het kader van palliatieve zorg, degeneratieve aandoeningen, combinatie van hoge leeftijd en beperkt gebruik in de thuiszorg, jonge kinderen die snel uit de rolstoel groeien, ...).
- ✓ Bij het uitwerken van procedures rekening houden met het intersectoraal stroomlijnen van interne bezwaarprocedures, concepten van kwaliteitsbewaking en aansturing van indicatiestelling.
- ✓ Het inbouwen van garanties voor een effectieve vrijheid van keuze van bandagist/leverancier van de hulpmiddelen, door het verstrekken van onafhankelijke informatie aan gebruikers.
- ✓ Overwegen van een beperkt remgeld voor bepaalde mobiliteitshulpmiddelen en/of doelgroepen met het oog op bewustmaking en het vermijden van een aanbodgestuurde vraag naar hulpmiddelen.

3. Bestuurlijke organisatie van het hulpmiddelenbeleid

De opties 1, 2, 3 en 4 stellen verschillende modellen voor: die gaan van enerzijds integratie in de Vlaamse sociale bescherming met een intern of extern verzelfstandigd agentschap Vlaamse Sociale Bescherming (nu Zorgfonds) als bevoegde overheidsinstantie tot anderzijds integratie van de mobiliteitshulpmiddelen binnen het agentschap dat verantwoordelijk is voor personen met een handicap (VAPH). Gemakshalve wordt in de fiche het VAPH vermeld, maar dit houdt geen uitspraak in over de toekomstige indeling van de welzijnsmateries over verschillende agentschappen. Niet alle consequenties hiervan worden in deze fiche besproken, die een vereenvoudigde weergave is van keuzes die moeten worden gemaakt. In deze fiche wordt verder niet ingegaan op de keuze voor een EVA of IVA en de eventuele herschikkingen van bevoegdheden van de verschillende bestaande en eventueel nieuwe IVA/EVA omdat dit de problematiek van de mobiliteitshulpmiddelen overstijgt, en uitgebreider wordt besproken in het inleidend deel van het hoofdstuk gezondheidsbeleid.⁴⁸

⁴⁸ De afbakening van de bevoegdheden en de toekomstige rol van de IVA Zorg en Gezondheid, Departement, VAPH en VSB (nu Zorgfonds) staan hier ter discussie. Indien gekozen wordt voor de toewijzing van mobiliteitshulpmiddelen aan de IVA/EVA VSB stelt zich bijv. de vraag of dit niet moet worden doorgetrokken naar alle hulpmiddelen. Indien het VAPH een rol wordt toebedeeld in de nieuwe organisaties van het hulpmiddelenbeleid rijst bijv. de vraag of er tussenscenario's mogelijk en wenselijk zijn (cf. Abis)? Bij die afbakeningen in een gemengd model rijzen vragen over de criteria volgens welke een indeling wordt gemaakt. Moet het VAPH in de toekomst bijvoorbeeld ook oordelen over hulpmiddelen van 65+ en dit alleen voor de mobiliteitshulpmiddelen of voor alle hulpmiddelen en ook voor zorg ?

4. Innovatie

In elk van de opties zou een mogelijkheid moeten worden ingebouwd om innovatie toe te laten in het hulpmiddelenbeleid. De analyse van kosten van het innovatieve hulpmiddel en de meerwaarde ervan moet rekening houden met een globale beoordeling (rol Kenniscentrum). Onderzocht moet worden of er voor opname van een mobiliteitshulpmiddel op de lijst niet kan gewerkt worden met openbare aanbesteding. Dit veronderstelt een hervorming van de vergoeding van de bandagist (zie verder). Aandacht moet ook gaan naar het beperken van de administratieve lasten voor de bedrijven die hun dossier zullen moeten voorleggen in de drie gemeenschappen. Tenslotte moet worden nagegaan of er een specifieke “wachtkamer”-procedure wenselijk is voor innovatieve hulpmiddelen.

Optie 1 (Nuloptie): ongewijzigd beleid.

Optie 2: integratie (mobiliteits)hulpmiddelen in de Vlaamse sociale bescherming met inspraak/medebeheer van stakeholders.

Optie 3: integratie in de Vlaamse sociale bescherming met behoud van een rol voor het VAPH voor handicapspecifieke vragen.

Optie 4: integratie in het bestaande hulpmiddelenbeleid voor personen met een handicap binnen het VAPH

Optie 5: terugtrekkende overheid gekoppeld aan forfaitaire vergoedingssystemen in functie van de vastgestelde nood. Dit wordt niet uitgewerkt omdat hier onvoldoende garanties kunnen worden ingebouwd voor budgetbeheersing en voor de toekenning van het meest adequate en kwalitatieve hulpmiddel aan gebruikers.

▪ Eerste optie: ongewijzigde overname van huidig beleid

Wat houdt deze optie in?

Het regelgevend kader, het overlegmodel en de procedures worden ongewijzigd overgenomen.

- Behoud van het onderscheid tussen tussenkomst met toepassing van de procedure bij het VAPH en RIZIV-procedures via ziekenfondsen. De leeftijdsgrens van 65 jaar blijft van toepassing voor mobiliteitshulpmiddelen met VAPH-tussenkomst.
- In de nuloptie worden de overlegorganen, (o.a. Technische Raad Rolstoelen en Overeenkomstencommissie) volgens de huidige samenstelling overgenomen.
- De indicatiestelling en beslissing blijft in de nuloptie een verantwoordelijkheid van de adviserend geneesheer waarbij informatie wordt aangereikt door het voorschrift van de arts, waar nodig een functioneringsverslag van de huidige door het RIZIV erkende multidisciplinaire teams (MDT), het motiveringsverslag van de bandagist, de eventuele rolstoeltest. De financiering en erkenning van de MDT voor het opstellen van het functioneringsrapport blijft via de ziekenfondsen verlopen, weliswaar vanuit Vlaamse middelen.
- De ziekenfondsen zorgen voor de uitbetaling van de verzekeringstegemoetkoming hetzij via contante betaling (aan de gebruiker), hetzij via derdebetalersregeling (aan de bandagisten). Voor de tussenkomsten die nu via het VAPH worden aangevraagd, wijzigt in de nuloptie niets.

Wat zijn de effecten?

- Baten:
 - ✓ Continuïteit van dienstverlening.
 - ✓ Behoud van overlegmodel.
 - ✓ Behoud van de snelle, eenvoudige en in bepaalde gevallen monodisciplinaire beslissingsprocedures voor overgedragen mobiliteitshulpmiddelen.
 - ✓ Geen meerkost omwille van het schrappen van de leeftijdsgrens.
- Kosten:
 - ✓ Een integratie van het hulpmiddelenbeleid wordt in de nuloptie niet gerealiseerd.
 - ✓ De complexiteit blijft behouden. De administratieve lasten voor de gebruiker en de overheid die gepaard gaan met twee verschillende procedures, worden niet verminderd.
 - ✓ In de nuloptie blijft de +65-jarige verstoken van de vergoedingen van de mobiliteitshulpmiddelen die nu ten laste van het VAPH vallen (leeftijdsgrens).

Er zijn uiteraard varianten denkbaar op de nuloptie.

Zo zou de nuloptie kunnen worden gerealiseerd mits opheffing van de leeftijdsgrens voor mobiliteitshulpmiddelen die nu door het VAPH worden vergoed.

Ook het overlegmodel zou kunnen worden uitgebreid met gebruikers die momenteel niet of onvoldoende betrokken zijn, waaronder ouderen.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

Om de continuïteit te verzekeren in de transitiefase moet de Vlaamse overheid een regeling voorzien voor de financiering van de verschillende betrokken actoren (bandagisten, de multidisciplinaire teams erkend door het RIZIV, de adviserend geneesheren, de ziekenfondsen,...). Dit is nodig opdat de mobiliteitshulpmiddelen verder betaalbaar zouden blijven voor de hulpvrager en opdat de ziekenfondsen, de MDT en de bandagisten hun rol in deze transitiefase verder zouden kunnen opnemen.

De Vlaamse overheid zal ook in de nuloptie moeten instaan voor de oprichting van een overlegstructuur naar analogie met de bestaande overlegstructuur binnen het RIZIV, waarin alle betrokken stakeholders zijn vertegenwoordigd. De overlegstructuur zal in dialoog met de overheid voorstellen formuleren m.b.t. de lijst van vergoedbare mobiliteitshulpmiddelen en m.b.t. de vergoeding en voorwaarden voor vergoeding.

Er zal nood zijn aan het gebruik van federale ICT voor het verder opvolgen en uitvoeren van het rentingsstelsel in de woonzorgcentra. De controle op ziekenfondsen, bandagisten en door het RIZIV erkende MDT zal moeten overgenomen worden.

- **Tweede optie: verzekeringsmodel met participatie of medebeheer stakeholders**

Wat houdt deze optie in?

Het (mobiliteits)hulpmiddelenbeleid wordt in de tweede optie geïntegreerd in een Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) opgebouwd als een volksverzekering met bijdrageplicht. Het decreet VSB bouwt verder op de zorgverzekering en biedt een decretaal kader voor het opnemen van tegemoetkomingen aan personen (ongeacht leeftijd) en eigen bijdragesystemen in de zorg (cf. niet-uitgevoerde maximumfactuur in de thuiszorg) en wordt hiertoe uitgebreid.

Het verzekeringssysteem is van toepassing in Vlaanderen en Brussel op wie is aangesloten bij een zorgkas en in orde is met zijn bijdrageplicht. De financiering gebeurt deels via algemene middelen, deels via een bijdrage.

De IVA/EVA VSB wordt de verantwoordelijke overheidsadministratie voor de mobiliteitshulpmiddelen en in een latere fase alle hulpmiddelen. Binnen dit agentschap wordt overleg georganiseerd met alle stakeholders die momenteel vertegenwoordigd zijn in de technische raad Rolstoelen. Hierbij moet bekeken worden op welke manier zowel de vertegenwoordigers van ouderen als personen met een handicap een volwaardige plaats kunnen krijgen. Er worden ook mechanismes voorzien van responsabilisering van de actoren voor de beheersing van de uitgaven (o.a. adviezen en voorstellen om de budgetten onder controle te houden).

De IVA Zorginspectie neemt de controletaken van het RIZIV over.

- Eén procedure voor alle (mobiliteits)hulpmiddelen

Een uniforme en transparante procedure wordt toegepast voor de aanvragen die voor de overheveling een tussenkomst vergden van zowel de ziekteverzekering als het VAPH. Er komt één geïntegreerde lijst van vergoedbare mobiliteitshulpmiddelen (model nomenclatuurlijst). Een evaluatie van de vergoedbare producten wordt voorzien.

De leeftijdsvoorwaarde voor vergoeding van mobiliteitshulpmiddelen die momenteel een VAPH-erkenning vergen, wordt stapsgewijze opgeheven in de mate dat hiervoor budgettaire ruimte is. Dit veronderstelt wel dat hieraan criteria kunnen gekoppeld worden die betrekking hebben op de levensomstandigheden van de gebruiker (noden in functie van activiteiten) en waarbij indirect ook de leeftijd dus een rol kan blijven spelen.

- Uniek loket

De zorgkas, die zowel fysiek als elektronisch laagdrempelig toegankelijk is, fungeert als uniek loket. Dit houdt in dat de zorgkas informeert, controleert of het dossier volledig is, aanspreekpunt is m.b.t. vergoeding en uitbetaling en goede contacten onderhoudt met de organisaties die een rol spelen in het voortraject. De gebruiker zou via een elektronisch dossier op elk moment toegang moeten hebben tot zijn aanvraag.

Gegevensverkeer tussen de indicatiesteller, de actoren in het voortraject en de administratie verloopt op termijn digitaal, indien mogelijk via het reeds bestaande digitaal platform.

- Aflevering

Enkel erkende verstrekkers mogen het mobiliteitshulpmiddel afleveren. De vergoeding van de bandagist wordt losgekoppeld van de terugbetaling/tegemoetkoming voor het mobiliteitshulpmiddel. Dit houdt in dat er op de factuur een scheiding komt van de vergoeding van het materiaal en het honorarium van de bandagist zodat de gebruiker/patiënt ook het aandeel van de componenten kent. De zuivere materiaalkost kennen laat beter toe om vergelijkingen te maken met de prijzen in het buitenland. De scheiding van het honorarium laat ook toe aan het honorarium een minimale dienstverlening te koppelen.

- De uitbetaling

De zorgkassen zorgen voor de uitbetaling van de tegemoetkoming hetzij aan de gebruiker via contante betaling, hetzij via derdebetalersregeling aan de bandagisten.

Wat zijn de effecten?

- Baten:

Efficiëntiewinsten en transparantie creëren door een eenvormige procedure met één ingangspoort, één overlegmodel en één uitbetalingsinstantie. Het dubbel circuit van uitbetaling van mobiliteitshulpmiddelen enerzijds door ziekenfondsen en anderzijds door het VAPH wordt opgeheven. Snelle, eenvoudige toekenningsprocedure via de adviserend

geneesheer (beslissingstermijnen van 15 dagen) beperkt het aantal tussenpersonen.

Voordelen van integratie in VSB

- a. Via het verzekeringssysteem is er een grotere stabiliteit aan instroom van middelen. Door medebeheer van stakeholders is het beheer van de middelen beter afgestemd op de noden.
- b. Het verzekeringssysteem responsabiliseert niet alleen de gebruiker maar ook elke burger: door een bijdrage te betalen aan het verzekeringsmodel participeert de burger en heeft hij een grotere betrokkenheid. De burger is bereid een bijdrage aan het verzekeringsmodel VSB te betalen als hij weet waarvoor die gebruikt wordt (in tegenstelling tot belastingen die bij de algemene middelen terecht komen).
- c. De integratie van verschillende persoonsgebonden tegemoetkomingen en terugbetalingen binnen de VSB, over de hele levensloop van personen en gezinnen, zou de herkenbaarheid van de VSB en het draagvlak hiervoor kunnen versterken.
- d. De integratie van verschillende persoonsgerichte tegemoetkomingen biedt de kansen tot een meer intersectorale benadering van indicatiestelling, bezwaarprocedures, systemen van kwaliteitsbewaking, ...

Voordelen overlegmodel met participatie of medebeheer:

- a. Medeverantwoordelijkheid, responsabilisering van de betrokken actoren, ook op vlak van financiële beheersbaarheid.
- b. Gedragenheid van het hulpmiddelenbeleid. Er wordt beroep gedaan op de deskundigheid van de verschillende actoren.
- c. De tijd die men investeert in het overleg wordt teruggewonnen door een vlottere implementatie op het terrein nadien, omwille van het draagvlak dat is gecreëerd en de toetsing die tijdens het overleg is gebeurd naar praktische uitvoerbaarheid van een maatregel
- d. Door een herziening van de vertegenwoordiging van gebruikers moet het nieuwe overlegmodel bovendien bijdragen tot het behoud en de versterking van het maatschappelijk draagvlak van het hulpmiddelenbeleid en tot empowerment van alle gebruikers. Sommige stakeholders pleiten hierbij voor het uit elkaar houden van het technisch overleg en het overleg met gebruikers. Vraag hierbij is in welke mate gebruikers ook kunnen worden geresponsabiliseerd en mee verantwoordelijkheid kunnen/willen dragen voor de keuzes die permanent moeten gemaakt worden binnen een gegeven budget.

Voordelen gedecentraliseerde uitvoering

Het aantal noodzakelijke ambtenaren stijgt in alternatief A niet omdat de bestaande instanties verantwoordelijk blijven voor de uitvoering van het hulpmiddelenbeleid.

Voordelen uniek loket zorgkassen en herziene procedure

De zorgkas is laagdrempelig toegankelijk en beschikt reeds over persoonsgegevens en andere administratieve gegevens zoals rekeningnummer (vanuit bijdrage-inning) wat een sterk geautomatiseerde uitbetaling en een goede en transparante dossieropvolging voor de gebruikers mogelijk maakt. (De keuze voor de zorgkas zal wellicht gepaard gaan met een overdracht van expertise m.b.t. mobiliteitshulpmiddelen die nu vooral bij de ziekenfondsen zit.)

De bijsturing van de vergoeding van bandagisten laat toe de kwaliteit van de aflevering te bewaken en prijstransparantie te creëren.

- Kosten:
 - ✓ Er is in de tweede optie voor de personen met een handicap een noodzaak aan maximale afstemming tussen de agentschappen VAPH en VSB, om de unieke

loketfunctie ook waar te maken indien de vraag naar (mobiliteits)hulpmiddelen gepaard gaat met andere zorgvragen.

- ✓ De belangrijke rol van het overlegmodel in de besluitvorming kan risico's inhouden, indien verregaande participatie en/of medebeheer niet gepaard gaat met duidelijke krijtlijnen die door de politiek verantwoordelijken worden vastgelegd en met responsabilisering van de actoren.

Een overlegmodel vraagt een input van know-how (bijv. via onafhankelijk expertisecentrum).

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

De Vlaamse overheid creëert het decretaal kader voor de integratie van het (mobiliteits)hulpmiddelenbeleid binnen het verzekeringsmodel (decreet Vlaamse sociale bescherming). Zij creëert de overlegstructuren, regelt de aangepaste procedures en richt een Vlaams Kenniscentrum op.

De Vlaamse wetgever voorziet eveneens de financiering via algemene middelen en de bijdrage aan de Vlaamse sociale bescherming.

Na evaluatie en eventueel bijsturing (o.a. in het kader van het leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid) worden de huidige vergoedingsvoorwaarden en vergoedbare hulpmiddelen opgenomen in Vlaamse regelgeving.

De Vlaamse overheid (agentschap VSB/Zorgfonds) is verantwoordelijk voor de aansturing en financiering van de adviserend geneesheer en MDT.

- **Derde optie: idem als tweede optie maar complexe hulpmiddelen voor personen met een handicap blijven beslissing vergen van het bevoegde agentschap (VAPH)**

Wat houdt deze optie in?

Zie tweede optie, maar voor zeer dure en complexe vragen inzake (mobiliteits)hulpmiddelen voor een beperkte doelgroep van personen met een handicap⁴⁹ wordt de beslissing omtrent tussenkomst genomen door het VAPH op basis van het indicatiestellingsprotocol zoals concreet is uitgewerkt in de desbetreffende hulpmiddelenfiche.

Het VAPH staat ook in voor de communicatie naar de klant én de uitbetaling.

Voor mobiliteitshulpmiddelen die geïndiceerd worden en waarvoor de tussenkomst beslist wordt volgens de procedure VAPH, wordt het bestaande adviesmodel behouden: de permanente werkgroep adviseert over de refertelijst en het Raadgevend Comité adviseert over globale beleidslijnen.

De financiële responsabilisering en budgetbewaking wordt hier dus opgesplitst tussen het agentschap VSB (grootste deel mobiliteitshulpmiddelen) en het VAPH (beperkt deel mobiliteitshulpmiddelen).

Wat zijn de effecten?

- Baten:

- ✓ Door een extra drempel voor dure, complexe mobiliteitshulpmiddelen kan extra worden bewaakt dat wordt tussengekomen voor het meest adequate hulpmiddel.

⁴⁹ Dit onderscheid valt niet samen met het huidige onderscheid tussen terugbetaling via RIZIV en via VAPH. Hier worden enkel vragen m.b.t. hulpmiddelen bedoeld die gecombineerd zijn met andere zorgvragen en een complexe handicapspecifieke problematiek betreffen.

- ✓ Samen houden van de procedure voor hulpmiddelen met de procedure voor zorgvragen VAPH.
- ✓ Behoud van aanwezige expertise voor deze hulpmiddelen binnen het VAPH
- Kosten:
 - ✓ De homogenisering als doelstelling van de staatshervorming wordt niet volledig waargemaakt. Spreiding van de verantwoordelijkheid en de budgetten voor de mobiliteitshulpmiddelen over twee verantwoordelijke agentschappen is een hindernis voor een coherent beleid.
 - ✓ Voor de gebruiker blijven er twee beslissingsinstanties, twee uitbetalingsinstanties wat de complexiteit verhoogt.
 - ✓ Geen uniek loket meer, want de zorgkas zal niet kunnen antwoorden op vragen over uitbetaling door VAPH, tenzij er terugkoppeling van informatie zou zijn naar de zorgkas.
 - ✓ De aansturing, kwaliteitsbewaking en financiering van vaak dezelfde indicatiestellers door verschillende agentschappen belemmert een eenduidige visie en leidt tot efficiëntieverlies.
 - ✓ Extra gegevensstromen zullen noodzakelijk zijn en meer complexiteit.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

Zie tweede optie mits behoud van de VAPH-procedure voor een beperkt aantal complexe en handicapspecifieke vragen om tussenkomst.

- **Vierde optie: volledige integratie binnen een overheidsmodel met een categoriale benadering voor personen met een handicap**

Wat houdt deze optie in?

Het (mobiliteits)hulpmiddelenbeleid wordt in alternatief B geïntegreerd in het beleid voor personen met een handicap (verstaatst model). Het VAPH wordt de verantwoordelijke overheidsadministratie dit ongeacht leeftijd van de aanvrager. De bestaande adviesorganen van het VAPH blijven behouden (zowel de permanente werkgroep als het Raadgevend Comité), zonder medebeheer of financiële verantwoordelijkheid. Overleg met leveranciers/bandagisten, producenten en vertegenwoordigers van ouderenorganisaties is hierin momenteel niet voorzien. De financiering verloopt volledig via algemene middelen.

Procedure voor de gebruiker

Deze optie voorziet slechts één eenvormige procedure (cf. huidige model VAPH) en veronderstelt dat wie tussenkomst wil voor een mobiliteitshulpmiddel zich laat indiceren door de instanties van het VAPH (ook de grootste groep van vooral 65+ die nu geen dossier hebben bij het VAPH en enkel nood hebben aan een eenvoudig (mobiliteits)hulpmiddel). Ingangspoort en uitbetalingsinstantie zijn in deze optie het VAPH. De indicatiestellers voor het VAPH zijn de erkende MDT. Zij nemen geen beslissing maar leggen hun indicatiestelling voor aan de instanties van het VAPH⁵⁰.

⁵⁰ In de toekomst ligt de beslissing bij de toegangspoort VAPH. De teams Diagnostiek en Indicatiestelling (zgn. D&I-teams), waarin ambtenaren van het VAPH met verschillende vorming en expertise opgenomen zijn, maken deel uit van de toegangspoort. De indicatiestelling gebeurt met behulp van een hulpmiddelenfiche. Een hulpmiddelenfiche is opgemaakt volgens een aantal vaste rubrieken: de beschrijving van het hulpmiddel, het domein waarin het hulpmiddel thuishoort, de probleemactiviteit, de doelgroep voor wie het hulpmiddel bedoeld is, het refertebedrag, de vereiste attesten of verslagen, ... Een belangrijk element van de hulpmiddelenfiche is de doelgroep van het hulpmiddel waarbij beoogd wordt dat voor minstens 90 % van de aanvragen de cliënt past binnen de doelgroep van de hulpmiddelenfiche. Eenmaal het organisatiemodel D&I wordt ingevoerd, zullen afwijkingen op de doelgroep van de hulpmiddelenfiche slechts mogelijk zijn indien de beperkingen van de

Er wordt niet vereist dat de hulpmiddelen worden afgeleverd door de bandagist. Er is geen specifieke vergoeding voor de aflevering.

Er wordt niet gewerkt met een uitgebreide nomenclatuurlijst van terugbetaalbare hulpmiddelen, maar met de bestaande refertelijsten.

In deze optie zijn uiteraard ook varianten mogelijk: verbeterpunten (cf. inleiding) met hun respectievelijke baten kunnen worden ingebouwd (onafhankelijke info via Kenniscentrum, snellere procedures, kortere doorlooptijden realiseren door monodisciplinaire indicatiestelling voor bepaalde hulpmiddelen, ...)

Wat zijn de effecten?

- Baten:
 - ✓ Transparantie creëren voor de gebruiker door een eenvormige procedure met één ingangspoort voor de gebruiker, met maximale afstemming op bestaande procedures voor zorgvragen van personen met een beperking.
 - ✓ Eén overheidsinstantie die verantwoordelijk is voor budgetbewaking.
 - ✓ Stakeholders kunnen advies uitbrengen via de Permanente Cel en het Raadgevend Comité (eventueel te herziene samenstelling) weliswaar zonder responsabilisering.
 - ✓ Budgetbeheersing door het inbouwen van meerdere stappen in de (meer uitgebreide/zwaardere) procedure en uiteindelijke beslissing door het VAPH.
 - ✓ Leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid kan stapsgewijs worden gerealiseerd door de vergoedingsvoorwaarden niet langer te koppelen aan leeftijd, maar aan criteria van noodzaak en van gebruikscyclus van de diverse soorten van hulpmiddelen.
- Kosten
 - ✓ Geen responsabilisering van stakeholders en financiering kan enkel door algemene middelen.
 - ✓ Geen koppeling met andere onderdelen van sociale bescherming (bijv. zorgverzekering en andere tegemoetkomingen aan personen).
 - ✓ Financiering uit algemene middelen = anonieme financiering, anonieme belasting met veel minder betrokkenheid van de burger. De burger is wel bereid om te een bijdrage te betalen in een verzekeringsmodel waarvan hij weet waarvoor de bijdrage zal gebruikt worden.
 - ✓ Draagt niet bij tot een versterking van het draagvlak voor sociale bescherming door de geringe betrokkenheid van het middenveld, diverse stakeholders en burger.
 - ✓ Minder stabiliteit in financiering omdat de keuzes over sociale bescherming jaar na jaar terecht komen in een begrotingsdiscussie over alle domeinen waarbij telkens andere prioriteiten kunnen worden gesteld. Risico dat eventuele tijdelijke begrotingstekorten leiden tot afbouw van sociale bescherming waardoor een wildgroei van private verzekeringen kan ontstaan die minder efficiënt zijn dan een collectieve sociale bescherming.
 - ✓ De procedures binnen het VAPH betekenen een gecentraliseerde werking met hogere administratieve last. De gebruikers en andere stakeholders ervaren de huidige procedure binnen het VAPH als vrij complex en administratief zwaar.
 - ✓ Veel langere doorlooptijden in vergelijking met de huidige RIZIV-procedure (tenzij ingrepen in bestaand systeem worden doorgevoerd bijv. deel hulpmiddelen met vereenvoudigde monodisciplinaire procedure beslissen). Door een stijgend aantal te behandelen dossiers zullen de wachttijden, die nu al zeer lang zijn bij VAPH, nog toenemen.

aanvrager niet overeenstemmen (te licht of te zware beperkingen) met deze van de vermelde doelgroep(en) in de hulpmiddelenfiche en men toch kan aantonen dat het hulpmiddel desondanks een adequate en noodzakelijke oplossing biedt.

- ✓ Nadelen indien gewerkt wordt met een refertelijst: minder tariefzekerheid en minder kwaliteitsbewaking voor de gebruiker.
- ✓ Bijkomende investeringen in ICT en personeel zijn noodzakelijk omwille van het feit dat het VAPH momenteel niet is uitgerust om maandelijks vergoedingen te betalen, opvolging te doen en bijv. een forfait stop te zetten wanneer betrokkene overleden is, of langdurig gehospitaliseerd is.

Aan sommige van deze nadelen kan worden gewerkt door binnen deze optie een aantal zaken over te nemen van het huidige RIZIV-model.

Een variant op deze optie kan erin bestaan om het hulpmiddelenbeleid leeftijdsonafhankelijk en doelgroeponafhankelijk te organiseren binnen een overheidsmodel. Dit houdt in dat het hulpmiddelenbeleid niet zou ondergebracht worden bij het VAPH maar binnen een Agentschap dat doelgroepoverschrijdend kan werken.

Samenvatting van de effecten van de verschillende opties

Opties	Baten*	Kosten*
Nuloptie federale beleidsvisie en de federale beleidsinstrumenten		
- Onderscheid tussen de mobiliteitshulpmiddelen en de andere hulpmiddelen blijft bestaan - Vertaling van overlegmodel Technische Raad naar het Vlaamse niveau en decretale regeling	- Het behoud van de bestaande doelgroep vermijdt meerkosten - Nomenclatuurlijst biedt transparantie, kwaliteitsgarantie en tariefzekerheid voor de gebruiker - Continuïteit dienstverlening - Behoud overlegmodel	- Geen homogenisering en behoud van complexiteit die gepaard gaat met de verdeling van mobiliteitshulpmiddelen onder twee overheidsinstanties - +65-jarige blijft verstoken van de vergoedingen van de mobiliteitshulpmiddelen die nu ten laste van het VAPH vallen
Optie 2 VSB – Verzekeringsmodel		
- Bevoegd voor hulpmiddelen persoonsgerichte tegemoetkomingen en voor indicatiestelling: intersectorale benadering - Financiering algemene middelen + ev. bijdrage VSB - Zorgkas uniek loket + uitbetaling - Medebeheer en overlegmodel met gebruikers en andere stakeholders - Korte procedures - Indiciestelling en beslissing AG en MDT	- Responsabilisering stakeholders en gebruikers – budgetbewaking en bewaking soepele afstemming van beleid op evoluerende noden - Eenvoudige en snelle (toekenning)procedures - Laagdrempeligheid uniek loket - Bestaande ervaring bij adviserend geneesheer/MDT inzake IS en bij zorgkas inzake uitbetaling wordt gebruikt - Verzekeringssysteem kan bijdragen tot maatschappelijk draagvlak	- Scheiding hulpmiddelen en zorgvragen VAPH - Risico's en randvoorwaarden voor goede werking overlegmodel
Optie 3 VSB en VAPH voor complexe hulpmiddelen		
- De meeste mobiliteitshulpmiddelen worden zoals nu toegekend met een snelle en eenvoudige procedure	- Extra bewaking voor meest adequate hulpmiddel door zwaardere procedure voor dure, complexe mobiliteitshulpmiddelen	- Geen homogenisering bevoegdheden: spreiding van beheer voor mobiliteitshulpmiddelen over twee agentschappen

- Voor hulpmiddelen van spoor 2 (complexe hulpmiddelen) wordt de beslissing omtrent tenlasteneming genomen door het VAPH - Het bestaande overleg binnen het VAPH behouden: permanente werkgroep adviseert over de refertelijst en Raadgevend Comité over globale beleidslijnen.	- Samen houden van de procedure voor hulpmiddelen met de procedure voor zorgvragen VAPH - Expertise personen met een handicap VAPH wordt gebruikt	- Verspreide aansturing, kwaliteitsbewaking en financiering van vaak dezelfde indicatiestellers door verschillende agentschappen - Voor de gebruiker blijven er twee beslissings- en twee uitbetalingsinstanties - Extra gegevensstromen - Geen uniek loket
Optie 4 VAPH bevoegd voor personen met een handicap, inclusief 65+		
- Doelgroepbenadering - Financiering algemene middelen - Geen nomenclatuurlijst - VAPH uniek loket - Adviserende rol permanente cel en Raadgevend Comité - Uitgebreidere procedures - Indicatiestelling MDT en beslissing VAPH/ D&I - Uitbetaling VAPH	- Vragen om financiële tussenkomst en/of zorg voor de doelgroep PmH blijven bij één enkele IVA - Een enkele ingangspoort voor PmH - Gebruik van bestaande expertise binnen het VAPH voor personen met een handicap - Zwaardere procedures met het oog op budgetbeheersing mobiliteitshulpmiddelen	- Weerstand ouderen om zich te zien als PmH en in te schrijven in VAPH - Uitgebreidere procedures - Geen responsabilisering stakeholders en gebruikers - Uitvoering en controle in één hand - Minder instrumenten voor het verhogen van maatschappelijk draagvlak - Uitbetaling door VAPH vereist een investering in ICT en verhoging van het personeel (+minder ervaring bij het VAPH met uitbetalingen)
*Hier worden enkel de kosten en baten weerhouden die specifiek gekoppeld zijn aan de optie verzekeringsmodel versus integratie binnen VAPH en wordt geen rekening gehouden met opportuniteiten die zich stellen om in beide systemen verbetering aan te brengen		

HOOFDSTUK 7. REVALIDATIE

Afdeling 1. Long term care revalidatie (exclusief verslaafdenzorg⁵¹)

Wat zal er veranderen aan de Vlaamse bevoegdheid?

▪ Vóór de zesde staatshervorming

Het RIZIV staat in voor het sluiten van overeenkomsten voor revalidatie. Deze overeenkomsten regelen de uitvoering van diagnostische en revalidatie-verstrekingen (overwegend ambulante, in enkele gevallen gehospitaliseerd), individueel of in groep, met een variabele duur in het kader van een multidisciplinair programma. De toestemming voor de tegemoetkoming in de kosten van de revalidatieverstrekingen wordt gegeven door het College van geneesheren-directeuren of adviserend geneesheer.

De Vlaamse overheid (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, afgekort VAPH) is bevoegd voor de erkenning van sommige revalidatiecentra. Ze vallen tevens onder het kwaliteitsdecreet van het VAPH. Het kwaliteitsbeleid wordt opgevolgd door Zorginspectie. Inspectie kan plaatsvinden op initiatief van Zorginspectie of op basis van een vraag of opdracht van het VAPH. Het BVR van 15 december 1993 bepaalt de algemene regels inzake het verlenen van vergunningen en erkenningen van voorzieningen die door het VAPH zijn erkend.

Een aantal revalidatiecentra kan beroep doen op VIPA-financiering voor investeringen in bouw, uitrusting en diagnostisch en therapeutisch materiaal. Het VAPH heeft hierin een adviserende functie m.b.t. de revalidatie-uitrusting.

▪ Na de zesde staatshervorming

Tekst institutioneel akkoord (p. 34):

“De volgende revalidatieovereenkomsten zullen naar de deelstaten worden overgeheveld: NOK, PSY, verslaafden, slechthorenden, gezichtsstoornissen, psychosociale revalidatie voor volwassenen, functionele revalidatie vroegtijdige stoornissen interactie ouders kinderen, autisme, revalidatie-instellingen voor kinderen met een ernstige medisch-psychologische aandoening, instellingen voor motorische revalidatie.”

Voorgestelde wetteksten:

✓ Nieuw artikel 5, § 1, I, eerste lid, 5° BWHI:

“§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

I. Wat het gezondheidsbeleid betreft :

5° het beleid inzake long term care revalidatie;”

Onder « long term care-revalidatie » wordt verstaan : « de niet acute of post-acute zorg die op multidisciplinaire wijze wordt verstrekt, ongeacht de instelling 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 motorische stoornissen buiten algemene en universitaire ziekenhuizen en ziekenhuizen waar tegelijkertijd chirurgische en geneeskundige verstrekingen verricht worden exclusief voor kinderen of voor de behandeling van tumoren. »

⁵¹ Zie Afdeling 2. Revalidatie verslaafden

Een reeks revalidatieovereenkomsten worden naar de gemeenschappen overgeheveld, met name :

- centra voor ambulante revalidatie (vroeger ook wel NOK/PSY-centra genoemd);
- verslaafden;
- slechthorenden;
- gezichtsstoornissen;
- psychosociale revalidatie voor volwassenen;
- functionele revalidatie vroegtijdige stoornissen interactie ouders-kinderen;
- autisme;
- revalidatie-instellingen voor kinderen met een ernstige medisch-psychologische aandoening;
- instellingen voor motorische revalidatie

▪ Aandachtspunten

- De ambulante zorgverlening is in Vlaanderen sterker uitgebouwd dan in andere landsdelen, waardoor er op basis van de gebruikte verdeelsleutel in de bijzondere financieringswet een risico bestaat op onderfinanciering. Het voorziene budget zou deze asymmetrie in de uitbouw van de zorgverlening moeten ondervangen. Er wordt nog onderzocht of het budgettaire risico opgevangen wordt door de correctiemechanismen in de bijzondere financieringswet.
- Voor sommige vormen van revalidatie is de (federale) regeling inzake de maximumfactuur van toepassing. Volgens het nieuwe artikel 94, § 1ter BWHI worden ook deze middelen overgedragen.

In de memorie van toelichting bij het voorstel van bijzondere wet m.b.t. de Zesde Staatshervorming wordt hierover het volgende gezegd (p. 181):

“Thans worden de volgende remgelden, waarvan de bevoegdheid in de toekomst zal worden overgedragen naar de deelstaten, in aanmerking genomen in de federale « maximumfactuur » (MAF) :

- *Het persoonlijk aandeel van de dagprijs van de geïsoleerde G- en Sp ziekenhuizen;*
- *Het persoonlijk aandeel van de dagprijs van bepaalde revalidatie-instellingen (niet in alle instellingen is er een persoonlijk aandeel).*

Gelijktijdig met deze bevoegdheidsoverdrachten, zullen de middelen die betrekking hebben op deze remgelden, zoals deze worden vergoed in het kader van de MAF, worden overgedragen (Parl. St., Kamer, zitting 2012-2013, nr. 53-2974/1).

Om de continuïteit en de budgettaire neutraliteit voor de patiënt te waarborgen, zullen de gemeenschappen en de GGC, gedurende een overgangperiode en enkel indien zij dit wensen, een beroep kunnen blijven doen op de federale overheid om, tegen vergoeding, de hierboven genoemde prestaties, geplafonneerd tot de geïndexeerde geldende bedragen en voor zover de prestatie vergelijkbaar blijft met die van vandaag, te blijven integreren in de federale MAF-teller. De modaliteiten van deze betaling maken het voorwerp uit van het voorstel van bijzondere wet tot wijziging van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de gemeenschappen en de gewesten (Parl. St., Kamer, zitting 2012-2013, nr. 53-2974/1). Met andere woorden, gedurende een overgangperiode, onder voorbehoud dat een gemeenschap zou vragen dat dit niet het geval zou zijn, zal de Federale Staat de ziekenfondsen verplichten om de hierboven genoemde prestaties (te weten, de prestaties in de geïsoleerde G en Sp diensten, alsook bepaalde prestaties inzake revalidatie), geplafonneerd tot de geïndexeerde geldende bedragen, en voor zover de prestatie vergelijkbaar blijft met deze van vandaag, in de federale MAF-teller te integreren.

Elke gemeenschap (de GGC in Brussel) zal kunnen afzien van deze dienst, voor zover ze de federale overheid hiervan minstens tien maanden vooraf in kennis stelt (behalve in 2014, in welk geval deze keuze tot 1 oktober zal kunnen worden meegedeeld).

Na 31 december 2019 veronderstelt de verderzetting van het systeem het sluiten van een, eventueel asymmetrisch, Samenwerkingsakkoord tussen de federale overheid en de entiteiten die hieraan wensen te blijven deelnemen”.

- Het is mogelijk dat bestaande overeenkomsten op het niveau van het RIZIV technische aanpassingen zullen moeten ondergaan omwille van de institutionele hervormingen om zo de continuïteit van zorg te kunnen blijven garanderen door zorgverstrekkers met welbepaalde opdrachten van wie de prestaties niet verrekend werden in de conventies.
- De tewerkstelling in deze sector die gefinancierd wordt vanuit het Fonds Sociale Maribel en eventueel andere alternatieve tewerkstellingsfondsen moet gewaarborgd kunnen blijven en het is onduidelijk of deze middelen getransfereerd worden.

Welke nieuwe beleidsopties kan Vlaanderen nemen?

Optie 1 (Nuloptie): Het huidig beleid wordt ongewijzigd overgenomen.

Optie 2: Aansluiting van de revalidatie-overeenkomsten bij het relevante Vlaams beleid.

- Suboptie 1: integratie in de sector van de geestelijke gezondheidszorg
- Suboptie 2: aansluiting bij revalidatieziekenhuizen
- Suboptie 3: aansluiting bij voorzieningen voor personen met een handicap

Optie 3: Uitwerking van een gestroomlijnd Vlaams revalidatiebeleid.

- Suboptie 1: optimale clustering van vormen van revalidatie met verdeling van doelgroepen over centra in functie van noden
- Suboptie 2: herverdeling van het zorgaanbod binnen bepaalde werkingsgebieden, volgens het zorgregiodecreet

Optie 4: Opties voor financiering.

- Suboptie 1: instellingsgebonden financiering
- Suboptie 2: persoonsgerichte financiering
- Suboptie 3: prestatiefinanciering met maximum

- **Eerste optie: Het huidig beleid wordt ongewijzigd overgenomen, mogelijk via ‘Vlaamse revalidatie-overeenkomsten’**

Wat houdt deze optie in?

In deze optie kan worden gekozen om het systeem zoals het nu federaal bestaat, op Vlaams niveau te kopiëren onder de vorm van ‘Vlaamse revalidatie-overeenkomsten’, met behoud van de huidige werkwijze en financieringsstromen.

In het voorstel van bijzondere wet m.b.t. de Zesde Staatshervorming staat beschreven dat de gemeenschappen de lopende contracten overnemen vanaf de inwerkingtreding van de bevoegdheidsoverdracht. In een overgangsfase kan het RIZIV worden gevraagd om dit tijdelijk te blijven uitvoeren, mits onderlinge overeenkomst.

De volgende opdrachten (momenteel RIZIV) zijn vervat in de over te dragen bevoegdheid:

- ✓ Beheer en afsluiten van overeenkomsten: onderhandelingen m.b.t. nieuwe overeenkomsten, ontwerp voorstellen aan het beslissingsorgaan en aan een commissie voor begrotingscontrole, in toepassing brengen van beslissingen/advies.
- ✓ Informatieverstrekking aan ziekenfondsen i.f.v. uitbetaling van tegemoetkomingen.

Het gaat hier over een reeks van losstaande revalidatieovereenkomsten die het RIZIV afsluit met individuele centra.

Concreet gaat het over volgende overeenkomsten:

- ✓ *Centra voor ambulante revalidatie* (CAR, vroeger ook NOK/ PSY-centra genoemd; met RIZIV-overeenkomsten 953 of 965) van diverse spraak-, stem- en gehoorstoornissen, mentale stoornissen en gedragsstoornissen. De doelgroep bestaat uit kinderen en volwassenen met beperkingen in hun ontwikkeling en hun gezin, die via ambulante zorg kunnen worden geholpen. De gemeenschappelijke doelgroepen bevatten: verstandelijke handicap, autisme, hyperkinetische kinderen, complexe ontwikkelingsstoornissen, gedragsstoornissen. In Vlaanderen zijn er 52 CAR (+ 3 Nederlandstalige in Brussel).
- ✓ *Verslaafden* (RIZIV-overeenkomsten 773): het gaat om overeenkomsten met 13 centra; gezien de specificiteit hiervan wordt dit in de volgende afdeling behandeld.
- ✓ *Slechthorenden* (RIZIV-overeenkomsten 779): er is slechts één centrum te Brussel.
- ✓ *Gezichtsstoornissen* (RIZIV-overeenkomsten 969): drie centra met een revalidatie-overeenkomst 'voor rechthebbenden die aan een gezichtsstoornis lijden' zijn in een ziekenhuis gesitueerd (UZ Leuven, UZ Gent en UZ Antwerpen), terwijl een vierde centrum buiten een ziekenhuis gelegen is (De Markgrave in Antwerpen). De vier centra zijn door het VAPH erkend als 'multidisciplinair team'. De algemene doelstelling van elk individueel revalidatieprogramma bestaat erin de revaliderende persoon de mogelijkheid te bieden een coherent geheel van fundamentele bekwaamheden te verwerven om de beperkingen die uit zijn gezichtsstoornis voortvloeien, te compenseren of te milderen, en zo tot de best mogelijke autonomie te komen in het dagelijks leven.
- ✓ *Psychosociale revalidatie voor volwassenen* (RIZIV-overeenkomsten 772): er zijn drie ambulante centra psychosociale revalidatie volwassenen (Inghelburch Brugge, Validag en Reval Hasselt) en twee residentiële centra (Tsedek in Ekeren en De Evenaar in Antwerpen) in Vlaanderen. De centra bieden een revalidatieprogramma van beperkte duur. De revalidatieprogramma's moeten specifiek en aanvullend zijn op andere behandelingen voor psychiatrische patiënten. Bedoeling is dat patiënten door het volgen van het revalidatieprogramma op korte termijn hun vaardigheden kunnen verhogen zodat ze nadien opnieuw kunnen werken of zelfstandig wonen.
- ✓ *Functionele revalidatie vroegtijdige stoornissen interactie ouders-kinderen* (RIZIV-overeenkomsten 7745): de opdracht van de functionele revalidatie vroegtijdige stoornissen interactie ouders-kinderen is tweërlei:
 - de psychische problemen van de moeder behandelen
 - de moeder-baby relatie ondersteunen
 Er zijn twee psychiatrische instellingen in Vlaanderen met dergelijke conventie (Bethanië, Zoersel en Sint-Camillus, Sint-Denijs-Westrem).
- ✓ *Autisme* (RIZIV-overeenkomsten 7746): De *referentiecentra autisme* hebben als doel de persoon die aan een stoornis uit het autismespectrum lijdt binnen de kortste termijn de beste kansen te bieden op een juiste en nauwkeurige diagnose, een functionele evaluatie en een aangepaste tenlasteneming. De organisatie, de werking en de inpassing van het centrum in het zorgcircuit en in het hele sociale netwerk kaderen in het nastreven van deze doelstelling. In Vlaanderen gaat het om 5 centra.
- ✓ *Kinderpsychiatrische aandoeningen* (RIZIV-overeenkomsten 7740): Dit zijn drie centra met sterk verschillende doelgroepen: De Appelboom (Genk), De Dauw (Wortegem-Petegem) en Centrum voor Ontwikkelingstherapie Roeselare.
- ✓ *Inrichtingen voor kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen* (RIZIV-overeenkomsten 7765): in Vlaanderen is er maar één instelling die onder deze rubriek valt en die wordt overgeheveld, met name het centrum te Pulderbos voor intensieve revalidatie van kinderen met ernstige neurologische aandoeningen zoals moeilijk behandelbare epilepsie, of met ernstige respiratoire aandoeningen. Het gaat hier om residentiële revalidatieplaatsen, dag+nacht of dagverblijf.
- ✓ *Instellingen voor motorische revalidatie* (RIZIV-overeenkomsten 771): het gaat in totaal om zeven conventies, waarvan 3 met centra in Vlaanderen. Hiervan zijn er twee afgesloten met een geïsoleerde Sp-dienst (Ziekenhuis Inkendaal in Vlezenbeek

- en Nationaal Multiple Sclerose Centrum in Melsbroek) en één met een ambulant centrum (NAH revalidatiecentrum vzw KMSL te Turnhout).
- ✓ Inrichtingen voor *revalidatie van hersenverlamden* (RIZIV-overeenkomsten 770 en 7840): geen in Vlaanderen
 - ✓ Eenheden voor *respijtzorg* (RIZIV-overeenkomsten 7767): het gaat hier over 2 entiteiten: Villa Rozerood in De Panne en Limmerik Pulderbos. Hun missie is om ouders van kinderen en adolescenten met kanker of een ongeneeslijke ziekte met een beperkte prognose een periode van ademruimte (respijt) bieden door deze kinderen gedurende een korte periode te laten verblijven in een Huis voor Respijtzorg, waar professionele zorg in een aangepaste omkadering kan geboden worden.
 - ✓ Diensten die *multidisciplinaire evaluaties* opstellen in het raam van de nomenclatuur van de *mobiliteitshulpmiddelen* (RIZIV-overeenkomsten 790): het gaat hier om 40 diensten. Dit wordt verder opgenomen onder hoofdstuk 6 rond mobiliteitshulpmiddelen.
- Huidige financiering:
- ✓ **CAR**
De financiering van de centra gebeurt via de ziekteverzekering. Per revalidatiezitting (diagnostiek en revalidatie) wordt een forfait betaald. De waarde van het forfait is afhankelijk van de totale bedrijfskosten (personeelskosten + werkingskosten) en de jaarcapaciteit van het centrum. De jaarcapaciteit is het totaal aantal zittingen van één uur dat het centrum met zijn therapeutische equipe kan realiseren. Jaarlijks kan het centrum maximum 92% van de totale capaciteit factureren. Bij stijging van de loonkost op basis van de anciënniteit kan een aanpassing van de forfaitwaarde worden aangevraagd. Er is een lage eigen bijdrage van de revaliderende personen (~remgeld, in alle centra hetzelfde bedrag), zodat ook sociaal zwakkere personen op de CAR een beroep kunnen doen. Er bestaan non-cumulatieregels (bv. voor aanrekening via de nomenclatuur van fysiotherapie, logopedie, kinesitherapie, ...). Daarnaast ontvangen de CAR van het VAPH een onderhoudstoelage (die in mindering wordt gebracht bij de berekening van de forfaitprijs). De intramurale centra krijgen enkel overheidssubsidies vanuit het RIZIV.
 - ✓ *Revalidatie bij gezichtsstoornissen*
Voor de drie centra die hoofdzakelijk in een ziekenhuis gesitueerd zijn, is de bevoegdheid en financiering zo goed als volledig gelegen bij de federale overheid, via revalidatie-overeenkomsten. Deze centra zijn sinds kort als revalidatiecentrum erkend door het VAPH, maar dit houdt op zich geen financiële gevolgen in. Het vierde centrum (De Markgrave Antwerpen) is buiten een ziekenhuis gelegen, met als gevolg dat door de VAPH-erkenning ook een (klein)deel van de werkingskosten door het VAPH wordt betaald. De revalidatie-overeenkomsten houden geen investeringssubsidies in. Hiervoor kan wel beroep gedaan worden op VIPA-middelen. Er zijn tegemoetkomingsbedragen vastgesteld voor vier soorten 'revalidatieverstrekkings': bilan, individuele zitting in (op de campus, of op een afstand van 5 km via de kortste weg), individuele zitting out (op ten minste 5 km) en groepszittingen. Tegemoetkoming vanwege een ziekenfonds is mogelijk na voorafgaand akkoord van het College van geneesheren-directeurs of van de adviserend geneesheer. Het centrum factureert aan het ziekenfonds de kosten van de revalidatieverstrekkings.
 - ✓ *Psychosociale revalidatie voor volwassenen*
De belangrijkste financieringsbron is het RIZIV, dat revalidatieverstrekkings betaalt via een systeem van revalidatie-overeenkomsten. Elke voorziening heeft een afzonderlijke overeenkomst afgesloten met het RIZIV.
De psychosociale RIZIV-overeenkomsten (behalve Tsedek en De Evenaar) worden erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) en krijgen van deze instantie onderhoudstoelagen die in mindering worden gebracht bij

de berekening van de forfaitprijs. Zij kunnen tevens een beroep doen op het VIPA voor investeringen in gebouwen.

In het kader van de vorming van zorgcircuits en netwerken (projecten 107) worden er nu bijkomende conventies gecreëerd. Zeven 'projecten 107' die momenteel geen RIZIV-conventie in hun werkingsgebied hebben, zullen een conventie 'dagrevalidatiecentrum' krijgen, waar 1 FTE jobcoach in is opgenomen. De vijf bestaande revalidatiecentra die allen deelnemen aan de 'projecten 107' krijgen een uitbreiding in de vorm van een jobcoach, per project 1 FTE.

- ✓ *Functionele revalidatie vroegtijdige stoornissen interactie ouders-kinderen*
De middelen van het RIZIV voor de moeder-kind-afdelingen gaan volledig naar personeelskosten (1/4de van het budget). De overige kosten worden gefinancierd via het budget ligdagprijs van de psychiatrische ziekenhuizen (3/4de van het budget). De bedden waarin deze moeders verblijven zijn immers erkende ziekenhuisbedden.
- ✓ *Autisme*
De bevoegde overheid voor de referentiecentra voor autismespectrumstoornissen (ASS) is de federale overheid, met name het RIZIV, via revalidatie-overeenkomsten. De tegemoetkoming door het ziekenfonds in de kosten van de revalidatie-verstrekingen kan pas na het akkoord van het College van geneesheren-directeuren of van de adviserend geneesheer. De aanvraag wordt ingediend via een goedgekeurd formulier samen met een medisch verslag opgesteld door een arts van het centrum.
De aanpak bestaat uit een diagnoseprogramma en een coördinatieprogramma. Terugbetaalbare revalidatieverstrekingen zijn "diagnostische module" (8 uur) en "coördinatiezitting".
- ✓ In de *centra voor kinderpsychiatrische aandoeningen* wordt de tegemoetkoming in de revalidatiekosten bepaald door de ziekenfondsen. De adviserend geneesheer beslist over de periode van tegemoetkoming.
- ✓ *Revalidatie-instellingen voor kinderen met ernstige medisch-psychologische aandoeningen*
De enige instelling in Vlaanderen waarvoor de bevoegdheid wordt overgeheveld, nl. Pulderbos, is niet erkend als ziekenhuis, en heeft een all-in financiering. Bouwkosten worden integraal (100%) via de all-in revalidatiedagprijs vergoed. De nuloptie houdt het behoud in van het systeem van de all-in revalidatiedagprijs. Eens de bezetting van 90% bereikt is, krijgt het centrum slechts een minimale financiering van de werkingskosten voor bijkomende opnames.
- ✓ *Motorische revalidatie*
 - Sommige overeenkomsten leggen een jaarenveloppe (personeelskosten en algemene kosten) vast die van inrichting tot inrichting verschilt. Andere (oudere) overeenkomsten bevatten geen jaarenveloppe, waardoor het aantal revalidatieverstrekingen dat de betrokken revalidatiecentra realiseren, geleidelijk kan toenemen. De prijzen die kunnen aangerekend worden, verschillen meestal van inrichting tot inrichting. De vergoedbare revalidatieverstrekingen leunen in sommige gevallen sterk aan bij nomenclatuurverstrekingen.
 - In de inrichtingen die deel uitmaken van een ziekenhuis zijn er vele gehospitaliseerde patiënten die meestal dagelijks revalidatie krijgen. De forfaits dekken echter niet de kostprijs van de hospitalisatie, waardoor de verpleegdagprijs kan worden aangerekend. De ambulante patiënten zullen in de praktijk maar enkele dagen per week op het revalidatiecentrum beroep doen.
- ✓ Eenheden voor *respijtzorg*: De Gewesten en Gemeenschappen hebben projecten aangebracht, waarvan zij de constructiekosten financieren. De federale overheid financiert de personeelskosten met betrekking tot de gezondheidszorg. Deze financiering gebeurt via een conventie tussen het RIZIV en de promotoren van het project, gevolg gevend aan een projectoproep, georganiseerd door het RIZIV. Deze

projectoproep werd gelanceerd in mei 2009. De conventies met 2 eenheden voor 5 bedden (Villa Rozerood en Limerick) in de Vlaamse Gemeenschap werden ondertekend in september 2011.

De werkingskosten worden gedekt door verschillende bronnen:

- de verzekeringstegemoetkoming in de verstrekkingen van de overeenkomst (= interne dagen)
- verstrekkingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen
- tegemoetkoming van gewest/gemeenschap in de onroerende kosten

Eventueel aangevuld door andere tegemoetkomingen van de overheden voor andere kosten en inkomsten van bvb. festiviteiten, verkopen, giften, sponsoring...

Wat zijn de effecten?

- Kosten:
 - ✓ Indien er wordt gekozen om de uitvoering (tijdelijk) bij het RIZIV te laten, zullen de werkingskosten van het RIZIV worden doorgerekend naar Vlaanderen. Er is een regelgevend initiatief van Vlaanderen noodzakelijk en een bilaterale overeenkomst tussen de Vlaamse overheid en het RIZIV voor de uitvoering van opdrachten door het RIZIV.
 - ✓ De RIZIV-overeenkomst vertrekt vanuit een medisch denkkader en beperkt in sterke mate de therapeutische vrijheid van het revalidatieteam. De huidige overeenkomsten zijn controlerend en sanctionerend opgesteld. De huidige knelpunten in de sector worden hier niet aangepakt. Momenteel is er een geografisch ongelijke spreiding van de centra over Vlaanderen. Deze situatie wordt bestendigd door een ongewijzigde overname van de bevoegdheid.
 - ✓ De conventies zijn zeer gedetailleerd en kunnen verschillen van voorziening tot voorziening. De sector is vragende partij om deze detaillering te verminderen en te komen tot een transparante nieuwe regelgeving.
 - ✓ Deze nuloptie laat geen efficiënte organisatie en afstemming met overige sectoren van de ambulante revalidatie toe.
 - ✓ De nadelen van de huidige financieringswijze waarin een beperking van de capaciteit is opgenomen blijven behouden.
 - Baten:
 - ✓ Behoud van financiering via het verzekeringsmodel; de huidige financieringsstroom, die door de sector als transparant en vlot wordt ervaren, blijft bestaan. Het huidige financieringsmechanisme biedt een rechtszekere en stabiele financiële situatie.
 - ✓ Voor de sector zal de overheveling weinig tot geen hinder betekenen in de uitvoering van hun werking.
 - ✓ Ook voor de cliënten brengt deze optie geen veranderingen met zich mee. De continuïteit van de dienstverlening zal verzekerd zijn (op voorwaarde dat er voldoende budget overkomt).
- **Tweede optie: : Optimale inschakeling van de revalidatiecentra in het bestaande Vlaamse hulpverleningsaanbod**

Wat houdt deze optie in?

In deze optie worden de verschillende 'soorten' voorzieningen, afhankelijk van het type, geïntegreerd in het huidige Vlaams sectoraal beleid waar ze het dichtst bij aansluiten. Afhankelijk van het type voorziening kan dit de geestelijke gezondheidszorg, (revalidatie-) ziekenhuizen of voorzieningen voor personen met een handicap zijn.

De financiering gebeurt dan niet meer via revalidatie-overeenkomsten, maar op dezelfde wijze als de nu geldende (en waar nodig uitgebreide) regelgeving voor de betreffende sector.

De vraag stelt zich of de werking van bepaalde centra, zoals de sector van de CAR, kan worden geïntegreerd in bestaande structuren (bv. PSY-revalidatie in Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, zintuiglijke revalidatie in centra van VAPH).

Binnen de CAR bestaan 19 doelgroepen (zie bijlagen bij deel 2, p. 17). Deze lijst is zeer divers en de vraag kan gesteld worden of de CAR zich op lange termijn op al deze doelgroepen dienen te blijven richten. Zoals al aangegeven hebben een aantal CAR GGZ-gerelateerde doelstellingen. Deze CAR dienen best zo te worden gepositioneerd dat ze minstens een sterke samenwerking met de sector van de geestelijke gezondheidszorg ontwikkelen of mogelijk zelfs geïntegreerd worden in die sector als het om een exclusief aanbod gaat van psychosociale revalidatie. Anderzijds zijn er een aantal centra die zich richten op sensorieel gehandicapten en meer aansluiten bij het beleid naar personen met een handicap.

Ook revalidatie bij *gezichtsstoornissen* (visuele stoornissen) sluit aan bij het beleid naar personen met een handicap, ondermeer gelet op training en testing-hulpmiddelen.

De toekomstige opties die ontwikkeld moeten worden voor *psychosociale revalidatie* zijn best in lijn met de hervormingen van de geestelijke gezondheidszorg die de richting uitgaat van zorgcircuits en –netwerken (o.a. artikel 107). Gezien er binnen de geestelijke gezondheidszorg verschillende soorten voorzieningen actief zijn, moet erover gewaakt worden dat er geen overlap in opdrachten is. Zowel de CAR als de psychosociale conventies volwassenen zijn aanvullend op het gespecialiseerd ambulant en residentieel aanbod.

Ook voor *Autismespectrumstoornissen* is nood aan een betere coördinatie en afstemming op de ruimere doelgroep (laat gediagnosticeerde volwassenen). Ook de demarcatie ten aanzien van de werking van de Centra voor Ontwikkelingsstoornissen moet uitgeklaard worden.

De financiering van de twee moeder-kind afdelingen voor functionele *revalidatie van vroegtijdige stoornissen in de interactie ouders-kinderen* wordt overgeheveld naar Vlaanderen. Aangezien het hier gaat om twee afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen kan het een logische optie zijn om de werking van deze afdelingen te integreren in het nieuwe ziekenhuisbeleid.

Voor Pulderbos als enige revalidatie-instelling voor kinderen met ernstige *medisch-psychologische aandoeningen* in Vlaanderen kan het een optie zijn om deze instelling aansluiting te laten vinden bij het systeem dat zal uitgewerkt worden voor de revalidatieziekenhuizen. Het huidige all-in revalidatiedagprijssysteem zou dan verlaten worden voor een gelijkaardig financieringsmodel als voor de andere revalidatieziekenhuizen.

Sommige conventies voor *motorische revalidatie*, met name de MS-kliniek Melsbroek en NAH Inkendaal, zijn gesitueerd in categorale ziekenhuizen en sluiten dus aan bij de gespecialiseerde residentiële revalidatie-instellingen (zie eerder onder hoofdstuk 1. ziekenhuisbeleid). NAH Turnhout sluit dan weer meer aan bij het beleidsdomein personen met een handicap.

Er is duidelijk nood aan een grondige analyse in samenspraak met de gebruikers en de betrokken zorgaanbieders om na te gaan of er beter kan tegemoet gekomen worden aan de behoeften van bepaalde doelgroepen door de revalidatie beter te integreren in de werking van andere sectoren, bv. geestelijke gezondheidszorg (ontwikkelingsstoornissen, stemmingsstoornissen, gedragsstoornissen,...) of personen met een beperking (verstandelijke handicap, gezichtsstoornissen,...)?

Wat zijn de effecten?

- Baten:
 - ✓ De verleende zorg kan beter worden afgestemd op de reeds bestaande aanbodvormen.
 - ✓ Het revalidatielandschap wordt overzichtelijker voor andere zorgverstrekkers.
 - ✓ Er is minder risico op overlap tussen het aanbod van de ambulante revalidatie en dat van andere actoren (mogelijke efficiëntiewinst).
 - ✓ Er is een betere inschakeling in regionale netwerken wat de rolverdeling scherper kan stellen.
- Kosten:
 - ✓ Nadeel van deze optie is dat kleinschalige voorzieningen met een gespecialiseerd aanbod van ambulante zorg in dergelijk scenario ofwel worden toegewezen aan een tweedelijnsvoorziening (Centrum Geestelijke Gezondheidszorg) of dat er niet altijd een ambulante zorgvorm bestaat (sector personen met een beperking).
 - ✓ Bestaande ambulante voorzieningen dreigen uiteengerafeld te worden na een periode van integratie van verschillende revalidatievormen.
 - ✓ De sector van de ambulante revalidatie heeft te kennen gegeven dat er veel belang wordt gehecht aan de continuering van het specifieke karakter van hun aanbod (dat mogelijk was door het soms unieke karakter van een conventie). Deze specificiteit zou bewaard moeten kunnen blijven omdat ze beantwoordt aan reële noden.

▪ Derde optie: Uitwerking van een gestroomlijnd Vlaams revalidatiebeleid

Wat houdt deze optie in?

De uitwerking van de toekomstvisie moet vertrekken vanuit de specifieke revalidatiebehoeften van de patiënten, gekoppeld aan een zorgcircuit/netwerk rond revalidatie en rekening houdend met een goede geografische spreiding. Revalidatie is een deel van een continuüm. Op dit ogenblik bieden verschillende zorgvoorzieningen revalidatie aan met verschillende intensiteit en gericht op een brede waaier van doelgroepen. De revalidatie dient herbekeken te worden vanuit een brede en toekomstgerichte visie, die rekening houdt met de verschuivingen in demografie en epidemiologie. Hierbij dient men verschillende actoren op te nemen, alsook verschillende organisatievormen van revalidatie in functie van intensiteit van revalidatiebehoefte.

Verder bouwend op de studie van het KCE⁵² kan binnen de revalidatie een gelaagd zorgaanbod aangeboden worden:

- (1) functie revalidatie;
- (2) zorgprogramma revalidatie;
- (3) gespecialiseerd zorgprogramma revalidatie.

Deze drie types onderscheiden zich door de complexiteit van de revalidatienoden en – doelstellingen van de revaliderenden enerzijds en de incidentie en prevalentie van de betreffende aandoeningen anderzijds.

Bij de uitwerking van het volledige Vlaamse revalidatielandschap dient de revalidatie te worden benaderd vanuit een bredere hoek, met aansluiting bij mantelzorg, thuiszorg, woonzorgcentra, ambulante centra,... Hierbij wordt een zorgcircuit 'revalidatie' opgericht

⁵² Organisatie en Financiering van Musculoskeletale en Neurologische Revalidatie in België. KCE reports 57A – 2007

waarbij alle actoren, zowel residentieel als ambulant, een functie toegewezen krijgen. Daarbij dienen samenwerkingsakkoorden afgesloten te worden met andere actoren die de zorgprogramma's en de functie revalidatie aanbieden; er moet een functioneel netwerk ontstaan waarbij duidelijke regels van doorverwijzing en terugverwijzing worden bepaald. Iedere actor krijgt een specifieke plaats in dit zorgcircuit/functioneel netwerk.

Op termijn kan dergelijke evolutie in het beleid uitmonden in een "Vlaams revalidatiedecreet". Finaal is het uiteraard dat de bedoeling dat de patiënt die nood heeft aan gespecialiseerde en kwaliteitsvolle revalidatie binnen een redelijke termijn en afstand kan worden behandeld tegen een aanvaardbare prijs.

Nieuwe regelgeving kan regulerend verordenen met betrekking tot:

- programmatie: de spreiding van het revalidatieaanbod, evenals de beheersing van de groei;
- financiering: de vastlegging van het budget, de basisfinanciering van de aanbieders, het persoonlijk aandeel van de patiënt;
- erkenning: minimale kwaliteitscriteria voor de zorgaanbieders worden vastgelegd.

Binnen dergelijk regelgevend kader kunnen overeenkomsten met zorgaanbieders afspraken vastleggen over:

- de keuze van de revalidatiemodules (bijvoorbeeld: zintuiglijk (visus en/of gehoor), psychosociaal, stem/spraak,...);
- het werkterrein en de doelgroep;
- kwaliteitsbeleid: onder meer evidence based revalidatieprocedures, efficiëntie (duur van de revalidatie, verhouding capaciteit/output...) en de bewaking hiervan.

Suboptie 1: optimale clustering van vormen van revalidatie met verdeling van doelgroepen over centra in functie van noden

Voor het vaststellen van de doelgroep moet men de specifieke revalidatiebehoefte van een patiënt kunnen bepalen en een evidence based revalidatietraject kunnen aanbieden. Hiervoor dient een patiëntenclassificatiesysteem op punt te worden gesteld dat toelaat de revalidatienoden

- ✓ te registreren
- ✓ te coderen
- ✓ te koppelen aan revalidatiedoelstellingen
- ✓ en de toewijzing aan een bepaald behandelingstraject te verantwoorden.

Er dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt over welke doelgroepen nood hebben aan gespecialiseerde en multidisciplinaire zorg en welke doelgroepen geen behandeling in een CAR nodig hebben maar, bijvoorbeeld, ook multidisciplinair op eerstelijnsniveau kunnen worden gerevalideerd.

Belangrijk is ook een goede en tijdige detectie en een duidelijke toegangspoort i.f.v. een snelle oriëntatie naar de adequate diagnostische setting of ondersteuning. Een nieuw organisatiemodel moet beletten dat personen met ontwikkelingsstoornissen als jongere door de mazen van het net vallen, en dan later als volwassene dysfunctioneren of niet of onvoldoende ondersteund worden.

Suboptie 2: geografische herverdeling van het zorgaanbod binnen bepaalde werkingsgebieden, volgens het zorgregiodecreet

Een optimale regionale spreiding kan deel uitmaken van dit systeem. Omwille van historische redenen bestaat er momenteel een geografisch onevenwicht in Vlaanderen.

De Vlaamse overheid heeft via het 'zorgregiodecreet' een structurering in het Vlaams zorglandschap aangebracht en daaraan de programmatie van de zorgcapaciteit verbonden. Dit decreet legt ook de basis voor de territoriale afbakening waarbinnen de samenwerking tussen zorgverstrekkers kan gebeuren. Zo kunnen bv. de CAR geïmplementeerd worden in de zorgregio's. Gebieden waar er hiaten in de zorgverstrekking zijn, kunnen aldus voorrang genieten bij invulling van de programmatie om deze lacune in te vullen.

Er is nood aan een analyse op welk zorgregioniveau de verschillende aanbodvormen van revalidatie (zowel residentieel als ambulant) zich idealiter situeren.

Een combinatie van beide subopties is mogelijk, waarbij een optimale clustering wordt uitgewerkt met een verantwoorde regionale spreiding.

Wat zijn de effecten?

- Baten:
 - ✓ De verleende zorg kan beter worden afgestemd op de behoeften van de Vlaamse patiënten die revalidatie nodig hebben.
 - ✓ Er is geen overlap meer tussen het aanbod van de actoren. Iedere actor heeft zijn eigen specifieke plaats binnen het Vlaams revalidatielandschap en binnen het zorgcircuit/netwerk.
- Kosten:
 - ✓ Er dient een nieuw beleid te worden uitgewerkt, inclusief wetgevende initiatieven. Een hinderpaal daarbij is dat de Vlaamse overheid niet bevoegd wordt voor het gehele revalidatiebeleid, slechts voor bepaalde onderdelen ervan.
 - ✓ Er moet een Vlaams equivalent van de NRZV worden opgericht waarbinnen dit nieuw revalidatiebeleid wordt ontwikkeld met alle betrokken actoren en experts.
 - ✓ Een betere spreiding van het revalidatieaanbod en de opbouw van revalidatie-zorgcircuits en -netwerken hebben een prijs.

▪ Vierde optie: Opties voor financiering ⁵³

Wat houdt deze optie in?

Optie 1: Instellingsgebonden financiering

Subopties:

- Enveloppefinanciering: hierbij worden de aanbieders van zorg betaald in functie van de capaciteit, ongeacht de prestaties

De revalidatiecentra worden gefinancierd via een enveloppesysteem, vergelijkbaar met het systeem van convenanten, zoals dit momenteel wordt toegepast bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. In dit systeem wordt een meerjarenovereenkomst (convenant) afgesloten tussen de Vlaamse overheid en de centra. Deze overeenkomst omvat:

- ✓ de erkenning
- ✓ het budget per centrum (het aandeel van de personeels- en werkingskosten in de subsidie-enveloppe en de mate waarin de subsidie-enveloppe evolueert volgens indexering en anciënniteit)
- ✓ de opdrachten van het centrum
- ✓ wijze van rapportage en controle.

⁵³ Voor een uitgebreidere beschrijving van de verschillende modellen verwijzen we naar de inleiding bij dit hoofdstuk

Deze convenanten kunnen zich in de transitiefase baseren op de huidige RIZIV-overeenkomsten (mits een aantal aanpassingen waardoor de flexibiliteit en de revalidatie-opmaat voor cliënten wordt verhoogd).

- Prestatiefinanciering: betaling per geleverde prestatie of voor het (doorlopen) revalidatietraject per persoon.

Optie 2: Persoonsgerichte financiering

Bij deze financieringsvorm wordt een (revalidatie)voucher toegekend aan de persoon die revalidatie behoeft, of wordt een trekkingsrecht toegekend aan de zorgverzekeraar. Die vergoedt daarmee de tussenkomst in de prestaties nodig voor de revalidatie (en die niet vergoedbaar zijn door het RIZIV), en eventueel een nader te bepalen deel van de werkingskost van de revalidatievoorziening. Dit trekkingsrecht is gerelateerd aan het budget dat door de Vlaamse overheid ter beschikking wordt gesteld aan de erkende zorgverzekeraars die tussenkomen in de revalidatie.

De middelen waaruit zorgverzekeraars kunnen putten via hun ledengerelateerde trekkingsrechten worden dus beheerd in een fonds (voor revalidatie of een uitgebreid Zorgfonds), dat gevoed wordt door de overheid.

Het beheer van dit fonds kan worden toegekend aan de overheid, zorgverzekeraars, zorgverstrekkers, zorgaanbieders, vertegenwoordigers van de zorggebruikers en/of vertegenwoordigers van de werknemers en werkgevers.

De overheid kan hierin ook enkel een waarnemende rol opnemen en zich beperken tot beslissingen over eventuele bijkomende bijdragen die geïnd worden bij de verzekerden, over een wijziging van de dotatie aan het fonds en over de wijziging van de eigen bijdrage van de revaliderende personen.

Het beheer van de toegekende middelen aan het fonds wordt in dat geval volledig ten laste gelegd van de beheerders. De beslissingen die verband houden met dit beheer (verdeling van het budget over de verschillende subsectoren van revalidatie, de hoogte van de trekkingsrechten, doelgroepafbakening, ...) zijn onderworpen aan een verantwoordingsplicht ten overstaan van zowel de uitvoerende (minister, regering) als van de wetgevende macht (parlement).

Optie 3: Prestatiefinanciering met maximum

Bij deze mengvorm wordt een maximale facturatiecapaciteit bepaald door de zorgverzekeraar voor een voorziening, waarbij door het factureren van prestaties voor individuele patiënten het maximum kan worden opgebouwd.

De middelen waaruit zorgverzekeraars kunnen putten via hun ledengerelateerde trekkingsrechten worden dan beheerd in een fonds (specifiek voor revalidatie of een uitgebreid Zorgfonds), dat gevoed wordt door de overheid.

Het beheer van dit fonds kan worden toegekend aan de overheid, zorgverzekeraars, zorgverstrekkers, zorgaanbieders, vertegenwoordigers van de zorggebruikers en/of vertegenwoordigers van de werknemers en werkgevers.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

De nieuwe bevoegdheden inzake revalidatie sluiten op Vlaams niveau het meest aan bij het huidig beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Het is duidelijk dat voor de inkanteling van het deel van het revalidatiebeleid dat overgeheveld wordt naar de gemeenschappen zeer goede afspraken zullen moeten gemaakt worden tussen verschillende agentschappen (in de veronderstelling dat er geen aparte Vlaamse structuur voor revalidatie zou worden opgericht):

- het VAPH dat al instaat voor de erkenning, toekenning van onderhoudstoelagen,... en dat ervaring/expertise heeft m.b.t. de revalidatiesector.
- het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Dit agentschap heeft geen expertise op het gebied van ambulante revalidatie, maar is wel bevoegd voor de sectoren geestelijke gezondheidszorg, met ondermeer de CGG's, en de algemene en categorale ziekenhuizen.

Ook de andere agentschappen (Kind en Gezin, Jongerenwelzijn, Zorginspectie) en het departement van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin hebben raakvlakken met revalidatie.

De concrete inkanteling zal afhankelijk zijn van de gekozen opties.

Afdeling 2. Revalidatie verslaafden

Wat zal er veranderen aan de Vlaamse bevoegdheid?

▪ Vóór de zesde staatshervorming

Vlaanderen is bevoegd voor de preventieve gezondheidszorg. Er is een Vlaamse gezondheidsdoelstelling Tabak, Alcohol en Drugs, en een Vlaams actieplan voor de periode 2009 – 2015. Belangrijkste actoren zijn de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (partnerorganisatie), de Vlaamse Logo's (lokaal gezondheidsoverleg), de preventiewerkers bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG's), en de terreinorganisaties. Op vlak van preventie en vroeginterventie kennen we in 3 van de 5 Vlaamse gemeenten intergemeentelijke preventiewerkers die via een cofinanciering tussen provincies en aantal gemeenten worden tewerkgesteld. Op het gebied van schadebeperking subsidieert Vlaanderen één partnerorganisatie (expertisecentrum) en vijf provinciale organisaties met terreinwerking voor spuitenruil bij injecterende druggebruikers. Op het gebied van hulpverlening financiert Vlaanderen de CGG's die in een aantal gevallen over specifieke ambulante behandelteams beschikken.

Op federaal niveau financiert het RIZIV de categoriale, gespecialiseerde drughulp op basis van conventies. Het zijn deze conventies die overgeheveld worden naar het Vlaamse niveau, en besproken worden in deze fiche.

Daarnaast zijn er ook de psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen (PAAZ) en een aantal projecten (meestal federaal gefinancierd), rond specifieke topics, zoals dubbeldiagnose, crisisopvang, ... Alle voornoemde blijven in hoofdzaak federaal, ook na de staatshervorming. Ook Justitie en Binnenlandse Zaken financieren momenteel een aantal relevante activiteiten, in hoofdzaak rond hulp in gevangenis en alternatieve maatregelen.

Om het beleid van beide niveaus op elkaar af te stemmen, zijn er een aantal structuren: de Interministeriële Conferentie Drugs, de Algemene Cel Drugs en een aantal werkcellen, waaronder de Cel Gezondheidsbeleid Drugs. Ook op provinciaal en lokaal niveau zijn er structuren voor afstemming: de overlegplatforms GGZ en de (ondertussen stopgezette) projecten zorgcoördinatie.

▪ Na de zesde staatshervorming

Tekst institutioneel akkoord (p. 34):

“De volgende revalidatieovereenkomsten zullen naar de deelstaten worden overgeheveld: NOK, PSY, verslaafden, slechthorenden, gezichtsstoornissen, psychosociale revalidatie voor volwassenen, functionele revalidatie vroegtijdige stoornissen interactie ouders kinderen, autisme, revalidatie-instellingen voor kinderen met een ernstige medisch-psychologische aandoening, instellingen voor motorische revalidatie.”

“De middelen die momenteel federaal worden ingezet voor preventie worden overgedragen, alsook het Fonds ter bestrijding van verslavingen.”

Daarnaast worden ook een aantal activiteiten overgedragen met een meer algemeen aspect, die ook relevant zijn voor de aanpak van verslavingsproblemen, waaronder de overlegplatforms GGZ, Beschut Wonen en PVT, Justitiehuisen, ...

Voorgestelde wetteksten:

- ✓ Nieuw artikel 5, § 1, I, eerste lid, 5° BWHI:

“§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

I. Wat het gezondheidsbeleid betreft :

5° het beleid inzake long term care revalidatie

Onder « long term care-revalidatie » wordt verstaan : « de niet acute of post-acute zorg die op multidisciplinaire wijze wordt verstrekt, ongeacht de instelling 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 motorische stoornissen buiten algemene en universitaire ziekenhuizen en ziekenhuizen waar tegelijkertijd chirurgische en geneeskundige verstrekkingen verricht worden exclusief voor kinderen of voor de behandeling van tumoren. »

Een reeks revalidatieovereenkomsten worden naar de gemeenschappen overgeheveld, onder meer verslaafden (RIZIV-overeenkomsten 773).

De middelen die momenteel federaal worden ingezet voor preventie zullen worden overgedragen aan de gemeenschappen. Ook het Fonds ter bestrijding van verslavingen zal worden overgedragen aan de gemeenschappen.

Daarnaast worden ook een aantal activiteiten overgedragen met een meer algemeen aspect, die ook relevant zijn voor de aanpak van verslavingsproblemen, waaronder de overlegplatforms GGZ, Beschut Wonen en PVT, Justitiehuizen, ...

▪ Wat moet nog besproken worden?

- De totale huidige werking van de voorzieningen die overkomen wordt slechts voor 67% gefinancierd door het RIZIV. De overige 33% is afkomstig van andere bronnen: Sociale Maribel, Gesco, DAC, Gerechtelijke Alternatieve Maatregelen (Justitie), Veiligheids- en preventiecontracten (Binnenlandse Zaken), steden en gemeenten, ...
Van de meeste van deze andere bronnen, is het onduidelijk in welke mate ze behouden zullen blijven na de hervormingen, vooral qua omvang van de middelen. Dit legt op de korte termijn een hypotheek op de mogelijkheid tot continuering van de bestaande dienstverlening. Vooral de financiering vanuit Justitie (GAM) en vanuit Binnenlandse Zaken (Strategische Veiligheids- en preventiecontracten en cofinanciering MSOC's – Medisch-Sociale Opvangcentra) zijn een acuut probleem. Ook de federaal gefinancierde projecten 'zorgcoördinatie' die eind 2012 werden stopgezet, vormen een probleem.
- Ook binnen de scope van de RIZIV-financiering zelf, blijven nog enkele onduidelijkheden. Zo worden de kosten voor klinische biologie slechts voor drie vierden binnen de conventie gefinancierd, een ander vierde wordt apart gefactureerd. Bij de MSOC's wordt een deel van conventiemiddelen betaald door Binnenlandse Zaken.
- De tewerkstelling in deze sector die gefinancierd wordt vanuit het Fonds Sociale Maribel of eventueel andere alternatieve tewerkstellingsfondsen moet gewaarborgd kunnen blijven en het is onduidelijk of deze middelen getransfereerd worden.

Welke nieuwe beleidsopties kan Vlaanderen nemen?

Optie 1 (Nuloptie): Verderzetten van de bestaande situatie.

Optie 2: Categoriale en geïntegreerde aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen.

Optie 3: Inhoudelijke integratie van de verslavingszorg in de algemene gezondheidszorg en in de geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder.

▪ Eerste optie: Verderzetten van de bestaande situatie

Wat houdt deze optie in?

Komen hieronder beknopt aan bod:

- de inhoud van de revalidatieovereenkomsten
- kerncijfers inzake budget, cliënten, personeelsleden, problematieken
- context van de werking: hulpverlening, preventie, afstemming

Voor meer gedetailleerde informatie verwijzen we naar de uitgebreide analyse van de actuele situatie opgesteld door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw (VAD) ⁵⁴

Inhoud huidige revalidatieovereenkomsten

Het gaat om de RIZIV-overeenkomsten nr. 773, afgesloten met elf voorzieningen. Doelgroep zijn steeds personen met een diagnose van voornamelijk verslaving aan illegale drugs, en hun omgeving.

De overeenkomsten zijn op verschillende tijdstippen tot stand gekomen en dekken uiteenlopende revalidatieprogramma's. Residentiële programma's zijn de therapeutische gemeenschappen, crisisprogramma's en kortdurende residentiële programma's. Ambulant is er de werking van de Medisch Sociale Opvangcentra (MSOC's) en de dagcentra, met een aanbod van individuele hulpverlening en groepswerking. Voor jongeren is er het kortdurend residentiële programma.

De overeenkomsten bepalen ook de behandelingscapaciteit en de jaarenveloppe van iedere inrichting en de prijzen die men kan aanrekenen aan de verzekeringsinstellingen. De personeelskosten die deel uitmaken van de vastgestelde jaarenveloppes zijn berekend op basis van de loonschalen voor het ziekenhuispersoneel van het paritair comité 330 (behalve voor de directie en de artsen).

Kerncijfers

Voor 2011 konden in totaal, door alle voorzieningen samen, in principe 155.565 prestaties verricht worden (= 100% realiseerbare capaciteit). In concreto werden maximaal 146.061 prestaties verricht, die gefinancierd werden door RIZIV (dus 92% capaciteit). De totale kosten ten laste van RIZIV komen zo op 25,91 miljoen euro. Wanneer men alle jaarenveloppes van de voorzieningen optelt (92% capaciteit) komt men aan een bedrag van 26,24 miljoen euro.

⁵⁴ Groenboek Alcohol en drugs - Deel 1: Analyse van de actuele situatie. Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw (VAD) in opdracht van minister Vandeuren. Stuurgroep groenboek drugsbeleid 18/09/2012 – 21/12/2012

In de begroting voor 2012 is door het RIZIV 27,18 miljoen euro voorzien. De groei van dit budget wordt verklaard door de evolutie in de vraag naar behandeling, die sinds 2008 elk jaar met ongeveer 5% stijgt.

In totaal werden in deze voorzieningen 493 FTE personeel tewerkgesteld: 26 artsen, 102 masters, 264 bachelors en 100 andere. Daarvan werden 330 FTE betaald met RIZIV-middelen.

Binnen deze voorzieningen worden jaarlijks ongeveer 5.000 behandelingen opgestart; op jaarbasis zijn er 8500 personen in behandeling. Ongeveer 1.500 daarvan zijn nieuwe instromers. Tussen 2008 en 2010 steeg het aantal vragen naar behandeling met ongeveer 6% per jaar. Als we kijken naar een verdeling over de verschillende middelen, dan zien we dat heroïne op één staat, gevolgd door cannabis en stimulerende middelen. Belangrijke opmerking is wel dat de meest cliënten meerdere middelen gebruiken. De gemiddelde leeftijd van cliënten ligt rond 28,7 jaar en ongeveer 80% zijn mannen.

Context werking

De hierboven beschreven voorzieningen zijn niet de enige die in Vlaanderen verslaafdenzorg aanbieden. Andere belangrijke spelers, die federaal zijn en blijven, zijn de psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen (PAAZ). Op Vlaams niveau zijn er de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) die in een aantal gevallen over specifieke ambulante behandelteams beschikken. Daarnaast zijn er ook een aantal projecten (meestal federaal gefinancierd), rond specifieke topics, zoals dubbeldiagnose, crisisopvang, ...

Ook eerstelijnsgezondheidszorg kan hierin een belangrijke rol spelen.

Naast de specifieke aanbieders van verslaafdenzorg, zijn er belangrijke andere actoren die een rol spelen in de aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen. De verslavingsproblematiek is zeer vaak verweven met problemen op het vlak van opvoeding, relaties, financiële problemen, problemen op het vlak van opleiding, werk, huisvesting, enz. Dan komen actoren in beeld als de Centra Algemeen Welzijnswerk, de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, de Bijzondere Jeugdzorg, de Centra voor Leerlingenbegeleiding, enz.

De afgelopen jaren zijn heel wat initiatieven opgestart die zich richten op de link met Justitie. De meeste gevangenen beschikken over een Centraal Aanmeldpunt (CAP), dat gedetineerden doorverwijst naar hulpverlening buiten de gevangenis. Daarnaast is er een beperkt aanbod aan hulpverlening in de gevangenis, opleiding voor gevangenispersoneel en informatieverstrekking aan gedetineerden. Om te vermijden dat gebruikers in de gevangenis terechtkomen zijn er projecten rond gerechtelijke alternatieve maatregelen (GAM) voor volwassenen, en herstelgerichte en constructieve afhandeling (HCA) voor jongeren. Daarnaast ook nog projecten rond proefzorg, drugbehandelingskamers, therapeutisch advies, verslaafde veelplegers, ... De financiering van al deze initiatieven is ontoereikend.

Tot slot zijn er ook heel wat initiatieven gericht op afstemming:

- op het niveau van de federale-, gemeenschaps- en gewestelijke overheden: de Interministeriële Conferentie Drugs, de Algemene Cel Drugs, met daaronder verschillende werkcellen, waarvan de belangrijkste de Cel Gezondheidsbeleid Drugs. Meer algemene structuren, relevant voor deze thematiek: de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid en de taskforce geestelijke gezondheidszorg.
- op provinciaal niveau: de overlegplatforms GGZ en de projecten zorgcoördinatie (voor deze laatste werd de aparte financiering vanuit de FOD ondertussen stopgezet).

- daarnaast zijn er ook op lokaal niveau afstemmingsstructuren. Voor preventie is vooral de Vlaamse werkgroep Tabak, Alcohol en Drugs van belang, en de VAD (in haar rol van partnerorganisatie).

In het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg werden de federaal gefinancierde therapeutische projecten vervangen door een financiering van cliëntgebonden overleg via de geïntegreerde diensten thuisverzorging (komen ook over naar Vlaanderen⁵⁵).

De voorzieningen met een revalidatieovereenkomst rond verslaving zijn verenigd in een koepel: de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV). Daarnaast zijn al deze voorzieningen ook lid van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) die alle actoren verenigt die in Vlaanderen werkzaam zijn rond alcohol en drugs (preventie, zorg, schadebeperking, maatschappelijke integratie,...).

Een aantal revalidatieovereenkomsten rond verslaving zijn, samen met de psychosociale revalidatieovereenkomsten, ook lid van Zorgnet Vlaanderen.

Wat zijn de effecten?

Het huidige federale beleid maakt in hoofdzaak gebruik van twee technieken:

- overeenkomsten (conventies) met individuele organisaties die in hoge mate onderling kunnen verschillen zowel qua inhoudelijke opdrachten als qua budget.
- projectmatige financiering van activiteiten, hetzij volledig ad hoc, hetzij via een bepaalde procedure van oproep.

Het gaat hier in beide gevallen om zeer 'flexibele' technieken, die op korte termijn kunnen worden ingezet om te voldoen aan specifieke vragen.

Het resultaat is een ruim en divers aanbod. De verschillende werkvormen werken onderling samen dankzij de diverse afstemmingsinitiatieven op voornamelijk provinciaal niveau (zorgcoördinatie) en op beleids- en cliëntvlak.

De huidige situatie creëert ook verschillende belangrijke problemen.

Door de historische situatie (meest recente initiatieven en werkvormen krijgen minder geld in vergelijking met de oudere werkvormen) zitten we met het probleem dat geografische spreiding van capaciteit over Vlaanderen niet evenwichtig is. Dit geldt in het bijzonder voor de ambulante vormen van hulp. Hulpverlening aan minderjarigen met een probleem van misbruik en afhankelijkheid is ontoereikend.

De afgelopen jaren zijn op federaal niveau heel wat innovatieve projecten opgestart met tijdelijke middelen, en dit door verschillende overheden (volksgezondheid, justitie, binnenlandse zaken, ...). Normaalgezien hadden deze, bij positieve evaluatie, opgenomen moeten worden in het reguliere aanbod en de daaraan verbonden structurele financiering. Dit is echter niet of nauwelijks gebeurd.

Resultaat is dat een aanzienlijk deel van de activiteiten ondergefinancierd zijn en blijven, met als gevolg problemen dien voor personeelsverloop, continuïteit van dienstverlening, financieringsproblemen voor de organisaties en dergelijke. Bovendien zorgt de afwezigheid van een structurele regelgeving voor de federale pilootprojecten in de ziekenhuizen voor een weinig coherent beleid rond de normeringsbevoegdheid van de ziekenhuizen, die naar Vlaanderen wordt overgedragen.

⁵⁵ Zie onderdeel eerstelijnsgezondheidszorg (Hoofdstuk 5)

Voor een aantal structurele noden die al enkele jaren aanslepen, is geen oplossing gekomen. Zo is er een duidelijke nood aan crisisbedden voor gebruikers van illegale drugs.

Zowel op het terrein als op de verschillende beleidsniveaus is er eensgezindheid over de vraag naar een meer coherent beleid, dat een oplossing biedt voor de huidige problemen.

- **Tweede optie: categoriale en geïntegreerde aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen**

*Wat houdt deze optie in?*⁵⁶

Kernpunt van deze optie

Binnen deze optie gaan we ervan uit dat de problematiek van middelengebruik en verslaving, en de aard van de doelgroep, zo specifiek zijn dat een aparte (categoriale) aanpak in de toekomst nodig blijft. De categoriale aanpak omvat niet alleen de voorzieningen met revalidatieovereenkomst, maar ook de verslavingsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, de categoriale CGG en de preventiewerkingen. Vanuit een specifieke 'verslavingssector' wordt intensief samengewerkt met andere belangrijke actoren binnen welzijn en gezondheid, zodat de cliënt kan rekenen op een geïntegreerd hulpaanbod. Deze categoriale sector werkt nauw samen met belendende sectoren zodat voldoende snel en flexibel kan worden ingespeeld op de complexe noden van deze doelgroep, en deskundigheid en kwaliteit bij behandeling gegarandeerd is. Dit niet enkel in de sector zelf, maar ook via de ondersteuning van de belendende sectoren (categoriaal en geïntegreerd). De maatschappelijke erkenning van middelengebruik verlaagt de drempel voor het aanspreken van preventie, vroeginterventie of hulpverlening vanuit een categoriale invalshoek bij zowel gebruikers als hun omgeving.

Visie op middelengebruik en verslaving als probleem

De aanpak van verslavingsproblemen maakt deel uit van een ruimer beleid rond psychoactieve middelen. Het gaat om een continuüm van preventie, over vroeginterventie naar behandeling, maatschappelijke (re)integratie en schadebeperking.

Verslaving is een complexe problematiek, en mensen met verslavingsproblemen en hun omgeving zijn een moeilijke doelgroep. Het probleem moet altijd vanuit verschillende dimensies worden benaderd. Zowel biologische, psychologische als sociaal-maatschappelijke factoren spelen een rol en moeten de nodige aandacht krijgen bij behandeling. Het welzijn en de gezondheid van de cliënt en zijn of haar omgeving moet daarbij altijd de voornaamste zorg zijn.

Middelengebruik veroorzaakt echter ook andere problemen dan enkel diegene die te maken hebben met geestelijke gezondheid: niet-functioneren, veiligheidsproblemen, overlast, justitiële problemen, armoede en maatschappelijke uitsluiting, algemeen medische problemen, ... Deze dienen een antwoord te krijgen in samenwerking met alle belendende sectoren en de organisaties en instanties die daar werkzaam zijn: de eerstelijnsgezondheidszorg, de geestelijke gezondheidszorg, het welzijnswerk, de jeugdhulpverlening, gezinszorg, arbeidsbemiddeling, lokale overheden en andere.

⁵⁶ Een uitgebreidere beschrijving van de categoriale en geïntegreerde aanpak is te vinden in de tekst 'Voorstel organisatiestructuur voor de aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen in Vlaanderen.'. <http://www.vad.be/media/1310706/voorstel%20vlaams%20beleid%20mbt%20middelengebruik%20en%20verslavingsproblemen.pdf>

Visie op kwaliteitsvol aanbod

Cliënten en hun omgeving moeten een pakket aan zorg krijgen dat aangepast is aan hun persoonlijke noden en mogelijkheden. Dit geldt zowel voor verslavings- als voor andere problemen. Organisatiestructuren mogen een dergelijke 'zorg op maat' niet in de weg staan. Daarvoor zijn een aantal zaken nodig:

- Het zorgaanbod moet op een heldere manier worden beschreven in 'zorgmodules', in een gemeenschappelijke taal, die voor alle betrokkenen, over de sectoren heen, begrijpelijk is.
- Elke cliënt moet een individueel 'zorgtraject' krijgen: een pakket van modules dat aangepast is aan zijn of haar behoeftes. Grenzen tussen organisaties mogen daarbij geen rol spelen.
- Regelmatig overleg tussen de verschillende hulpverleners die betrokken zijn bij een zorgtraject onderling, en met de cliënt zelf, is cruciaal.
- Samenwerking en afstemming tussen enerzijds de geestelijke gezondheidszorg, en specifiek de pilootprojecten rond de uitwerking van artikel 107, en anderzijds de categoriale sector is aangewezen voor multiprobleemcliënten met o.a. een dubbele diagnose. Een geïntegreerde aanpak en wederzijdse competentieversterking is hier nodig.

Er is op dit moment een grote kloof tussen het aantal personen dat kampt met problemen en het aantal personen dat gepaste zorg krijgt. Om deze kloof te verkleinen, is het nodig om het aanbod uit te breiden, de geografische spreiding evenwichtiger te maken en de drempels naar zorg te verlagen.

De aanpak van middelenproblematiek vereist naast de uitbouw van een kwaliteitsvolle zorg ook een beleidsmatige preventieve aanpak. Hiervoor is een ruim netwerk en betrokkenheid van andere sectoren nodig. De categoriale sector biedt hiervoor ondersteuning en deskundigheidsbevordering aan alle actoren die preventief of curatief met de middelenproblematiek worden geconfronteerd, zodat zij binnen de eigen werking hierop een kwaliteitsvol antwoord kunnen formuleren.

Deze organisaties werken nauw samen met en leveren ondersteunende expertise aan (minimaal):

- de ruimere gezondheidszorg en in het bijzonder geestelijke gezondheidszorg, preventieve gezondheidszorg en eerstelijnsgezondheidszorg
- politie, justitie en gevangenissen
- welzijn, jeugdhulp, maatschappelijke integratie, tewerkstelling, wonen, onderwijs, ...

Visie op organisatie en financiering

Ten behoeve van het Vlaams beleid wordt een adviserend orgaan (Vlaamse adviesgroep middelengebruik en verslavingsproblemen) opgericht met ruime vertegenwoordiging van de sectoren met een categoriaal aanbod (preventie en hulpverlening).

De Vlaamse overheid erkent één partnerorganisatie met opdrachten op vlak van preventie, vroeginterventie, hulpverlening en harm reduction. Daarnaast blijft het systeem van organisaties met terreinwerking bestaan voor de uitvoering van specifieke programma's (vb spuitenruil, projecten naar nieuwe doelgroepen,...).

De organisaties die momenteel een revalidatieovereenkomst hebben, blijven bestaan als juridische entiteit. Ze krijgen een erkenning van onbepaalde duur (zolang ze voldoen aan de voorwaarden) en een structurele financiering voor bestaande activiteiten.

De juridische basis voor erkenning, financiering en werking van de organisaties die momenteel een overeenkomst hebben, wordt neergelegd in een specifiek te ontwikkelen

'decreet voor de geïntegreerde aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen' en omvat alle activiteiten die te maken hebben met middelenmisbruik en verslaving.

Voorzieningen maken deel uit van aparte (provinciale) netwerken voor deze specifieke problematiek, met een structurele link naar de algemene GGZ-netwerken, via de coördinator. Geestelijke gezondheidszorg is één (belangrijke) sector waarmee wordt samengewerkt, naast andere.

Deze financiering kan gebeuren op basis van prestaties of via enveloppefinanciering. Bij enveloppefinanciering kan de organisatie an sich worden gefinancierd, of de zorgmodules, of een combinatie van beide.

De Vlaamse overheid kan bvb. de basisprogrammatie (minimale modules) vastleggen op basis van registratie en nodenanalyse, rekening houdend met een aantal nader uit te tekenen indicatoren (bevolkingsaantal, verstedelijking, lage SES, ...). Ze zorgt voor de basisfinanciering van voorzieningen en een enveloppefinanciering per provinciaal netwerk. Al deze systemen hebben voor- en nadelen, maar dit hoeft in principe geen invloed te hebben op de kwaliteit van de inhoudelijke werking.

Belangrijk: de kloof tussen het aantal mensen dat kampt met verslaving en het aantal dat in behandeling is, is groot. De vraag naar behandeling en de budgetten van deze sector zijn de afgelopen jaren systematisch gestegen, en nog steeds is het aanvoelen dat heel wat noden (bijvoorbeeld op het gebied van crisisopvang) niet ingevuld raken.

Risico's

- Wanneer er onvoldoende stimuli voor voorziening-overschrijdende samenwerking zijn, dan kan dit in de weg staan van de zorg op maat en zorgcontinuïteit.
 - Omgekeerd lopen personen met verslavings- en andere problemen die terechtkomen in de algemene GGZ een risico op te weinig gepaste zorg wanneer er te weinig doorstroming van expertise en te weinig samenwerking is.
- **Derde optie: integratie van de verslavingszorg in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen**

Wat houdt deze optie in? ⁵⁷

Kernpunten van deze optie

Binnen deze optie gaan we ervan uit dat verslavingszorg geïntegreerd wordt in de ruimere geestelijke gezondheidszorg. De DSM-IV (en toekomstige DSM-V)-classificatie beschouwt verslaving als een psychiatrische stoornis en het overgrote deel van de middelen inzake hulpverlening voor verslaving bevindt zich nu al binnen zowel de psychiatrische ziekenhuizen als de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen.

De uitbouw vindt plaats binnen voorziening-overstijgende zorgprogramma's en samenwerkingsverbanden voor de drie leeftijdsdoelgroepen: kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen. Binnen deze zorgprogramma's worden specifieke zorgtrajecten uitgebouwd voor onder meer verslaafden.

⁵⁷ Een uitgebreidere beschrijving van deze optie is te vinden in het document 'Integratie verslavingszorg in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Voorstel in het kader van de zesde staatshervorming.', opgesteld door Zorgnet Vlaanderen.

Visie op verslaving als probleem

Verslaving is een complexe problematiek en mensen met verslavingsproblemen en hun omgeving zijn een moeilijke doelgroep. Het probleem moet altijd vanuit verschillende dimensies worden benaderd. Zowel biologische, psychologische als sociaal-maatschappelijke factoren spelen een rol, en moeten de nodige aandacht krijgen bij behandeling. Het welzijn en de gezondheid van de cliënt en zijn of haar omgeving moet daarbij altijd de voornaamste zorg zijn.

Visie op kwaliteitsvolle zorg

Cliënten en hun omgeving moeten een pakket aan zorg krijgen dat aangepast is aan hun persoonlijke noden en mogelijkheden. Dit geldt zowel voor verslavings- als voor andere problemen. Organisatiestructuren mogen een dergelijke 'zorg op maat' niet in de weg staan. Daarvoor zijn een aantal zaken nodig:

- Het zorgaanbod moet op een heldere manier worden beschreven in 'zorgmodules', in een gemeenschappelijke taal, die voor alle betrokkenen, over de sectoren heen, begrijpelijk is.
- Elke cliënt moet een individueel 'zorgtraject' krijgen: een pakket van modules dat aangepast is aan zijn of haar behoeftes. Grenzen tussen organisaties mogen daarbij geen rol spelen.
- Regelmatig overleg tussen de verschillende hulpverleners die betrokken zijn bij een zorgtraject onderling, en met de cliënt zelf, is cruciaal.

Er is op dit moment een grote kloof tussen het aantal personen dat kampt met problemen en het aantal personen dat gepaste zorg krijgt. Het aanbod moet worden uitgebreid, de geografische spreiding moet evenwichtiger, de drempels naar zorg moeten worden geslecht.

Visie op organisatie en financiering

De verdere uitbouw van voorziening-overstijgende zorgprogramma's en samenwerkingsverbanden voor de drie leeftijdsdoelgroepen (kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen) vindt plaats binnen de geestelijke gezondheidszorg. Binnen deze zorgprogramma's worden specifieke zorgtrajecten uitgebouwd voor onder meer verslaafden.

De organisaties die momenteel een revalidatieovereenkomst hebben, kunnen op korte termijn in de huidige conventievorm blijven bestaan als juridische entiteit. Ze krijgen een erkenning van onbepaalde duur (zolang ze voldoen aan de voorwaarden) en een structurele financiering voor bestaande activiteiten.

Op korte termijn is de juridische basis voor erkenning, financiering en werking van de voorzieningen een specifiek onderdeel van het bestaande decreet GGZ in Vlaanderen. Op middellange termijn (na de overdracht) wordt het decreet verder uitgebouwd naar de erkenning van leeftijdsgebonden zorgprogramma's waarin de verschillende opdrachten van de voorzieningen worden omschreven alsook de opdrachten, doelstellingen en werkingsbeginselen van het samenwerkingsinitiatief of netwerk.

Naar analogie met de "Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg" (SEL) dient de overheid op middellange termijn, in het decreet geestelijke gezondheidszorg, de opdrachten, doelstellingen en werkingsbeginselen vast te leggen van het samenwerkingsinitiatief of netwerk. De zorgaanbieders zullen samen instaan en verantwoordelijkheid dragen voor de zorgcoördinatie en de zorgafstemming. Deze netwerken worden gevormd op basis van een overeenkomst waarin de verschillende zorgaanbieders hun functionele samenwerking omschrijven en zich engageren om de taakafspraken en de modaliteiten van de functionele samenwerking na te leven.

Deze samenwerkingsverbanden werken nauw samen met en leveren expertise aan andere actoren werkzaam in zowel de preventieve als de eerstelijnsgezondheidszorg, maar ook in sectoren die niet ressorteren onder de gezondheidszorg zoals politie, justitie, ... Financiering kan gebeuren op basis van prestaties of via enveloppefinanciering. Bij enveloppefinanciering kan de organisatie an sich worden gefinancierd, of de zorgmodules, of een combinatie van beide. Al deze systemen hebben voor- en nadelen, maar dit hoeft in principe geen invloed te hebben op de kwaliteit van de inhoudelijke werking.

Belangrijk: de kloof tussen het aantal mensen dat kampt met verslaving en het aantal dat in behandeling is, is groot. De vraag naar behandeling en de budgetten van deze sector zijn de afgelopen jaren systematisch gestegen, en nog steeds is het aanvoelen dat heel wat noden (bijvoorbeeld op het gebied van crisisopvang) niet ingevuld raken.

Risico's

- Bij een volledige integratie in de algemene GGZ bestaat het risico dat de opgebouwde expertise, het specifiek aanbod en de financiële middelen van huidige verslavingszorg te veel worden 'verdund' in de grotere GGZ, om in het slechtste geval uiteindelijk te verdwijnen.
- Het GGZ-model kan in ieder geval een goed model zijn voor dubbele diagnose problematiek (bijvoorbeeld middelenproblemen met psychose, suïcidaliteit of zware gedragsstoornissen), op voorwaarde dat zij meer openstaan voor de verslavingsproblematiek. Het is evenwel minder geschikt voor puur middelen-gerelateerde fenomenen die andere methodes vergen dan de psychiatrische (o.a. TG-model, MSOC-model, briefintervention).
- Specifieke initiatieven naar gebruikers (preventie, vroegdetectie en -interventie, spuitenruil, gebruikersruimtes, methadonverstrekking) worden in deze piste moeilijker gevat. Hetzelfde geldt voor doelgroepen die geen GGZ-problemen ervaren, maar een hulpvraag hebben met sociale, justitiële of algemeen medische aspecten

HOOFDSTUK 8. GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN

Wat zal er veranderen aan de Vlaamse bevoegdheid?

▪ Vóór de zesde staatshervorming

De federale overheid is bevoegd voor zowel de erkenning van de gezondheidszorgberoepen, als de planning van het medisch aanbod.

De “Bijzondere Wet tot Hervorming der Instellingen van 8 augustus 1980” bevat omtrent die bevoegdheden geen expliciete wetsbepaling. Dit is dus residuaire bevoegdheid van de federale overheid, aanvaard door rechtsleer en rechtspraak.

▪ Na de zesde staatshervorming

Tekst institutioneel akkoord (p. 35):

*“Volgende materies zullen in een samenwerkingsakkoord geregeld worden:
(...)*

d. de contingeringsmodaliteiten van de gezondheidszorgberoepen;

De bevoegdheden inzake de subquota wordt aan de Gemeenschappen overgedragen.

e. De aanpassings- en evaluatiemodaliteiten van het K.B. nr. 78;

De deelstaten worden bevoegd om de zorgverstrekkers te erkennen, met naleving van de door de federale overheid bepaalde erkenningsvoorwaarden.”

Voorgestelde wetteksten:

✓ Nieuw artikel 5, § 1, I, eerste lid, 7° BWHI:

“§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn:

I. Wat het gezondheidsbeleid betreft :

7° wat betreft de gezondheidszorgberoepen :

a) hun erkenning met naleving van de door de federale overheid bepaalde erkenningsvoorwaarden;

b) hun contingering, rekening houdende, in voorkomend geval, met het globale aantal dat de federale overheid per gemeenschap jaarlijks kan vastleggen voor de uitoefening van elk van de gezondheidszorgberoepen;”

✓ Nieuw artikel 92bis, § 4septies,b, BWHI:

“§ 4septies. De gemeenschappen en de federale overheid sluiten in elk geval een Samenwerkingsakkoord :

b) over de uitwisseling van informatie in het kader van de uitoefening van de bevoegdheden bedoeld in artikel 5, § 1, I, 7°, b)”.

▪ Wat moet nog besproken worden?

- De draagwijdte van “met naleving van de door de federale overheid bepaalde erkenningsnormen” is onduidelijk. Houdt dit ook de bepalingen in die de procedure bepalen?
- Naast de gezondheidsberoepen moeten er ook stageplaatsen en stagemeesters erkend worden. Het is onduidelijk of ook die erkenningsbevoegdheid wordt overgedragen.
- Het is onduidelijk of de taken van de “Provinciale Geneeskundige Commissies” , i.e. het viseren van de diploma’s van sommige gezondheidsberoepen, ook wordt overgedragen.

▪ Aandachtspunten

- Toegang of zelfs (mede)beheer van de federale databank “eCad” is onontbeerlijk bij de uitoefening van de bevoegdheid om gezondheidszorgberoepen te erkennen.

- Institutionaliseren van de samenwerking met RIZIV is noodzakelijk.
- In elke optie zal er nood zijn aan een duidelijke transitiefase met nood aan continuïteit aangezien verstrekkers een erkenning moeten kunnen blijven krijgen na het voltooien van hun opleiding.

Welke nieuwe beleidsopties kan Vlaanderen nemen?

Optie 1 (Nuloptie): De federale bevoegdheid qua erkenning van gezondheidszorgberoepen en qua (sub)planning van het medisch aanbod wordt onverkort overgenomen door de Vlaamse Gemeenschap.

Optie 2: De Vlaamse Gemeenschap oefent de erkenningsbevoegdheid uit, en zorgt voor een optimalisering van de erkenningsprocessen door middel van doorgedreven digitalisering en automatisering.

- **Eerste optie: De federale bevoegdheid qua erkenning van gezondheidszorgberoepen en qua (sub)planning van het medisch aanbod wordt onverkort overgenomen door de Vlaamse Gemeenschap.**

Wat houdt deze optie in?

De *erkenning* van de gezondheidszorgberoepen is vooral een procesmatige bevoegdheid. De federale minister van Volksgezondheid erkent nu de individuele gezondheidszorgbeoefenaars, op advies van de diverse erkenningscommissies, of er is sprake van een registratie van bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars. Naast de *normering* van de verschillende beroepen (een bevoegdheid die niet wordt overgedragen!), zijn er normen die de procedure van erkenning bepalen. Er wordt aangenomen dat deze procedurenormen wel tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap gaan behoren. De procedure voor erkenning is thans verschillend, afhankelijk van de aard van het gezondheidszorgberoep.

De bevoegdheid inzake *planning* van het medisch aanbod wordt momenteel uitgeoefend door de federale minister van Volksgezondheid, op advies van de “Federale Planningscommissie”. Deze planningscommissie zou ook, voor bepaalde beroepen, subquota kunnen vastleggen, maar momenteel wordt deze bevoegdheid niet uitgeoefend.

In de “nuloptie” worden de bevoegdheden, mits een aantal procedurele aanpassingen, ongewijzigd overgenomen. De diverse erkenningscommissies blijven verder werken volgens de huidige werkwijze, met (administratieve) ondersteuning door personeel van de Vlaamse Gemeenschap. Bij deze piste moet er door de Vlaamse Gemeenschap een beroepsinstantie worden opgericht, aangezien de Federale Raden, die momenteel de beroepen behandelen, op het federaal niveau blijven. We gaan er van uit dat ook de bevoegdheid omtrent erkenning van stagediensten en stagemeesters wordt overgedragen, en dat die bevoegdheid dus ook moet losgekoppeld worden van de Federale Raden. De erkenningscommissies bestaan uit de (vertegenwoordigers van de) beroepsbeoefenaars, academici, ..., met ongewijzigd evenwicht.

De Vlaamse minister van Volksgezondheid zal in deze optie de (sub)quota bepalen, indien dat wenselijk wordt geacht. Hiervoor moet een adviesorgaan worden opgericht of aangeduid. Indien wenselijk kan er voor deze bevoegdheid ook gekozen worden voor het sluiten van een samenwerkingsovereenkomst met de (federale) Planningscommissie, om deze bepaling van (sub)quota, specifiek voor de Vlaamse Gemeenschap, te organiseren.

Wat zijn de effecten?

In deze optie zijn er weinig effecten, aangezien de procedures, samenstellingen, ... ongewijzigd worden overgenomen. Uiteraard moet er een uitgebreid informatiebeheer worden uitgebouwd. De processen moeten op een geïnformatiseerde manier worden geïntegreerd in de Vlaamse administratie. Bovendien zal er verbinding moeten voorzien worden met de centrale (federale/gedeelde) databank "eCad". Er zal een communicatielijns met het RIZIV moeten worden voorzien.

De mogelijke bepaling van subquota door de Vlaamse minister van Volksgezondheid zal een directe impact hebben op het beleidsdomein "Onderwijs". Immers, het aantal studenten zal moeten afgestemd worden op de bepaalde subquota. Door het bepalen van subquota, rekening houdend met de door de federale overheid vastgelegde planning, kunnen (grote) tekorten aan specialisaties tegengegaan worden. Het vastleggen van subquota kan de beschikbaarheid van specialisten en de behoeften aan bepaalde specialisaties beter op elkaar afstemmen.

Hoe wordt dit organisatorisch uitgewerkt?

Deze bevoegdheid kan mogelijk ingekanteld worden binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin of binnen het beleidsdomein Onderwijs, mits doorgedreven samenwerking tussen beide beleidsdomeinen. De administratieve ondersteuning die geboden wordt aan de diverse erkenningscommissies gebeurt momenteel op federaal niveau door 27 personeelsleden (Nederlandstalig kader). Het aantal personeelsleden dat zou overkomen naar de Vlaamse Gemeenschap is te klein om hiervoor een aparte entiteit (zij het IVA, zij het EVA) op te richten.

- **Tweede optie: De Vlaamse Gemeenschap oefent de erkenningsbevoegdheid uit, en zorgt voor een optimalisering van de erkenningsprocessen door middel van doorgedreven digitalisering en automatisering.**

Wat houdt deze optie in?

De erkenningsprocedures worden weliswaar overgenomen van de federale overheid, maar deze processen ondergaan een doorgedreven digitalisering en waar mogelijk een vereenvoudiging.

"Digitalisering" houdt in dat de aanvragen elektronisch kunnen worden ingediend (e-loket, online tool, ...). De leden van de erkenningscommissies krijgen toegang tot het elektronische aanvraagdossier, en kunnen zich dus ook efficiënter voorbereiden.

"Vereenvoudiging" kan inhouden dat de personeelsleden van de ondersteunende administratie, op basis van vooraf welomschreven criteria, zelf kunnen beslissen in dossiers waar geen enkele discussie kan rond bestaan. Dit is het systeem van de zogenaamde "permanente order", of "permanente delegatie".

Op die manier moeten tijdens de samenkomsten van de commissie enkel de dossiers waar enige inhoudelijke of principiële discussie rond bestaat, besproken worden, en kunnen deze vergaderingen dan ook vlotter en doelgerichter verlopen.

Het toekennen van de "Licence to practice" (i.e. het "visum") wordt voor alle beroepsgroepen best gecentraliseerd, en er wordt een gegevensuitwisseling met het beleidsdomein "Onderwijs" voorzien, om zoveel mogelijk gegevensstromen automatisch te laten verlopen vanaf de diploma-uitreiking en zo mogelijk vanaf de start van de stage.

De samenstelling van de diverse werkgroepen blijft bij deze optie ongewijzigd. De vertegenwoordiging van beroepsorganisaties en academici blijft behouden.

Een ander aspect dat kan bijdragen tot een vlot verloop van de procedures is het accrediteren van opleidingen die (mede) kunnen gevolgd worden voor vereisten inzake erkenning of permanente bijscholing. De geaccrediteerde opleidingen kunnen dan automatisch goedgekeurd worden bij een erkenningsaanvraag of bij het aantonen van (verplichte) vormingsvereisten.

De bevoegdheid van de “Provinciale geneeskundige commissies” inzake “Licence to practice” zal volledig geïntegreerd worden in het erkenningsproces.

Ten slotte is er ook een permanente nood aan een sluitende registratie van beschikbare beoefenaars van een de verschillende gezondheidszorgberoepen. Dit veronderstelt een periodieke herregistratie van alle zorgberoepen met het oog op een sluitend en publiek register voor zorgberoepen.

Wat zijn de effecten?

- Door de informatisering van de procedures zouden de beroepsbeoefenaars op een kortere termijn hun erkenning moeten kunnen krijgen.
- De administratieve lasten zullen in deze optie aanzienlijk afnemen, en de doorlooptijd voor de behandeling van een dossier wordt ingekort.
- Tevens maakt deze optie het mogelijk dat de “klanten” (i.e. de individuele beroepsbeoefenaars) de status van hun erkenningsdossier op een transparante manier kunnen volgen.
- Een permanente opvolging van de beschikbare beoefenaars van gezondheidszorgberoepen maakt een betere planning mogelijk.
- Elke informatisering van procedures en werkprocessen brengt, vooral dan bij de implementatie, maar ook bij het onderhoud, een significante kost met zich mee. In deze optie zal een aanzienlijke investering in ICT-tools noodzakelijk zijn.